

4. DGVT-Interview mit Prof. Dr. Dieter Kleiber

geführt am 10. Januar 2014 in Berlin von Steffen Fliegel

Der DGVT-Vorstand hat Steffen Fliegel beauftragt, in loser Reihenfolge wichtige frühere Förderer des Verbandes zu interviewen. Damit soll zum einen eine Ehrung und Wertschätzung dieser Kolleginnen und Kollegen für ihr Engagement zum Ausdruck kommen, zum anderen können die heutigen Mitglieder Einblicke aus erster Hand in die Historie, die Wurzeln und die zum Teil sehr spannungsgeladenen Entwicklungslinien der DGVT und der Verhaltenstherapie in Deutschland gewinnen.

Im ersten Interview kamen Peter Gottwald und Dietmar Schulte zu Wort (VPP 4/2010), im zweiten Eva Jaeggi und Jarg Bergold (VPP 1/2012), im dritten Heiner Keupp und Christoph Kraiker (VPP 4/2013).

Steffen Fliegel:

Lieber Dieter, ich freue mich sehr, dich hier in Berlin zu treffen, als früherer Studienfreund, dann Kollege und Freund aus DGVT-Zusammenhängen. Wir haben ja eine lange gemeinsame Tradition in Münster, danach gibt es mehrere Stationen in deinem beruflichen Leben, bis du schließlich hier in Berlin angekommen bist. Wenn du so für dich zurückblickst, wo und wie hat deine berufliche Arbeit angefangen? Und welches waren die wichtigsten Stationen in deinem beruflichen Werdegang?

Dieter Kleiber:

Ich habe im Sommer 1968 Abitur gemacht und war vorher in einem Internat, von zwei Studenten des SDS¹, die in unserer Schule ein Lehramtspraktikum gemacht hatten, politisch interessiert worden. Nach dem Abitur bin ich dann nach Münster gegangen an eine Universität, die durch die Studentenbewegung gerade im völligen Umbruch war.

Steffen Fliegel:

Wie hat dieser Umbruch ausgesehen?

Dieter Kleiber:

Wenn man es kritisch beurteilen würde, dann sind die Regeln und curricularen Strukturen, die bis dahin gegolten hatten, aufgebrochen worden. Und, ausgelöst durch einige reformwillige Studierende, Mitarbeiter und Hochschullehrer, wurde ein völlig neues Klima geschaffen. Darin hatten wir als Stu-



Dieter Kleiber

dierende den Eindruck, die Welt für uns neu schaffen zu können. Damals war Dietmar Schulte als wissenschaftlicher Assistent und Mitvertreter der Klinischen Psychologie an der Münsteraner Universität.

Steffen Fliegel:

War Psychologie dein Wunschstudienfach?

Dieter Kleiber:

Ich hatte ursprünglich eigentlich vor, Medizin zu studieren, wollte zunächst nur ein Wartesemester

¹ Sozialistischer Deutscher Studentenbund

in Münster verbringen und bin dazu in die Psychologie eingestiegen. Ab der ersten Stunde aber war ich total entflammt und wusste: Das ist genau das, was ich machen will, das ist mein Leben. Ich wusste auch ziemlich schnell, dass ich Wissenschaftler werden möchte. Das wurde sicherlich gebahnt durch die Chance, schon ab dem zweiten Semester bis zum Ende des Studiums als studentische Hilfskraft in Forschungsprojekten mitarbeiten zu können. Eine besondere Rolle haben für mich zudem einige wissenschaftliche Mitarbeiter gespielt, die mich sehr früh ‚auf Augenhöhe‘ in den wissenschaftlichen Diskurs eingebunden haben.

Steffen Fliegel:

Damals war Lilly Kemmler Professorin für Klinische Psychologie und sie förderte mehrere ihrer Assistenten in unterschiedliche Richtungen: Da war Peter Fiedler, der sich sehr breit interessierte, es gab Dieter Vaitl mit dem Thema ‚Psychophysiologie‘, Hanko Bommert ‚Gesprächspsychotherapie‘, Dietmar Schulte ‚Verhaltenstherapie‘ und natürlich Margret Reiss, die gute verhaltenstherapeutische Seele. Wie begannst du dich zuzuordnen?

Dieter Kleiber:

Also ich war ein politisch interessierter und aktiver Student, der sich sehr früh für Gerechtigkeits Themen und für die sozialen Ursachen psychischen Leids engagiert hat. Von daher habe ich mich sozusagen ein bisschen über das hinaus orientiert, was in meinem eigenen Arbeitsbereich an der Münsteraner Universität gelehrt wurde. Fachlich beeinflusst wurde ich sehr stark von Dietmar Schulte, auch von Hanko Bommert. Lilly Kemmler habe ich eher als Fachfrau erlebt, die ihre Mitarbeiter machen ließ. Ich habe anfangs das Medizinstudium weiter im Blick behalten, habe dann auch nach dem Vordiplom mit dem Medizinstudium begonnen. Mein Herz aber schlug eindeutig für die Psychologie. Und ich versuchte eine Art Spagat, war einerseits Mitglied der Abteilung für pädagogische Psychologie, wo man sich mit Lernprozessen und Unterrichtseffektivität beschäftigte, interessierte mich aber sehr ausgeprägt auch für Fragen der Klinischen Psychologie, Psychotherapie und für die Verhaltenstherapie, weil mich das, was ich in Münster in der klinisch-praktischen Ausbildung (so etwas gab es damals noch) lernte, sehr interessiert hatte.

