

Im Gespräch

Ich war vom Stil her niemand, der Anweisungen gibt ...

Wilhelm Rotthaus im Gespräch mit Tom Levold

In welche Familiensituation hinein bist du geboren?

Geboren wurde ich vor dem Krieg, 1938. Mein Vater war von Haus aus Chirurg. Übrigens ein Mann, der zwei Weltkriege miterlebt hat, ohne je eine Uniform getragen zu haben, das hat mir immer sehr imponiert. Er war im Ersten Weltkrieg relativ jung und hat eine Funkerstation betrieben; den Zweiten Weltkrieg verbrachte er zu Hause in Bielefeld, um da die ärztliche Versorgung zu gewährleisten. Er hat früh Kontakt zur Psychotherapie gehabt, Jung'scher Richtung. G. R. Heyer war sein Lehrer, einer der bekannteren Jung-Schüler¹, der meinen Vater sehr geprägt hat. Er hat dann eine Zeit lang nach dem Krieg eine reine Privatpraxis betrieben und zusätzlich Psychotherapie gemacht. Die Praxis hat er dann zugunsten der Psychotherapie aufgegeben, das hat damals – 1955 – in Bielefeld viel Aufsehen erregt. Meine Mutter hatte große Verarmungsängste. Das hat mich sicher sehr geprägt. Da gingen eine ganze Menge bekannter Leute bei uns aus und ein. Psychotherapie war ja noch nicht so weit verbreitet, man kannte sich untereinander, gerade auch bei den Jungianern.

Damals warst du 17. Was hast du davon mitgekriegt?

Ein Beispiel war eine Auseinandersetzung meines Vaters mit den klassischen Analytikern darüber, ob eine Übertragung bzw. eine Übertragungsneurose notwendiger Bestandteil einer Psychotherapie sein müsse. Er hat mit Verve vertreten, dass das natürlich passieren könne und dass man dann auch damit umgehen können müsse, aber dass es einfacher sei, wenn man sie vermeidet. Und das hat praktisch zu einem Publikationsverbot geführt, da die großen Fachzeitschriften

1 Gustav Richard Heyer, 29.4.1890–19.11.1967, war in den 1950er und 1960er Jahren einer der einflussreichsten Vertreter der ärztlichen Psychotherapie und wesentlicher Mitgestalter der Lindauer Psychotherapiewochen. Nach seinem Bruch mit Jung 1936 trat Heyer in die NSDAP ein, aus der er 1944 wieder austrat. Von Jung wurde Heyer nach dem Krieg nicht mehr empfangen (Quelle: Gerhard Stumm et al.: Personenlexikon Psychotherapie. Wien: Springer, 2005).

seine Aufsätze dann nicht mehr angenommen haben. Damit hat er sich völlig außerhalb der Zunft gestellt.

Ab wann hast du angefangen, dich dafür zu interessieren?

Ach Gott, ich bin so etwas reingewachsen. Heyer kam zu Besuch, Graf Dürckheim aus Todtmoos² ebenso usw. Das fand ich spannend. Mein Vater zog dann mit seiner Praxis zu uns ins Haus. Das bedeutete, es musste immer einer von uns da sein und den Patienten die Tür aufmachen. Ich fand das damals hochinteressant und machte so meine Beobachtungen.

Würdest du sagen, das war dein spezieller Zugang zum Vater oder entwickelten sich deine Geschwister auch in der Richtung?

Meinen Bruder sicher, der war zehn Jahre älter. Alle Verwandten sagten: Naja, der Karl Peter wird Arzt und Psychotherapeut! Das hat ihn so gefuchst, dass er dann Jura studierte.

Er ist dann in die Justizverwaltung gegangen?

Er ist in die Justiz gegangen, aber hat sich da einen nahezu therapeutischen Job gesucht. Eigentlich wollte er im Jugendstrafvollzug arbeiten, das hat dann nicht so geklappt, weil die Stellen alle besetzt waren. Deshalb ging er in den allgemeinen Strafvollzug und hat in Gelsenkirchen eine der ersten sozialtherapeutische Anstalt gegründet. Schließlich ist er Präsident des Justizvollzugsamtes im Rheinland geworden. Aus gesundheitlichen Gründen ist er vorzeitig ausgeschieden und verbringt jetzt seinen Ruhestand am Ammersee. Meine Schwester ist Leiterin einer Realschule geworden und auch längst im Ruhestand.

Was hat deine Mutter gemacht?

Meine Mutter war Krankenschwester. Von meinen Eltern war sie im intuitiven Erkennen von Personen die Begabtere. Sie konnte vieles besser wahrnehmen, war auch realitätsbezogener als mein Vater. Sie ist zehn Jahre vor ihm gestorben. Mein Vater hat bis ins hohe Alter seine Praxis gemacht. Mit 91 Jahren rief er mich an und sagte: Wilhelm, ich habe heute meinen letzten Patienten angenommen.

2 Karlfried Graf Dürckheim, 24.10.1896–28.12.1988, ebenfalls Schüler von Jung, der nach einer langen, aber niemals offengelegten Verstrickung in den Nationalsozialismus nach dem Krieg die »initiatische Therapie« begründete, die sich neben dem Jungianismus aus vielen weiteren Quellen speiste.

Wie würdest du die psychotherapeutische Haltung deines Vaters beschreiben?

Er hatte einen ausgesprochenen positiven Blick auf seine Patienten, der aber auch manchmal ein bisschen von der Realität abging. Er war sozusagen ganz auf die positiven Seiten dieser Psychotherapie»partners«, auf die Bezeichnung legte er immer großen Wert, festgelegt. Die Ressourcenorientierung war extrem. Das war wohl auch eins seiner Erfolgsgeheimnisse.

Auch in Bezug auf die Erziehung der Kinder?

Ja, da zögere ich. Dass ich zum altsprachlichen Gymnasium gehe, Abitur mache und dann studiere – das war völlig selbstverständlich. Bei meiner Schwester übrigens nicht ganz so, aber sie hat auch Abitur gemacht. Er ist, aus einer Aufsteigerfamilie kommend, ein ausgesprochener Überflieger gewesen, der wirklich nur Einsen auf dem Zeugnis gehabt hatte. Er hat dann kriegsbedingt schon mit 17 Abitur gemacht, relativ schnell studiert und war mit 21 oder 22 fertig ausgebildeter Mediziner. Ich glaube, dass er sich sehr gebremst hat, um von uns nicht so viel zu verlangen. Aber es gab zumindest doppelte Botschaften. Und klare Erwartungen, die auch ausgesprochen wurden.

Hat dein Schritt in Richtung Medizin etwas damit zu tun?

Mein Schritt in Richtung Medizin hat damit zu tun, mein Schritt in Richtung Musik aber auch. Mein Vater war ein begeisterter, aber bemerkenswert schlechter Sänger, während er ein guter Klavierspieler war. Meine Mutter sagte immer: »Meine Güte, wenn er doch Klavier spielen würde, das kann er!« Singen konnte nämlich meine Mutter, die war ein Naturtalent. Insofern könnte man sagen, ich hatte beide Aufträge: ein guter Sänger zu sein und Chefarzt zu werden.

Ab wann konntest du diese Aufträge zu deiner eigenen Sache machen?

Also ich weiß nicht, wann es genau war, dass ich einen Schrecken gekriegt habe, als ich wahrnahm, wie ich väterliche Aufträge ausführe, und darüber lachen konnte. Die Musik ist meine eigene Sache gewesen, Medizin weniger. Ich hätte lieber Psychologie studiert. Und ich habe in Freiburg im ersten Semester Heiß³ kennengelernt, einen fantastischen, die Studenten begeisternden Mann, so dass ich dann nach Hause schrieb: »Mit Medizin ist nichts, ich studiere Psychologie.« Dann fragte mein Vater: »Was willst du damit machen?« Ich antwortete: »Naja, Psychotherapie.« Und dann sagte er: »Dann studier Medizin!«

3 Robert Heiß, 1903–1973, Inhaber des Freiburger Lehrstuhls für Psychologie und Philosophie von 1943 bis 1971.

Das Medizinstudium war für ihn die direkte Weg zur psychotherapeutischen Tätigkeit?

