

# PSYCHIATRIE IN WESTFALEN

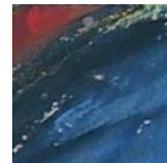
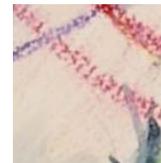


**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.



<b>Inhalt</b>	<b>Seite</b>
Vorwort Dr. Wolfgang Kirsch Helga Schuhmann-Wessolek Dr. Barbara Rüschoff-Thale .....	4
<b>Kapitel 1   Ansgar Weißer</b> Geschichte der Psychiatrie in Westfalen .....	6
<b>Kapitel 2   Ulrich Trenckmann</b> Von der Westfälischen Anstaltspsychiatrie zum LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen – 30 Jahre jüngere Psychiatriegeschichte in Westfalen .....	76
<b>Kapitel 3   Gaby Bruchmann</b> Von der Gegenwart zur Zukunft der kommunalen Psychiatrie in Westfalen .....	96
Herausgeber .....	108
Autoren .....	109
Impressum .....	110
Bildnachweis .....	111



Die öffentliche psychiatrische Versorgung kann in Westfalen-Lippe auf eine fast 200-jährige Geschichte zurückblicken. Seit der Einrichtung der Landschaftsverbände in Nordrhein-Westfalen gehört die Betreuung der Psychiatriepatienten zu den zentralen Leistungen des LWL, der in der Wahrnehmung dieser Aufgabe in der Tradition der preußischen Provinz Westfalen (1815–1826), der Provinzialstände der preußischen Provinz Westfalen (1826–1886) und des Provinzialverbandes Westfalen (1886–1953) steht. Als eines der ältesten deutschen psychiatrischen Fachkrankenhäuser kann die LWL-Klinik Marsberg im Jahr 2014 ihr 200-jähriges Jubiläum feiern. Dies ist für uns Anlass, Geschichte und Zukunft der kommunalen Psychiatrie in Westfalen-Lippe zu würdigen. Das LWL-Institut für westfälische Regionalgeschichte hat hierzu unentbehrliche Grundlagenforschung geleistet und dabei auch die Fakten und Folgen der NS-Psychiatrieverbrechen in den westfälischen Provinzial-Heilanstalten kritisch aufgearbeitet.

Als wegweisend für die heutige Psychiatrie hat sich die Psychiatriereform erwiesen, die mit der sogenannten Psychiatrie-Enquête 1975 ihren Anfang nahm. Für Westfalen-Lippe hat sich der LWL als Träger psychiatrischer Fachkrankenhäuser frühzeitig an den Reformen beteiligt und die Umsetzung vorangetrieben. So wurden aus den ursprünglich großen Fachkrankenhäusern eine Vielzahl von kleineren, gemeindenah ausgerichteten Einheiten. Die Kliniken, Tageskliniken und Institutsambulanzen des

LWL stehen für diese erfolgreiche Umsetzung einer gemeindenah orientierten Versorgung. Heute bildet der LWL-PsychiatrieVerbund mit seinen mehr als 100 Einrichtungen und Außenstellen, die rund 6.500 Betten und Plätze umfassen, einen wesentlichen Grundpfeiler der psychiatrischen Versorgung der 8,4 Mio. Einwohnerinnen und Einwohner in Westfalen-Lippe. Die vielfältigen Leistungen werden von rund 9.250 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens erbracht. Eine dezentral ausgerichtete Standortstruktur und die Einbindung in ein dichtes Netz psychiatrischer und psychosozialer Leistungen ermöglichen dem LWL-PsychiatrieVerbund jetzt wie auch künftig, eine gemeindenah Versorgung in seinen Regionen vorzuhalten.

Vieles konnten wir für die Behandlung psychisch erkrankter Menschen erreichen. Vieles bleibt noch zu tun. Der demografische Wandel und die finanziellen Rahmenbedingungen werden uns vor große Herausforderungen stellen.

Wir hoffen, dass Ihnen diese Publikation einen informativen Einblick in die kommunale Psychiatrie Westfalen-Lippes vermittelt. Deutlich wird, dass die Psychiatrie kein Randgebiet der Medizin ist, sondern ein für die gesellschaftliche Entwicklung und die Lebensqualität der Menschen entscheidendes Fachgebiet darstellt.



A handwritten signature in black ink that reads "Dr. Wolfgang Kirsch".

**Dr. Wolfgang Kirsch**  
*LWL-Direktor*



A handwritten signature in black ink that reads "Helga Schuhmann-Wessolek".

**Helga Schuhmann-Wessolek**  
*LWL-Krankenhausdezernentin*



A handwritten signature in black ink that reads "Dr. Barbara Rüschoff-Thale".

**Dr. Barbara Rüschoff-Thale**  
*LWL-Kulturdezernentin*



**Ansgar Weißer**

# Geschichte der Psychiatrie in Westfalen

01. Die Entstehung der Psychiatrie .....	<b>7</b>
02. Die Anfänge der psychiatrischen Versorgung in Westfalen (1815 bis 1870) .....	<b>10</b>
03. Der Ausbau des westfälischen Anstaltswesens im Kaiserreich (1871 bis 1914) ...	<b>17</b>
04. Der Erste Weltkrieg und seine Folgen (1914 bis 1918) .....	<b>27</b>
05. Nachwirkungen des Krieges und erste Reformansätze (1918 bis 1924) .....	<b>32</b>
06. Zwischen Reform und Krise (1924 bis 1933) .....	<b>40</b>
07. Die westfälische Anstaltspsychiatrie im Nationalsozialismus (1933 bis 1945) .....	<b>48</b>
08. Zwischen Kriegsende und Wiederaufbau (1945 bis 1955) .....	<b>61</b>
09. Modernisierungsbemühungen in der Anstaltspsychiatrie (1955 bis 1970) .....	<b>64</b>
10. Umstrukturierung der Versorgung (1970 bis 1980) .....	<b>69</b>



## 1.01 | Die Entstehung der Psychiatrie

Jahrhundertlang wurden psychische Erkrankungen nicht als Krankheit verstanden und psychisch Kranke aus der Gesellschaft ausgegrenzt. Erst im Zuge der Aufklärung am Ende des 18. Jahrhunderts forderte eine kritische Öffentlichkeit eine medizinische Betreuung und eine humanere Behandlung von psychisch Kranken. Dies führte um die Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert zur Entstehung der ersten spezifischen „Heil- und Pflegeanstalten“ für psychisch Kranke sowie zur Herausbildung der Psychiatrie als eigenes medizinisches Fach.

Die Geschichte der modernen Psychiatrie in Deutschland beginnt Ende des 18. Jahrhunderts mit der Einrichtung erster spezifischer Heilstätten für psychisch Kranke. Über Jahrhunderte hinweg waren „Narren“, „Tolle“, „Irre“ bzw. „Geisteskranke“, „Wahnsinnige“ und „Blödsinnige“, so die früher gängigen Bezeichnungen für psychisch Kranke und geistig Behinderte, aus der Gesellschaft ausgegrenzt und unter inhumanen Bedingungen eingesperrt worden. Zwar existierte in der Medizin bereits seit der Antike die Vorstellung, dass psychische Störungen wie andere Krankheiten auch körperliche Ursachen hatten. Allgemein wurden jedoch psychische Erkrankungen nicht als Krankheit verstanden, sondern galten als Strafe für Sünde und ungezügelter Leidenschaft oder wurden mit der Besessenheit von bösen Geistern in Verbindung gebracht. Die Gefährlichkeit der tobenden, rasenden oder manischen Kranken schien ihren Mitmenschen offensichtlich. Während die als harmlos geltenden Schwermütigen in der Großfamilie oder der dörflichen Gemeinschaft verblieben, führte die geringe Toleranz der Gesellschaft gegenüber dem abweichenden Verhalten der als gefährlich angesehenen psychisch Kranken zu deren Ausgrenzung und gesonderten Unterbringung.

Dabei dominierten jahrhundertlang Unterbringungsformen, die aus heutiger Sicht mehr an Gefängnisse erinnern als an Krankenzimmer. Als gefährlich betrachtete psychisch Kranke wurden im Mittelalter in „Narrenhäuschen“ und „Narrenkäfigen“ eingesperrt und öffentlich zur Schau gestellt. Später wurden „ruhige Geistesgestörte“ auch in Hospitälern oder Ordensklöstern aufgenommen. In der frühen Neuzeit ent-



standen zudem spezielle Einrichtungen, in denen psychisch Kranke gemeinsam mit anderen ausgegrenzten Personengruppen untergebracht wurden, die nach Auffassung von Staat und Gesellschaft die öffentliche Sicherheit und Ordnung störten. Psychisch Kranke wurden zusammen mit Straftätern, Bettlern und Landstreichern, Armen, Geschlechtskranken und Prostituierten in Tollhäuser oder Zucht- bzw. Arbeitshäuser eingesperrt. Die hygienischen Bedingungen waren selbst nach damaligen Maßstäben katastrophal und die Versorgung ungenügend. Zumeist wurden die psychisch Kranken gefesselt und angekettet. Wie andere Gefangene mussten auch die Kranken arbeiten, wenn sie dazu fähig waren.

Gegen die menschenunwürdigen Zustände in diesen Einrichtungen formierte sich Ende des 18. Jahrhunderts im Zeichen der Aufklärung grundlegende Kritik. Eine kritische Öffentlichkeit forderte von nun an eine humanere Behandlung der psychisch Kranken und die Unterbringung der Patienten in geeigneten Einrichtungen. Im Zusammenhang mit den Ideen der Aufklärung stand die Forderung, bei der Behandlung der psychisch Kranken auf Zwang und Gewalt zu verzichten und den Betroffenen möglichst viel Freiheit zu geben. Milde, Zuwendung und Geduld sollten nach den neuen Grundsätzen der „moralischen Behandlung“ den Umgang mit psychisch Kranken kennzeichnen. Die neue Bewertung der „Irrenfürsorge“ im Rahmen der Aufklärung sowie die Anerkennung der „Irren“ und „Wahnsinnigen“ als zu behandelnde Kranke, die nach medizinischen Maßstäben ärztlich zu betreuen waren, führte um die Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert zur Entstehung der ersten spezifischen „Irren“- bzw. „Heil- und Pflegeanstalten“ sowie zur Herausbildung der Psychiatrie als eigenes medizinisches Fach.

Die im Jahr 1805 eröffnete Heilanstalt in Bayreuth gilt als älteste Einrichtung einer modernen Psychiatrie im deutschsprachigen Raum. In den nächsten Jahren folgte die Errichtung zahlreicher weiterer psychiatrischer Anstalten. Bis zur Ausbildung einer flächendeckenden Versorgung mit entsprechenden Einrichtungen dauerte es jedoch noch Jahrzehnte. Bis dahin war der größte Teil der psychisch Kranken weiter auf die Hilfe der Familie angewiesen. Darüber hinaus waren Städte und Gemeinden für ihre Versorgung verantwortlich. In Preußen wurde zudem die provinzielle Selbstverwaltung zuständig, die im 19. Jahrhundert schrittweise eingeführt wurde. Nach Gründung der preußischen Provinz Westfalen 1815 erhielt Westfalen mit der Errichtung



der Provinzialstände im Jahr 1826 erstmals eine politische Gesamtvertretung. Mitglieder des westfälischen Provinziallandtages waren adelige Großgrundbesitzer und Gewerbetreibende sowie Beamte und Landwirte als Vertreter der Städte und Landgemeinden. Zunächst besaß der Landtag nur eingeschränkte Befugnisse. Ein Mitspracherecht hatte er in der Frage der Versorgung und Unterbringung psychisch Kranker und geistig Behinderter in der Provinz, mit der er sich nach 1826 mehrfach befasste. An der Verwaltung der Provinzialanstalten durften die westfälischen Provinzialstände ebenfalls mitwirken, letztlich unterstanden die Provinzialanstalten jedoch dem Oberpräsidenten als Vertreter des preußischen Staates. Nach der Reichsgründung 1871 wurden die Befugnisse des Provinziallandtages erheblich erweitert. Die Verwaltung provinzieller Einrichtungen, insbesondere der Heil- und Pflegeanstalten, und des provinziellen Vermögens gingen an die Provinzialstände über. Ebenfalls Anfang der 1870er Jahre erfolgten die Zuweisung staatlicher Finanzmittel zur Erfüllung der wachsenden Aufgaben und der Aufbau einer eigenen Provinzialverwaltung. Mit der Einführung der Provinzialordnung in Westfalen 1886 wurde anstelle der bisherigen Provinzialstände ein kommunaler Provinzialverband errichtet, dessen Mitglieder die kreisfreien Städte und Landkreise waren. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) ist der direkte Nachfolger dieses Provinzialverbandes. Zugleich wurde die Finanzierung der provinziellen Selbstverwaltungsaufgaben auf eine neue Grundlage gestellt: Von nun an wurden nicht nur die staatlichen Zuweisungen an den Provinzialverband erheblich erhöht, sondern auch eine Beteiligung der Stadt- und Landkreise an der Aufgabenerledigung des Verbandes eingeführt.



■ Krankengebäude  
in Marsberg



## 1.02 | Die Anfänge der psychiatrischen Versorgung in Westfalen 1815 bis 1870

Erste psychiatrische Anstalt Westfalens war das Landeshospital Marsberg, das 1814 errichtet worden war und damit zu den ersten modernen „Heil- und Pflegeanstalten“ in Deutschland gehörte. Um den Bedarf an Betreuungsplätzen für psychisch Kranke in der Provinz Westfalen zu decken, wurde 1867 eine weitere „Provinzialanstalt“ in Lengerich eröffnet. Da die Ursachen psychischer Krankheiten weitgehend unbekannt waren, verfügte die zeitgenössische Psychiatrie über keine wirksamen Behandlungsmethoden. Heilungserfolge blieben in den meisten Fällen aus und der größte Teil der Kranken musste für lange Zeit in den Einrichtungen bleiben.

Bestrebungen zur Errichtung einer zentralen Heil- und Pflegeanstalt in Westfalen, mit der die schlechte Versorgung psychisch Kranker verbessert werden sollte, hatte es erstmals Ende des 18. Jahrhunderts gegeben. Bis zur Entstehung der preußischen Provinz Westfalen im Jahr 1815 scheiterten allerdings sämtliche Bemühungen. Als erste psychiatrische Anstalt Westfalens konnte das Landeshospital Marsberg übernommen werden, das zuvor in der damaligen Landgrafschaft Hessen-Darmstadt eingerichtet worden war und nach der territorialen Neuordnung Preußens zur Provinz Westfalen gehörte.

### **Die erste psychiatrische Einrichtung Westfalens:**

#### **Das Landeshospital Marsberg**

Das Landeshospital Marsberg war 1814 in den Räumen eines zuvor aufgelösten Kapuzinerklosters in Niedermarsberg gegründet worden. Die Lage in ländlicher Umgebung galt als ideal für die Heilung von Geisteskranken. Zwar war die Einrichtung ursprünglich als Heilungs- und Versorgungsanstalt für körperlich und seelisch erkrankte Männer und Frauen vorgesehen, nach der Eröffnung wurden aber vorrangig psychisch Kranke und Epileptiker aufgenommen. Das Landeshospital gehörte damit





■ Zeichnung der  
„Provinzial-Irrenanstalt“  
Niedermarsberg von 1834

zu den ersten modernen „Irren-Heil- und Pflegeanstalten“, die in Deutschland nach 1800 gegründet worden waren.

Anders als bei den älteren Einrichtungen für psychisch Kranke und geistig Behinderte erhielt ein Arzt die Leitung der Marsberger Anstalt. Vorbildlich war die Marsberger Einrichtung bei der Qualifikation des beschäftigten Pflegepersonals. Während die Schulung des Pflegepersonals im Bereich der psychiatrischen Anstalten erst um 1900 allgemein üblich wurde, sah die Marsberger Anstalt bereits 1814 eine Ausbildung und Prüfung der „(Kranken-)Wärter“ durch den ärztlichen Leiter vor. Als modern galt auch die Führung von „klinischen Tagebüchern“, in denen die Diagnosen und Vorgeschichten, die durchgeführten Therapien, die Aufenthaltsdauer sowie das Verhalten der Kranken protokolliert wurden. Besonderer Wert wurde in Marsberg auf die Anlage eines neuen Gartens gelegt, in dem die Kranken spazieren gehen konnten. Darüber hinaus wurden die Kranken zu verschiedenen Beschäftigungen, etwa zur Haus-, Hof-, Garten- und Feldarbeit angehalten.

Den zeitgenössischen Vorstellungen entsprach auch die in der Marsberger Anstaltsordnung geforderte Behandlung der Kranken. Die Unterschiedlichkeit von psychischer Erkrankung und körperlichen Leiden wurde berücksichtigt und ein besonderer



Umgang mit den Patienten angeordnet. So sollte den Kranken mit „Gelassenheit, Geduld, Sanftmut und Aufopferung“ begegnet werden. Von den Kranken wurden vor allem Ruhe und Disziplin sowie Gehorsam gegenüber dem Direktor und dem Pflegepersonal erwartet. Bei Verstößen gegen die strenge Anstaltsordnung drohten zahlreiche Strafen. Die strenge Reglementierung der Lebensführung und Disziplinierung der Patienten sollte der „Erziehung“ dienen und eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft ermöglichen.

Da die tatsächlichen Ursachen psychischer Krankheiten weitgehend unbekannt waren, verfügte die zeitgenössische Psychiatrie nur über Behandlungsmethoden, die auf Erfahrungswissen beruhten und aus heutiger Sicht martialisch wirken. Einen Einblick in die zeitgenössische medizinische Behandlung und die Anwendung psychiatrischer Zwangsmittel geben die Berichte des ersten Marsberger Direktors Julius Wilhelm Ruer (1784 bis 1864). Um „tobsüchtige“ Patienten ruhigzustellen, kamen unterschiedliche „Zähmungsmittel“ zur Anwendung. Hierzu zählten etwa das Einsperren in einen Sack oder eine Isolierzelle sowie Formen der Fixierung, wie das Fesseln von Armen und Beinen oder das Anschnallen des Kranken im Bett oder an der Wand. Die Ruhigstellung des Körpers sollte eine Beruhigung des Geistes bewirken. Ebenfalls zum Einsatz kam die sogenannte Cox'sche Schaukel. Dabei handelte es sich um einen Drehstuhl, dessen Anwendung zur völligen Erschöpfung führen und den Patienten auf diese Weise beruhigen sollte. Als „anregende Mittel“ wurden neben Peitschen auch kalte Duschen, Dauertropfbäder und Brenneisen eingesetzt. Da wirkliche Heilungserfolge in den meisten Fällen ausblieben, musste der größte Teil der Patienten langfristig in der Einrichtung bleiben.

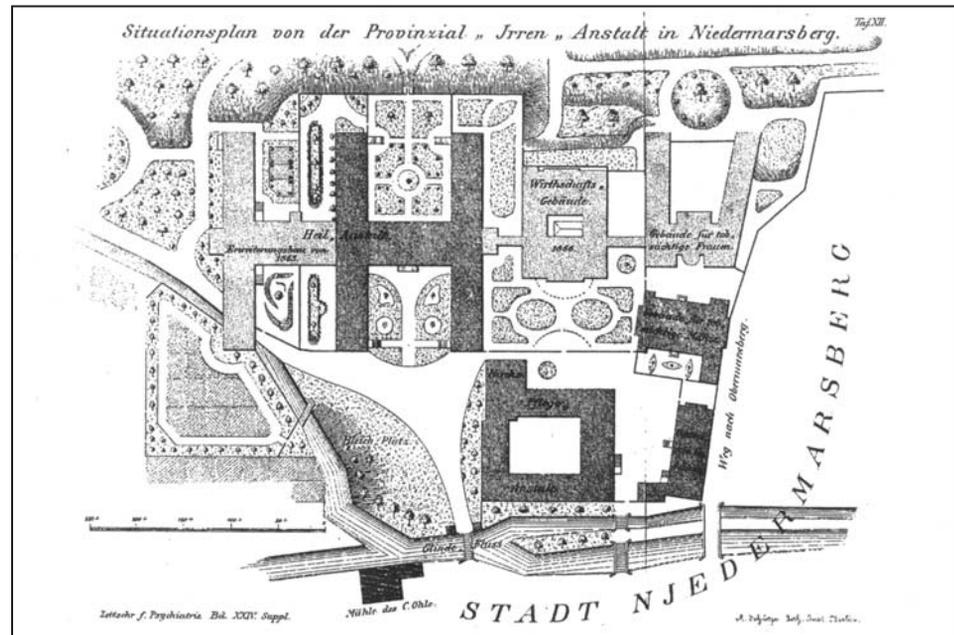
### Ausbau des Marsberger Landeshospitals zur Heil- und Pflegeanstalt

Das Landeshospital Marsberg war ursprünglich für die Aufnahme von 30 Kranken geplant gewesen. Schon bald war das Hospital jedoch stark überbelegt. Die Kapazitäten der Anstalt reichten bei Weitem nicht aus, um den Versorgungsbedarf der Provinz Westfalen zu decken. In den folgenden Jahren kam es deshalb zwischen dem westfälischen Provinziallandtag und der preußischen Zentralregierung in Berlin zu langwierigen Auseinandersetzungen um die zweckmäßige Gestaltung des Anstaltswesens in Westfalen. Am Ende gab es einen Kompromiss: Während das bestehende



■ Patientenakte aus dem 19. Jahrhundert





■ Lageplan der Heilanstalt Marsberg von 1865

Marsberger Hospital zu einer Pflegeanstalt für unheilbar Kranke umgewidmet wurde, entstand in unmittelbarer Nachbarschaft eine Heilanstalt für die Aufnahme heilbarer Kranker, die am 1. Juli 1835 eröffnet wurde.

Dem Heilungsanspruch entsprechend sollten in die Heilanstalt nur Patienten aufgenommen werden, die weder von Kindheit an oder durch Altersschwäche „blödsinnig“, chronisch krank oder länger als ein Jahr erkrankt waren, da eine psychische Erkrankung nur in den ersten zwölf Monaten als heilbar galt. Die Pflegeanstalt war dagegen für die übrigen psychisch Kranken und geistig Behinderten gedacht, insbesondere, wenn diese als „gemeingefährlich“ eingestuft wurden. Der Gedanke der öffentlichen Sicherheit spielte bei der Aufnahme in die Pflegeanstalt eine zentrale Rolle. Schließlich wurden auch diejenigen Kranken in die Pflegeanstalt verlegt, die in der Heilanstalt innerhalb eines Jahres nicht gesundenen.



In der neuen Heilanstalt, die in der zeittypischen Form eines H nach dem sogenannten „Korridorsystem“ erbaut wurde, waren weibliche und männliche Kranke in getrennten Flügeln untergebracht. Zur Absonderung von „tobsüchtigen“ und „unreinen“ Patienten gab es besondere Räumlichkeiten.

Die für die „Geisteskrankenfürsorge“ zuständigen Gemeinden erkannten bald die Möglichkeit, psychisch Kranke in die zentrale Heil- und Pflegeanstalt in Marsberg abzuschicken, um Kosten zu sparen. Trotz der Erweiterung der Marsberger Einrichtungen reichten die Versorgungsplätze für die steigende Zahl der Kranken und Pflegebedürftigen in Westfalen nicht aus. Aufgrund des zunehmenden Raummangels wurden die Unterbringungsverhältnisse in der Anstalt immer katastrophaler. Kritik gab es zudem an der abgelegenen Lage der Heil- und Pflegeanstalt Marsberg, durch die weite Teile der Provinz von der psychiatrischen Versorgung ausgeschlossen blieben. Die Errichtung einer zweiten Heil- und Pflegeanstalt in Westfalen wurde daher immer notwendiger. Die Entscheidung des westfälischen Provinziallandtags für die Gründung einer „Provinzial-Irren-Anstalt“ in Lengerich fiel 1854. Gleichzeitig entschlossen sich die Provinzialstände zu einer konfessionell getrennten Unterbringung der psychisch kranken und geistig behinderten Menschen in Westfalen. Während in Lengerich die evangelischen Patienten aufgenommen werden sollten, war die Marsberger Heil- und Pflegeanstalt künftig für die Versorgung katholischer Kranker zuständig. Das Ziel der konfessionellen Trennung bestimmte von nun an den weiteren Ausbau des Anstaltswesens in Westfalen maßgeblich mit. Neben religiösen Überzeugungen waren für diese Entscheidung auch die bestehenden Konflikte zwischen Staat und Kirche und die konfessionellen Gegensätze von Bedeutung. Dem Verständnis Preußens als protestantischer Staat stand in der mehrheitlich katholischen Westprovinz Westfalen ein energischer Katholizismus gegenüber. Die konfessionelle Trennung der Anstalten ermöglichte außerdem den Einsatz von Ordensschwestern in der Pflege, wodurch die Betreuungskosten gesenkt werden konnten. Allerdings blieben die zuvor kritisierten langen Anfahrtswege und die weite räumliche Trennung zwischen Patienten und Angehörigen bestehen.



### Die Abkehr von Zwangsmitteln

In der Mitte des 19. Jahrhunderts hatte es in der medizinischen Wissenschaft und der Anstaltspsychiatrie Entwicklungen gegeben, die sich auch auf die westfälische Psychiatrie auswirkten. Zunehmend setzte sich die vom süddeutschen Mediziner und Psychiater Wilhelm Griesinger (1817–1868) im Jahr 1845 formulierte Auffassung durch, dass es sich bei psychischen Störungen um Erkrankungen des Gehirns handle. Damit etablierte sich ein wissenschaftlicher Erklärungsansatz für psychische Erkrankungen, der sich gegen die bisherigen körperlichen und moralischen Deutungen psychischer Störungen richtete und zur Anerkennung der Psychiatrie als eigene Disziplin der Medizin beitrug.

Der englische Arzt und Psychiater John Conolly (1794–1866) forderte die Abschaffung aller Zwangsmittel und eine humanere Behandlung der Kranken. Die Patienten sollten die Möglichkeit zu Bewegung, Beschäftigung, Erholung und Vergnügen haben. Besondere Bedeutung für das von Conolly begründete sogenannte „Non-Restraint-System“ hatte zudem die Anstalt selbst, die sich in günstiger Lage befinden und von allem Gefängnisartigen befreit sein sollte. Auch wenn Conolly einen günstigen Einfluss seines neuen psychiatrischen Behandlungskonzeptes auf die Kranken nachweisen konnte, verteidigten zahlreiche Psychiater die herkömmlichen Disziplinierungen als notwendige therapeutische Maßnahmen. Viele deutsche Anstaltspsychiater vertraten die Ansicht, dass eine vollkommen zwangsfreie Behandlung nicht möglich sei. Andere Anstaltsdirektoren bemühten sich, das „Non-Restraint-System“ in ihren Einrichtungen zu praktizieren.

In den 1850er Jahren zeichnete sich schließlich eine Abkehr von der bisherigen Separierung der Krankheitsfälle in „Heilbare“ und „Unheilbare“ und damit auch von der Trennung in Heil- und Pflegeanstalten ab. Neben finanziellen und administrativen Erwägungen waren dafür auch medizinische Einsichten ausschlaggebend.

### Die „Provinzial-Irren-Anstalt“ Lengerich

Bei der Errichtung der evangelischen „Provinzial-Irren-Anstalt“ in Lengerich wurde den neuen Entwicklungen Rechnung getragen. Anders als Marsberg war Lengerich eine verbundene Heil- und Pflegeanstalt. Die Durchsetzung des neuen psychiatrischen Behandlungskonzeptes zeigte sich bereits bei der architektonischen Gestaltung, die internationalen Maßstäben entsprach. Die Krankengebäude waren im Rechteck an-



■ Portal der Heilanstalt Lengerich



geordnet, das Anstaltsgelände nach außen abgeschlossen und der Innenhof in sich gegliedert. Eine freundliche Gestaltung sollte einen gefängnisartigen Eindruck vermeiden. Durch kleine Gebäudeeinheiten bestand die Möglichkeit zur getrennten Unterbringung der verschiedenen Patientengruppen. Die Isolierung der unruhigen Patienten und eine zweckmäßige Verteilung der Kranken wurden als Voraussetzung für eine freiere und zwanglosere Behandlung gesehen. Für die Trennung der Geschlechter besaß auch die Anstalt Lengerich wie alle psychiatrischen Einrichtungen eine „Geschlechterachse“: In den Gebäuden links von der Zentralachse waren die männlichen Kranken, rechts davon die weiblichen Kranken untergebracht. Die Verteilung der Patienten auf die einzelnen Stationen erfolgte nicht nach der Diagnose, sondern nach dem erforderlichen Pflege-, Betreuungs- und Überwachungsaufwand sowie dem gesellschaftlichen Stand der Patienten.