Steffen Fliegel:

Ich kann das aus eigener Erfahrung bestätigen, wir lernten praxisnah Verhaltenstherapie, Gesprächs-

psychotherapie, Gruppendynamik, und alles mit praktischen Anwendungen, echten Patienten ...

Dieter Kleiber:

... was heute unvorstellbar ist. Ich habe mit anderen zusammen während unserer Studienzeit zwei klinische Fälle unter Supervisionen behandeln können, hatte Einzelsupervisionen bei Dietmar Schulte und bei Margarete Reiss. Und das war eine hochinteressante und spannende Arbeit. Gleichzeitig war ich aber ein politisch interessierter und aktiver Mensch, der sich für sozialepidemiologische Fragen interessierte. Und so versuchte ich, diese Erfahrungsbereiche miteinander zu verknüpfen. Deshalb war ich auch in besonderer Weise an der DGVT interessiert, die damals ja noch Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie (GVT) hieß. Dort wurden diese Diskussionen gerade besonders virulent geführt.

Steffen Fliegel:

Du hast heute eine Professur an der Freien Universität in Berlin. Wie ist der Weg von Münster nach Berlin dann weitergegangen?

Dieter Kleiber:

In Münster habe ich 1974 das Diplom gemacht, hatte dann die Chance, nach München an das Institut für Therapieforchung (IFT) zu gehen. Ich kannte den Leiter, Gerhard Bühringer und interessierte mich für Suchtfragen. Ich habe aber dann ein Promotionsangebot in Münster bekommen und bin bis 1976 in Münster geblieben, promovierte in Pädagogischer Psychologie und habe dann zwei Jahre lang nebenamtlich klinisch-praktisch in einer Dortmunder gynäkologischen Praxis sexualtherapeutisch gearbeitet. Weiterhin galt der kognitiven Verhaltenstherapie mein besonderes Interesse, deshalb bin ich kurz nach der Dissertation in die USA gegangen; und habe bei all denen angefragt, ob ich ihnen eine Zeit lang über die Schulter schauen könnte, die schon damals als Leitfiguren der kognitiven Verhaltenstherapie galten: Albert Ellis, Michael Mahoney, Martin Seligman und Aaron Beck. In den USA habe ich die Erfahrung gemacht, dass man auch als Jungwissenschaftler oder Jungspund sehr offen aufgenommen wurde und an therapeutischen Ausbildungen sowie an der therapeutischen Praxis beobachtend teilnehmen konnte. Und das hat mich sicherlich geprägt für den weiteren Weg, der mich dann relativ früh, 1978, nach Bremen geführt hat, wo ich die Möglichkeit bekommen hatte, als junger Hochschullehrer den Bereich klinische Psychologie im Gesundheitswesen aufzubauen. Wir haben das



Steffen Fliegel (links) und Dieter Kleiber (rechts)

dann nicht „Klinische Psychologie/Psychotherapie“, sondern „Psychologie in der psychosozialen Versorgung“ genannt, angelehnt auch an die Politik der DGVT. Es war für uns immer sehr wichtig, dass wir nach Behandlungsmöglichkeiten, vor allem für sozial Benachteiligte, die ja epidemiologisch betrachtet am stärksten betroffen waren, suchten. In der Individualtherapie in Einzelpraxen haben wir nicht den Königsweg gesehen, wir waren stark interessiert an kommunalen Angeboten für Menschen mit psychischen Problemen: Also die Grundidee war die Gemeindepsychologie.

Steffen Fliegel:

Du hast am Anfang die fachliche Seite und dein politisches Engagement genannt, warst dann doch viel verhaltenstherapeutisch unterwegs. Die politische Ader ist aber geblieben, die konntest du in Bremen besonders deutlich in deine berufliche Tätigkeit integrieren. Das Thema „Gesundheit“ ist ja dann auch sehr relevant für dich geworden. Wie ist es von Bremen aus weitergegangen?

Dieter Kleiber:

Von Bremen bin ich 1981 auf eine Professur für „Psychologie in der psychosozialen Versorgung“, leider zunächst wiederum auf Zeit berufen worden. Hier hat es mich gereizt, in einem Modellversuch für Fachkräfte für die psychosoziale Versorgung mitzuarbeiten, wo wir ein interdisziplinäres Studi-

enangebot mit dem Schwerpunkt Prävention realisieren konnten, das sich gemeinsam an Psychologen, Ärzte und andere Berufsgruppen richtete. Die Idee war damals, die unterschiedlichen Denksysteme der verschiedenen Professionen zusammenzuführen und die Idee der Prävention in den psychosozialen Institutionen und klinischen Institutionen irgendwie voranzutreiben. Dieser Modellversuch war von Jarg Bergold und Manfred Zaumseil konzipiert worden, zu denen ich schon vorher persönlichen Kontakt gehabt hatte, weil ich relativ früh durch meinen, wie ich es immer gesehen habe, „großen Bruder“ Heiner Keupp in Kontakt mit der GVT gekommen war. Ich war eigentlich nur als Referent und Teilnehmer dort.

