

Systemische Therapie - Qualität und Wirtschaftlichkeit

Notizen zu einer praxisgerechten psychotherapeutischen Wissenschaft

Klaus G. Deissler & Ahmet Kaya

Systemische Alltagspraxis und Wissenschaftlichkeit

Auslöser für die folgende Stellungnahme zur Auseinandersetzung um das Verhältnis zwischen systemischer Praxis und Wissenschaft war die Veröffentlichung des Abschlussberichts¹ des IQWiG² zur Vorbereitung der G-BA³-Entscheidung über die Systemische Therapie als Kassenverfahren im Jahr 2017. Zu diesem Bericht liegen bereits verschiedene Stellungnahmen vor - unter anderem von systemischen Therapieverbänden⁴ als auch von systemisch orientierten Wissenschaftlern⁵. Im Folgenden werden wir auf einige Punkte dieses Abschlussberichts kritisch-würdigend eingehen, indem wir die vom IQWiG vertretene Wissenschaftlichkeit⁶ zur systemischen Psychotherapiepraxis in Beziehung setzen.

Damit deutlich wird, auf welchem Hintergrund wir diesen Bericht lesen und verstehen, stellen wir *unsere Definition der Systemischen Therapie* (als Psychotherapie)⁷ voran.

Ausgangspunkte

Als Psychotherapeuten⁸ in einer *systemisch orientierten Praxis*⁹ und in leitenden Funktionen eines *Ausbildungsinstituts*¹⁰, haben wir den *Kampf um Anerkennung der Systemischen Therapie*¹¹ zum einen als wissenschaftliches und zum anderen als sozialrechtlich zugelassenes Verfahren mit Interesse verfolgt und uns teilweise als Betroffene engagiert. Im Kontext dieser mittlerweile jahrzehntelangen Bemühungen um Anerkennung¹² sind wir als Praktiker mit einigen Punkten unzufrieden, die den Umgang mit dem Verhältnis zwischen Praxis, Theorie und Wissenschaft betreffen.

Wir sind der Auffassung, dass die *Praxis Vorrang vor Theorie und Wissenschaft* haben sollte. Theorien ohne ein Verständnis der Alltagspraxis können kaum nützlich

sein und der Anspruch der Wissenschaftlichkeit ohne Kenntnis psychotherapeutischer Praxis kann «höchstens» der Legitimation finanzpolitischer und sozialrechtlicher Interessen als Schlüssel zur Kassenregelung dienen. Ein zentraler Punkt droht bei der nachrangigen Behandlung der Alltagspraxis verloren zu gehen: die *Qualität der therapeutischen Zusammenarbeit*.

So kann man z.B. mit systemtheoretischen Begriffen sowohl psychoanalytische Einzeltherapie, systemische Familientherapie, als auch die nondirektive Kinderspieltherapie beschreiben. Mit anderen Worten, systemtheoretische Begrifflichkeiten sind oft so allgemein gefasst, dass man jede Art der menschlichen Interaktion darunter fassen kann.

Auf diese Weise können beliebig viele neue *Beratungsformen* systemisch begründet werden, wenn sie nur von einem systemischen Praktiker durchgeführt und auf den Markt gebracht werden. Dies folgt der pragmatischen Definition: *Systemisch ist das, was systemische Praktiker tun*. Ein Vorteil dieser Definition besteht darin, dass alle irgendwie gearteten Praxisformen, die sich «systemisch» nennen, darunter gefasst werden können - seien es Beratungs-, Psychotherapieformen oder andere Formen der menschlichen Kommunikation.

Die besonderen Merkmale der *systemischen Therapie als psychotherapeutisches Verfahren*, die zum einen einen Unterschied zu anderen Psychotherapieformen machen und sich zum anderen von systemischen Praxis- und Beratungsformen unterscheiden, laufen dabei Gefahr verloren zu gehen.

Systemische Therapie (als psychotherapeutisches Verfahren)

Als erstes möchten wir Folgendes festhalten: Oft werden psychisch leidende Menschen als «Behälter individueller Symptomaten» aufgefasst. Symptomaten treten jedoch nicht isoliert auf - so als würden sich diese «Symptombehälter» sozusagen im psychosozialen Vakuum bewegen.

Symptomaten weisen im systemische Sinn vielmehr über sich selbst hinaus und erhalten erst dadurch ihre Bedeutung, dass sie sich im aktuellen Kontext von Beziehungen vollziehen und diese Beziehungen als deren Bestandteile mitgestalten. Mit anderen Worten es gibt keine Symptomaten, die nicht Bestandteile von konkreten Beziehungen wären und diese mitgestalten würden.¹³

Systemische Therapie versteht Symptomaten somit im Kontext variabler Beziehungsnetze, mit denen man selbst auch als Praktiker, Theoretiker oder

Wissenschaftler verwoben ist, sobald man sich mit ihnen beschäftigt. Mithin ist es nicht möglich, einen «objektiven Beobachterstandpunkt» gegenüber Symptomatiken einzunehmen. Zwischenmenschliche Geschehnisse - also auch Symptomatiken - werden immer systemisch kontextualisiert und somit als soziale Konstruktionsprozesse verstanden.

Indem die Systemische Therapie historisch gewachsene Beziehungswirklichkeiten anerkennt und an der Erzeugung neuer Beziehungswirklichkeiten beteiligt ist, geht sie im Einzelfall aus dem hervor, was in der Vergangenheit geschaffen wurde. Somit ist sie bis zu diesem Punkt gesehen *postfaktisch*.

