

Von Bad Herrenalb nach Rastede, systemische Ideen in einer „Fachklinik für sprechende Medizin“

Interview mit Fiede Ingwersen¹

Hans Schindler und Wiebke Otto

Hans Schindler: Schön, dass du dich bereit erklärt hast uns ein paar Fragen zu beantworten. Uns interessiert das Konzept dieser Klinik und wie ihr es entwickelt habt und wie es sich in den letzten Jahren weiter entwickelt hat.

Fiede Ingwersen: Das Konzept der Klinik Rastede ist ein eklektisches, das darauf zielt, für die Bedürfnisse jedes Patienten etwas „Maßgeschneidertes“ zu finden. Es fußt auf dem Konzept des „klassischen“ Bad Herrenalb der 80er Jahre. Das kann als ein humanistisch-tiefenpsychologisches Konzept bezeichnet werden, bei dem auf der einen Seite die Selbsthilfegruppen der Anonymen Alkoholiker, der Anonymen Essüchtigen und so weiter eine wichtige Rolle spielen. Andererseits besteht dieses „klassische“ Herrenalber Konzept aus einem tiefenpsychologischen Ansatz mit Betonung der Emotionen durch die Casriel-Methode, die durch ihren Einsatz des Schreis bekannt geworden ist.

1989 kam ein neuer Chefarzt, Michel Oppl, und ich wurde bei der Gelegenheit Oberarzt, und wir hatten dann das Vorhaben systemisches Gedankengut zu diesem vorhandenen Ansatz sozusagen in Metaposition hinzuzufügen. Das heißt, wir wollten nicht unbedingt etwas verändern, sondern das Konzept eher nur erweitern, indem wir das Systemische hinzufügten. Dadurch wurde für uns Behandler vieles anders, aber fast nichts wurde sichtbar anders für die Patienten. Denn es gab zum Beispiel vorher Familiengespräche und wir haben dann weiter Familiengespräche geführt, jedoch jetzt zunehmend unter systemischen Gesichtspunkten. Diese Veränderung wurde unterstützt durch hochkarätige Supervisoren aus dem Heidelberger Team um Prof. Helm Stierlin, die alle vier Wochen kamen: nämlich Gunthard Weber, Fritz B. Simon, Arnold Retzer und Gunther Schmidt. Da hatten wir eine gute Unterstützung um systemisches Gedankengut ins Team hereinzutragen. Außerdem hatten wir einmal Steve de Shazer zu einem Workshop eingeladen. Wer für mich auch zu den Systemikern oder Hypnotherapeuten im weitesten Sinne dazugehört, ist Frank

1) **Dr. med. Friedrich Ingwersen:** Facharzt für Psychotherapeutische Medizin und Psychiatrie - Psychotherapie, Chefarzt der Klinik Rastede. Acht Jahre Assistenzarzt bei Dr. med. Walther H. Lechler. Weiterbildung in Systemischer Psychotherapie bei Bert Hellinger, Ainring, und bei der Internationalen Gesellschaft für Systemische Therapie, Heidelberg. Lehrtherapeut der Internationalen Gesellschaft für den New Identity Process.

Farely, der uns ebenfalls sehr bereichert hat, weil er unsere Spielräume erweitert hat im Umgang mit Symptomen und im Umgang mit all den Fallen, die von Patienten unbewusst gestellt werden.

Und mit diesem Know-how, das Michel Oppl und wir dann in fünf Jahren in Bad Herrenalb entwickelt haben, sind meine Frau und ich 1994 nach Norddeutschland gekommen, und wir haben schließlich die Klinik hier in Rastede nach dem neuen und dem „klassischen“ Bad Herrenalber Modell realisiert, wobei ein wichtiger Unterschied allerdings der ist, dass wir hier auch noch einen großen Wert auf Familienaufstellungen nach Bert Hellinger legen. Dabei ist es so, dass wir die konstruktivistische Sichtweise und die Hellingersche Sichtweise, also die phänomenologische Sichtweise, nicht kombinieren, sondern nebeneinander je nach Bedarf anwenden. „Konstruktivismus“ und Bert Hellingers „Phänomenologie“ sind ja zwei unvereinbare Sichtweisen, wir handeln also nach mindestens zwei Weltbildern (wenn nicht noch mehr) – was wir übrigens auch für ein systemisches Tun halten.

Unser Konzept umfasst außerdem einen weiteren wichtigen Aspekt des „klassischen“ Herrenalber Konzeptes, nämlich die Therapeutische Gemeinschaft, die sehr beseelt ist durch die Anonymen Selbsthilfegruppen: Das bedeutet für uns die Idee der so genannten „Ansteckenden Gesundheit“. Das ist die Sichtweise, dass ein Patient in der peer group vieles viel besser von einem Mitpatienten nehmen kann als von einem Therapeuten. Dieser hat sich sein Wissen unter Umständen bloß angelesen. Der Mitpatient dagegen hat eine Kompetenz aus seinem eigenen Leid und Leben, die der Therapeut im Prinzip nie bekommt. Wir legen großen Wert darauf, dass die Patienten als therapeutische Gemeinschaft nach gewissen, möglichst einfachen Regeln zusammenleben. Dabei rechnen wir uns dann aus, dass bei der besonderen Glaubwürdigkeit der Mitbetroffenen sehr viel spontan-solidarisches Weitergeben von Mut und Ausprobieren geschieht, wozu wir als Therapeuten wahrscheinlich nicht so viel Zugang haben. Das deckt sich auch mit meiner eigenen Erfahrung als Klient, die ich in meiner Weiterbildung und Selbsterfahrung gemacht habe: denn dort hatte ich immer das Gefühl, dass in den Pausen zwischen den Sitzungen in der peer group – ja, in den Kneipen – mindestens genau so Wichtiges für mich passiert ist und dass ich davon mindestens genauso profitiere wie in den Sitzungen mit den „großen Meistern“. So hat sich also unser Konzept im Großen und Ganzen entwickelt.

Die Klinik Rastede ist eine Reha-Klinik. Ein Patient kommt zu uns, weil sein System, also sein Familiensystem, sein Behandlungssystem, sein Umfeld glaubt, dass dies in dieser Situation für ihn gut ist, und er selbst glaubt das auch. Wenn er also zu uns kommt, dann schauen wir, dass er möglichst gut bei uns „landet“ – in der Klinik und auch in der Patientengemeinschaft. Wenn er ein paar Stunden hier ist, dann begrüßt ihn ein so genannter Pate, das ist ein Mitpatient, der die Aufgabe übernommen hat, ihm in die Klinik hineinzuhelfen. Kaum sitzt der Neue in seinem Zimmer, schon klopf jemand und sagt: „Ich bin dein Pate, willkommen!“ Vielleicht bringt er ihm sogar etwas mit, stellt ihm eine z. B. Blume auf den Tisch, und

so führt er ihn hier in die Klinik ein, so dass der erste Kontakt nach der Rezeption und der Krankenschwester, die ihm das Zimmer gezeigt hat, ein Mitpatient ist. Und erst am Abend sieht er zum ersten Mal einen Therapeuten oder Arzt. Wir glauben an dieser Stelle sehr an so etwas wie „Prägung“ durch das, was in den ersten Minuten passiert. Das ist ja auch eine Ericksonische Annahme, das hat bei uns also ein großes Gewicht. Und von daher versuchen wir, von vornherein jeden einzelnen Patienten möglichst auf diese solidarische Gemeinschaft der Ebenbürtigen positiv zu „prägen“, so dass er zum Beispiel nach dem Klinikaufenthalt vielleicht einige Telefonnummern hat, auf die er in Krisen immer wieder zurückgreift, weil die peer group jetzt rund um die Uhr greifbar ist, in Form von Leuten, mit denen er sich dann z. B. am Telefon austauschen kann. Ein Teil der Patienten berichtet, dass ihnen dieses für eine Zeit nach dem stationären Aufenthalt sehr wichtig wird.