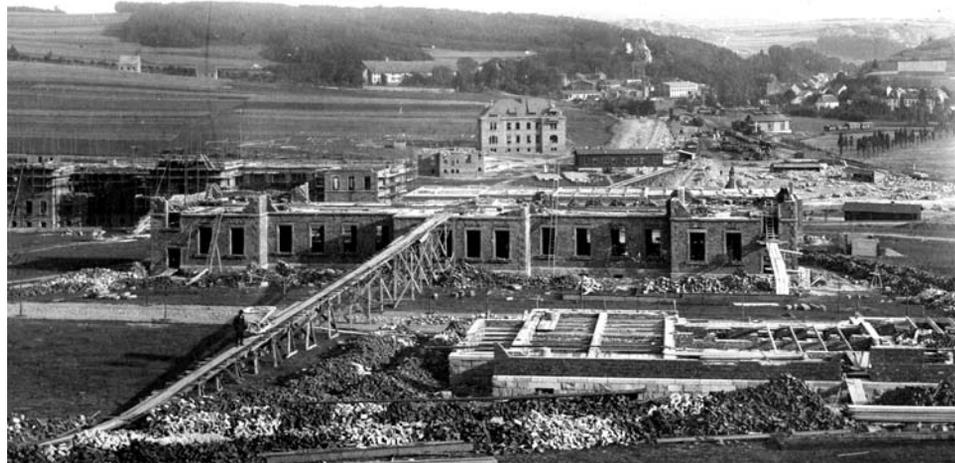
Bereits vor Abschluss der Bauarbeiten wurden 1864 erste Patienten aus der überfüllten Anstalt Marsberg nach Lengerich verlegt. Ursprünglich für 200 Kranke entworfen, wurde die „Provinzial-Irren-Heil- und Pflege-Anstalt Bethesda“ noch vor der Eröffnung am 14. Mai 1867 für einen Bestand von 300 Patienten erweitert. Auch in den folgenden Jahren wurde die Einrichtung mehrfach um neue Abteilungen ergänzt und verfügte kurz nach der Jahrhundertwende über 630 Plätze. Nach der Eröffnung der Lengericher Einrichtung erfolgte auch eine Erweiterung und Anpassung der Anstalt Marsberg an zeitgenössische Therapievorstellungen.

Um eine baldige Überbelegung der beiden westfälischen Einrichtungen zu verhindern, bemühte sich die Provinz um eine rechtzeitige Behandlung psychisch Kranker. Aus diesem Grund wurde den zuständigen Gemeinden seit Ende der 1860er Jahre eine kostenlose Unterbringung ihrer Patienten während des ersten Behandlungsjahres angeboten, wenn diese die Kranken innerhalb der ersten sechs Monate nach Ausbruch der Krankheit einlieferten. Die schnellere Aufnahme von Neuerkrankten sollte die Chancen auf eine Heilung erhöhen und so eine rasche Entlassung ermöglichen. Steigende Heilungsraten und verkürzte Aufenthaltszeiten sollten zudem helfen, Vorurteile abzubauen, die in der Öffentlichkeit gegenüber „Irrenanstalten“ und psychisch Kranken existierten. Trotz dieser Maßnahmen stellte die Überbelegung der psychiatrischen Einrichtungen in den folgenden Jahren das Hauptproblem bei der Versorgung psychisch kranker und geistig behinderter Menschen in der Provinz Westfalen dar.



## 1.03 | Der Ausbau des westfälischen Anstaltswesens im Kaiserreich 1871 bis 1914

Der starke Anstieg der Zahl psychisch Kranker führte im Kaiserreich zu einem Ausbau des psychiatrischen Anstaltswesens. Auch in Westfalen kam es nach der Reichsgründung 1871 zur Errichtung zahlreicher neuer Heil- und Pflegeanstalten. Bis 1919 war in Westfalen ein Versorgungssystem von 14 psychiatrischen Großeinrichtungen mit einer Gesamtkapazität von 11.000 Betten entstanden. Gleichzeitig veränderte sich auch die psychiatrische Behandlung. Mit der Einschränkung von Zwangsmaßnahmen und der Einführung neuer Therapieformen begann sich die Lebenssituation der Patienten langsam zu verbessern.



■ *Bau der Heilanstalt  
Warstein (um 1904)*

Der starke Anstieg der Zahl der als psychisch krank angesehenen Menschen führte im Kaiserreich zwischen 1871 und 1914 zu einer deutlichen Ausweitung des psychiatrischen Anstaltswesens. Eine Ursache für die Zunahme der Krankenzahlen war das rasche Bevölkerungswachstum. In Deutschland wuchs die Bevölkerung zwischen 1890 und 1914 etwa um ein Drittel. Noch größer war die Bevölkerungszunahme im rheinisch-westfälischen Industriegebiet. Allein in Westfalen verdoppelte sich die Bevölkerung zwischen 1880 und 1914 von etwa 2 Millionen auf 4,5 Millionen Menschen. Mit der Entstehung großer Städte im Zuge der Industrialisierung lösten sich zudem traditionelle familiäre und ländliche Strukturen auf, die bis dahin bei der Versorgung psychisch Kranker eine große Bedeutung hatten. Die neu entstandenen Kleinfamilien waren nicht mehr in der Lage, sich um ein psychisch erkranktes Familienmitglied zu kümmern. Einen Anteil an der starken Zunahme psychisch Kranker hatte auch die sprunghafte Verbreitung von Geschlechtskrankheiten in den Großstädten. Viele Psychiatriepatienten litten um die Jahrhundertwende unter der sogenannten „progressiven Paralyse“, einer Folgeerkrankung der Syphilis. Des Weiteren spielten auch das Erkennen von psychischen Krankheiten und der Glaube an deren Heilungsmöglichkeiten eine Rolle. Wesentlich bedeutender für die schnelle Zunahme der Patientenzahlen war jedoch der Ausbau der Fürsorge während des Industrialisierungs- und Urbanisierungsprozesses im 19. Jahrhundert. Den entscheidenden Anstoß für die Expansion der Fürsorge für psychisch Kranke gab die Novelle zum Gesetz über den Unterstützungswohnsitz vom 11. Juli 1891, die in Preußen die Provinzialverbände verpflichtete, für die „Bewahrung, Kur und Pflege der hilfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten, Epileptischen, Taubstummen und Blinden, soweit dieselben der Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen“.

Mit dem gesetzlichen Anspruch auf stationäre Versorgung nahm die Zahl der Patienten sprunghaft zu. Hatte zuvor nur ein kleiner Teil der psychisch Kranken den Weg in die provinziellen Anstalten gefunden, nutzten nun die bisher für die Fürsorge zuständigen Gemeinden die Möglichkeit, möglichst viele Kranke und Personen mit abweichendem Verhalten in die provinziellen Einrichtungen abzuschieben. Die Gemeinden erklärten dabei auch zahlreiche Arme, für deren Fürsorge sie aufkommen mussten, bei geringen Anlässen für psychisch krank und wiesen sie in die Heil- und Pflegeanstalten ein. Nicht allein medizinische, sondern auch Sicherheits- und Ordnungsinte-



ressen sowie Kostenerwägungen entschieden also über die Einweisung in psychiatrische Einrichtungen.

Zu einem immer größer werdenden Problem entwickelten sich zudem die als nichtheilbar geltenden und chronisch kranken Patienten mit langer Verweildauer. Der Anteil dieser Patienten in den bestehenden Kliniken nahm stetig zu und erschwerte die Aufnahme von Neuerkrankten. Mit der notwendigen Versorgung und Unterbringung der unheilbar chronisch Kranken und Siechen war eine neue Aufgabe entstanden, der sich die Träger der psychiatrischen Versorgung stellen mussten.



■ *Pflegehaus der  
Pflegeanstalt Eickelborn  
von 1883  
(Inventarzeichnung)*

### **Ausbau des psychiatrischen Versorgungssystems als Reaktion auf die Überbelegung**

Infolge des Anstiegs der Patientenzahlen entstanden in Deutschland zwischen 1880 und 1914 etwa 120 öffentliche und über 200 private Anstalten für „Geisteskranke“. Auch in Westfalen kam es nach der Reichsgründung 1871 zur Errichtung zahlreicher neuer Heil- und Pflegeanstalten. Der westfälische Provinzialverband eröffnete psychiatrische Einrichtungen in Münster (1878), Eickelborn (1883), Dortmund-Aplerbeck (1895) und Warstein (1905). Er übernahm das jugendpsychiatrische St. Johannesstift in Niedermarsberg (1911) und begann mit dem Bau einer weiteren Heilanstalt in Gütersloh (Eröffnung 1919). Beibehalten wurde dabei das Prinzip der konfessionellen Trennung der Einrichtungen. Lediglich die Eickelborner Anstalt nahm Patienten beider Konfessionen auf.



Während es sich bei den übrigen Neugründungen um verbundene Heil- und Pflegeanstalten handelte, war die Eickelborner Einrichtung aus finanziellen Erwägungen zunächst als reine Pflegeanstalt konzipiert. Ihre Hauptaufgabe bestand in der Entlastung der übrigen überfüllten Provinzialanstalten durch die Übernahme der als unheilbar krank geltenden Patienten. Erst im dritten Jahrzehnt ihres Bestehens begann sich aus der bloßen „Siechenanstalt“ eine Heilanstalt zu entwickeln. Mit der Aufnahme so bezeichneter „gemeingefährlicher Geisteskranker“ erhielt der Psychiatriestandort 1903 eine weitere Sonderaufgabe. Hatten zuvor psychisch kranke Straftäter mit anderen Patienten in Heil- und Pflegeanstalten zusammengelebt, machten die neuen offeneren Anstaltsformen eine gesonderte Unterbringung notwendig. In Eickelborn wurde daher ein gefängnisartiges „Bewahrhaus“ für straffällige Kranke und besonders aggressive und schwierige Patienten errichtet. Die Gewährleistung der öffentlichen Sicherheit hatte dabei oberste Priorität. Bei guter Führung konnten die Insassen des Bewahrhauses in eine Krankenabteilung der Anstalt verlegt werden. Nach ihrer Gesundung wurden sie in die Freiheit entlassen oder in eine Strafanstalt verlegt, wo sie ihre Haft verbüßten. Von den Ärzten wurde die Unterbringung der psychisch kranken Straftäter in den psychiatrischen Anstalten abgelehnt. Ihrer Meinung nach waren die Heil- und Pflegeanstalten Krankenhäuser und keine Gefängnisse. Diese Position war jedoch gegenüber dem preußischen Staat nicht durchsetzbar, der sich mit der Übertragung der Zuständigkeit für diese Personengruppe an die Provinzialverbände des Problems entledigt hatte.

Zwischen 1875 und dem Beginn des Ersten Weltkrieges hatten sich die Kapazitäten der provinziellen Einrichtungen von etwa 775 auf nahezu 6.000 Betten erweitert. Hinzu kamen weitere größere und kleinere Einrichtungen in kirchlicher und privater Trägerschaft, die mit dem Provinzialverband kooperierten und seit den 1880er Jahren ebenfalls im Auftrag der Provinzialverwaltung eine größere Zahl von Pflegepatienten aus den Provinzialanstalten übernahmen. Bis 1919 war so in Westfalen ein Versorgungssystem von 14 psychiatrischen Großeinrichtungen in provinzieller und konfessioneller Trägerschaft mit einer Gesamtkapazität von 11.000 Betten entstanden. Aufgrund des starken Patientenandrangs wurden alle Provinzialanstalten bis weit in die 1920er Jahre nochmals ausgebaut. Die vergrößerten Einrichtungen boten die Möglichkeit zur stärkeren Binnendifferenzierung und Spezialisierung von Abteilungen.



Zur größten westfälischen Einrichtung entwickelte sich die Heil- und Pflegeanstalt Warstein, die bereits 1914 über 1.400 Plätze verfügte und später zeitweise mehr als 2.200 Patienten beherbergte.

Die Fürsorge für Arme und psychisch Kranke entwickelte sich binnen weniger Jahrzehnte zum bedeutendsten Aufgabenfeld für den Provinzialverband. Hatte der Haushaltsanteil, den der Verband für Armenzwecke und den Anstaltsbetrieb ausgab, 1876 noch 21 Prozent ausgemacht, stiegen die Ausgaben bis zum Beginn des Ersten Weltkrieges auf über 40 Prozent. Angesichts dieser Entwicklung wurden wiederholt Kosteneinsparungen gefordert. Wirtschaftliche und funktionale Gesichtspunkte bekamen bei Entscheidungen zur Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen schließlich Vorrang. Die einzelnen Patienten standen kaum im Mittelpunkt der provinziellen Psychiatriepolitik.

#### **Pavillon-Bauweise, Wachabteilungen, Arbeits- und Beschäftigungstherapie**

Parallel zum Ausbau des Versorgungssystems veränderte sich auch die psychiatrische Behandlung der Kranken. Mit der zunehmenden Einschränkung von Zwangsmaßnahmen setzte sich die freiere Behandlung nach dem „Non-Restraint-System“ weiter durch. Daraus ergaben sich auch neue Anforderungen für die Gestaltung der Anstalten. Das bisherige „Korridor“-System, das sich durch große Gebäudekomplexe mit langen Fluren und einer hohen Bettenzahl auszeichnete, wurde durch die „Pavillon“-Bauweise abgelöst. In freistehenden Pavillons wurden die verschiedenen Krankengruppen nun räumlich getrennt in spezifischen Einzelabteilungen untergebracht. Während die Gebäude für unruhige und neu aufgenommene Patienten mit ihren großen Krankensälen und den Behandlungsräumen eher Krankenhauscharakter besaßen, orientierten sich die Pavillons für die ruhigen Kranken an den heimischen Wohnverhältnissen der Patienten und ähnelten einfachen Landhäusern. Die neue Bauweise ließ die Einrichtung freundlicher wirken, vermied gefängnisartigen Charakter und gestattete den Kranken mehr Bewegungsfreiheit. Gleichzeitig ermöglichte die Anordnung der einzelnen Gebäude auf dem parkähnlichen Gelände eine Beschäftigung der Kranken bei der Pflege der Anlage. In Westfalen war die Klinik Aplerbeck die erste im „Pavillon Stil“. Auch bei späteren Neugründungen und Erweiterungen der bestehenden Heil- und Pflegeanstalten wurde diese zeitgemäße Bauweise ge-



wählt. Dabei wurde auf eine streng symmetrische Anordnung der Gebäude zugunsten einer freieren Gruppierung der einzelnen Pavillons auf dem Anstaltsgelände verzichtet. Zudem wurde auf eine individuellere Gestaltung der Gebäude Wert gelegt, um den Anstaltscharakter abzumildern.

Zu weiteren Veränderungen führte die Erkenntnis, dass eine länger andauernde Isolierung von zur Aufregung neigenden Kranken in sogenannten „Tobabteilungen“ und Einzelzellen sich negativ auf das Sozialverhalten und die Genesung dieser Patienten auswirkte. Eingerichtet wurden daher sogenannte „Wachabteilungen“, die aus Krankensälen und Tagesräumen für zehn bis zwölf Patienten bestanden und die durch das Pflegepersonal ständig überwacht wurden. Dennoch galt auch die Isolierung von Kranken weiterhin als therapeutische Maßnahme.

Seit Ende des 19. Jahrhunderts wurde die „Bettbehandlung“ zu einem wesentlichen Behandlungsinstrument in den psychiatrischen Einrichtungen. Die erzwungene dauerhafte Bettruhe von Patienten sollte der Behandlung psychischer Erregungszustände dienen. Zwar konnte eine vorübergehende Anwendung bei einzelnen Kranken hilfreich sein, ein tatsächlicher Gesundungsprozess ließ sich so jedoch nicht erreichen. Neben therapeutischen Motiven spielte auch der in den Anstalten betonte Ordnungsgedanke eine Rolle: So wurde die Bettbehandlung bald als Disziplinierungsmittel eingesetzt. Die Behandlung psychisch kranker Patienten in Betten entsprach zudem dem Ziel, die psychiatrischen Anstalten den gewöhnlichen Krankenhäusern anzugleichen. Eine weitere Methode zur Beruhigung von Patienten waren warme Dauerbäder.

Ausgehend von der Überzeugung, dass regelmäßige Arbeit die Behandlung und das Wohlbefinden der Kranken fördere, wurde die Arbeits- und Beschäftigungstherapie in den Provinzialanstalten ausgeweitet. Der Einsatz wurde nicht mehr auf Hilfsarbeiten beim Betrieb der Einrichtung wie etwa Reinigungs-, Küchen- und Handarbeiten für die weiblichen sowie Haus-, Hof- und Gartenarbeiten für die männlichen Patienten beschränkt. Hinzu kam die Produktion einfacher Gebrauchsartikel wie geflochtene Matten oder geklebte Papiertüten und Briefumschläge. Im Laufe der Jahre richteten die psychiatrischen Einrichtungen immer mehr Werkstätten ein, in denen die Kranken arbeiteten. Darüber hinaus wurden Patienten in der Landwirtschaft beschäftigt, zumeist auf eigenen Gutshöfen, die der Selbstversorgung der Heil- und Pflegeanstalt dienten.



■ *Arbeits- und Beschäftigungstherapie:  
Patientinnen bei der Feldarbeit*



■ *Arbeits- und Beschäftigungstherapie: Patienten bei der Waldarbeit (links), Patienten in der Schusterei (rechts)*



Zu den freieren Behandlungsformen gehörten auch die „Agrikolen Kolonien“. Bei ihnen handelte es sich um landwirtschaftliche Betriebe außerhalb der Heil- und Pflegeanstalten, die überwiegend von Kranken betrieben wurden. Die Patienten der Kolonien wohnten auf dem Bauernhof unter Aufsicht von Krankenwärtern zusammen. Das betreute Leben jenseits der Anstaltsmauern sollte vor allem der Resozialisierung der Patienten dienen. Eine erste landwirtschaftliche Kolonie in Westfalen entstand im Jahr 1876 in Lengerich.

Die „Familienpflege“, die an den westfälischen Provinzialanstalten um die Jahrhundertwende eingeführt wurde, sollte ebenfalls eine erfolgreiche Wiedereingliederung in die Gesellschaft vorbereiten. Ruhige und mittelfristig zur Entlassung vorgesehene Patienten wurden in Familien der näheren Umgebung untergebracht. Zur Teilnahme am Familienleben gehörte eine dem Stand und Beruf des Patienten entsprechende Beschäftigung im Haus oder in der Landwirtschaft. Die Entwicklung des Patienten beobachteten Ärzte bei gelegentlichen Hausbesuchen. Durch die Familienpflege sollte die grundsätzliche Eignung der Patienten für ein Leben außerhalb der Psychiatrie geprüft werden. Sie ermöglichte zudem eine kostengünstige Versorgung außerhalb der überfüllten Einrichtungen. Als schwierig erwies es sich, geeignete bäuerliche Kleinfamilien zu finden, die bereit waren, psychisch Kranke aufzunehmen.



Trotz der neuen Behandlungsmethoden blieb der therapeutische Erfolg begrenzt. Zwar stieg die absolute Zahl der Entlassungen aus den Heil- und Pflegeanstalten kontinuierlich an, jedoch nahm der prozentuale Anteil der Patienten, die die psychiatrischen Einrichtungen verlassen konnten, zwischen den 1870er Jahren und 1914 von etwa 25 auf unter 15 Prozent stetig ab. Zusätzlich stieg der Anteil der Patienten, die nur als „gebessert“ und nicht als „geheilt“ entlassen wurden. Ursache blieben neben der Zunahme der chronisch und unheilbar Kranken und der damit einhergehenden stetigen Überfüllung der Provinzialanstalten vor allem die weiterhin ungenügenden Kenntnisse über psychische Erkrankungen und das Fehlen wirksamer Behandlungsmethoden. Nicht selten verblieben Patienten jahre- oder jahrzehntelang bis zu ihrem Tod in den Heil- und Pflegeanstalten.

### Leben und Alltag in der Heil- und Pflegeanstalt

Mit dem starken Zuwachs der Patientenzahlen stieg auch die Anzahl der Ärzte und Pfleger an den westfälischen Provinzialanstalten. Zwar hatte sich die ärztliche und pflegerische Betreuung der Kranken gegenüber dem Zeitraum vor der Reichsgründung verbessert, während des Kaiserreiches gab es in diesem Bereich jedoch kaum Veränderungen. So war in diesem Zeitraum ein Arzt durchschnittlich für 120 bis 160 Kranke zuständig. Eine Beschäftigung von Ärztinnen gab es in den westfälischen Einrichtungen zunächst nicht. Aufgrund der geringen beruflichen Aufstiegschancen, der wenigen greifbaren Erfolge und der abgeschiedenen Standorte der Heil- und Pflegeanstalten war es problematisch, das notwendige ärztliche Personal zu gewinnen. Geprägt war die Berufssituation der Anstaltsärzte zudem durch eine strenge hierarchische Ordnung, an deren Spitze der Direktor stand. Ebenso wie das Pflegepersonal, wohnten der Direktor und die Ärzte mit ihren Familien in Dienstwohnungen, die auf dem Anstaltsgelände oder in unmittelbarer Nähe für sie errichtet wurden. Die Veränderungen bei der Behandlung der Kranken führten zu einer Zunahme des Pflegepersonals, das nun für Tages- und Nachtwachen, die Anwendung der Dauerbäder und die Beaufsichtigung der Kranken während der Beschäftigung benötigt wurde. Daneben gehörten auch Putz- und Reinigungsarbeiten zu den Aufgaben des Personals. Die Pflegekräfte mussten zudem das Verhalten der einzelnen Kranken beobachten und dem Direktor und den Ärzten darüber Bericht erstatten.



■ Die umfangreichen Dienstvorschriften für das Pflegepersonal von 1892

War vor der Wende zum 20. Jahrhundert eine Pflegekraft für etwa zehn Patienten zuständig, waren es danach durchschnittlich sieben bis acht Kranke. Wie die Patienten war auch das Pflegepersonal streng nach Geschlechtern getrennt. Als Pflegerinnen für die weiblichen Kranken wurden seit den 1870er Jahren an mehreren westfälischen Provinzialanstalten Schwestern verschiedener Orden eingesetzt. Dies hatte zum einen Kostengründe, zum anderen gestaltete sich die Suche nach geeigneten und zuverlässigen männlichen Pflegern als schwierig. Verantwortlich dafür waren die schlechte Bezahlung und die übermäßig langen Tages- und Wochenarbeitszeiten.

Die zunächst als „Wärter“ bezeichneten Pfleger besaßen keine spezifische Ausbildung. Nach der Einstellung wurden sie durch die Ärzte und das ältere Pflegepersonal notdürftig geschult. Die charakterliche Eignung sowie die Bereitschaft zu Gehorsam und Unterordnung waren den Anstaltsdirektoren wichtiger als eine fachliche Ausbildung. Entsprechend enthielten die ausführlichen Dienstweisungen für das Personal neben den Vorschriften für ihre Tätigkeit detaillierte Verhaltensmaßregeln. Gleich zu Beginn der Dienstvorschriften wurden Sanktionen für Fehlverhalten und Entlassungsgründe aufgeführt. Innerhalb der großen psychiatrischen Einrichtungen kam dem Pflegepersonal angesichts der geringen Anzahl von Ärzten als engste Bezugspersonen der Kranken bei der Behandlung eine besondere Bedeutung zu.

Der Alltag der Patienten in den Heil- und Pflegeeinrichtungen gestaltete sich monoton und war durch die Hausordnungen detailliert geregelt. Der Aufenthalt in den psychiatrischen Einrichtungen zeichnete sich durch Routine und Ereignislosigkeit aus und verlangte von den Patienten Anpassung und Unterordnung. Innerhalb der Kliniken mit ihren großen Schlafsälen und Gemeinschaftsräumen gab es keinerlei Privatsphäre. Persönlicher Besitz musste bei der Aufnahme abgegeben werden. Die Entscheidung zur Verlegung der Patienten aus einer Provinzialanstalt in eine andere erfolgte ohne Absprache mit den Kranken oder Familienangehörigen. Besuche von Angehörigen mussten genehmigt werden und der Briefverkehr wurde zensiert. Für zahlreiche Patienten waren die anderen Kranken sowie das Anstaltspersonal häufig über viele Jahre der einzige Bezugspunkt. Vereinzelt beklagten Psychiatriepatienten die Verhältnisse in den Heil- und Pflegeanstalten. Die häufig angeordnete Bettbehandlung wurde von Patienten nicht als medizinische Maßnahme, sondern als Sanktion für unerwünschtes Verhalten interpretiert. Oft klangen bei den Patienten Verbitterung



und Hoffnungslosigkeit angesichts ihrer als unabänderlich und perspektivlos empfundenen Situation an. Für sie begann sich die Lebenssituation in den psychiatrischen Anstalten erst in den letzten Jahren vor Beginn des Ersten Weltkrieges zu bessern. Mit Einführung der freieren Behandlungsmethoden vergrößerten sich die Bewegungsspielräume innerhalb und außerhalb der Anstalt, wodurch zumindest ein Teil der Kranken weniger isoliert war.

### **Psychiatrie und Öffentlichkeit**

Das Verhältnis von bürgerlicher Gesellschaft und Öffentlichkeit zu Anstaltspsychiatrie und psychisch Kranken blieb auch im Kaiserreich zwiespältig. Nach wie vor gab es Forderungen nach strengerer Isolation psychisch Kranker. Die mittlerweile nahezu flächendeckende Versorgung mit psychiatrischen Anstalten rief in Teilen der Bevölkerung Ängste vor unzureichender Sicherheitsverwahrung hervor, die von der lokalen Presse wirkungsvoll gefördert wurden. Tatsächlich setzten die modernen Behandlungsmethoden einen größeren Bewegungsspielraum der Anstaltsinsassen voraus und erhöhten so deren Fluchtmöglichkeiten. Auch die wirtschaftliche Konkurrenz durch die Anstaltsbetriebe wurde von ortsansässigen Handwerkern als eine Bedrohung empfunden. Auf der anderen Seite schufen wirtschaftliche Verflechtungen, die in der Familienpflege befindlichen Kranken sowie öffentliche Veranstaltungen Verbindungen zwischen den Einrichtungen und ihrer Umgebung. Mehrere Skandale in psychiatrischen Anstalten riefen Ende des 19. Jahrhunderts eine kritische Öffentlichkeit auf den Plan. In verschiedenen Gerichtsprozessen waren ungerechtfertigte Einweisungen in psychiatrische Einrichtungen, fortgesetzte Entmündigungen bereits geheilter Patienten, willkürliche Einstufungen von Patienten als „gemeingefährlich“ sowie unhaltbare Zustände bei der Behandlung von Kranken offengelegt worden. Insbesondere die liberale Presse forderte Verbesserungen beim Umgang mit psychisch Kranken. Tatsächlich kam es in der Folge zu einer verschärften Aufsicht der öffentlichen und privaten Heil- und Pflegeanstalten.



## 1.04 | Der Erste Weltkrieg und seine Folgen: „Hungersterben“ und Versorgungsnotstand 1914 bis 1918

Die Auswirkungen des Ersten Weltkrieges waren für die Patienten der Heil- und Pflegeanstalten katastrophal. Der Versorgungsmangel führte in den psychiatrischen Einrichtungen zur Ausbreitung von Hunger und Krankheiten. Ein Massensterben von Patienten war die Folge. Die medizinische und pflegerische Betreuung in den Heil- und Pflegeanstalten verschlechterte sich derart, dass eine therapeutische Behandlung der Kranken nicht mehr möglich war. Die Heil- und Pflegeanstalten entwickelten sich unter den Bedingungen des Krieges immer mehr zu „Siechenhäusern“.

Der Erste Weltkrieg stellte einen bedeutenden Einschnitt in der Entwicklung der Psychiatrie dar. Von den Auswirkungen des Krieges und dem Zwang, alle Ressourcen für die Kriegsführung zu mobilisieren, waren psychisch Kranke und geistig Behinderte besonders betroffen. In der Folge des Krieges kam es in den psychiatrischen Einrichtungen zu einem Massensterben von Patienten.

