

Zu Besuch

Erinnerungen und Gedanken zur gemeindepsychiatrischen Arbeit in den 1980er Jahren

VON MICHAEL HUPPERTZ

Für Burkhard Held

Burkhard Held ist zum 30. September 2021 in Rente gegangen. Er hat als psychiatrischer Krankenpfleger im Psychiatrisches Krankenhaus (PKH) Riedstadt und Bereichsleiter im Sozialpsychiatrischen Verein Riedstadt gearbeitet. Burkhard Held hat entscheidend dazu beigetragen, die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung auf dem flachen Land rund um Rüsselsheim, Groß-Gerau und Riedstadt-Goddellau voranzubringen. Ohne Menschen wie ihn wüssten wir gar nicht, wovon wir reden, wenn wir von »sozialer Psychiatrie« sprechen. Seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben ihn mit Wehmut und Hochachtung verabschiedet. Im Folgenden einige Erinnerungen und Gedanken von jemandem, der ihn in den 1980er Jahren ein Stück auf seinem Weg begleitet hat. Wir haben gemeinsam – er als Krankenpfleger, ich als Assistenzarzt – in der Institutsambulanz des PKH Riedstadt gearbeitet, die damals zunehmend an Bedeutung gewann.

Aufsuchende Arbeit im Rhythmus der Begegnungen

Eines Tages besuchten wir einen Mann in einem kargen Zimmer. Er begrüßte uns an der Tür, ca. 40 Jahre alt, bärtig, hager. Er legte sich wieder ins Bett. Burkhard kannte den Patienten, ich stellte mich vor. Er revanchierte sich: »Ich bin der König vom Bett.« Ich weiß nicht mehr, ob er sein Bett für uns verlassen hat, aber ich bin mir sicher, dass es uns nicht wichtig war. Ich weiß auch nicht mehr, wie unser Gespräch verlief oder ob er überhaupt etwas erzählte. Er schien sich ausreichend wohl und sicher zu fühlen. Ich bin in meiner Erinnerung gerade am Ende der 1980er Jahre, aber die Szene und die Atmosphäre habe ich vor Augen. Kann es jemandem gut gehen, der die Tage allein in seinem Zimmer verbringt, einem Mann, etwas älter als wir? Keine Tätigkeit, allein, in einer eigenen Welt? Ich weiß es nicht, aber wir wollten, dass er dort bleiben kann. Wir wollten nach ihm schauen. Kommt er irgendwie zurecht? Offensichtlich. Wir haben Menschen betreut, die uns mehr Sorgen machten.

Burkhard und ich sind tagelang zu Patientinnen und Patienten gefahren. Burkhard kannte viele von ihnen und stellte sie mir vor. Manchmal fuhren wir zu Menschen, auf die uns andere aufmerksam machten. Wir haben sie besucht, mit dem Respekt und der Zeit, die man als Besucher mitbringt. Wir haben Zeit mit ihnen verbracht, haben Tee getrunken und gemeinsam MTV geschaut. Wir hatten keinen Zeitdruck, wir mussten keine Berichte schreiben oder wenn, dann genügten ein paar schwer lesbare Zeilen. Niemand hat uns kontrolliert. Manchmal haben wir in Besprechungen erzählt, was wir erlebt haben, oder wir haben Rat gesucht. Ich erinnere mich an ein starkes Vertrauen des ganzen Teams, dass wir nicht am Rhein sitzen und Bier trinken. Haben wir auch nicht. Wir hatten eine Idee, eine Vision. Sie bestand darin, Krankenhauseinweisungen zu vermeiden und die Patientinnen und Patienten, die seit Jahren und Jahrzehnten in den Langzeitstationen versorgt und bevormundet wurden, dort herauszubringen. Das waren die Therapieziele, jedenfalls oft. Später wurde ich anspruchsvoller, ich weiß nicht, ob erfolgreicher. Damals war es das, was wir taten, und vieles, was wir nicht taten. Burkhard mochte die Patientinnen und Patienten so wie sie waren, und wenn man jemanden mag, will man ihn nicht verändern. Wir haben oft gelacht und uns gewundert, aber ich kann mich wirklich an keine geringschätziges Bemerkung Burkhard über einen zu Betreuenden erinnern. Auch nicht an übermäßige Besorgtheit, Angst oder den therapeutischen Aktivismus, den ich von den Aufnahmestationen kannte. Wir hatten eine gute Zeit. Es war die beste psychiatrische Arbeit, die ich je gemacht habe. Wir waren uns meist einig, wir hatten dieselben Ziele. Es gab keine sinnlosen Auflagen, keine spürbaren Abrechnungszwänge, nichts, was unsere Arbeit einzwängte. Sie folgte dem Rhythmus der Begegnungen.