Steffen Fliegel:

Heiner Keupp und GVT (Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie e.V.), das erinnert an die großen Auseinandersetzungen der 60iger und 70iger Jahre ...

Dieter Kleiber:

Genau, damals wurde nach heftiger Kritik am damaligen Vorstand zunächst ein Notvorstand gebildet mit der Überlegung, die GVT neu auszurichten und einen Schwerpunkt auf die Gemeindepsychologie zu legen. Ich war damals 24 oder 25 Jahre alt, und Heiner Keupp ist an mich herangetreten, ob ich nicht in diesem Vorstand mitarbeiten wolle. Ich habe das als etwas sehr Ehrendvolles aber auch gleichzeitig

mich Überforderndes wahrgenommen. Ich hätte gerne NEIN gesagt, aber er hat mir Mut gemacht und mich überredet, mir die eigentlich für mich zu großen Schuhe anzuziehen. Eine kurze, von heftigem Herzklopfen begleitete Befragung in der Mitgliedervollversammlung, an der damals vermutlich 500-800 GVT-Mitglieder teilgenommen haben, katapultierte mich gleich in die Vorstandsriege der damaligen GVT. Und dort stand dann als eine der Hauptaufgaben an, die GVT und den damaligen Deutschen Berufsverband der Verhaltenstherapeuten (DBV) zu integrieren. Wir haben dies dann später auf einem Segelboot gemeinsam mit (ich glaube) Peter Fiedler, Christoph Kraiker, Peter Gottwald, Dietmar Schulte und Eva Jaeggi beschlossen.

Steffen Fliegel:

Du hast dich ja damals sehr der so benannten Gemeindepsychologie zugewandt, über die wir auch gleich noch sprechen wollen. Wurdest du durch deine politische Ausrichtung ein Psychotherapiegegner?

Dieter Kleiber:

Nein, das bin ich nie gewesen. Im Gegenteil, ich habe mich innerhalb des Vorstandes stark dafür eingesetzt, dass die Ausbildungsmöglichkeiten in Verhaltenstherapie verbessert worden sind. Das ist sicherlich durch andere später noch sehr viel aktiver vorangetrieben worden, aber das habe ich insgesamt positiv gesehen. Was ich immer kritisch anzumerken hatte, war meine Befürchtung, dass dies vor allem eine Ausbildung von niedergelassenen Psychotherapeuten sein würde, die blind gegenüber den Chancen interdisziplinärer Zusammenarbeit wäre, wie sie in der Psychiatrieenquete von 1975 gut begründet wurde. Ich war und bin jemand, der den Wert von multiprofessionellen Teams für die Lösung psychosozialer Probleme in den Mittelpunkt gestellt hat und auch heute noch stellt. Und mit einer gewissen Trauer habe ich dann zur Kenntnis nehmen müssen, dass das spätere Gesetz diese Verengung gefördert hat.

Steffen Fliegel:

Nach dem Zusammenschluss von GVT und DBV zur Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) im Jahr 1976 bist du ja aus der Vorstandstätigkeit ausgeschieden und in die Redaktionskommission gegangen. Entsprach das mehr deinem Wunsch nach inhaltlicher Arbeit, denn du warst ja einer der Wegbereiter der Gemeindepsychologie? Vielleicht kannst du Gemeindepsychologie für unsere jüngeren Leserinnen und Leser einmal definieren.

Dieter Kleiber:

Die Idee war aus der Psychiatrie-Enquete heraus entstanden, die sich für eine Neuausrichtung der klassischen psychiatrischen Versorgung aussprach. Die Diskussion über die Psychiatrie-Enquete, die wir auch in Bremen intensiv geführt haben, wollte das Zentrum psychiatrischer Versorgung nicht länger in psychiatrischen Großinstitutionen angesiedelt sehen, sondern in einem lebensweltnahen, regionalen Verbund von psychosozialen Hilfen. Dies folgt in erster Linie einer präventiven Idee, einem Primat der Prävention, der Beseitigung von Problemen im Alltag vor Krisenintervention, Krisenintervention vor Beratung, Beratung vor Therapie, Therapie vor Rehabilitation. Das setzt voraus, sich psychosoziale Versorgung als eine Kette vorzustellen, in der vernetzt zusammengearbeitet wird. Menschen, je nachdem, welche Probleme sie haben, können an unterschiedlichen Stellen andocken, wobei Schnittstellen zwischen den präventiven, kurativen und rehabilitativen Systemen entwickelt werden. Leider mangelt es daran bis heute noch.