Ja.

Und dann hast du mit Ärger Medizin studiert?

Nicht mit Ärger, aber ohne Begeisterung. Ich habe lange um ein Studium getrauert, was mich begeistert hätte. Da war auch noch Soziologie als Idee. Aber das habe ich nachträglich sehr bedauert, diese fünf Jahre Pflichtpensum gemacht zu haben, aber nicht mit Herzblut studiert zu haben.

Dich da gegen den Rat deines Vaters zu entscheiden, wäre für dich nicht infrage gekommen damals?

Ja, richtig formuliert, das stand überhaupt nicht zur Diskussion.

Wann hast du dich zum Musikstudium entschieden?

Das kam später. Ich bin nach dem Physikum mit meinem Freund, mit dem ich sehr eng liiert war, für ein Semester nach Paris gegangen, um Französisch zu lernen. An der Cité Universitaire gab es einen Chor. Wir machten dann eine große Konzertreise durch Südfrankreich mit weltlichen und geistlichen Bachkantaten, je nachdem, ob wir in einer Kirche auftraten oder in einem Saal. Da wurden Solisten gesucht, und schließlich habe ich gesagt: »Bevor du einen Schlechteren nimmst, mache ich das.«

Warst du gesanglich geschult?

Ich hatte nur die Leidenschaft. Ich habe früh Klavier gespielt und dann auf Geige umgesattelt. Ich erinnere mich, dass wir viele Jahre zu Hause sicher jeden zweiten Abend Musik gemacht haben. Meine Schwester spielte Flöte, mein Vater Klavier, ich spielte Geige. Auch auf dieser Tournee. Ich habe im Orchester gespielt. Und wenn ich dann ein Solo hatte, stand ich auf und habe gesungen.

Und dir auch die Selbstsicherheit gegeben, da so in Führung zu gehen und zu sagen, das machen wir jetzt mal so.

Ja, das war ziemlich verwegen, was eigentlich, muss ich sagen, nicht meiner Art entspricht. Aber da, ja gut, habe ich es gemacht.

Du hattest das sichere Gefühl, in der Situation das Richtige und Notwendige zu tun. So kenne ich dich eigentlich auch, dass du in solchen Situationen dann rauskommst und sagst, das machen wir jetzt mal.

Ja. – Wir haben auch fantastische Kritiken gekriegt. Ich weiß noch, wie mein Freund in Marseille am nächsten Morgen mit den Zeitungen zu mir kam und sagte: »Sag mal, die nehmen uns doch auf den Arm!« – so gut waren die. Aber damals, 1959, war Bach in Frankreich relativ unbekannt. Davon haben wir profitiert. Wenn es dann mal ein bisschen schief lief, dachten unsere Zuhörer, das müsse ja wohl so sein. Ich weiß das relativ gut, weil ich später, nachdem ich ausgebildet war und als Sänger arbeitete, oft in Paris gewesen bin und da gesungen habe.

Und dann bist du zurück nach Freiburg, um dein Studium zu beenden?

Ich bin dann nach Bonn gegangen, weil ich beschlossen hatte, zunächst mal privat bei Heinz Marten, der an der Musikhochschule in Köln Professor war, Gesangsunterricht zu nehmen und in Bonn mein Medizinstudium zu beenden. Ich bin dann zu Marten gegangen und habe die Kantaten von unserer Konzertreise vorgesungen. Er war immer von schrecklicher Direktheit, guckte mich an und sagte: »Ach so, vom Singen hast du also noch gar keine Ahnung!« Ja, ich habe viele jungen Kolleginnen und Kollegen weinend bei ihm rausgehen sehen. Wenn jemand ihm zum Beispiel vorsang, so mit der Frage »Soll ich nicht meine wunderbare Stimme ausbilden lassen?«, sagte er vielen »Das ist nicht nötig«, und das war es dann. Ich bin zwei Jahre privat zu ihm gegangen, studierte Medizin zu Ende und wollte dann meine Medizinalassistentenzeit machen. Ich war aber furchtbar unzufrieden mit der Medizin. In der chirurgischen Abteilung, in der ich arbeitete, fand ich es schrecklich zu erleben, wie man mit den Patienten umging. Und ich hatte den Traum, Musik zu studieren. Sehr unterstützt von meiner späteren Frau bin ich dann nach eineinhalb Monaten zu meinem Chef gegangen und habe zu ihm gesagt, dass ich kündigen und Musik studieren will. Seine Reaktion: »Ja, wenn du denkst, damit mehr Geld zu verdienen ...«, und er hat mich dann in Gnaden aus dem Vertrag entlassen. Dann bin ich ganz auf Musik gewechselt, das war 1962/1963.

Und da kam dann die Begeisterung, die du im Medizinstudium vermisst hast. Wie ging es dann weiter?

Ich bin dann relativ bald während des Studiums zur Kammeroper in Köln gegangen, um praktische Erfahrungen zu sammeln. Und die Kammeroper ...

..., die es heute nicht mehr gibt ...

... war ein privates Unternehmen, das viele kleinere Orte bespielt hat. Wir sind viel gereist. Wir spielten zum Beispiel unbekanntere Rossini-Opern, auch mal Operette – Boccaccio hat mir ganz viel Spaß gemacht. Es gab genug gute Musiker aus dem Gürzenich – und dem Rundfunk-Orchester, die mit uns fuhren –, insofern war das musikalisch teilweise ganz ordentlich. Ja, dann habe ich da aber aufgehört, weil es eben nur ganz ordentlich war. Und dann bin ich als Konzertsänger durch die Lande gefahren und hab geguckt, wo sich Liederabende unterbringen ließen.

Was hast du von Heinz Marten gelernt?

Zu viel Selbstkritik. Er war niemand, der einem Mut machte. Ja, ich hab viel gelernt, viel Technik. Ich war sicher nicht der geborene Sänger, also der geborene Mensch zum Auftreten. Das war unserer Familie eigentlich fremd. Und Marten sagte mit Recht: »Wenn du singen willst, musst du dich vorne quasi mit Badehose hinstellen und sagen: Hier bin ich!« Das hat er zwar gefordert, aber er hat es nicht gefördert.

Also eigentlich könnte man sagen, das genaue Gegenbild zu dem, wie du deinen Vater im Umgang mit seinen Klienten beschrieben hast?

Genau. Ganz komischerweise hat mein Gesangsprofessor es mit einem seiner Schüler, mit dem ich befreundet war, anders gemacht, der es auch anders herausgefordert hat. Das hat mich damals sehr beschäftigt. Der war das Urbild eines Tenors, so nach dem Motto: »Hier bin ich und niemand kann besser sein!«

... eine Rampensau ...

Ja. Und den hat er unterstützt. Das hat mich damals sehr gefuchst.

Das war ja auch etwas Kränkendes. Und dann hast du dich irgendwann aber auch von ihm emanzipiert?

Das war sehr schwierig. Marten hatte das Bild: Man darf einen Lehrer nicht wechseln. Das ist Verrat. Und damit hat er eine Seite in mir getroffen, die, denke ich, relativ stark ausgeprägt ist: Loyalität und Solidarität. Dabei wäre das im Rückblick total gut für mich gewesen, mal zu jemand anderem zu gehen. Aber das habe ich mich nicht getraut.

Dir die Freiheit zu nehmen?

Ja. Ich war bis zu seinem Tod mit ihm befreundet, es war ein sehr schönes Verhältnis. Wir haben uns nicht oft gesehen, manchmal nur einmal im Jahr, aber wir waren immer sofort ganz nah. Aber von der sängerischen Karriere her wäre ein Wechsel für mich wichtig gewesen.

