

Rüdiger Retzlaff

Systemische Therapie – Fallkonzeption, Therapieplanung, Antragsverfahren

Ein praktischer Leitfaden

2021

Inhalt

1 Einführung	11
I.1 Mitbehandler im Gesundheitssystem.....	14
I.2 Voraussetzungen für psychotherapeutische Behandlungen im Kassensystem.....	15
I.3 Diagnosen	15
I.4 Prognose	20
I.5 Ätiologisches Modell und theoriegeleiteter Erklärungsansatz	21
I.6 Behandlungsplan	21
<i>Systemische Therapie – Ein Begriff im Wandel der Zeit</i>	24
I.7 Salutogenetisches Verständnis von Gesundheit.....	27
I.8 Aufklärung und Information	28
I.9 Vergütungsregeln als Systemfaktor	30
<i>Die Systemische Therapie ist weit gekommen – Vom langen Marsch durch die Institutionen</i>	32
I.10 Empirische Fundierung der Systemischen Therapie	35
I.11 Regulierung und Verrechtlichung	36
I.12 Und was wird aus der Multiprofessionalität?	37
I.13 Systemische Therapie mit Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen	39
<i>Integrative Therapie</i>	40
2 Ätiologische Modelle	43
2.1 Einführung	43
2.2 Beobachtbare Interaktionsmuster und Beziehungsstrukturen	46
2.3 Kommunikationsmuster	54
2.4 Mehrgenerationale Prozesse	59
2.5 Sprachliche Bedeutungsgebungsprozesse und Selbstorganisation	61
2.6 Individuelle Ebene.....	70
2.7 Somatische Prozessebene	71
2.8 Ressourcenausstattung und Belastungen	75
2.9 Sozialökologische Ebene.....	76

2.10	Bedeutungsgebung und soziokulturelle Faktoren	77
2.11	Entwicklungslinien der Systemischen Therapie	78
2.12	Auslösende Faktoren.....	82
2.13	Problemerhaltende chronifizierende Faktoren	83
2.14	Gesundheitsförderliche Muster	86
2.15	Das systemische Erklärungsmodell	89
3	Allgemeine Wirkfaktoren in der Psychotherapie.....	105
3.1	Spezifische Techniken oder allgemeine Wirkfaktoren?	105
3.2	Aktive bewusste Gestaltung der Therapeut-Patient- Beziehung	109
3.3	Allgemeine Faktoren oder spezifische Therapietechniken – Versuch einer Synthese	III
4	Systemische Fallkonzeption – Entwicklung eines gemeinsamen Fallverständnisses	115
4.1	Allgemeines	115
4.2	Entwicklung eines gemeinsamen Fallverständnisses	118
4.3	Telefonischer Erstkontakt	120
4.4	Erstgespräch.....	121
4.5	Eröffnung.....	122
4.6	Problemklärung – Schilderung der Beschwerden und Symptome.....	123
4.7	Problemerhaltende Muster und das Anregen von Änderungen	127
4.8	Biografisches Verstehen	129
4.9	Klärung von Anliegen und Aufträgen	132
4.10	Gemeinsame Problemdefinition	138
4.11	Abschlussphase	140
4.12	Schlusskommentar und erste Verschreibungen	141
4.13	Nach dem Erstgespräch.....	143
4.14	Therapieabsprachen und Kontrakte.....	143
4.15	Umgang mit der Schweigepflicht	144
4.16	Eigene Themen des Behandlers	145
4.17	Das »zweite Erstgespräch« – Weitere probatorische Sitzungen.....	145
4.18	Weitere diagnostische Einschätzungen.....	146

4.19	Kooperative Behandlungsplanung, Aufbau und Struktur von systemischen Therapien	151
4.20	Therapieabschluss	159
5	Systemische Therapie in Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV), Privater Krankenversicherung (PKV) und Beihilfe	162
5.1	Allgemeine Aspekte	162
	<i>Mehrpersonensetting</i>	168
5.2	Praktische Regelungen	170
	<i>Telefonische Erreichbarkeit</i>	171
	<i>Sprechstunde</i>	172
	<i>Probatorische Sitzungen</i>	173
	<i>Akutbehandlung</i>	174
	<i>Kurzzeittherapie 1 und 2</i>	175
	<i>Konsiliarbericht</i>	176
	<i>Rezidivprophylaxe</i>	177
	<i>Langzeittherapie</i>	178
	<i>Weitere Leistungen</i>	178
	<i>Gutachterverfahren</i>	180
5.3	Private Krankenversicherung und Beihilfe	184
5.4	Selektivverträge – Systemische Therapie als Kassenleistung in Baden-Württemberg	188
5.5	Kostenerstattungsverfahren	189
5.6	Beispielberichte	190
	<i>Beispielbericht 1: Affektive Störungen</i>	190
	<i>Beispielbericht 2: Zwangsstörung</i>	195
	<i>Beispielbericht 3: Essstörung</i>	201
	<i>Beispielbericht 4: Somatoforme autonome Funktionsstörung</i>	205
	<i>Beispielbericht 5: Substanzgebrauchsstörung</i>	210
5.7	Kriterien für möglicherweise nicht hinreichend begründete systemische Berichte an den Gutachter	214
6	Vorgehensweisen bei spezifischen Störungsbildern	217
6.1	Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie (F 32–39)	219
	<i>Depression</i>	219
	<i>Verzögerte Trauerreaktion</i>	227

	<i>Burn-out</i>	228
	<i>Suizidalität</i>	229
6.2	Angststörungen und Zwangsstörungen	235
	<i>Angststörungen (F 40–41)</i>	235
	<i>Emotionale Trennungsangst (F 93.0)</i>	244
	<i>Schulangst</i>	244
	<i>Soziale Phobie (F 40.1)</i>	245
	<i>Spezifische Phobien (F 40.2), phobische Störung des Kindesalters (F 93.1)</i>	246
	<i>Agoraphobie F (40.0)</i>	247
	<i>Panikstörung F (41.0)</i>	248
	<i>Generalisierte Angststörung (F 41.1)</i>	249
	<i>Zwangsstörungen (F 42)</i>	250
6.3	Somatoforme Störungen und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)	256
	<i>Somatisierungsstörungen (F 45)</i>	256
	<i>Somatoforme Funktionsstörungen (F 45.3)</i>	261
	<i>Dissoziative Störungen (F 44)</i>	262
6.4	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F 43)	263
	<i>Anpassungsstörungen</i>	264
	<i>Traumafolgestörungen</i>	267
6.5	Essstörungen	273
	<i>Anorexia nervosa (F 50)</i>	273
	<i>Bulimia nervosa (F 50.2)</i>	283
6.6	Nichtorganische Schlafstörungen (F 51)	291
6.7	Sexuelle Funktionsstörungen (F 52)	293
6.8	Persönlichkeitsstörungen (F 60)	297
6.9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	304
	<i>Störungen des Sozialverhaltens (F 91–92)</i>	304
	<i>Aufmerksamkeitsstörungen (F 90)</i>	308
6.10	Substanzmissbrauch (F 10–19)	313
	<i>Alkoholmissbrauch (F 10)</i>	313
	<i>Drogenkonsum (F 11–19)</i>	327
6.11	Seelische Krankheit aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen (F 84)	333

6.12	Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe (F 54).....	333
	<i>Patienten mit terminalen Krankheiten</i>	339
6.13	Schizophrene und affektive psychotische Störungen (F 20–29)	341
	<i>Psychotische Störungen</i>	341
7	Ethische und berufliche Standards	358
	Abkürzungsverzeichnis	361
	Literatur	364
	Über den Autor	386