### „Hungersterben“ in den Heil- und Pflegeanstalten

Unter den Folgen des Krieges hatte die Zivilbevölkerung besonders zu leiden. Da die Versorgung der Front Vorrang hatte und die deutsche Wirtschaft auf einen langen Krieg nicht vorbereitet war, waren Lebensmittel, Brennstoffe, Kleidung und andere Verbrauchsgüter knapp. Bereits kurz nach Kriegsbeginn wurden Grundnahrungsmittel rationiert. Nachdem die Hungerblockade, die 1916 gegen das Deutsche Reich verhängt worden war, ihre volle Wirkung entfaltet hatte, vergrößerte sich das Problem der unzureichenden Nahrungsmittelversorgung. Die Auswirkungen des Krieges trafen dabei die verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen in unterschiedlicher Weise. Während die Menschen im ländlichen Raum kaum an Hunger litten, waren die Bewohner der Großstädte, Familien von Soldaten und alleinstehende ältere Menschen sowie Heimbewohner nicht ausreichend versorgt. Ganz unten in der „Ernäh-



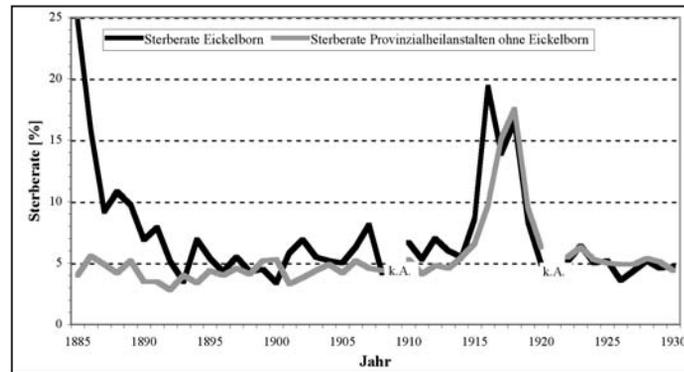
„Lebensmittelrationierungshierarchie“ standen die Menschen in Kriegsgefangenenlagern, Gefängnissen und Zuchthäusern sowie in psychiatrischen Einrichtungen.

Bereits ab 1915 kam es in ganz Deutschland zu einem Anstieg der Sterbezahlen in psychiatrischen Einrichtungen. Den Höhepunkt erreichte die Hungerkatastrophe im sogenannten „Steckrübenwinter“ 1916/17, nachdem das Kriegsernährungsamt im Februar 1917 den verhängnisvollen Beschluss gefasst hatte, die Patienten der Heil- und Pflegeanstalten bei der Lebensmittelzuteilung mit der gesunden Bevölkerung gleichzustellen. Im Gegensatz zu den Menschen außerhalb der Anstalten konnten sich die Patienten in den geschlossenen Einrichtungen aber keine zusätzlichen Nahrungsmittel auf dem Schwarzmarkt beschaffen. Sie waren daher auf die offiziellen Lebensmittelrationen angewiesen, die zum Überleben nicht ausreichten. Mehrfach wurden die täglichen Lebensmittelrationen reduziert und sanken schließlich unter das Existenzminimum. Neben dem Mangel an Lebensmitteln entwickelte sich auch die Zusammensetzung der Nahrungsmittel zum Problem. So führte der Ersatz von Kartoffeln durch die schwer verdaulichen Steckrüben bei den unterernährten und geschwächten Patienten zu schweren und häufig tödlich verlaufenden Durchfallerkrankungen. Der Mangel an tierischen und pflanzlichen Eiweißen begünstigte die Entstehung von Hungerödemen, die nun massenhaft in den Heil- und Pflegeanstalten beobachtet wurden. Die ungenügende Ernährung führte auch zur Verbreitung weiterer Krankheiten. Es kam zur deutlichen Zunahme von Todesfällen durch Lungenentzündungen oder Herzschwäche. Neben Lebensmitteln mangelte es in den psychiatrischen Einrichtungen auch an Kohlen und Brennstoffen zum Heizen. Einschränkungen gab es zudem bei Medikamenten, Verbandsmaterialien, Decken oder Kleidung. In den unzureichend geheizten Krankensälen breitete sich die Tuberkulose schnell aus.

Das Hungersterben in den psychiatrischen Anstalten hielt bis zum Kriegsende und darüber hinaus an. Von den etwa 140.000 in deutschen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1914 und 1919 verstorbenen Patienten starben über die Hälfte an den Folgen von Unterernährung, mangelnder Betreuung und dadurch ausgelösten Erkrankungen. Ebenso verheerend war die Bilanz für die Provinz Westfalen: In den westfälischen Heil- und Pflegeanstalten nahm die Sterberate in der Kriegszeit von durchschnittlich 5,6 Prozent auf über 17 Prozent zu; in einzelnen westfälischen Provinzial-



■ *Entwicklung der  
Patientensterblichkeit  
am Psychiatriestandort  
Eickelborn und in den  
übrigen Provinzialanstalten  
(1885–1930)*



anstalten lag sie zeitweilig bei über 22 Prozent. Frühzeitig angespannt war die Versorgungssituation in den Einrichtungen Eickelborn und Aplerbeck, weil diese im Gegensatz zu den übrigen Provinzialanstalten nicht oder kaum über eine eigene Land- und Viehwirtschaft zur Selbstversorgung verfügten. Erst in den 1920er Jahren sank die Zahl der Todesfälle wieder auf Vorkriegsniveau. In den westfälischen Provinzialanstalten fielen zwischen April 1914 und April 1919 insgesamt etwa 2.400 Patienten dem „Hungersterben“ zum Opfer.

Wie die Mehrheit der übrigen preußischen Provinzen, lehnte die westfälische Provinzialverwaltung Initiativen gegen die angeordneten Einschränkungen der Lebensmittelversorgung ab. Nach ihrer Auffassung hatten die volkswirtschaftlichen Interessen Vorrang vor den Bedürfnissen der Anstaltsinsassen. Die für die Patienten der geschlossenen Anstalten verhängnisvolle Gleichstellung bei der Lebensmittelversorgung wurde daher nicht infrage gestellt. Befürchtete Proteste und Rebellionen von Kranken gegen die unzureichende Versorgung sollten mit geeigneten Maßnahmen unterdrückt werden. Um eine Verbesserung der Ernährungssituation der Kranken zu erreichen, waren die einzelnen Provinzialanstalten auf Eigeninitiativen angewiesen. Angesichts der sich zuspitzenden Versorgungslage im Winter 1916/17 wandten sich einzelne Anstaltsdirektoren mit Bittbriefen an verschiedene Behörden und erreichten die Zuteilung von weiteren Lebensmittelrationen. Allerdings blieben diese Sonderzuweisungen eine Ausnahme.

## **Betreuungsnotstand und Einstellung therapeutischer Behandlung**

Besonders gravierend für die Patienten in den psychiatrischen Anstalten wirkte sich der Kriegseinsatz vieler Ärzte und Pfleger aus. An einigen westfälischen Heil- und Pflegeanstalten waren zeitweise über 60 Prozent der männlichen Beschäftigten zum Kriegsdienst eingezogen. Betreute ein Arzt vor Ausbruch des Krieges im Durchschnitt über 160 psychisch kranke Menschen, waren es während des Krieges teilweise mehr als 400 Patienten. Ein Teil des abwesenden Pflegepersonals wurde durch ungelernete männliche Hilfspfleger ersetzt. Zudem kamen Ordensschwestern und Pflegerinnen nun auch auf den Männerabteilungen zum Einsatz. Zum Ausgleich dafür wurde in einigen Einrichtungen in den Frauenabteilungen auf unentgeltlich beschäftigte junge Frauen und Mädchen zurückgegriffen. Trotz dieser Maßnahmen verschlechterte sich die medizinische und pflegerische Betreuung in den Heil- und Pflegeanstalten während der Kriegsjahre erheblich.

Darüber hinaus herrschte in den psychiatrischen Einrichtungen Platzmangel. In den ersten Kriegsjahren waren nahezu alle Heil- und Pflegeanstalten aufgrund des fortgesetzten Anstiegs der Patientenzahlen überbelegt. Durch das Hungersterben nahm die Zahl der in den geschlossenen Anstalten untergebrachten Kranken in Westfalen zwar ab. Da die psychiatrischen Einrichtungen während der Kriegsjahre jedoch häufig für militärische Zwecke in Anspruch genommen wurden, hielt die Überfüllung der Anstalten zunächst an. Die Kliniken reagierten auf die Überbelegung, indem sie zusätzliche Betten in den bereits engen Bettensälen aufstellten. Zudem wurde teilweise die Nutzung der Tages- und Gesellschaftsräume eingeschränkt, um auch diese mit Patientenbetten auszustatten.

Der Krieg hatte auch auf den Alltag und die Lebenssituation der Patienten spürbare Auswirkungen. Die Verwaltungsberichte betonten, dass seit Ausbruch des Krieges auf „größere Vergnügungen“ verzichtet wurde. Wegen der fehlenden Kohlen mussten auch die in der Behandlung eingesetzten Dauerbäder eingeschränkt werden. Veränderungen gab es außerdem bei der Beschäftigung der Patienten. Beispielsweise wurde in Eickelborn ein großer Teil der männlichen Kranken und Familienpfleglinge in der Landwirtschaft eingesetzt; sie sollten die Arbeitskraft der im Kriegsdienst stehenden Landwirte und ihrer Söhne ersetzen. Darüber hinaus bestanden Pläne, psychisch Kranke auch in der Kriegsindustrie zu beschäftigen. Tatsächlich wurden in der Schlos-



serei der Eickelborner Einrichtung zeitweise unter Mitwirkung von Patienten Munitionsartikel angefertigt. Ein bedeutender Teil der noch stattfindenden Behandlung der Kranken, die Beschäftigungstherapie und die Familienpflege, wurde damit den Erfordernissen des Krieges untergeordnet. Der Raum der psychiatrischen Anstalt verlor dadurch zunehmend seine ursprünglich vorhandene Schutzfunktion.

Einen weiteren tiefen Einschnitt gab es während des Krieges auch im Bereich der psychiatrischen Therapie. Die Psychiatrie nahm sich in besonderer Weise der Behandlung der sogenannten „Kriegsneurotiker“ oder „Kriegshysteriker“ an. Die durch den Krieg psychisch erkrankten Soldaten wurden den psychiatrischen Einrichtungen mit der Maßgabe überwiesen, sie wieder „fronttauglich“ oder zumindest arbeitsfähig zu machen. Oft wurde den Betroffenen vorgeworfen, dass sie ihre Erkrankung nur simulieren würden. Um die erkrankten Soldaten wieder einsatzfähig zu machen, wurden an ihnen unterschiedliche therapeutische Experimente durchgeführt. Dazu gehörte unter anderem das Traktieren mit elektrischem Strom. Die „erfolgreiche“ Behandlung der „Kriegszitterer“ galt als Durchbruch und markierte den Beginn der „heroischen Therapien“. Dabei wurde ein therapeutischer Erfolg ohne Rücksicht darauf angestrebt, ob die Patienten einem gesundheitlichen Risiko ausgesetzt oder ihnen Schmerzen zufügt wurden.

Unter den Bedingungen des Krieges konnten die Heil- und Pflegeanstalten aufgrund der fehlenden materiellen und personellen Grundlage ihre eigentlichen Aufgaben nicht mehr erfüllen. Durch die hohe Sterblichkeitsrate, den schlechten Gesundheitszustand der Kranken und die verringerte personelle Betreuung entwickelten sich die Heil- und Pflegeanstalten bis Kriegsende immer mehr zu „Siechenhäusern“.

Die Auffassung, dass psychisch kranke und behinderte Menschen bei der Versorgung hinter allen anderen gesellschaftlichen Gruppen zurückzustehen hatten, wurde weitgehend anerkannt. Die Folge war ein deutlicher Mentalitätsbruch, der sich nach Kriegsende in der beginnenden Debatte um die „Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ zeigte. Die Erfahrungen der Kriegsjahre hatten zu einer Relativierung des Wertes von Menschenleben beigetragen. Vorerst blieben die Psychiater, die sich offen für die „Euthanasie“ aussprachen, in der Minderheit. Doch der Platz der Kranken und Behinderten in der Gesellschaft war infrage gestellt.



## 1.05 | **Nachwirkungen des Krieges auf die Psychiatrie und erste Reformansätze** 1918 bis 1924

Nach Kriegsende bestand der Versorgungsmangel in den psychiatrischen Einrichtungen zunächst fort. Die Sterblichkeit in den Heil- und Pflegeanstalten ging deshalb nur allmählich zurück. Zugleich entstanden in den Nachkriegsjahren vielversprechende Reformansätze und neuartige Therapieformen. Internationale Beachtung fand die „Aktivere Krankenbehandlung“ des westfälischen Anstaltsdirektors Hermann Simon. Mit dem ebenfalls neuen Konzept der „Außenfürsorge“ sollte die psychiatrische Versorgung auch auf die psychisch kranken Menschen außerhalb der geschlossenen Anstalten ausgedehnt werden.

In den psychiatrischen Einrichtungen waren die Auswirkungen des Ersten Weltkrieges noch lange zu spüren. In den ersten Nachkriegsjahren beherrschten die mangelnde Auslastung und die anhaltende unzureichende Versorgung die Situation. Hinzu kamen nach der Revolution von 1918/19 und den einsetzenden Demokratisierungs- und Partizipationsbestrebungen anstaltsinterne Konflikte sowie der Kampf um die Autonomie der Anstaltspsychiatrie.

Infolge des Hungersterbens war die Zahl der Patienten in den letzten beiden Kriegsjahren stark zurückgegangen. In Westfalen waren die 6.000 Betten der Provinzialanstalten im Jahr 1919 nur noch zu etwa drei Viertel belegt. Ein Teil der zunächst leer stehenden Anstaltsräume wurde daher in den ersten Nachkriegsjahren zeitweise für andere Zwecke genutzt. So wurden in den Einrichtungen in Warstein und Eickelborn Tuberkulosegefährdete und erholungsbedürftige Kinder aus den Großstädten des Ruhrgebietes untergebracht. In Warstein entstand zudem ein Erholungsheim für Beamte der Provinzialverwaltung. Einige Gebäude der noch im Bau befindlichen Gütersloher Einrichtung erhielt die Stadt, um sie für Wohnungen herzurichten. An mehreren Standorten wurden außerdem freie Häuser als Wohnraum für Pfleger und Beamte genutzt.





■ *Operationssaal in der Heilanstalt Eickelborn*

Eine umfassende Versorgung der Patienten konnte erst ab 1923/24 wieder gewährleistet werden. Bis dahin hatte sich der Mangel an Lebensmitteln, Brennmaterialien, Kleidung und anderen Versorgungsgütern fortgesetzt. Die Sterblichkeitsrate in den Heil- und Pflegeanstalten ging deshalb nur allmählich zurück und lag in den ersten Nachkriegsjahren noch deutlich über dem Vorkriegsniveau. Die Lebensbedingungen der Patienten in den geschlossenen Anstalten verbesserten sich damit langsamer als für die restliche Bevölkerung.

Relativ rasch normalisierte sich hingegen die medizinische und pflegerische Betreuung der Patienten. Nach Ende des Krieges kehrten die Ärzte und Pfleger aus dem Militärdienst in die Heil- und Pflegeanstalten zurück. Angesichts des Rückgangs der Patientenzahlen bestand nun ein Überangebot an männlichen Pflegekräften.

Mit der Revolution von 1918/19 und dem Zusammenbruch der alten gesellschaftlichen Ordnung wurde auch die hierarchische Struktur in den Provinzialanstalten infrage gestellt. In Versammlungen äußerten die Pflegekräfte und ihre Organisationen ihre Unzufriedenheit über die bestehenden Verhältnisse. Gefordert wurden eine Verkürzung der Arbeitszeiten, längerer Urlaub, die monatliche Auszahlung des Gehaltes, eine Verbesserung der Verpflegung, die Abschaffung der obligatorischen Familien-



pflege in den Pflegerfamilien sowie die Zuerkennung der Pensionsberechtigung und langfristig die Verleihung des Beamtenstatus. Angesichts drohender Streiks sah sich die westfälische Provinzialverwaltung gezwungen, den Forderungen weitgehend nachzugeben. Zu den Erfolgen der Pflegekräfte zählten die Einführung des Achtstundentages, die Zubilligung der Beamteneigenschaft nach fünfjähriger und die Verleihung der Ruhegehaltsberechtigung nach zehnjähriger Dienstzeit. Eine weitere Verbesserung stellte in den 1920er Jahren die Einschränkung des Kost- und Logiszwanges dar. So durften zumindest die verheirateten Pfleger nun auch außerhalb der Anstalten wohnen. Mit der Einführung einer Ausbildungs- und Prüfungsordnung für das Pflegepersonal der westfälischen Heilanstalten im April 1924 wurde auch die bisher offene Frage der Qualifikation gelöst. Die Anhebung des Qualifikationsniveaus war die logische Konsequenz aus der erfolgten Statusaufwertung des Pflegepersonals und stellte einen bedeutenden Schritt auf dem Weg zur Professionalisierung der Pflege psychisch kranker Menschen dar.

Veränderungen ergaben sich nach Kriegsende auch für die Ärzteschaft. So profitierten die westfälischen Anstaltsärzte von der Anpassung an die Besoldung der übrigen Beamten im Reich. Neu geregelt wurden in den folgenden Jahren auch die ärztliche Laufbahn und die Beförderungsmöglichkeiten. Unberührt von den demokratischen Umwälzungen blieben die herausgehobene Stellung des Direktors und die strenge ärztliche Diensthierarchie. Erstmals kam es nach 1920 zur Beschäftigung von Ärztinnen an den westfälischen Heil- und Pflegeanstalten. Durften sie zunächst bloß als Volontärärztinnen oder Medizinalpraktikantinnen tätig werden, gab es ab Ende der 1920er Jahre auch erste Assistenz- und Oberärztinnen.

Zur besonderen Situation der Anstaltspsychiatrie nach Kriegsende gehörte auch die massive öffentliche Kritik, der sie vor dem Hintergrund der politischen Umwälzungen 1918/19 ausgesetzt war. Die Anträge auf Entlassungen nahmen zu, die Zahl der Einweisungen ging zurück; Arbeiter- und Soldatenräte verlangten vor Ort die Entlassung von Patienten. Gefordert wurde auch die Anerkennung der staatsbürgerlichen Rechte der Menschen, die in den geschlossenen Einrichtungen untergebracht waren. Die Bemühungen um ein reichsweit verbindliches „Irrenschutzgesetz“, das die Anstaltsunterbringung erschweren und eine öffentliche Kontrolle der Psychiatrie gewährleisten sollte, scheiterten jedoch am Widerstand von Ärzteschaft und Verwaltung.



■ *Theateraufführung  
von Patienten*



### **Einführung neuer Therapieformen**

Die fortschreitende Demokratisierung nach der Revolution von 1918/19 begünstigte die Debatte über notwendige Reformen in Verwaltung, Justiz, Bildung, Wohlfahrt und anderen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens und ermöglichte die Entwicklung neuer und innovativer Ansätze. Auch in der Psychiatrie entstanden in den ersten Jahren nach Kriegsende erste vielversprechende Reformansätze und neuartige Therapieformen.

Die in der Weimarer Republik neu entwickelten Therapien kamen auch in den westfälischen Heil- und Pflegeanstalten zur Anwendung. Dabei wurden verstärkt Medikamente eingesetzt, vor allem Schlaf- und Beruhigungsmittel. Ab 1923 wurde in den Provinzialheilanstalten auch die neue Malaria-Fieberkur angewandt. Durch das Herbeiführen von Fieber mithilfe von Malariaerregern war eine erfolgreiche Behandlung der progressiven Paralyse möglich geworden – eine Folgeerkrankung einer nicht behandelten Syphilis, die sich als fortschreitende Lähmung äußerte. Dieses erste erfolgreiche körperliche Behandlungsverfahren der Psychiatriegeschichte, das bis zum Aufkommen der Antibiotika angewendet wurde, bedeutete einen therapeutischen Durchbruch bei einer Gruppe von Patienten, an der bisher alle therapeutischen Bemühungen gescheitert waren. Allerdings war die Fieberkur für die Patienten mit hohen Risiken verbunden.



An einigen Orten wurde die innere Struktur der Provinzialanstalten weiter aufgefächert, um die Möglichkeiten einer nach Krankheitsbildern gegliederten Unterbringung und einer gezielten Behandlung zu erweitern. Die Einrichtung von Lazaretten und Labors zur weiteren Krankenbehandlung sowie von Röntgeneinrichtungen zur Diagnose organischer Krankheiten erweiterten die medizinischen Möglichkeiten. In der Provinzialheilanstalt Warstein kam es zur Einrichtung eines speziellen Psychopathenheimes.

Ausgebaut wurde in den meisten Einrichtungen die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie. Dazu wurde mancherorts die Vielfalt der Werkstätten und Betriebe erweitert. Die Heilanstalt Eickelborn richtete 1925 einen Schulbetrieb für bildungsfähige Kranke ein. Eickelborn übernahm dabei für die übrigen Provinzialanstalten eine Vorreiterrolle. Der Unterricht wurde nicht nur als Teil der Heilbehandlung verstanden – er sollte darüber hinaus zu einem geordneten Erwerbs- und Berufsleben außerhalb der Anstalt befähigen.

Neu bewertet wurden die Veranstaltungen zur Unterhaltung der Patienten. Diese sollten nun „die Lebensfreude und den Gemeinschaftssinn“ der Kranken fördern und so der Gesundung dienen. In den 1920er Jahren wurden die Betätigungsmöglichkeiten für die Patienten ausgeweitet, wozu Filmvorführungen, Gesellschaftsspiele und Sport sowie gemeinsames Singen und Musizieren angeboten wurden. Kranke und Bedienstete studierten gemeinsam Theaterstücke ein und führten sie öffentlich auf. Einigen Patienten wurde auch eine künstlerische Betätigung ermöglicht. Anfang der 1920er Jahre war mehrfach der Kunsthistoriker, Psychologe und Arzt Hans Prinzhorn (1886–1933) in westfälischen Heil- und Pflegeanstalten zu Gast. Im Auftrag der Heidelberger Klinik besuchte er psychiatrische Einrichtungen in ganz Deutschland, um Bilder und Skulpturen von Patienten für den Aufbau einer Sammlung zusammenzutragen. Verschiedene Kunstwerke von westfälischen Patienten wurden in die Sammlung aufgenommen. Prinzhorn war im westfälischen Hemer als Sohn einer Fabrikantenfamilie geboren und in Iserlohn zur Schule gegangen. Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe in Hemer trägt in Erinnerung an Hans Prinzhorn seit 1988 den Namen „Hans-Prinzhorn-Klinik“.



■ oben: Anstaltskapelle der Heilanstalt Eickelborn (um 1920)



■ unten: Patientenschule der Heilanstalt Eickelborn (um 1930)





■ *Hermann Simon: „Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt“ (Publikation von 1929)*

### Weiterentwicklung der Arbeitstherapie:

#### Hermann Simons „Aktivere Krankenbehandlung“

Der Anstaltsdirektor der Provinzialheilanstalten Warstein und Gütersloh, Hermann Simon (1867–1947), entwickelte die herkömmliche Arbeits- und Beschäftigungstherapie zum neuen Konzept der „Aktiveren Krankenbehandlung“ weiter. Während die bisherige Arbeitstherapie auf wenige Patienten beschränkt war, sollten nach dem Konzept der Aktiveren Krankenbehandlung alle Patienten regelmäßig mit Arbeiten beschäftigt werden – gerade die bisher nicht berücksichtigten erregbaren oder abgestumpften Kranken. Die Arbeitstherapie wurde dabei individuell an die Möglichkeiten des Einzelnen angepasst. Zudem sollte es sich um wirtschaftlich sinnvolle Arbeiten handeln, deren Nutzen der Patient auch direkt erkennen konnte. Nach den Vorstellungen Simons musste die gesamte Einrichtung nach dem therapeutischen Prinzip der aktiveren Behandlung ausgerichtet werden. Dazu gehörte auch die Freizeitgestaltung, die der Anregung der Kranken dienen sollte.

Die Aktivere Krankenbehandlung Simons stellte das bis dahin gültige psychiatrische Therapiekonzept infrage. Dieses stützte sich noch weitgehend auf die medikamentöse Behandlung mit Schlaf- und Beruhigungsmitteln und die sogenannten physikalischen Behandlungsmethoden wie Bett- und Dauerbadbehandlung, Separierung oder Fixierung von Patienten, die nur kurzfristige Beruhigung und Linderung versprachen. Simon wandte sich gegen die bisherigen Formen der Anstaltsbehandlung, die zur Passivität und Isolierung der Patienten führten. Für ihn war das unsoziale Verhalten von Patienten nicht nur eine Folge der eigentlichen Erkrankung, sondern in erster Linie durch das krank machende Anstaltsmilieu bedingt. Arbeit galt Simon als wichtigstes Erziehungsmittel. Durch die Aktivere Krankenbehandlung sollten der Betätigungsdrang, das Leistungsstreben und der Sinn für Ordnung erhalten bzw. geweckt und das Verantwortungsgefühl der Patienten gestärkt werden. Ziel des Anstaltsaufenthaltes sollte es nach Simon sein, die Kranken zu einer geordneten Lebensführung außerhalb der psychiatrischen Einrichtungen zu befähigen. Die Erfolge von Simons Aktiverer Krankenbehandlung in Gütersloh wurden allgemein anerkannt. Die trostlose Atmosphäre in den geschlossenen Abteilungen verbesserte sich deutlich, störendes Verhalten oder Gewalttaten gingen zurück. Isolierungen von Patienten und der Einsatz von Beruhigungsmedikamenten wurden nun seltener angewandt. Zudem er-

möglichte die Aktivere Krankenbehandlung eine frühere Entlassung von Patienten. Nachdem Simons Konzept von anderen Anstaltspsychiatern zunächst mit Skepsis und Kritik begegnet wurde, nahm das Interesse in der zweiten Hälfte der 1920er Jahre stark zu. Bald besuchten Psychiater aus ganz Deutschland und anderen Staaten die Gütersloher Einrichtung, um das „Gütersloher Modell“ nachzuahmen. Für die weitere Entwicklung der Psychiatrie hatte die Aktivere Krankenbehandlung weitreichende Folgen: Das Konzept Simons machte das „Volk“ als Lebens- und Arbeitsgemeinschaft zum Bezugspunkt psychiatrischen Handelns; die „Gemeinschaftsfähigkeit“ wurde zum obersten Behandlungsziel erklärt. Die in der Gesellschaft herrschenden Normen und Werte durchdrangen damit den Anstaltsalltag. Wie von gesunden Menschen, wurde nun auch von den psychisch Kranken Arbeitseifer, Fleiß, Selbstverantwortung und Disziplin erwartet. Damit stellte sich die Frage, was mit den Patienten geschehen sollte, die so schwach waren, dass sie an der Arbeitstherapie nicht mehr teilnehmen konnten. Im Laufe der Weimarer Republik sollte diese Frage immer brisanter werden, da Aktivere Krankenbehandlung und Außenfürsorge eine verhängnisvolle Filterfunktion ausübten: Während die gebesserten Patienten möglichst frühzeitig aus den geschlossenen Anstalten entlassen wurden, bildete sich in den Heil- und Pflegeanstalten ein Sockel aus therapieresistenten Langzeitpatienten. Vor allem unter dem Vorzeichen der Weltwirtschaftskrise wuchs die Gefahr, diese Menschen als Ballast zu betrachten.

### **Das Reformkonzept der „Außenfürsorge“**

Ebenfalls in den ersten Nachkriegsjahren entstand das Konzept der „Außenfürsorge“ oder „Offenen Fürsorge“. Zur Betreuung von psychisch kranken Menschen sollten außerhalb der geschlossenen Anstalten Beratungsstellen in den Kommunen eingerichtet werden, die für Betroffene und ihre Angehörigen Sprechstunden abhielten und in denen Ärzte über die weitere Behandlung entschieden. Für psychisch Kranke, die nicht unbedingt eine Behandlung in einer geschlossenen Anstalt benötigten, sollten kostengünstigere Versorgungs- und Unterbringungsmöglichkeiten gefunden werden. Besonders schwer Erkrankte sollten rechtzeitig in eine Heil- und Pflegeanstalt eingewiesen werden, um die Aussichten auf eine schnelle Heilung zu verbessern. Durch die Außenfürsorge gerieten nun auch außerhalb der geschlossenen Anstalten



lebende psychisch Kranke bzw. sozial auffällige Menschen in das Blickfeld der Psychiater. Darüber hinaus sollte durch die Außenfürsorge die frühzeitige Entlassung von psychisch Kranken aus den geschlossenen Anstalten ermöglicht werden. Nach einer möglichst kurzen Behandlung in einer Heil- und Pflegeanstalt sollte eine psychiatrische Nachbetreuung der entlassenen Patienten vor Ort erfolgen. Die Außenfürsorge sollte es ermöglichen, eine steigende Zahl psychisch kranker Menschen zu behandeln, und gleichzeitig einen entscheidenden Beitrag zur Kostendämpfung bei der Versorgung psychisch Kranker leisten. Langwierige Auseinandersetzungen zwischen Provinzialverwaltung und Gemeinden darüber, wie die Außenfürsorge organisiert werden sollte, verzögerten Anfang der 1920er Jahre zunächst ihre flächendeckende Einführung in Westfalen.