Wo beginnt sozialpsychiatrische Arbeit?

In Raunheim betrieben wir eine offene Sprechstunde, die Teil der Arbeit der Institutsambulanz des PKH war. Es war klar, wann wir dort und ansprechbar waren. Termine gab es keine, Verabredungen fürs nächste Mal schon. Wenn von den Besucherinnen und Besuchern oder uns gewünscht, führten wir in einem Nebenzimmer Einzelgespräche. Burkhard führte sie oder ich, manchmal wir beide zusammen. Wir besprachen gemeinsam die Medikation. In einem größeren Raum saßen alle Besucher an einem Tisch. Wir haben Kaffee getrunken, Kuchen gegessen, geredet, gespielt. Wir wussten, wer da war und nach wem wir mal wieder schauen sollten.

Ich hatte in der Gerontopsychiatrie des PKH Riedstadt gearbeitet. Der Arbeitsdruck war enorm gewesen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben das Beste daraus gemacht, und mein Chef Hans Steinmetz war ein Genie im Herstellen einer guten Arbeitsatmosphäre, in der alle, auch die Angehörigen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gesehen wurden – ein Hausarzt, ein Sozialpsychiater, der sich nicht so nannte. Danach war ich im Langzeitbereich, und Maria Rave-Schwank, die Direktorin des Krankenhauses, ließ mir alle Freiheiten. Es galt als respektable Arbeit, dass ich regelmäßig mit vier Patientinnen und Patienten ins Schwimmbad (und in das Café des Schwimmbads!) gefahren bin, was einen halben Arbeitstag in Anspruch nahm. Das große Engagement galt den kleinen Freiräumen, Erlebnissen und Kontakten der Patientinnen und Patienten in einer Welt, die ich als bevormundend und überflüssig betrachtet habe. Von meiner Zeit auf der Sucht- und der Aufnahmestation will ich schweigen. Vor allem die Zeit auf der allgemeinen Aufnahmestation verbinde ich mit einem schlechten Gewissen. Ich litt unter der weitgehenden Sinnlosigkeit eines psychiatrischen Krankenhauses, fühlte mich erst in der Ambulanz angekommen und dort vor allem in der aufsuchenden Arbeit mit Burkhard Held und mit Cord Bültemann, den wir unfasslich früh verloren haben.



Wissen, wo und wie der Mensch lebt

Wie wichtig ist der Ort, an dem wir die Patientinnen und Patienten sehen! Wie sollen wir die Lebensweise irgendeines Menschen verstehen, wenn wir nicht wissen, wo und wie er lebt, wenn wir sie nicht wenigstens ein klein wenig teilen? Weil er es uns erzählt? Weil unsere Fähigkeit der Empathie uns beflügelt und seine Lebenswelt zu uns trägt? Niemand ist überall der Gleiche. In einem Arztzimmer wird die Patientin oder der Patient von ihrer oder seiner Welt und damit von sich isoliert, vor allem wenn sie/er sich schlecht mitteilen kann. Sie werden mit dem Ortswechsel »sterilisiert«, sie können uns nicht mehr mit der Atmosphäre ihres Lebens anstecken. Wir können, sollen und wollen nicht mehr sehen, riechen, hören, wie die Patientin oder der Patient lebt. Eine Station verschleiert erst recht die Individualität der Patientinnen und Patienten. Wie waren sie, bevor sie krank waren? Was fanden sie schön, angenehm? Was waren sie gewohnt? Und natürlich: Was können sie gut? Man ahnt das alles vielleicht, aber dann springt man in vermeintlicher Gewissheit zurück auf den sicheren Boden des Handwerks der Psychiatrie oder der Psychotherapie. Man sollte keinen Menschen psychiatrisch behandeln, den man nicht zu Hause besucht hat oder wenn man nicht wenigstens bereit ist, ihn früher oder später zu besuchen.