Wanderer ...
es gibt keinen Weg –
der Weg entsteht im Gehen.
Antonio Machado

1 Einführung

Das vorliegende Buch ist Ausdruck einer Erfolgsgeschichte. Fast 50 Jahre nachdem die systemische Familientherapie von Helm Stierlin und anderen in Deutschland eingeführt wurde (Retzlaff 2013), hat die Systemische Therapie am 24. 1. 2020 vom *Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen* (G-BA) die sozialrechtliche Anerkennung erhalten und wurde in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen. Zeitgleich wurde das Psychotherapeutengesetz von Grund auf reformiert. Nach der seit September 2020 gültigen Fassung gibt es einen neuen Master-Studiengang Psychotherapie, an den sich eine mehrjährige Weiterbildung in einem oder mehreren Psychotherapieverfahren anschließt. Als wissenschaftlich anerkanntes Verfahren wird die Systemische Therapie somit intensiver als in der Vergangenheit an den psychologischen Hochschulen unterrichtet werden und Eingang in die Studiencurricula finden. Dies dürfte durch das Vorliegen etlicher deutschsprachiger Lehrbücher der Systemischen Therapie erleichtert werden (Sydow u. Borst 2018; Hanswille 2015; Levold u. Wirsching 2014; Schwing u. Fryzler 2006; Retzlaff 2021; v. Schlippe u. Schweitzer 2012; Schweitzer u. v. Schlippe 2007; Scheib u. Wirsching 2004). Seit dem 1. 7. 2020 ist die Systemische Therapie auch im Rahmen der Weiterbildungen zum Facharzt für Psychiatrie, für Kinder- und Jugendpsychiatrie, für Psychosomatische Medizin und für die ärztliche Zusatzbezeichnung Psychotherapie eines der offiziell anerkannten Psychotherapieverfahren.

Doch in allererster Linie hat die Anerkennung positive Auswirkungen auf die Patienten:¹ Erwachsene gesetzlich versicherte Perso-

¹ Im Sinne der Lesbarkeit des Textes wurde auf Doppelnennungen – Patienten und Patientinnen, Ärzte und Ärztinnen, Therapeuten und Therapeutinnen usw. – verzichtet. Bei der Verwendung von Begriffen wie »Therapeut« oder »Patient« sind immer alle Geschlechter mitzudenken.

nen haben Zugang zu einem weiteren wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren erhalten, dessen Wirksamkeit in zahlreichen internationalen Studien breit bestätigt ist (Retzlaff et al. 2013; v. Sydow et al. 2010a, 2013). Die Versicherten erhalten damit mehr Wahlfreiheit und können sich für ein ambulantes Psychotherapieverfahren entscheiden, das in anderen Ländern wie der Schweiz schon seit längerer Zeit Teil der Leistungen des öffentlichen Gesundheitssystems ist. In Deutschland dagegen stand es mit Ausnahme einiger weniger Krankenkassen in Baden-Württemberg über viele Jahre hinweg lediglich Privatzahlern zur Verfügung.

Eine Grundmaxime der Systemischen Therapie lautet: »Handele stets so, dass du die Optionen der Betroffenen erhöhst« (v. Foerster 1993). In diesem Sinne ist die Aufnahme der Systemischen Therapie in den Katalog der von den Krankenkassen finanzierten Leistungen ein großer sozialpolitischer Fortschritt. Erfreulicherweise übernehmen seit der Anerkennung durch den GBA inzwischen auch die privaten Krankenversicherungen, in denen ca. neun Prozent der Bevölkerung versichert sind, die Kosten für die Systemische Therapie bei Erwachsenen. Änderungen der *Gebührenordnung für Psychologen* (GOP) bzw. der *Gebührenordnung für Ärzte* (GOÄ), die für die privaten Versicherungen gelten, sind kompliziert, deshalb wird für die Abrechnung der Systemischen Therapie eine sogenannte Analogregelung angewandt. Für systemische Therapien werden die für Verhaltenstherapie geltenden Ziffern mit dem Vermerk »ST« verwendet. Eine ähnliche Vorgehensweise wurde vor Einführung eigener Abrechnungsziffern für die Verhaltenstherapie angewendet; Verhaltenstherapeuten konnten damals psychoanalytische Ziffern mit dem Zusatz »VT« ansetzen. Für Richter und die Beamten des Bundes, der Länder und der Kommunen gibt es ein eigenständiges Krankensicherungssystem, die Beihilfe, über die ca. 4,5 % aller Versicherten versorgt sind. Mit der Änderung der Beihilfeverordnung vom 9. 12. 2020 ist die Systemische Therapie auch für Bedienstete des Bundes anerkannt. Es steht zu erwarten, dass die Beihilfestellen der Bundesländer rasch diesem Beispiel folgen werden und entsprechende Verordnungen erlassen.

Die Systemische Therapie ist damit endlich Teil des ambulanten Gesundheitsversorgungssystems geworden und wird Teil des normalen Angebotes an psychotherapeutischen Leistungen, sie verliert aber auch ihre Stellung als besonderes Verfahren und ihre Exklusiv-

vität. Anders als im Bereich der ambulanten Psychotherapie leisten systemische Therapeuten im stationären Bereich bereits seit etlichen Jahrzehnten einen wertvollen Beitrag zur Patientenversorgung. In den unterschiedlichen Landespsychotherapeutenkammern verfügen ca. 12 bis 14 % der approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten auch über eine systemische Ausbildung. In Kinderkliniken, Sozialpädiatrischen Zentren, neurologischen Kliniken, Rehakliniken etc. arbeiten systemische Therapeuten bereits seit Jahrzehnten im Rahmen einer berufsgruppenübergreifenden Versorgung von Patienten mit. Auch in den allermeisten Universitätskliniken für Psychosomatische Medizin, in Psychiatrischen und Kinderpsychiatrischen Kliniken sind Systemiker tätig. In Tageskliniken und Sozialpsychiatrischen Diensten wird seit Jahrzehnten Systemische Therapie praktiziert bzw. systemisch gearbeitet. In der Schweiz ist sie eine von vier Hauptrichtungen der Psychotherapie, die in der ambulanten Versorgung praktiziert werden, ohne dass dies der Qualität der schweizerischen Systemischen Therapie Abbruch getan hätte. Die mitunter vorgetragene Sorge, durch die Aufnahme in das ambulante psychotherapeutische Versorgungssystem drohe die Systemische Therapie zu verwässern, erscheint daher übertrieben.

Nach dem Psychologiestudium in Tübingen absolvierte ich 1985 ein Aufbaustudium in Paar- und Familientherapie in den USA. Bereits damals – vor 35 Jahren – war Systemische Therapie dort Teil der akademischen Ausbildungslandschaft, mit Promotionsstudiengängen für Paar- und Familientherapeuten, die zu einer state licence führte – analog zur Approbation. Für die Kostenübernahme von Behandlungen an der Philadelphia Child Guidance Clinic mussten wir systemisch fundierte Anträge für die Krankenkassen schreiben. In Ländern, in denen die Systemische Therapie sich schon länger etabliert hat, sind entsprechende formale Vorgaben etwas Alltägliches.