Sie findet jedoch insbesondere in der Gegenwart statt und weist in eine noch nicht-gegebene Zukunft. Damit wirkt sie *präfaktisch*¹⁴ - sie realisiert sich, indem sie in der therapeutischen Zusammenarbeit ständig neue Wirklichkeiten in der Gegenwart erschafft und orientiert sich dabei an Vorstellungen (Antizipationen), die wir mit der Zukunft verbinden.

Sie tendiert dazu *kurz* zu sein, indem sie sowohl die sogenannten Symptomträger als auch die Beziehungspartner in die gemeinsamen Überlegungen, Gespräche und Formen der Zusammenarbeit mit einbezieht, auf die individuellen Bedürfnisse der Beteiligten eingeht und sie koordiniert. Dadurch vermeidet sie Zeitverluste, die durch mangelnde Koordination entstehen können.

Um dies zu erreichen, steht die *Qualität der dialogischen Zusammenarbeit*¹⁵ im Zentrum der Systemischen Therapie. Dazu gehört, dass alle Problembeschreibungen der teilnehmenden Beziehungspartner und ihr Zusammenwirken ernst genommen und wertgeschätzt werden. Sowohl die *Stimmen* als auch die *Beschreibungen* der Klienten und Therapeuten sind *gleichberechtigt*.

Systemische Therapie findet auf *Anfrage* statt und setzt *unverzüglich* ein: dadurch dass keine Wartezeiten entstehen, kann sie sich im besten Fall auf wenige Sitzungen begrenzen und vermeidet so Zeitverluste und Schädigungen, die sich z.B. in Chronifizierungen zeigen können.

Weil es ihr *Ziel* ist, Symptome und ihre Problemzusammenhänge aufzulösen, ist sie *ergebnisoffen und nicht vorhersehbar*: Die *präfaktische Ungewissheit* der therapeutischen Zusammenarbeit führt über das postfaktische Wissen, das alle Beteiligten mit in die Therapie einbringen, hinaus. Sie mündet ein in neue nicht-vorhersehbare Bereiche, in denen die Konstruktion neuer Möglichkeiten stattfindet.

Die *Abstände zwischen den Sitzungen* sind nicht vorgegeben, sondern werden im Sinne der Optimierung der therapeutischen Zusammenarbeit gemeinsam zwischen Klienten und Therapeuten koordiniert.

Erfahrungsgemäß finden die Sitzungen am Anfang der Therapie in kürzeren Abständen (1 x pro Woche) statt. Sobald sich therapeutische Erfolge einstellen, werden in wechselseitigem Einvernehmen die Abstände zwischen den Sitzungen verlängert (zwei Wochen bis drei Monate).

Die *Dauer einer Sitzung* beträgt je nach personeller Zusammensetzung zwischen 50 und 100 Minuten.

Die genannten Merkmale tragen zur *Qualität der therapeutischen Zusammenarbeit* und *Wirtschaftlichkeit der Systemischen Therapie* in dem Sinne bei, dass sie entpathologisieren, Symptome reduzieren und auflösen, neue Handlungsmöglichkeiten schaffen, die Zufriedenheit der Klienten erhöhen und die Dauer der Therapie verkürzen.

Zu unserem Bedauern werden diese Merkmale bei wissenschaftlichen Untersuchungen nur partiell benannt und deshalb noch weniger beim Abschlussbericht des IQWiG berücksichtigt. Um die Tragweite dieser Mängel hervorzuheben, möchten wir anhand von fünf Punkten exemplarisch erläutern, wozu das Vernachlässigen bzw. Nichtverstehen der spezifisch systemischen Therapiezusammenhänge führen kann.

Kritische Punkte

Zunächst ist es uns wichtig, Folgendes festzuhalten: Im Abschlussbericht des IQWiG werden erst in Abschnitt 4 und der Auseinandersetzung mit den Stellungnahmen von Kollegen und Verbänden zu dem Vorbericht des IQWiG bis dahin unausgesprochene Bewertungskriterien¹⁶ deutlich. Erst nach 500 Seiten der

Darstellung von Ergebnissen und ihrer Beurteilungen definieren die Autoren des Abschlussberichts ihre Bewertungshaltung mit der sie die Ergebnisse gesichtet haben. Im Folgenden beziehen wir uns auf einige von den Autoren genannten Punkte.

Um unser Vorgehen zu erläutern, haben wir zu den einzelnen Punkten Fallbeispiele aus unserer Praxis dargestellt, wobei die Fälle anonymisiert und zur Vermeidung der Identifizierbarkeit leicht modifiziert wurden.

1. Psychotherapie als dosiertes Medikament

Die Autoren des Abschlussberichts gehen davon aus, dass Systemische Therapie manualisierbar und dementsprechend wie ein Medikament zu verordnen und dosierbar sei¹⁷. Wir bestreiten die Auffassung, dass sich das Vokabular der empirisch-pharmakologischen Forschung auf die Erforschung der von Psychotherapieformen im Allgemeinen und der Systemischen Therapie im Besonderen einfach übertragen lässt. Letztere werden seitens des IQWiG nicht als eigenständige Forschungsbereiche mit eigenen qualitativen Merkmalen betrachtet, sondern unter «nichtmedikamentöse Verfahren»¹⁸ subsumiert. So werden medizinische Metaphern benutzt und keine eigenständigen psychotherapeutischen Begrifflichkeiten zugelassen. Folgerichtig spricht das IQWiG von Dosierung und Manualisierung der Psychotherapie, wobei diese Begrifflichkeiten der medikamentösen Therapie und ihrer wissenschaftlichen Untersuchung entlehnt sind. Systemische Therapie ist jedoch - wie jede andere Form der Psychotherapie auch - eine hochkomplexe zwischenmenschliche Form der Kommunikation mit besonderen Merkmalen (s.o.). Dabei rückt insbesondere die Systemische Therapie die therapeutische Zusammenarbeit in und mit Mehrpersonensystemen ins Zentrum, um die Auflösung von Symptomatiken zu erreichen. Wir möchten dies anhand eines kleinen Beispiels erläutern.