Natürlich gehört zu einer psychosomatischen Reha-Klinik auch, dass ein Arzt etwas später den Patienten erstuntersucht. Wir legen großen Wert darauf, bei jedem Patienten ein solides basismedizinisches Screening zu machen. Das heißt, es wird eine ordentliche Anamnese erhoben und es wird eine sorgfältige, wenn auch einfache klinische Untersuchung gemacht. Einfach in dem Sinne, dass es bei uns kaum Apparate-Medizin gibt. Andererseits gehört es zum Beispiel zu unserer Standardsorgfalt, dass wir die Leberflecken genau durchmustern, die dem Patienten verdächtig sind, um vielleicht ein Melanom, also einen schwarzen Krebs, rechtzeitig zu entdecken. Und wenn eine solche für unser Fachgebiet nebenbefundliche, aber lebensrettende Früherkennung gelingt, sehen wir darin etwas, das unserem Haus zur Ehre gereichen kann. Ansonsten ist jede allgemeinärztliche Praxis technisch aufwendiger ausgestattet als unsere „Fachklinik für sprechende Medizin“. Das qualifizierteste Gerät in unserem Hause ist das Blutzuckermessgerät. Natürlich veranlassen wir externe Weiteruntersuchungen, wenn die Notwendigkeit dafür von uns festgestellt wird.

Der Patient kommt in eine Kleingruppe und wird von seinem Bezugstherapeuten durch die nächsten vier bis sieben Wochen betreut. Aber er nimmt zusätzlich auch an zahlreichen anderen Veranstaltungen teil. Hier hatte ich schon die Therapeutische Gemeinschaft genannt, in der Therapeuten kaum eine Funktion haben. Außerdem lernt er die Selbsthilfegruppen der Anonymen kennen, also die Anonymen Alkoholiker, die Anonymen Glücksspieler, die Anonymen Medikamentenabhängigen, die Anonymen Angehörigen von Süchtigen, die Anonymen Essgestörten und andere mehr. Diese Selbsthilfegruppen finden abends statt, völlig freiwillig, und die Therapeuten haben dort nichts zu suchen – weil sie eben Fachleute sind. Dann findet der neue Patient weiter Zugang zu unseren Großveranstaltungen, die zum Teil äußerlich als Informationsveranstaltungen angelegt sind. Wir behandeln Themen, von denen wir glauben, dass sie die Patienten wirklich bewegen, also zum Beispiel Partnerkonflikte, Familiendramen, etc. Tatsächlich lässt sich in diesem Setting auch sehr viel Therapeutisches unterbringen. Dann haben wir als weitere Großgruppenveranstaltungen 1. die Familienaufstellungen nach Bert Hellinger und 2. die emotionale Gruppenarbeit nach Dan

Casriel. Viele Patienten stöhnen zu Recht, dass es ein sehr vollgepacktes Programm ist, und dass sie kaum Freizeit haben, weil das Wochenprogramm für den Patienten zwischen 30 und 40 Stunden umfasst. Dazu gehört auch morgens der Frühsport und auch noch sportliche Aktivitäten an den Nachmittagen und dann schließlich noch unsere Körperpsychotherapie, die mir besonders am Herzen liegt. Es handelt sich um Konzentrierte Bewegungstherapie und Tanztherapie, die von nichtärztlichen Körperpsychotherapeutinnen angeboten werden. Und interessanterweise ist es so, dass sich diese körpertherapeutische Gruppenarbeit als eine Art „Gegenwelt“ zu den anderen Aktivitäten herausgeschält hat. Auf der einen Seite ist da also das Sub-Team aus Ärzten und Psychologen und auf der anderen Seite ist da das Sub-Team der Körpertherapeutinnen. Wenn Patienten jetzt zu „spaltendem“ Erleben und Verhalten neigen, dann zeigen sie sich gegenüber dem einen Sub-Team in der einen Weise und diesem körpertherapeutischen Sub-Team oftmals genau gegensätzlich. Und da wir als Gesamtteam besonders eng zusammenarbeiten, haben wir jetzt eine schöne Chance mit den Mitteln auch der systemischen Ansätze – also zum Beispiel mit Teamsplitting – selbst dann konstruktiv zu arbeiten, wenn zum Beispiel so genannte Borderline-Patienten einige Therapeuten mit Vorwürfen angreifen, während sie sich anderen gegenüber vertrauensvoll oder kooperativ zeigen.

Hans Schindler: Du hast gesagt, in Bad Herrenalb habt ihr begonnen euren Ideen systemische Konzepte hinzuzufügen. Für die Patienten hat sich vielleicht erstmal gar nicht so viel verändert. Wenn so ein Patient von damals heute hierher käme, was würde er da feststellen?

Fiede Ingwersen: Die meisten würden sagen: „Ach, wie ist das hier in Rastede heutzutage so schön lasch!“ Schön lasch heißt, dass die Arbeitsregeln vom „klassischen“ Bad Herrenalb bei uns zahlenmäßig sehr viel weniger und sehr viel weicher geworden sind. Ein wichtiger Unterschied ist zum Beispiel, dass es nicht mehr diese „Kontaktsperre“ zur Außenwelt und zur Heimat während der ersten Wochen gibt. Wir haben diese frühere Arbeitsregel abgeschafft, als uns klar wurde, dass uns ungewollt eine unbewusste Botschaft unterlaufen ist, die über diese „Kontaktsperre“ vermittelt wurde: Wenn jemand in eine stationäre Behandlung kam, dann hieß es, man müsse zunächst einmal abstinenter werden von Alkohol, Nikotin und den Angehörigen daheim. Alkohol und Nikotin sind potenziell krankmachend, ergo werden die Angehörigen eventuell auch als krankmachend angesehen. Das ist natürlich eine unbewusste Botschaft, die eigentlich keiner will – zumindest wir nicht, da wir uns als solche Therapeuten verstehen, die gegenüber den Angehörigen wohlwollend sind. Obwohl diese frühere „Kontaktsperre“ im „klassischen“ Herrenalb natürlich auch ihren wohlverstandenen positiven Sinn hatte, scheinen mir heute die Nachteile größer. Denn wenn dann nach drei Wochen die Angehörigen endlich in Erscheinung treten durften, kamen die oftmals mit der Faust in der Tasche zu uns, weil sie sich von uns als „Krankheitsursache“ des Indexpatienten eingestuft erlebten. Und wir mussten sie dann erst

einmal wieder für uns gewinnen, weil sie sich zunächst von uns zurückgewiesen gefühlt haben. Das ist ein wichtiger Unterschied zum „klassischen“ Herrenalb. Heute sehen wir die Angehörigen eher als „Experten“, die zur Unterstützung der Therapeuten hinzugebeten werden.

Ein anderer wichtiger Unterschied ist der, dass wir das alte Herrenalber Konzept mit dem harten Konfrontieren bei gleichzeitig liebevoller Annahme so nicht mehr praktizieren. Wir konfrontieren nicht mehr hart. Wenn ein Patient gegen unsere Arbeitsregeln verstoßen hat oder die Zusammenarbeit sabotiert hat, dann wurde er früher oftmals von Therapeuten und Mitpatienten wirklich hart und emotional rangenommen und auch mit Entlassung bedroht und so weiter. Heute haben wir zwar immer noch einige Regeln, wir haben auch immer noch die Vereinbarung von Alkohol- und Nikotinabstinenz, was uns zum Beispiel von der Fachklinik am Hardtberg, die von Gunther Schmidt mitgeleitet wird, sehr unterscheidet. Wenn also jetzt jemand bei uns in Rastede zum Beispiel gegen diese Abstinenzregeln verstößt, gehen wir doch sehr anders damit um als im „klassischen Zeitalter“. Früher war das so, dass es hieß: „Willst du weitermachen hier oder nicht? Wenn du weitermachen willst, dann muss jetzt was passieren in dem Sinne, dass du durch einen besonderen Einsatz dein Interesse an deiner Klinikbehandlung zeigst!“ Dieses harte Konfrontieren von Herrenalb lief dann auch richtig emotional und aggressiv ab, was für viele Patienten auch nützlich gewesen ist, da gleichzeitig auch liebevoll angenommen wurde. Einige von ihnen mussten jedoch wirklich richtig starken Druck aushalten. Prof. Peter Fürstenau hat mal gesagt, das „klassische“ Herrenalb war nur für Masochisten geeignet, ja und wir sind da eben in dem Sinne „lascher“ geworden. Und wir machen das jetzt eher in hypnotherapeutischer Weise. Gunther Schmidt hat zu dieser Problematik einen – wie ich finde – sehr schönen Artikel in dem Buch „Rückfälle“ von Joachim Körkel geschrieben. Entsprechend Gunthers Sichtweise sehen auch wir Sabotage oder Widerstand nicht als Verhinderung von Therapie, sondern als einen Wegweiser oder einen Hinweis, dass die Therapie jetzt an einen wichtigen Punkt kommt: der Patient gibt aus seinem Unbewussten einen Hinweis, dass es jetzt irgendwie anders weitergehen muss und dass alle Beteiligten sich zusammensetzen müssen und jetzt noch einmal alle Fragen durchgehen müssen, wie es weitergehen kann. Und wenn es gar nicht weitergehen kann, dann legen wir sehr großen Wert darauf, dass man sich jetzt lieber als Ehrenleute mit Handschlag trennen kann und sich noch in die Augen gucken kann beim Abschied und dass man darüber nachdenkt, wie es an diesem Punkt für diesen Patienten woanders konstruktiv weitergehen kann. Und welche besseren Alternativen zu unserer Klinik mit diesem Konzept es in dieser Situation für diesen Patienten geben kann.