Voraussichtlich wird die sozialrechtliche Anerkennung ebenso wie die Bestätigung als wissenschaftliches Verfahren durch den *Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie* (WBP) am 14. 12. 2008 Auswirkungen auf die Praxis, die Ausbildungen und das Therapieverständnis der Systemischen Therapie haben. Systemische Therapien, die zulasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses durchgeführt werden, müssen bestimmte Vorgaben erfüllen. Es gibt

eine große Bandbreite systemischen Arbeitens und systemischer Tätigkeitsfelder, etwa in Coaching und Organisationsberatung, in der Jugend- und Familienhilfe, in stationären und teilstationären Einrichtungen u. a. m. Systemische Therapie innerhalb des Systems der gesetzlichen und privaten Krankenkassen ist ein Spezialfall systemischen Handelns. Andere Konzeptionen von Systemischer Therapie und systemischer Vorgehensweisen, zum Beispiel bei der Fallkonzeption, sind ebenso möglich und gültig. Allerdings können systemische Therapeuten nicht ausschließlich den von ihnen bevorzugten Konzepten und Vorgehensweisen folgen (Keeney 1983), in der Richtlinientherapie gelten bestimmte Vorgaben. Es folgen einige Eckpunkte dazu.

1.1 Mitbehandler im Gesundheitssystem

Therapeuten, die im System der Kassenärztlichen Vereinigung tätig sind, arbeiten nicht isoliert, sondern an der Seite von zahlreichen Mitbehandlern. Dazu gehören Haus- und Fachärzte, insbesondere Psychiater oder Kinder- und Jugendpsychiater, Mitarbeiter der sozialpsychiatrischen Dienste, Ergotherapeuten, Logopäden, Physiotherapeuten, Mitarbeiter aus Stationen und teilstationären Einrichtungen, Rehakliniken etc. Eine Psychotherapie findet neben anderen Maßnahmen statt, die z. B. vom behandelnden Arzt verordnet werden, wie Medikamente, sozialtherapeutische Maßnahmen, Hilfsmittel bzw. Aufenthalte in einer Reha- oder Kurklinik. Die rechtlichen Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) sehen eine Kooperation mit Mitbehandlern sowie den Austausch von behandlungsrelevanten Informationen unter Wahrung der informationellen Selbstbestimmung der Patienten vor.

In manchen systemischen Texten kommen Mitbehandler lediglich als überweisende Personen vor oder werden gar nicht erwähnt. Zu der Kooperation mit Mitbehandlern zählen auch das Einholen von Konsiliarberichten von ärztlichen Kollegen als Voraussetzung für die Einleitung einer Psychotherapie, Briefe ärztlichen Inhaltes über das Ergebnis eines Erstgesprächs sowie Therapieabschlussberichte, falls diese nicht explizit vom Patienten abgelehnt werden.

1.2 Voraussetzungen für psychotherapeutische Behandlungen im Kassensystem

Versicherte haben »Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern« (§ 27 Absatz 1 SGB V).

Im Falle von psychotherapeutischen Behandlungen müssen als Voraussetzung für eine Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen vier Kriterien erfüllt sein:

- 1) das Vorliegen einer Störung von Krankheitswert (nach ICD-10)
- 2) eine hinreichend günstige Prognose – die Behandlung muss ausreichend Aussicht auf einen Therapieerfolg bieten
- 3) es muss eine stringente Beschreibung der Entstehung der Beschwerden innerhalb eines theoretisch und empirisch begründeten Ansatzes geben
- 4) und es muss ein klarer, nachvollziehbarer Behandlungsplan vorliegen, der in strukturierter Weise beschreibt, mit welchen Methoden die vereinbarten Therapieziele erreicht werden sollen.

1.3 Diagnosen

Eine Bewilligung der Kostenübernahme für eine psychotherapeutische Behandlung setzt das *Vorliegen einer Störung von Krankheitswert* im Sinne des ICD-10 bzw. ab ca. 2022 nach ICD-11 voraus. Paartherapie, Sexualberatung, Erziehungsberatung, Lebensberatung oder Coaching sind eindeutig keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Um eine Kostenzusage der Krankenkasse für eine Behandlung zu erhalten, muss eine *Diagnose* gestellt werden. Seit den Anfängen der systemischen Familientherapie besteht auch unter dem Einfluss der Antipsychiatriebewegung eine grundsätzlich skeptische Haltung gegenüber psychiatrischen Etikettierungen – Systemiker interessieren sich stärker für Prozessmuster und wissen um die oftmals festschreibende, eine Chronifizierung begünstigende Wirkung von Diagnosen. In diesem Zusammenhang wird manchmal die implizite Nähe zum

Krankheitsmodell der somatischen Medizin kritisiert, das auf der Annahme mehr oder weniger spezifischer Ursachen für Krankheiten beruht. Neben einer somatischen Fixierung, wie tendenziell im medizinischen Modell, das psychosoziale Faktoren weitgehend außer Acht lässt, gibt es auch die Gefahr, allzu sehr auf psychische Faktoren fixiert zu sein (Aderhold 2017; Frances 2017; McDaniel et al. 2004).

In Therapieanträgen, die vom Psychotherapeuten unter Mitwirkung des Patienten erstellt werden, muss eine offene narrative Problembeschreibung gegeben werden, eine biografische Anamnese, eine Diagnose nach ICD-10, außerdem ein klassischer psychiatrischer Befund und ein systemisches Erklärungsmodell, analog zu der Bedingungsanalyse der Verhaltenstherapie oder einer psychodynamischen Einschätzung. Aus diesen wird dann ein individueller Behandlungsplan abgeleitet. Verlangt wird also eine durchaus anspruchsvolle Beschreibung auf mehreren konzeptionellen Ebenen, weit über die Diagnosestellung nach ICD-10 hinaus. Dies entspricht der batesonschen Idee (Bateson 1972) einer doppelten bzw. mehrfachen Sichtweise, die eine Tiefenwahrnehmung ermöglicht.

Klinische Diagnosen sind Ergebnis eines sozialen Konstruktionsprozesses.

»Diagnosen stellen in einem systemischen Verständnis sprachliche Bedeutungsverdichtungen als Ergebnis systematisierter Beobachtungsprozesse dar, die von einer autorisierten Personengruppe nach definierten, als allgemeingültig erklärten fachlichen Richtlinien durchgeführt wurden« (Klein u. Schmidt 2017, S. 12).

Diagnosen setzen voraus, dass es Prozessmuster bei Patienten gibt, die zum einen bemerkt werden, also nicht nur kurzfristig bestehen, und die zum anderen negativ oder positiv bewertet werden (»depressiv«, »rasche Auffassungsgabe«, »voll remittiert«).

Das systemisch-konstruktivistische Modell nimmt an, Probleme würden geschaffen, indem über sie geredet wird; erst durch Kommunikation würden Phänomene eine soziale Relevanz erhalten. Im Unterschied zu der Annahme, Probleme würden nur in Sprache und nicht per se existieren, kann man davon ausgehen, dass auch das Nichtreden und das Nicht-zur-Kenntnis-Nehmen von Problemen problematisch sein kann: Beispiele sind der Klimawandel, der leider existiert, auch wenn er von manchen bestritten wird, oder das massive Untergewicht einer Tochter, über das in einer Familie jahrelang nicht geredet wird, bis sie kollabiert, oder der sexuelle Missbrauch eines

Mädchens, das sich niemandem anvertrauen mag, der dennoch oder auch gerade deswegen psychische und emotionale Schäden verursacht. Fisch, Weakland und Segal (1982) vom *Mental Research Institute* (MRI) in Palo Alto gingen von zwei Klassen von Problemen aus: Bei der einen wird aus der Mücke ein Elefant gemacht, Kleinigkeiten werden durch einen sprachlichen Zuschreibungsprozess groß gemacht. Bei der anderen wird umgekehrt »der Elefant im Wohnzimmer übersehen« und beispielsweise über das Alkoholproblem, die Magersucht oder sexuelle Übergriffe nicht geredet, sondern so getan, als ob diese nicht vorhanden wären.

