



Andreas Fryszer / Thomas Merz

Systemische Therapie im Gesundheitssystem

Praxisimpulse von der Beziehungsgestaltung
bis zum Bericht

V&R



Andreas Fryszler/Thomas Merz

Systemische Therapie im Gesundheitssystem

Praxisimpulse von der Beziehungsgestaltung
bis zum Bericht

VANDENHOECK & RUPRECHT

Abkürzungen:

DSM:	Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen	LZT:	Langzeittherapie
EBM:	Einheitlicher Bewertungsmaßstab	MPS:	Mehrpersonensetting
G-BA:	Gemeinsamer Bundesausschuss	PTV:	Formulare der Krankenkassen zur Kommunikation zwischen Krankenkassen und Psychotherapeuten (fortlaufend nummeriert: PTV 1 = Antrag des Versicherten, das PTV 2 für die Angaben des Therapeuten, das PTV 3 der Leitfaden zum Bericht an den Gutachter usw.)
GKV:	Gesetzliche Krankenversicherung	QS:	Qualitätssicherung
ICD-10:	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme		
KBV:	Kassenärztliche Bundesvereinigung		
KV:	Kassenärztliche Vereinigung		
KZT:	Kurzzeittherapie		

Icons:

 Fallbeispiele

Hintergrundtexte, die bestimmte Themen vertiefen

 Take-aways, Anregungen, die Leserinnen und Leser einfach mitnehmen und direkt ausprobieren können.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

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

© 2025 Vandenhoeck & Ruprecht, Robert-Bosch-Breite 10, D-37079 Göttingen, ein Imprint der Brill-Gruppe (Koninklijke Brill BV, Leiden, Niederlande; Brill USA Inc., Boston MA, USA; Brill Asia Pte Ltd, Singapore; Brill Deutschland GmbH, Paderborn, Deutschland; Brill Österreich GmbH, Wien, Österreich)
Koninklijke Brill BV umfasst die Imprints Brill, Brill Nijhoff, Brill Schöningh, Brill Fink, Brill mentis, Brill Wageningen Academic, Vandenhoeck & Ruprecht, Böhlau und V&R unipress.

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Umschlagabbildung: Benjavisa Ruangvaree Art/Shutterstock

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

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

E-Mail: info@v-r.de

ISBN 978-3-647-40834-7

Inhalt

Vorwort von Sebastian Baumann und Björn Enno Hermans	10
1 Warum wir dieses Buch schreiben	12
1.1 Systemikerinnen* im Gesundheitswesen: Spagat zwischen zwei Kulturen	15
1.2 Braucht es ein weiteres Buch über systemische Grundlagen? Sicher nicht!	20
1.3 Vorsicht Dogma	21
1.4 Warum gerade ein Buch über Therapieanfang und Probatorik? ...	23
1.5 Das alles in der Probatorik? Bitte nicht!	24
2 Im Therapieraum: Eine positive Kooperationsbeziehung aufbauen – Fallverstehen in der Begegnung	26
2.1 Arbeit an den eigenen Vorbehalten	28
2.2 Ressourcenaktivierung – von Beginn an	34
2.3 Autonomie schützen – bereits am Anfang	35
2.4 Die Klientin willkommen heißen	39
2.5 Einer Haltung von »Quick Fixes« widerstehen	41
3 Im Therapieraum: Relevante Dimensionen für ein systemisches Fallverstehen	53
3.1 Eine Warnung: Kompetenz vor Manualtreue!	54
3.2 Angaben zu spontan berichteten und vertiefend erfragten Beschwerden	56
3.2.1 Einmaligkeit des Leidens versus kategoriales Erfassen mit Befundbegriffen	56
3.2.2 Ganzheitliches Erfassen versus Reduktion auf Körper und Psyche	63
Hintergrund: Das ganzheitliche systemische Menschenbild	61

* Im Sinne der Gendergerechtigkeit verwenden wir beide Geschlechter in alternierender Reihenfolge. Die wechselnde Schreibweise führen wir in Abhängigkeit vom Kontext nicht immer stringent durch.

3.2.3	Zirkuläre Wechselwirkungen zwischen den vier Ebenen und Kontextualisierung des Leidens	64
3.2.4	Ausnahmen – Nichtauftreten des Leidens	66
	Hintergrund: Cheerleading	67
	Hintergrund: Beschwerden und Medikation	69
3.3	Ressourcen aktivieren	71
3.4	Überweisungskontext	74
3.5	Aktuelle Lebenssituation explorieren	75
3.6	Krankheitsverständnis – multiperspektivische Beschreibung des Problems	77
	Hintergrund: Internationale Entwicklung im Feld interkultureller Therapie	79
3.7	Die für die Symptomatik relevante lebensgeschichtliche Entwicklung	80
3.8	Symptomverstärkende und -reduzierende Bedingungen	81
3.9	Anfängliche Anliegen, Wünsche und Ziele der Klientin explorieren	82
3.10	Gemeinsame Narration und geteilte Hypothesen	84
3.11	Wie sieht der anfängliche Kontrakt der Therapie aus?	87
3.12	Suizidalität ansprechen	89
3.13	Fragebögen und Tests in der Probatorik	92
3.14	Das Gespräch über die Diagnose und über den Bericht an den Gutachter	94
3.15	Mehrpersonensetting in der Probatorik	99
4	Im Reflexionsraum: Fallverstehen auf Systemisch	100
4.1	Reflexion mit unterschiedlicher Fokussierung	101
	Hintergrund: Kybernetik 2. Ordnung und Metaebenen im Therapieraum	103
4.1.1	Fokus 1: Der Klient und sein Lebenssystem	107
4.1.2	Fokus 2: Die Beziehung zwischen der Klientin und dem Therapeuten	109
	Hintergrund: Rollen des Therapeuten: Teacher, Facilitator, Consultant, Evaluator	110
4.1.3	Fokus 3: Die Therapeutin – mit ihrem professionellen und persönlichen Hintergrund	113
4.2	Wie sollen Hypothesen sein, um Entwicklungsräume zu öffnen?	115
4.2.1	Kausalhypothesen – in der Regel wenig hilfreich	117