■ *Holzskulptur des Künstlers  
und Eickelborner Patienten  
Karl Genzel aus der  
Sammlung Prinzhorn  
(um 1920)*

## 1.06 | Die westfälische Anstaltspsychiatrie zwischen Reform und Krise 1924 bis 1933

Der Anstieg der Patientenzahlen machte eine Erweiterung der bestehenden Heil- und Pflegeanstalten in Westfalen notwendig. Der Erste Weltkrieg und seine sozialen Folgen hatten zudem eine erhebliche Ausweitung der öffentlichen Fürsorge zur Folge. Die steigenden Ausgaben in allen Bereichen der Wohlfahrt machten bald drastische Einsparungen unumgänglich. Mit dem neuen therapeutischen Ansatz der „Aktiveren Krankenbehandlung“ und dem Ausbau der „Außenfürsorge“ sollten die Schwierigkeiten im Bereich der Psychiatrie überwunden werden. Strukturelle Probleme und ungünstige wirtschaftliche Rahmenbedingungen ließen jedoch die Reform der Anstaltspsychiatrie in der Weimarer Republik scheitern.

In den 1920er Jahre konsolidierte sich zunächst die Lage der westfälischen Heil- und Pflegeanstalten. Schon bald führte der stetige Anstieg der Patientenzahlen jedoch zu einer erneuten Überfüllung der Provinzialanstalten, sodass die bestehenden Einrichtungen erweitert werden mussten. Die steigenden Ausgaben für die Fürsorge psychisch Kranker und in anderen Bereichen der Wohlfahrt belasteten den Haushalt des westfälischen Provinzialverbandes und machten drastische Einsparungen notwendig. Vor diesem Hintergrund waren Reformen im Bereich der Psychiatrie unumgänglich.

### Die Entstehung des modernen Wohlfahrtsstaates

Bedeutende Auswirkungen auf die Entwicklung der Psychiatrie hatte der Ausbau des Wohlfahrtsstaates in der Weimarer Republik. Der Erste Weltkrieg und seine sozialen Folgen hatten eine erhebliche Ausweitung der öffentlichen Fürsorge notwendig gemacht. Die neuen sozialpolitischen Herausforderungen bedeuteten für die Provinzialverbände eine Ausdehnung ihrer Wohlfahrtstätigkeit vor allem auf den Gebieten der Kriegsofferfürsorge, der Arbeitsvermittlung und der Jugendwohlfahrtspflege. So entwickelte sich aus der traditionellen Armenfürsorge, die sich auf die



Unterstützung, Pflege und Bewahrung beschränkte, eine moderne Wohlfahrtspflege. Eine Neuausrichtung der Fürsorge erfolgte 1924 und machte sie zur kommunalen Pflichtaufgabe. Neben kreisfreien Städten und Landkreisen waren in Preußen die Provinzialverwaltungen als Landesfürsorgeverbände zuständig.

Der neue Wohlfahrtsstaat war dabei auf das Engste mit der modernen Arbeitsgesellschaft verschränkt. Die Verhinderung von Arbeitsunfähigkeit und die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit wurden zu den vorrangigen Zielen nahezu aller Unterstützungsmaßnahmen des Wohlfahrtsstaates, der nun auch vorbeugend tätig wurde. Zugleich sollte „Arbeitswilligkeit“ erzwungen und „Arbeitsscheue“ bestraft werden. Nicht mehr zeitgemäß im neu ausgerichteten Wohlfahrtsstaat war die bisherige Psychiatrie. Diese hatte einerseits ihre Patienten aus der Gesellschaft ausgegrenzt, andererseits ihnen jedoch einen Schutzraum geboten, in dem die Normen der Arbeitsgesellschaft nicht galten. Mit den neuen Zielen des modernen Wohlfahrtsstaates war dies nicht mehr vereinbar. Die Ausweitung wohlfahrtsstaatlicher Prinzipien hatte die Rahmenbedingungen für die Anstaltspsychiatrie in der Weimarer Republik entscheidend verändert.

### **Anstieg der Patientenzahlen**

In den psychiatrischen Einrichtungen Westfalens war die Zahl der neu aufgenommenen Patienten seit 1920/21 wieder angestiegen. Von 1924 an normalisierte sich die Verpflegungssituation in den westfälischen Provinzialanstalten und die Sterblichkeitsrate war niedriger als in den Jahren vor Beginn des Ersten Weltkriegs. Als Reaktion auf die mangelnde Auslastung der Provinzialanstalten nach dem Ersten Weltkrieg war das Verfahren für die stationäre Aufnahme psychisch kranker Menschen in Einrichtungen des Provinzialverbandes vereinfacht worden. Die angestrebte Früheinweisung entsprach zudem den therapeutischen Forderungen und dem wohlfahrtsstaatlichen Gedanken der Prophylaxe. Bereits Mitte der 1920er Jahre waren in den westfälischen Heil- und Pflegeanstalten wieder so viele Patienten wie vor dem Krieg untergebracht. Im Jahr 1920 zählten die westfälischen Provinzialanstalten insgesamt 6.400 Patienten, zehn Jahre später wurden bereits rund 11.000 psychisch Kranke versorgt.



Diese rasante Zunahme war kaum auf eine größere Verbreitung psychischer Krankheiten zurückzuführen. Zwar hatten die durch Alkohol- und Drogenabhängigkeit ausgelösten psychischen Erkrankungen zugenommen. Weitaus entscheidender für den Anstieg der Patientenzahlen war jedoch die veränderte Einweisungs- und Entlassungspraxis. Vor allem Wohnungsnot, Arbeitslosigkeit und Inflation führten dazu, dass psychisch kranke und geistig behinderte Menschen nicht länger von den eigenen Familien betreut werden konnten, sondern in psychiatrische Einrichtungen eingewiesen wurden. Gleichzeitig verhinderten die schwierigen sozialen Verhältnisse oftmals eine Entlassung von gebesserten Patienten. Krankenhäuser und Altersheime gingen zudem dazu über, körperlich kranke und alte psychisch kranke oder geistig behinderte Menschen in die psychiatrischen Anstalten abzuschieben.

### **Ausbau der Provinzialanstalten und Rückgriff auf freie Träger**

Der rasche Patientenzuwachs brachte die westfälische Psychiatrie in erhebliche Schwierigkeiten. Die Provinzialverwaltung sah sich daher ab Mitte der 1920er Jahre zu einem umfassenden Bauprogramm gezwungen. Bis dahin hatte sich die Bautätigkeit in den Nachkriegsjahren auf Pfleger- und Beamtenwohnungen und die Ergänzung bzw. Erneuerung der technischen Versorgungseinrichtungen beschränkt. Zudem waren mit kleineren Baumaßnahmen die Möglichkeiten zur getrennten Unterbringung der verschiedenen Krankheitsgruppen erweitert worden. Aus Kostengründen versuchte der Provinzialverband in den nächsten Jahren, den steigenden Bettenbedarf zu decken, indem er bestehende Einrichtungen ausbaute. Damit sollte der Bau einer neuen Anstalt hinausgeschoben werden. In den sieben westfälischen Heil- und Pflegeanstalten wurde durch Neu- und Erweiterungsbauten bis zum Jahr 1928 Platz für über 1.440 zusätzliche Betten geschaffen, der größte Teil davon an der neuen Provinzialanstalt Gütersloh.

Angesichts der steigenden Patientenzahlen waren die vorgenommenen Baumaßnahmen nicht ausreichend. Ab 1928 musste daher die zulässige Höchstbelegung der Häuser heraufgesetzt werden, was mancherorts zu problematischer Enge führte. Weitere Schwierigkeiten entstanden durch die konfessionelle Trennung der Provinzialanstalten in Westfalen. Beim Ausbau der Heilanstalten waren zunächst die Einrichtungen für evangelische Kranke bevorzugt worden. Größere Baumaßnahmen für die katho-



■ *Überfüllter Bettensaal  
(1920er Jahre)*



lischen Provinzialanstalten waren erst ab Ende der 1920er Jahre geplant gewesen. In der 1929 beginnenden Weltwirtschaftskrise mussten jedoch bestehende Erweiterungs- und Neubaupläne verworfen werden, darunter auch der vorgesehene Bau einer Heil- und Pflegeanstalt am Rande des Ruhrgebietes.

Entlastet wurden die Provinzialanstalten dadurch, dass eine zunehmende Zahl von Patienten in die konfessionellen Anstalten der Provinz überwiesen wurden. Am Ende der Weimarer Republik versorgten diese mehr als ein Drittel aller Psychiatriepatienten. Dabei blieb die klassische Arbeitsteilung bestehen: Während die konfessionellen Anstalten überwiegend geistig Behinderte und Epilepsiekranken aufnahmen, blieben die Provinzialheilanstalten vor allem für die Aufnahme psychisch kranker Patienten zuständig. Damit festigte sich in Westfalen auch im Bereich der Psychiatrie die besondere Vernetzung von provinzieller und konfessioneller Wohlfahrtspflege.

### **Notwendigkeit von Reformen**

Die zunehmende Überlastung der Heil- und Pflegeanstalten in der Weimarer Republik ließ auch grundlegende Reformen in der Versorgung psychisch kranker Menschen immer dringlicher werden. Erheblicher Reformdruck ging zudem von der sich im Laufe der 1920er Jahre zuspitzenden wirtschaftlichen und finanziellen Situation aus. Mit der Zunahme der Patientenzahlen war ein erheblicher Kostenanstieg verbunden. Zu Buche schlugen auch die Kosten für die nötigen Baumaßnahmen in den psy-



chiatrischen Einrichtungen. Zwischen 1925 und 1930 stiegen die Ausgaben des westfälischen Provinzialverbandes im Bereich der Geisteskrankenfürsorge um 40 Prozent. Ähnlich entwickelten sich die Ausgaben auch in anderen Bereichen der provinziellen Wohlfahrt; gleichzeitig gingen die staatlichen Zuschüsse zurück. Damit erhöhten sich die Beiträge der Mitgliedskörperschaften des Provinzialverbandes, der westfälischen Stadt- und Landkreise, die die ausbleibenden staatlichen Überweisungen ausgleichen mussten. In Zeiten wirtschaftlicher Rezession und steigender Sozialausgaben für die Gemeinden entwickelte sich die kostspielige Anstaltsfürsorge zu einem bedeutenden Konfliktthema zwischen Kommunen und Provinzialverband. Forderungen nach strukturellen Veränderungen in der Fürsorge für psychisch Kranke waren die Folge.

Die westfälische Provinzialverwaltung erkannte die Notwendigkeit von Reformen. Sie wollte die bestehenden psychiatrischen Einrichtungen entlasten und damit Kosten senken. Insbesondere die Aufenthaltszeiten der Patienten in den Heil- und Pflegeanstalten sollten verkürzt werden. In kürzerer Zeit sollten mehr Patienten behandelt und somit die psychiatrischen Einrichtungen effizienter werden. Die Reformansätze, die sich in der deutschen Anstaltspsychiatrie in Reaktion auf die besonderen Herausforderungen der Nachkriegszeit herausgebildet hatten, spielten im Reformkonzept der Provinzialverwaltung eine entscheidende Rolle. Mit dem neuen therapeutischen Ansatz der „Aktiveren Krankenbehandlung“ und dem Aufbau der „Außenfürsorge“ sollten die Schwierigkeiten der Anstaltspsychiatrie überwunden werden. Die westfälische Provinzialverwaltung hoffte durch die „Aktivere Krankenbehandlung“ auf billigere Betriebskosten, da kostspielige psychiatrische Maßnahmen wie etwa die Dauerbadbehandlung oder Einrichtungen für unruhige und gewalttätige Kranke weniger gebraucht würden. Zudem sollten die Heilanstalten wesentlich mehr Kranke aufnehmen können, weil sich das Binnenklima konfliktärmer gestalten würde. Schließlich hoffte die Verwaltung, Patienten schneller entlassen zu können. Mit dem Modell der „Außenfürsorge“ sollten die Heil- und Pflegeanstalten in ein umfassendes System von Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation eingeordnet und so weiter entlastet werden.

### **Das Scheitern der Reformansätze**

Von Beginn an erschwerten strukturelle Probleme einen Erfolg der Reformprojekte. Durch die konfessionelle Trennung der Anstalten in Westfalen und der damit häufig



verbundenen wohnortfernen Unterbringung von Patienten griffen Anstaltsbehandlung und offene Fürsorge oftmals nicht im gewünschten Maß ineinander. Auch die Zusammenarbeit zwischen den Heil- und Pflegeanstalten und den kommunalen Wohlfahrtsbehörden verlief nicht immer reibungslos. Ein kaum zu überwindendes Hindernis waren die schwierigen wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse der Weimarer Republik. Vor allem in den Städten des Industriegebietes gestatteten es Wohnungsnot und Arbeitslosigkeit den Herkunftsfamilien in vielen Fällen nicht, ihre kranken Angehörigen zu Hause aufzunehmen. Häufiger mussten Patienten deshalb trotz verbessertem Gesundheitszustand in den Heil- und Pflegeanstalten bleiben.

Für die Entwicklung der Außenfürsorge in der Weimarer Republik war die zunehmend prekäre Finanzlage von entscheidender Bedeutung. Vor dem Hintergrund leerer Kassen bestand zwischen Kommunen und Provinzialverband ein grundlegender Interessenkonflikt. Beim Aufbau der Außenfürsorge hatten sich die Kommunen einen weitreichenden Einfluss auf die Einweisung und Entlassung von Patienten in die Heil- und Pflegeanstalten sichern können. In der Praxis entschieden die Gemeinden nach Kostengesichtspunkten und neigten dazu, psychisch kranke und geistig behinderte Menschen zur stationären Behandlung in die geschlossenen Provinzialanstalten zu überweisen, um einen möglichst großen Teil der finanziellen Lasten für deren Versorgung auf den Provinzialverband abzuwälzen. Gleichzeitig verhinderten die Kommunen frühzeitige Entlassungen, um die Patienten nicht auf eigene Kosten weiter ambulant versorgen zu müssen. Die Anstaltsärzte kritisierten das Verhalten der Gemeinden bei der Entlassung von Patienten, weil dadurch die angestrebte Verkürzung des stationären Aufenthaltes verhindert wurde. Bemängelt wurde auch die mangelnde Betreuung entlassener Patienten durch die kommunalen Fürsorgestellen.

In der Endphase der Weimarer Republik verschärfte sich der Konflikt zwischen Provinzialverband und Kommunen. Angesichts steigender Massenarbeitslosigkeit waren die Haushalte der Kommunen, die für die Unterstützung der länger Erwerbslosen zuständig waren, hoffnungslos überlastet. Vor dem Hintergrund von Zahlungsrückständen der Stadt- und Landkreise bei Pflegegeldern und der Provinzialumlage eskalierte die Auseinandersetzung um Aufnahme- und Entlassungsfragen. Während der Provinzialverband eine strenge Prüfung aller Aufnahmeanträge für die Provinzialanstalten vornahm, um ungerechtfertigte Einweisungen durch die Gemeinden zu verhindern, ver-



suchten einige Kommunen die Aufnahmebeschränkungen des Provinzialverbandes zu umgehen. Sie erklärten von ihnen überwiesene Patienten einfach zu „gemeingefährlichen Geisteskranken“, die nach preußischem Recht von den Provinzialanstalten aufgenommen werden mussten und deren Entlassung ohne Zustimmung der Polizei nicht möglich war.

Die verschlechterte Finanzlage stoppte schließlich 1931 den weiteren Ausbau der Außenfürsorge. Ihre Einführung hatte nicht zur erwarteten Entlastung der geschlossenen Anstalten und den erhofften finanziellen Einsparungen geführt.

### **Sparmaßnahmen am Ende der Weimarer Republik**

Die Wirkungslosigkeit der Reformen und die sich zuspitzende Finanzlage führten ab Anfang 1931 zwangsläufig zu einer Spirale von Sparmaßnahmen in den Heil- und Pflegeanstalten. Erhebliche Einsparungen gab es vor allem bei der Versorgung und Betreuung von Patienten. Im Zuge von Personalabbau und Rationalisierungsmaßnahmen wurden in einzelnen Einrichtungen ganze Abteilungen geschlossen. Gekürzt wurden zudem die Ausgaben für die Außenfürsorge. Durch die Sparmaßnahmen kam es am Ende der Weimarer Republik erneut zu einer Verschlechterung der Lebensverhältnisse für die psychisch Kranken und geistig Behinderten in den westfälischen Heil- und Pflegeanstalten.

### **Die Krise der Psychiatrie am Ende der Weimarer Republik**

Die ungünstigen Rahmenbedingungen ließen die Reform der Anstaltspsychiatrie in der Weimarer Republik scheitern. Diese war von Anfang an ein „überlasteter Wohlfahrtsstaat“. Insbesondere nach Beginn der Weltwirtschaftskrise 1929 gab es keine Möglichkeiten mehr, sozialpolitische Reformen voranzutreiben. Die Anstaltsärzte erlebten die Krise des Weimarer Wohlfahrtsstaates und das Scheitern der Reformprojekte als Ohnmachtserfahrung. Die Erfahrungen mit der Nicht-Finanzierbarkeit und der scheinbar unbegrenzten Ausweitung der Ansprüche an das System der sozialen Fürsorge veränderten zunehmend das Denken über die Zielrichtung staatlicher Fürsorgepolitik. Nicht mehr das Wohl des Einzelnen, sondern das Interesse der Gesamtheit des Volkes stand im Mittelpunkt. Vor diesem Hintergrund verband sich auch die Reformpsychiatrie in zunehmendem Maße mit der Eugenik.



Die Annäherung der Reformpsychiatrie an die Eugenik wurde dabei durch das weiter gültige biologistische Krankheitskonzept begünstigt. So war zwar in den 1920er Jahren die Bedeutung von psychischen und sozialen Faktoren bei der Entstehung und Entwicklung psychischer Erkrankungen betont worden. Dennoch blieb auch die Reformpsychiatrie den bestehenden Paradigmen verhaftet, wonach es sich bei Geisteskrankheiten um Gehirnkrankheiten handele und psychische Erkrankungen vererbbar seien. Tatsächlich waren die Ursachen psychischer Erkrankungen immer noch unbekannt. Da eine ursächliche Behandlung nicht möglich war, setzten die Anhänger der Eugenik darauf, durch Verhinderung der Fortpflanzung die Zahl kranker Menschen zu vermindern. Es hatte sich damit ein Denkschema herausgebildet, das den Übergang zu rassenhygienischen Vorstellungen zumindest erleichterte. Je weiter sich die Krise des Weimarer Wohlfahrtsstaates zuspitzte, umso überzeugender schien für viele Anstaltspsychiater das eugenische Programm. So gehörte auch Hermann Simon zu den Psychiatern, die sich nicht nur für eine differenzierte Fürsorge, sondern auch für die Sterilisation psychisch kranker und geistig behinderter Menschen aussprachen. Zunehmend näherte er sich der Idee der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ an. Bis heute ist die Beurteilung Hermann Simons, des „Pioniers der systematischen Arbeitstherapie“, daher umstritten. In seinem psychiatrischen Denken und in seinem Gesellschaftsbild war Simon durch die Kaiserzeit geprägt. Mit seinen antisemitischen und antikommunistischen Auffassungen sowie seiner Verachtung für jede parlamentarische Staatsform vertrat er gängige Ressentiments. Wie viele Bürger, setzte er auf hierarchische Strukturen und starke Persönlichkeiten in Politik und Staat. Aufgrund seines biologistischen bzw. sozialdarwinistischen Denkens war Simon wie ein großer Teil der zeitgenössischen Psychiater und Mediziner für eugenische Vorstellungen empfänglich. Er setzte sich im „Deutschen Verband für psychische Hygiene“ für eine entsprechende Politik ein. Vorbehaltslos begrüßte er 1933 die Machteroberung Hitlers und den Wandel der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik. Dennoch kann Simon kaum als „Vordenker“ des Nationalsozialismus bezeichnet werden.



## 1.07 | Die westfälische Anstaltspsychiatrie im Nationalsozialismus 1933 bis 1945

Im Nationalsozialismus wurde die Rassenideologie zur Staatsdoktrin erhoben. Mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ setzten die Nationalsozialisten ihre rassenhygienischen Vorstellungen in konkrete Politik um. Es erlaubte die Sterilisation von sogenannten „Erbkranken“ ohne deren Einwilligung. Auch tausende Patienten in den psychiatrischen Einrichtungen waren betroffen. Mit dem Ausbruch des Zweiten Weltkrieges begann der systematische Massenmord an psychisch kranken und geistig behinderten Menschen. Über 6.000 Patienten aus westfälischen Einrichtungen fielen der „Euthanasie“ zum Opfer, darunter mehr als 200 Kinder. Gegen den Krankenmord hat es nur vereinzelt Widerstand gegeben. Auch in den westfälischen Heil- und Pflegeanstalten überwog die Bereitschaft, sich an der Umsetzung der nationalsozialistischen Verbrechen zu beteiligen.

Die nationalsozialistische Machteroberung im Januar 1933 hatte auch Auswirkungen auf den Provinzialverband Westfalen. Die Beseitigung der demokratischen Gremien des Provinzialverbandes erfolgte schrittweise: Bereits im Juli 1933 kam es zur Auflösung des demokratisch gewählten Provinziallandtages. Im Dezember wurden schließlich die Kompetenzen von Provinziallandtag und Provinzialausschuss auf den staatlichen Oberpräsidenten übertragen. Nach dem Gesetz war dieser nun auch Leiter des Provinzialverbandes. Als ständiger Vertreter des Oberpräsidenten war der Landeshauptmann mit der Führung der laufenden Geschäfte des Provinzialverbandes beauftragt. Zwar war der Provinzialverband durch die Neuregelungen formell nicht aufgelöst, die provinzielle Selbstverwaltung war aber ausgehöhlt und eng an den Staat gebunden worden.

Nach der nationalsozialistischen Machtübernahme wurden auch die Schlüsselstellen innerhalb der westfälischen Provinzialverwaltung umbesetzt. Schon im April 1933



■ Die westfälischen Anstaltsdirektoren mit dem nationalsozialistischen Landeshauptmann Karl Friedrich Kolbow



war der bisherige Landeshauptmann Franz Dieckmann (1875–1944) aus dem Amt gedrängt und durch den Nationalsozialisten Karl-Friedrich Kolbow (1899–1944) ersetzt worden. In den folgenden Monaten wurden mehrere höhere Beamte der Provinzialverwaltung aus ihren Positionen entfernt und durch Nationalsozialisten ersetzt. Auch in den wichtigen Fürsorge- und Gesundheitsabteilungen der westfälischen Provinzialverwaltung wurde durch eine entsprechende Personalpolitik die Durchsetzung nationalsozialistischer Ziele sichergestellt.



■ Überzeugter Nationalsozialist: Anstaltsdirektor Dr. Walther Kaldewey

### Die westfälischen Anstaltsärzte im Nationalsozialismus

Auch in den westfälischen Provinzialheilanstalten war nach der nationalsozialistischen Machtergreifung Leitungspersonal ausgetauscht worden. Mithilfe des im April 1933 erlassenen „Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“, das es ermöglichte, politisch nicht erwünschte und jüdische Beamte aus dem Dienst zu entfernen, wurden mehrere Anstaltsdirektoren aus dem Amt entlassen. Die überwiegende Mehrheit der Direktoren der Provinzialanstalten gehörte bald der NSDAP an. Mit den 1933 neu eingesetzten Anstaltsdirektoren in Warstein und Eickelborn, Heinrich Petermann (1894–1969) und Wather Kaldewey (1896–1954), gelangten zwei überzeugte Anhänger des Nationalsozialismus ins Amt.

Insgesamt hatte die Ärzteschaft der westfälischen Provinzialanstalten der Weimarer Demokratie ablehnend gegenübergestanden. Ein Teil der Mediziner war bereits vor 1933 in die NSDAP eingetreten oder hatte mit ihr sympathisiert. Ähnlich wie die Ärzte, hatte sich auch die überwiegende Mehrheit des männlichen Pflege- und Verwal-

tungspersonals nationalsozialistischen Parteiorganisationen angeschlossen. Um auf die politische Gesinnung des Anstaltspersonals einzuwirken, versetzte die westfälische Provinzialverwaltung im Einzelfall auch linientreue Nationalsozialisten gezielt an Provinzialheilanstalten.

### **Nationalsozialistische Ideologie und Rassenhygiene**

Im Nationalsozialismus wurde die Rassenideologie zur Staatsdoktrin erhoben. Ihr zentrales Merkmal war die Überzeugung von einer Ungleichwertigkeit der verschiedenen Rassen und die daraus resultierende Unterscheidung zwischen hoch- und minderwertigen Rassen. Der Nationalsozialismus betrachtete die Rasse als bewegende Kraft in der Geschichte; zwischen den Rassen herrsche ein „unerbittlicher Kampf ums Dasein“. In diesem „Lebenskampf“ war die Leistungsfähigkeit einer Rasse entscheidend. Für die Leistungsfähigkeit wiederum war der Gedanke der „Rassenreinheit“ zentral: Ziel war es, durch die Entwicklung gesunder Erbanlagen eine Verbesserung der eigenen Rasse zu erreichen. Ein angeblicher „Rasseverfall“ und damit eine Schwächung der eigenen Rasse sollte verhindert werden. Eine „Vermischung“ mit anderen Rassen wurde durch zahlreiche „Rassengesetze“ unterbunden. Darüber hinaus sollte die deutsche Gesellschaft gezielt von sogenannten „Rassenschädlingen“ „gesäubert“ werden. Nicht nur Juden, Sinti und Roma sowie Asoziale und Homosexuelle sollten beseitigt bzw. vernichtet werden. Da in diesem nationalsozialistischen Ausleseprozess auch die körperliche und geistige Gesundheit sowie die Arbeitsfähigkeit entscheidende Kriterien für das Recht auf Leben waren, zielten die rassenhygienischen Maßnahmen des Staates auch auf die Gruppe der geistig und körperlich behinderten sowie der psychisch kranken Menschen.

Der Boden für die vom nationalsozialistischen Staat propagierte Gesundheitspolitik war bereits durch den zunehmenden Einfluss der Eugenik auf Wissenschaft und Politik in der Weimarer Republik vorbereitet worden. Der Gedanke, sogenannte „Erbkranke“ an der Fortpflanzung zu hindern, war weit verbreitet. Selbst liberale und sozialistische Mediziner und Politiker hatten sich für die Eugenik ausgesprochen. Die neuen Machthaber beseitigten alle juristischen und politischen Hindernisse, die in der Weimarer Republik noch eine praktische Umsetzung eugenischer bzw. rassenhygienischer Programme verhindert hatten.



### **Nationalsozialistische „Gesundheitspolitik“ – Die Zwangssterilisation von psychisch kranken Menschen**

Mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, das nur wenige Monate nach der Ernennung Hitlers zum Reichskanzler erlassen worden war, setzten die Nationalsozialisten ihre rassenhygienischen Vorstellungen in konkrete Politik um. Es erlaubte die Sterilisation von sogenannten Erbkranken ohne deren Einwilligung und verpflichtete gleichzeitig Ärzte, Fürsorgere und Lehrer, Erbkrankheiten anzuzeigen. Nach dem Gesetz konnte ein Mensch sterilisiert werden, wenn er an schwerem Alkoholismus, „angeborenem Schwachsinn“, Schizophrenie, „manisch-depressivem Irrsinn“, Epilepsie, Veitstanz (Huntingtonsche Chorea), Blindheit, Taubheit oder schwerer körperlicher Missbildung litt. Aufgrund der medizinischen Unbestimmtheit der Diagnosen eröffnete das Gesetz weitreichende Möglichkeiten für Zwangssterilisationen. Über weite Strecken lehnte es sich an den Entwurf eines Sterilisationsgesetzes der preußischen Regierung von 1932 an. Allerdings ermöglichte das nationalsozialistische Gesetz die Anwendung von Zwang bei der Sterilisation – eine Verschärfung, die am Ende der Weimarer Republik politisch noch nicht durchsetzbar gewesen wäre. Eine eugenische Sterilisationsgesetzgebung gab es seit Beginn des 20. Jahrhunderts in einigen Staaten in Europa wie der Schweiz, Dänemark, Norwegen und Schweden sowie in den USA. Allerdings sprengte die nationalsozialistische Sterilisationspraxis alle bisherigen Dimensionen: Während der nationalsozialistischen Diktatur wurden im Deutschen Reich und in den nach 1937 annektierten Gebieten etwa 400.000 Menschen unfruchtbar gemacht.