Steffen Fliegel:

Zur Gemeindepsychologie gab es dann viele Veröffentlichungen im dgvt-Verlag, an denen du, zusammen mit Bernd Röhrle, Heiner Keupp und anderen maßgeblich beteiligt warst. Gemeindepsychologie zeichnet sich ja dadurch aus, dass psychische Störungen aus einer anderen Perspektive analysiert werden, nämlich aus den gesellschaftlichen Bedingungen heraus. Das Thema „Gemeindepsychologie“, ebenso wie „Sozialpsychiatrie“, hat aber zunehmend an Bedeutung verloren.

Dieter Kleiber:

Es ist leider innerhalb der Psychologie wenig auf der Tagesordnung. Auch unter den derzeitigen Psychiatern findet man in Deutschland kaum noch Sozialpsychiater. Andererseits darf man nicht vergessen, dass die Idee der Psychiatrie-Enquete zum vernetzten, interdisziplinären Arbeiten ja auch an Boden gewonnen hat. Es gehört mittlerweile zum unhinterfragten Alltag, dass multidisziplinäre Teams chronisch psychisch Kranke versorgen und dass in Versorgungs- und zunehmend auch in Präventionsketten gedacht wird. Insofern würde ich das ein bisschen differenzieren und sagen: Sozialpsychiatrische und gemeindepsychologische Ideen haben in der Praxis der psychosozialen Versorgung nach wie vor einen großen Stellenwert, während die Universitäten dem Bedarf nur sehr unzureichend nachkommen.

Steffen Fliegel:

Und im akademischen Bereich ...

Dieter Kleiber:

... finden wir innerhalb der Psychologie eine stärkere Individualisierung und aus meiner Sicht auch Medizinalisierung mit starken biologisch-genetischen und neurowissenschaftlichen Orientierungen. Aus denen heraus werden aktuell Zukunftshoffnungen definiert. Auch wenn ich skeptisch bin, ob diese auch nur annähernd eingelöst werden, muss ich zur Kenntnis nehmen, dass diese Gegenstandsbereiche deutlich an Raum gewonnen haben und dass bei begrenzten Ressourcen Spielräume fehlen für die Fortentwicklung, verhaltenswissenschaftlicher und vor allem präventiver Ansätze.

Steffen Fliegel:

Aus der Psychiatrie-Enquete heraus sind dann ja zahlreiche Modellprogramme ins Leben gerufen worden, die eben genau das, was die Psychiatrie-Enquete gefordert hat, umsetzen: Versorgungseinrichtungen, Versorgungsstrukturen, ein besseres Zurechtfinden psychisch kranker Menschen in ihrer Region, eine stärkere Regionalisierung von psychotherapeutischer und psychosozialer Versorgung. Als die Modellprogramme ausgelaufen sind, die ja vom Bund finanziert wurden, haben die Länder, die dann für die Versorgung zuständig gewesen wären, diese Einrichtungen größtenteils nicht weitergeführt, meistens aus finanziellen Gründen. Das ist ein wichtiger Grund, warum bestimmte Einrichtungen und Versorgungsstrukturen in den Regionen heute nicht mehr existieren. Den anderen Grund hast du genannt, die Ausrichtung wird wieder stärker auf das Individuum konzentriert. Hat die Gemeindepsychologie vielleicht auch deshalb an Boden verloren, weil sie sich als zu wenig praktikabel erwiesen hat? Dass aus den vernünftigen Analysemöglichkeiten gesellschaftlicher Bedingungen psychischer Störungen dann zu wenig Handwerkszeug für Veränderungen, zum Beispiel für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, erwachsen sind?

Dieter Kleiber:

Es mag sein, dass zu wenig Handwerkszeug entwickelt wurde. Andererseits: Selbsthilfe- und Netzwerkförderung, sind heute eine Selbstverständlichkeit und werden auch eingefordert. Aus meiner Sicht hat die Gemeindepsychologie innerhalb der Psychologie auch deswegen an Raum verloren, weil sie sich zu wenig um die empirische Fundierung ihrer Lösungsansätze bemüht hat. Aus meiner Sicht hätten

Community-Ansätze stärker empirisch erforscht, fundiert und evaluiert werden müssen, damit dort entsprechende Strukturen entstehen können und harte Daten geschaffen werden. Ich denke da beispielsweise an die deutsche Herz-Kreislauf-Studie, in der ja so etwas wie ein Community-Ansatz zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen geschaffen worden ist, übrigens mit großem Aufwand. Zudem ist heute vieles von dem, was Sozialpsychiatrie oder Gemeindepsychologie eingefordert haben, im Rahmen von Community-Mental Health-Bewegungen oder im Rahmen von Public Health wieder neu aufgetaucht und neu begründet worden und ist – bei steigenden Mental Health Problemen in der Arbeitswelt, in Kitas und Schulen – ein wichtiger Gegenstand in Forschung und Praxis zur Prävention psychischer Störungen. Und ich würde mir wünschen, dass Verbände wie die DGVT zukünftig sehr viel systematischer an die Gesundheitswissenschaften (Public Health) anknüpfen.