4.2.2	Intentionalhypothesen – immer, wenn Motive angenommen werden	118
4.2.3	Funktionale Hypothesen – Was ist der Sinn des Problems?	120
4.2.4	Aus negativen »Eigenschaften« konkretes Verhalten machen	122
4.2.5	Belastungen würdigen und Ressourcen aktivieren	123
4.2.6	Die Hypothese bleibt eine subjektive Ansicht	124
4.2.7	Hypothesenbildung in der interkulturellen Beratung	125
5	Am Schreibtisch: Der Bericht an die Gutachterin – nur eine notwendige Pflicht?	128
5.1	Relevante soziodemografische Daten	134
5.2	Symptomatik und psychischer Befund	135
5.2.1	Von der Klientin spontan geschilderte und vertiefend erfragte Beschwerden	135
5.2.2	Auffälligkeiten bei der Kontaktaufnahme, der Interaktion und bezüglich des Erscheinungsbildes	138
5.2.3	Psychischer Befund	140
5.2.4	Krankheitsverständnis des Klienten	143
5.2.5	Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren	144
5.3	Somatischer Befund/Konsiliarbericht	147
5.4	Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte, zur Krankheitsanamnese, zum systemischen Erklärungsmodell	148
5.4.1	Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte	148
5.4.2	Behandlungsrelevante Angaben zur Krankheitsanamnese	151
5.4.3	Systemisches Erklärungsmodell	152
	Hintergrund: Systemanalyse	153
5.4.3.1	<i>Systemisches Erklärungsmodell: Systemanalyse</i>	158
	Hintergrund: Systemisches Erklärungsmodell	161
5.4.3.2	<i>Systemisches Erklärungsmodell: Belastungen</i>	168
5.4.3.3	<i>Systemisches Erklärungsmodell: Problemfördernde Muster und Lösungsversuche</i>	169
5.4.3.4	<i>Systemisches Erklärungsmodell: Ressourcen</i>	170
5.4.3.5	<i>Systemisches Erklärungsmodell: Gemeinsam entwickelte Problemdefinition und Anliegen</i>	171
5.5	Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung	173
5.6	Behandlungsplan und Prognose	175
	Hintergrund: Therapieplanung versus Prozessorientierung	182
5.7	Zusätzlich erforderliche Angaben bei einem Umwandlungsantrag	184
5.8	Bericht zum Fortführungsantrag	187

6	Mehrpersonensetting oder Heilung als Gemeinschaftsleistung	189
6.1	Zu welchem Zeitpunkt ist ein Mehrpersonensetting sinnvoll?	194
6.2	Themen eines Mehrpersonensettings, die gerade in der Probatorik sinnvoll sind	198
6.2.1	Multiperspektivische Betrachtung des Problems und der Lösung	199
6.2.2	Den Tanz um das Symptom explorieren	200
6.2.3	Ressourcen im System erkunden	201
6.2.4	Praktische Unterstützung organisieren	202
6.3	Hypothesengeleitete Mehrpersonensettings zu späteren Zeitpunkten der Therapie	204
6.4	Wer kann zu einem Mehrpersonensetting eingeladen werden?	205
6.5	Einladung und Motivation zum Mehrpersonensetting	206
6.6	Rahmen schaffen: Frequenz, Dauer des Mehrpersonensettings und Follow-up	208
6.7	Methodenvielfalt statt ausschließlich verbaler Interventionen	210
6.8	Etablieren von »sowohl als auch« statt »entweder ... oder«	211
6.9	Destruktive Muster dominieren die Kommunikation	212
6.10	Haltungsfragen: Loyalität, Allparteilichkeit und Neutralität	214
6.11	Wer kommt da zu Besuch? – eine kleine Typologie	217
6.11.1	Ein Besuch, um Therapie kennenzulernen	218
6.11.2	Eine Beobachterin, die ihre Sicht mitteilt	220
6.11.3	Ein Beobachter mit der Bereitschaft, zu hören und sich selbst zu reflektieren	221
6.11.4	Eine Unterstützerin, die praktisch tätig wird	222
6.11.5	Ein Kunde, der mit eigenen Entwicklungsanliegen ins Mehrpersonensetting kommt	224
6.11.6	Klagende und andere schwierige Kommunikationsmuster im Mehrpersonensetting	226
6.12	Schwierige Aufträge – offene, heimliche, unterschiedliche, eigene innere	228
6.13	Das Mehrpersonensetting mit zwei Therapeutinnen	230
7	Konturen einer weiterentwickelten systemischen Therapie – denn nur der Wandel ist beständig	232
7.1	Weiterentwickeltes systemisches Erklärungsmodell	232
7.2	Weiterentwickeltes systemisches Vorgehen: Einzeltherapie und Mehrpersonensetting	234

Dank	237
Literatur	239
Anhang	245
Anhang 1: »Beipackzettel« systemische Psychotherapie	245
Anhang 2: Zwischen den Sitzungen: After-Session-Intervention	252
Anhang 3: Fragebogen zu Ihrer Psychotherapie	253
Anhang 4: Formblatt Bericht an die Gutachterin bzw. den Gutachter ...	262
Anhang 5: Bericht an die Gutachterin – Beispielfall Frau A	263
Anhang 6: Bericht zum Umwandlungsantrag – Beispielfall Herr K	267
Anhang 7: Bericht zum Umwandlungsantrag – Beispielfall Herr L	273



Die Anhänge 1, 2, 3 und 4 stehen auch zum Download zur Verfügung auf www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com bei diesem Buch unter der Rubrik »Downloads«.

Vorwort

»Ein Buch, das es unbedingt braucht«, das war die spontane Resonanz beim Lesen, »und das unglaublich praktisch ist«. Die systemische Therapie ist noch recht neu als Richtlinienverfahren im Gesundheitswesen. Die Frage, wie systemisches Arbeiten in diesem Kontext mit anderen Spielregeln gelingen kann, ja, wie die systemische Therapie ihren Grundüberzeugungen treu bleiben kann, treibt viele um. Andreas Fryszer und Thomas Merz zeigen einen Weg auf, der nicht nur gangbar ist, sondern auch Freude an der systemischen Arbeit ermöglicht und es erlaubt, die Erkenntnisse systemischer Therapie auch im reglementierten Richtlinienkontext anzuwenden. Sie beschreiben praxistauglich, wie man durch einen Spagat die Anforderungen des Kassenkontextes mit seinen vielen Leitplanken verbindet mit den Prämissen und Anwendungen systemischer Therapie.

An vielen konkreten Beispielen zeigen die Autoren, wie radikal anders ein systemischer Blick auf Menschen und ihre Symptome ist. Sie bedienen sich dabei der Idee, dass vieles, was Systemikerinnen machen, in den Regularien zwar nicht vorgesehen oder gar vorgeschrieben ist, aber eben auch nicht verboten oder ausgeschlossen. Sie zeigen, wo der gewohnte Umgang bei der Entstörung von Störungen verändert werden muss, um hilfreich und wirksam sein zu können. So etwa bei der Erweiterung von der ICD-orientierten Suchbewegung nach somatischen und psychischen Prozessen auf zwischenmenschliche und durch Rollen definierte. Oder bei der Exploration der höchstpersönlichen Empfindung von Leid eben nicht davon auszugehen, Therapeutinnen und Klienten sprächen unter Zuhilfenahme von Störungsbegriffen von den jeweils selben Phänomenen, die obendrein – ihrem Kontext entrissen – zu geradezu verdinglichten Entitäten werden. Die Stärke des Buches ist es dabei, diese hohe theoretische Differenzierung ins Therapiezimmer und in die konkrete therapeutische Praxis zu bringen. Man merkt den Ausführungen an, dass die Autoren viel Erfahrung aus der täglichen Arbeit im Ausbildungsinstitut haben. Sie haben eine so feingliedrige und in hohem Maße praxistaugliche Vorgehensweise und Umsetzung beschrieben, dass diese unmittelbar nutzbar wird und Anwendung finden kann.