Ich glaube übrigens, dass Patienten mit einer so genannten „Suchtstruktur“ (mit konstruktivistischen Anführungszeichen) häufig ein ganz festes unbewusstes Muster ausagieren „müssen“: Wenn in der Psychotherapie eine gute Lösung „droht“, dann geraten sie in eine Art „Rückfalltrance“, und schon haben sie zum Beispiel geraucht. Und schon haben sie

diese unbewusste Sabotage „geleistet“. Denn wenn eine gute Lösung im Verzug ist, dann droht eine unbewusste Loyalität zu einer verborgenen erfolglosen Instanz oder Person im eigenen System in Gefahr zu geraten. Wenn also der Patient jetzt in der Therapie erfolgreich werden würde, dann hätte er die Loyalität zu dieser Instanz im eigenen System gebrochen. Für die meisten Verstöße gegen unsere Regeln, also meinetwegen Alkohol oder Nikotin, lassen sich in diesem Sinne solche unbewussten „Hintergrundszenerien“ „finden“ oder „konstruieren“. Wenn also ein solcher Rückfall bekannt wird, haben Patient und Team jetzt die Chance im Sinne des genannten Artikels von Gunther Schmidt nach solchen verborgenen Loyalitäten zu suchen. Wenn man das dann allerdings in dieser Weise anspricht, können die Patienten garantiert nicht sagen, wie sie es „geschafft“ haben, wie sie in diese „Sabotagebranche“ geraten sind. Sie erkennen vielleicht, dass sie für solche Zusammenhänge bisher blind waren. „Es lief doch so gut hier in der Klinik, ja und dann weiß ich nicht, wie mir geschah, dann musste ich plötzlich trinken oder rauchen.“ Als Systemiker mit Mehrgenerationenperspektive haben wir jetzt die Chance, mit dem Patienten gemeinsam nach diesem verborgenen Loyalitätszusammenhang zu suchen. Wir arbeiten also nicht mehr mit diesen guten alten Methoden der harten Konfrontation, wie es in Herrenalb war: „Willst du die gute Lösung oder willst du sie nicht?“ Sondern wir sind da in dem Sinne weicher oder lascher. Das wäre einer der Unterschiede zum alten Herrenalb.

Dann denke ich schon, dass viele ehemalige Patienten aus der alten Zeit sagen würden, dass sich in Rastede viele Instrumente verfeinert haben. Zum Beispiel die so genannte emotionale Arbeit, also die Gruppenarbeit nach Casriel, bei der Patienten auf einer Matte liegend den Schrei und physische Nähe im Sinne eines „Holding“ zur kathartischen Lösung von „geblockten“ Emotionen nutzen können: Der Stellenwert im Gesamtsetting ist für diese Methode im Vergleich zum „klassischen“ Herrenalb deutlich zurückgegangen. Die Familiengespräche sind dagegen heute genauso wichtig wie damals, aber wir arbeiten jetzt doch in viel größerem Umfang zirkulär und kurzzeittherapeutisch. Diese neuen Techniken geben den Familiengesprächen eine größere Leichtigkeit und das wird uns auch so zurückgemeldet von den Ehemaligen aus der guten alten Zeit, die hier mal vorbeikommen um zu gucken was denn jetzt hier draus geworden ist.

Wiebke Otto: Du hast eben gesagt, du wolltest zu Steve de Shazer noch etwas sagen und du hast auch Frank Farelly erwähnt. Vielleicht kannst du das noch mal ein bisschen ausführen, was ihr von ihnen genommen habt.

Fiede Ingwersen: Ja. Das Wichtigste von Steve de Shazer, was wir etwa 1990 in Herrenalb sofort umgesetzt haben, ist seine Unterteilung der Klienten oder Klientenfamilien in „Besucher“, „Klagende“ und „Kunden“. Wobei wir fast nur „Besucher“ und „Kunden“ haben. Es muss irgendwie an dem stationären Setting liegen, dass die „Klagenden“ kaum zu uns kommen.

Wiebke Otto: Die werden vorher aussortiert...

Fiede Ingwersen: Ja, aber natürlich nicht von uns, sondern, wenn man so will, von unserem stationären Setting. Als Steve de Shazer damals diese Weiterbildung gemacht hat, da hat er am Anfang gesagt: „Ich weiß gar nicht, warum ihr mich eingeladen habt. Ich bin ein ambulanter Kurzzeittherapeut und ihr seid stationäre Behandler, die also sehr viel aufwendiger arbeiten. Ich weiß gar nicht, was ihr mit meinem Konzept machen wollt.“ Und das konnten wir damals auch nicht sofort beantworten. Dann haben wir aber gemerkt, dass wir alles Mögliche von ihm verwenden können, vor allen Dingen diese oben genannte Unterscheidung. Die „Besucher“, die werden gelobt für das, was wir loben können, und für die „Kunden“ denken wir uns etwas aus, was wir Intervention nennen im Unterschied zum Loben. Und wir machen sozusagen aus jeder Begegnung mit einem Patienten in unserem Setting hier so etwas wie eine kurzzeittherapeutische Sitzung, und jedes Mal wenn wir ins Schwimmen kommen, fällt uns hoffentlich rechtzeitig die Unterscheidung „Besucher“ – „Kunde“ ein. Wenn wir denn sagen: „Ja, klar, dies ist heute ein ‚Besucher‘!“, dann denken wir nach, was können wir jetzt diesem Patienten oder dieser Familie an Lob, also „compliments“, an Anerkennung im Sinne von Steve de Shazer geben, und wir staunen immer, wie hochzufrieden die Leute dann rausgehen. Steve de Shazer hat ermittelt, vier „compliments“ seien das Optimum. Alles was drüber ist, scheint zu viel zu sein, auch bei Familiengesprächen. Bei den Eltern von unseren jungen Patienten ist es häufig so, dass sie am Anfang misstrauisch sind. Sie verhalten sich wie „Besucher“. Ich fang schon an mich in meinem Team dafür ein bisschen zu schämen, dass es so monoton und stereotyp ist, das wir immer nur loben und gar nicht mal so eine dolle Intervention verschreiben oder eine schöne Aufgabe stellen. Aber dann sehen wir, wie sich die Gesichter der Eltern aufhellen, dass sie von uns Anerkennung kriegen, dass sie also nicht zum Gespräch in die Klinik bestellt worden sind, um angeklagt oder korrigiert zu werden, sondern dass wir sie gut sehen können als Eltern, die ihre Würde haben und die sich wacker damit herumplagen, dass die Problematik ihres jungen erwachsenen Kindes eine gute Lösung findet. Und dann gehen wir gut auseinander und das ist für uns von großem Wert. Denn ich hab in den früheren Jahren gesehen, wie häufig wir uns mit den Eltern verhakt haben.

Wiebke Otto: Wie ist es mit Aufstellungsarbeit, macht ihr die nur für „Kunden“ oder macht ihr das auch mit „Besuchern“? Ich mein, das ist ja zum Beispiel eine Intervention.

Fiede Ingwersen: Haargenau. Aufstellungsarbeit wagen wir nur mit „Kunden“. Wenn wir also das Gefühl haben, jemand fürchtet eine gute Lösung, aus welchen Gründen auch immer, dann denken wir mit ihm über alles Mögliche nach, was alternativ zur Aufstellung in Frage kommt. Also das ist ein ganz wichtiges Kriterium. Diese Unterscheidung ist meines Erachtens sicherlich immer eine Bauchentscheidung. Übrigens macht auch Steve de Shazer

diese Unterscheidung in „Kunden“, „Klagende“ und „Besucher“ mit dem Bauch. Ich hab ihn das extra einmal gefragt. Aufstellungen würden misslingen, wenn man sie mit „Besuchern“ machen wollte.