Wer war in dieser ganzen Lernzeit denn am ehesten ein Vorbild für dich, bei dem du sagen würdest, das war etwas, nach dem du streben würdest, was du dir selber gerne anverwandeln würdest?

Also auf der sängerischen Seite war das zweifellos Fischer-Dieskau.

Hast du ihn kennengelernt?

Ganz kurz mal in Freiburg, das war relativ früh. Es hat mir damals sehr imponiert, dass seine Technik einfach so gut war, dass er selbst in der Pause des Weihnachtssoratoriums rauchen konnte ...

Und in anderen Bereichen, also nicht nur vom Gesanglichen her? Lernen bezieht sich ja nicht nur auf Wissen und Techniken, sondern auch auf Haltung. Wer hat dich da besonders geprägt oder beeindruckt?

Das ist gar nicht so leicht zu beantworten. Also sicher hat mein Vater eine ganz große Rolle gespielt, und das, obwohl ich meine Verselbstständigung über einen fast jahrelangen Nicht-Kontakt praktiziert habe. Wer noch eine Rolle gespielt hat? Also wie gesagt, Heiß war für mich ein fantastischer Mensch, der voll in seiner Sache aufging. Das hat mich damals so mitgerissen. Sein Begeistertsein. Von den Medizin-Professoren war es einer der Pathologen, Kugelgen, der uns damals zu Demonstrationen gegen die Zustände in den Universitäten usw. ermutigte.

Waren das eher Querköpfe?

Also Heiß nicht. Aber die Querköpfigkeit, die nicht meine Sache war, die hat mir sicher sehr imponiert. Und so ein Stück gegen den Strom zu schwimmen und was anderes, etwas Neues auszuprobieren und nicht so mit der allgemeinen Linie konform zu gehen, das war dann sicher auch das, was mich dann mit zur systemischen Therapie gebracht hat.

Wie hat denn deine Familie deinen Wechsel zur Musik aufgenommen?

Sie bestanden darauf, dass ich das Medizinstudium beende – das war ja auch so ungemein vernünftig. Nein, darüber hinaus haben sie das unterstützt. Meine Mutter hatte eher Bedenken, ...

... Sorgen, ob du dein Brot verdienen kannst?

Ja, genau. Mir war das natürlich auch nur möglich, weil wir inzwischen geheiratet hatten und meine Frau lange Zeit wesentlich das Familieneinkommen bestritt.

Wie habt ihr euch kennengelernt?

Wir haben uns 1962 in der Psychiatrie Bonn kennengelernt, bei Weitbrecht⁴, der stand in der Linie von Kurt Schneider, das war sein Onkel⁵. Bei dem habe ich auch die Dissertation geschrieben, meine Frau war da im Rahmen ihres Psychologiestudiums. 1964 entschied ich, ganz in die Musik zu gehen. Das habe ich dann etwa acht Jahre als Hauptberuf gemacht. Aber gleichzeitig habe ich in dieser Zeit viel mit meiner Frau zusammengearbeitet, was ich sehr genossen habe. Wir haben beispielsweise die Schulungsmaterialien für alle Kinder in der Bundesrepublik in Form einer Programmierter Unterweisung aus Anlass der Einführung der neuen Straßenverkehrsordnung erstellt – meine Frau arbeitete damals bei Brown und Boveri in Heidelberg an der Entwicklung von Lehrmaschinen. In der Folgezeit haben wir eine Firma zur Erstellung Programmierter Unterweisungen gegründet und Aufträge aus vielen großen Firmen erhalten. Aber als wir einen Riesenauftrag von der Bundesbahn bekamen, haben wir die Firma von heute auf morgen geschlossen, weil wir fürchteten, für Jahre nur noch im eigenen Fett zu schwimmen. Meine Frau arbeitete damals unter anderem auch für das Raphaelshaus in Dormagen, einer pädagogischen Einrichtung. Dort haben wir dann gemeinsam alle ErzieherInnen erzieherisch-verhaltenstherapeutisch weitergebildet. Wir haben damals auch den ersten Band »Auffälliges Verhalten im Kindesalter« erstellt und zudem eine Reihe von Kinderbüchern geschrieben – in etwa parallel laufend zu der Entwicklung unseres Sohnes. Das war dann so meine Annäherung an die Kinder- und Jugendpsychiatrie.

4 Hans Jörg Weitbrecht, 1909–1975, war von 1956 bis zu seinem Tode Psychiatrie-Ordinarius an der Universität Bonn.

5 Kurt Schneider, 1887–1967, deutscher Psychiater, der wesentlich durch seine diagnostischen Arbeiten berühmt geworden ist (»Klinische Psychopathologie«).

Wie kam es dazu, dass du das doch zu einem Vollzeit-Beruf gemacht hast?

Das hatte viele Gründe. Mich reizte die Arbeit mit Kindern und Psychotherapie stand ja immer noch auf meiner Agenda. Andererseits: Um als Bass-Bariton voll ausgelastet zu sein, hätte ich von Opernhaus zu Opernhaus wechseln müssen. Man kriegt ja immer nur 1- oder 2-Jahresverträge, damals jedenfalls. Und ich zweifelte auch etwas an dem Opernbetrieb. Dann kam 1966 unser Sohn, der wollte versorgt werden. Und meine Frau ging Anfang der 1970er Jahre als Professorin an die Fachhochschule in Köln. Damit waren wir auf Köln ziemlich festgeschrieben. Das waren die wesentlichen Gründe, dass ich dann gesagt habe, ich gehe in Richtung Psychiatrie und Psychotherapie. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie habe ich gewählt, weil ich dachte, da sind in den kommenden Jahren noch am ehesten Verhältnisse möglich, die mir zufriedenstellend erscheinen, während ich im Hinblick auf die Erwachsenenpsychiatrie damals wenig optimistisch hatte.

Aber du hast dafür viel aufgegeben?

Nun, ich habe lange Zeit beides gemacht ... und habe in dem neuen Arbeitsfeld auch sehr viel gewonnen. Natürlich habe ich später mit meiner Entscheidung immer mal wieder gehadert.

Waren das getrennte Welten?

Ganz getrennte Welten. Ich habe sehr darauf geachtet, dass in der einen Welt, der medizinischen Welt, niemand von meinem Sängerleben wusste, und in der Musikwelt nichts von meinem Medizinerleben bekannt war, das war mir ganz wichtig.

Ich habe auch sehr spät erst von deiner Kunst erfahren, und mich hat immer beschäftigt, warum das für dich so wichtig war, das so auseinanderzuhalten?

Zum einen empfand ich es als kränkend, wenn die Leute im Medizinbereich das hörten und sagten: »O ja, das ist ja aber auch ein schönes Hobby!«

Dass die also die Größe in der Dimension nicht wirklich wahrgenommen haben.

Ja, damit konnte man mich richtig kränken. Und im Musikbereich gab es eine harte Konkurrenz. Als die Kollegen, vor allem die Stimmkollegen, von meinen medizinischen Aktivitäten hörten, wurde sehr schnell verbreitet: Ach, der Rotthaus singt ja nicht mehr. Auf einmal merkte ich, dass von einzelnen Dirigenten, die mich bis dahin regelmäßig einluden, keine Einladungen mehr kamen.

Als ich dann mal nachgefragt habe, sagten die: »Ich hab gehört, Sie singen gar nicht mehr und arbeiten als Mediziner.«

Du hast dann in der psychiatrischen Landeslinik in Langenfeld gearbeitet?