Immer wieder mal hat uns und viele Kolleginnen die Sorge umgetrieben, die systemische Therapie werde sich zu sehr dem Gesundheitssystem anpassen, mit seiner am medizinischen Modell angelehnten Vorstellung, psychische Entwicklungsaufgaben seien in Wahrheit inne liegende biologische Krankheiten. Das vorliegende Buch bietet erprobte und sofort umsetzbare Möglichkeiten an, wie systemisches Arbeiten in diesem Kontext gelingen kann. Wer Hinweise und Best Practice für Beziehungsgestaltung, die Arbeit mit Klientensystemen und die Verfassung von Berichten sucht, kann sich von diesem Buch vielfältig inspirieren und bereichern lassen.

Zum Glück ist es gelungen, in den KBV-Regularien zu implementieren, dass Berichte und Anträge unter Einbeziehung der Adressatinnen geschrieben werden. Auch dieses Buch folgt der entsprechenden Logik: An verschiedenen Stellen wurden Psychotherapeutinnen in Ausbildung gebeten, das Geschriebene zu kommentieren und aus der eigenen Perspektive zu ergänzen – echte Highlights des Buches.

Einen prominenten Teil widmen Andreas und Thomas dem Verfassen von Berichten und Anträgen an die Gutachterinnen. Anhand vieler Praxisbeispiele und ihrer eigenen Tätigkeit stellen sie Schritt für Schritt dar, wie sich die Vorgaben aus den Formblättern mit Leben und Inhalten füllen. Dabei wird ein besonderes Augenmerk auf die leichte Übersetzung der Therapiegespräche in Antragsprache gelegt. Eine wichtige Erweiterung und Neufassung bestehender Angebote auf dem Buchmarkt und mit Sicherheit eine große Hilfe und Unterstützung für viele Psychotherapeutinnen in Aus- und Weiterbildung.

Ganz besonders gefreut haben wir uns darüber, dass der Arbeit im Mehrpersonensetting, unserem Herzensthema, ein eigenes ausführliches Kapitel gewidmet wird. Darin sind nicht nur Reflexionen darüber enthalten, welche Rahmung es für dessen Ermöglichung braucht. Wieder werden anhand zahlreicher Falldarstellungen Hinweise dafür gegeben, wann das Setting besonders indiziert ist, welche Kompetenzen dafür benötigt werden, wie mit schwierigen Auftragskonstellationen umgegangen werden kann und welche Methoden und Techniken sich besonders eignen. Deutlich wird einmal mehr, wie bedeutsam und sinnstiftend dieses Setting für die systemische Psychotherapie ist.

Dieses Buch sollte nicht nur als Pflichtlektüre in jeder Bibliothek von Ausbildungsinstituten stehen. Wenn es noch Zweifel an der Umsetzbarkeit originärer systemischer Therapie im Gesundheitswesen gegeben haben sollte, so dürften diese sich nach der Lektüre des Buches deutlich reduziert haben. Wir empfehlen es deshalb ausdrücklich allen Personen, die systemisch(er) im Gesundheitswesen arbeiten möchten.

Sebastian Baumann und Björn Enno Hermans

1 Warum wir dieses Buch schreiben

Seit dem 1. Juli 2020 wird die systemische Therapie von der Krankenkasse finanziert. Jetzt sollten wir als Systemikerinnen auch dafür sorgen, dass nicht nur systemische Therapie draufsteht, sondern dass systemische Therapie auch drin ist. Dazu wollen wir gern mit diesem Buch beitragen! Diese Aufgabe wird noch aktueller, da die systemische Kinder- und Jugendlichentherapie seit dem 1. Juli 2024 ebenfalls ein durch die Krankenkasse abrechnungsfähiges Verfahren ist. Die systemische Perspektive ins Gesundheitswesen zu integrieren, ist Pionierarbeit. Der Anpassungsdruck an die dort vorherrschenden Denkweisen, Strukturen und Abläufe führt leicht dazu, dass Therapeutinnen, Ausbildungskandidatinnen, Supervisorinnen und Auszubildende dem unterliegen. Systemische Sichtweisen und Vorgehensweisen gehen dann verloren, verblassen, verlieren ihre Kraft. Die Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (2024) beschreibt im § 18 zwar die systemische Sicht, in der Symptome als kontraproduktive Lösungsversuche psychosozialer und psychischer Probleme verstanden werden. Gleichwohl wird eine individuelle Diagnostik nach ICD verlangt, die sich ausschließlich auf körperliche und psychische Phänomene bezieht und kommunikative und gesellschaftliche Aspekte außer Acht lässt. Im Leitfaden zum Erstellen des Berichts an die Gutachterin oder den Gutachter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (2020) wird ein Behandlungsplan für die Psychotherapie gefordert. Aus dem systemischen Ansatz heraus empfiehlt sich aber ein prozessorientiertes Vorgehen. Der Mensch wird als ein komplexes System verstanden, das nicht instruierbar ist. Die Systemikerin im Gesundheitswesen wird auf diese Weise mit einer Reihe von weiteren Widersprüchen konfrontiert. Wir brauchen deshalb Mut und Klarheit, damit die systemische Therapie einen wirksamen Beitrag zur Gesundheitsversorgung leisten kann.

Der systemische Ansatz hat außerhalb des Gesundheitswesens (Jugendhilfe, Sozialarbeit, Supervision, Coaching, Organisationsberatung) eine enorme Verbreitung erfahren. Seine Stärken, Komplexität zu erfassen, Ressourcen in Veränderungsprozessen zu nutzen, mit ganzheitlicher Sicht auf den Menschen zu

blicken, flexibel zu intervenieren, ohne starr und schablonenhaft vorzugehen, mit maximaler Augenhöhe und unter weitgehendem Erhalt von Autonomie der Betroffenen Beziehungen zu gestalten, üben auch auf Therapeuten im Gesundheitswesen eine hohe Anziehung aus. Sie identifizieren sich mit diesen Werten und entscheiden sich für eine systemische Ausbildung. Dies, obwohl die Anzahl der genehmigten Behandlungsstunden in anderen Verfahren höher ist und die Bezahlung von Einzelsitzungen und Mehrpersonensitzungen gleich hoch ist.

Nach Erfahrungen aus über vier Jahren systemischer Therapie sowie Approbationsausbildung¹ in der Gesundheitsversorgung wollen wir vorstellen, wie die Ideen des systemischen Ansatzes in den Rahmenbedingungen und Haltungen, die im Gesundheitswesen vorherrschen, realisiert werden können – ohne dass die systemischen Therapeutinnen einer Überanpassung an das vorherrschende Denken im Gesundheitswesen erliegen. In den letzten Jahren haben wir über unsere Praxis als Therapeuten, Ausbilder usw. Punkte erleben dürfen, in denen systemische Sichtweisen und Sichtweisen im Gesundheitswesen unterschiedlich bis widersprüchlich sind. Kurz vor Abgabe unseres Manuskripts erschien eine Ausgabe des »Kontext«², die ausschließlich die Fragen diskutiert, wie systemische Therapie unter den Bedingungen des Gesundheitswesens gestaltet werden kann: ein deutliches Zeichen, wie relevant dieser Diskurs nun ist.