Nun zu Frank Farelly. Für unser Setting ist wichtig, dass die meisten Patienten merken, dass sie als humorvoll anerkannt werden. Viele Patienten werden böse, wenn man ihnen keinen Humor unterstellt. (Es gibt Ausnahmen.) Die meisten Menschen scheinen zu glauben, wenn ich Humor habe, habe ich noch ein Stück Kraft, seelische Gesundheit. Und wenn hier andererseits ein depressiver Patient durchgängig wie ein rohes Ei behandelt würde, dann würde er auf die Dauer böse. Wir sagen, dass Therapie auch Spaß bringen darf. Wenn wir den Stellenwert von Humor in der Therapie und für die seelische Gesundheit betonen, dann laufen wir da bei all unseren Patienten offene Türen ein. Jeder glaubt, dass Humor eine wichtige Komponente von seelischer Gesundheit ist. Und wir metakommunizieren das denn auch manchmal mit dem Patienten: „Darf ich frech werden ... würdest du das für sinnvoll halten, wenn wir ein bisschen frech werden?“ Sie antworten natürlich ja, und dann werden sowohl sie als auch wir ein bisschen frech. Wichtig ist in unserem Setting, dass man weiß, dass man nicht Frank Farelly ist, wenn man Provokative Therapie macht. Denn der Meister höchstselbst hat für sich das Setting, dass er immer die höchste Dosis an Provokation verabreicht. Bei Frank Farelly hat der Klient implizit zugestimmt, dass er jetzt die Megadosis erhält. Wenn man nun aber nicht Frank Farelly ist, dann liegt eine solche unausgesprochene Vorvereinbarung nicht vor. Wer also Provokative Therapie macht, der sollte bedenken, dass er nicht Frank Farelly ist. Dann erwartet der Klient auch nicht die Höchstdosis. Also muss unsereiner die Dosierung niedriger ansetzen und das heißt, dass wesentlich dezentere Frechheiten bei uns Feld-Wald-und-Wiesen-Therapeuten die gleiche gute Wirkung haben, wie bei Frank Farelly die Megadosis. Es gilt Frank Farellys Grundsatz: „Provokative Therapie ist nur gut, wenn einer lacht: der Klient.“ Natürlich lernen wir Therapeuten bei Frank Farelly all dieses am besten. Und der Spielraum wird eben viel, viel größer, wenn Patienten Symptome haben, von denen wir von der Helferzunft uns leicht schon mal terrorisiert fühlen. Ich denke an diese schöne Begebenheit, in der die Klientin anfängt bitterlich zu weinen, und Frank Farelly holt sich eine Kleenex-Box und häuft ihr die Papiertücher als einen wachsenden Berg auf ihrem Schoß, bis sie dann zu viel bekommt und den Haufen Kleenex auf den Kopf des Therapeuten wirft. Und schon ist die Beziehung eine andere, denn die Patientin hat sich auch ein bisschen frech und aggressiv gezeigt.

Hans Schindler: Du hast jetzt mehrfach die Rückwirkung der Patienten, Klienten auf euer Konzept betont. Wie hat sich in diesem Prozess eure Arbeit verändert?

Fiede Ingwersen: Ja, das Erste ist auch eine traurige Geschichte. Die ersten Veränderungen, die mir einfallen, haben mit einer Zunahme an Bürokratie zu tun. Denn in diesen letzten sechs Jahren haben uns alle möglichen derartigen Maßnahmen getroffen von Seiten der

verschiedensten Institutionen. Dass gespart wird, das wirkt sich eben auf die verschiedensten Weisen auf uns aus und wir müssen viel mehr Verlängerungsanträge schreiben als früher und wir müssen viel schneller die Abschlussberichte abliefern als früher und so weiter und so weiter. Das heißt, was heute anders ist als 96, ist ein Vielmehr an Bürokratie, so dass wir tatsächlich – und das ist vielleicht das Gute daran – so dass wir unsere kurzzeit-therapeutische Kompetenz einfach immer mehr verbessern mussten. Ja, dass wir wirklich solche Beziehungsangebote nicht mehr so wie früher machen können: „Das braucht Zeit, jetzt lass mal los, jetzt setz dich erst einmal gemütlich zurück ...“ Die Behandlungszeiträume sind kürzer geworden. Also früher hatten wir so im Schnitt 10 Wochen zur Verfügung und die sind jetzt, ich würde sagen, so auf sechs Wochen geschrumpft. Natürlich können wir immer noch als Ärzte beantragen, was uns ärztlich geboten erscheint. Aber der bürokratische Aufwand für die Durchsetzung unserer ärztlichen Überzeugung steigt immer mehr an, so dass zum einen die Patienten es vorziehen, in kürzerer Zeit gesund zu werden. Zum anderen kommen wir Ärzte in ethische Konflikte, ob wir einerseits im Dienste des Patienten uns ausgiebig mit der Bürokratie herumstreiten oder ob wir im Interesse des Patienten nicht besser nach kürzeren Wegen zur Lösung suchen. Es ist einfach ein größerer Druck da, und ich denke, wir können sagen, dass wir diesen Druck auch ganz gut utilisieren konnten, dass wir einfach dann sagen: Okay, wir verzichten jetzt ein bisschen darauf, diese superausführliche Anamnese zu machen, wo alles Mögliche (auch Überflüssige) zusammengetragen wurde, verkürzen vieles in der Hinsicht und gucken, dass wir schneller zur Lösungsorientierung finden.

Das Zweite, was sich geändert hat, ist, dass wir Patienten mit „schwereren“ Diagnosen bekommen. In diesem Zusammenhang haben die „Therapeutischen Schnittmuster“ von Retzer und Simon, das war eine Serie in der „Familiendynamik“, uns sehr geholfen. Vor allem bei Patienten, die sich erstmals vor Fachleuten als „zeitweilig psychotisch kommunizierend“ zu erkennen geben. Da haben wir dann sehr, sehr viele Skills, die die Chance erhöhen, dass diese Patienten jetzt nicht mehr unbedingt aus der Kommunikation fallen, dass sie nicht exkommuniziert werden. Es ist sehr beglückend, wenn wir den Eindruck haben, es ist gelungen, dass ein junger „Psychotiker“ hier zum ersten Mal gewagt hat diesen Teil zu kommunizieren, was er als sein Besonderes erlebt und dass dann ein konstruktiver flexiblerer Umgang für alle Beteiligten möglich ist und dass eben das Eskalieren vermieden werden konnte. Oder wenn die Eskalation nicht vermieden werden konnte, in dem Sinne dass es zum Behandlungsabbruch oder zur Zwangseinweisung in eine Geschlossene Psychiatrie kommen musste, dann ist manchmal vielleicht doch so viel Vertrauen von Seiten des Patienten da, dass er nach einiger Zeit wieder zurück will zu uns.

Wiebke Otto: Die Haltung ist da wahrscheinlich das Entscheidende.

Fiede Ingwersen: Genau. Die Haltung und eben die Idee: das müssen jetzt keine falsch verstöpselten Synapsen im Großhirn sein oder kein Neuroleptika-Mangelsyndrom infolge einer hereditären Fehlverteilung von Transmittersubstanzen, die einfach durch Neuroleptika auszugleichen ist, sondern da gibt es auch andere Hintergründe, nämlich in den Kommunikationsmustern zwischen dem Indexpatienten, seiner Familie und uns als Angehörigen der unterschiedlichen Helfersysteme. Natürlich sind wir auch mit unserem eigenen systemischen Gedankengut unorthodox und natürlich verordnen auch wir in Einzelfällen Psychopharmaka, was wir überdies als Psychiater, die wir ja auch sind, ordentlich gelernt haben und ordentlich praktizieren.

Hans Schindler: Du hast vorhin bei Sucht die konstruktivistischen Anführungszeichen gemacht. Klar, gegenüber den Finanzierern müsst ihr auch Diagnosen stellen. Wie vereinbart ihr da das, was ihr an Papier beschreiben müsst, und das, was ihr denken könnt, was teilweise Klienten, Patienten wollen an Diagnosen? Wie ist da eure Umgangsweise?