In der Geschichte der Psychiatrie markierte das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ eine Zäsur. Viele Patienten in den Heil- und Pflegeanstalten waren von dem Gesetz betroffen. In den westfälischen Provinzialheilanstalten wurden in den Jahren von 1934 bis 1945 über 3.500 Sterilisationen an Patienten durchgeführt. Die Heil- und Pflegeanstalten führten die Sterilisationen selbst durch oder überließen sie benachbarten Krankenhäusern.

Nach dem Gesetz waren die Direktoren, Ärzte, Schwestern und Pfleger der Heil- und Pflegeanstalten verpflichtet, an den rassenhygienischen Maßnahmen mitzuwirken. Überwiegend mit Zustimmung, manchmal sogar mit Begeisterung trugen sie zur Umsetzung des Sterilisationsprogramms bei. Der Antrag auf Sterilisation konnte vom



# Reichsgesetzblatt

Teil I

529

1933

Ausgegeben zu Berlin, den 25. Juli 1933

Nr. 86

<b>Inhalt:</b> Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Vom 14. Juli 1933 .....	§. 529
Fünfte Verordnung zur Durchführung der Verordnung über die Devisenbewirtschaftung. Vom 20. Juli 1933 .....	§. 531
Verordnung über die Errichtung einer vorläufigen Filmkammer. Vom 22. Juli 1933 .....	§. 531
Verordnung über Zolländerungen und Ausfuhrschine. Vom 24. Juli 1933 .....	§. 533
Verordnung zur Durchführung des Gesetzes über die Aufhebung der im Kampf für die nationale Erhebung erteilten Dienststrafen und sonstigen Maßregelungen. Vom 25. Juli 1933 .....	§. 535

## Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Vom 14. Juli 1933.

Die Reichsregierung hat das folgende Gesetz beschlossen, das hiermit verkündet wird:

### § 1

(1) Wer erbkrant ist, kann durch chirurgischen Eingriff unfruchtbar gemacht (sterilisiert) werden, wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, daß seine Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbshäden leiden werden.

(2) Erbkrant im Sinne dieses Gesetzes ist, wer an einer der folgenden Krankheiten leidet:

1. angeborenem Schwachsin,
2. Schizophrenie,
3. zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein,
4. erblicher Tollsucht,
5. erblichem Weistanz (Huntington'sche Chorea),
6. erblicher Blindheit,
7. erblicher Taubheit,
8. schwerer erblicher körperlicher Mißbildung.

(3) Ferner kann unfruchtbar gemacht werden, wer an schwerem Alkoholismus leidet.

### § 2

(1) Antragsberechtigt ist derjenige, der unfruchtbar gemacht werden soll. Ist dieser geschäftsunfähig oder wegen Geisteschwäche entmündigt oder hat er das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet, so ist der gesetzliche Vertreter antragsberechtigt; er bedarf dazu der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts. In den übrigen Fällen beschränkter Geschäftsfähigkeit bedarf der Antrag der Zustimmung des gesetzlichen Vertreters. Hat ein Volljähriger einen Pfleger für seine Person erhalten, so ist dessen Zustimmung erforderlich.

(2) Dem Antrag ist eine Bescheinigung eines für das Deutsche Reich approbierten Arztes beizufügen, daß der Anfruchtbarzumachende über das Wesen und die Folgen der Anfruchtbarmachung aufgeklärt worden ist.

(3) Der Antrag kann zurückgenommen werden.

### § 3

Die Anfruchtbarmachung können auch beantragen

1. der beamtete Arzt,
2. für die Inassen einer Kranken-, Heil- oder Pflegeanstalt oder einer Strafanstalt der Anstaltsleiter.

### § 4

Der Antrag ist schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Erbgesundheitsgerichts zu stellen. Die dem Antrag zu Grunde liegenden Tatsachen sind durch ein ärztliches Gutachten oder auf andere Weise glaubhaft zu machen. Die Geschäftsstelle hat dem beamteten Arzt von dem Antrag Kenntnis zu geben.

### § 5

Zuständig für die Entscheidung ist das Erbgesundheitsgericht, in dessen Bezirk der Anfruchtbarzumachende seinen allgemeinen Gerichtsstand hat.

### § 6

(1) Das Erbgesundheitsgericht ist einem Amtsgericht anzugliedern. Es besteht aus einem Amtsrichter als Vorsitzenden, einem beamteten Arzt und einem weiteren für das Deutsche Reich approbierten Arzt, der mit der Erbgesundheitslehre besonders vertraut ist. Für jedes Mitglied ist ein Vertreter zu bestellen.

(2) Als Vorsitzender ist ausgeschlossen, wer über einen Antrag auf vormundschaftrichterliche Genehmigung nach § 2 Abs. 1 entschieden hat. Hat ein beamteter Arzt den Antrag gestellt, so kann er bei der Entscheidung nicht mitwirken.

Reichsgesetzbl. 1933 I

146

■ „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933

Betroffenen selbst, seinen gesetzlichen Vertretern, den zuständigen Amts- oder Kreisärzten sowie den Leitern von Heil- und Pflege-, Kranken- und Strafanstalten gestellt werden. In den westfälischen Provinzialheilanstalten besaßen damit die Direktoren das Recht, bei den neu eingerichteten Erbgesundheitsgerichten einen Antrag auf Unfruchtbarmachung eines Patienten zu stellen. Gleichzeitig besaßen sie eine Anzeigepflicht und hatten „erbkrank“ Patienten beim zuständigen Amtsarzt zu melden. Die Provinzialverwaltung selbst forderte die westfälischen Anstaltsdirektoren auf, sich nicht nur auf die bestehende Anzeigepflicht zu beschränken, sondern von sich aus Anträge auf Sterilisation von Patienten zu stellen. Durch „Aufklärung und Belehrung“ sollten sie nach Möglichkeit darauf hinwirken, dass der Antrag „im Einvernehmen“ mit den Betroffenen und ihren gesetzlichen Vertretern gestellt wurde. Tatsächlich waren aber nur wenige Patienten bereit, ihre eigene Sterilisation zu beantragen; in mehr als 95 Prozent der Fälle wurde der Antrag auf Unfruchtbarmachung gegen den Willen der Betroffenen und ihrer Angehörigen gestellt.

Mit Rücksicht auf die öffentliche Meinung sollte nach den Anweisungen des Provinzialverbandes zunächst nur in dringenden Fällen eine Sterilisation erfolgen, das hieß, wenn eine Entlassung bevorstand und die „Gefahr“ der Fortpflanzung bestand. Umgekehrt durften als „erbkrank“ und „fortpflanzungsgefährlich“ eingestufte Patienten erst nach Abschluss eines Sterilisationsverfahrens entlassen werden. Die anfängliche Zurückhaltung bei der Sterilisation von Kranken wurde bereits nach wenigen Monaten aufgegeben. Im Juli 1934 wies die Provinzialverwaltung die Direktoren der westfälischen Provinzialanstalten an, die Sterilisation von allen Patienten zu beantragen, bei denen trotz dauernder Anstaltsunterbringung eine versuchsweise Entlassung, Beurlaubung oder Unterbringung in der Familienpflege möglich erschien, die zu „geschlechtlichen Ausschweifungen“ oder Fluchtversuchen neigten oder die als Arbeitskräfte in der Landwirtschaft über eine größere Bewegungsfreiheit verfügten. Abhängig von der Schlüsselfigur des leitenden Direktors schwankte die Zahl der Anträge auf Sterilisation von Patienten in den einzelnen Provinzialanstalten erheblich. Auch in den neu eingerichteten „Erbgesundheitsgerichten“ besaßen die Anstaltsärzte eine wichtige Rolle und wirkten so aktiv an der Zwangsterilisation von Patienten mit. So gehörten einige Ärzte und Direktoren der westfälischen Heil- und Pflegeanstalten den westfälischen Erbgesundheitsgerichten als Beisitzer an. Wich-



tiger war jedoch ihre Mitwirkung als Gutachter. Insgesamt wurden an den neun westfälischen Erbgesundheitsgerichten zwischen 1934 und 1944 rund 36.500 Sterilisationsverfahren durchgeführt. Etwa 30.700 dieser Verfahren endeten mit der Anordnung einer Zwangssterilisation.

Unter dem Vorzeichen der nationalsozialistischen Erbgesundheitspolitik wurde die Außenfürsorge, die am Ende der Weimarer Republik nur noch notdürftig aufrechterhalten wurde, wiederbelebt. Im Rahmen ihrer Neuorganisation wurde die konfessionelle Trennung der Anstalten aufgegeben und das paritätische Prinzip eingeführt – ein Schritt, der in der Weimarer Republik noch undenkbar war. Zugleich erfuhr die Außenfürsorge im nationalsozialistischen Staat einen entscheidenden Funktionswandel: Über die Außenfürsorge beteiligten sich die Anstaltsärzte in ihren Sprechstunden und bei Hausbesuchen an der Erfassung der außerhalb der Heil- und Pflegeanstalten lebenden „Erbkranken“. Sie zeigten diese beim zuständigen Amtsarzt an und versuchten, die Betroffenen zu überreden, den Antrag auf Sterilisation selbst zu stellen. Darüber hinaus engagierten sich der Provinzialverband und seine Anstaltsärzte bei der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“. Akribisch sollten alle verfügbaren gesundheitlich und sozial relevanten Informationen zusammengetragen und in einer zentralen Kartei erfasst werden, um den „Erbwert“ jeder einzelnen Person feststellen zu können. Die erstellten „Erbkarteien“ sollten für weitere rassenhygienische Maßnahmen genutzt werden.

In den Verfahren vor den Erbgesundheitsgerichten hatten Einsprüche der Betroffenen und ihrer Angehörigen gegen die Zwangssterilisation kaum Aussicht auf Erfolg. Der Gesetzgeber kehrte die Beweislast um und legte fest, dass im Zweifelsfall gegen die Betroffenen zu entscheiden war. Dennoch nahm die Zahl der Einsprüche gegen eine beabsichtigte Sterilisation im Laufe der Jahre deutlich zu. Insgesamt wurde in mehr als 93 Prozent der Verfahren gegen Anstaltspatienten in Westfalen die beantragte Sterilisation am Ende durchgeführt. Bei den Opfern von Zwangssterilisationen handelte es sich in der Mehrzahl um Personen, die im Nationalsozialismus als kostenträchtige „Ballastexistenzen“ galten. Vor allem die weit gefasste Diagnose „Schwachsinn“ bot die Möglichkeit zur Sterilisation von „Asozialen“ bzw. „Gemeinschaftsfremden“. So waren Menschen von der Zwangssterilisation bedroht, weil sie den Volksschulabschluss nicht geschafft hatten, ein uneheliches Kind hatten, keiner



geregelten Arbeit nachgingen, keinen festen Wohnsitz besaßen oder mit dem Gesetz in Konflikt geraten waren.

Der breite Konsens über die Notwendigkeit eugenischer Maßnahmen in den Krisen-jahren der Weimarer Republik schloss gerade bei den Ärzten die Bereitschaft zur Mit-wirkung an konkreten Maßnahmen ein. Die nationalsozialistischen Rassenhygieniker brauchten keine Überzeugungsarbeit zu leisten. Im Gegenteil: Das nationalsozial-istische Konzept zur biologisch-rassischen „Erneuerung“ des „Volkskörpers“ betrach-teten viele als Chance.

### **Veränderung der Lebensverhältnisse in den psychiatrischen Einrichtungen und Beginn der „differenzierten Fürsorge“**

Die nationalsozialistische Rassenpolitik wirkte sich spürbar auch auf die Zustände in den psychiatrischen Einrichtungen aus. Erklärtes Ziel der neuen Machthaber war es, die Kosten für die Fürsorge psychisch Kranker und geistig Behinderter trotz steigen-der Patientenzahlen zu senken. Dies hatte zur Folge, dass der Druck zur Kosten-einsparung in den Heil- und Pflegeanstalten weiter zunahm. In Westfalen war der Etat des Provinzialverbandes für die psychiatrischen Einrichtungen trotz der Zunahme von Patienten eingefroren worden. Da aber infolge der „rassenhygienischen Maß-nahmen“ die Personalkosten angestiegen waren, nahm die Summe, die für den Un-terhalt und die Behandlung der Patienten zur Verfügung stand, kontinuierlich ab.

Das in der Weltwirtschaftskrise entworfene Konzept der „differenzierten Fürsorge“ wurde nun konsequent umgesetzt: Bei der Verteilung der knappen Ressourcen soll-ten die für den Aufbau der neuen „Volksgemeinschaft“ geeigneten Patienten gegen-über den „gemeinschaftsstörenden“ und „unproduktiven“ Kranken begünstigt wer-den. Für die als heilbar geltenden Patienten, deren Anteil in den Heil- und Pflege-anstalten bei knapp 20 Prozent lag, sollten alle zur Verfügung stehenden Therapien eingesetzt werden. Tatsächlich wurden in den westfälischen Heil- und Pflegeanstalten in den 1930er Jahren auch neue therapeutische Verfahren genutzt.

Für den weitaus größten Teil der Patienten, die als unheilbar krank galten und zu denen etwa 70 Prozent der Anstaltsklientel gezählt wurden, war dagegen lediglich eine einfache Versorgung vorgesehen. Zudem sollten sie die Kosten ihrer Unter-bringung durch eigene Arbeit der „Volksgemeinschaft“ zurückgeben. Die Fürsorge



für arbeitsunfähige Patienten wurde im nationalsozialistischen Staat im Prinzip abgelehnt. Noch sahen die geltenden Gesetze zwar vor, auch diese Kranken weiterhin zu versorgen. Der weitere Umgang mit den unheilbaren und nicht arbeitsfähigen Patienten stand jedoch frühzeitig zur Diskussion.

### **Psychiatrie im Zweiten Weltkrieg:**

#### **Massenmord an psychisch kranken und geistig behinderten Menschen**

Mit Beginn des Zweiten Weltkrieges im September 1939 gaben die Nationalsozialisten die letzten Rücksichten auf, die sie noch von einer konsequenten Verwirklichung ihrer „Gesundheitspolitik“ zurückgehalten hatten. Nach der Sterilisation vermeintlich „Erbkranker“ begann ab 1939 der systematische Massenmord an psychisch kranken und geistig behinderten Menschen. Zwischen Kriegsbeginn und Ende der nationalsozialistischen Herrschaft 1945 fielen im Deutschen Reich und den besetzten Gebieten schätzungsweise mehr als 300.000 Menschen der so bezeichneten „Euthanasie“ zum Opfer.

Die systematische Tötung der genannten Patientengruppen war vom nationalsozialistischen Regime systematisch vorbereitet worden. Bereits 1935 hatte Adolf Hitler angedeutet, die „unheilbar Geisteskranken zu beseitigen“. Seit 1938 zielte die nationalsozialistische Propaganda darauf ab, die als „Euthanasie“ verharmloste Ermordung gesellschaftsfähig zu machen. Ein Gesetz über Sterbehilfe wurde nie erlassen, obwohl ein entsprechender Entwurf dafür vorlag. Im Oktober 1939 erging jedoch ein „Ermächtigungs“-Schreiben Hitlers zur Euthanasie, das auf den 1. September 1939, den Beginn des Zweiten Weltkrieges, zurückdatiert wurde, um einen Zusammenhang mit vermeintlichen Zwängen des Krieges herzustellen. Darin wurde verfügt, dass „nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt“ werden könne.

Bei der Ermordung psychisch kranker und geistig behinderter Menschen lassen sich mehrere Phasen und Aktionen unterscheiden. Geistig und körperlich behinderte Kinder wurden in Westfalen zunächst im St. Johannis-Stift in Niedermarsberg ermordet, wofür Ende 1940 eine gesonderte „Kinderfachabteilung“ eingerichtet wurde. Die Kinder wurden der Abteilung vom „Reichsausschuss zur wissenschaftlichen Erfassung von erb- und anlagebedingten schweren Leiden“ zugewiesen und nach drei- bis vier-





■ *Nationalsozialistische Propaganda gegen so bezeichnete „Erbkrankte“*

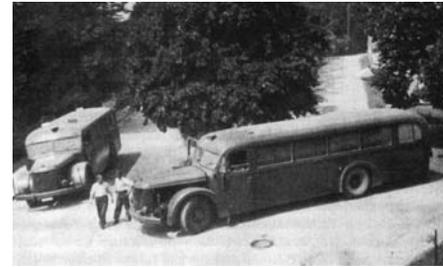
monatiger Beobachtung mit einer Überdosierung von Medikamenten getötet. Die Eltern ließ man über die Todesursache im Unklaren. Trotz strengster Geheimhaltung drangen Gerüchte über die Ermordung der Kinder bald an die Öffentlichkeit und sorgten in der Bevölkerung des katholisch geprägten Marsberger Raums für Unruhe. Der Provinzialverband entschloss sich deshalb Ende 1941, die Kinder-„Euthanasie“ von Niedermarsberg an die Provinzialanstalt Dortmund-Aplerbeck zu verlegen. Die dortige „Kinderfachabteilung“ war in eine größere Kinderabteilung integriert, so dass die Morde besser getarnt werden konnten.

Während in Niedermarsberg vermutlich über 50 Kinder getötet wurden, waren es in Dortmund-Aplerbeck mindestens 160. Der nationalsozialistische Landeshauptmann des westfälischen Provinzialverbandes unterstützte die Einrichtung der Tötungsabteilungen, die Tötung selbst übernahmen westfälische Anstaltsärzte.

Frühzeitig begann auch die gezielte Tötung jüdischer Psychatriepatienten. Im Rahmen der antijüdischen Politik des nationalsozialistischen Staates setzte 1938 eine Ausgrenzung jüdischer Patienten ein, die bald von der öffentlichen Fürsorge ausgeschlossen wurden und nur noch in der von der „Reichsvereinigung der Juden in Deutschland“ unterhaltenen „Jacoby’schen Heil- und Pflegeanstalt“ in Bendorf-Sayn bei Neuwied untergebracht werden durften. Nach dem Beschluss zur Ermordung der jüdischen Patienten im Sommer 1940 wurden die Kranken aus den westfälischen Anstalten zunächst in Heil- und Pflegeanstalten in Wunsdorf bei Hannover und Gießen gebracht, von wo aus sie binnen weniger Tage weiterverlegt und vermutlich in der Gaskammer der Tötungsanstalt Brandenburg ermordet wurden. Insgesamt wurden im September 1940 aus den westfälischen Provinzialanstalten 59 jüdische Patienten abtransportiert und getötet.

Nur wenig später begann die Ermordung der erwachsenen Psychatriepatienten im Rahmen der sogenannten „Aktion T4“, benannt nach ihrer Zentrale in der Tiergartenstraße 4 in Berlin. Der Reichsinnenminister befahl im Juni 1940, die Patienten der westfälischen Heil- und Pflegeanstalten systematisch zu erfassen. Zu melden waren unter anderem Patienten, die an Schizophrenie, Epilepsie, Paralyse und Schwachsinn litten und nicht oder nur mit einfachen Arbeiten zu beschäftigen waren. Hinzu kamen die Kranken, die sich seit mindestens fünf Jahren in einer psychiatrischen Anstalt befanden. Während die Meldebögen in einigen westfälischen Einrichtungen sehr schnell bearbeitet wurden, verlief die Aktion in den Provinzialanstalten Gütersloh, Münster und Warstein schleppend – ein Zeichen „hinhaltenden Widerstands“. Auf Basis der Meldebögen wurden Transportlisten erstellt und schließlich zwischen Ende Juni und Ende August 1941 insgesamt fast 2.900 Patienten aus den westfälischen Provinzialheilanstalten in verschiedene hessische Anstalten gebracht. Nahezu die Hälfte von ihnen wurde zwischen Mitte Juli und Mitte August 1941 in die hessische Anstalt Hadamar transportiert und dort durch Gas ermordet. Bis zum Abbruch der „Aktion T4“ fanden in Hadamar 1.334 westfälische Patienten den Tod. An der Organisation der Verlegungen waren Vertreter der westfälischen Provinzialverwaltung maßgeblich beteiligt gewesen.

Die westfälischen Patienten, die sich nach dem offiziellen Stopp der „Aktion T4“ im August 1941 noch in den verschiedenen hessischen Anstalten befanden, waren kei-



■ *Graue Busse brachten die westfälischen Patienten in die Tötungsanstalt Hadamar*



nesfalls gerettet. Ein großer Teil von ihnen wurde mittels überdosierter Medikamentengaben getötet, viele fanden durch die Kürzung der Lebensmittelrationen, unbeheizte Räume und Vernachlässigung den Tod. Auf Initiative der westfälischen Provinzialverwaltung wurden nach Protesten von Angehörigen und Pflegekräften über die katastrophalen Lebensverhältnisse 197 Kranke aus der hessischen Anstalt Kalmenhof bei Idstein in die Provinzialheilanstalt Dortmund-Aplerbeck zurückverlegt. Die übrigen westfälischen Patienten mussten trotz der lebensbedrohenden Verhältnisse in Hessen bleiben und wurden fast alle Opfer der im Laufe des Jahres 1942 wieder aufgenommenen „Euthanasie“-Aktionen.

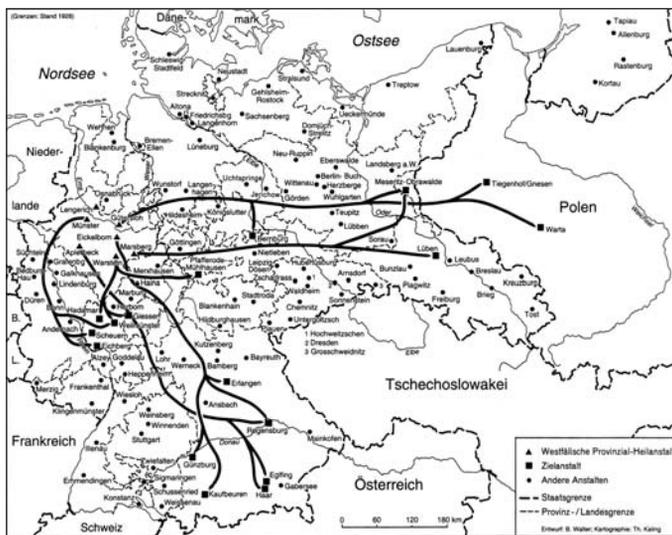
Auch in den westfälischen Heil- und Pflegeanstalten hatten sich die Verhältnisse seit 1939 weiter verschlechtert. Seit Kriegsbeginn waren in den öffentlichen und konfessionellen Anstalten Reservelazarette der Wehrmacht untergebracht. Ab 1942 wurden zudem psychisch kranke Soldaten und Kriegsgefangene von der Wehrmacht in den Einrichtungen untergebracht. Ähnlich wie im Ersten Weltkrieg verschlechterten sich Versorgung und Betreuung der verbliebenen Patienten zunehmend.

Mit dem Beginn des Luftkriegs über Deutschland 1942 begannen Planungen, Ausweichkrankenhäuser für fast alle deutschen Großstädte einzurichten. Im Zuge der „Aktion Brandt“ – benannt nach dem für die Aktion zuständigen Begleitarzt Hitlers Karl Brandt (1904–1948) – kam es zur Räumung zahlreicher Heil- und Pflegeanstalten. Entsprechend der zeitgenössischen Wertordnung mussten psychisch Kranke den körperlich Kranken weichen. Die Patienten aus den zu räumenden Einrichtungen wurden in verschiedene Anstalten in Deutschland, im angegliederten Österreich und im annektierten Polen verlegt, wo die „Euthanasie“ an den Psychiatriepatienten fortgesetzt wurde. Insgesamt wurden über 2.800 westfälische Patienten in großen Sammeltransporten in Anstalten nach Hessen, Süd-, Mittel- und Ostdeutschland sowie ins Reichsgau Wartheland im annektierten Polen gebracht. Während in den Tötungsanstalten Hadamar und Meseritz-Obrawalde Patienten mit Überdosen von Medikamenten getötet wurden, führten in den übrigen Anstalten in Hungerabteilungen gezielte Lebensmittelkürzungen, Überfüllung, Verwahrlosung, Kälte und Krankheiten zu einem Massensterben. Am Ende des Zweiten Weltkriegs lebten von den 1943 verlegten westfälischen Patienten noch ungefähr 15 Prozent.



Anders als bei der „Aktion T4“ war bei der Verlegung im Zuge der „Aktion Brandt“ nicht die Diagnose, die Aufenthaltsdauer oder die Therapierbarkeit, sondern die Arbeitsfähigkeit ein entscheidendes Selektionskriterium. In den Anstalten wurden neben den Neuaufnahmen gerade so viele Patienten zurückbehalten, wie für die Versorgung der in den Anstaltsräumlichkeiten untergekommenen Einrichtungen erforderlich waren. Die Ernährung und Versorgung der Psychiatriepatienten wurde bis unter das Existenzminimum abgesenkt. Eine medizinische Betreuung und Pflege fand kaum noch statt.

Insgesamt wurden zwischen 1940 und 1945 über 6.000 Patienten aus den westfälischen Einrichtungen Opfer der nationalsozialistischen „Euthanasie“-Aktionen, darunter mehr als 200 Kinder. Gegen den Krankenmord im „Dritten Reich“ hat es nur vereinzelt Widerstand gegeben. Auch beim westfälischen Provinzialverband und in seinen Heil- und Pflegeanstalten überwog die Bereitschaft, sich an der Umsetzung der nationalsozialistischen Verbrechen zu beteiligen. Am Ende des Krieges war die psychiatrische Versorgung zusammengebrochen und der Berufsstand der Psychiater diskreditiert.



■ Verlegung von Patienten aus westfälischen Provinzialanstalten während des Zweiten Weltkrieges



## 1.08 | Die westfälische Anstaltspsychiatrie zwischen Kriegsende und Wiederaufbau 1945 bis 1955



■ Zerstörungen an der Heilanstalt Warstein im Zweiten Weltkrieg

Nach Kriegsende blieben die katastrophalen Verhältnisse in den Heil- und Pflegeanstalten noch lange Zeit bestehen. Der Wiederaufbau zerstörter und beschädigter Anstaltsgebäude ging während der Trümmerzeit nur langsam vonstatten. Nach der Sterilisation und Ermordung von Psychiatriepatienten im nationalsozialistischen Staat war das Vertrauen gegenüber der Anstaltspsychiatrie in der Öffentlichkeit erschüttert. Die kritische Auseinandersetzung mit den nationalsozialistischen Psychiatrieverbrechen blieb weit hinter den Erwartungen zurück. In der Gesellschaft der 1950er Jahre existierte zudem kaum die Bereitschaft, die nationalsozialistischen Psychiatrieopfer für ihr erlittenes Unrecht zu entschädigen.

Mit der Kapitulation Hitler-Deutschlands am 8. Mai 1945 und der Beseitigung des nationalsozialistischen Regimes endeten die Zwangssterilisationen und die als „Euthanasie“ verharmlosten Morde an Psychiatriepatienten. Die katastrophalen Verhältnisse in den Heil- und Pflegeanstalten blieben jedoch auch über das Kriegsende hinaus noch lange Zeit bestehen. Vielfach verschärfte sich die Situation im Anstaltsalltag nochmals: Nach dem verlorenen Krieg mangelte es der „Zusammenbruchsgesellschaft“ in Deutschland an Nahrungsmitteln, Brennstoffen und Versorgungsgütern aller Art. Abermals hatten Kranke und Arbeitsunfähige darunter besonders zu leiden. Die Ernährungsengpässe und die schlechte Versorgungslage führten in den Heil- und Pflegeanstalten zu hohen Sterberaten, die mancherorts das Patientensterben während des Krieges noch übertrafen. Zwar verlief die Entwicklung in Westfalen glimpflicher als in anderen Regionen, es dauerte aber auch hier bis Ende der 1940er Jahre, bis die Sterblichkeit in den psychiatrischen Anstalten wieder auf das Vorkriegsniveau sank. Nach Einschätzung von westfälischen Anstaltsdirektoren waren nahezu alle Patienten unterernährt. Augenzeugen berichten, dass Kranke in den ersten Nachkriegsjahren infolge des Brennstoffmangels in ihren Betten erfroren. Aufgrund der schlech-



ten Versorgung und der unzureichenden hygienischen Bedingungen nahmen Krankheiten zu und verliefen bei den geschwächten Kranken oftmals tödlich.