Gerade der Start einer Therapie eignet sich für unser Anliegen besonders. Der Einstieg in eine Psychotherapie im System der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt über maximal drei Sprechstundensitzungen, zwei bis vier probatorische Sitzungen, die Erhebung der biografischen Anamnese, die Diagnostik und den Bericht an den Gutachter. Zunächst wird im Therapieraum die Beziehung zur Klientin³ aufgebaut; die Symptome, die zum Leidensdruck führen, werden ebenso exploriert wie jene Bereiche des Lebens, die für ein systemisches Fallverstehen dieser Symptomatik von Relevanz sind. Es werden Grundlagen einer gemeinsamen Sicht auf die Therapie, ihre Ziele und ihre Themen mit der

1 Die Autoren Andreas Fryszler und Thomas Merz arbeiten als Ausbildungs-, Ambulanz- und Selbsterfahrungsleiter sowie als Supervisoren und Approbationsprüfer meist für die Hessische Akademie für integrative Psychotherapie (HAiP), aber auch für andere Ausbildungsinstitute. Thomas Merz hat zudem eine systemische Kassenzulassung und ist Gutachter für Anträge auf eine systemische Therapie.

2 Kontext – Zeitschrift für Systemische Therapie, 2024, 55 (2).

3 Nach Abwägung haben wir uns für die Bezeichnung Klientin entschieden, obwohl man üblicherweise bei Eintritt ins Gesundheitssystem als Patientin bezeichnet wird. Patient leitet sich ab vom lateinischen »patiens« »erdulnd, ertragend, fähig zu erdulden«, Klient von »cliens« ab und dem werden folgende Bedeutungen zugeordnet: »Person, die von einer anderen betreut/vertreten wird, [...] Schutzbefohlener« (Wiktionary, 2024). Die Bedeutungen von »Klient« decken sich aus unserer Sicht mehr mit einer systemischen Sicht auf Menschen und auf die Beziehungsgestaltung im Therapieraum.

Klientin erarbeitet. Danach erfolgt – quasi im Reflexionsraum – ein Innehalten und Auswerten der Therapeutin: die Fallkonzeptionalisierung. Und schließlich wird am Schreibtisch der Bericht an den Gutachter geschrieben, der dann mit der Klientin besprochen und zur Beantragung der Therapie eingereicht wird. Der Aufbau des Buches folgt – nach diesem einführenden 1. Kapitel – im Wesentlichen diesem zeitlichen Ablauf.

- ▶ Wir bleiben zunächst im Therapieraum: Was empfiehlt speziell der systemische Ansatz im Hinblick auf die Beziehungsgestaltung zur Klientin? Welche innere Haltung der Therapeutin ist für ein gutes Beziehungsangebot – aus systemischer Sicht – hilfreich? Wie kann die Therapeutin ihre Aufmerksamkeit vor der Sitzung fokussieren? Wie kann sie aus dieser Fokussierung heraus entsprechende Beziehungsangebote machen? (Kapitel 2)
- ▶ Wir bleiben noch weiter im Therapieraum: Welche Themen im Dialog sind hilfreich und sinnvoll für ein systemisches Fallverstehen? Welche Themen geben gute Anregungen für eine systemische Therapiekonzeptionalisierung? Wie können wir den Dialog so gestalten, dass die Klientin aus der Problemtrance in einen entspannten, kreativen Zustand gelangt, in dem ihr das Entdecken von Lösungen leichter fällt? Wie können innerhalb einer systemischen Haltung Diagnostik und der Bericht an den Gutachter gerahmt, besprochen und genutzt werden? (Kapitel 3)
- ▶ Danach verlassen wir den Therapieraum und wenden uns der Reflexion der Therapeutin zu: Wie können wir wesentliche Grundideen der systemisch-konstruktivistischen Erkenntnistheorie für unsere Fallreflexion nutzen? (Kapitel 4)
- ▶ Am Schreibtisch entsteht danach der Bericht an den Gutachter: Wie kann ein Bericht an den Gutachter aussehen, der zugleich der systemischen Perspektive entspricht und die Vorgabe der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV/PTV 3) berücksichtigt? Auf welche zentralen systemischen Sichtweisen sollten wir dabei nicht verzichten? Welche theoretischen Modelle stehen im Hintergrund bei dem von der Bundesvereinigung verwendeten systemischen Erklärungsmodell? (Kapitel 5)
- ▶ Im Kapitel 6 wenden wir uns dem Mehrpersonensetting (MPS) zu und widmen dem ein eigenes Kapitel. Dadurch, dass die Psychotherapie im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stets für ein einzelnes Kassenmitglied zur Behandlung seiner individuellen »Krankheit« genehmigt wird – und nicht etwa für die Familie eines erkrankten Menschen –, entstehen neue Fragen für die systemische Therapeutin. Wie lassen sich einzeltherapeutische Sitzungen und MPS sinnvoll ergänzen? Was ist bei einem Wechsel vom einzeltherapeutischen Setting zum MPS zu beachten? Wie kann das MPS –

ein Herzstück des systemischen Ansatzes – innerhalb einer Einzeltherapie schon in der Probatorik genutzt werden?

- ▶ Im kurzen Kapitel 7 skizzieren wir erste Weiterentwicklungen der systemischen Therapie, die durch die Anwendung unter den Bedingungen des Gesundheitswesens entstehen.

1.1 Systemikerinnen im Gesundheitswesen: Spagat zwischen zwei Kulturen

Kollegen sagen manchmal, die Systemikerinnen hätten sich mit dem Eintritt in die GKV in ein Prokrustesbett⁴ gelegt. Uns interessieren hier die Fragen: Was aus dem systemischen Ansatz passt ganz gut rein in das Bett der GKV? Wo schmerzt es die systemische Therapeutin in diesem Bett, und wo liegt es sich bequem und vertraut? Welche Spielräume lassen sich nutzen und wo engen wir uns unnötig ein? Was wird nur etwas gequetscht? Und was wird sogar amputiert vom systemischen Ansatz? Aber vor allem: Was ist für ein systemisches Vorgehen unverzichtbar? Oder positiv: Wie kann die Therapeutin entspannt das Beste aus beiden Welten nutzen? Unser Text beschränkt sich dabei auf den Start einer systemischen Therapie in Klinik, Praxis oder Ambulanz.