Ein Betreuer einer Wohngruppe bittet um einen Gesprächstermin bei einem Psychotherapeuten und erläutert seine Sorge um eine 15-jährige Schülerin. Diese sei verhaltensauffällig, habe Selbstmordgedanken, leide unter Schlaflosigkeit und fühle sich seit Weggang einer Mitschülerin vereinsamt, während sie sich gleichzeitig nach der Nähe zu ihrer Familie sehne. Verantwortlich für die Aufnahme in eine Wohngruppe sei das Jugendamt einer Nachbarstadt, dem die Eltern selbst hilfsbedürftig erschienen.

Daraufhin fanden mehrere Gespräche zwischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und der genannten Schülerin statt, in der eine gute Zusammenarbeit etabliert wurde, der Betreuer der Wohngruppe und der Psychotherapeut einbezogen waren und die Eltern zu einem der nächsten

Gespräche eingeladen wurden und anwesend waren. Möglicherweise kann auch die Jugendamtsmitarbeiterin als zusätzliche Person im weiteren Verlauf der Therapie einbezogen werden.

Das heißt, es fanden unterschiedliche Gespräche mit unterschiedlichen Konstellationen statt (Schülerin, Eltern, Betreuer der Wohngruppe, Kinder und Jugendlichenpsychotherapeut und Psychotherapeut).

Mit anderen Worten «Psychotherapie-Dosierung und -Manualisierung» würden in diesem Fall eindimensionale therapeutische Maßnahmen bevorzugen und der Komplexität der Problemlage nicht gerecht werden. Dabei würde das komplexe Beziehungsgefüge der Symptomatik außer Acht gelassen oder nur marginal berücksichtigt werden. Alternative Konzepte zur Manualisierung und Dosierung sind in diesem Fall beispielsweise die *Definition eines variablen Problem-/Auflösungssystems* mit den beteiligten Personen (das beteiligte Mehrpersonensystem und die Beziehungen der beteiligten Personen untereinander). Darüber hinaus ist *Offenheit für nicht vorhersehbare Zusammenhänge* notwendig, die auch therapeutische Improvisationen¹⁹ erfordern können.

2. Heilen versus Schädigen - Nutzen versus Kosten

Eines der ethischen Prinzipien der medizinischen Behandlung lautet: «primum non nocere». Dadurch, dass man dieses Prinzip - «in erster Linie nicht zu schädigen» - beachtet, stellt sich nicht automatisch ein Nutzen durch die therapeutische Zusammenarbeit ein. Der Abschlussbericht widmet sich dieser Frage im Abschnitt 4.3.11 aus medizinischer Sicht.

Einerseits behaupten die Autoren, der Auftrag des G-BA sei lediglich, den Nutzenaspekt zu bewerten, sodass die Kürze der Systemischen Therapie als Aspekt der Kostenverringering unberücksichtigt bleiben müsse. Er könne zwar in die Kosten/Nutzen-Relation eingehen, diese zu berücksichtigen, gehöre aber nicht zum Auftrag des Berichts. Die Kürze der Systemischen Therapie könne zwar als gesundheitsökonomischer Vorteil betrachtet, nicht aber als Nutzen anerkannt werden, obwohl er die Kosten senken könne.

Auf der anderen Seite beklagen die Autoren des Abschlussberichts jedoch, dass mögliche Schädigungen durch die Systemische Therapie bei deren Erforschung nicht berücksichtigt worden seien. Wir geben zu bedenken, dass nicht nur im gesundheitspolitischen Bereich, sondern auch in allgemeinen Lebensbereichen Schädigungen als Kosten betrachtet werden, wenn man den Aspekt der Wirtschaftlichkeit berücksichtigt. So gesehen widersprechen sich die Autoren des Abschlussberichts selbst, da die Forderung mögliche Schädigungen einzubeziehen,

die Berücksichtigung der Kosten beinhaltet. Mit anderen Worten die Berücksichtigung der Schädigung setzt implizit eine Kosten-Nutzen-Relation voraus, die die Autoren in ihrem Bericht aber explizit nicht beachten möchten.

Den Kosten-Nutzen-Aspekt in der therapeutischen Zusammenarbeit wollen wir anhand eines weiteren Beispiels aus der Praxis unterstreichen:

Ein alleinerziehender Vater zweier Kinder, der unter einer depressiven Symptomatik leidet (Kontext: Trennungsfolgen und unklare berufliche Perspektive), befindet sich in Behandlung bei einem Psychotherapeuten. Gleichzeitig sind die beiden Kinder wegen unterschiedlicher Symptomatiken bei jeweils zwei verschiedenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Therapie. Solange keine Koordination der drei Psychotherapien stattfindet, wird jedes Individuum im Extremfall unabhängig von seinen Beziehungspartnern betrachtet. Die jeweilige Symptomatik entwickelt sich unabhängig und wird dementsprechend unabhängig von den anderen Beziehungspartnern behandelt. So sind drei verschiedene Therapien notwendig, die sich wiederum verlängern, da sie nicht miteinander koordiniert werden. Die Ergebnisse scheinen fragwürdig und sind möglicherweise mit zusätzlichem kostspieligen Folgen - z.B. Klinikaufenthalten, mehrere parallele Therapien - verbunden. Mit anderen Worten, erst wenn Systemische Therapie in und mit Mehrpersonensystemen stattfindet, werden die genannten wirtschaftlichen Kosten vermieden.