Was als eine Störung von Krankheitswert gilt, welche Kriterien erfüllt sein müssen, damit eine bestimmte Diagnose gestellt werden kann, hängt ab von Klassifikationssystemen wie ICD-10 bzw. ICD-11 oder DSM-5, die in größeren Abständen revidiert werden. Von Zeit zu Zeit werden Diagnosen komplett gestrichen, andere kommen neu hinzu. Im ICD-9 gab es beispielsweise keine Bulimie, auch keine Borderlinestörung und keine posttraumatische Belastungsstörung. Diese wurden erst später in die ICD aufgenommen. Tatsächlich sind viele psychiatrische Diagnosen nicht besonders trennscharf definiert. Sie werden außerdem oft reduktionistisch verwendet und soziale Faktoren zu wenig berücksichtigt. Psychische Diagnosen sollten nicht in Stein gemeißelt sein und nicht den Charakter einer dauerhaften Realität annehmen. Aus sozialpsychologischer Sicht fließt die Person des Therapeuten – seine subjektive Sicht, Vorerfahrungen und Vorurteile, seine Schicht und soziale Herkunft, der kulturelle Hintergrund – in die diagnostischen Beobachtungen ein. Der Therapeut ist kein außenstehender objektiver Betrachter, sondern Teil des relevanten Systems. In einer Kultur, die permissiv mit Alkoholkonsum umgeht, wird ein Therapeut möglicherweise zu einer anderen Einschätzung gelangen als in einer Ambivalenzkultur oder einer prohibitiv mit Alkohol umgehenden Kultur. Die Forschungsarbeiten von Keller (2011) zeigen z. B., dass es neben dem von Bowlby (Holmes 2002) beschriebenen Bindungsverhalten zumindest einen alternativen Bindungsstil gibt, der weltweit verbreitet und vielleicht sogar vorherrschend ist, bei dem sich »gutes« Bindungsverhalten deutlich von dem unterscheidet, was bei uns herkömmlich darunter verstanden wird. Auf der Grundlage ihrer interkulturellen Forschungen sieht Keller (2011) die klassische Bindungstheorie als nicht allgemeingültig an. Eine sichere Bindung kann abhängig von der jeweiligen Kultur auf sehr unterschiedliche

Weisen erreicht werden. Neben dem bekannten *autonomieorientierten Modell* von Bindung, das stark auf die Förderung kognitiver Kompetenzen, des Ichs und eines unabhängigen Selbst ausgerichtet ist, gibt es u.a. ein stärker *an Verbundenheit orientiertes Modell*. Bei diesem erfolgt ständiger Körperkontakt zwischen Mutter und Kind, mit einer starken motorischen Stimulation, und dementsprechend wird die Bewegungsentwicklung stärker gefördert. Eine Jugendamtsmitarbeiterin mag bei der Beurteilung einer jungen aus Westafrika stammenden Mutter deren Interaktion mit einem Baby möglicherweise gründlich fehleinschätzen, wenn sie einen allzu westlichen Maßstab anlegt. Unsere Einschätzungen sind kontext- und personengebunden und hängen auch von unserer persönlichen Bedürfnislage ab (Bruner a. Goodman 1947; Kahneman 2011). Dennoch können sich in der Regel verschiedene Beobachter – etwa bei der gemeinsamen Analyse von Videosequenzen von Familieninteraktionen – konsensuell auf eine Einschätzung oder Diagnose einigen.

In ihrem Artikel »Kritisches zu Umdeutungen oder: Die Vorteile eines pathologischen Begriffssystems« haben Grunebaum und Chasin (1980) ausgeführt, dass Diagnosen nicht an und für sich gut oder schlecht sind – es komme vielmehr darauf an, was aus ihnen gemacht werde (vgl. auch Spitzcok v. Brisinski 1999). Tatsächlich ist der Prozess der Diagnosestellung als ein kollaborativer Vorgang zu verstehen, bei dem Patient und Therapeut gemeinsam zusammenwirken. Diagnosen lassen sich – egal, wie man sie definiert – als Maß für Beeinträchtigung und Limitierungen von Freiheitsgraden der Lebensgestaltung verstehen. Sie können auch eine entlastende Wirkung haben. Beispielsweise beschreiben Eltern von Kindern mit einer Behinderung die Diagnosestellung als einen sehr schweren Moment, der zugleich aber auch eine befreiende Wirkung haben und auf narrativer Ebene einen Wendepunkt darstellen kann: von einer Phase der Suche nach Information und Orientierung hin zu Akzeptanz und einer neuen Balance (Retzlaff 2019a).

Auf einer pragmatischen Ebene können Diagnosen, Etikettierungen als Einschränkungen der Freiheitsgrade der Lebensgestaltung verstanden werden, die sich nicht einfach wegdefinieren lassen. Im Sinne von Berger und Luckmann (1966) besitzen sie Realitätscharakter.²

² Unter Realität kann mit Berger und Luckmann (1966) eine Klasse von Phänomenen verstanden werden, die nicht primär unserem Wollen und Wünschen unterworfen ist. Sie lösen sich nicht einfach auf, selbst wenn wir dies gerne hätten.

Was wir als Realität ansehen, ist nach diesem sozial-konstruktionistischen Verständnis Ergebnis eines sozialen Aushandlungsprozesses, aber nicht vollständig beliebig oder unabhängig von Aspekten einer harten Wirklichkeit. Eine soziale Gruppe kann sich auf ein bestimmtes Problemverständnis einigen. Das Wissen über die Welt ist immer partiell, was nicht bedeutet, dass diese eine reine Ansichtssache wäre (Pinsof 1995).

Für die Arbeit von systemischen Therapeuten im Gesundheitssystem bietet das biopsychosoziale Modell der systemischen Familienmedizin eine gute konzeptionelle Grundlage (Altmeyer u. Hendrichke 2012). In der systemischen Familienmedizin werden Begriffe wie Krankheit und diagnostische *Labels* nicht vollständig abgelehnt, sondern in einer offenen, weniger wertenden und reflektiert-kritischen Form eingesetzt und auch hinterfragt (McDaniel et al. 2004).

Im Unterschied zu vielen anderen therapeutischen Methoden steht am Beginn einer systemischen Therapie keine umfassende Diagnostik, sondern eine sorgfältige Auftragsklärung – was will der Patient ändern? Wie werden die Probleme aufgefasst, welche Lösungen sind vorstellbar? Welche Ziele werden angestrebt?

Ausgangspunkt einer systemischen Therapie ist nicht primär eine objektivierende Diagnostik mit psychiatrischen Inventaren, Klassifikationsschemata, Fragebögen, Tests, Rating-Skalen usw., sondern ein oder mehrere Klärungsgespräche, in denen die Ressourcen, aber auch die Belastungen, die Lebensgeschichte, die individuellen und interaktionellen Muster erfasst werden – wobei der Therapeut Teil des Systems ist. Die weitere Vorgehensweise leitet sich aus den Anliegen und den Aufträgen der Patienten ab, wobei der Therapeut seine Fachkunde und Expertise zur Verfügung stellt.