Steffen Fliegel:

Heiner Keupp und Frank Nestmann haben in einem offenen Brief die Ausbildungsakademie der DGVT aufgefordert, die politischen Perspektiven psychischer Erkrankung und die Versorgungskonzepte von psychisch kranken Menschen wieder stärker in die Ausbildungsinhalte aufzunehmen. Wie könnte das geschehen? Wie würde denn ein verhaltenstherapeutischer Schwerpunkt mit gemeindepsychologischen Perspektiven zusammenwirken können?

Dieter Kleiber:

Aus meiner Sicht haben wir mit Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes überwiegend auf Kuration und Rehabilitation gesetzt, nicht aber die Frage gestellt, ob und wie psychische Störungen verhinderbar sind. Ich arbeite ja seit 1981 in Berlin, leite einen Studiengang Public Health, der Fragen der Primären Prävention und Gesundheitsförderung sowie die psychosoziale Gesundheits- und Versorgungsforschung in den Mittelpunkt stellt und hierbei der Frage nachgeht, welches Potential strukturelle Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention in Settings, wie z.B. Kindergärten, Schulen, Betrieben und Einrichtungen für alte Menschen haben. Mit der Etablierung des Psychotherapeutengesetzes haben wir den Fehler gemacht, die Prioritäten falsch zu setzen. Gesundheitsförderung und Prävention vor allem bei Kindern und Jugendlichen sind dadurch vernachlässigt worden. Auch fehlt bis heute ein Präventionsgesetz, das Prävention und Gesundheitsförderung als zentrale Säule im Ge-

sundheitswesen strukturell fördert, finanziert und evidenzbasiert voranbringt. Aus entwicklungspsychopathologischen Studien wissen wir heute, dass viele Störungen, die bei Erwachsenen auftreten, Vorformen in der Kindheit und Jugend haben und Chronifizierungen vermieden werden könnten, wenn bei Kindern Risikofaktoren für psychische Fehlentwicklungen minimiert und psychosoziale Ressourcen gestärkt würden. Wenn also Kindern und jungen Menschen, und vor allem denen, die unter sozial schwierigen Verhältnissen aufwachsen, frühe Hilfen und Unterstützung gegeben würde, wären manche Störungen sicher vermeidbar. Es gibt beispielsweise gute Daten, die uns sagen, dass fehlende soziale und emotionale Kompetenzen bei drei-/vierjährigen Kindern mit die Chancen verringern, gute Peer-Beziehungen bei Kindern aufbauen zu können. Kinder, die weniger empathisch, einfühlend sind, werden nicht so leicht als Freunde genommen, stehen dadurch abseits und haben ein höheres Risiko für spätere Entwicklungs- und kognitive Probleme, was sich schon bei Einschulungsuntersuchungen zeigt.

Steffen Fliegel:

Wir wissen auch, dass Kinder, die Angst haben, ein erhöhtes Risiko für spätere Suchtprobleme haben.

Dieter Kleiber:

So ist es. Insofern kann man aus solchen entwicklungspsychopathologischen Perspektiven sozusagen die Ketten der Veränderungen von Wahrscheinlichkeiten für spätere psychische Störungen aufzeigen. Wenn man früh unterstützend, achtsam und ggf. im Einzelfall auch therapeutisch ansetzt, dann lassen sich Probleme verhindern, die später mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eintreten. Zwei weitere Probleme oder Fragen, mit denen wir uns aus den Gesundheitswissenschaften heraus konfrontiert sehen. Wenn wir Gesundheit fördern und Krankheit verhindern wollen, ist es wichtig, Menschen an ihrer Lebensgestaltung zu beteiligen.

Steffen Fliegel:

Stichworte „Partizipation“ und „Empowerment“.

Dieter Kleiber:

In der Tat. Menschen sollten Kompetenzen vermittelt und ihnen Möglichkeiten gegeben werden, für ihre Belange selber einzutreten. Menschen, die das Gefühl haben, an Entscheidungen beteiligt worden zu sein, haben eine höhere (Arbeits-)Zufriedenheit, sind stärker mit den Zielen ihrer Einrichtungen und

Organisationen verbunden und erweisen sich als vergleichsweise resilient gegenüber dem aktuell breit diskutierten Burnout-Phänomen, das seinerseits Zusammenhänge mit verschiedenen psychischen Störungen (Angsterkrankungen, Depressionen, Substanzmittelkonsum, etc.) aufweist. Das Empowerment-Konzept ist dabei ein sperriger, zugleich aber besonders wichtiger Ansatz. Julika Loss hat es in ihrer Einführung zu einem Schwerpunkttheft der Zeitschrift „Gesundheitswesen“ 2008 als gleichzeitig unscharf, unbequem, unberechenbar – und unentbehrlich charakterisiert.

Wichtig scheinen mir zudem Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention zu sein, die in Kindergärten, Schulen, und zunehmend auch im betrieblichen Kontext benötigt werden, um gesundheitliche Kernprobleme zu verringern.