Fiede Ingwersen: Das ist etwas, worunter ich etwas gelitten hab in den letzten Jahren: Die Notwendigkeit den ICD 10 zu verwenden, die Notwendigkeit den Patienten ein „Labelling“ zuzumuten, ein Etikett zu geben, sie in eine Schublade zu tun. Eine Möglichkeit, diesen schweren Missstand abzumildern, ist natürlich, dass wir mit unseren Patienten auch genau darüber sprechen. Unser Anspruch ist weiter, die Arztbriefe möglichst systemisch zu machen, da mussten wir sehr viel lernen und experimentieren. Ich hatte vom Team gewünscht, dass sie die möglichst lösungsorientiert formulieren, möglichst wenig die Probleme ausführen, möglichst viel in Richtung Lösung, auf der anderen Seite aber auch möglichst wenig Triumphieren der Therapeuten bezüglich vermeintlicher Behandlungserfolge. Also möglichst wenig über ein Behandlungsergebnis, weil ich die Erfahrung gemacht habe, dass Patienten böse wurden, wenn sinngemäß geäußert wurde: „Diese Neurose haben wir beseitigt oder besiegt, das und das konnte durch unser Zutun verändert werden.“ Dann werden die Patienten zu Recht böse, das wäre so ein therapeutischer Triumph. Der Kostenträger will aber ein Ergebnis wissen. Wir arbeiten daran, eine Art Formulierungskunst zu entwickeln, die allen diesen widersprechenden Gesichtspunkten möglichst gerecht wird. Dann haben wir eine Weile den Fehler gemacht, was wir dann an den negativen Feedbacks der Patienten gemerkt haben, indem wir zum Beispiel gedacht haben, wir stellen das Problem möglichst nicht so gewichtig dar, weil das ja nicht in einen lösungsorientierten Abschlussbericht gehört. Dann haben sich die Patienten aber nicht gut gesehen gefühlt, als ob wir das Problem nicht richtig ernstgenommen hätten.

Und was mich jetzt begeistert hat, das war ein Artikel über den systemischen Arztbrief von Winfried Häuser und Kolleginnen im „Psychotherapeut“. Das ist ein Projekt, das ich also auch bei uns umsetzen möchte, sobald wir genug manpower haben. Die Vorschläge von

Winfried Häuser und seinen Koautorinnen laufen unter anderem darauf hinaus, dass eine Woche vor Entlassung der Arztbrief als Kladde oder als Entwurf dem Patienten vorgelegt wird, dass der daran mitwirkt. Wir haben immerhin schon seit dem „klassischen“ Herrenalb die Praxis, dass jeder Patient, der seinen Brief lesen will, dies auch tun kann. „Unser Ziel ist, dass der Brief so abgefasst ist, dass der Patient ihn gerne liest.“ Dieser schöne Grundsatz ist von Michel Oppl. Und das wäre jetzt der nächste Schritt, den wir noch nicht umsetzen konnten und auf den ich mich auch ein bisschen freue, dass der Patient dann sozusagen den Brief, bevor er rausgeht, redigiert. Und wenn es da Differenzen gibt, bin ich mal gespannt, was dann für Interaktionen kommen und was uns dann einfällt.

Hans Schindler: Diese etwas überstarke Fokussierung auf Lösungen kann ja bei Patienten auch dazu führen, dass sie sich in ihrem Problem nicht genügend gesehen fühlen.

Fiede Ingwersen: Das war etwas, was ich erst hier gelernt habe. Ich war so begeistert vom Lösungsorientierten Beschreiben und Vorgehen. Aber dann merkte ich, wenn ich hier Familiengespräche geführt hab, dass ich die Familie am Ende so ähnlich erlebt hab, wie wenn sie sich nicht von uns lösen könnte. Die kamen nicht raus aus dem Sprechzimmer. Die Kollegen hinter der Scheibe wollten schon das Video abschalten und die Familie vor der Scheibe war nicht zufriedenzustellen. Ich hab dann gelernt, dass ich in solchen Fällen das Problem nicht genug gewürdigt hatte. Und wenn ich dann noch mal „nachlege“ und dem Problem mit meinen Worten seinen ehrenvollen Platz gebe, dann können sich die Familien lösen und können das Gespräch auch beenden. Das war eine sehr wichtige Erfahrung für mich. Die Lösungsorientierung ist eine gute Sache, aber sie braucht ihr Gegengewicht, nicht eine Problemorientierung, sondern Problemanerkennung vielleicht. Und das war etwas, wofür ich tüchtig Lehrgeld zahlen musste.

Hans Schindler: Als ich dich vorhin nach den Veränderungen gefragt hab, hast du erstmal die Zunahme an Bürokratie beklagt. Wie war das im inhaltlichen Bereich?

Fiede Ingwersen: Es hat sich sicherlich inhaltlich für uns das verändert, was sich so im Hellingerschen Feld grade tut, und wir gehen da so mit als ein Teil dieses Feldes. Das heißt, wir fokussieren noch mehr als früher die Muster der Mehrgenerationenebene. Es ist tatsächlich so, dass ein nicht geringer Teil unserer Patienten aus Familien kommt, in die in der letzten oder in der vorletzten Generation schlimme Kriegereignisse hineingewirkt haben. Wir haben auch gefunden, dass Opfernachfahren und Täternachfahren sehr ähnliche Symptome haben können. Und wir haben hier in der Tat eine nicht geringe Zahl von Nachfahren von Opfern und Tätern. Und tatsächlich ist es so, dass Familiengeschichtliches bei denen ein starkes Tabu ist. Wir haben dieses Tabu früher schneller hingenommen und gehen jetzt dazu über, nicht das Tabu zu brechen oder zu unterlaufen, sondern wir warten

sozusagen eine Weile vor dem Tabu. Wir verharren mit dem Patienten (im übertragenen Sinne) vor dem Tabu. Wenn wir Respekt vor diesem Schicksal der Familie als Ganzem haben können und wenn die Familienmitglieder zum Beispiel als verstrickte Opfer und Täter in den Holocaust oder in den Krieg gesehen werden können, dann passiert es manchmal, dass sich nach einer gewissen Zeit im System etwas löst und die Information, die bisher tabuisiert war, plötzlich doch von einer Tante an den Patienten „heraus“-gegeben wird, zum Beispiel „... der Großvater war bei der SS ...“ oder was auch immer, und dann ist der Weg frei, das in einer Aufstellung zu bearbeiten. Ja, das wäre so eine Änderung, die ich so inhaltlich seit 96 feststelle.

Wiebke Otto: Wie reagieren eure Patienten auf dies Angebot? Ich komme auf diese Frage, weil ich vorhin, als wir draußen gewartet haben, zufällig hörte, wie einer eurer Patienten der Praktikantin sagte, sie solle doch bitte den grünen Punkt aus der Akte machen, weil sie müsse jetzt nicht mehr zur Aufstellung.

Fiede Ingwersen: Wir haben so einen gewissen Prozentsatz von Patienten, die nur einmal in die Aufstellgruppe gehen und nie wieder.

Wiebke Otto: Ist das denn freiwillig?

Fiede Ingwersen: Ja. Das ist freiwillig und der grüne Punkt bedeutet die Teilnahme an der Aufstellgruppe. Ein Teil der Patienten ist tatsächlich von dem, was sich da bietet, eher zurückgestoßen. Was sie zurückstößt, sind in der Regel die intensiven Gefühle von Liebe und Verbundenheit zum System. Das wird da ja wie bei kaum einer anderen Gelegenheit ausgedrückt und das ruft ja auch bei vielen Aufstellungen diese Ehrfurcht bei den anderen hervor, denn das ist eben so eine der eindrücklichsten Gefühlsäußerungen, dieser Ausdruck der Verbundenheit zu den nahen Angehörigen. Ein Teil der Patienten ist dann sehr verschreckt, weil sie denken, diese Rasteder, die wollen uns nur mit unseren Eltern versöhnen oder was auch immer da los ist. Wir akzeptieren sofort, dass hier ein anderer Weg gewählt werden muss. Wir glauben auch, dass wir für die meisten Patienten genug andere Methoden anbieten, so dass sie es sich ohne weiteres leisten können bei einer Methode fernzubleiben. Das gilt natürlich auch für die emotionale Arbeit: Es ist nicht jedermanns Sache in Schwitzklamotten mit irgendjemand anders auf die Matte zu gehen und dann alle „hochkommenden“ Gefühle mit Hilfe des Schreis auszudrücken. Und dann arbeiten wir mit solchen Patienten sehr konstruktivistisch, so dass die sich wirklich in ihrer Zurückhaltung gut von uns gesehen fühlen. Andererseits wird unter den Patienten besonders viel über die Familienaufstellungen gesprochen, so dass der Eindruck entstehen kann, als sei dies die dominierende Methode bei uns.

Wiebke Otto: Du hast über die gesprochen, die das nicht so nutzen können. Es gibt wahrscheinlich auch die, die das sehr nutzen, die auch dazu beitragen, dass so ein Klima entsteht.