Erst mal nicht. Ich habe gesucht, wie ich in die Medizin wieder einsteigen kann und hatte eigentlich einen drolligen Start. Eine Marotte von mir war, niemals Auftritte in der Nähe zu machen. Ich habe in Köln im Gürzenich mehrere Jahre hintereinander Matthäus-Passionen gesungen und so, aber nicht auf den Dörfern ringsum. Dann aber sagte ich mir: Vielleicht lernst du hier in der Gegend jemanden kennen, der dir eine Assistentenstelle vermittelt. Und dann habe ich hier auch so kleine Konzerte gesungen. War nicht sehr lukrativ. Aber eines Tages sang ich in K. Als ich mich verabschiedete, sagte der Dirigent, »Ach, haben Sie denn unseren Vorsitzenden kennengelernt?« »Nein«, sagte ich, »wer ist denn das?« »Na das ist der Dr. T.« Ich sage, was ist das denn für ein Doktor ...« »Ja, der ist Chefarzt der Anästhesie in H.« Daraufhin ich: »Oh, den könnte ich ja mal kennenlernen!« Und dann wurde das total nett, der hat mir den Einstieg sehr erleichtert. Er war an allem, was Musik betraf, ganz interessiert. Und ich berichtete ihm während der Narkosen über meine sängerischen Erlebnisse. Stand ein nächstes Konzert an, übernahm er am Nachmittag meine Aufgaben in der Vorbereitung der Patienten und sagte: »Bleib du zu Hause und übe für das Konzert!« Die Zeit dort wurde dann etwas länger als geplant, weil ihm jemand fehlte, als ich ausscheiden wollte, und ich dann noch ein halbes Jahr länger geblieben bin. Und danach habe ich in Langenfeld meine Erwachsenenpsychiatrie-Zeit absolviert, die ich für den Facharzt brauchte. Aber die Idee mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie war damals für mich schon eindeutig. 1972 habe ich als Assistenzarzt wieder begonnen und 1974 bin ich nach Langenfeld gewechselt.

1975 bist du nach Viersen gegangen. Das ist ja heute ein relativ großer Fachbereich. War die Kinder- und Jugendpsychiatrie damals auch schon so groß?

Ja – wegen des heilpädagogischen Bereichs, in dem geistig behinderte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene über lange Zeit lebten, sogar noch größer. Was mich unter anderem damals reizte, war, dass es dort eine Arbeitsgruppe Verhaltenstherapie gab. Da dachte ich, da musst du hin. Ich hatte Verhaltenstherapie bei dieser Erzieherweiterbildung unterrichtet, aber nicht Therapien durchgeführt. Als ich mich dann anmelden wollte, sagte man mir: Das ist nur für Psychologen. Aber ich machte zu der Zeit schon eine Ausbildung in Klientenzentrierter Therapie bei Manfred Zielke in Kiel, und das brachte dann in Viersen sozusagen reife Äpfel zum Fallen. Ich habe als nicht mehr ganz junger Assistenzarzt auf der Station mit Charly Pleyer als Psychologen angefangen und begann, mit den Kindern klientenzentriert zu arbeiten. Das sprach sich rum, und

nach kurzer Zeit sind fast alle Psychologinnen und Ärztinnen ausgeschwärmt und haben einen klientenzentrierte Weiterbildung gemacht.

Das heißt, du hast damals schon eine gute Ausstrahlung gehabt auf die?

Da brauchte es nur noch einen kleinen Katalysator und dann ..., ich hab dabei nicht viel gemacht.

Aber eine Katalysatoren-Funktion ist ja etwas, was du ganz gut übernehmen kannst. Das sind ja nicht nur historische Zufälle, sondern das liegt, glaube ich, auch in deiner Art, als Katalysator zu wirken?

Ich denke ja, das war auch meine Rolle als Chefarzt, eher eine Katalysatorenrolle. Ich war vom Stil her niemand, der Anweisungen gibt.

Und dann kam Gesprächstherapie nach vorne?

Dann ging im Grunde genommen eine Psychotherapiewelle los. Bis dahin war es das Selbstverständnis von kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken gewesen, ein Diagnosezentrum zu sein. In der Enquete ist das wunderbar dargestellt: Da sitzt die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik auf den Schaubildern wie eine dicke Spinne in der Mitte und schickt die von ihr diagnostizierten Patienten in verschiedene Einrichtungen der Umgebung. Wir haben dann aber gemeinsam relativ schnell eine Bestandsaufnahme gemacht und gesagt: Diese Diagnostik können wir auch ambulant machen. Wir haben eine schwarze Ambulanz begonnen und haben uns dann auf das Erlernen von Psychotherapie gestürzt.

Ja, das waren die 1970er Jahre, wo es wie ein Flächenbrand in allen Organisationen plötzlich zündelte.

Genau, wir haben damals gedacht, wir wären die Einzigen, die so etwas machten, bis wir gemerkt haben, es gibt ganz viele. Wir gingen wirklich raus in alle Welt, um neue Dinge kennenzulernen. Ich weiß noch, wie Charly einmal von einem Ur-schreiseminar total heiser zurückkam und dieses dort praktizierte Schreien wunderbar fand. Und ich dachte: Ja, so ein Körpererleben könntest du auch ohne Heiserkeit haben, wenn du Sänger wärest. Wir haben dann relativ bald Stefan Kaatz aus Münster geholt und haben mit ihm Spieltherapie erlernt. Prof. Bosch, der Gründer und damalige Chef der Klinik, hat uns sehr viel Freiheit gelassen. Einmal kam er und fragte, ob er denn auch an den Spieltherapiesupervisionen teilnehmen könnte, was natürlich für ihn nicht ganz leicht war und auch nicht lange vorhielt; denn selbstverständlich saßen wir auf dem Fußboden und nicht auf Stühlen, und unsere ganze Art des Lernens – und mittlerweile auch des Denkens – war ihm fremd. Damals habe ich für mich gelernt: Wenn du mal Chefarzt wirst,

wirst du bemüht sein, an der Spitze der Entwicklung zu stehen und nicht eine Situation entstehen lassen, in der du deinen jungen Kollegen hinterherschaut.

Wann tauchte zum ersten Mal für dich Familientherapie im Blickfeld auf?

Das kann ich dir genau sagen: Eine Psychologin der Klinik berichtete damals davon, die Kölner Erziehungsberatungsstellen würden sich in Familientherapie ausbilden lassen. Und unser Selbstverständnis damals war: Was die können, das können wir auch. Wir waren immer in der Lage, eine selbst finanzierte Weiterbildungsgruppe von Ärztinnen und Psychologinnen, später auch Mitarbeiterinnen des Pflege- und Erziehungsdienstes zusammenzustellen.

Ihr konntet euch die Lehrer nach Viersen holen?

Wir hatten Jos van Dijk und Frans Boeckhorst als Trainer eingeladen. Die sind zweimal gekommen und haben Wochenendseminare gemacht. Da hatten wir das Gefühl: Möglicherweise ist Familientherapie eine Lösung für unser Problem. Wir hatten nämlich das Problem, dass wir bei damals noch relativ langen Aufenthaltszeiten eigentlich ganz gute Erfolge mit den Kindern und Jugendlichen hatten. Aber wenn wir dann nach der Entlassung nach der weiteren Entwicklung fragten, dann sagten die Eltern nach einigen Wochen und Monaten: »Anfangs ging es ganz gut, aber jetzt ist es schlimmer als vorher.« Das war 1978. Beide Trainer waren eine Zeit lang bei Minuchin gewesen und strukturell orientiert. Wir haben dann zwei Arbeitsgruppen gebildet, eine in der Ambulanz und eine im stationären Bereich. Die total spannende Aufgabe war für uns, deren ambulante Konzepte in die Arbeit im stationären Setting zu übersetzen. Jos und Frans hatten mit stationärer Arbeit Null Erfahrung. Das hat total Spaß gemacht, und die Pionierstation war die Station von Charly und mir. Ich bin dann relativ schnell Oberarzt geworden. Und bald waren wir uns als Team der Psychologen, Ärzte und Pflegemitarbeiterinnen darin einig: Diese therapeutische Ausrichtung wollen wir.