Der Wiederaufbau zerstörter und beschädigter Anstaltsgebäude ging aufgrund der materiellen Engpässe während der Trümmerzeit nur sehr langsam voran. Anhaltende Fremdbelegungen und der verzögerte Wiederaufbau waren dafür verantwortlich, dass der Landschaftsverband Westfalen-Lippe – seit 1953 Nachfolger des Provinzialverbandes Westfalen und als Landesfürsorgeverband weiter für die geschlossene Anstaltsfürsorge für psychisch Kranke in Westfalen zuständig – noch Mitte der 1950er Jahre knapp 30 seiner psychiatrischen Krankengebäude nicht nutzen konnte. Trotz des Rückgangs der Patientenzahlen bestanden Überbelegungen daher weiter fort. Lediglich rund 6,75 Quadratmeter Bodenfläche standen in den Heil- und Pflegeanstalten pro Patient und Bett zur Verfügung – bei der Errichtung der psychiatrischen Anstalten um 1900 waren 20 Quadratmeter pro Patient vorgesehen gewesen. Die Räumlichkeiten waren zudem nach Krieg und Fremdnutzung in schlechtem Zustand und dringend sanierungsbedürftig. Engpässe und starke Fluktuationen beim Personal erschwerten in der Nachkriegszeit eine angemessene Betreuung der Patienten und schränkten die Therapiemöglichkeiten ein.

Während die westfälischen Anstaltsdirektoren 1950 forderten, das Personal aufzustocken und die erfolgreichen Therapien der Weimarer Jahre wieder aufzunehmen, verlangte die westfälische Provinzialverwaltung von den Anstalten weitere Einsparungen. Trotz der bereits desaströsen Verhältnisse sollten die Belegungsdichte erhöht, das Pflegepersonal auf das unbedingt notwendige Maß beschränkt und durch eine andere Speisenzusammenstellung die Verpflegungskosten gesenkt werden. Die Einsparungsforderungen glichen dabei den Vorstellungen aus den 1930er Jahren. Unter diesen Umständen konnte eine psychiatrische Behandlung kaum gelingen. Am Beginn der Bundesrepublik standen psychisch Kranke und geistig Behinderte weiterhin am Rand der Gesellschaft.



■ *Beengter Schlafsaal*



■ *Sanierungsbedürftige Toilettenanlage*



### **Die Verdrängung der nationalsozialistischen Psychriatrivebrechen**

Nach der Sterilisation und Ermordung von Psychriatriepatienten im nationalsozialistischen Staat war das Vertrauen gegenüber der Anstaltspsychiatrie in der Öffentlichkeit zerstört. Für besondere Skepsis und Verbitterung sorgte bei den Betroffenen vor allem, dass die Mehrzahl der für die nationalsozialistischen Verbrechen verantwortlichen Täter und Helfer – Ärzte, Pflegepersonal und Verwaltungsbedienstete – zumeist nicht oder nur unzureichend zur Rechenschaft gezogen wurden. Auch in Westfalen blieb die kritische Auseinandersetzung mit den nationalsozialistischen Psychriatrivebrechen weit hinter den Erwartungen zurück.

Auf Initiative des Oberpräsidenten der Provinz Westfalen Rudolf Amelunxen (1888–1969) eingeleitete Ermittlungen des Provinzialverbandes über Ablauf und Umfang der Ermordung von psychisch Kranken in den Provinzialanstalten hatten keine personellen Konsequenzen. Viele, die an Zwangssterilisationen und „Euthanasie“-Morden beteiligt waren, blieben im Amt und wurden in den folgenden Jahren sogar befördert. Die Tabuisierung der jüngsten Vergangenheit und der in der Nachkriegsgesellschaft verbreitete Wunsch nach einem Schlussstrich ermöglichte auch im Bereich der Anstaltspsychiatrie skandalöse personelle Kontinuitäten. Allerdings blieben nicht alle Angehörigen der „nationalsozialistischen Elite“ im Dienst des Provinzialverbandes. So wurden mehrere Ärzte im Rahmen des Entnazifizierungsverfahrens suspendiert oder mit Rücksicht auf das starke Misstrauen vor Ort nicht weiterbeschäftigt.

In der Gesellschaft der 1950er Jahre existierte kaum die Bereitschaft, die nationalsozialistischen Psychriatrieopfer für ihr erlittenes Unrecht zu entschädigen. Deshalb wurden etwa die durchgeführten Zwangssterilisationen vom Gesetzgeber nicht als „typisch nationalsozialistische Gewaltmaßnahme“ anerkannt und ihre Opfer damit von Entschädigungsansprüchen ausgenommen. Zahlreiche nationalsozialistische Psychriatrieopfer mussten in den Nachkriegsjahren Unverständnis und erneute Diskriminierungen ertragen.



## 1.09 | Erste Modernisierungsbemühungen in der Anstaltspsychiatrie 1955 bis 1970

In den 1950er und 1960er Jahren kam es zu ersten Modernisierungsbemühungen im Bereich der Psychiatrie. Verbessert wurden etwa vielerorts die Unterbringungsverhältnisse in den Kliniken. Mit der Professionalisierung der Ausbildung für Pflegekräfte wurde versucht, den Mangel an Pflegepersonal zu überwinden. Gleichzeitig setzten sich neue Behandlungsmethoden in der Anstaltspsychiatrie durch. Ein bedeutender medizinischer Fortschritt war die Einführung von Psychopharmaka. Auch Formen der Psychotherapie und eine moderne „Beschäftigungstherapie“ fanden Eingang in die Anstaltspsychiatrie. Zu den Modernisierungsbemühungen zählte zudem die zunehmende Spezialisierung von Abteilungen.

Seit Beginn der 1950er Jahre verbesserten sich die Verhältnisse in den Heil- und Pflegeeinrichtungen erstmals. Allmählich gelang es, Versorgungs- und Betreuungsstrukturen wiederherzustellen. Die Entwicklung war nicht zuletzt eine Folge verbesserter Lebensverhältnisse in der Bundesrepublik. In den 1950er und 1960er Jahren kam es zu ersten Modernisierungsbemühungen im Bereich der Psychiatrie. Medizinische Fortschritte – vor allem die Entdeckung und Weiterentwicklung der Psychopharmaka und der Psychotherapie – eröffneten zudem die Möglichkeit, weitere Behandlungsmethoden anzuwenden. Bis zu einem grundlegenden Wandel der Verhältnisse in den geschlossenen Einrichtungen und von einer vornehmlich verwahrenden zu einer heilenden Psychiatrie war es aber noch ein weiter Weg.

Nach Gründung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) 1953 wurden die Provinzialanstalten zunächst in „Landesheil- und Krankenanstalten“, 1960 in „Westfälische Landeskrankenhäuser“ umbenannt.





■ *Wiedererrichtetes Klinikgebäude an der Heilanstalt Münster (1953)*



■ *Neugestaltetes Patientenzimmer an der Heilanstalt Aplerbeck (1957)*

### **Erste Ansätze zur Verbesserung der Unterbringungsverhältnisse**

Bis Ende der 1960er Jahre stieg die Zahl der Patienten in den psychiatrischen Einrichtungen des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe stetig an, im Jahr 1954 hatte sie in Westfalen wieder das Vorkriegsniveau erreicht.

Der erneute Anstieg der Patientenzahlen in der Nachkriegszeit hatte verschiedene Ursachen. Bei einem Teil handelte es sich um Personen aus den Flucht- und Vertreibungsgebieten, die in den Jahren nach Kriegsende nach Westdeutschland gekommen waren. Traumatische Erfahrungen in Kriegs- und Nachkriegszeit führten oft zu Folgeerkrankungen oder beschleunigten den Ausbruch psychischer Krankheiten. Die anhaltende Überbelegung der Heilanstalten gehörte damit weiterhin zu den drängendsten Problemen der Anstaltspsychiatrie. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe versuchte daher, Kranke auch außerhalb Westfalens unterzubringen. Zudem wurden vor allem im letzten Drittel der 1950er Jahre mehrere hundert pflegebedürftige und ältere Patienten aus den psychiatrischen Einrichtungen in bestehenden Landespflegeanstalten oder neu errichteten Alters- und Pflegeheimen untergebracht. Hierzu erwarb der Landschaftsverband Westfalen-Lippe im Jahr 1964 die Lungenheilstätte Frönsper und gestaltete diese zu einer Landespflegeanstalt für die Aufnahme von älteren und chronisch kranken männlichen Patienten um. Ebenfalls kam es in den 1950er Jahren zur Errichtung erster Neu- und Erweiterungsbauten an den bestehenden Einrichtungen. Zwar konnten die Maßnahmen die Überbelegung der westfälischen Anstalten nicht gänzlich beseitigen, die Aufnahmekapazitäten für Neuzugänge blieben jedoch erhalten.

Außerdem gab es erste Bemühungen für bessere Unterbringungsverhältnisse in den Kliniken. Wurden zu Beginn der 1950er Jahre vor allem die technischen Anlagen instand gesetzt und erneuert, kam es in den Folgejahren auch zu ersten Sanierungsarbeiten an Krankengebäuden. Neben den sanitären Einrichtungen wurden etwa die Tagesräume für Patienten vergrößert und das Angebot an Funktionsräumen erweitert. Allerdings wurden zunächst nur einzelne Stationen und Abteilungen umgebaut. Allmählich wurden die großen Bettensäle aufgelöst und kleine Bettenräume für je sechs Betten eingerichtet. Noch Ende der 1960er Jahre war die Mehrheit der Schlafsäle aber für mehr als zehn oder gar 20 Patienten konzipiert. Außerdem fehlten noch lange Zeit geeignete Räume für neue Therapieformen.



## Veränderungen im Personalbereich

Zu den strukturellen Problemen in den 1950er und 1960er Jahren gehörte der Mangel an Pflegepersonal. Verantwortlich dafür waren die ungünstigen Arbeitsbedingungen sowie die geringen Verdienst- und Aufstiegsmöglichkeiten in den Pflegeberufen. Hinzu kam das geringe soziale Prestige der „Irrenpfleger“. Verschärft wurde der Mangel an Pflegepersonal ab den 1960er Jahren, weil die Ordensgemeinschaften mit Nachwuchsschwierigkeiten kämpften und die Zahl der Schwestern in den westfälischen Einrichtungen sank.

Mit dem Krankenpflegegesetz von 1957 wurde die Ausbildung für Pflegekräfte professionalisiert. Um eine kompetentere Behandlung psychisch Kranker zu erreichen, bemühten sich in den 1960er Jahren reformorientierte Psychiater um eine gezielte Weiterbildung von Krankenpflegepersonal. Erst die schrittweise steigende Bezahlung sowie die Verkürzung der Arbeitszeiten verlieh dem Pflegerberuf mehr Attraktivität. Dabei erreichten die Interessenvertreter des Pflegepersonals Mitte der 1950er Jahre, dass männliche und weibliche Angestellte bei der Bezahlung gleichgestellt wurden. In den folgenden Jahren verringerte sich auch das soziale Gefälle zwischen Ärzten und Pflegepersonal und die bisherige strenge soziale Kontrolle des zumeist auf dem Anstaltsgelände wohnenden Pflegepersonals nahm ab.

Anders als beim Pflegepersonal herrschte bei den Ärzten ein Überangebot an Arbeitskräften. Dies führte dazu, dass erst nach Ende der 1960er Jahre nicht-ärztliche Therapeuten im Bereich der Anstaltspsychiatrie beschäftigt wurden. Nachdem lange Zeit an der hierarchischen Rang- und Dienstordnung, insbesondere der herausgehobenen Stellung des ärztlichen Direktors, festgehalten worden war, bildeten sich auch in der Ärzteschaft allmählich kollegiale Strukturen heraus.

## Einführung neuer Behandlungsmethoden

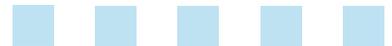
Seit den 1950er Jahren setzten sich zaghaft neue Behandlungsmethoden in der Anstaltspsychiatrie durch. Im Jahr 1952 ordnete die Provinzialverwaltung an, unnötige Freiheitsbeschränkungen, wie etwa feuchte oder trockene Wickel, nur noch in Ausnahmefällen zu erlauben. Mit dem Abbau verschiedener Maßnahmen, die Strafe und Therapie miteinander verbanden, sollte auch das Vertrauen in die Psychiatrie zurückgewonnen werden.



■ *Besuchszimmer mit Trennglas und Sprechanlage zwischen Patienten und Besucher (1970)*



■ *Aufenthaltsraum für Patienten (1960)*





■ *Medikamentenausgabe*

Ein bedeutender medizinischer Fortschritt war die erfolgreiche Einführung von Psychopharmaka, mit denen sich psychische Erkrankungen erstmals medikamentös therapieren ließen. In westfälischen Kliniken wurden die 1952 auf den Markt gekommenen Medikamente bereits ab 1954 eingesetzt. Mit ihrer Einführung konnte die Behandlung mit Elektroschocks deutlich eingeschränkt werden. Die Psychopharmaka hatten eine beruhigende Wirkung und veränderten das Klima in den psychiatrischen Einrichtungen langfristig. Der Einsatz von Psychopharmaka ermöglichte die Einführung des Prinzips der „offenen Tür“ und verkürzte den durchschnittlichen stationären Aufenthalt von psychisch Kranken. Gleichzeitig nahm allerdings die Zahl der notwendigen Wiedereinweisungen erheblich zu. Ein Teil der Patienten sowie die Öffentlichkeit, aber auch einige Ärzte kritisierten den Einsatz der neuen Medikamente. Tatsächlich besaßen die Psychopharmaka zahlreiche Nebenwirkungen für die Patienten. Zudem wurden sie anfänglich oft in überhöhten Dosierungen verabreicht. Erst allmählich lernte die Psychiatrie, Nebenwirkungen von Psychopharmaka mehr zu beachten und die Erfahrungen von Patienten zu berücksichtigen.

Vor dem Hintergrund des anhaltenden Bettenmangels entwickelten sich ab der zweiten Hälfte der 1950er Jahre Initiativen zur Belegung der Familienpflege und zur Wiederaufnahme der brachliegenden Außenfürsorge. In dieser Zeit fanden auch Formen der Psychotherapie Eingang in die geschlossene Anstaltspsychiatrie. Es gab erste Anzeichen eines Übergangs von der traditionellen Arbeitstherapie zur modernen „Beschäftigungstherapie“. Gleichzeitig rückte die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit als vorrangiges Behandlungsziel in den Hintergrund, stattdessen sollten die Patienten lernen, soziale Beziehungen zu gestalten. Im Rahmen der Beschäftigungstherapie wurde der Patient als Individuum wahrgenommen und sein biografischer Hintergrund stärker berücksichtigt.

Zu den Modernisierungsbemühungen der Anstaltspsychiatrie zählte auch die zunehmende Spezialisierung einzelner Abteilungen. So wurden nun erstmals Kinder und Jugendliche getrennt von Erwachsenen untergebracht und behandelt. Im Jahr 1959 entstand zudem eine eigene westfälische Klinik für Suchtkranke in Schloss Haldem bei Stemwede. Alkohol- und Medikamentenabhängige wurden auch im ehemaligen Provinzialarbeitshaus Benninghausen aufgenommen. Die Zuständigkeit des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe weitete sich bald aber auf alle Suchtkranken aus.



Aufgrund der Zunahme von kranken Menschen aus dieser Patientengruppe in den 1960er Jahren wurden an den Landeskrankenhäusern eigene Abteilungen für Suchtkranke gebildet und schließlich eine weitere Klinik für Suchtkranke in Gütersloh eingerichtet.

Der beginnende Wandel wirkte sich auch auf den Patientenalltag aus. Die „Ordnung für die Heilanstalten des Provinzialverbandes Westfalen“ von Oktober 1950 hatte nochmals die unbedingte Notwendigkeit von Sauberkeit und Ordnung betont. Zwar wurde der Briefverkehr weiter zensiert, die Kranken duften aber nunmehr Besuch empfangen, sofern es mit ihrem Gesundheitszustand vereinbar war. Im Rahmen therapeutischer Gruppengespräche wurde in Lengerich erstmals die strikte Geschlechtertrennung zeitweise gelockert. Erstmals erhielten Patienten für die von ihnen verrichtete Arbeit einen Lohn. Auf einzelnen Stationen gab es erste Radios und Fernseher. Ebenso wurden mancherorts Patienten-Spinde eingeführt. Allerdings hatte die Mehrzahl der Patienten in den psychiatrischen Einrichtungen trotz der oft langjährigen Unterbringung auch weiterhin kaum Platz, um persönlichen Besitz zu verwahren. In Gütersloh erschien 1955 erstmals eine von Kranken erstellte Patientenzeitschrift.

Trotz der vielfältigen Modernisierungsbemühungen und der erzielten Verbesserungen in den Anstalten bestand Ende der 1960er Jahre dringender Reformbedarf bei der psychiatrischen Krankenversorgung. Eine vom Bundestag eingesetzte Sachverständigenkommission urteilte 1973 in ihrem Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik, dass „eine sehr große Anzahl psychisch Kranker und Behinderter in den stationären Einrichtungen unter elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen“ leben muss.



■ *Patientengarderobe:  
Kaum Platz für persönlichen Besitz*



■ *Gesprächstherapie*



## 1.10 | Die „Psychiatriereform“: Umstrukturierung der Versorgung 1970 bis 1980

Erste Impulse für eine Psychiatriereform waren von reformorientierten Mediziner\*innen ausgegangen, die nicht nur die nach wie vor menschenunwürdigen Zustände in den psychiatrischen Einrichtungen beklagten, sondern auch die mangelnde Auseinandersetzung mit der nationalsozialistischen Vergangenheit kritisierten. Die öffentliche Debatte um die Notwendigkeit einer grundlegenden Reform der Anstaltspsychiatrie in Deutschland führte 1971 zur Einsetzung einer Sachverständigenkommission durch den Bundestag. Ziele der Reform waren eine grundlegende Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgungslandschaft und eine Veränderung des Binnenklimas innerhalb der psychiatrischen Einrichtungen. Zu den Erfolgen der Psychiatriereform gehört auch die Erinnerung an die Opfer der nationalsozialistischen Psychiatrierverbrechen.

Die Notwendigkeit einer grundlegenden Reform der Anstaltspsychiatrie in Deutschland war Ende der 1960er/Anfang der 1970er Jahre allgemein anerkannt. Nicht nur Ärzte und Psychiater diskutierten auf ihren Fachtagungen Schritte zur Verbesserung der psychiatrischen Krankenversorgung. Die „elenden und menschenunwürdigen Verhältnisse“ in den psychiatrischen Großkrankenhäusern waren zum vielbeachteten gesellschaftlichen Thema geworden. Zahlreiche psychiatriekritische Buchveröffentlichungen und Presseartikel berichteten über die Zustände in den Einrichtungen und machten die Öffentlichkeit auf die vorhandenen Missstände im Umgang mit psychisch kranken und geistig behinderten Menschen aufmerksam. Dem Thema Psychiatrie widmete sich 1970 auch der Deutsche Ärztetag in Stuttgart. Darüber hinaus gründeten sich Gesellschaften, Vereine und lokale Initiativen, die die Zustände in den psychiatrischen Einrichtungen kritisierten und grundlegende Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker anstrebten. Im Juni 1971 setzte der Bundestag eine „Sachverständigenkommission zur Erarbeitung eines Berichts über die Lage der Psychiatrie



in der Bundesrepublik“, die sogenannte „Psychiatrie-Enquête“, ein. Anregungen für Veränderungen kamen während des Reformprozesses auch aus dem Ausland, in dem es bereits früher Bemühungen um eine bessere psychiatrische Versorgung gegeben hatte.

### **Erste Impulse zur Psychiatriereform**

Für grundlegende Reformen im Bereich der Psychiatrie hatte sich bereits seit dem Übergang von den 1950er zu den 1960er Jahren vor allem eine junge Generation von Psychiatern engagiert und mit unterschiedlichen Initiativen wichtige Vorarbeiten geleistet. Die reformorientierten Mediziner beklagten nicht nur die nach wie vor menschenunwürdigen Zustände in den psychiatrischen Einrichtungen, sondern kritisierten auch die mangelnde Auseinandersetzung mit der nationalsozialistischen Vergangenheit. Mit einer Modernisierung der Anstalten wollten sie zum einen verlorenes Vertrauen in die Psychiatrie zurückgewinnen, zum anderen sahen sie Medizin und Gesellschaft vor dem Hintergrund der nationalsozialistischen Psychiatrieverbrechen in einer besonderen moralischen Verpflichtung gegenüber den psychisch Kranken und geistig Behinderten. Ziel war ein Beitrag zur „Wiedergutmachung“. Erkannt wurde auch die Rückständigkeit der deutschen Anstaltspsychiatrie gegenüber den Fortschritten in anderen Ländern: Mit Beginn der nationalsozialistischen „Gesundheitspolitik“ war die einst als vorbildlich geltende psychiatrische Therapie der Weimarer Republik von der internationalen Entwicklung abgehängt worden. Während in anderen westlichen Staaten seit Ende der 1940er Jahre eine grundlegende Wende der psychiatrischen Versorgung eingeleitet worden war, erfolgte der Beginn der Psychiatriereform in Deutschland mit erheblicher Verspätung – auch dies eine Folge der Verdrängung der nationalsozialistischen Vergangenheit und der personellen Kontinuitäten im Bereich der Anstaltspsychiatrie über 1945 hinaus. Waren die fortschrittlichen Psychiater zunächst in der Minderheit gewesen, fielen ihre Forderungen in der Zeit des gesellschaftlichen Aufbruchs Ende der 1960er Jahre auf fruchtbaren Boden. Die verstärkte Sensibilität für gesellschaftliche und soziale Fragen führte zu einem Bewusstseinswandel im Umgang mit psychisch kranken und behinderten Menschen.



### Ziele der Psychiatriereform

Als übergeordnete Ziele der Psychiatriereform galten die Behebung der katastrophalen Zustände in der stationären Versorgung in den großen Anstalten, die Beseitigung der rechtlichen und sozialen Benachteiligung der psychisch Kranken und geistig Behinderten gegenüber den körperlich erkrankten Patienten und vor allem der Wechsel von der bloßen Verwahrung zu Therapie und Rehabilitation in der Psychiatrie.

Die Sachverständigenkommission des Bundestages stellte die bestehenden Versorgungsstrukturen grundsätzlich infrage. Sie beanstandete insbesondere die Größe der bestehenden psychiatrischen Anstalten, ihre abgeschiedene Lage und die weiträumigen Einzugsgebiete, die einer gemeindenahen Versorgung entgegenstanden. Bemängelt wurden auch die überfüllten Bettensäle, die lange Verweildauer der Patienten, der bestehende Personalmangel und die ungenügende Qualifikation des vorhandenen Personals sowie die Unterbringung zahlreicher Patienten in falschen Einrichtungen. Nach Auffassung der Experten war ein Großteil der psychisch gestörten alten Menschen, die überwiegende Mehrheit der geistig Behinderten, die Suchtkranken und die chronisch Kranken nicht psychiatrisch behandlungsbedürftig und damit nicht bedürfnisgerecht untergebracht.

Von der Psychiatriereform gingen für die weitere Entwicklung in den 1970er und 1980er Jahren wichtige Impulse aus. Erst durch sie gelang die Behebung der Missstände in der stationären psychiatrischen Versorgung und die Wende von einer mehr verwahrenden zu einer offenen, hilfsbereiten und personennahen Psychiatrie. Die psychiatrischen Einrichtungen wurden in den folgenden Jahren zahlreicher und vielseitiger sowie räumlich und personell besser ausgestattet; therapeutische Initiativen nahmen zu und der Umgang mit psychisch Kranken wurde menschlicher gestaltet.



■ *Bibliothek im Sozialzentrum der Klinik Gütersloh*

### Umstrukturierung der Versorgungslandschaft und Veränderung des Binnenklimas

Um eine flächendeckende, gemeindenahere Versorgung der psychisch Kranken zu gewährleisten, wurde in den nächsten Jahren die Anzahl der westfälischen Landeskrankenhäuser von sieben auf elf erweitert und ihre Bettenkapazitäten gleichzeitig verkleinert. Die bisherigen Einrichtungen wurden zudem durch Umbauten modernisiert. Darüber hinaus wurden an Allgemeinkrankenhäusern psychiatrische Fachabteilungen

für eine patienten- und angehörigennahe Versorgung eingerichtet. Die stationären Einrichtungen wurden seit Anfang der 1970er Jahre um teilstationäre und ambulante Angebote, wie etwa regional weit gestreute Tageskliniken bzw. Tagesstätten und betreute Wohnheime, ergänzt. Errichtet wurden auch spezielle Werkstätten und Betriebe, Reha-Einrichtungen und psycho-soziale Zentren. Zudem wurde die ambulante Weiterbehandlung an Landeskrankenhäusern möglich. Durch die flankierende Vorsorge- und Nachbehandlung sowie die Rehabilitationsmaßnahmen sollten stationäre Aufenthalte vermieden bzw. verkürzt, Rückfallquoten reduziert und eine Rückkehr in die Gesellschaft erleichtert werden.

Unterschiedliche Patientengruppen wurden nunmehr in getrennten Funktionsbereichen gezielter behandelt. Für Suchtkranke, deren Zahl seit den 1970er Jahren deutlich zunahm, sowie psychisch kranke Kinder und Jugendliche waren bereits zuvor eigene Kliniken eingerichtet worden; Suchtberatungsstellen entstanden überall in Westfalen. Zu einem spezialisierten Gebiet entwickelte sich auch die Alterspsychiatrie. Für die Unterbringung von Menschen mit altersbedingten körperlichen, psychischen und geistigen Beeinträchtigungen wurden in Westfalen mehrere spezielle Pflegezentren eingerichtet. Die therapeutischen Bemühungen wurden auch auf Menschen ausgedehnt, die aufgrund ihrer Erkrankung eine Straftat begangen hatten.

Erst nach der Reform ließ sich der Mangel an Ärzten und Pflegepersonal in den psychiatrischen Kliniken beseitigen. Vermehrt arbeiteten nun auch Psychologen, Pädagogen und Sozialarbeiter in den Landeskrankenhäusern. Durch gezielte Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung verbesserte sich die Qualifikation des Personals. So verfügte eine wachsende Anzahl von Ärzten über eine psychotherapeutische Ausbildung.

Grundlegend wandelte sich in der folgenden Zeit der Umgang der Ärzte mit ihren Patienten, die zunehmend an therapeutischen Maßnahmen beteiligt wurden. Weitere Anstrengungen zielten darauf ab, die Ausgrenzung psychisch Kranker abzubauen und den Kontakt zu gesunden Menschen zu fördern. Mit zunehmender Emanzipation der Patienten entstanden Selbsthilfegruppen und Vereine für „Psychiatrie-Erfahrene“ und Verbände für Angehörige.



■ oben: Cafeteria im Sozialzentrum

■ Mitte: Patienten in der Werkstatt für Kleinteileproduktion

■ unten: Gymnastikraum des Sozialzentrums

(alle Fotos: Klinik Gütersloh)

### **Erfolge der Psychiatriereform**

Die in den 1970er Jahren begonnenen Reformen im Bereich der psychiatrischen Versorgung führten in der Folgezeit zu beachtlichen Erfolgen. Insbesondere bewährte sich das vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe in Zusammenarbeit mit weiteren Trägern aufgebaute Versorgungskonzept aus ineinandergreifenden stationären, teilstationären und ambulanten psychiatrischen Diensten: Die Zahl der Kranken, die stationär behandelt werden mussten, nahm deutlich ab, ebenso die durchschnittliche Dauer ihres Aufenthalts in einer Klinik. Auch der Anteil der Langzeitpatienten ging zurück. Verlierer der Reform waren lange Zeit die chronisch Kranken, die aus den psychiatrischen Krankenhäusern ausgelagert und anderweitig untergebracht wurden. Häufig führte das zu einer Vernachlässigung dieser Patienten und einer Verschlechterung ihrer Lebensbedingungen.