Ein neues Zuhause organisieren

Aber wir haben uns auch bemüht, für die hospitalisierten Patientinnen und Patienten ein neues, persönlicheres Zuhause zu organisieren. Zuhause ist dort, wo man Besuch empfangen kann. Burkhard war ein Teil des Teams, das ein kleines Wohnheim in Groß-Gerau aufgebaut hat – mit allen Schwierigkeiten und Konflikten. Es handelte sich um ein Haus, in dem vier Bewohnerinnen und Bewohner Platz fanden. Träger war der Sozialpsychiatrische Verein Riedstadt. Das Projekt selbst war unter uns damals selbstverständlich. Maria Rave-Schwank war dabei, vor Ort aktiv, zuversichtlich wie immer. Aber es war etwas ziemlich Neues in unserer Region oder eher: für den Sozialpsychiatrischen Verein. Es gab schon lange eine Wohngemeinschaft in Crumstadt, die ein toleranter und interessierter Vermieter geräuschlos auf eigene Faust organisiert hatte und die wir manchmal besuchten, in die wir Patientinnen und Patienten entließen und dort weiterbehandelten. In Groß-Gerau hatte Maria Rave-Schwank damals einfach eine Gelegenheit ergriffen, die Gelegenheit, eine Langzeitpatientin mit Unterstützung ihres Bruders an den Ort zurückzubringen, an dem sie schon einmal gelebt hatte, in ihr Elternhaus. Diesen Ort sollte sie nun mit neuen altbekannten Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern aus dem Langzeitbereich des PKH Riedstadt teilen. Wir wählten für diese WG weitere Patientinnen und

Patienten aus, denen wir diesen Wechsel wünschten, weitgehend unabhängig davon, wie krank sie waren. Die Idee war, dass manchmal eine neue Lebenssituation überraschend Bewegung in eine festgefahrene Psychopathologie bringen kann. Das hat nicht immer geklappt, aber manche Bewohnerin und mancher Bewohner kam besser zurecht, als wir und andere es erwartet hatten. Das Projekt forderte von uns viel Bereitschaft, Risiken einzugehen, Kritik einzustecken und die Ruhe zu bewahren.

Es ist inzwischen weithin selbstverständlich, dass kleine Wohngruppen oder kleine Heime den Ort darstellen, an dem fast alle Menschen mit schweren chronischen psychischen Erkrankungen leben können und sollten, sofern es denn nicht in einer eigenen Familie oder allein möglich ist und bevorzugt wird. Kleinere, rehabilitativ orientierte Wohnformen und Übergangseinrichtungen haben sich durchgesetzt. Aber die Logik der großen identitär organisierten Anstalten ist nicht gebrochen. Derzeit leben fast 800.000 alte Menschen in Altersheimen, viele davon in großen Heimen mit Hunderten von Bewohnerinnen und Bewohnern. Fast die Hälfte der Heime sind privatwirtschaftlich organisiert. Natürlich ist es ökonomischer und lukrativer, eine größere Masse alter Menschen an einem Ort zu versorgen. Aber sind das ausreichende und vertretbare Gründe, Menschen wegen Alter und Gebrechlichkeit aus ihren kleinen Heimen zu vertreiben und an einem Ort zusammenzuführen, an Orten, von denen wir inzwischen auch wissen, wie gefährlich sie sind? Wieso werden immer noch große Altenheime gebaut, die die identitäre Logik der psychiatrischen Anstalten im Wesentlichen fortführen, statt dass sie in kleinen Wohngemeinschaften oder leicht überschaubaren Heimen leben können?

Von Häusern und Menschen

Letztes Jahr habe ich die Gedenkstätte Rivesaltes in Südfrankreich besucht. Das Lager aus Barackenruinen ist riesig und liegt auf einem flachen, trockenen Landstrich. Im Sommer ist es dort heiß, im Winter kalt und windig. 1939 wurde dort ein Militärlager errichtet. Als es nach der

raschen Niederlage der französischen Armee nicht mehr für die Armee gebraucht wurde, wurden ab 1940 wechselnde Minderheiten in dem Lager zusammengepfercht: zunächst »Zigeuner«, Juden, Arbeitslose, politische Oppositionelle, dann Flüchtlinge aus Spanien (nach der Machtübernahme durch Franco). Schließlich wurden die Juden deportiert, was leichter war, nachdem das Vichy-Regime sie bereits vor der Okkupation der Nazis auf eigene Faust dort versammelt hatte. Später folgten die Kollaborateure der Nazis in Frankreich und deutsche Kriegsgefangene, dann algerische Nationalisten und schließlich »Harkis«, also die Algerier, die mit den Franzosen in Algerien zusammengearbeitet haben. Nach dem Ende des Kolonialismus wurden dort Militärs aus Guinea untergebracht und zu Beginn des 21. Jahrhunderts Flüchtlinge, die abgeschoben werden sollten. Jetzt ist es eine Gedenkstätte – endlich nur noch das. Nachdem das Lager erst einmal errichtet war, existierte es immer weiter – für alle, die nicht richtig dazugehörten, die verhasst waren, die später ins Land kamen, die zu viele waren, anonym, gewaltsam klassifizierbar. Die Vorurteile und das Lager – eine fatale Passung. Orte machen Geschichte, nicht nur Geschichte Orte. Völlig egal, wer dort war, die Logik der französischen Behörden war immer dieselbe: Wie können wir eine unbeliebte Minderheit ausgrenzen und minimal versorgen, bis ein Teil verstorben ist, bis wir sie umbringen lassen, sie als Arbeitskräfte gebrauchen oder sie irgendwie im Land verteilen können? Sicher hat niemand diesen Ort des Elends, des Hungers und der Krankheiten freiwillig besucht – außer Vertreterinnen und Vertreter von Hilfsorganisationen, Krankenschwestern, Lehrerinnen und Lehrer, die getan haben, was sie konnten. Sie haben vielen Menschen, vor allem Kindern, legaler und illegalerweise das Leben gerettet.