Systemische Therapie *koordiniert die verschiedenen Kontexte therapeutischer Zusammenarbeit*, indem sie die relevanten Bezugspersonen und Therapeuten einbezieht. Klassischerweise werden von den Krankenkassen jedoch nur Einzeltherapien und keine Mehrpersonentherapien - beispielsweise Familientherapien - bezahlt. Koordinationen, die Kosten sparen und Schädigungen vermeiden könnten, werden nicht berücksichtigt.

3. Planbarkeit versus Nicht-Vorhersehbarkeit - Wissenschaft versus Kunst

Der Anspruch der (postfaktischen) wissenschaftlichen Fundierung psychotherapeutischer Verfahren soll dazu dienen, bei bestimmten begrenzten Symptomatiken, wie z.B. posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) gezielte Interventionen anzuwenden, die zur Auflösung der Symptomatik führen. Mit anderen Worten, in der Therapie kommt es demzufolge darauf an, nach der Diagnostik präzise Interventionen durchzuführen. In diesem Zusammenhang soll die wissenschaftliche Fundierung dafür sorgen, dass bei bestimmten Symptomatiken, planbare psychotherapeutische Vorgehensweisen, die in ihren Wirkungen

vorhersehbar sind, eingesetzt werden können. Die Kompetenz eines Psychotherapeuten zeigt sich dann darin, bei definierten Symptomatiken ein Arsenal von Interventionen zu beherrschen. Derartige Standardisierungen psychotherapeutischer Verfahren sollen zufällige Variablen aus dem therapeutischen Prozess ausschließen bzw. heraushalten. Je stringenter Symptom und zielgerichtete Intervention zusammenpassen, desto nützlicher ist nach dieser Auffassung die Therapie.

Diese Haltung wird aber dem psychotherapeutischen (systemischen) Alltag nicht gerecht. Im Prinzip würde dies nämlich heißen, die systemtherapeutische Praxis in das Prokrustesbett²⁰ der empirisch-pharmakologischen Wissenschaft einzupassen. Systemische Therapie wäre einfach die lineare Fortsetzung postfaktischer wissenschaftlicher Ergebnisse. Darüber hinaus bleibt dabei die therapeutische Zusammenarbeit als zentrale Einheit, die ständig neue, unvorhergesehene Möglichkeiten hervorbringt, unberücksichtigt. Im Rahmen geplanter Therapie darf die Nichtvorhersehbarkeit, die Bestandteil unserer therapeutischen Alltagspraxis ist, nicht vorkommen. Einmaligkeit, Kunst und Poesie, die eine besondere Bedeutung in der therapeutischen Zusammenarbeit haben können, werden implizit ausgeschlossen oder gar tabuisiert. Indem man diese präfaktischen Phänomene nicht anerkennt und/oder sie für wissenschaftlich irrelevant erklärt, werden sie nicht erforscht.

Anders gesagt, erst eine psychotherapeutische Wissenschaft, die durch die Qualität der therapeutischen Zusammenarbeit neue Möglichkeiten im Sinne kreativer Erstmaligkeit zulässt und fördert, wird unserer Existenz und der psychotherapeutischen Alltagswirklichkeit gerecht. Folgendes Fallbeispiel mag dies verdeutlichen:

Ein junger Mann Anfang 30 mit folgendem Problem kommt zur Therapie: In einer intensiven Liebesbeziehung wird seine Freundin schwanger. Aus verschiedenen Gründen entschließt sich das Paar zu einer Abtreibung. Die Folgemonate sind durch Schuldgefühle, wechselseitige Anschuldigungen und Streit gekennzeichnet. Schließlich trennt sich das Paar.

Einige Jahre später stellt der männliche Partner fest, dass er keine neue Beziehung mehr eingehen, geschweige denn Sex mit einer Frau haben kann. Er fühlt sich durch die Beziehungsgeschichte mit seiner Ex-Freundin extrem belastet und sucht therapeutische Hilfe, um seine Traumatisierung aufzulösen.

Dass der Klient seine Geschichte erzählen kann und beim Therapeuten Verständnis findet, erleichtert ihn und er fühlt sich ermutigt, seine Probleme und Blockaden gegenüber dem anderen Geschlecht zu thematisieren.

Nach ein paar Sitzungen erzählt er, dass er eine Frau kennen gelernt habe, zu der er eine vertrauensvolle und wenig bedrohliche Beziehung herstellen konnte, da sie lesbisch sei und Sexualität zwischen den beiden keine Rolle spiele.

In der Folge berichtet der Klient über verschiedene andere Probleme in seinem Leben und erwähnt nebenbei, dass die Beziehung zu seiner Freundin immer vertrauensvoller werde, sie über fast alles sprechen könnten. Über seine traumatische Beziehungsgeschichte mit seiner Ex-Freundin traue er sich nicht mit ihr zu sprechen, obwohl er dies gerne tun würde.

In einer Sitzung, in der dieser Wunsch zum zentralen Thema wird, schlägt der Therapeut vor, dass sein Klient das, was er seiner lesbischen Freundin sagen wolle, zunächst in Form eines Briefes an sie verschriftlichen, ihr diesen Brief aber nicht geben solle, sondern ihn lediglich als Vorbereitung für das nächste Gespräch mit dem Therapeuten verfasse.