Kann man sagen, da ist etwas gelungen, das eigentlich in psychiatrischen Kliniken vergleichsweise wenig passiert, nämlich eine wirklich schlüssige Konzeption, was eigentlich stationäre Psychotherapie für Kinder und Jugendliche in einem multi-professionellen Team bedeuten kann?

Ja, ich glaube, es ist uns relativ gut gelungen, das konsequent durchzusetzen, und ich habe das später ja auch in einem Buch ausführlich beschrieben. Das hat auch den Mitarbeitern auf der Station viel Spaß gemacht, auch wenn die uns natürlich manchmal ein Stück in die Realität zurückbringen mussten. Wir wollten ja verrückte Dinge ausprobieren. Wir mussten natürlich irgendwann auch mal paradox arbeiten und haben dann den Kids, die geschlossen untergebracht waren, so quasi

gesagt: »Die Tür ist offen, dann geht doch!«, und wunderten uns darüber, dass sie gingen. Aber das war eine begeisternde Zeit.

Viersen hat ja eine extreme Randlage, viel westlicher geht es ja nicht. Gab es irgendwelche Verbindungen in der Bundesrepublik zu anderen Kliniken?

Erst wesentlich später. Diese ersten zehn Jahre haben wir wirklich für uns gestaltet. Wir sind dann auch aus einem Fremdheitserleben auf kinder- und jugendpsychiatrischen Kongressen, wo man über Erst-, Zweit- und Drittdiagnosen diskutierte, Anfang der 1980er Jahre auf die Idee mit den »Viersener Therapie-tagen« gekommen. 1982 fanden die ersten statt, die weiteren folgten im 2-Jahres-Abstand, immer mit circa 300 Teilnehmern, weil wir mehr nicht in der Klinik-räumen unterbringen konnten. Die hatten eine ziemlich hohe Außenwirkung, einfach auch dadurch, dass ich viele Tagungen auch als Bücher dokumentiert habe. 1986 kamen unter anderem Heinz von Foerster, Niklas Luhmann und Siegfried Schmidt – ja, das war schon toll.

Gab es Verbindungen zu anderen Gruppierungen der Familientherapie, die nicht zur Psychiatrie gehörten?

Wir haben relativ früh bekannte Leute der »Szene« zu Wochenendseminaren eingeladen, zum Beispiel Kirschenbaum, Boszormenyi-Nagy, Boscolo, später die »Stierlin-Jungen« Fritz Simon, Gunthard Weber, Arnold Retzer usw. Wir haben das genutzt, um auch Kollegen der umliegenden Erziehungsberatungsstellen und sonstigen Institutionen dazu als Gäste einzuladen. Daraus ergab sich eine sehr gute Vernetzung. Es war damals sehr schön zu sehen, wie ähnlich die Biografien derer, die an der familientherapeutischen Entwicklung teilhatten, in vielerlei Hinsicht waren.

Ich habe bei der Vorbereitung unseres Gespräches festgestellt, dass das Erste, das ich von dir gelesen habe, ein zweiseitiger Kommentar war zu einem Aufsatz von Kurt Ludewig und Thomas Villies über systemische Therapie in Institutionen aus dem Jahre 1984. Die Überschrift war: »Das Jammern über die Institution als Alibi«. Darin plädiert du dafür, in Organisationen systemische Therapie zu machen, auch wenn die Organisation selber gar nichts mit systemischen Konzepten anfangen kann. Dass die Organisation also keine Ausrede dafür sein kann, sich nicht damit zu beschäftigen, womit man sich beschäftigen will. Der zweite interessante Gesichtspunkt dabei war, dass du damals schon geschrieben hast, dass ihr zu der Zeit in Viersen dabei ward, euch von der Idee zu trennen, dass alle gleich sein müssen, und dass es eine klare Hierarchie in einer Organisation braucht, damit man arbeitsfähig ist, dies aber ein klares Konzept von Verantwortung zu Voraussetzung habe. Diese Verantwortung ergibt sich daraus, dass asymmetrische Verhältnisse immer zur Berücksichtigung ethischer Postulate zwingt. Beim Lesen dieses Kom-

mentars dachte ich, dass das eigentlich ein roter Faden ist, der sich durch dein ganzes Werk durchzieht, sowohl was die Beziehung zwischen Erwachsenen und Kindern als auch die Leitung und Zusammenarbeit mit Mitarbeitern betrifft, als auch den Umgang mit Ungleichgewichtslagen, Macht, Gewalt, Missbrauch usw.

Bei uns hat der Begriff Verantwortung eine ganz große Rolle gespielt. Das betraf zunächst unser Verhältnis zu den Eltern insofern, als wir uns relativ früh – und da war Karl Heinz Pleyer sehr aktiv beteiligt – als Auftragnehmer und Delegierte der Eltern definiert haben. Wir haben auch früh den Kundenbegriff benutzt und ihn beibehalten, weil ich der Meinung war, dass dieser Begriff in einer medizinischen Einrichtung ganz besonders wichtig sei, weil er dort ganz besonders verstörend ist. Ich bin oft, vor allem auch außerhalb der systemischen Szene, wegen dieses Kundenbegriffes kritisiert worden.

Von anderen Psychiatern?

Ja, aber auch von Kollegen, die systemisch interessiert waren, aber meinten, diesen Begriff aus der Wirtschaft könne man doch nicht auf unsere, ich sag's jetzt boshaft, wohl tätigen Handlungen übertragen. Aber ich fand ihn in der Klinik wichtig, um aus diesem medizinischen Helferdenken herauszukommen.

Zum Thema Machtgebrauch in Organisationen interessiert mich noch Folgendes: Auf der einen Seite sehe ich bei dir das Bejahen der Strukturen und die Übernahme von hierarchischen Positionen, auf der anderen Seite geht es aber auch um das achtsame Umgehen mit der Verantwortung, die daraus erwächst. Du warst ja lange auch Chefarzt in Viersen, wie hat sich das für dich dargestellt?

Für mich war wichtig, innerhalb der Klinik zwei Ebenen zu trennen. Eine vertikal hierarchische, auf der Organisationsentscheidungen nach Diskussion mit den Kollegen getroffen werden, und eine horizontal kollegial-demokratische, auf der die therapeutischen Prozesse erörtert werden. Ich hatte anfangs große Schwierigkeiten damit, meine hierarchischen Aufgaben zu übernehmen, weil ich aus Duz-Kollegenschaft in diese Rolle kam. Die KollegInnen haben mich – dankenswerterweise – teilweise zum Jagen getragen. Gleichzeitig habe ich bis zuletzt großen Wert darauf gelegt, dass es eine horizontale Ebene kollegialen Therapieaustausches gab, dass ich zum Beispiel Mitglied in den Therapie-Supervisionsgruppen war. Das war für die jüngeren Generationen zunehmend schwieriger, weil sie bei einem Neustart einer Gruppe argumentierten, dass ich ihre Zeugnisse schreibe und sie deshalb nicht offen sein könnten. Aber ich habe immer gesagt: »Nach meiner Erfahrung geht es; probiert es bitte zwei oder drei Stunden aus; wenn es nicht geht, könnt ihr Nein sagen.« Und das hat immer gut geklappt. Ich hab dann einen eigenen Fall vorgestellt, der nicht gut lief; und meine Offenheit machte dann den jungen KollegInnen Offenheit möglich.

Da gibt es ja manchmal Konkurrenz. Ich freue mich immer, wenn ich die Chefs selbst in der Supervision habe. Aber viele meiden das, weil sie Angst haben, dann auch was von sich zeigen zu müssen und sie das sie in ihrem Status herabsetzen könnte bei ihren Mitarbeitern.