Störungen werden weniger als objektiv gegeben betrachtet, sie sind negativ bewertete Ereignisfolgen, die innerhalb eines bestimmten soziokulturellen Kontextes zu sehen sind. Was ein behandlungsrelevantes Problem darstellt, muss immer auch mit dem Patienten verabredet werden. Auch die therapeutischen Effekte hängen davon ab, ob und in welcher Weise der Patient die Interventionen aufnimmt und annimmt. Patienten werden in erster Linie nicht behandelt, sondern im therapeutischen Prozess beraten und unterstützt, welche Schritte sie unternehmen können, die zu einer Besserung der Beschwerden beitragen könnten.

Diagnosen bzw. Einschätzungen oder *Assessments* werden übrigens auch im Bereich der Jugendhilfe vorgenommen, beispielsweise entscheiden Jugendämter, ob die Kriterien für eine Kindeswohlgefährdung oder eine stationäre Jugendhilfemaßnahme vorliegen oder nicht. Einschätzungen und Diagnosen sind im Grunde nichts Ungewöhnliches.

Seit ihren Anfängen in den 1950er-Jahren wurden in der systemischen (Familien-)Therapie Störungen interpersonell als Ausdruck einer schwierigen Lebenssituation verstanden, es wurde oft auf klassische ätiologische Modelle verzichtet. In der ersten unserer Heidelberg-Hamburger Expertisegruppe bekannten randomisierten kontrollierten Therapiestudie zur Systemischen Therapie wurde leider komplett auf Diagnosen verzichtet, obwohl die Patienten an Psychosen und schweren Depressionen mit psychotischen Komponenten litten (dadurch konnte diese Studie nicht für die wissenschaftliche und sozialrechtliche Anerkennung gewertet werden). Traditionelle Psychopathologie-Konzeptionen, die Störungen reduktionistisch auf biologische Faktoren oder Vernachlässigung des sozialen Kontextes zurückführen, wurden abgelehnt, stattdessen spielen für das systemische Störungsverständnis schwierige Lebenslagen, interaktionelle und kommunikative Prozesse, die Balance von Ressourcen und Belastungen, und die Familiengeschichte als Verstehenskontext eine wichtige Rolle.

1.4 Prognose

Für eine günstige Prognose spricht eine kooperative Beziehung zwischen Patient und Therapeut und eine Bereitschaft zur Mitwirkung am therapeutischen Prozess. Das Nichteinlassen auf bestimmte Rahmenbedingungen einer Therapie geht mit einem ungünstigen Behandlungsverlauf einher. Bereits in den 1980er-Jahren wiesen verschiedene Autoren darauf hin (Sbattella, Viaro u. Leonardi 1984). Ein Teil der therapeutischen Arbeit kann darin bestehen, aus »Schaufensterkunden« oder aus »Klagenden« Kunden für eine Psychotherapie zu machen bzw. – treffender formuliert – sie für den therapeutischen Prozess zu gewinnen. Bei mangelnder Kooperation oder nicht hinreichenden Sprachkenntnissen ist zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine gelingende Therapie gegeben sind. Bei Kindern und Jugendlichen ist die Bereitschaft der Angehörigen zur Mitwirkung ein

wichtiger prognostischer Faktor. Im Unterschied zu manchen einzeltherapeutischen Therapieansätzen ermöglicht die Einbeziehung des sozialen Umfeldes bei zunächst weniger motivierten Patienten – und insbesondere bei Kindern und Jugendlichen – eine deutlich bessere Prognose auch bei ansonsten schwieriger zu behandelnden Störungen wie Magersucht, Sozialverhaltensstörungen oder Substanzstörungen.

1.5 Ätiologisches Modell und theoriegeleiteter Erklärungsansatz

Nach der Psychotherapie-Richtlinie müssen psychotherapeutische Verfahren, die von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden, auf einem ätiologischen Modell beruhen und einen theoriegeleiteten Erklärungsansatz für die Entstehung psychischer Störungen aufweisen, der auch körperliche Faktoren (§ 3 PT-RL) berücksichtigt. Die Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) des G-BA, in der die Ausübung der ambulanten psychotherapeutischen Tätigkeit geregelt wird, basiert auf dem medizinischen Krankheitsmodell bzw. dem biopsychosozialen Modell als Grundlage einer jeden Behandlung. Eine Systemische Therapie, die körperliche Faktoren außer Acht lässt, wäre nicht genehmigungsfähig.

1.6 Behandlungsplan

Die Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) verlangt als Voraussetzung für die Durchführung einer Behandlung zulasten der gesetzlichen Krankenkassen einen stringenten Behandlungsplan, der zielgerichtet durch Interventionen einen systematischen verändernden Einfluss nehmen und Bewältigungsfähigkeiten des Individuums aufbauen soll. Auch die Therapeut-Patient-Beziehung soll aktiv und bewusst gestaltet werden (§ 4 Absatz 3 PT-RL). Versteht man Systemische Therapie als völlig absichtslose Konversation mit Therapeuten in einer neutralen, reflektierenden Position wird man sich mit einer Fallkonzeptualisierung schwertun, die dem Antragsverfahren der *Kassenärztlichen Bundesvereinigung* (KBV) und dem der privaten Krankenversicherungen und der Beihilfeträger gerecht wird.

Innerhalb der Systemischen Therapie hat die Neutralität des Therapeuten einen hohen Stellenwert, Behandlungen sind patienten-

zentriert, die Änderungswünsche, Anliegen und Ambivalenzen der Patienten sind entscheidend. Hauptperson der Behandlung ist der Patient und nicht etwa der Psychotherapeut mit seinen Neigungen und Vorlieben. Juristisch formuliert sind Patienten Subjekt und nicht Objekt der Behandlung. Sie sind rechtlich Auftraggeber einer Psychotherapie. Der Patient steht im Mittelpunkt, er wird nicht behandelt, sondern beraten bzw. unterstützt, im Rahmen eines Prozesses des *shared decision making* informierte Entscheidungen zu treffen, und er wird auch in den Prozess der Formulierung der Fallkonzeption einbezogen. Therapeuten be-handeln nicht, sondern unterstützen Patienten bei ihrer Selbstorganisation und bei Entwicklungsschritten.

Die Systemische Therapie wurde als Richtlinienverfahren mit der Erwartung aufgenommen, das bestehende Versorgungsangebot durch rasch wirksame Kurzzeittherapien zu ergänzen. In Praxen ebenso wie in Ambulanzen und Kliniken sind Behandler darauf angewiesen, wirksame Behandlungspläne aufstellen und umsetzen zu können, und Supervisoren müssen über eine entsprechende klinische Erfahrung verfügen und wissen, wie sie weniger erfahrene Behandler dabei unterstützen können (Bogdan 1987; Haley 1993).

Besser als der etwas nüchtern wirkende Begriff der Neutralität bringt der Begriff der *Allparteilichkeit* zum Ausdruck, um was es geht – in einer Sitzung sollen alle anwesenden Personen sich vom Therapeuten unterstützt und mit ihm verbunden fühlen, was nicht bedeutet, dass Muster und Verhaltensweisen nicht auch hinterfragt werden. Letztlich kann man nicht wirklich änderungsneutral arbeiten; aus strategischen Gründen können Nachteile von Veränderungen reflektiert werden, aber das Vorgehen bei einer Therapie zulasten der Krankenkassen ist änderungsorientiert: Wenn Patienten eine Behandlung verabreden, besteht auch im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie ein expliziter Änderungskontrakt.