Nachdem der Therapeut ihn in der nächsten Stunde fragt, wie er die heutige Sitzung nutzen möchte, antwortet er, dass er es nicht genau wisse, den vorgeschlagenen Brief aber nicht geschrieben habe. Nach einer kurzen Pause berichtet er, dass er jedoch über das Trauma mit seiner lesbischen Freundin gesprochen und dies zu seinem Erstaunen die vertrauensvolle Beziehung zwischen den beiden noch gestärkt habe; die Intensivierung des Vertrauensverhältnisses bestätigt er in den Folgesitzungen.

Schließlich berichtet er, es sei zu intimen sexuellen Kontakten zwischen beiden gekommen, die sich so sehr verstärkt hätten, dass sein ursprüngliches Problem, weswegen er zur Therapie gekommen sei, sich aufgelöst habe.

Dieses Fallbeispiel einer Systemischen Einzeltherapie, in deren Zentrum die therapeutische Zusammenarbeit zwischen Klient und Therapeut unter Berücksichtigung vergangener und neuer Beziehungen des Klienten steht, zeigt mehrere *Wendungen, die nicht vorhersehbar und damit nicht planbar waren*: Der traumatisierte Klient lernt im Laufe der Therapie eine Frau kennen, von der er sich jedoch nicht sexuell «bedroht» fühlt, da sie lesbisch ist. Dadurch kann er eine vertrauensvolle Beziehung zu ihr herstellen. Dieses Vertrauen stößt an seine Grenzen als er auf den Gedanken kommt, mit ihr über sein traumatisches Erlebnis mit seiner Exfreundin zu sprechen.

Die Gedanken an die Verschriftlichung seines Wunsches mit ihr über sein Trauma zu sprechen, helfen ihm den Wunsch in die Tat umzusetzen, ohne dass er sich vor der sexuellen Intimität fürchten musste.

Dadurch wiederum wächst das Vertrauen zwischen beiden, was schließlich dazu führt, dass er sein Trauma überwinden kann.

Eine strikt nach Plan durchgeführte Therapie hätte diese Wendungen als neue Möglichkeiten gar nicht wahrnehmen und anerkennen können, da Voraussagbarkeit

und Planung im Vordergrund der Therapie stehen und damit die *Empfänglichkeit für das Entstehen von Neuem* versperrt wird.

4. Kundenzufriedenheit und Qualität der therapeutischen Zusammenarbeit

Hergeleitet aus pharmakologischen Effizienzstudien akzeptieren die Autoren des Abschlussberichts Patientenzufriedenheit nicht als Kriterium des Erfolgs der Psychotherapie im Allgemeinen, also auch nicht der Systemischen Therapie im Besonderen²¹. Demgemäß legen die Autoren des Berichts keine Kriterien an, die Psychotherapien gerecht werden würden. Möglicherweise haben die Autoren des Berichts sogenannte objektive Kriterien («patientenrelevante Endpunkte») im Unterschied zu subjektiven Kriterien (z.B. «Patientenzufriedenheit») im Sinn. Aussagen wie die, dass Patientenzufriedenheit für den Therapieerfolg irrelevant seien, mögen Sinn machen bei der Beurteilung der Wirkung medikamentöser Behandlung. Im Unterschied dazu ist in der psychotherapeutischen Zusammenarbeit die Patientenzufriedenheit jedoch eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg. Die überwiegende Anzahl empirischer Untersuchungen zeigen, dass z.B. die Sympathie zwischen Patient und Therapeut ein guter Prädiktor für die Qualität der therapeutischen Zusammenarbeit und damit den Therapieerfolg ist. Untersuchungen, die das belegen, entstammen jedoch nicht der pharmakologischen, sondern der psychotherapeutischen Forschung als eigenständiger Wissenschaft. Mit anderen Worten, wenn die Autoren des Abschlussberichts die Patientenzufriedenheit unberücksichtigt lassen, beurteilen sie psychotherapeutische Verfahren - insbesondere die Systemische Therapie - nach Kriterien, die für nicht-psychotherapeutische Verfahren ihre Gültigkeit haben mögen. Die Vernachlässigung der Patientenzufriedenheit bei der Beurteilung psychotherapeutischer Verfahren stellt jedoch aus unserer Sicht einen wissenschaftlichen Kunstfehler dar, der die Gefahren erheblicher negativer Auswirkungen auf die Qualität der therapeutischen Zusammenarbeit fördert.

Ein junger Mann, Vater eines 12-jährigen Mädchens, kommt zum Psychotherapeuten und beklagt sich über ihren psychischen Zustand und die bisherige psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlung. Der Zustand seiner Tochter und sein eigenes Befinden habe sich sowohl nach psychopharmakologischer und kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung verschlechtert. Insgesamt sei er mit seiner eigenen Behandlung und die seiner Tochter sehr unzufrieden. Daraufhin schlägt der Psychotherapeut vor, Einzelsitzungen mit ihm durchzuführen sowie den therapeutischen Kontext zu erweitern, indem ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut für das Mädchen hinzugezogen werden könne. Der Vater stimmt beidem zu und die Einzelsitzungen

wurden begonnen. Darüber hinaus fanden mehrere gemeinsame Sitzungen von Vater, Tochter, Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut statt. Danach wurden Einzelsitzungen mit seiner Tochter begonnen und weitere gemeinsame Sitzungen durchgeführt - zum Teil mit Einbezug der Lebenspartnerin des Vaters.