Eines der aktuell heftig diskutierte Probleme betrifft dabei auch unsere eigene Profession, sowie Ärzte und Pfleger, Lehrerinnen und Lehrer – eigentlich alle Berufsgruppen, die sogenanntes ‚People Work‘ machen. In letzter Zeit habe ich mich intensiver mit der Gruppe der im Bildungssystem Arbeitenden beschäftigt. Dort sehen wir, dass immerhin 20 bis 30 Prozent der Lehrerinnen und Lehrer ausgebrannt und dadurch enorm in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt sind, die keine guten Beziehungen mehr herstellen und Vertrauen gewinnen können und dadurch keine guten Vorbilder/Modelle für die Ihnen anvertrauten Schülerinnen und Schüler, Klienten oder Patienten sein können. Nur ein kleiner Teil von ihnen bekommt psychotherapeutische Hilfe, die im Einzelfall sicherlich sinnvoll und richtig ist. Mindestens ebenso wichtig aber wäre, die Bedingungen zu analysieren, die die Entwicklung von Burnout begünstigen. Die Betroffenen bekommen zu wenig Feedback, fühlen sich zu wenig geachtet, leiden daran, dass persönliche Verausgabung und wahrgenommene Gratifikationen nicht mehr in einer vernünftigen Relation stehen, erleben die Organisationen, in denen sie arbeiten, als ungerecht und haben das Gefühl, dass gesundheitliche Belange hinten angestellt werden müssen, man also nur am Outcome der Arbeit gemessen wird. Schulen und Betriebe sollten sehr viel systematischer als bisher auf der Basis eines systematischen Gesundheitsmonitorings/Gesundheitsmanagements nach Möglichkeiten der Unterstützung und des Abbaus von Belastungen in der Berufswelt schauen. Mit Blick auf die derzeitige Rentenregelung wäre dafür zu sorgen, dass die Gesundheit der Beschäftigten so nachhaltig gefördert wird, dass sie auch eine realistische Chance haben, das Rentenalter bei guter

Gesundheit zu erreichen. Bei Lehrern lag beispielsweise im Jahr 2000 das durchschnittliche Eintrittsalter in die Rente bei gerade einmal 47 Jahren. Das wird auf lange Sicht volkswirtschaftlich gar nicht mehr gehen. Mit anderen Worten, in den Bildungseinrichtungen, ebenso wie in den betrieblichen Einrichtungen, entsteht die Notwendigkeit, dass die Betriebe darüber nachdenken, wie sie zu Betrieben mit gesünderen Beschäftigten werden können. Und das heißt, sie müssen sich nicht nur Psychotherapeuten, sondern auch Organisationsberater und -entwickler in die Betriebe holen, um das Umfeld, die „Gemeinde“, in der die Betroffenen zusammenarbeiten, so zu verändern, dass man dort bei stabiler Gesundheit produktiv arbeiten kann.

Steffen Fliegel:

Das heißt, dass wir bei der Analyse der psychischen Probleme unserer Patientinnen und Patienten auch eine Art Lebensfeldanalyse durchführen sollten. Damit gehen wir auf die Suche nach krankmachenden Bedingungen im häuslichen, im partnerschaftlichen, im beruflichen, im Arbeitsumfeld, im finanziellen Bereich usw. So könnten in die Psychotherapie Interventionen aus der Betriebspsychologie, aus der Arbeitspsychologie, der Schulpsychologie, der Entwicklungspsychologie einfließen? Ist das realistisch?

Dieter Kleiber:

Genau so! Ich glaube, über alle Berufsgruppen hinweg, die sich mit Gesundheit und Krankheit beschäftigen, ob es Ärzte, Psychologen oder andere Berufsgruppen sind, sind wir uns mittlerweile einig, dass psychosoziale Probleme multifaktoriell verursacht und so in ihren aufrechterhaltenden Bedingungen auch multifaktoriell zu erklären sind.

Steffen Fliegel:

Nochmal: Das hieße doch, dass wir neben den klassischen Problemanalysen zum Verhalten, zu den Gedanken, den Grundannahmen, den Emotionen, dem Körper usw. auch immer eine Lebensfeldanalyse durchführen sollten?

Dieter Kleiber:

Das wäre gewiss ein großer Gewinn. Vor allem sollten die sozialen Bedingungen psychischer Erkrankungen stärker in den Blick genommen werden. Wir wissen beispielsweise, dass allein der Bildungsstand, bzw. konkret die Frage, hat man ein Abitur oder nicht, einen Unterschied von durchschnittlich sieben Jahren in der Lebenserwartung macht. Das

heißt, die Lebenserwartung, die Lebensqualität und das Wohlbefinden hängen neben der Verfügbarkeit materieller und sozialer Ressourcen (sozialer Unterstützung; Gesundheitsbezogenes Wissen, etc.) auch vom Bildungsstand ab. Insofern sind die Forderungen einer guten Bildung, zur Vermittlung von Kompetenzen und von Selbststeuerungsfähigkeiten ein höchst wichtiger Faktor in der Erklärung von Gesundheit über die Lebensspanne hinweg.