Mit der Psychiatriereform hat die Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland ein grundlegend neues Gesicht bekommen: Sie leitete die Wende von einer hilflosen und vernachlässigenden Bewahrpsychiatrie zu einer hilfsbereiten und patientennahen Psychiatrie ein, die über wirksame Behandlungsmethoden verfügt. Aus den vorwiegend geschlossenen Heil- und Pflegeanstalten entwickelten sich vorwiegend offene psychiatrische Fachkrankenhäuser. Mit der Reform verbesserten sich auch die Lebensbedingungen psychisch Kranker. Das Umdenken in der Psychiatrie sorgte auch für einen menschlicheren Umgang mit psychisch kranken Menschen. Zwar wurde die Ausgrenzung und Stigmatisierung von psychisch Kranken abgebaut, sie konnte jedoch nicht gänzlich beseitigt werden. Dies ist nicht nur Aufgabe der Psychiatrie, sondern der Gesellschaft.

### **Vergangenheitsbewältigung**

Erst in Verbindung mit der Psychiatriereform stellten sich die Psychiatrie und ihre Träger der nationalsozialistischen Vergangenheit. Auch der Landschaftsverband Westfalen-Lippe bekannte sich dazu, dass sich sein Vorgänger, der Provinzialverband Westfalen, und seine Einrichtungen an den nationalsozialistischen Verbrechen beteiligt hatten. In den 1980er Jahren initiierte der Landschaftsverband Westfalen-Lippe ein Forschungsprojekt des LWL-Instituts für westfälische Regionalgeschichte, das die Geschichte der westfälischen Provinzialheilanstalten im Dritten Reich aufarbeitete und



weitere wissenschaftliche Studien anregte. Mehrere Publikationen des LWL-Instituts für westfälische Regionalgeschichte widmen sich der Geschichte der Psychiatrie in Westfalen. An die Opfer der nationalsozialistischen Verbrechen wird heute in den psychiatrischen Krankenhäusern in unterschiedlicher Form erinnert, etwa in regelmäßigen Gedenkstunden oder durch Denkmäler, die auf dem Klinikgelände errichtet wurden.

Die Erinnerung an die Ermordung von kranken Menschen während des Nationalsozialismus sowie polnischer psychisch Kranker und ihrer Betreuer im Zweiten Weltkrieg führte in den 1980er Jahren zu intensiven Kontakten zwischen deutschen und polnischen Psychiatriebeschäftigten. Die gemeinsame Auseinandersetzung mit der Geschichte mündete 1989 in die Gründung der Deutsch-Polnischen Gesellschaft für Seelische Gesundheit e.V. in Münster, die sich um Begegnung und Verständigung zwischen Deutschen und Polen bemüht. Im Rahmen von Partnerschaften engagieren sich zahlreiche westfälische Kliniken des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe in der Gesellschaft.

Im Jahr 2003 entschuldigte sich der damalige Direktor des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, Wolfgang Schäfer, persönlich bei noch überlebenden Opfern nationalsozialistischer Gewaltmaßnahmen, die in den psychiatrischen Einrichtungen des Provinzialverbandes Unrecht erlitten hatten. In der Entschuldigung heißt es, dass „weder Entschädigungsleistungen noch gute Worte das Unrecht gutmachen können, das Mitarbeiter des Verbandes und seiner Vorgängereinrichtung seinerzeit begangen haben. Sie sind vielmehr eine symbolische Anerkennung des Unrechts, der Schuld der damals handelnden Personen und der eigenen Verantwortung heute“. Der Landesdirektor betonte zudem: „Die Gräueltaten der Vergangenheit verpflichten uns jetzt und in der Zukunft, psychisch kranke und geistig behinderte Menschen zu unterstützen und ein gesellschaftliches Klima zu schaffen, sodass sie mit uns gemeinsam ein menschenwürdiges Leben führen können.“

Die Ausführungen zur Geschichte der Psychiatrie in Westfalen zwischen 1800 und 1980 sind in enger Anlehnung an die im Verzeichnis weiterführender Literatur genannten psychiatriegeschichtlichen Forschungsarbeiten des LWL-Instituts für westfälische Regionalgeschichte erfolgt. Für fachliche Beratung, Redigieren der Texte und Bereitstellung von Bildern gilt der Dank Professor Dr. Franz-Werner Kersting, Professor Dr. Bernd Walter und Christine Witte vom LWL-Institut für westfälische Regionalgeschichte; der LWL-Press- und Öffentlichkeitsarbeit; den Kliniken des LWL-PsychiatrieVerbandes für Westfalen; dem LWL-Landesmedienzentrum für Westfalen; dem Internet-Portal „Westfälische Geschichte“ ([www.westfaelische-geschichte.de](http://www.westfaelische-geschichte.de)); dem Psychiatrie-Museum Warstein und dem Zentrum für Antisemitismusforschung Berlin.



■ Mahnmal „Der Gebundene“ des Künstlers Andrzej Irzykowski von 1990 am Klinikstandort Eickelborn für die Opfer der Psychiatrieverbrechen

**Weiterführende Literatur  
zur Geschichte der Psychiatrie in Westfalen**

- Elisabeth Elling-Ruhwinkel, Sichern und Strafen. Das Arbeitshaus Benninghausen 1871-1945, Paderborn 2005.
- Matthias M. Ester, ‚Ruhe – Ordnung – Fleiß‘. Disziplin, Arbeit und Verhaltenstherapie in der Irrenanstalt des frühen 19. Jahrhunderts, in: Archiv für Kulturgeschichte 71 (1989), S. 349-376.
- Ewald Frie, Wohlfahrtsstaat und Provinz. Fürsorgepolitik des Provinzialverbandes Westfalen und des Landes Sachsen 1880-1930, Paderborn 1993.
- Sabine Hanrath, Zwischen ‚Euthanasie‘ und Psychiatriereform. Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg: Ein deutsch-deutscher Vergleich (1945-1964), Paderborn 2002.
- Doris Kaufmann, Aufklärung, bürgerliche Selbsterfahrung und die „Erfindung“ der Psychiatrie in Deutschland 1770-1850, Göttingen 1995.
- Franz-Werner Kersting, Anstaltsärzte zwischen Kaiserreich und Bundesrepublik. Das Beispiel Westfalen, Paderborn 1996.
- Franz-Werner Kersting (Hg.), Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre, Paderborn 2003.
- Franz-Werner Kersting und Hans-Walter Schmuhl (Hg.), Quellen zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie in Westfalen, Bd. 2: 1914-1955, Paderborn 2004.
- Franz-Werner Kersting, Karl Teppe und Bernd Walter (Hg.), Nach Hadamar. Zum Verhältnis von Psychiatrie und Öffentlichkeit im 20. Jahrhundert, Paderborn 1993.
- Thomas Küster (Hg.), Quellen zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie in Westfalen, Bd. 1: 1800-1914, Paderborn 1998.
- Hans-Walter Schmuhl, Die Tücken der Reformpsychiatrie. Das Beispiel Westfalen 1920-1960, in: Michael Prinz (Hg.), Gesellschaftlicher Wandel im Jahrhundert der Politik, Nordwestdeutschland im internationalen Vergleich 1920-1960, Paderborn 2007, S. 261-286.
- Ulrich Trenckmann, Mit Leib und Seele. Ein Wegweiser durch die Konzepte der Psychiatrie, Bonn 1988.
- Christina Vanja, Das Landeshospital Marsberg – die erste psychiatrische Einrichtung in Westfalen, in: Westfälische Zeitschrift 156 (2006), S. 301-318.
- Bernd Walter, Hermann Simon – Psychiatriereformer, Sozialdarwinist, Nationalsozialist?, in: Der Nervenarzt 73 (2002), S. 1047-1054.
- Bernd Walter, Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne. Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Westfalen zwischen Kaiserreich und NS-Regime, Paderborn 1996.
- Ansgar Weißer, Psychiatrie – Geschichte – Gesellschaft. Das Beispiel Eickelborn im 20. Jahrhundert, Bonn 2009.





**Ulrich Trenckmann**

## **Von der Westfälischen Anstaltspsychiatrie zum LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen**

**30 Jahre jüngere Psychiatriegeschichte  
in Westfalen**



## 2 | Von der Westfälischen Anstaltspsychiatrie zum LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen

1975 verabschiedete der Deutsche Bundestag Leitlinien zur Reform der Psychiatrie, die sogenannte Psychiatrie-Enquête. Das wichtigste Reformziel von 1975 war der Aufbau einer gemeindenahen stationären, tagesklinischen und ambulanten Versorgung als ein Gegengewicht zum tradierten psychiatrischen Großkrankenhaus.

Parallel zu den veränderten Strukturen in der stationären Psychiatrie sollten ambulante, teilstationäre und komplementäre psychiatrische Dienste auf- bzw. ausgebaut werden, um, wo immer möglich, die Langzeitunterbringung psychisch Kranker im psychiatrischen Krankenhaus überflüssig zu machen. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe führte nicht nur die Anregungen der Psychiatrie-Enquête aus, sondern war in mancherlei Hinsicht ein Promotor der Reformpsychiatrie. Die Nähe zu den Niederlanden bedingte es, das gegründet auf Initiativen der Rheinischen und Westfälischen Landesräte Kuhlenkampff und Pittrich, eine sehr aktive Deutsch-Niederländische Gesellschaft für seelische und geistige Gesundheit, später Deutsch-Niederländische Gesellschaft für Psychiatrie genannt, begründet wurde. Es wurden vielfältige Anregungen aus den Niederlanden für die westfälische Reformpsychiatrie übernommen und später regional grenzüberschreitende Initiativen z. B. in der Suchtkrankenhilfe entwickelt.

Im Rahmen der sozialpsychiatrischen Reformen in der Ära nach 1975 galt es, chronisch psychisch kranke und geistig behinderte Menschen aus der Psychiatrie zu enthospitalisieren und die betroffenen Menschen in die Herkunftsgemeinde zu reintegrieren. Da die Landschaftsverbände in Westfalen und im Rheinland auch die Träger der überörtlichen Sozialhilfe sind, ergaben sich günstige Möglichkeiten, vielfältige Behandlungs- und Betreuungsangebote für psychisch Kranke durch Kooperation mit frei gemeinnützigen Trägern zu entwickeln. Nach dem Subsidiaritätsprinzip standen die LWL-Einrichtungen selbst erst einmal zurück und beförderten die sich entwickelnden Angebote Dritter nicht nur finanziell, sondern auch ganz praktisch durch einen Transfer von Know-how und Wissen aus den LWL-Kliniken heraus für die entstehenden



gemeindepsychiatrischen lokalen Versorgungsangebote. Nach und nach ging auch ein Teil der psychiatrischen Pflicht- und Vollversorgung von den seinerzeitigen Westfälischen Landeskliniken, den heutigen LWL-Krankenhäusern, über auf psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Mittlerweile ist diese Entwicklung weitgehend abgeschlossen. Zum Ende des ersten Jahrzehnts des 21. Jahrhunderts werden rund die Hälfte stationär behandlungsbedürftiger psychisch kranker Menschen in Westfalen in psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern behandelt, die andere Hälfte ist bei den LWL-Kliniken verblieben.

Durch den raschen Anstieg stationärer und später in den 90er Jahren auch ambulanter, vor allen Dingen psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten hat heutzutage der psychisch Kranke vielleicht zum ersten Mal überhaupt in der Geschichte die Möglichkeit, seine stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung frei zu wählen. Diese Freiheit ist lediglich noch dann eingeschränkt, wenn im Rahmen der sogenannten psychiatrischen Pflicht- und Vollversorgung psychiatrische Notfälle mit erheblicher Eigen- und Fremdgefährdung auf der Rechtsgrundlage des Psychisch-Kranken-Hilfegesetzes (PsychKG) zu einer sogenannten Zwangseinweisung führen. Gerade die LWL-Einrichtungen haben aber viel Augenmerk darauf verwandt, die Zahl dieser Zwangseinweisungen, die immer auch ein erheblich belastendes Moment für die Betroffenen und deren Familien darstellen, zu reduzieren. Das ist über lange Jahre mal mehr, mal weniger gut gelungen. In der letzten Zeit ist wiederum ein Anstieg zu verzeichnen, was aber in erster Linie auf eine veränderte Morbiditätsstruktur zurückzuführen ist. Die Zahl älterer Menschen steigt kontinuierlich, damit aber auch die Anzahl alterspsychiatrisch Erkrankter. Schwere Verwirrheitszustände, Selbst- und Fremdgefährdung beispielsweise durch delirante Symptome oder schwere hirnorganische Verwirrheitszustände bedingen nicht nur einen Anstieg psychiatrischer Krankenhausaufnahmen generell, sondern auch speziell der zwangsweisen Unterbringung auf der Grundlage des PsychKG bzw. auf betreuungsrechtlicher Grundlage.

Seit den 70er Jahren haben sich aber nicht nur die organisatorischen Voraussetzungen, die Ausstattung und die Behandlungsbedingungen in der Krankenhauspsychiatrie in Westfalen verändert, sondern auch die Haltung und Einstellung im Umgang mit den psychisch Kranken. Im Rahmen der 68er Bewegung, der Psychiatrie-Enquête und der sozialpsychiatrischen Reformen war es offenkundig geworden, dass sich die



■ LWL-Klinik Paderborn



Unterbringungs- und Behandlungsbedingungen in der Psychiatrie von den sich rasch verbessernden Lebensverhältnissen im Wirtschaftswunderland Bundesrepublik abgekoppelt hatten. In den ersten drei Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg waren die in der Psychiatrie Tätigen vielfach mit der Wiederaufbauarbeit nach dem Krieg und der Verwaltung des Mangels beschäftigt. Sie konnten kaum öffentlich in Erscheinung treten als Sachwalter der Interessen psychisch Kranker. Dies änderte sich in den 70er Jahren. Die Gründe dafür waren vielfältig: Die alte, erste Psychiatergeneration nach dem Zweiten Weltkrieg war altersbedingt abgetreten. Im Gefolge der 68er Bewegung entwickelte sich ein kritischer Zeitgeist, der viele überkommene Behandlungs- und Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie hinterfragte und Emanzipation einforderte. Neben den Niederlanden waren es vor allen Dingen die angelsächsischen Länder und Italien, die die Dringlichkeit von Reformen formulierten. Es entstand radikal und vereinseitigend eine antipsychiatrische Bewegung mit Protagonisten wie Laing, Cooper und Szasz. Diese formulierten Thesen zu einer Fundamentalkritik der Psychiatrie als repressiver Institution, als wissenschaftlich dürftig fundierte Disziplin und als einer Institution der Ausgrenzung und Disziplinierung Nicht-Angepasster. Ähnliches formulierte Klaus Dörner aus einer sozialhistorischen Perspektive in seiner Schrift „Bürger und Irre“. Auch in Italien machten sich Reformpsychiater wie Basaglia ans Werk und forderten nicht nur die strikte Auflösung psychiatrischer Großkrankenhäuser, sondern setzten diese zumindest in einigen Regionen Norditaliens von Jetzt auf Gleich um. Diese Entwicklungen wurden auch in Westfalen zur Kenntnis genommen. Besuchergruppen, zu deren Teilnehmern auch der spätere Landesdirektor Schäfer gehörte, informierten sich vor Ort in Norditalien, ohne dass unkritisch alles in Italien Vorgefundene als „Blaupause“ für die westfälische Psychiatriereform übernommen wurde. In der Bundesrepublik allgemein und in Westfalen speziell kam die Reformdiskussion in den 1970er und 1980er Jahren in Schwung. 1971 setzte der Deutsche Bundestag eine Expertenkommission „Psychiatriereform“ ein. In einer Art Istanalyse beschrieb diese Kommission zuerst die katastrophalen und menschenunwürdigen Zustände in den immer noch überfüllten psychiatrischen Großkrankenhäusern. 60 % der psychiatrischen Patienten waren seinerzeit zwei Jahre und mehr in Langzeitbereichen der Anstalten untergebracht. Die nachfolgende Tabelle 1 gibt den Anteil erwachsener psychiatrischer Patienten in den Westfälischen Landeskrankenhäu-



■ Eingangsbereich



sern 1980 in Prozent wieder, die sich damals länger als zehn Jahre im Krankenhaus, zumeist in den personell schlecht ausgestatteten und baulich vernachlässigten, sogenannten Langzeitbereichen befanden.

Erwachsene	1980 (% der Patienten)	
<b>LWL-Kliniken</b> <b>Patientenverweildauer</b> <b>10 Jahre und länger</b>	Münster: 39,1 %	Warstein: 34,8 %
	Lengerich: 24,3 %	Dortmund: 29,6 %
	Gütersloh: 31,6 %	Hemer: -
	Paderborn: 25,1 %	Lippstadt: 29,7 %
	Marsberg: 38,6 %	Geseke: 73,8 %
	Eickelborn: 21,6 %	

*Tabelle 1*

Fast 40 % der chronisch psychisch Kranken lag in Schlafsälen mit mehr als 11 Betten. Für persönliche Habseligkeiten standen oft nur einfache Spinde oder ein kleiner Nachttisch zur Verfügung. Die hygienischen Verhältnisse waren zum Teil unzumutbar und mit Sicherheit nicht mehr zeitgemäß. Diesem Mangel versuchte der Landschaftsverband Westfalen-Lippe zu begegnen. Immerhin wurde der Aufbau neuer psychiatrischer Behandlungskapazitäten gefördert und realisiert. 1978/79 nahm schrittweise die gänzlich neu erbaute, heutige LWL-Klinik Hemer, Hans-Prinzhorn-Klinik, ihre Funktion auf. Der Gebäudekomplex bekam seinerzeit sicherlich hoch verdient eine Ehrenplakette des Landes Nordrhein-Westfalen als das beste, öffentliche Bauwerk in jenem Jahr 1978, weil modellhaft nur noch 1- und 2-Bett-Zimmer (lediglich zur Überwachung pro Station noch ein 3-Bett-Zimmer) aufgebaut wurden, zumeist versehen mit einem Balkon. Es standen großzügigste Therapieräume für Arbeits- und Beschäftigungs-, für Kunst-, Bewegungs- und sportliche Therapien zur Verfügung. In existierende Krankenhäuser des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe wurden umfängliche Investitionen getätigt, um die bauliche Ausstattung zu verbessern. Das Personal in fast allen Berufsgruppen war zu der Zeit allerdings extrem knapp, oft reduziert auf wenige Ärzte vor Ort und zumeist unzureichend aus- und fortgebildetes Pflegepersonal. Die Psychiatriereform nahm allerdings Ende der 1970er Jahre Fahrt auf und



## 2 | Ulrich Trenckmann

„Von der Westfälischen Anstaltspsychiatrie zum LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen“

führte im Laufe der 80er und bis zum Beginn der 90er Jahre zu einer der tiefgreifendsten und historisch wohl auch erfolg- und folgenreichsten Reform in der deutschen Psychiatrie überhaupt. Saß, seinerzeit Präsident der DGPPN, sprach bei der Tagung „25 Jahre Psychiatrie-Enquête“ im November 2000 in Bonn davon, dass „die Psychiatrie (seitdem) einen so tiefgreifenden Wandel erfahren hat wie kein anderes Gebiet in der Medizin.“ Vieles hat man allgemein in der Bundesrepublik und auch speziell in Westfalen erreicht. Für viele psychisch Kranke ist die in der Enquête geforderte gemeindenahere Versorgung heute möglich, zumal sich auch die Westfälischen Landeskliniken verkleinert haben, besser erreichbar geworden sind und vor allen Dingen auch eine Anzahl von Dependancen in Form gemeindenaher Institutsambulanzen und Tageskliniken gegründet wurden. 1978 nahmen Institutsambulanzen in Lengerich, Gütersloh, Paderborn, Dortmund und Hamm ihre Arbeit auf.

LWL-Klinik Erwachsenenpsychiatrie	30.06.1983	07.05.2007 (Versorgungsgebiet) (Einwohnerzahlen Stand: 31.12.2005)
Bochum	243.500	211.043
Dortmund	1.097.700	895.516
Gütersloh	1.010.900	353.250
Hemer	630.200	405.047
Herten	548.500	395.011
Lengerich*	1.585.100	444.231
Lippstadt	623.200	152.979
Marsberg	285.600	171.249
Münster	1.168.600	286.426
Paderborn	247.300	319.343
Warstein	840.300	109.974

\* Die LWL-Klinik Lengerich hatte die Pflichtversorgung von Recklinghausen, Minden-Lübbecke und zuletzt für Gelsenkirchen ab dem 01.07.1981 abgegeben.

Tabelle 2

Gerade dadurch, dass heutzutage die Hälfte der Einwohnerschaft von Westfalen-Lippe von psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern versorgt werden, haben sich naturgemäß auch die Versorgungsgebiete der damaligen Westfälischen Landeskliniken verkleinert.



Eine Reform ist nie ein geradlinig voranschreitender Prozess. Es gab in dieser Psychiatriereform wie in anderen Reformen in der Geschichte auch Irrungen und Wirrungen. Die Protagonisten der psychiatrischen Abteilung an Allgemeinkrankenhäusern forderten zeitweilig recht polemisch die völlige Auflösung psychiatrischer Landeskliniken. Für die Kritiker galten die LWL-Kliniken als Fossile, die eigentlich ins Museum der Psychiatrie gehörten. Bei realistischer Sicht gibt es für derartige radikale Positionen keinen Raum und erst recht keine fachlich-inhaltliche Begründung. Die heutzutage oft sektorisiert arbeitenden und gemeindenäher gewordenen LWL-Kliniken haben durch ihre relative Größe die Möglichkeiten, spezialisierte diagnostische und therapeutische Angebote zu machen, was den kleineren psychiatrischen Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus nicht möglich ist. Der psychisch Kranke aus Westfalen findet daher in den LWL-Kliniken gerade bei komplizierteren Erkrankungsverläufen spezifische Behandlungsmöglichkeiten, so etwa für Menschen mit Doppeldiagnosen wie Psychose und Sucht und für spezielle Diagnosen wie der Borderline-Störung, den Zwangserkrankungen, den Essstörungen, den posttraumatischen Belastungsstörungen oder auch für spezielle Aspekte in Prävention und Therapie, so z. B. auf speziellen Stationen für psychotisch erkrankte Menschen oder in stationären Angeboten für die Mutter-Kind-Behandlung. Wie in der übrigen Medizin auch gibt es in Westfalen heutzutage für den einweisenden Arzt, den Rat und Hilfe suchenden Patienten und seine Angehörigen die Möglichkeit, unter verschiedenen Angeboten auszuwählen. Der psychisch Kranke kann gemeindenah in einem Allgemeinkrankenhaus im besten Fall direkt vor Ort behandelt werden, oder er nimmt eine etwas längere Wegstrecke in Kauf und wird spezifisch in einer LWL-Einrichtung behandelt. Der Psychiatrie hat es in ihrer Geschichte zumeist gut getan, sich an den Versorgungsstrukturen der übrigen Medizin zu orientieren. In der Inneren Medizin, in der Chirurgie, in der Orthopädie und so weiter würde es niemand als misslich empfinden, wenn es neben der kleinen internistischen oder chirurgischen Abteilung am nächstgelegenen Allgemeinkrankenhaus eine fachliche Hochspezialisierung in der Nähe oder etwas ferner gelegen in der Region gibt, in der für kompliziertere und schwierigere Erkrankungsverläufe und seltene Störungsbilder ein entsprechendes Know-how in Diagnostik und Therapie angeboten wird. In der Psychiatrie sind die Dinge allerdings so einfach nicht: In dieser medizinischen Disziplin ist viel Ideologie im Spiel, aber verdeckt auch hand-



■ LWL-Tagesklinik Bergkamen



festen materiellen Interessen. Es ist sicherlich ein historischer Verdienst des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, nicht von Trägeregovernen geleitet zu sein. Im Gegenteil war es in den 1980er und 1990er Jahren so, dass die LWL-Einrichtungen bewusst den Kurs der Verkleinerung, der Reduktion psychiatrischer Betten wählten, um den Aufbau psychiatrischer Abteilungen an Krankenhäusern in fremder Trägerschaft zu fördern. Vielfältige ideelle und materielle Hilfe wurde dafür von den LWL-Einrichtungen geleistet. Die LWL-Kliniken selbst hatten einen erheblichen Anpassungsprozess zu durchlaufen. Waren sie früher für sehr große Einzugsgebiete und weite geografische Distanzen zuständig, so reduzierte sich nunmehr in den letzten drei Jahrzehnten die Pflicht- und Vollversorgung auf die benachbarten geografischen Regionen. Die Kliniken mussten eine erhebliche wirtschaftliche Anpassungsleistung vollbringen, weil sie naturgemäß in früheren Jahrzehnten in oft parkartige Gelände gelegt waren, Gutshöfe zur Selbstversorgung hatten und im Mikrokosmos der Anstalt in Form sogenannter Regiebetriebe vieles für viele Patienten vorhielten, was so nicht mehr benötigt wurde. Der Ab- und Rückbau derartiger Strukturen forderte dem Personal vieles ab, letztendlich gelang fast überall der komplexe Prozess der Konversion vom psychiatrischen Großkrankenhaus hin zur modernen, oft verkleinerten psychiatrischen Klinik. Die oben stehende Tabelle gibt die Pflicht- und Vollversorgungsgebiete der Erwachsenenpsychiatrie unter Bezug auf die Einwohnerzahlen der Versorgungsregionen 1983 und 2005 wieder. Eindrucksvoll spiegelt sich in den Zahlen ein dramatischer Rückgang. Die Kliniken hatten früher ohne großes eigenes Zutun „sichere Zuweisungen“ aus einer großen Versorgungsregion. Heutzutage müssen sie gute diagnostische und therapeutische Angebote machen, um zuweisende Ärzte, Patienten und Angehörige von der Qualität ihrer medizinischen Leistung zu überzeugen.

Die Ideologie-Anfälligkeit der Psychiatrie als Fachgebiet sowohl in Theorie als auch in der Praxis hat viele Gründe. Manchmal droht die Psychiatrie nachgerade zur Spielwiese der Ideologien zu verkommen. Nicht zuletzt die Psychiater selbst sind gespalten, wie wohlverstandene Psychiatrie auszusehen hat. Für den extremen, fast antipsychiatrischen Flügel der 75er Reformen ist der Weiterbestand psychiatrischer Fachkliniken wie der LWL-Kliniken ein Ärgernis. Selbst im Deutschen Ärzteblatt war unter der Überschrift „Auf halbem Wege stecken geblieben“ das Bedauern formuliert, dass die „abseits platzierten psychiatrischen Fachkrankenhäuser zwar deutlich verkleinert und



modernisiert, aber nicht abgeschafft“ wurden. Verkannt wird der tief greifende Wandel, der sich in der Anstaltspsychiatrie im letzten Vierteljahrhundert vollzogen hat. In der Psychiatrie ist es ebenso wie in der Psychotherapie zu einer exponentiellen Vermehrung des Wissens und zu neuen diagnostischen und therapeutischen Techniken gekommen. Heutzutage gibt es speziell ausgefeilte Therapien für die unterschiedlichsten Störsyndrome, zum Teil sind sie bereits manualisiert, sodass die Durchführung bestimmter, z. B. psychoedukativer Teile nicht einmal mehr Psychologen und Psychiater erfordert, sondern auch von qualifiziertem psychiatrischen Fachpflegepersonal geleistet werden kann. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe hat auf die Qualifizierung des pflegerischen Personals im letzten Vierteljahrhundert viel Wert gelegt. An den meisten LWL-Kliniken sind heutzutage über 95 % der Pflegenden dreijährig examiniert und ein nicht unerheblicher Teil hat die zusätzliche Fachpflegerausbildung Psychiatrie durchlaufen. Der Landschaftsverband hat 1983/84 in der ehemaligen westfälischen Landesfrauenklinik in Bochum eine psychiatrische Universitätsklinik eröffnet. Unter den psychiatrischen Direktoren und Lehrstuhlinhabern, Professor Dr. Dr. Payk und Professor Dr. Juckel, entstand eine moderne, in ihrer Größe gut überschaubare Universitätsklinik mit einem lokalen Pflicht- und Vollversorgungsauftrag. Psychiatrische Forschung und Wissenschaft geschieht in Bochum nicht im Elfenbeinturm, sondern durch den Versorgungsauftrag sehr handfest orientiert an den Interessen der vor Ort behandelten Patienten. In letzter Zeit kamen in der vom Landschaftsverband betriebenen Klinik Initiativen auf zur Gründung eines integrativen Forschungsinstituts, dem LWL-Forschungsinstitut für seelische Gesundheit, das die vielfältigen Forschungsbemühungen an den unterschiedlichen LWL-Einrichtungen bündelt und befördert. Nicht weit vom Standort Bochum ging fast zeitgleich 1985 die LWL-Klinik Herten, gruppiert im Pavillon-Stil um ein historisches Wasserschloss, in Funktion und betreut heutzutage im Sinne der Pflicht- und Vollversorgung 400.000 Menschen im Kreis Recklinghausen.