Fiede Ingwersen: Das ist das Gros unserer Patienten. Der größte Teil unserer Patienten hat sich unsere Klinik zuvor ausgeguckt. Das Folgende müsste ich vielleicht noch nachfragen zur Darstellung unseres Settings: Es handelt sich um unsere Sonnabends-Informationsveranstaltung, bei der in der Regel die Klinikleitung anwesend ist, bei der die meisten Patienten anwesend sind und schließlich eine Anzahl interessierte Besucher. Diese Informationsveranstaltung erinnert am ehesten an eine Lehrveranstaltung, will ich mal sagen, es wird referiert und diskutiert über die verschiedensten Themen, die die Themenkreise unserer Klinik umfassen. Diese Sonnabends-Veranstaltungen werden also auch von interessierten Besuchern aufgesucht, die dann schnuppern und vielleicht zu einem positiven Ergebnis kommen, so dass sie sagen können: „Okay, jetzt hab ich ein Gefühl dafür, wie es in dieser Klinik zugeht, jetzt kann ich mich dafür oder dagegen entscheiden.“ Das ist ein großer Unterschied zu vielen anderen psychosozialen Angeboten, wo man erstmal den Krankenschein abliefern muss oder die Chipkarte. Und dann kommt man durch eine gepolsterte Tür und dann wird man zunächst mal von dem Behandler geprüft, bevor man ihn prüfen kann. Und wir bieten uns sozusagen an dafür, dass man zuerst uns und unser Haus und die Gemeinschaft und so weiter prüfen kann. Wir sehen uns da in guter Ericksonischer Tradition. Entsprechend sind, ich würde sagen, etwa 70 bis 80 Prozent unserer Patienten nicht von jemand anders geschickt worden. Sondern diese Patienten haben überwiegend das Gefühl: ich hab mir diese Klinik selber ausgesucht: „Ich hab vorher eine Probefahrt gemacht, bevor ich das Auto gekauft hab.“ Und entsprechend kommen dann auch viele, nachdem sie sich vorher vergewissern konnten, dass hier in einem seriösen Setting auch Familienaufstellungen nach Hellinger gemacht werden.

Hans Schindler: Ihr macht Familienaufstellung nach Hellinger, so steht es in euren Unterlagen. Es gibt ja nun auch Aufstellungen nach Matthias Varga von Kibéd und Insa Sparrer. Warum betont ihr den Bezug zu Hellinger so besonders? Hellinger ist ja nun eine durchaus umstrittene Person in systemischen Kreisen. Wie verbindet oder unterscheidet ihr euch da?

Fiede Ingwersen: Wir sind mit Matthias und Insa sehr freundschaftlich verbunden und in einem für uns intensiven fachlich-wissenschaftlichen Austausch – wie mit anderen Kollegen auch. Als ich Bert Hellinger in den 80er Jahren kennen gelernt habe, da war das für mich eine sehr hilfreiche Weiterbildung mit Selbsterfahrung. Ich hab schon die Vorform oder die Frühform von Aufstellung für meine eigenen Anliegen damals nutzen dürfen. Bert Hellinger hat mir dann auch sehr geholfen, die Konflikte und Wandlungen in meinem damaligen Arbeitsbereich zu bestehen. Da hab ich dann auch Organisationsaufstellungen gemacht, so

dass ich also tatsächlich jemand bin, der sagt: ich arbeite nach Hellinger, erstens weil es mich überzeugt und zweitens weil es mir und meiner Familie gut getan hat. Dann ist da eine langjährige Nähe und Freundschaft zu Bert Hellinger. Aber es ist durchaus auch so, dass ich – wie zweifellos auch alle anderen seiner Freunde – manchmal Angst gekriegt hab und mich gefragt habe, in was bist du da reingeraten, wenn zum Beispiel Bert Hellinger in der Presse angegriffen wurde.

Hans Schindler: Was genau hat dich da geängstigt?

Fiede Ingwersen: Wenn Einzelheiten über ihn oder Aussagen von ihm falsch wiedergegeben oder kolportiert wurden – oder im falschen Kontext, so dass ich mich erst einmal erkundigen musste, was zutrifft und was nicht. Hinzukommt, dass viele der Dinge, die er als für die Psychotherapie nützlich gefunden und vorgestellt hat, bei vielen Menschen Missverständnisse hervorrufen: So wurde ja die von ihm beschriebene tiefe Schicksalsbindung der Menschen an „Vorfahren“ ganz schnell fälschlich als „Blut-und-Boden“-Bindung angegriffen, und es wurde seinem Werk eine „Färbung“ angeheftet, als ob er „Errungenschaften“ von Menschenrechten und Aufklärung wieder an irgendeine patriarchale Restauration oder so etwas preisgegeben hätte. Seine Funde – also zum Beispiel die „Ordnungen der Liebe“ oder die „Schicksalsbindungen an Frühere“ – sind für mich Einsichten, die von allergrößtem praktischen Wert für die Arbeit von Psychotherapeuten sind. Und damit scheinen mir diese Einsichten auch besonders geeignet, zum Beispiel in Einzelfällen einer besseren Durchsetzung von Menschenrechten im weitesten Sinne zu dienen – und auch einer Weiterentwicklung der Aufklärung.

Hans Schindler: Es gibt ja bisher wenige Kliniken, die sich als systemisch bezeichnen. Wie ist euer Informationsaustausch untereinander?

Fiede Ingwersen: Die Leiter von methodenintegrativ arbeitenden Kliniken treffen sich seit kurzer Zeit um sich kennen zu lernen. Wir nennen uns im Augenblick „Chefärztetreffen integrativ arbeitender Psychosomatischer Kliniken“, weil nicht nur Kliniken unter systemischer Flagge dabei sind, sondern auch humanistisch arbeitende Kliniken. Wir treffen uns regelmäßig und haben herausgefunden, dass wir – ich glaube – insgesamt 1500 Betten vertreten und das wäre etwa ein Sechstel der bundesweiten psychosomatischen Betten. Fast alle diese Häuser sind Reha-Kliniken, unsere Klinik hier ist mit 92 Betten ein eher kleines Haus. Wir treffen uns, wir tauschen uns regelmäßig aus. Wir vergleichen dies und das. Wir geben uns gegenseitig Tipps. Natürlich ist da auch Konkurrenz. Aber tatsächlich ist die Solidarität dieser Klinikleiter größer als die Konkurrenz, weil wir eher die Sorge haben, dass andere Kliniken die älteren Beziehungen zur Politik und zu den Kostenträgern haben. Entsprechend sehen wir die Notwendigkeit, uns zusammenzutun und zu unterstützen und

uns dann auch mal gemeinsam darzustellen bei Kostenträgern und Politik. Das ist so eine Tendenz, die noch sehr in den Anfängen steht. Darüber hinaus ist das für mich zusätzlich sehr wohltuend so eine Art von peer group auf dieser Ebene zu haben. Wir haben uns kennen gelernt, und nach drei, vier Stunden hatten wir das Gefühl, als sei es ein Oldboytreffen, wie wenn wir alle zusammen im selben Semester studiert hätten, was ja nicht der Fall war. Aber wir waren uns in vielerlei Hinsicht so sehr ähnlich, obwohl wir uns wirklich zum Teil zum ersten Mal gesehen haben.

Hans Schindler: Was zeichnet diese old boys aus?

Fiede Ingwersen: Also das Interesse an emotionalen Psychotherapieverfahren, das haben wohl alle mehr oder weniger gemeinsam und dann, wie soll ich sagen, so ein Hang zum Außenseitertum. Wir sind die, die so ein bisschen draußen vor sind, da hat sich so ein Haufen alte 68er getroffen. Sag ich es doch ganz offen. Und das war schön (Lachen).

Hans Schindler: Wenn du euer Miteinander, sowohl das der Mitarbeiter untereinander als auch zwischen den Mitarbeitern und den Klienten betrachtest, wie unterscheidet sich das von anderen Kliniken, von den Kliniken, die nicht vertreten waren bei dem Oldboytreffen?