Generell gilt: Die systemische Kassentherapeuten sind wie Grenzgänger zwischen zwei Kulturen. Kultur ist hier gemeint im Sinne von Thomas (1996, S. 112; zit. nach Schroll-Machl, 2013, S. 27) als »ein universelles, für eine Gesellschaft, Organisation und Gruppe aber sehr typisches Orientierungssystem [...] Es beeinflusst das Wahrnehmen, Denken, Werten und Handeln aller ihrer Mitglieder und definiert somit deren Zugehörigkeit.«

In der Approbationsausbildung werden die jungen Kolleginnen zunächst in der praktischen Tätigkeit über lange Zeit in den Kliniken beruflich sozialisiert. Ihr Wahrnehmen, Denken, ihr Werten und ihr Handeln müssen dort mit den Anforderungen des Renten-, Kranken-, Arbeitslosen- und Unfallversicherungssystems kompatibel werden. In der systemischen Ausbildung in den Instituten werden sie in einer anderen Kultur mit einem etwas anderen Aufmerksamkeitsfokus oder Orientierungssystem geschult: Eben wie aus dem systemischen Ansatz heraus Beziehungen zu Klienten gestaltet werden, Klienten wahrgenommen und verstanden werden, welcher Wahrnehmungsfokus, welches Denken, wel-

4 »Bedeutungen (2): 1. Schema, in das etwas gezwängt wird. 2. unangenehme Lage, in die jemand mit Gewalt gezwungen wird. Herkunft: nach dem Räuber der altgriechischen Sage, der arglose Wanderer in ein Bett presste, indem er überstehende Gliedmaßen abhieb oder zu kurze mit Gewalt streckte« (Duden Wörterbuch, 2023).

ches Werten unter dieser Perspektive gilt und welches Handeln unter diesem Fokus als »richtig« empfunden wird. Noch komplizierter wird die Situation für die Lernenden, da es kein einigermaßen kohärentes und von fast allen Systemikerinnen geteiltes Metakonzzept der systemischen Therapie gibt, welches es ermöglichen würde, konkretes Handeln unter systemischer Perspektive als »richtig« und »falsch« einzuordnen. Der systemische Ansatz verfügt im Sinne der oben zitierten Definition von Kultur zudem als Orientierungssystem über unterschiedliche Variationen mit übereinstimmenden und teilweise gegenteiligen Elementen. Dies ist – wie bei anderen Therapierichtungen auch – seiner Geschichte von nun mehr als 70 Jahren geschuldet. In dieser Zeit sind unterschiedliche systemische Schulen entstanden. In dieser Situation ist es für die Ausbildungskandidatin schwierig, zu der Empfindung zu kommen, dass das, was sie tut, »richtig« ist. Zudem haben viele Dozierende an den Ausbildungsinstituten auch keinen Bezug zu den Kliniken mehr, da sie in diesem Arbeitsumfeld schon lange nicht mehr arbeiten, sondern eher in psychotherapeutischen Praxen oder Beratungsstellen. Das macht die Verständigung über die verschiedenen Kulturen auch nicht leichter.

Die Unterschiede zwischen den beiden Orientierungssystemen (Anforderungen des Gesundheitswesens, wie es in den Kliniken erlebt wird, und systemischer Therapie) sind manchmal nur marginal oder leicht divergierend, manchmal sind sie diametral entgegengesetzt. Da braucht es Bewusstheit, Klarheit, Flexibilität und letztlich die Fähigkeit zu einem spielerischen Wechseln zwischen diesen beiden kulturellen Sichtweisen. Wir greifen aus unserer Erfahrung im Buch an einigen Stellen unterschiedliche Sichtweisen beider Systeme auf – wie wir sie erleben. Das ist sicher selektiv und subjektiv sowohl in Bezug auf den systemischen Ansatz⁵ als auch in Bezug auf das Orientierungs-

5 Was ist systemisch? Diese Frage stellte die Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGST) vor einigen Jahren ihren Mitgliedern. Die Antworten fielen sehr unterschiedlich aus. Die verschiedenen systemischen Traditionen unterscheiden sich zudem in ihren Grundauffassungen und ihrem Vorgehen. Auch Hilzinger, Schweitzer und Hunger (2016, S. 338) gingen letztlich bei der Entwicklung der Systemtherapeutischen Adhärenzskala (STAS) von ihrer subjektiven Auffassung, was systemisch sei, aus: »Während wir Kennzeichen gruppierten, die für uns untrennbar mit systemischer Therapie verbunden sind [...]«.

system des Gesundheitswesens⁶. Unsere Ausführungen werden deshalb manchmal auch zu Widerspruch reizen.⁷

So bringt Baumann (2024) einige wesentliche Widersprüche zwischen der Denkweise des Gesundheitswesens und dem systemischen Ansatz auf den Punkt, die auch wir – neben anderen – sehen.

»Leben in zwei Welten

Es gilt nun, den erkenntnistheoretischen Grundlagen genügend Raum zu geben und mit einem Spagat die Logiken der Richtlinie und der Systemischen Therapie miteinander zu verbinden. Das bedeutet z. B.:

- veränderungsneutral⁸ zu bleiben, auch wenn Krankenkassen Erfolge sehen möchten
- lösungsorientiert⁹ zu bleiben, auch wenn die Behandlungsbedürftigkeit explizit dargestellt werden muss¹⁰
- die Unvorhersagbarkeit von Therapieprozessen zu akzeptieren, auch wenn ein stringenter, linearer Behandlungsplan erstellt wird¹¹
- psychotherapeutisch zu ›behandeln‹ und zu ›versorgen‹, auch wenn (nicht nur) Systemische Therapie lediglich Selbstorganisationsprozesse in Systemen anregen kann (Haken und Schiepek 2010)¹²

-
- 6 Es ist schon etwas vermessen, von *einem* Orientierungssystem des Gesundheitswesens zu sprechen. Glücklicherweise sind die Unterschiede zwischen den Akteuren dort sehr groß. Ärztliche Sichtweisen, tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Sichtweisen unterscheiden sich. Und innerhalb dieser Kategorien wiederum gibt es riesige Unterschiede zwischen den Akteuren. So erleben wir es tagtäglich. Trotzdem lassen sich aufgrund von Erfahrung – wenn man bereit ist, mit Vergrößerung zu leben – markante Punkte herausarbeiten, in denen man mehr oder weniger große Unterschiede zu wesentlichen Ideen des systemischen Ansatzes feststellen kann.
- 7 Widersprüche der Art: »Ich sehe den systemischen Ansatz ganz anders!« oder »Nein, die übliche Sicht des Gesundheitswesens ist doch ganz anders!«
- 8 In Kapitel 2.5 diskutieren wir genau die Paradoxie von Symptombeseitigung versus Veränderungsneutralität und über Umgehensweisen damit in der systemischen Tradition. Dabei ist oft eine uneindeutige Haltung gegenüber Veränderung und Nichtveränderung hilfreich. Siehe dazu auch das Zitat von Selvini Palazzoli im Interview mit Deissler im Hintergrundtext »Systemanalyse« (► S. 155) sowie Simon und Rech-Simon (2018), Eggemann-Dann und Fryszler (2022, S. 71 ff.), Schwing und Fryszler (2015, S. 85 ff.).
- 9 Siehe Kapitel 3.3 und das Zitat von de Shazer (► S. 155 f., zitiert nach Baumann, 2024).
- 10 Psychotherapierichtlinie § 2 Seelische Krankheit (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020): »In dieser Richtlinie wird seelische Krankheit verstanden als krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen.«
- 11 Siehe Kapitel 5.6 und Hintergrundtext »Therapieplanung versus Prozessorientierung« (► S. 182 ff.).
- 12 Siehe Kapitel 2.3.