Nach mehreren Sitzungen berichtet das Mädchen, dass sie gerne zur Therapie komme und den Therapeuten sympathisch finde, sich mit der Lebenspartnerin des Vaters immer besser verstehe und insgesamt zufriedener sei. Der Vater berichtet, dass er mittlerweile mit seiner Lebenspartnerin und seiner Tochter in eine gemeinsame Wohnung gezogen sei, seine Symptomatik sich gebessert habe, und sowohl er selbst als auch seine Tochter mittlerweile keine Medikamente mehr nehme. Er sei mit dem Verlauf und dem Erfolg der Therapie zufrieden.

Wie dieses Beispiel zeigt, ist es wichtig eine qualitativ gute Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Problempartnern einschließlich Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten herzustellen. Das heißt, Psychotherapeuten können sich nicht aus der Betrachtung ausschließen und Systemische Therapie kann sich nicht ohne psychotherapeutische Zusammenarbeit realisieren, wie es sogenannte verblindete Studien suggerieren. Anders ausgedrückt, die Kundenzufriedenheit ist eine notwendige Bedingung für die Qualität der therapeutischen Zusammenarbeit.

5. Möglichkeitseröffnende Therapie - Prospektivität und Prävention

Wie wir bei der Definition der Systemischen Therapie gezeigt haben, stößt sie in nicht vorhersehbare Bereiche vor und dient der Konstruktion neuer Möglichkeiten. Somit ist sie ergebnisoffen und nicht vorhersehbar. Dies nennen wir *präfaktische Ungewissheit*.

In diesem Zusammenhang kann man sich fragen, was das *Produkt der therapeutischen Zusammenarbeit* sei? Die Antwort besteht darin, dass der therapeutische Prozess ständig neue Möglichkeiten erschafft, die z.B. Auswege aus den Problemen darstellen. Damit bewegt es sich im Bereich des *Noch-Nicht-Gesagten* und *Noch-Nicht-Getanen*. Der Nutzen der therapeutischen Zusammenarbeit besteht also darin, dass ständig neue Möglichkeiten für Gespräche und gemeinsames Handeln in der Zukunft erschaffen werden.

Wichtig bei diesen therapeutischen Konstruktionsprozessen ist die Tatsache, dass mehrere Personen in den Therapieprozess einbezogen werden - neben dem Symptomträger, wichtige Bezugspartner und auf der therapeutischen Seite neben dem Therapeuten beispielsweise ein therapeutisches Team. Mit anderen Worten, im Zentrum der Therapie steht immer die zukunfts offene Zusammenarbeit zwischen

Klienten und Therapeuten im *therapeutischen System*. Der Nutzen der Systemischen Therapie betrifft demzufolge nicht nur den Indexpatienten, sondern auch seine wichtigen Bezugspartner. GleichermäÙen kann man auch sagen, dass der Therapeut und sein Beraterteam von der Zusammenarbeit insofern profitieren, dass sie z.B. Lerneffekte für die therapeutische Zusammenarbeit erzielen.

Die Eltern eines 11-jährigen Mädchens bitten um einen Gesprächstermin bei einem Psychotherapeuten. Sie berichten, dass ihre Tochter in der Schule Verhaltensauffälligkeiten zeige, die ihnen Sorge bereiteten. Dies äußere sich beispielsweise in einer sexualisierten Sprache, häufigen Konflikten mit Mitschülern und oppositionellem Verhalten gegenüber den Lehrkräften. Des Weiteren zeigen sich die Eltern besorgt darüber, dass ihre Tochter auf dem Schulhof pornografische Handyvideos von Mitschülern gezeigt bekomme und dies seitens der Lehrern auch nicht unterbunden werde. Vielmehr werde ihre Tochter von den Lehrern als «Problemschülerin» betrachtet. Dieser Negativfokus habe nach Ansicht der Eltern zusätzlich dazu geführt, dass ihre Tochter sich häufiger stresse und Tics entwickelt habe. Es fanden mehrere Sitzungen in unterschiedlicher Zusammensetzung und Themenschwerpunkten statt - beispielsweise gemeinsame Gespräche mit Eltern, Kind, Schulpsychologen und mit einem therapeutischen Team bestehend aus einem Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Darüber hinaus wurden auch Sitzungen mit den einzelnen Familienmitgliedern durchgeführt sowie in anderen unterschiedlichen Konstellationen.

Bereits nach wenigen Sitzungen reduzierten sich die Symptome bei dem Mädchen: Die sexualisierte Sprache verschwand, die Tics wurden weniger und das Wohlbefinden sowohl der Eltern als auch das ihrer Tochter stieg. Im Verlauf der weiteren therapeutischen Gespräche entschieden sich die Eltern im Einvernehmen mit ihrer Tochter für einen Schulwechsel. Durch die konstruktiven Gespräche fühlte sich die Familie verstanden, ernst genommen und unterstützt, sowie zuversichtlich eine gute Entscheidung getroffen zu haben. Zukünftigen Herausforderungen stehen sie positiv gegenüber. Nach wenigen Wochen berichtet das Mädchen, dass es sich auf der neuen Schule wohl fühle. Die Eltern schildern, dass ihre Tochter seit dem Schulwechsel ausgeglichener und entlasteter sei. Zudem zeige sie seit wenigen Wochen keine Tics mehr.

Wie dieses Beispiel zeigt, besteht die spezifische Wirkung der Systemischen Therapie darin, dass sowohl der Symptomträger (Schüler) im Sinne der Entpathologisierung und Schaffung neuer Möglichkeiten profitiert, als auch seine aktuellen Beziehungspartner (die Eltern). Insofern ist der spezifische Nutzen der Systemischen Therapie für alle Beteiligten prospektiv (zukunftsorientiert) und damit präventiv (prophylaktisch) - die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung zukünftiger

Symptome wird verringert. Diesen spezifischen Nutzen erkennt der Abschlussbericht nicht an und macht keine Angaben zu den Gründen²².