Fiede Ingwersen: Ich kenne ja, von seltenen Besuchen abgesehen, nur so ähnliche Häuser wie das unsere. Deshalb bin ich so ein bisschen drauf angewiesen, was zum Beispiel Patienten, die mal woanders waren, darüber berichten, was hier anders sei. Der wichtigste Unterschied zu traditionell arbeitenden Kliniken ist zweifellos der folgende: Wir bieten unseren Patienten nicht so sehr eine exklusive Dyade an, sondern wir bieten uns als ganzes Behandlerteam an. Gut, wir bieten schon den Patienten einen Bezugstherapeuten an, aber weil das Haus so schön klein ist, sind alle anderen Teammitglieder – auch der Chefarzt – auch ziemlich leicht zu kriegen für Kontakte, für Gespräche. Der Chef ist auch in vielen Veranstaltungen anwesend. Man kann alle duzen. Also man kann mit jedem Teammitglied sehr direkt ins Gespräch kommen. Wenn zum Beispiel eine Patientin durch Zufall einen männlichen Therapeuten hat und sich sagt: „Ich muss jetzt aber auch mal mit einer Frau sprechen“, dann sieht unser Setting dies auch vor, dass sie dann einfach ermutigt wird, sich eine Therapeutin auszusuchen und sie anzusprechen. Das heißt also, wir bieten wenig Exklusivität zu einzelnen Therapeuten an, wir arbeiten vorwiegend in Gruppensitzungen, Patienten erleben eher das Team als Ganzes. Deshalb „erlauben“ wir unseren Patienten auch nicht so ohne weiteres zu labilisieren, wenn ihr formeller Bezugstherapeut mal in Urlaub geht. Wir sagen, dass wir dieses unseren Patienten so zumuten, dass wir das hier für normal ansehen, dass Bezugstherapeuten hier ziemlich ersetzbar sind. Dann ist es hier sicherlich von der Atmosphäre her auch lauter, emotionaler, geschäftiger, wahrscheinlich auch fröhlicher, leichter, was ich so rückgemeldet bekomme, und frecher natürlich. Hier ist

eben in der Hinsicht sehr viel mehr Gemeinschaft. Dadurch ist es natürlich weniger dezent – wenn auch im Kern respektvoll wie in anderen Einrichtungen.

Hans Schindler: Und die Mitarbeiter untereinander?

Fiede Ingwersen: Das ist sicherlich auch anders als in anderen Teams. Da hab ich manchmal so ein bisschen die Sorge, dass bei uns die Konflikte, dadurch dass wir eben auch so einen kumpeligen und vitalen Umgang miteinander haben, dass Konflikte stärker verleugnet werden können als in anderen Teams, in denen offener konkurriert wird. Wir betonen hier mehr das Team, mehr die Zusammenarbeit, das Zusammenspiel. Das ist ja positiv, das soll es ja auch sein, aber ich glaub, dass manchmal – das ist auch meine Erfahrung aus früheren Teams – die Konkurrenzen und die Konflikte zu sehr vernachlässigt werden. Und wenn mal ein natürlicher Umbruch ansteht, brechen die unerledigten Dinge natürlich umso härter auf. Manchmal geht es hier wirklich wunderschön zu, wenn einzelne Teammitglieder Eltern werden und richtig schöne Feste gefeiert werden, wo alle dabei sind und das Baby wird bewundert. Dann ist das so richtig ein wunderschönes Binnenklima des Teams. Wir hatten lange Zeit sehr viel „Bedrohung von außen“ durch einzelne Kostenträger. Da hatten wir also genug Außenfeind, das gibt natürlich auch wieder ein prima Binnenklima. Als der Druck von außen nachließ, brachen natürlich endlich mal ein paar Konfliktchen in dem Team aus.

Wiebke Otto: Mich interessiert deine Vermutung, was ein kritischer Patient über euch erzählt.

Fiede Ingwersen: Kritische Patienten sagen natürlich: „Das ist hier zu distanzlos. Ich kann das Duzen nicht haben.“ Da sehen wir dann auch Loyalitäten zu anderen Therapeuten, die einfach einen anderen Stil haben. Des Weiteren sind auch einige Patienten von Kostenträgern zugewiesen worden. Wir hatten eine besonders kurze Wartezeit, also sagte der Kostenträger: „Kurzfristig nach Rastede!“ Und dann haben diese unvorbereiteten Patienten hier beinahe einen „Kulturschock erlitten“ und sind nach drei Tagen wieder abgereist. Vorher hab ich natürlich drum gebeten, dass sie mit mir sprechen und dann war eben eine der Sachen, die kritisiert wurden, das Duzen. Diese ganze kumpelige Atmosphäre, das ist alles zu dicht.

Eine wichtige Kritik ist auch, dass einzelne Patienten, die sich als depressiv erleben, dass diese sagen: „Ich hab genug an meinem eigenen Los zu tragen und wenn ich jetzt noch Zeuge bin von Schicksalhafter anderer Menschen in dieser engen Gemeinschaft, dann macht mich das noch kränker.“ Auf eine Art muss ich diesen Patienten Recht geben: Es wäre so eine Art von Hospitalismus im Psychobereich. Denn Krankenhaus bedeutet ja immer, dass man die Kranken konzentriert, und tatsächlich ist ja die Gefahr, dass sie sich gegenseitig anstecken, im Krankenhaus größer als anderswo. Bezüglich der Ansteckungsgefahr ist ein

jedes Krankenhaus an sich eine widersinnige Einrichtung und die Ärzte eines normalen somatischen Krankenhauses haben logischerweise alle Hände voll mit Hygiene zu tun, um diese Schwäche der Idee Krankenhaus auszugleichen. Nun sagen wir ja in unserer Psychosomatischen Klinik Rastede, dass hier die Gesundheit ansteckend sei. Diese Sichtweise funktioniert auch für die meisten, indem sie Solidarität und Mut untereinander austauschen. Aber solche Patienten, für deren Weltbild oder Wirklichkeitskonstruktion das nicht gehen kann, die werden hier natürlich ganz schnell zu Recht sagen: „Hier unter den Kranken werd ich kranker als vorher.“ Und dann setzen wir uns natürlich sofort mit diesen Patienten zusammen und suchen für die nach ambulanten Alternativen.

Was kommt noch an Kritiken? Eine Kritik, die oft in der Vorlaufphase zur Behandlung kommt und die sich bei uns wohl immer wieder ganz gut von alleine auflöst, und wo wir dann auch die Patienten trotzdem gewinnen können, ist natürlich die Kritik im Sinne eines – wie ich meine – falsch verstandenen Hellingerweltbildes. So nach dem Schema, als ob der Therapeut die Ordnung wisse und der Patient sich einzufügen habe. Dann wird Bert Hellinger ja gerne als patriarchalisch fehlinterpretiert. Da wir erfreulicherweise auch starke Frauen im Team haben, sind wir auch grade an dieser Stelle glaubwürdiger, was unseren seriösen Umgang mit dem Hellingerschen Konzept anbelangt.

Eine weitere Kritik ist natürlich die, dass wir, was Belastung und Herausforderung anbelangt, unseren Patienten zu viel zumuten. Das heißt, hier findet vergleichsweise wenig Schonung und Verwöhnung statt. Es gibt natürlich Ausnahmen bei unserem für jeden Einzelnen „maßgeschneiderten“ Konzept – zum Beispiel bei Patienten mit Krebs. Aber der vergleichsweise geringe Stellenwert unserer „Verwöhnungsabteilung“ ist natürlich auch ein für viele berechtigter Kritikpunkt, bei dem wir dann auch einfach sagen müssen: „Tut uns Leid, wir verordnen Fango und Massagen nur bei gegebener medizinischer Indikation.“ Deshalb eben auch unser Aufwand, dass die Patienten uns möglichst schon im Vorfeld durch unsere Info-Veranstaltung gut kennen, damit wir für sie von vornherein das richtige Haus sind. Und wenn Patienten etwas anderes wollen, dann suchen wir ihnen, wenn möglich, Adressen, wo sie das andere vielleicht finden.

Eine weitere Kritik kommt von Patienten und ihren zum Teil biologisch-psychiatrisch orientierten Ärzten. So ungefähr: „Man muss doch eine Depression zunächst mal mit Antidepressiva behandeln, wenn sie endogen ist.“ (Was immer das sei.) Es ist nach Ansicht einiger Ärzte und ihrer Patienten ein „Kunstfehler“, wenn man mit dem Patienten überhaupt nur darüber diskutiert, ob auch noch etwas anderes in Frage käme.

Die nächste mögliche Kritik betrifft unser systemisches Konzept für die Behandlung von Anorektikerinnen, da wir nicht darauf bestehen, dass sie zunehmen, ja wir akzeptieren sogar, dass sie unter Umständen abnehmen. Das macht außer Herrenalb und Rastede meines Wissens keine andere Klinik – alle anderen Kliniken fordern eine Gewichtszunahme.