Also diese Angst habe ich nicht gehabt. Natürlich wog in Fallbesprechungen meine Stimme mehr als die eines ganz jungen Kollegen; das kann man ja nicht verhindern, das wäre auch unrealistisch. Aber mir ging es darum, dass es letztlich ein Austausch unter Gleichberechtigten war. Auch bei Besetzungsfragen, die letztlich auf der vertikalen Ebene entschieden wurden, habe ich vieles ausprobiert, um zum Beispiel die Mitarbeiter bei Neubesetzungen zu beteiligen. Ich habe da sicher auch Fehler gemacht, beispielsweise wenn ich zeitweise den Stationsmitarbeitern gesagt habe: »Hier sind drei Psychologen, die sich bewerben; entscheidet ihr euch für einen!« Sie haben sich dann mehrfach den ausgesucht, der ihrer Wahrnehmung nach am schwächsten war, der am wenigsten Unruhe auf die Station bringt. Dann habe ich das wieder geändert.

Wie schätzt du denn die gegenwärtige Entwicklung ein, wenn du dich umschaust und siehst, was heute in der Kinder- und Jugendpsychiatrie so passiert? Ich denke zum Beispiel an die radikale Verkürzung der Belegdauer, auch an einen Rückgang von partizipatorischen Strategien. Nimmst du das auch so wahr?

Ich habe das Gefühl, die Entwicklung geht in vielen Kliniken in die 1980er oder 1990er Jahre zurück, vor allem aus finanziellen und personellen Ausstattungsgründen. Dort, wo ich Einblick habe, ist die personelle Situation so schlecht, dass einmal entwickelte Konzepte gar nicht mehr verwirklicht werden können. Hinzu kommen diese kurzen Aufenthaltsdauern, die an vielen Universitätskliniken schon dazu geführt haben, dass an Psychotherapie gar nicht mehr gedacht wird. Die Versorgungskliniken versuchen das noch, und da spielt familientherapeutisch-systemisches Arbeiten in unterschiedlicher Ausprägung eine durchweg beachtliche Rolle. Wir haben Mitte der 1990er Jahre eine Befragung gemacht, bei der immerhin 80% der leitenden Ärzte geantwortet haben: Wir machen Familientherapie bzw. systemische Therapie. Die Angabe zu Verhaltenstherapie war genauso hoch und zur analytischen Therapie wesentlich niedriger.

Ich teile deine Wahrnehmung, dass es anfangs relativ großzügige Arbeitsbedingungen gab, man damals aber noch nicht genau wusste, was man alles Gutes machen kann. Und heute haben wir in den Kliniken viele qualifizierte Mitarbeiter mit guten Ideen, aber die Ressourcen zur Umsetzung sind nicht da, weder zeitlich noch finanziell. Sodass auch die Eigenzeit von Prozessen, die einfach in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen nötig sind, überhaupt nicht ausreichend berücksichtigt

werden können. Das wirft dann die Frage auf, was aus deiner Sicht fachpolitisch und gesundheitspolitisch zu fordern wäre?

Ich glaube, es ist inzwischen selbst ins Gesundheitsministerium durchgedrungen, dass es ein riesiges Ungleichgewicht in der personellen Ausstattung zwischen den verschiedenen kinder- und jugendpsychiatrischen, aber auch zwischen den erwachsenenpsychiatrischen Kliniken gibt und dass da eine Lösung her muss. In beiden Feldern gibt es gut und schlecht ausgestattete Kliniken, eine ungeheuer große Differenz.

Wie kommt die Differenz zustande?

Das hängt – wie beispielsweise in Viersen, wo die Kinder- und Jugendpsychiatrie Teil der psychiatrischen Gesamtklinik ist – mit der je speziellen Entwicklung dieses großen Klinikgebildes zusammen, mit den regionalen Besonderheiten auf Krankenkassenseite und auch mit dem Geschick und der Entschiedenheit des Verwaltungsleiters bzw. der Mitglieder der Betriebsleitung.

Das heißt, es fehlt auch an Mut?

Das hat sicher oft gefehlt. Es wird ja jetzt überlegt, ein anderes Prinzip als die DRGs⁶ für die Psychiatrie zu entwickeln, das auf dem Konzept der Psychiatrie-Personalverordnung aufbaut, und ich habe die Hoffnung, dass dadurch noch mal ein positiver Entwicklungsschub kommen könnte. Ich habe ja damals in den 1990er Jahren, das habe ich mal ausgerechnet, fast ein dreiviertel Jahr an Arbeitszeit dafür aufgewendet, um diese Psychiatrie-Personalverordnung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie durchzuboxen. Und dann ging es uns allen eine Zeit lang personell wirklich gut.

Die Psych-PV ist aber heute schon nicht mehr in dem Maß verbindlich, das in allen Kliniken danach der Personalschlüssel aufgestellt wäre.

Theoretisch ist sie weiterhin verbindlich. Praktisch ist es so, dass die Kassen den Kliniken beispielsweise sagen, ein Arzt oder ein Psychologe kostet euch zwar 60.000 €, das finden wir aber zu hoch, wir zahlen euch nur 45.000 €. Dadurch sinkt dann die Zahl der finanzierten Stellen um 25 %. Das bringt die Kliniken in die Defensive.

6 »Diagnosis Related Groups« erlauben es, die Patienten in ein ökonomisch-medizinisches Klassifikationssystem einzuordnen und die Behandlung auf der Basis von Fallpauschalen abzurechnen.

Ich würde gerne zu deinem Engagement im Feld der politischen Rahmenbedingungen überleiten. Du bist 2000 erster Vorsitzender der DGSF geworden, im Fusionsjahr von DAF und DFS. Wie kam das zustande?

Irgendwann haben Marie-Luise Conen und Gisal Wnuk-Gette mich angerufen und gesagt, sie würden gerne mal mit mir reden, ob ich das machen würde.

Warst du in einem der beiden Verbände aktiv?

Nein, ich war in beiden Mitglied, interessiert, aber nicht aktiv. Es war keine leichte Entscheidung, den Vorsitz zu übernehmen. Ich hab's mir schon lange überlegt, ob ich mir das noch antun wollte, vor allem weil ich ja zunächst noch drei Jahre bzw. – ich habe noch ein Jahr draufgesattelt – vier Jahre die Klinik zu leiten hatte.

Hattest du so etwas vorher schon mal gemacht?

In meiner Selbstdefinition bin ich überhaupt kein Funktionärstyp. Aber es ist auffällig, dass ich irgendwann die »Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie« und später die »Arbeitsgemeinschaft systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie« gegründet habe, in beiden lange Jahre erster Vorsitzender war und dass ich auch in den Vorständen des Berufsverbandes und der »Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie« tätig war. Also eine gewisse Verbands-Routine war da. Aber dass ich den Vorsitz der DGSF übernommen habe, hat mit Sicherheit damit zu tun, dass sich mit der systemischen Idee auch mein Herzblut verbindet.

Aber hier ging es ja natürlich um eine ganz spezielle Funktion, weil es eine Neugründung war und gleichzeitig zwei ganz lange und sehr verschiedene Traditionen zusammengeführt werden sollten.

Ja. Es kamen sehr unterschiedliche Kulturen zusammen, auch im Vorstand. Ich glaube, wir haben diese Zusammenführung der Traditionen im Vorstand gut hingekriegt und das hat dann auf die ehemaligen Mitglieder ausgestrahlt; es ist ja nach meiner Wahrnehmung nahezu problemlos geglückt.

Eine Schwierigkeit lag wohl in der Frage, welchen Stellenwert die Institute haben.