Es gibt weiter in aller Welt Lager, psychiatrische Krankenhäuser und Großheime für psychisch kranke Menschen, in denen sie ihrer Freiheit beraubt, vernachlässigt und misshandelt werden. Es gibt Ghettos und Einrichtungen für Flüchtlinge, Migranten und andere Minderheiten. Es wird das alles weiter geben, solange wir nicht



Rivesaltes Camp Memorial, Lagerabschnitt F (2013)

zeigen, dass sie inhuman und überflüssig sind, und solange wir nicht die Gemeinsamkeit und gleichzeitig die Individualität aller Menschen wichtiger finden als die sozialen Kategorien, die wir konstruieren. Es sind nicht nur Institutionen, Ideen, Gesetze usw., sondern auch Orte und Häuser, die auf Menschen warten und ihre Leben fressen.

Zeit bekommen – geben – teilen

Ich bin Anfang der 1990er Jahre in eine wirklich gute Gemeinschaftspraxis gewechselt. Wir haben uns viel Zeit gelassen, aber wir mussten einem absurden Abrechnungssystem Rechnung tragen. Es war ein ständiger Kampf, ein Ausreizen von Diagnosen und Ziffern, ein unmäßiger Verwaltungsaufwand. Es gab Auseinandersetzungen um Abrechnungen und die Verordnung verträglicherer Medikamente. Es war eine existenzgefährdende Arbeit. Hausbesuche habe ich fast keine mehr unternommen, nur Heime besucht, auch Altenheime, darunter eine wirklich starke Wohngemeinschaft für schwer demente Menschen. Aber man sollte keine Arztpraxen zulassen, die wie kleine Unternehmen funktionieren. Man sollte niemandem erlauben, sich an den Notlagen seiner Mitbürgerinnen und Mitbürger zu bereichern. Man sollte die gesamte ambulante medizinische Versorgung an gemeinnützige Organisationen binden oder verstaatlichen und das Personal ebenso nach der Motivation wie nach dem Kön-

nen auswählen. Leute, die viel Geld verdienen wollen, müssten einen anderen Beruf, nicht den des Arztes ergreifen. Alle Berufsgruppen müssen motiviert sein, um diese Arbeit zu machen.

Die ambulante Psychiatrie ist spannend, wenn sie gut ist. Wenn man den Menschen, die dort arbeiten, die Mittel zur Verfügung stellt, die sie brauchen – und das ist vor allem Zeit und nochmals Zeit – dann werden sich immer gute Leute finden, die diese Arbeit mit Herz und Kopf machen.

Ich bin froh, dass ich mit Menschen wie Burkhard Held, Alexa Köhler-Officerski, Andreas Vogel, Karl Nürnberger und anderen in der Ambulanz zusammenarbeiten durfte. Für mich war es eine kurze Zeit der Utopie. Ich habe sie aus den Augen verloren, auch Burkhard, aber ich weiß, dass Burkhard dieser Arbeit und dieser Arbeitsweise treu geblieben ist, sie weitergegeben und die Arbeit des SPVs im Sinne dieser Utopie gestaltet und weiterentwickelt hat. Er konnte damals nicht anders und wird auch heute nicht anders können. Ich denke gerne an ihn und an diese Jahre zurück. Sie haben mich geprägt, und ich habe viel von ihm gelernt. ■

Dr. phil. Dipl.-Soziologe Michael Huppertz,
Arzt für Psychiatrie/Psychotherapie
E-Mail: mihup@web.de
www.mihuppertz.de