- flexibel mit Abständen zwischen Sitzungen umzugehen, auch wenn der Praxisalltag rein aus organisatorischen Gründen die Entscheidung für wöchentliche Kontakte begünstigt¹³
- nach dem Prinzip zu handeln, dass jede Sitzung die letzte sein könnte, auch wenn ein bestimmtes Stundenkontingent bewilligt wurde
- regelhaft im Mehrpersonen-Setting zu arbeiten, auch wenn das für alle Beteiligten herausfordernd sein kann und die Praxisorganisation darauf eingestellt werden müsste¹⁴
- die Perspektive einzunehmen, dass Symptome Sinn machen und durchaus im Einsatz für einen ›gesunden‹, lösungsorientierten Anteil von Menschen stehen können¹⁵, auch wenn dieser für Symptome sorgende Teil als ›krankheitswertig‹ beschrieben wird¹⁶« (S. 133 f.).

Die Fußnoten im Zitat sind von uns eingefügt, um zu bestimmten Ideen und Begrifflichkeiten auf Stellen in unserem vorliegenden Buch sowie auf vertiefende Literatur zu verweisen. In unserem Buch diskutieren wir die Widersprüche, die Baumann hier aufführt, und noch weitere, die zwischen der Logik des Gesundheitswesens und der systemischen Therapie bestehen. Pragmatisch bietet sich im Umgang mit den Widersprüchen an, die geforderten Setzungen des Gesundheitswesens zu bedienen und doch im Sinne von Baumann die Perspektive des systemischen Ansatzes umzusetzen.

Darüber hinaus kann man diesen Spagat zwischen zwei Welten durchaus auch produktiv für sich nutzen: Grundsätzlich ist ein Spagat kein Problem, sondern eine Körperübung! Sie zerreißt oder zerstört den Körper nicht, wenn man sie achtsam und unter Akzeptanz der eigenen Grundbeweglichkeit durchführt. Mit der Zeit erhöht die Übung die eigene Beweglichkeit, Flexibilität und Weichheit. Sie ermöglicht neue Bewegungen, erweitert Selbstwirksamkeit und Funktionslust.

Wie lassen sich diese Widersprüche zur eigenen Entwicklung als Therapeutin nutzen? Will man die Widersprüche in diesem Sinne nutzen, gilt es zunächst, sie in ihrer Widersprüchlichkeit klar zu erkennen. Von der Kybernetik 2. Ordnung (siehe Hintergrundtext »Kybernetik 2. Ordnung und Metaebenen im Therapieraum«, ▶ S. 103 ff.) können wir lernen unterschiedliche, auch gegensätzliche Sichtweisen nebeneinander stehen zu lassen – ohne zu entscheiden, welche wahr oder die richtige ist. Physiker sehen Licht als Teilchen und damit als Materie und gleichzeitig als Energiewelle. Je nach Situation und Beobachtung

13 siehe Kapitel 3.11.

14 Siehe Kapitel 6.

15 Siehe Kapitel 4.1.1.

16 Siehe Kapitel 4.2.3.

wird Licht in der Physik als Teilchen beschrieben und berechnet oder aber als Welle. Wie in der Kybernetik 2. Ordnung wurde die Frage, welche Sichtweise wahr oder richtig ist, abgelöst durch die Frage, welche Sichtweise in welcher Situation sinnvoll und nützlich ist. In der Dialektik sind Widersprüche Mittel, um Erkenntnis zu gewinnen. Das geht nur, wenn wir ihre Widersprüchlichkeit klar erkennen und sie nebeneinander stehen lassen können – ohne eine Seite des Widerspruchs zu verwerfen und der anderen Seite Treue zu schwören. Sich dann zwischen den Widersprüchen zu bewegen, beide Seiten des Widerspruchs ernst zu nehmen und nicht eine Seite abzuwerten und die andere völlig zu übernehmen, regt zu Erkenntnisgewinn an.

Wir möchten ermutigen, die systemische Perspektive zu leben, auch wenn Kollegen anderer Ausrichtung in den Kliniken vielleicht dadurch irritiert werden. Nur so können wir die hilfreiche systemische Perspektive für unsere Klienten nutzen und selbst Orientierung in Therapien finden. Nur dadurch können Systemikerinnen auf Dauer einen zusätzlichen Beitrag zum bestehenden Gesundheitssystem beisteuern und systemische Therapie Klienten tatsächlich zur Verfügung stellen. Wir Systemiker können dagegen umgekehrt weniger vertraute Sichtweisen (wie oben im Zitat die Setzungen im Gesundheitswesen) erproben und prüfen, wie hilfreich (oder auch nicht) diese für Klienten und die Therapie je nach Situation sein können und wie wir damit umgehen wollen. Zusammenleben von verschiedenen Kulturen ist anregend, aber nicht immer konfliktfrei und birgt viele Anlässe für Irritation, Widerspruch und Reibung. Aber darin liegt eben auch die Chance, die Ressourcen der verschiedenen Welten zu erfahren, sich zu eigen zu machen und neue Lösungen zu finden.

Wir finden den Begriff der »Organisationstrance«¹⁷ hilfreich. Wann immer man sich länger in einer Organisation befindet, wird man – leider nicht immer bewusst – in seinem Wahrnehmen, Denken, seinem Werten und Handeln durch die Organisation beeinflusst. Der Fokus der eigenen Aufmerksamkeit verschiebt sich hin zu Sichtweisen, die im jeweiligen System gelebt werden und dort zur »Normalität«, zur »gelebten Selbstverständlichkeit« geworden sind: Das Orientierungssystem des Kontextes verschiebt den eigenen Fokus. Systemische Therapeutinnen könnten so – mehr oder weniger bewusstlos – zwischen zwei Organisationstrancen pendeln. Dies würde definitiv Leiden schaffen, weil man keiner Organisation oder Kultur gerecht würde. Bei Kulturen und Orientierungssystemen geht es ja um »richtiges« Wahrnehmen, »richtiges« Verstehen der Welt und »richtiges« Handeln. Man würde es »nie richtig machen«. Wir

17 Wir verdanken den Begriff Kurt Hahn. Im Diskurs (2022) über das Thema wies er uns auf den Begriff hin, den er von Gunther Schmidt gelernt hat.

schlagen als Lösung das bewusste Wechseln der kulturellen Perspektive vor, d. h. eine klare und bewusste Erfassung der kulturellen Unterschiede. Dann kann man erproben, was an welcher Stelle brauchbar, für einen selbst und für die Klienten passend und hilfreich ist.