Es gibt eine lange Tradition pragmatisch orientierter systemischer Ansätze, die handlungsorientiert vorgehen, in denen mit den Patienten anhand gemeinsam verabredeter Therapieziele ein Behandlungsplan entwickelt wird. Systemische Interventionen und Gesprächsführungstechniken werden problem- bzw. störungszentriert und lösungsorientiert eingesetzt, um psychische Symptome überwinden zu helfen. Bei der therapeutischen Begleitung chronisch kranker Menschen ist das Vorgehen meist weniger zielgerichtet, weniger änderungsorientiert. Eine unterstützende, validierende, auf Akzeptanz

ausgerichtete, stärker narrative Vorgehensweise, wie sie in der systemischen Familienmedizin z. T. üblich ist, dürfte möglicherweise geeigneter sein als ein Behandlungsplan mit einem zu engen Problemfokus. Behandlungspläne sollten auch Raum für eine non-direktive Vorgehensweise und die Entfaltung des Selbsthilfepotenzials der Patienten lassen. Eine rein auf Selbstorganisationsprozesse hin angelegte systemische Therapie, in der die Rolle des Therapeuten als gleichrangig zum Klienten definiert wird und dieser sich als Gastgeber hilfreicher Gespräche versteht, ist selbstverständlich eine gültige Form systemischen Arbeitens, sie ist allerdings nicht geeignet für Anträge auf Kostenübernahme durch die GKV. Analog gelten hochfrequente Psychoanalysen ohne konkreten Behandlungsplan bei psychodynamischen Gutachtern – im Unterschied zu fokalen Therapien – nicht als Ansatz der Kassentherapie (Adler 2018).

Im Kapitel 4 wird ausgeführt, wie ein nachvollziehbares systemisches Behandlungskonzept ausschauen kann. Das im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen bislang geltende Gutachterverfahren schreibt verbindlich eine individualisierte, maßgeschneiderte Therapiekonzeption vor (Müther 2017). Dies gilt analog für Anträge bei privaten Krankenversicherungen und den Beihilfestellen. Häufigster Grund für die Ablehnung von Psychotherapieanträgen sind schematische, nicht individuell maßgeschneiderte Therapiepläne mit Formulierungen, die wie aus dem Textbaukasten wirken. Nach der *Psychotherapie-Richtlinie* des G-BA ist eine schematische Zuordnung einer bestimmten Diagnose zu einer standardisierten therapeutischen Vorgehensweise *nicht* vorgesehen. Eine Fallkonzeption und ein Behandlungsplan wären wenig plausibel, wenn beispielsweise wichtige Systemaspekte nicht berücksichtigt werden oder trotz einer hohen interaktionellen Einbettung der Symptomatik nicht im Mehrpersonensetting gearbeitet werden sollte.

Ein rechtlicher Hinweis: Die Approbation als Psychotherapeut bzw. als Kinder- und Jugendpsychotherapeut gilt für psychologische Heilkunde, nicht für die Körpermedizin. Die Grenze zwischen Psychotherapie und Körperheilkunde beginnt, wo körperlich Interventionen zum Einsatz kommen, also wo am oder mit dem Körper des Patienten gearbeitet wird. Dies ist Ärzten und Physiotherapeuten usw. vorbehalten. Ohne eine heilkundliche Zulassung für körperliche Behandlungen sind beispielsweise Klopftherapien mit direktem Körperkontakt durch Psychotherapeuten nicht zulässig.

Systemische Therapie – Ein Begriff im Wandel der Zeit

In der Anfangszeit der systemischen Familientherapie gab es eine Vielzahl an Modellen, die meist mit einer besonderen Gründerpersönlichkeit oder einer entsprechenden Gruppe mit hohem Bekanntheitsgrad verknüpft waren. Eine Gemeinsamkeit bestand in der Orientierung an kybernetischen und kommunikationstheoretischen Konzepten, sie umfassten allerdings auch recht unterschiedliche Vorgehensweisen und Orientierungen. In den 1970er- und 80er-Jahren wurde noch unterschieden zwischen der strukturellen, der strategischen, der entwicklungsorientierten systemischen Familientherapie, der mehrgenerationalen Familientherapie – z. B. der *Family Systems Therapy* von M. Bowen (1978), der strategischen Kurzzeittherapie – der *Brief Strategic Therapy* (BST) des *Mental Research Instituts* (MRI) und der systemischen Therapie der Mailänder Schule. Diese wurde in Deutschland insbesondere von Boscolo und Cecchin (Selvini Palazzoli et al. 1978) bekannt gemacht, die häufig die Heidelberger Gruppe um Helm Stierlin besuchten. Lange Zeit wurde systemische Therapie im engeren Sinne mit der Mailänder bzw. Heidelberger Schule gleichgesetzt. Daneben gibt es seit den 60er-Jahren auch die kognitiv-behaviorale und die psychodynamische Familientherapie. Weitere Ansätze wie die lösungsorientierte Therapie, die narrative Therapie, die hypnosystemische Therapie oder auf der Selbstorganisationstheorie basierende Vorgehensweisen wurden in die Systemische Therapie, wie sie heute praktiziert und gelehrt wird, integriert und gelten insbesondere in Deutschland als *Mainstream*. Den Unterschieden zwischen verschiedenen Orientierungen der systemischen (Familien-) Therapie wird inzwischen deutlich weniger Bedeutung beigemessen als in vergangenen Jahren. Systemische Lehrbücher (Hanswille 2015; Levold u. Wirsching 2014; Retzlaff 2021; v. Sydow u. Borst 2018; Schwing u. Fryzer 2006; v. Schlippe u. Schweitzer 2012; Wirsching u. Scheib 2000) und Ausbildungsinstitute vermitteln heute meist eine große Bandbreite an Theorien und systemischen Techniken.

Im angloamerikanischen Bereich sind etliche neuere, meist integrativ ausgerichtete Ansätze hinzugekommen, etwa die *funktionale Familientherapie* (FFT), die *Brief Strategic Family Therapy* (BSFT), die *multidimensionale Familientherapie* (MDFT), die multisystemische Therapie (MST), die bindungsbasierte Familientherapie, *Attachment-Based Family Therapy* (ABFT), und die *mentaliserungsbasierte Familientherapie* (Asen u. Fonagy 2010). Diese »Markennamen-Therapien«

sind überwiegend manualisiert, ihre Wirksamkeit ist in Studien überprüft. Bislang haben sie nur zum Teil Eingang in die hiesige Versorgungslandschaft gefunden (Retzlaff 2014).

In der Expertise für den WBP wurde von unserer Autorengruppe eine breite Verfahrensdefinition der Systemischen Therapie gewählt, unter Einschluss aller maßgeblichen Strömungen, die sich im Laufe der Jahre entwickelt und bewährt haben (v. Sydow et al. 2007a). Pragmatische handlungsorientierte systemische Modelle und Interventionen zählen ebenso zum reichen Schatz systemischer Herangehensweisen wie zirkuläre, narrative und lösungsorientierte Methoden.