Zusammenfassung

Aus unserer Perspektive hat das IQWiG dem Auftrag des G-BA folgend die Standards und Prinzipien pharmakologisch-empirischer Forschung bei der Beurteilung der Forschungsergebnisse der Systemischen Therapie angewandt und dabei sowohl Hinweise als auch Anhaltspunkte für die Wirksamkeit der Systemischen Therapie festgestellt.

Wie wir versucht haben zu zeigen, lässt der Abschlussbericht des IQWiG jedoch einige wichtige Punkte bei der Beurteilung der Systemischen Therapie außer Betracht, die gerade ihre besonderen Qualitätsmerkmale ausmachen. Diese Qualitätsmerkmale sind:

1. Psychotherapie mit eigenständigem Forschungsbereich und eigenem Vokabular
2. Mehrpersonenperspektive und Kürze der Therapie als Faktor der Kostenreduktion
3. Offenheit für Nicht-Vorhersehbarkeit: Therapeutische Zusammenarbeit als Erzeugung von Erstmaligkeit
4. Kundenzufriedenheit als notwendige Voraussetzung für Therapieerfolg
5. Therapeutische Zusammenarbeit als Vorbereitung zukünftiger Möglichkeiten

Etwas überzeichnet und bildhaft gesprochen wirkt Nicht-Beachtung dieser Qualitätsmerkmale der Systemischen Therapie auf uns so, als würde man bei der Beurteilung eines Fahrzeuges die Besonderheit einer neuen Antriebsart (Motor) außer acht lassen, weil man bisher nur konventionelle Antriebe von Fahrzeugen kennen gelernt hat.

Entblindung

Wie unsere Argumentationsweise zeigt, gibt es einen weiteren unausgesprochenen Widerspruch, den wir hier benennen möchten. Vereinfachend ausgedrückt besteht er zwischen einerseits den großen Fallzahlen, mit der sich (quantitative) wissenschaftliche Untersuchungen beschäftigen, und andererseits in der Einzigartigkeit des Einzelfalles mit der es Praktiker zu tun haben: Die wissenschaftliche Methodik beurteilt aus der *Distanz* Untersuchungsergebnisse, die Produkt einer für sie anonymen therapeutischen Zusammenarbeit sind, während die Praxis sich in einer wertschätzenden *Nähe* zwischen Therapeuten und Klienten realisiert. Die wissenschaftliche Haltung ist demzufolge eher *kühl und distanziert*, während die therapeutische Haltung versucht *Nähe und Berührtsein* in einer guten Zusammenarbeit zu nutzen.

Dieser Widerspruch konkretisiert sich darin, dass sich - zumindest systemische - Praktiker selbst in die Betrachtung der Wirkungszusammenhänge einbeziehen: sie betonen die Zusammenarbeit «mit» den Klienten, während sich «objektive» Wissenschaften einen Beobachterstandpunkt außerhalb dieses Systems vorbehalten und damit getrennte Aussagen «über» Therapeuten und Klienten machen möchten.

Abstrakt gesprochen besteht der Widerspruch also zwischen *wissenschaftlicher Distanz* und *therapeutischer Nähe (Berührtsein)*.

Die Frage lautet dementsprechend wie die beteiligten Personengruppen (Klienten, Therapeuten und Wissenschaftler) mit diesem Widerspruch umgehen sollten und welche Antwortmöglichkeiten sie haben, wenn sie an psychotherapeutischer Wissenschaft interessiert sind?

Eine wissenschaftliche Antwort könnte eine Idee sein, die sich «Verblindung» nennt: Damit Klienten ihrer Behandlung gegenüber nicht voreingenommen sind, diese somit zum Guten oder Schlechten beeinflussen, sollten sie im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen nicht wissen, mit welcher Therapieform sie behandelt werden. Damit kann dann - so die Annahme - herausgefunden werden, welches therapeutische Verfahren bei welchem «Krankheitsbild» am nützlichsten ist. In der Alltagspraxis jedoch suchen sich die Klienten meist den Therapeuten selbst aus und erwarten, dass er qualifiziert ist und einen vertrauensvollen Rahmen für die Zusammenarbeit bietet - sie handeln also zielorientiert und alles andere als blind.

Innerhalb der therapeutischen Forschung enden aber schon im Großen und Ganzen die Möglichkeiten der Verblindung bei der Kundschaft (Klienten, Patienten). Denn Therapeuten zu «verblinden» könnte heißen, sie zu instruieren, eine bestimmte Anzahl von Sitzungen im Rahmen einer Therapieform durchzuführen, ohne dass sie wissen, welche es ist - unabhängig von Art und Schwere der Indexsymptomatik. Zum anderen könnte man nach Zufall Therapeuten bestimmter Therapieschulenzugehörigkeit unterschiedlichen Symptomatiken zuordnen. Die therapeutische Alltagspraxis sieht auch hier anders aus: Therapeuten wissen nicht nur, welche Therapieform sie anwenden, sie sind überwiegend auch noch für ihre Therapieform engagiert und überzeugt, dass sie nützlich sei. Also wäre die Verblindung von Therapeuten noch realitätsferner als die Verblindung von Patienten. In der Tat kommen Doppelblindversuche (Verblindung von Patienten/ Versuchspersonen und Therapeuten/Versuchsleitern) fast ausschließlich in der Pharmaforschung und in einfachen psychologischen Laborversuchen vor.