1.2 Braucht es ein weiteres Buch über systemische Grundlagen? Sicher nicht!

Nicht deshalb, weil systemische Grundlagen nun schon oft dargestellt wurden. Und doch, weil mit der sozialrechtlichen Zulassung der systemischen Therapie ein neuer Kontext für systemische Therapie entstanden ist. Zu schnell gehen zentrale Gedanken des systemischen Ansatzes in der Organisationstrance des Gesundheitswesens unter! Bei der Begleitung der Ausbildungskandidatinnen in der Ambulanz bemerkten wir, dass bestimmte Inhalte des systemischen Ansatzes in den Therapien nicht umgesetzt werden – auch wenn sie in Seminaren gelehrt werden. Es sind für uns wesentliche Inhalte der systemischen Therapie. Das liegt nicht nur an der Organisationstrance des Gesundheitswesens. Es liegt auch an der unterschiedlichen Begleitung durch die systemischen Supervisoren und Dozierenden, die sich an unterschiedlichen systemischen Traditionen orientieren. Alle blicken etwas anders auf die Fälle und nutzen nicht dieselbe Sprache, um Prozesse zu beschreiben. Das macht es für die Lernenden der systemischen Therapie schwierig, sich zu orientieren. Genau auf solche systemischen Inhalte, die aus unserer Erfahrung leicht verloren gehen, haben wir uns konzentriert. Deshalb erscheint unsere Auswahl an systemischen Inhalten in diesem Buch vielleicht manchem willkürlich. Unsere Auswahl orientiert sich vor allem an den Teilen des systemischen Ansatzes, von denen wir finden, dass sie – ohne größere Not – im Gesundheitswesen oft nicht genutzt werden.

Zwei Beispiele:

In Kapitel 3.2.2 empfehlen wir beim Erfassen der Beschwerden im Sinne des ganzheitlichen Menschenbildes im systemischen Ansatz nicht nur körperliche und psychische Aspekte zu erfragen, sondern auch die Veränderungen in der Kommunikation und in der Ausübung gesellschaftlicher Rollen der Klientinnen sowie die Wechselwirkung dieser vier verschiedenen Systemebenen und natürlich auch Ausnahmen. Im Gesundheitswesen (ICD) werden dagegen nur körperliche und seelische Symptome erfragt und erfasst.

In Kapitel 3.14 empfehlen wir, die Diagnose mit dem Klienten zu besprechen und zu diskutieren und dies auch im Bericht (5.5) entsprechend sprachlich

auszudrücken. Die Idee, im systemischen Ansatz maximal auf Augenhöhe zu gehen und deutlich zu machen, dass jede Beschreibung subjektive Sicht eines Beobachters bleibt, lässt sich durchaus auch im Gesundheitswesen leben. Dazu gehört auch im Sinne einer psychoedukativen Intervention die oft verbreitete Auffassung, Diagnosen seien objektiv zu dekonstruieren. Die scheinbare Objektivität von Diagnosen, wie sie im Gesundheitswesen leicht entsteht, wird durch den Zahlenschlüssel im ICD verstärkt sowie durch die gängige Praxis, dass die Diagnose durch die Therapeutin oder Ärztin vergeben wird und nicht eine mit dem Klienten gemeinsam entwickelte momentane, am ehesten zutreffende Beschreibung seines Zustands ist.

Wir haben uns in der Hessische Akademie für integrative Psychotherapie (HAiP) entschlossen, für die Lernenden bis zur Zwischenprüfung ca. alle sechs Wochen eine »Fallkonzeptualisierung« anzubieten. Dort können die Teilnehmerinnen aller Ausbildungsgänge bei Bedarf Fälle aus der praktischen Tätigkeit einbringen und wir entwickeln in den Sitzungen für eingebrachte Fälle eine systemische Fallkonzeptualisierung. Die Rückmeldung dazu ist sehr positiv, da in den Kliniken wenig Unterstützung für eine Konzeptualisierung unter systemischer Perspektive gegeben wird.

Manche Systemiker können beim Lesen unseres Textes den Eindruck haben, hier werden Dinge wieder gesagt, die doch schon selbstverständlich sind und in der systemischen Literatur oft ausgedrückt wurden. Dieser Gefahr setzt sich die systemisch gebildete Leserin in der Tat aus! Systemische Grundlagen sind im Gesundheitswesen aber eben nicht unbedingt selbstverständlich und werden eben nicht auf ihre Vereinbarkeit mit dem Gesundheitswesen diskutiert. Oft ist es nicht einfach, wach und klar zu erkennen, wo systemische Selbstverständlichkeiten im Widerspruch zum kulturellen Mainstream des Gesundheitswesens stehen. Dies ist aber wichtig für Systemiker, um einen guten Weg für sich zu finden und nicht aus einer Organisationstrance heraus erfolgreiche Sicht- und Vorgehensweisen zu verlieren.

1.3 Vorsicht Dogma

In der Approbationsausbildung und auch in Diskussionen mit systemischen Kollegen im Gesundheitswesen begegnet uns die Frage »Was ist eigentlich systemisch?« immer wieder. Sie hat uns auch beim Schreiben dieses Buches permanent beschäftigt. Im Kapitel 1.1 haben wir ausgeführt, wie schwer es für Systemikerinnen bei den verschiedenen Sichtweisen innerhalb der systemi-

schen Tradition ist, eine konsensfähige Antwort zu finden. Umso größer sind die Schwierigkeiten für Teilnehmerinnen der Approbationsausbildung, eine gute Antwort auf diese Frage zu finden, denn ihre verschiedenen Ausbilder und Supervisoren vertreten durchaus verschiedene Ansätze. In der Psychotherapie in den Kliniken sollen sie bereits den systemischen Ansatz gegenüber Patienten und Kolleginnen erklären und vertreten, bevor sie selbst gelernt haben, systemische Fallkonzeptualisierungen zu entwickeln. Dies ist oft eine Überforderung.

So ist das Buch auch ein Text, in dem wir formulieren, was für uns im Kern der systemische Ansatz in den Strukturen des Gesundheitswesens sein kann. Als Dogmen, als verbindliche Lehrsätze möchten wir unsere Empfehlungen beispielsweise zu folgenden Punkten dennoch nicht verstanden wissen:

- ▶ zum Aufbau einer Beziehung im Therapieraum;
- ▶ dazu, die subjektiven Beschwerden der Klientin immer in den vier Ebenen (körperlich, seelisch, in der Kommunikation, in den gesellschaftlichen Rollen) und mit Ausnahmen zu erfassen und darzustellen (Kapitel 3.2.2 und 5.2.1);
- ▶ Diagnosen und den Bericht an die Gutachterin immer mit der Klientin zu besprechen;
- ▶ Diagnosen mantraartig immer so zu formulieren, dass betont wird, dass dies im Konsens mit der Klientin nur die momentan treffendste Beschreibung ihres Zustands aus dem ICD ist;
- ▶ in der Fallkonzeptualisierung immer äußere soziale Beziehungsstrukturen und innere Muster zu erfassen;
- ▶ das Entstehen von inneren Mustern aus Beziehungsstrukturen zu erklären und den Einfluss von inneren Mustern auf äußere Beziehungsstrukturen zu erfassen.

Wir versuchen damit der Systemikerin im Gesundheitswesen vielmehr eine Orientierung zu geben, welche zentralen Gedanken des Ansatzes auf welche Weise und an welcher Stelle des Prozesses berücksichtigt werden sollten – damit es systemische Therapie ist. Wir halten dies vor allem für die Approbationsausbildung aus didaktischen Gründen für hilfreich. Gleichwohl sind diese Setzungen nicht unbedingt Konsens in der systemischen Community.