Eine Schlüsseltechnik sind *enactments*, eine Form der Problemaktualisierung im Hier und Jetzt, die Arbeit mit Problem- und Lösungsszenierungen, außerdem die Arbeit mit Aufgaben, Verschreibungen und konkretem Handeln (Retzlaff 2021). Im Unterschied zu der primär edukativ ausgerichteten verhaltenstherapeutischen Familientherapie, einer kognitiv-behavioralen Vorgehensweise, die im Familiensetting durchgeführt wird, zielen diese Modelle weniger auf das Lernen auf individueller Ebene ab – das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile – als auf Veränderungen des Familiensystems und des inneren Systems und auf die Arbeit mit Sprachmustern und Bedeutungsgebungen.

Die große Mehrzahl der von unserer Heidelberg-Hamburger Gruppe im Verlauf der Arbeiten an der Expertise zur Systemischen Therapie gefundenen RCT-Studien bezieht sich auf klassische Konzepte und therapeutische Vorgehensweisen der strukturell-strategischen Therapie (Haley 1977; Minuchin 1977; Minuchin u. Fishman 1983) sowie auf den sozialen Konstruktivismus und auf lösungsorientierte Vorgehensweisen (de Shazer 1989). Das therapeutische Vorgehen in diesen Studien ist aktiv änderungsorientiert, mit klaren Therapiezielen und systemischen Interventionen, einer Überprüfung der Wirksamkeit, einer Beachtung der Motivation für Änderung und speziellen motivationalen Strategien. Diese sogenannten *Engagement-Strategien* wurden hier deutlich früher entwickelt, als es in der Verhaltenstherapie der Fall war. Eine so verstandene systemische Therapie ist damit anschlussfähig an andere Therapieverfahren, zeichnet sich aber durch Merkmale aus, die sie von diesen unterscheidbar macht. Eine primär psychoedukative Vorgehensweise und weitere Ansätze, die nicht auf das dynamische Geschehen in sozialen (Familien-)Systemen abzielen, sondern innerhalb eines Familiensettings Fertigkeiten

trainieren wollen, sind nicht im engeren Sinn systemisch, auch wenn diese *family interventions* durchaus nützlich sein können. Im Kapitel über ätiologische Modelle findet sich ein Ordnungsschema, das die Unterschiede und Besonderheiten verschiedener systemischer Ansätze und Psychotherapieverfahren allgemein veranschaulicht.

In Anlehnung an Wynne (1988) wurde von unserer Expertisegruppe Systemische Therapie – damals noch mit der Schrägstrich-Ergänzung »Familientherapie« – folgendermaßen definiert:

»Systemische Therapie/Familientherapie ist – mit anderen Worten – ein psychotherapeutisches Verfahren, dessen Fokus auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen liegt und das zusätzlich zu einem oder mehreren Patienten (»Indexpatienten«) weitere Mitglieder des für den/die Patienten bedeutsamen sozialen Systems einbezieht und/oder fokussiert ist auf die Interaktionen zwischen Familienmitgliedern und deren sozialer Umwelt« (vgl. Pinsof a. Wynne 1995, S. 586).

»Psychische Störungen werden zirkulär verstanden und behandelt. »Zirkulär« bedeutet: Statt einseitiger Ursache-Wirkungs-Betrachtungen von Krankheitsprozessen (z. B. »eine bestimmte Familiendynamik erzeugt ein bestimmtes klinisches Symptom« vs. »ein bestimmtes klinisches Symptom erzeugt eine bestimmte Familiendynamik«) oder von Beziehungsprozessen (z. B. »die überprotektiven Eltern erschweren die Ablösung ihres Kindes« vs. »das unselbstständige Kind erschwert es den Eltern, es loszulassen«) werden konsequent die Wechselbeziehungen (in Verhalten und Wahrnehmung) zwischen zwei und mehr Menschen, ihren Symptomen sowie ihrer weiteren Umwelt zum Gegenstand des Verstehens und der Veränderung gemacht. Es interessieren also gleichermaßen die Auswirkungen der Interaktionen innerhalb (und außerhalb) der Familie auf die Symptome eines Familienmitgliedes als auch umgekehrt die Auswirkungen von Symptomen auf (andere) Familienmitglieder und deren Interaktionen. Orientiert am internationalen Forschungsstand (Nichols a. Schwartz 2004; Shadish et al. 1995; Wirsching u. Scheib 2002) verwenden wir den Begriff »systemisch« nicht zur Kennzeichnung einer einzelnen Orientierung (etwa im Sinne der Mailänder oder Heidelberger Schule), sondern gehen von einem breiten Verständnis von »Systemischer Therapie/Familientherapie« (ST/FT) aus.

ST/FT basiert auf modernen Systemtheorien, die auch in anderen Wissenschaftsbereichen bedeutsam sind. Sie ermöglichen das Verständnis der Funktionsweisen komplexer dynamischer Systeme, im konkreten Fall komplexer biopsychosozialer Systeme. Auf dieser Grundlage wurden Interventionen für die Veränderung biopsychosozialer Verhaltensmuster entwickelt mit dem Ziel, Leid zu lindern bzw. zu beseitigen. Dieser Ansatz hat eine neue Sichtweise auf psychische Erkrankungen und die Möglichkeit ihrer Behandlung eröffnet.

Die Familie ist dabei ein wesentlicher, aber nicht der alleinige und auch nicht immer der wichtigste soziale Kontext psychischer Störungen. Orientiert an einem offenen Familienkonzept (Schneewind 1999) beschränkt sich die therapeutische Arbeit nicht allein auf biologisch oder juristisch definierte Familien und Paare, sondern schließt neben Partnern/Eltern, Kindern und zuweilen Großeltern auch andere für die Problemlösung wichtige Bezugspersonen sowie das weitere professionelle Helfersystem (Ärzte, Lehrer, Sozialarbeiter u. a.) in die Behandlung ein. Sie werden entweder direkt »in vivo« und/oder indirekt durch spezielle Fragetechniken zu ihrem Verhalten, mutmaßlichem Erleben und ihren Intentionen systematisch in die Therapie einbezogen. Paartherapie (PT) mit hetero- oder homosexuellen Paaren wird als eine Variante von Familientherapie verstanden.

Ziel der ST/FT ist es, symptomfördernde familiäre Interaktionen und Strukturen, dysfunktionale Lösungsversuche und starre/einschränkende Familienerzählungen in Frage zu stellen und die Entwicklung neuer, gesundheitsfördernder Interaktionen, Lösungsversuche und Erzählungen anzuregen. Wesentliche Elemente des praktischen Vorgehens sind systemische Fragen zum Zusammenhang zwischen Symptomen und Beziehungen, positives Umdeuten von Symptomen und anderen Problemen, symbolisch-metaphorische Methoden wie Genogramm und Familienskulptur, Arbeit mit Reflektierenden Teams sowie spezielle Schlussinterventionen und die Neu-Inszenierung von Familien-Ritualen (v. Schlippe u. Schweitzer 1996; v. Sydow 2000)« (v. Sydow et al. 2007a, S. 15–16).

Systemische Therapie bzw. Familientherapie lässt sich in unterschiedlichen *Settings oder Anwendungsformen* einsetzen – als Familientherapie, Paartherapie, Gruppentherapie und als Multi-Familien-Therapie-Gruppen sowie als multisystemisch-familientherapeutische Therapie mit größeren Helfer- und Nachbarschaftssystemen (v. Sydow et al. 2007a).

1.7 Salutogenetisches Verständnis von Gesundheit

Manche Vorgaben des Sozialgesetzbuches V passen gut zum systemischen Denken. So heißt es unter »Solidarität und Eigenverantwortung«:

»Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitslichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mit-

wirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken« (§ 1 SGB V).