Das war ein großes Problem, weil ich und meine Vorstandskollegen entschieden ein Zweikammersystem für ungeeignet hielten. Das hätten wir schnell hingekriegt, wenn wir da mitgemacht hätten. Aber diese Konstruktion sah ich als total unglücklich an, weil es meiner Wahrnehmung nach zwei Kammern geworden

wären, die ganz unterschiedlich stark sind. Die Institute-Kammer hätte zu Recht ihre eigenen Interessen verfolgt, während die Mitglieder das Problem gehabt hätten, überhaupt erst einmal klare gemeinsame Interessen zu finden und zugleich nicht so gut miteinander vernetzt gewesen wären. Dadurch hätte es ein großes Ungleichgewicht zwischen den Kammern gegeben. Unsere Idee war, ein Mitgliederverband zu bleiben, in dem die Mitglieder der Souverän sind und gleichzeitig die Institute eine angemessen starke Stellung haben. Ich meine, das ist uns mit der neuen Satzung gut gelungen, auch die Vernetzung zwischen Institutenversammlung, Aus- und Weiterbildungsausschuss und Vorstand, in dem ein Institutsmitglied »geborenes« Mitglied ist, das nur noch von dem Souverän Mitgliederversammlung bestätigt werden muss. Und weil den Instituten unter anderem die Weiterentwicklung der Richtlinien übertragen worden ist, was früher beim Fort- und Weiterbildungsausschuss lag, ist eine Kooperation zwischen Instituten und Fort- und Weiterbildungsausschuss zwingend. Das haben wir gemeinsam ganz gut hingekriegt, darüber bin ich ganz glücklich. Auf der letzten MV in Neu-Ulm war ganz deutlich: Wir haben die Streit- und Auseinandersetzungsphase hinter uns und es geht jetzt mit ziemlicher Verve und großem Engagement in die inhaltliche Arbeit. Fragen der Evaluation, der Weiterbildung, von Train-the-trainer-Tagen, auch ein Stück Kontrolle der Institute. Da sind jetzt viele Ideen entwickelt worden und wir bewegen uns – soweit ich sehe – weg vom Formalen und hin zum Inhaltlichen.

2007 hast du deinen Abschied als Vorsitzender genommen. Wenn du die Zeit seit 2000 rekapitulierst, was sind für dich die wichtigsten Schritte in der Entwicklung der DGSF?

Wir haben die Mitgliederzahl mehr als verdoppelt. Ich finde schon sehr schön, dass wir jetzt mit fast 3000 Mitgliedern zu den stärksten Therapie-Verbänden in Deutschland gehören – wohl wissend natürlich, dass wir keine große Schwelle bei der Aufnahme der Mitglieder eingebaut haben. Was gut gelungen ist, ist die Zusammenarbeit von SG und DGSF. Wir kooperieren in allen Fragen, in denen Kooperation wichtig ist, gehen darüber hinaus unsere eigenen Wege und tauschen uns darüber aus. Die EFTA-Tagung in Berlin 2004, die SG und DGSF gemeinsam ausgerichtet haben, war sicher ein Highlight. Ich denke, dass wir gut in Gang gekommen sind mit einer Stärkung der Fachgruppen, zum Beispiel der Fachgruppe Supervision, mit der wir überlegt haben, was wir tun könnten, um systemische Supervision mehr durchzusetzen, noch besser zu vermitteln, was das Besondere an systemischen Supervisionen ist, um die formale Akzeptanz zu erhöhen. Dazu veranstalten wir regionale Fachtagungen, zu denen wir vor allem Entscheidungsträger von Institutionen einladen, um die zu überzeugen.

Also die Nachfrager sozusagen, die Kostenträger von Supervision?

Ja, das haben wir schon einmal in Heidelberg gemacht, und jetzt wollen wir einen solchen Fachtag einmal mehr in Weimar durchführen. Ein weiterer wichtiger Anstoß waren Überlegungen zur Gründung einer Fachgruppe Hochschulen, trotz vieler Bedenken von den verschiedensten Seiten. Aber nach mehreren Treffen habe ich den Eindruck, da kommt etwas zustande. Wir müssen an Hochschulen einfach besser vertreten sein.

In der letzten Zeit gab es heftige Kritik aus dem Verband an der Politik der DGSP und der Vorstandspolitik. Wie ist das einzuschätzen? Ist das eine singuläre Kontroverse oder ist das ein grundsätzlicher Dissens, der auch zukünftig eine Rolle spielen wird?

Du sprichst damit die Kritik von Marie-Luise Conen an. Ich glaube, dass die Punkte, die sie aufgeworfen hat, wichtig sind, die waren uns auch nicht verborgen geblieben. Ich glaube, wir haben angesichts der Tatsache, dass systemische Gedanken und Methoden zunehmend von anderen Verfahren vereinnahmt werden, richtig damit gehandelt, dem Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie die Expertise vorzulegen. Das ist unser Versuch, mit den anderen Verfahren auf eine gleichberechtigte Ebene gehen zu können. Schließlich haben wir etwas zu bieten, nicht nur eine bestechende Methodenvielfalt, sondern vor allem auch sehr eigenständiges Theoriekonzept, aus dem sich für die Therapie ungemein förderliche Haltungen, Einstellungen und Beziehungsgestaltungen ableiten. Und ich glaube, dass unsere Doppelstrategie, einmal den Klageweg zu beschreiten, den die SG ja nicht mitgemacht hat, und andererseits die Expertise dem Wissenschaftlichen Beirat vorzulegen, richtig ist. Ich sehe aber auch Gefahren. Angenommen, wir werden eine Anerkennung durch den Beirat erreichen und uns entschließen, den nächsten Schritt zum G-BA zu gehen, dann besteht natürlich eine Gefahr, dass wir uns zu sehr an das dominierende verhaltenstherapeutische Modell anschließen könnten, das sich ja im Methodenpapier und den neuen Verfahrensregeln des Beirats und des G-BA durchgesetzt hat – wobei mir völlig unverständlich ist, dass die Psychoanalytiker dazu geschwiegen haben; ob das eine kluge Strategie war, das so laufen zu lassen, bezweifle ich. Auf jeden Fall werden wir darauf aufpassen müssen, wie wir unsere Essentials bewahren können und trotzdem mit diesem System irgendwie in Kooperation kommen.

Dazu ist ja jetzt anlässlich des sogenannten Lehrbuches II zum störungsspezifischen Wissen⁷ eine interessante Diskussion entstanden. Die erste Kontroverse seit Jahren, in denen es so was wie eine stillschweigende Übereinkunft zu geben schien,

7 Schweitzer, S., Schlippe, A. von (2006). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

so lange nicht darüber zu streiten, bis dieser Antrag verhandelt ist. Und in dieser Lehrbuchdebatte geht es unter anderem genau um diesen Punkt, den du ansprichst, nämlich die Essentials der systemischen Therapie. Hier gibt es einen Konflikt zwischen der sozialwissenschaftlichen Einbettung einerseits, aus der heraus sich die Haltung, die Arbeitsphilosophie, also die grundlegende Epistemologie des systemischen Ansatzes ergibt, und einem klinischen Modell, das sich zunehmend in Richtung der Evidence-Based-Medicine entwickelt, wobei sich die Frage stellt, inwiefern das überhaupt auf psychotherapeutische bzw. kommunikative Prozesse ganz allgemein übertragbar ist. Es ist also interessant zu schauen, welchen Preis die systemische Therapie im Falle, dass sie diese Anerkennung bekommt, im Hinblick auf ihre eigene Grundlegung bezahlen muss. Wie schätzt du das ein?

Da bin ich optimistisch. Ich habe ja selbst 25 Jahre lang diesen Spagat gemacht. Wir mussten ja in der Klinik, damit wir finanziert wurden, auch die ICD-10 benutzen.

... Ressourcenorientiert behandeln und defizitorientiert abrechnen ...

Ja. Das was noch die leichtere Übung. Die schwierigere Übung fing an, als der Medizinische Dienst uns in Viersen zunehmend und in massiver Weise kontrolliert hat, Akteneinsicht verlangte und dort natürlich eher Pathologie-Beschreibung erwartete als ressourcenorientiertes Denken. Bis dahin konnte ich immer sagen, man muss, so wie man Deutsch und Englisch können muss, auch zwischen den beiden Sprachen des Gesundheitssystems und der Sprache der systemischen Therapie wechseln. Es ist uns relativ gut gelungen, eine Ressourcenorientierung in die Klinik zu bringen. Aber die ist in Frage gestellt worden, als dann der Medizinische Dienst darüber zunehmend gestolpert ist und die Position vertrat, dass eine Behandlung bei so vielen positiven Beschreibungen auch beendet werden könne.