Steffen Fliegel:

Lieber Dieter, das war ein spannender Exkurs in die Weiten der Gemeindepsychologie und Gesundheitsforschung. Aber nochmal zu dir. Welches waren denn deine für dich persönlich wichtigsten Projekte, insbesondere der letzten Jahre?

Dieter Kleiber:

Also, das Einschneidenste war für mich ganz ohne Zweifel eine Phase außerhalb der Universität, wo ich im Sozialpädagogischen Institut Berlin mit Kollegen zusammen einen sozialwissenschaftlichen AIDS- und Drogenforschungsbereich aufbauen konnte. Damals wusste man eines sicher, wir haben keine Medikamente zur Behandlung von Menschen mit HIV. Das heißt, die einzige Chance in Bezug auf die Nicht-Verbreitung von HIV war die primäre Prävention, die ein gesellschaftliches Lernprogramm erforderlich machte. Das sollte Menschen dazu bringen, in risikorelevanten Situationen Kondome zu verwenden. So einfach war das. Gleichzeitig war zu untersuchen, welche Gruppen vulnerabel sind, sich HIV-bezogen riskant zu verhalten, und diese als besondere Zielgruppen anzusprechen. Für mich war das damals eine besondere Herausforderung, Wissenschaft zu betreiben in Feldern, die sonst für die Wissenschaft gar nicht zugänglich sind. Wir haben damals Projekte gemacht mit intravenös Drogenabhängigen ebenso wie mit Strichern, mit Prostituierten, mit Prostitutionskunden, mit allen möglichen Gruppen, den sogenannten ‚hidden populations‘, von denen man damals zunächst meinte, dass man an sie nicht rankommt. Und da hatten wir den Schwerpunkt der Präventionsarbeit neben einer alle Bevölkerungsgruppen adressierenden Aufklärung auf benachteiligte und (scheinbar) schwer erreichbare Zielgruppen zu legen. Heute wissen wir, dass Deutschland zu den Ländern zählt, die in der HIV/AIDS-Prävention am erfolgreichsten waren.

Steffen Fliegel:

Und dann gab es doch auch spannende Projekte mit anderen jugendlichen Zielgruppen ...



Steffen Fliegel (links) und Dieter Kleiber (rechts)

Dieter Kleiber:

... genau. Ganz wichtig für mich sind die Studien, die wir über Jugendsexualität machen konnten. Das hat dann später dazu geführt, mich mit Fragen der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen schwerpunktmäßiger zu beschäftigen. Über 20 bis 25 Jahre hat mich die Burnout-Thematik beschäftigt. Wir haben dort die Erfahrung gemacht, dass es nicht allein individuelle, personenspezifische Faktoren sind, die Burnout verursachen, sondern eigentlich mehr institutionelle, organisationale Dinge, die man eigentlich auch vergleichsweise leicht ändern kann.

Steffen Fliegel:

Wie?

Dieter Kleiber:

Beispielsweise sind wichtige Risikofaktoren für Burnout mangelndes Feedback im Alltag durch Kolleginnen und Kollegen sowie Vorgesetzte, und dass Menschen zu wenig Handlungsspielräume haben. Menschen sollten die Art, wie sie ihren Beruf ausüben, selber mitgestalten können. Zu viele Vorschriften engen Handlungsspielräume ein. Das alles sind Ansatzpunkte, von denen wir wissen, wenn wir sie systematisch angehen, dass man dann auch über lange Zeit produktiv, erfolgreich und mit Freude arbeiten kann.

Steffen Fliegel:

Was du jetzt über deine berufliche Arbeit erzählt hast, stellt ja eigentlich wieder einen wichtigen Zusammenhang zur DGVT her. Zu der einen Seite

der DGVT, der mit der gesundheitspolitischen Ausrichtung und Perspektive. Die DGVT hat ja immer mit dem Spagat zu tun gehabt, Psychotherapie und psychosoziale Versorgung zu verbinden, was meiner Meinung nach oft gelungen ist und weshalb viele, die in der DGVT-Akademie ihre Psychotherapieausbildung machen, bewusst deswegen auch die DGVT gewählt haben. Und sie bleiben auch nach Ausbildungsabschluss Mitglied, als Ergänzung zur berufsständischen Psychotherapeutenkammer. Du bist ja heute auch noch Mitglied der DGVT und weißt viel von deren Entwicklung, wie siehst du die weitere Entwicklung der DGVT, und was würdest du dir für die weitere Entwicklung wünschen?

Dieter Kleiber:

Ich würde mir wünschen, dass wir als Ausbildungskandidatinnen und Ausbildungskandidaten Menschen finden, die offen sind, auch über den Tellerrand der Individualtherapie zu schauen. Die mutig sind, ihre Zukunft nicht allein in der niedergelassenen Praxis zu sehen, sondern Bezüge suchen in Richtung Kooperation mit Betrieben, Kooperation mit Schulen, Kooperation mit Ausbildungseinrichtungen, Kooperation mit anderen psychosozialen Einrichtungen. Die, wenn sie Lust haben, im Bereich der Community-Planung, der Städteplanung – Stichwort „gesunde Städte“ – „gesundheitsförderliche Bedingungen für die Bevölkerung“ schaffen. Die sich dort ein bisschen engagieren und ihr spezifisches Know-how nutzen, um andere davon zu überzeugen, dass sie dort auch einen wichtigen Stellenwert haben.