Wie steht es mit der Frage der *Verblindung von Wissenschaftlern*, die im Rahmen eines politischen Entscheidungsprozesses Bewertungen von Untersuchungsergebnissen durchführen - wie das IQWiG bei der Entscheidung über die sozialrechtliche Anerkennung der Systemischen Therapie? Es scheint uns fast ein Tabubruch zu sein, folgende Frage zu stellen: Müssten nicht gerade diese Wissenschaftler verblindet werden, um zu verhindern, dass sie in Denkgewohnheiten bereits etablierter z.B. pharmakologischer Verfahren steckenbleiben und ihre Voreingenommenheiten/Befangenheiten gegenüber dem, was Psychotherapie sei, dominant werden?

Um all das auf die Spitze zu treiben, könnte man in der Tat eine 3-fach-Verblindung (Klienten, Therapeuten, Wissenschaftler) fordern:

1. die Klienten wissen nicht, mit welchem Verfahren sie behandelt werden
2. die Therapeuten wissen nicht, welches Verfahren sie anwenden und
3. die Wissenschaftler wissen nicht, welche Verfahren sie beurteilen.

Wenn man diese 3-fach-Verblindung zum Maßstab erheben würde, müsste man feststellen, dass sie zwar als Gedankenexperiment reizvoll, ansonsten im Rahmen der Bewertung von Psychotherapieverfahren aber nicht realisierbar wäre und der therapeutischen Praxis nicht gerecht würde.

Was folgt daraus für die psychotherapeutische Wissenschaft?

Aus unserer Perspektive sollte sie keine abstrakten und praxisfernen Ideale verfolgen, wie sie sich in der Verblindungs-idee äußert. Sie sollte vielmehr der psychotherapeutischen Praxis dienen, indem sie die Qualität der therapeutischen Zusammenarbeit fördert und ihr dadurch gerecht wird, indem sie nicht *über* sie urteilt, sondern sich dazugehörig definiert und *mit* der Praxis ins Gespräch kommt.

In diesem Sinne wünschen wir uns für die Zukunft die Anerkennung der Eigenständigkeit der praxisgerechten psychotherapeutischen Wissenschaft, in deren Zentrum die Qualität der Zusammenarbeit zwischen Klienten, Therapeuten und Wissenschaftlern steht.

Dies fassen wir als *ethische Forderung*²³ und Herausforderung für die Zukunft auf, in der Formen und Inhalte menschlichen Zusammenwirkens im Vordergrund stehen.

Endnoten

¹ <https://www.iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/projekte/nichtmedikamentose-verfahren/n14-02-systemische-therapie-bei-erwachsenen-als-psychotherapieverfahren.6247.html>

² <https://www.iqwig.de>

³ <https://www.g-ba.de>

⁴ Baumann, Sebastian & Dittrich Kerstin, 2017. Systemische Therapie als Psychotherapieverfahren für Erwachsene. <https://systemische-gesellschaft.de/home/iqwig-pruefbericht/>

⁵ Retzlaff, Rüdiger; Haun, Markus W; Eher, Stefan & von Sydow, Kirsten, 2017. Systemische Therapie - auf dem Weg zur sozialrechtlichen Anerkennung? Psychotherapeutenjournal 16: 355-362.

Kriz, Jürgen, 2017. Der Mensch als Störgröße. Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung 4: 220

⁶ Abschlussbericht, S. 4 ff. und 528 ff.

⁷ Wir sagen «unsere», da es neben der pragmatischen und der unsrigen auch noch andere Definitionen gibt, auf die wir hier nicht näher eingehen möchten, da eine eingehendere Diskussion den Rahmen dieses Aufsatzes überschreiten würde. Unseres Wissens unterscheiden andere Definitionen kaum zwischen Psychotherapie und Beratung bzw. setzen beide gleich.

⁸ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text nur die männliche Form verwendet.

⁹ <http://www.psychotherapeuten-marburg.de/index.php/deissler>

¹⁰ <http://www.dialog-mx.eu/mitarbeiterinnen/app/koordination.html/>

¹¹ Deissler, Klaus G., 2000. Kampf um Anerkennung - mehr desselben. http://www.deissler.org/pdf/kampf_um_anerkennung.pdf

¹² Deissler, Klaus G., 2000. Krise der Systemischen Therapie - Chancen für Vielfalt. <http://www.deissler.org/pdf/krise-st.pdf>

¹³ Eine Wissenschaft, die das nicht anerkennt, begrenzt sich auf sich selbst, das heißt, sie ist selbstbezogen, gibt sich kontextfrei und ist in ihren Aussagen für die Praxis wenig bedeutungsvoll und zumindest für die systemische Praxis wenig valide.

¹⁴ John Shotter benutzt in seiner Diskussion den Begriff «before the fact».
Shotter, John, 2016. Speaking, Actually: Towards a New 'Fluid' Common-Sense Understanding of Relational Becomings. EIC Press, London.

¹⁵ Deissler, Klaus G., 2016. Sozialer Konstruktivismus - Wandel durch dialogische Zusammenarbeit. In: Levold, Tom & Wirsching, Michael (hg). Systemische Therapie und Beratung - das große Lehrbuch. Carl-Auer, Heidelberg (2. Auflage).

¹⁶ Abschlussbericht, S. 518 ff.

¹⁷ Abschlussbericht, S. 528

¹⁸ Endnote 5

¹⁹ improvisus (lat) - unvorhergesehen

²⁰ http://universal_lexikon.deacademic.com/112852/Prokrustesbett

²¹ Abschlussbericht, S. 529

²² Abschlussbericht, S. 529 ff.

²³ Løgstrup, Knud E., 1989. Die ethische Forderung. Mohr Siebeck, Tübingen.