Was macht dich denn jetzt optimistisch, dass der Kerngehalt des systemischen Denkens erhalten bleiben kann, auch wenn die systemische Therapie sich nach außen eher diesem Mainstream anpassen muss, um überhaupt auch als Akteur mitspielen zu können?

Na ja, Ressourcenorientierung ist ja heute nicht mehr nur Sache der systemischen Therapie. Man wird mit der Zeit Leute aus den Medizinischen Diensten auf seine Seite holen müssen. Wir haben große Schwierigkeiten damit gehabt, und trotzdem halte ich das für möglich. Wir sind in Viersen ja viel quer geschwommen und haben trotzdem eine Menge Leute für uns gewinnen können.

Jetzt könnte man natürlich sagen, dass das auch damit zu tun hat, dass die systemische Therapie, gerade weil sie nicht in diesem System anerkannt ist, mehr Frei-

räume für sich gehabt hat. Eine andere mögliche Konsequenz einer Anerkennung könnte ja auch sein, dass die Weiterbildungsinstitute ihre Curricula, ihre Strukturen usw. massiv verändern müssten, um die gesetzlichen Anforderungen erfüllen zu können und einiges von dem aufgeben muss, was bisher Bestandteil systemischer Identität ist.

Eine Anerkennung durch den G-BA – also der zweite Schritt – hätte zweifellos erhebliche Konsequenzen für die Institute, organisatorisch als auch inhaltlich. Grundsätzlich würde ich eine solche erzwungene Auseinandersetzung aber auch als anregend sehen. Wenn man genau hinschaut, ist in den letzten zehn Jahren eine lebhaftere Entwicklungsdynamik in der systemischen Therapie nicht mehr festzustellen. Und ich glaube, dieses lange Moratorium hat auch damit zu tun, dass uns die Herausforderungen ein Stück gefehlt haben. Insofern sehe ich das erst einmal als positiv. Wir müssen uns über vieles auch noch mal ein Stück klarer werden, wo wir uns abgrenzen müssen und wo wir auch mit dem Gesundheitssystem mitgehen können. Also etwa bei der Frage, ob ein Störungswissen sinnvoll ist. Aus meiner Überzeugung ist ein gewisses Störungswissen auch für systemische Therapeuten notwendig. Ich halte aber die Fixierung auf störungsspezifische Indikationen für verfehlt. Da liegt für mich der große Irrtum. Diese Herausforderung müssen wir annehmen und dürfen uns nicht in einen Elfenbeinturm verkriechen. Wir sollten uns damit auseinandersetzen, von dem klassischen medizinischen Krankheitsmodell klar abgrenzen, aber das Entweder-oder in unserer Diskussion verlassen, schauen, welche spannenden Lösungen es »in between« gibt und gleichzeitig in den Dialog mit den anderen gehen. Beispielsweise hat es in der analytischen Therapie viele Entwicklungen gegeben, die auch systemische Aspekte durchaus mit berücksichtigen. Das ist ja denen nicht fremd.

Im Kern geht es dabei ja auch um die Frage: Ist Psychotherapie primär sozusagen eine Art Arznei, die verordnet und verabreicht wird in einer bestimmten Dosis, in einer bestimmten Frequenz oder ist es eine Art von Kommunikation, die in irgendeiner Weise hilfreich sein kann. Das ist die Frage nach dem medizinischen Paradigma der Psychotherapie. Insofern stellt die Konzeptualisierung von Psychotherapie durch den wissenschaftlichen Beirat und den G-BA schon ein Generalangriff auf ein kommunikatives, sozialwissenschaftliches Verständnis von Psychotherapie dar. Und mit der Anerkennung gerät die systemische Therapie in ein Schema hinein, in dem sie ständig nachweisen muss, dass sie genau diese Prämissen erfüllt.

Ja, aber wir haben auch viele Verbündete. Es ist klar, dass die Verhaltenstherapie jetzt das dominante Modell geworden ist. Und die neuen Verfahrensregeln werden in ihrer Bedeutung und in ihrer Gefahr für die weitere Psychotherapie-Entwicklung meines Erachtens weit unterschätzt. Davor stehe ich wirklich ratlos, dass das letztlich so geräuschlos durchgesetzt werden konnte. Ich kann mir das nur

gruppendynamisch erklären, dass da eine Setzung stattgefunden hat, die man zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr diskutieren konnte. Aber ungeachtet aller dieser Widrigkeiten halte ich nichts davon, dass wir uns aus dieser Diskussion herausdefinieren, wenn ich auch eindeutig für ein kommunikatives Psychotherapieverständnis stehe.

Verstehe ich deinen Optimismus richtig, dass du sagst, wenn die Anerkennung kommen sollte, dann fängt die Diskussion erst an und ist nicht schon zu Ende?

Das ist meine Erwartung. Ich habe gesehen, wie die verhaltenstherapeutische Kinder- und Jugendlichentherapie durch das Psychotherapeutengesetz und die Ausbildungsinstitute in einen Rausch der Entwicklung gekommen ist. Einen ähnlichen Anstoß zu einer neuen Entwicklungsdynamik erwarte ich auch durch die Anerkennung der systemischen Therapie seitens des Beirats. Und ich kann mir beim besten Willen nicht vorstellen, dass man der systemischen Therapie die Anerkennung verweigert, besonders der systemischen Kinder- und Jugendlichentherapie nicht.

Angenommen, dass es dennoch passiert, was hätte das aus deiner Sicht für Folgen?

Meiner Wahrnehmung nach haben wir durch die Expertise in der Fachwelt viel Aufmerksamkeit erreicht und viel kollegiale Anerkennung gefunden. Insofern war der Schritt richtig und erfolgreich. Bliebe die formale Anerkennung tatsächlich aus, wäre ich persönlich schon sehr enttäuscht. Aber ich würde den Kampf noch nicht aufgeben wollen. Wir haben ja immer noch den Klageweg. Ich glaube, dass dann die systemische Therapie sich als systemische Beratung vor allem ihr Feld im Jugendhilfebereich und in den nicht-therapeutischen Feldern suchen wird. Das ist ein großes Gebiet, auf dem wir sehr erfolgreich sind. Aber für die systemische Idee in der Psychotherapielandschaft wäre das schon ziemlich bedrohlich, weil ich glaube, dass die Methoden von den anderen Verfahren übernommen würden, die grundlegenden Ideen wie beispielsweise die von der Störung als einem interaktionell erzeugtem, kommunikativem Phänomen aber leicht verloren gehen könnten.

Du bist bald 70 Jahre alt. Was wünschst du dir für die nächsten zehn Jahre?

Ich würde gern noch weiter im systemischen Feld arbeiten, das macht mir Spaß. Ich mache inzwischen relativ viel Weiterbildungen, in den unterschiedlichsten Kontexten und mit den unterschiedlichsten Themen, und das ist schon anders als mit den Kollegen in der Klinik. Insofern lerne ich da viel, das ist auch eine Herausforderung für mich. Ich finde es auch spannend, sowohl Therapie- als auch Teamsupervisionen zu machen; dazu bin ich ja außerhalb der Klinik nur selten gekommen. Und ich habe immer weiterhin Freude an systemischen Therapien.

Diese Perspektiven möchte ich mir noch einige Zeit erhalten. Ich freue mich darüber hinaus immer, wenn ich zu einem Liederabend eingeladen werde; denn ich singe zu Hause eigentlich nur, wenn ich ein Ziel vor Augen habe. Ja, das sind so meine beruflichen Perspektiven.

Dafür wünschen wir dir als Herausgeber des Kontext alles Gute. Vielen Dank für das Gespräch.