Systemische Therapie und die systemische Familienmedizin verfolgen u. a. als übergeordnetes Ziel, die Selbstkompetenz und Selbstwirksamkeit von Patienten und den für sie relevanten sozialen Systemen zu erhöhen, im Sinne eines *Empowerment* (Dunst, Trivette a. Deal 1988; Furman 2008; McDaniel et al. 2004; Retzlaff 2019a), und damit eine Erhöhung ihrer Freiheitsgrade, was sich sehr mit den Ausführungen im SGB V deckt.

Es macht Sinn, sorgfältig mit Worten und Sprache umzugehen und Menschen nicht auf eine Rolle zu reduzieren, z. B. als krank. Während im Kontext von Beratung und Kinder- und Jugendhilfe von Klienten gesprochen wird, werden diese innerhalb des Gesundheitssystems üblicherweise als »Patienten« bezeichnet. Deshalb erscheint es zweckmäßig, auch bei der Systemischen Therapie innerhalb des Gesundheitssystems den Begriff »Patient« zu verwenden, ohne damit eine Person auf ihre Beschwerden reduzieren zu wollen.

1.8 Aufklärung und Information

Nach der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer (Bundespsychotherapeutenkammer 2019) und dem »Patientenrechtegesetz« im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) 2013³ haben Psychotherapeuten die Pflicht, ihre Patienten über das Störungsbild, über die Behandlung und mögliche alternative Behandlungsformen, etwa eine stationäre oder eine ergänzende medikamentöse Therapie, und die zu erwartenden Kosten aufzuklären, auch mögliche Nebenwirkungen sollten erwähnt werden (Szapocznik a. Prado 2007). Im heutigen Informationszeitalter holen sich Patienten ohnehin alle erdenklichen Informationen aus dem Internet. Bedauerlicherweise finden sie dort manchmal regelrechte Desinformation, deshalb ist es sinnvoll, zu klären: »Was wissen Sie bereits über die Beschwerden, die Sie zu mir führen, was ist Ihr Bild, woher das kommt und was Sie tun können?«

³ Alle Gesetzestexte stehen inzwischen kostenlos im Internet zur Verfügung unter <https://www.rechtsprechung-im-internet.de> [6.9.2021].

Generell funktionieren Psychotherapien besser, wenn die Patienten wissen, was von ihnen erwartet wird und welche Rolle der Therapeut übernimmt. Die Lösungs- und Ressourcenorientierung der Systemischen Therapie hat zu einer übergroßen Skepsis gegenüber dem Erteilen von Ratschlägen geführt. Wenn Klienten eine Beratung wünschen und um Information und Vorschläge bitten, was sie tun sollen, ist es sinnvoll, auf diese Anliegen direkt einzugehen und ihnen eigene Kenntnisse und Kompetenzen zur Verfügung zu stellen. Die Begriffe »Aufklärung von Patienten« und »Information zur Verfügung stellen« klingen kooperativer als der einseitig belehrend wirkende Begriff »Psychoedukation«.

Vorbehalte gegenüber dem Erteilen von Ratschlägen haben durchaus ihre Berechtigung, denn sie können kontraproduktiv wirken. Zahlreiche Studien belegen, dass dies eher der Fall ist, wenn Ratschläge in herablassender Weise erteilt werden, die Rat suchende Person als inkompetent behandelt wird und ein Gefühl der Verpflichtung und Abhängigkeit entsteht (Dunst, Trivette a. Deal 1988). Ratschläge und Hilfsangebote haben eine eher negative Wirkung, wenn sie an den Wünschen der Klienten vorbeigehen und ihnen die Handlungshoheit und Selbstbestimmung über das eigene Leben genommen wird. Ungebetenes helfendes Verhalten wird oft nicht angenommen und schwächt das Selbstwertgefühl der Klienten. Helfendes Verhalten weckt negative Reaktionen, wenn die erbetene Hilfe und der angebotene Rat nicht passen. Ratschläge haben eher dann schädliche Effekte und lösen negative Reaktionen aus, wenn Außenstehende die Situation als problematisch ansehen, die betroffene Person jedoch nicht. Hilfsangebote wirken eher dann positiv, wenn sie die Stärken der Familie fördern. Ratschläge und Information wirken im Sinne eines *Empowerment*, wenn sie weder aus einer überlegenen Position, von oben herab, noch aus einer unterlegenen bittstellerischen Position gegeben werden, sondern von einer Ich-Position »auf gleicher Augenhöhe«. Dies setzt eine gute Therapeut-Klient-Beziehung voraus. Bei einer auf *Empowerment* ausgerichteten Vorgehensweise werden Klienten nicht pathologisiert, das Ersuchen um Hilfe wird nicht als Beleg für Defizite gewertet, sondern als kompetenter selbstverantwortlicher Schritt, sich zu informieren und sein Leben aktiv zu gestalten. Ihre Autonomie und der Wunsch nach Selbstbestimmung sollten geachtet und vorhandene eigene Ressourcen ans Licht gebracht werden.

Kompetente systemische Ratschläge

- stellen eine ausgeglichene Beziehung zwischen Klienten und Berater her und vermeiden Gefühle von Abhängigkeit und Verpflichtung,
- gehen direkt und genau auf das Anliegen des Klienten ein,
- werden in einem engen zeitlichen Zusammenhang zum Ersuchen des Patienten gegeben und nicht einfach dann, wenn es dem Berater passt oder die Institution, in der die Klienten gesehen werden, gerade Kapazität hat,
- belassen die Entscheidungshoheit über weitere Schritte und die Verantwortung für deren Umsetzung bei den Betroffenen,
- stärken das Gefühl der Selbstwirksamkeit und das Selbstwertgefühl (vgl. Retzlaff 2019a).

Dies bedeutet: Die Expertenschaft der Patienten für ihre eigene Lebenswelt wird anerkannt und genutzt, der Therapeut erkundigt sich ausführlich und eingehend über ihren Wissenshintergrund, nach ihren Wünschen und Befürchtungen, Handlungsoptionen und Einschränkungen, die selbstverständlich immer begrenzte Expertenschaft des Therapeuten wird aber nicht verschleiert, sondern das Wissen und die Erfahrungen werden in einem kooperativen therapeutischen Bündnis dem Patienten zur Verfügung gestellt.⁴ Therapeuten besitzen hoffentlich Expertenwissen, das angesichts des breiten Möglichkeitsraums notwendigerweise begrenzt ist (Mason 2005). Eine entscheidende Rolle bei der Aufklärung von Klienten spielt die Haltung: Als Therapeut stellt man sich neben den Patienten bzw. die Familie, nicht über sie, und zeigt verschiedene Optionen und Wege auf, die als möglich erscheinen. Die systemische Therapie ist in diesem Sinne eine Form von Konsultation oder Coaching (Wynne, McDaniel a. Weber 1986).

1.9 Vergütungsregeln als Systemfaktor

Mit der Finanzierung von systemischer Therapie durch die Krankenkassen kommt eine weitere Systemebene zum Tragen, deren Bedeutung innerhalb der Psychotherapie mit wenigen Ausnahmen (Madales 1994a) oft übersehen wurde – das Geld. Viele Psychoanalytiker

⁴ In den Kapiteln zur praktischen Arbeit wird gelegentlich die Formulierung »es empfiehlt sich« verwendet, dies dient einfach zur Erleichterung der Umsetzung und hat keinen allgemeinen Gültigkeitsanspruch.