Steffen Fliegel:
Klasse, hast du ein Beispiel?

Dieter Kleiber:

Es gibt mittlerweile eine Fülle von Programmen, die präventiv oder interventiv orientiert sind, die sich an jeweils spezifische Zielgruppen wenden und die in verschiedenen Institutionen und Betrieben etabliert werden können. Die meisten von ihnen sind von Psychologinnen und Psychologen entwickelt worden, die heute psychotherapeutisch tätig sind. Die Durchführung dieser Maßnahmen wird aber derzeit an andere Berufsgruppen weitergegeben. Dadurch aber schneiden wir uns unsere eigenen Chancen ab, wenn wir nicht selbst die Durchführung, die Implementation und das „In-die-Breite-Gehen“ dieser Programme verantwortlich übernehmen.

Steffen Fliegel:

Die DGVT braucht solche Fachleute und Vordenker wie dich, um eben immer auch wieder mit guten Ideen diese Seite der Fachlichkeit, nämlich die psychosoziale Versorgung, nicht aus dem Blick zu verlieren. Dein Rentenalter steht unmittelbar bevor, wie sieht es mit deinen persönlichen Plänen aus?

Dieter Kleiber:

Danke Steffen, das Schicksal wollte es, dass ich ein bisschen an mir selber arbeiten muss. Ich habe vor gut einem Jahr eine neuerliche Krebsdiagnose bekommen, die mir wahrscheinlich nur noch ein sehr beschränktes Leben geben wird. Ich weiß es deshalb sehr zu schätzen, im Moment noch mit großer Freude und Begeisterung mitmischen zu können, und ich will das auch so lange wie möglich irgendwie noch tun. Dabei wird es aber wichtig sein, Schwerpunkte zu setzen. Den Kontakt zur DGVT habe ich immer gehalten und werde ihn weiter halten. Ich könnte mir sogar vorstellen, ihn nach der Pensionierung erneut zu intensivieren, um die angespro-

chenen Fragen auch innerhalb der DGVT weiter voranzutreiben. Glücklicherweise gibt es da ja auch Mitstreiter, die in ähnliche Richtungen denken. Und ich würde mir persönlich wünschen, und in die Richtung wird es bei mir gehen, dass sich Klinische Psychologie/Psychotherapie auf der einen Seite und Gesundheitswissenschaft und Public Health auf der anderen Seite zusammentun, um das, was wir früher Gemeindepsychologie genannt haben, unter neuen Begrifflichkeiten als multidisziplinäre Aufgabe irgendwie wiederbeleben und ausüben. Community Mental Health ist eine Thematik, die mich nach wie vor sehr stark beschäftigt und für deren Etablierung und Durchsetzung ich mich sicherlich auch nach der Pensionierung einsetzen werde.

Steffen Fliegel:

Wir kennen uns jetzt schon sehr, sehr lange, und ich weiß, dass eine bestimmte Form beruflicher Tätigkeit auch zu deinem psychischen Wohlbefinden dazugehört. Ich wünsche dir von ganzem Herzen, dass die Krankheit, die du gerade angesprochen hast, so verläuft, dass dir noch ganz viel Lebenszeit zur Verfügung steht und dass du viel Freiraum haben wirst nach dem Beginn des Ruhestands. Weiter wünsche ich dir, dass du die kommende Zeit genießen und mit ganz persönlichen Interessen ausfüllen kannst. Mit deinen Ideen und deinem fachlichen Hintergrund berate uns bitte auch weiterhin. Ganz herzlichen Dank für das Gespräch, das wir hier zusammen in Berlin führen durften. Es war für mich sehr schön, dass wir uns wiedertreffen konnten. Ich wünsche dir alles, alles Gute!

Dieter Kleiber:

Ich danke dir und freue mich, von dir auch die Gelegenheit bekommen zu haben, mal wieder ein bisschen zurückblicken zu können! Denn diese Lebensphase hat auch etwas mit Auswertung zu tun. Vielleicht kann das ein erster Ansatz gewesen sein ...



Steffen Fliegel
Partnerschaft & Sexualität

Wenn die Seele streikt
Hilfen für Frauen, Männer, Paare, Eltern

2012, 288 Seiten, 14,80 Euro (ermäßigt für DGVT-Mitglieder: EUR 11,80)
ISBN 978-3-87159-102-0

Dieses Buch will dabei helfen, verschiedenste partnerschaftliche und sexuelle Probleme zu erkennen, die Ursachen zu erklären sowie Lösungen zu finden – in möglichst kleinen verstehbaren Schritten sowie durch Vermittlung von Wissen.