Das heißt, viele Eltern und Patienten, die anderswo eine solche andere therapeutische Haltung kennen gelernt haben, kritisieren uns auch in diesem Punkt. Entsprechend unserem systemischen Gedankengut tendieren wir dazu, dem Symptom nicht so viel Aufmerksamkeit und Macht zu geben, und deshalb wollen wir mit unseren anorektischen Patienten auch über anderes als über Abnehmen oder Mindestgewicht und so weiter reden. „Und wenn du abnimmst, dann machen wir das so lange mit, bis wir als Ärzte Angst kriegen, und dann ist eine Verlegung in eine entsprechende Fachabteilung angezeigt.“ Wenn auch diese Vorgehensweise bei diesen Grenzfällen zu offensichtlich guten Ergebnissen führt, ist sie doch sehr unorthodox und damit natürlich für viele kritikwürdig.

Jetzt fällt mir noch eine Kritik ein, die häufig kommt. Das sind die Esssüchtigen, die Übergewichtigen. In der Klinik Rastede gibt es zunächst einmal keine Diät. Denn wir sehen uns als eine Klinik, die spezialisiert ist auf diejenigen übergewichtigen Patienten, die mit allen Diäten bereits gescheitert sind. Denn tatsächlich kommt fast nur eine Auslese solcher Alle-Diäten-Non-Responder zu uns. Und bei uns gibt es dann die Nicht-Diät-Diät. Aber das führt dann dazu, dass viele Patienten uns genau dieses zur Kritik machen.

Hans Schindler: Bunte Mischung. Ich würd sonst gern zum Schluss noch eine Frage nach vorne stellen. Stell dir vor, wir sind in zehn Jahren hier gewesen. Ich weiß nicht, wie lange du selber hier arbeiten willst, aber

Fiede Ingwersen: Ja, ich möchte in zehn Jahren hier noch sitzen (Lachen). Ja gerne.

Hans Schindler: Wir sind in 10 Jahren hier gewesen und kommen zum Schluss und fragen: Was hat sich denn so Wichtiges in den letzten 10 Jahren für dich hier verändert? Was würdest du uns dann wohl erzählen?

Fiede Ingwersen: Ich erwarte, dass von den Kostenträgern noch größerer Druck in Richtung Kurzzeittherapie auf uns niedergegangen sein wird und dass wir uns bis dahin eine Menge – ich sag mal so – Innovationen ausgedacht haben um damit leben zu können, damit die Psychotherapeuten, die hier arbeiten, nicht die Lust an ihrem Tun dadurch verlieren, dass sie immer mehr bürokratische Aufgaben zu erfüllen haben. Es ist jetzt vielleicht so ein bisschen Science-Fiction – aber ich phantasie, dass wir in 10 Jahren vielleicht einen Ghostwriter gefunden und engagiert haben (lacht). Bei einigen niedergelassenen Kollegen ist das ja schon so für Anträge gang und gäbe. Und ich könnte mir tatsächlich vorstellen, dass wir hier in 10 Jahren auch so etwas Analoges haben werden. Ich stell mir aber auch für die Zukunft vor, dass wir mit diesen bürokratischen Dingen systemisch weiterhin kreativ umgehen, dass wir einfach da unsere Flexibilität weiter entwickelt haben.

Ja natürlich – was in zehn Jahren für uns sehr, sehr wichtig gewesen sein wird, ist, dass wir katamnestische Studien vorgelegt haben werden. Wir beabsichtigen und arbeiten daran, mit angesehenen Wissenschaftlern eine Zusammenarbeit zu organisieren, so dass diese Untersuchungen von außen, von neutraler Seite gemacht werden. Wir liefern nur die Daten, aber die Auswertung und Bewertung wird von außen gemacht. Ich erwarte in zehn Jahren, dass tatsächlich diese Art von Verbund und Kooperation von ähnlich orientierten Kliniken verstärkt ist. Ich rechne fest damit – und da kann man natürlich sagen, das ist Wunschdenken –, dass in zehn Jahren die Aufstelltechnik und Methode nach Bert Hellinger deutlich etablierter und anerkannter ist als jetzt. Ich rechne fest damit, dass wir dieses unbekümmerte Miteinander und Nebeneinander des konstruktivistischen Ansatzes und des phänomenologischen Ansatzes nach Hellinger in zehn Jahren weiter genau so machen wie jetzt. Ich rechne fest damit, dass wir in zehn Jahren noch besser sind im Umgang mit einzelnen psychotischen Patienten. Ich glaub, da haben wir noch ganz gut was drauf. Oder ich rechne damit, dass wir in zehn Jahren einige schöne kleine Innovationen im Umgang mit dem Arztbericht zustande gebracht haben. Dass auf diesen Arztbericht der Patient dann mehr Einfluss haben wird, da er bei bestimmten Kostenträgern von immenser Bedeutung ist, und dass wir da einiges experimentiert haben werden.

Ich rechne natürlich damit, dass wir in den nächsten zehn Jahren flexibel genug waren um auch Rückschläge und Misserfolge zu kompensieren. Wir hatten bis jetzt überraschend sehr viel Glück, dass wir noch keinen Suizid im Hause hatten, und das in fünfeneinhalb Jahren, das ist unverdientes Glück. Und ich rechne damit, dass es in den nächsten zehn Jahren natürlich auch, wie soll ich sagen, ein härteres Miteinander-Umgehen der verschiedenen Institutionen im Gesundheitswesen geben wird.

Wiebke Otto: Ich hab nun doch noch eine letzte Frage. Wenn wir hier in zehn Jahren sitzen, hast du dann das Gefühl, dass du so berufsbiographisch deinen guten Platz gefunden hast?

Fiede Ingwersen: Ja. Also jetzt kann ich das ja ruhig sagen. Ich kann mir für mich keine erfüllendere Arbeit vorstellen. Vor ein paar Jahren war es hier mit dem damaligen Klinikträger so extrem schwierig für mich, dass ich wochenlang nicht wusste, ob ich am nächsten Tag noch weitermachen kann. Obwohl das hier die Klinik ist, die weitestgehend nach meinen Plänen gebaut worden ist, hat dieser Stuhl schon einmal so gewaltig gewackelt, dass ich von daher auch keine großen Illusionen habe, dass die nächsten zehn Jahre hier eine Insel der Seeligen sein werden. Aber heute geht es mit dem neuen Klinikträger sehr gut. Und natürlich ist diese Klinik das, was ich mir gewünscht habe. Das ist hier mein Traum, der sich verwirklicht hat. Das ist schon so. Und es ist auch sehr mit dem Namen meiner Frau und mit meinem Namen verknüpft, was hier geschieht. Und ich bin sehr glücklich und ich hab

auch einen Preis gezahlt um das hier machen und weitermachen zu können. Und entsprechend hab ich jetzt eine starke Bindung an das Haus, so dass ich hier nicht mehr so leicht weglaufen kann – zumal ich es ja auch nicht will.

Hans Schindler: Vielen Dank.

Literatur

- Farrelly, F. & Brandsma, J.M. (1986). *Provokative Therapie*. Berlin: Springer.
- Ingwersen, D. & F. (2001). Das (unbekümmerte) Miteinander und Füreinander der Methodiken der ‚Neuen Heidelberger Schule‘ und der ‚Phänomenologischen Methode‘ Bert Hellingers im stationären psychosomatischen Setting der Klinik Rastede. In: Weber, G. (Hrsg.): *Derselbe Wind lässt viele Drachen steigen*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Lechler, W.H. (1994). *Das Bad Herrenalber Modell*. Bad Herrenalb: Selbstverlag Förderkreis für Ganzheitsmedizin Bad Herrenalb e.V.
- Schmidt, G. (1990). Rückfälle von als suchtkrank diagnostizierten Patienten aus systemischer Sicht. In: Körkel, J. (Hrsg.): *Der Rückfall des Suchtkranken*. Berlin/Heidelberg/New York: Springer.
- Simon, F.B. & Retzer, A. (1998 + 1999). *Therapeutische Schnittmuster – Ein Projekt*. In: *Familiendynamik*, Heft 3, 1998, + Heft 1-3, 1999. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sparrer, I. & Varga von Kibéd, M. (2000): *Ganz im Gegenteil*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Sparrer, I. (2001): *Wunder, Lösungen und Systeme*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Wambach, S., Kojan, I., Burgardt, C., Häuser, W. (2001). *Der Arztbrief*. In: *Psychotherapeut*, Heft 1-2001, Berlin/Heidelberg/New York: Springer.

Wiebke Otto, Hans Schindler
Wielandstraße 13 a
28203 Bremen

Dr. med. Friedrich Ingwersen
Klinik Rastede
Mühlenstraße 80
26180 Rastede