Für uns bleibt trotz dieses Dilemmas der Text ein für uns momentan möglicher pragmatischer Weg, um Orientierung im Feld anzubieten. So ist für uns der Bericht an die Gutachterin nicht nur eine lästige Übung, nötig, damit die Therapie finanziert wird. Wir sehen darin eine Chance für Psychotherapeutinnen in Ausbildung, über das Erlernen der systemischen Fallkonzeptualisierung eine Identität als systemische Therapeutinnen zu entwickeln. Dazu braucht es Supervisoren und Ausbilder, die – neben ganz individuellen Auslegungen ihrer

systemischen Identität – bereit sind, darüber konstruktiv eine Auseinandersetzung zu führen, was denn einigermaßen konsensfähige Grundsätze des systemischen Ansatzes sind. Es ist diese Einsicht, die uns zu diesem Text motiviert hat – wir wollen unsere vorläufigen Antworten finden auf die drängende Frage der Systemikerinnen in der Ausbildung: Was ist denn nun konkret systemisch an unserem Tun?

1.4 Warum gerade ein Buch über Therapieanfang und Probatorik?

Der systemische Ansatz fokussiert zu Beginn der Therapie auf die Beziehungsgestaltung, Auftragsklärung, gemeinsame Hypothesenbildung, Ressourcen- und Lösungsorientierung und die Vereinbarung eines Kontraktes. Gleichzeitig gibt die GKV ein starres Schema vor: Eine Diagnose nach ICD-10 muss gesichert, Anträge ausgefüllt, ein Konsiliarbericht eingeholt und ein Bericht an die Gutachterin verfasst werden. Eine erste Fallkontextualisierung erfolgt in dieser Phase, wird verschriftlicht und oft wird dem Klienten ein Therapieangebot gemacht. Aus unserer Sicht eignet sich deshalb der Therapieanfang besonders, darauf hinzuweisen, wie grundlegende systemische Ideen hier integriert werden können.

Wir wollen Möglichkeiten aufzeigen, wie der Spagat zwischen den Kulturen zufriedenstellend gelingen kann, ohne dass auf systemische Grundlagen verzichtet werden muss. Ein Spagat ist ein Kunststück, welches eine gewisse Meisterschaft erfordert und Bewunderung verdient!

Der weitere Therapieablauf sollte nach unserer Auffassung sehr auf die Einmaligkeit des Klienten und seine Lebenssituation zugeschnitten sein. Das therapeutische Vorgehen sollte sich stets an die sich verändernde Situation und die Veränderung der Bedürfnisse des Klienten anpassen. Jede Therapie verläuft unseres Erachtens einmalig und unwiederholbar. Deshalb ist es aus unserer Sicht weniger nötig, für den weiteren Therapieverlauf noch mal neu und besonders in Bezug auf das Gesundheitswesen systemisches Wissen zu beschreiben.

Wir vermuten allerdings, dass im Gesundheitswesen systemische Therapien insgesamt weniger Mehrpersonensettings aufweisen als in anderen Bereichen. Ebenso beobachten wir in den Ambulanzen der Ausbildungsinstitute oft nur einen Wochenabstand zwischen den Sitzungen. Die hohe Zahl von Einzelsitzungen ist sicher auch der Honorarstruktur¹⁸ und der für die Finanzierung

18 Einzelsitzungen und MPS werden mit dem gleichen Satz abgerechnet. Natürlich erfordert ein MPS mehr Aufwand und Vorbereitung.

nötigen Diagnose eines Individuums geschuldet. Vielleicht spielt hier auch die Erwartung vieler Klienten, Einzelsitzungen zu erhalten, eine Rolle. Der häufige Wochenabstand zwischen Sitzungen in den Ambulanzen der Ausbildungsinstitute ergibt sich aus der Ausbildungsstruktur.¹⁹ Beides verändert die systemische Therapie, wie wir sie außerhalb des Gesundheitssystems kennen. Vielleicht verliert sie dadurch wesentliche Wirkfaktoren, die sie bisher zu einem besonders effektiven Verfahren machten. Vermutlich braucht es noch mehr Zeit und Erfahrung, um auszuwerten, wie sich die Strukturen in Gesundheitswesen und Ausbildung auf die systemische Therapie auswirken.

1.5 Das alles in der Probatorik? Bitte nicht!

Im Kapitel 2 empfehlen wir, sich Zeit zu lassen, die Klientin willkommen zu heißen und sie gut zu informieren über unser Vorgehen.

Im Kapitel 3 schlagen wir nicht weniger als 15 verschiedene Module vor, die alle sinnvoll sind, um eine Konzeptionalisierung des Falls zusammen mit der Klientin hinzubekommen.

Im Kapitel 6 empfehlen wir dringend, ein Mehrpersonensetting in Form einer Doppelstunde in der Probatorik zu machen.

All das ist in den bis zu sechs Sitzungen (Sprechstunde und Probatorik) schlicht nicht möglich. Zu Beginn einer Therapie unter Stress zu stehen, ist für den Beziehungsaufbau und den Therapieerfolg nicht förderlich. Daher gleich zu Beginn ein Hinweis zu einer schnellen Priorisierung aus unserer Sicht:

Eine positive Beziehungsgestaltung, wie in Kapitel 2 beschrieben, ist die Grundlage jeder erfolgreichen Therapie und hat oberste Priorität.

In einer systemischen Therapie halten wir den Einbezug der wichtigen Mitglieder des Lebenskontextes zu Beginn in einem Mehrpersonensetting (Kapitel 6) für wesentlich im Hinblick auf eine erfolgreiche Therapie.

Von den 15 Modulen des Kapitels 3 kann dagegen viel zunächst entfallen. Für unverzichtbar halten wir die gründliche Exploration der Beschwerden (siehe 3.2). Unumgänglich ist zudem eine mit der Klientin geteilte Hypothese, die der Therapie eine gemeinsame inhaltliche Grundlage gibt.

Auch das Gespräch über die Diagnose und den Bericht (siehe 3.14) halten wir für unverzichtbar in einer Therapie, die im Gesundheitswesen stattfindet.

19 Um die 600 Stunden Therapie in der Ambulanz zeitnah zusammenzubekommen, sind natürlich Wochenabstände vorteilhaft.

Alles andere kann, muss aber nicht in der Probatorik stattfinden. Wir empfehlen hier, immer nur Methoden/Module in den Sitzungen vorzuschlagen, die in der jeweiligen Sitzung für das Klientensystem anschlussfähig sind und für die situativ bei der Klientin echtes Interesse besteht.

Begründungen für diese Priorisierung finden sich in den jeweiligen Kapiteln. Offen für die Klientin zu sein und Zeit für ihre Anliegen und Sorgen zu haben, sollte an oberster Stelle stehen. Das heißt immer wieder, im Zweifelsfall methodische Forderungen des systemischen Ansatzes, eigene Vorstellungen und Ideen eines systemischen Manuals hintenanzustellen, um nicht selbst unter Stress zu kommen. Das erfordert manchmal innere Arbeit und Abgrenzung gegenüber einem möglicherweise vorhandenen »systemischen Über-Ich«. Das erfordert auch, wach zu bleiben für die eigene Intuition und dem, was jetzt stimmig ist, Gewicht zu geben.