Ende der 1980er, Anfang der 1990er Jahre zeichnete sich personell eine günstige Entwicklung für die Krankenhauspsychiatrie ab. In gewisser Weise war die Psychiatrie sogar Modedisziplin geworden. Eine Vielzahl junger Menschen aus Gesundheits- und Sozialberufen drängte in die Psychiatrie. Selbst Ärzte gab es reichlich, die sich für eine Weiterbildung in den LWL-Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie interessierten.



Die Personalverordnung Psychiatrie hat in den 90er Jahren auch den finanziellen Rahmen für deutliche Personalzuwächse unter Pflegenden, Therapeuten und Ärzten geschaffen. Die Psychiatrie war und ist das einzige Fach der Medizin, das durch diese Verordnung durch Gesetzeskraft einen definierten Personalbedarf hatte und Pflegesätze wirksam von den Sozialleistungsträgern, d. h. den Krankenkassen, im Rahmen der Pflegesatzverhandlung einfordern konnte. Die Psychiatrie ist damit – und dies ist sicherlich ein unstreitiges Verdienst der sozialpsychiatrischen Reformen nach der Enquête – aus der „Schmuddelecke“ der Medizin herausgetreten. Die nachfolgende Tabelle 3 gibt die personelle Ausstattung in den LWL-Einrichtungen beginnend ab dem Jahr 1970 bis zum Jahr 2008 zu ausgewählten Zeitpunkten wieder. Sie belegt eindrucksvoll, dass sich sowohl das Gesamtpersonal deutlich positiv entwickelt hat, als auch, dass es erhebliche Zuwächse bei Berufsgruppen wie Ärzten, Therapeuten und Pflegenden gegeben hat. Erst in den letzten Jahren stagnieren diese günstigen Entwicklungen, in erster Linie bedingt durch „gedeckelte“ Budgets mit einer unvollständigen Refinanzierung des tatsächlichen Personalbedarfs, wie er sich aus der Personalverordnung Psychiatrie ergibt, und in zweiter Linie auch bedingt durch einen sich abzeichnenden Mangel vor allen Dingen im Bereich der Ärzte.

Die Psychiatrie wurde auch finanziell attraktiv als Disziplin im Spektrum der diagnostischen und therapeutischen Angebote im Rahmen eines Allgemeinkrankenhauses. Es sei in dieser kritischen Bestandsaufnahme der Psychiatriereform jedoch gefragt, ob mit dem deutlichen Anwachsen der Zahl psychiatrischer Abteilungen im Allgemeinkrankenhaus eine vermehrte Akzeptanz und tatsächliche Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken einherging. Bundesweit ist die Zahl der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern von Anfang der 1990er Jahre von 21 bis auf heutzutage 180 sprunghaft angestiegen. Diese Akzeptanz psychisch Kranker hatte und hat durchaus auch handfeste ökonomische Hintergründe. Im Jargon mancher Geschäftsführer von Allgemeinkrankenhäusern gelten psychisch Kranke als „Milchkühe“. Bei vergleichsweise hohen Pflegesätzen wird oft ein relativ geringer Aufwand für psychisch Kranke betrieben. Dadurch subventionieren psychisch Kranke mit ihren Pflegesätzen die relativ teuren operativen Disziplinen, die zudem seit einigen Jahren durch DRGs (Diagnosis Related Groups) in ein enges finanzielles Korsett gepresst sind. Die früher offen sichtbare Benachteiligung psychisch Kranker im Ver-



Jahr	Ärzte	Ther. Dienst	Pflege	Anzahl Gesamtpersonal	Für die neun Kliniken der Erwachsenen- Psychiatrie*
1970	119	29	1306	2510	
1975	150	152	1771	3474	
1980	206	236	2249	4211 (inkl. 450 Teilzeitkräfte)	

Tabelle 3

Jahr	Ärzte Kliniken	Ärzte and. Bereiche	Pflege Kliniken	Pflege and. Bereiche	Anzahl Gesamtpersonal
1985	418,00	82,00	2.671	1.233	7.314,00
2008	399,66	135,86*	2.202	1.525**	6.651,15

gleich zu den körperlich Kranken und die Zurückstellung der Psychiatrie gegenüber der Körpermedizin sind an manchen Orten einer dezenten, weniger auffälligen Diskriminierung gewichen. Oft etablierte man – gefördert durch die Krankenhausplanungs-Politik des zuständigen Landesministeriums in NRW – die Psychiatrie am Allgemeinkrankenhaus, indem ein wenig attraktiver Krankenhausalbau umgewidmet wurde und ein moderner Neubau für die Somatik vor Ort entstand. Andernorts wiederum sind psychiatrische Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus in Wirklichkeit Fachkrankenhäuser mit ein wenig Somatik als Appendix. In Wirklichkeit sind kleine Sonderkrankenhäuser entstanden. Wieder andernorts in Westfalen sind auch tatsächlich in die Körpermedizin gut integrierte, gut ausgestattete, der Somatik gleichrangige Abteilungen entstanden, die für die Betroffenen nicht nur den Vorteil guter Erreichbarkeit, sondern auch hinreichender Spezialisierung bieten, weil eine entsprechende Größe und Bettenzahl erreicht wurde.

Nicht zuletzt aufgrund gewisser Vorgaben des zuständigen Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Düsseldorf gibt es nach wie vor eine Kontroverse bezüglich des Primates, dass die Psychiatrie-Enquête der Regionalisierung und damit der psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus vor der Spezialisierung und damit dem Wandel und der Verkleinerung der psychiatrischen Fachkrankenhäuser gesetzt hat. Von der Enquête waren Standardversorgungsgebiete von 52.000 Einwohnern vorgeschlagen worden. Einzelne Gruppen favorisierten noch deutlich kleinere Subeinheiten. „Ideal ist es, wenn jede Station für alle Patienten eines Subsektors von

\* Bericht aus Oktober 1981 der neun Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie: Marsberg, Lengerich, Münster, Eickelborn, Dortmund, Warstein, Gütersloh, Paderborn, Hemer (ab 1978)

\* Erläuterung Ärzte andere Bereiche:

Wohnverbund ..... 0,17  
 Pflegebereich ..... 0,02  
 Rehabilitationsbereich ..... 11,53  
 MRV (Maßregelvollzug) .... 15,69  
 Instit. .... 94,63  
 restl. Bereiche ..... 13,82

\*\* Erläuterung Pflege andere Bereiche:

Wohnverbund ..... 901,22  
 Pflegebereich ..... 364,51  
 Rehabilitationsbereich ..... 40,56  
 MRV (Maßregelvollzug) .. 129,48  
 Instit. .... 22,49  
 restl. Bereiche ..... 66,98



einigen 10.000 Einwohnern zuständig ist, weil sie auf diese Weise regional und kommunal zu denken lernt“, formulierte beispielsweise Dörner. Die „gemeindenahere“ sektorisierte Psychiatrie fokussiert die Integration klein dimensionierter stationärer Behandlungsangebote im Dienste regionaler Versorgungsnetze. Eine einzige Station als Krankenseinheits-einheit zwingt dazu, letztlich alle Krankheiten und Störungsbilder der Psychiatrie aller Altersgruppen, aller Ausprägungsgrade und aller Verlaufstypen auf einer einzigen stationären Behandlungseinheit zu konzentrieren. Spezialisierte diagnostische und therapeutische Angebote, wie sie die LWL-Kliniken vorhalten, mit dem Fokus auf bestimmte Diagnosen und Patiententypen können hingegen sehr viel differenziertere Angebote machen. Natürlich ist die Gemeindenähe und die gute Erreichbarkeit ein hohes Gut. Sie wird im Extremfall aber erkauft durch die Atmosphäre eines psychiatrischen „Hauptverbandsplatzes“ und folgt der Ideologie, dass jeder der dort Tätigen letztlich alles Erforderliche und alles Notwendige für den Patienten tun kann. Spezialisierung und Fachlichkeit wurden tendenziell untergewichtet und von einigen extremen Vertretern der Gemeindepsychiatrie manchmal auch für entbehrlich gehalten.

Die Realität, auch die der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Westfalen-Lippe, ist zum Glück vielfältiger als ideologiebesetzte Vorgaben. Eine nicht zu unterschätzende Anzahl psychiatrischer Abteilungen hat geduldig und beharrlich den Aufbau von mehr und mehr Betten betrieben, wobei sich eine Konvergenz zu den gewandelten und reformierten LWL-Kliniken insofern abzeichnet, als diese sich deutlich verkleinern und immer in die Region vernetzt und integriert haben. Die LWL-Kliniken haben in den letzten 30 Jahren einen eindrucksvollen Wandel vom ehemaligen psychiatrischen Großkrankenhaus hin zu modernen Kliniken der „Maximalversorgung“ für psychisch Kranke durchlaufen. Trotz oft schwerfälliger administrativer Binnenstrukturen haben die Kliniken dank der Gestaltungsspielräume, die der LWL eröffnet hat, in aller Regel die Möglichkeiten genutzt, sich als hoch differenzierte und moderne Einrichtungen für psychisch Kranke zu profilieren. Heute ist in der Region Westfalen-Lippe ein eindrucksvoller Mix entstanden von gewandelten psychiatrischen Fachkrankenhäusern zumeist in Trägerschaft des LWL auf der einen Seite und gut ausgestatteten psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern auf der anderen Seite. Vielleicht wäre es nunmehr im Rückblick auf 200 Jahre Psychiatriegeschichte in Westfalen



angemessen und an der Zeit, die Gräben zuzuschütten und zu einem gestuften System psychiatrischer Versorgung im westfälisch-lippischen Raum zu kommen, wie es letztlich auch in der Körpermedizin existiert. Zieht man mehr als 30 Jahre nach der Psychiatrie-Enquête eine gewisse Bilanz für Westfalen-Lippe, so scheint die Enthospitalisierung und damit die Verkleinerung der vormaligen psychiatrischen Großkrankenhäuser auf eindrucksvolle Weise gelungen. Die Gesamtheit psychiatrischer Betten wurde in den sogenannten alten Bundesländern in diesem Zeitraum mehr als halbiert. Drastisch ist die durchschnittliche stationäre Verweildauer von früher deutlich über 100 Tagen auf durchschnittlich 23 Tage an den LWL-Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie und auf durchschnittlich 43 Tage in den LWL-Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie zurückgegangen. Die Tabelle 4 zeigt die durchschnittlichen Verweildauern in Tagen 1980 in den seinerzeitigen Westfälischen Landeskrankenhäusern der Erwachsenenpsychiatrie. Die Tabelle 5 gibt die durchschnittliche Verweildauer 1980 in den kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen an den Standorten Marsberg, Marl-Sinsen und Hamm wieder. In der Tabelle 6 sind die drastisch abgesenkten stationären und teilstationären Verweildauern, d. h. die durchschnittliche Länge des Aufenthaltes von Patientinnen und Patienten in der Erwachsenen- bzw. in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wiedergegeben.

Diese Absenkung ist gleichermaßen auf die Enthospitalisierung von Langzeitpatienten wie auf die Effektivierung moderner Behandlungsverfahren zurückzuführen. Ist aber der Weg zurück in die Gemeinde, wie von der Reformpsychiatrie gefordert, tatsächlich gelungen? Schaut man auf die Quantität und Qualität der ambulanten, teilstationär-komplementären und sonstigen gemeindenahen psychiatrischen Betreuungs- und Versorgungsangebote, so haben diese bundesweit, aber auch in Westfalen-Lippe, eine eindrucksvolle, positive Entwicklung genommen. Schaut man aber genauer, so ergeben sich auch heute noch Schwachstellen. Die Koordination der Angebote, wie von der Psychiatrie-Enquête gefordert, ist zumeist nur unvollständig realisiert worden. Gerade die LWL-Kliniken als große psychiatrische Einrichtungen sind in einem nicht zu unterschätzenden Ausmaße kompensatorisch integrativ tätig. Allerdings sind manches Mal die psychosozialen Netzwerke für die Betroffenen nicht in erster Linie ein klar strukturiertes, hilfreiches Netz unterstützender und betreuender Angebote, sondern mehr wie Lianen in einem Psychodschungel, in dem für die Be-



Erwachsene	1980 (Tage)	
Durchschnittliche Verweildauer LWL-Kliniken in Tagen	Münster: 126,9	Dortmund: 114,8
	Lengerich: 100,5	Hemer: im Aufbau
	Gütersloh: 101,1	Lippstadt / Benningh.: - (Langzeit)
	Paderborn: 68,7	Geseke: 345,5 (Langzeit)
	Marsberg: 186,2	BSK Gütersloh (Suchtklinik): 91,4
	Eickelborn: 160,7	Schloss Haldern (Suchtklinik): 124,4
	Warstein: 147,4	Stillenberg Warstein (Suchtklinik): 106,3

Tabelle 4

Kinder und Jugendliche	1980 (Tage)		
Durchschnittliche Verweildauer LWL-Kliniken in Tagen	Marsberg: 202,0	Marl: 124,4	Hamm: 91,6
LWL Patientenverweildauer 10 Jahre und länger	1980 (% der Patienten)		
	Marsberg: 44,0 %	Marl: 9,0 %	Hamm: keine Angabe

Tabelle 5

troffenen und ihre Angehörigen die Orientierung schwerfällt. Trägervielfalt und Pluralität der Angebote bedingen erhebliche Reibungsverluste, obwohl überall, wenn auch in unterschiedlichem Maße, Versuche einer besseren Koordination Platz greifen. Eine problematische Entwicklung bei der Enthospitalisierung hat sich allerdings frühzeitig gezeigt: Chronisch psychisch Kranke und schwer geistig Behinderte wurden nicht wirklich in die Gemeinde reintegriert, sondern leben oft wie ein Fremdkörper in der Herkunftsgemeinde oder sind gar weit entfernt vom Heimatort in oft nur unzureichend versorgten Heimen untergebracht. Statt enthospitalisiert wurden sie umhospitalisiert. Auch von Seiten der Kostenträger gibt es gerade in Zeiten knapper öffentlicher Kassen eine geringe Neigung, in personalintensive Rehabilitationsprogramme



Verweildauer LWL	Stationär (01 bis 12/2008)	Teilstationär (01 bis 12/2008)
Erwachsene	22,61 Tage	27,83 Tage
Kinder und Jugendliche	43,45 Tage	46,17 Tage

*Tabelle 6*

zu investieren. In der historischen Rückschau kann nicht verkannt werden, dass die früheren Langzeitbereiche im psychiatrischen Großkrankenhaus nicht zwangsläufig die schlechteste aller denkbaren Möglichkeiten waren für Menschen mit schwerwiegenden und chronischen psychiatrischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen. Ursprünglich, vor der rasch einsetzenden Überfüllung der Psychiatrie im Übergang vom 19. zum 20. Jahrhundert, sahen die psychiatrischen Gründerväter in den „relativ verbundenen Heil- und Pflege-Anstalten“, d. h. in der Gemeinsamkeit von Akut- und Langzeitkrankenhaus, durchaus auch eine therapeutisch rehabilitative Chance für Patienten mit chronischen Verläufen. Das psychiatrische Großkrankenhaus war bei allen Unzulänglichkeiten letztlich im Selbstverständnis eine Einrichtung der Medizin und damit ein Krankenhaus mit einem humanen Heil- und Behandlungsauftrag. Im Mikrokosmos der Anstalt gab es im günstigsten Fall auch Schutzräume für Patienten mit erheblichen Verhaltensstörungen, die die Gesellschaft „draußen“ kaum tolerierte. Die Anstalt hatte zudem oft – man denke nur an Simons Gütersloher System einer aktiveren Irrenbehandlung – Möglichkeiten zu einer Milieu-, Arbeits- und Beschäftigungstherapie auch bei chronisch Kranken und zu einer Vielzahl von Angeboten im Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereich. Es ist die Dialektik wohl aller Reformen – so auch der letzten sozialpsychiatrischen –, dass immer auch etwas Positives im Althergebrachten verloren geht, um Neuem Platz zu machen. Natürlich soll nicht klein geredet werden, dass für viele, wahrscheinlich die Mehrzahl von Langzeitpatienten, die sozialpsychiatrisch initiierte Reintegration in die Gemeinde bei allen Mängeln zu einem freieren und zufriedeneren Leben geführt hat. Bei allem Lob für die Sozialpsychiatrie und die greifbaren großen Fortschritte in den spezialisierten und effizienteren psychiatrisch-psychotherapeutischen Verfahren ist vieles vom skizzierten Erreichten aber auch erst möglich geworden durch bessere Möglichkeiten zur biologischen, speziell psychopharmakologischen Behandlung bei einer Vielzahl psychiatrischer Er-



krankungen. Nach einer Phase der Skepsis beteiligen sich seit den 90er Jahren eng begleitet von der Arzneimittelkommission des LWL auch die LWL-Kliniken an psychopharmakologischer Forschung und an entsprechenden Studien. Viele der Fortschritte in der Sozialpsychiatrie und der Reintegration psychisch Kranker in die Gesellschaft draußen fußten auf den Fortschritten der biologischen Psychiatrie. Nur folgerichtig widmeten daher die LWL-Kliniken einen Gutteil ihres Augenmerks z. B. in der Fort- und Weiterbildung der Vermittlung neuen diagnostischen und therapeutischen Wissens für alle in der Klinik Tätigen, in Ärzteschaft, bei den Therapeuten und in der Pflege.

Bei allem Fortschritt gibt es aber chronisch Erkrankte und Behinderte, die einer Heilbehandlung im engeren Sinne nicht zugänglich sind. Es gibt manchmal in der Psychiatrie Menschen, die einfach stören, die keiner haben will. Durch extrem störende Verhaltensweisen mit Auto- und Fremdaggressivität oder auch durch massive Verwahrlosungstendenzen scheinen sie jede Form der Betreuung auszuhebeln. Sie erschöpfen die Fachleute, ängstigen die Angehörigen und verunsichern die sogenannte „Normalbevölkerung“. Dies war eines der Motive, die seinerzeit bei der Gründung der psychiatrischen Anstalten im 19. Jahrhundert oft genannt wurden: das der Entlastung der Familien und der Gemeinden von schwer zu versorgenden psychisch Kranken und geistig Behinderten. Die Reformpsychiatrie kann 30 Jahre nach der Enquête nicht verkennen, dass mit der Enthospitalisierung den Angehörigen dieser schwerstbeeinträchtigten, psychisch und geistig behinderten Patienten eine Bürde auferlegt wurde. Im ungünstigsten Fall sind es gerade diese Angehörigen, die zu Opfern von Gewalt und Stigmatisierung werden. Sozial- und Reformpsychiatrie sahen lange Zeit im psychisch Kranken stets das Opfer, nie den Täter. Täter waren nach den Auffassungen der sozialpsychiatrischen Reformer allenfalls verrückt machende Strukturen in der Gesellschaft, eine verunglückte Kommunikation in der Herkunftsfamilie mit den Stichworten Double Bind und High Expressed Emotions und die verrückt machende Mutter als sogenannte „schizophrenogene Mutter“. Die Sozialpsychiatrie musste sich u. a. damit auseinandersetzen, dass es eben soziale Strukturen im Mikrokosmos Familie und im Makrokosmos Gesellschaft waren, die verrückt machten. In den Auffassungen der seinerzeitigen Kritiker war es die „Verwahrpsychiatrie“, die durch Hospitalisierung ein Übriges tat, Menschen das im Grunde nicht zutreffende Etikett „psy-



chisch krank und gefährlich“ aufzukleben. Im letztgenannten Vorwurf steckte ein realer Kern: Die in früheren Jahrzehnten schlecht ausgestattete, therapeutisch unzureichend ausgerüstete kustodiale Psychiatrie produzierte tatsächlich Hospitalismus. Der Vorwurf „Psychiatrie macht verrückt“ war jedoch maßlos überzogen. Unterschätzt wurde auch die reale Gefahr, dass psychisch Kranke für sich und andere gefährlich sein können. Beispielsweise ist das relative Risiko eines schizophren Erkrankten, ein Gewaltdelikt zu begehen, drei Mal höher als das vergleichbare Risiko, das von einem Menschen in der Allgemeinbevölkerung ausgeht. Diese Risiken sind lange Zeit unterschätzt worden. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe hat sich mit seinen forensisch-psychiatrischen Kliniken auch dieser Problematik gestellt. Beginnend in den 90er Jahren bis heute ist die Zahl der forensisch-psychiatrisch Untergebrachten allgemein und auch speziell in Westfalen-Lippe fast exponentiell gestiegen. Die Losung des radikalen Flügels der Sozialpsychiatrie um den schon erwähnten italienischen Reformpsychiater Basaglia lautete: „Freiheit heilt.“ Dies trifft dann zu, wenn Enthospitalisierung psychisch Kranker und geistig Behinderter kleinschrittig, abgestuft und begleitet in ein sorgsam geknüpft psychosoziales Netz erfolgt und gelingt. Viele Patienten haben durch ein solches Vorgehen in Westfalen-Lippe einen Zugewinn an Lebensqualität erreicht. Es gibt aber eine Anzahl von Patienten, denen dies nicht gelungen ist. Parallel zur Verkleinerung von Langzeitbereichen an vormaligen psychiatrischen Großkrankenhäusern stieg die Zahl forensisch-psychiatrisch Untergebrachter. In Nordrhein-Westfalen waren am 01.01.1999 insgesamt 1.458 psychiatrische Patienten forensisch untergebracht. Am 01.01.2009 waren es 2.415. Dies mag mehrere Gründe haben, ein gewichtiger ist allerdings das Fehlen tragender, stützender, unterstützender, aber eben auch begrenzender und kontrollierender Strukturen, wie sie vordem in der psychiatrischen Anstalt gegeben waren. Die LWL-Einrichtungen standen und stehen allerdings zunehmend unter einem Kostendruck der Sozialleistungsträger. Sie können es sich selbst bei gutem Willen nicht mehr wie in der Vergangenheit erlauben, chronisch Kranke zu beherbergen. In einigen Kliniken wurde deshalb an die Einrichtung ein Heimbereich meist vor Ort geschaffen und zudem ein Netzwerk begründet mit betreuten und komplementären Wohnstrukturen. War in der alten psychiatrischen Anstalt ein geistig behinderter junger Mann in einer persönlichen Krisensituation überfordert und zündelte er, sodass ein Zimmerbrand entstand,



■ *LWL-Tagesklinik Bergkamen*



wurde dies intern geregelt. Er befand sich möglicherweise in der Folge für Monate, manchmal auch Jahre, in einem fakultativ geschlossenen Langzeitbehandlungs- und Betreuungsbereich, ohne dass Justiz und Gesellschaft davon groß Notiz nahmen. Heute ist als eine Folge der „Normalisierung“ und als ein Resultat des Postulats, dass auch Psychiatrie kein „rechtsfreier Raum“ sein soll, dieser Mann ein gefährlicher Brandstifter und seine Unterbringung auf Jahre in einer hoch gesicherten Forensikklinik fast unausweichlich. Dort verbleibt er, bis eine Vielzahl von internen und externen Prüfungsgremien und vor allen Dingen die Justiz feststellen, dass nunmehr so gut wie kein Gefährdungsrisiko mehr von ihm ausgeht. Wer will das aber im skizzierten Fall je sagen können?

Die steigende Zahl forensisch-psychiatrischer Patienten zwingt allgemein und natürlich auch in Westfalen-Lippe zum Umdenken. Auch durch entsprechende gesellschaftliche und politische Diskussionen wurden einige Veränderungen in Westfalen-Lippe auf den Weg gebracht. Nicht zuletzt gestützt auf ein Gutachten von Wilfried Rasch, war ursprünglich in den 1980er Jahren zumindest für Menschen, die im Gefolge einer Geisteskrankheit schwer wiegende Straftaten begangen hatten, die zentrale Einrichtung am Standort Eickelborn, d. h. das Westfälische Zentrum für forensische Psychiatrie Lippstadt, als Großklinik vorgesehen. Im letzten Jahrzehnt wurde und wird gegengesteuert zugunsten der Einrichtung weiterer kleinerer, regional verteilt liegender Forensikkliniken, wie sie auch am Standort Dortmund in Form der Wilfried-Rasch-Klinik bereits 2006 realisiert wurden oder sich am Standort Herne im Bau befinden. Anders als beispielsweise im Rheinland wurde auch der Weg zu einer sogenannten Integrierten Behandlung im Maßregelvollzug in Westfalen-Lippe beschritten. Neben den hoch gesicherten, spezialisierten Forensikkliniken gibt es annähernd 200 forensisch-psychiatrisch behandelte Patienten im Behandlungssetting der 15 allgemeinpsychiatrischen LWL-Kliniken. In einem Klima wieder wachsender gesellschaftlicher Vorbehalte gegenüber psychisch Kranken bei unterstellter Gefährlichkeit ist es durch eine derartige Struktur immer noch möglich, eine Anzahl vormals straffällig gewordener psychisch Kranker zu enthospitalisieren, wobei die Nachsorge über forensisch-psychiatrische Ambulanzen engmaschig erfolgt. Generell gibt es nach der Reformära der 1960er, 1970er und 1980er Jahre seit den 1990er Jahren aber unverkennbar eine Skepsis im gesellschaftlichen und politischen Raum, ob gewisse Risiken, wie sie im



ungünstigsten Fall vom Verhalten psychisch Kranker ausgehen, zu akzeptieren seien. Unterbringung in einer sogenannten Maßregel der Besserung und Sicherung, so lautet der juristische Begriff für die strafgerichtlich verfügte Behandlung von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen und Suchtleiden (auf der Grundlage der Paragraphen 63 und 64 des Strafgesetzbuches), erfordern heute unter dem juristischen, politischen und gesellschaftlichen Druck ein immer höheres Maß von Sicherung. Auch diesem Auftrag sind die psychiatrischen Kliniken des LWL durch große Investitionen im baulichen Bereich nachgekommen.

Die Gefahr besteht zweifelsohne, dass in der Forensik eine neue Form von Verwahrspsychiatrie entsteht. Den Risiken, Gefahren, aber auch Chancen forensisch-psychiatrischer Behandlung soll auf vielfältigen Ebenen im Rahmen des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe entsprochen werden. Ein spezielles Dezernat wurde geschaffen. Die ärztliche, therapeutische und pflegerische Arbeit an den Forensikkliniken wird beständig qualifiziert und der Zusammenarbeit mit einer möglichst gut informierten und aufgeklärten Öffentlichkeit wird eine hohe Aufmerksamkeit gewidmet. Bürgerinnen und Bürger sind beispielsweise im Rahmen sogenannter Forensik-Beiräte an der Arbeit der Klinik beteiligt. Auch die frühere Zuständigkeit des Landesjustizministeriums für die forensische Psychiatrie wurde vor einigen Jahren neu geregelt durch die Benennung eines Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug. Dadurch entstand eine weitere Gliederung, sodass es mittlerweile ein kompliziertes Geflecht von Zuständigkeiten von oberer und unterer Maßregelvollzugsbehörde und Strafvollstreckungskammern vor Ort und von den jeweiligen Forensikkliniken gibt. Für die in der forensischen Psychiatrie Tätigen ist die Arbeit schwieriger, die Verantwortung schwerer geworden. Es gehört zur Dialektik ihres Auftrags, für die ihnen anvertrauten Patienten als Angehörige eines Heilberufs Sachwalter zu sein, letztlich auch dem emanzipatorischen Auftrag der Psychiatrie in humanistischer Weise zu entsprechen, und eben auf der anderen Seite auch die Schutzinteressen der Gesellschaft vor gefährlichen Gewalttätern, die aber eben auch psychisch Kranke und Behinderte sind, wahrzunehmen. Die hoch emotionalisierte und ideologisierte Diskussion zur forensischen Psychiatrie ist auch an Westfalen-Lippe nicht vorbeigegangen. Gestützt auf ein immer besseres fachliches Fundament und im wo immer möglichen Konsens unter den Fachleuten und Schulterchluss mit wesentlichen Entscheidungsträgern in Justiz,



Politik und Gesellschaft stellt sich die forensische Psychiatrie in Westfalen-Lippe dieser Aufgabe durchaus mit Erfolg.

„200 Jahre Psychiatriegeschichte in Westfalen“ – Welche Zukunft liegt vor der westfälischen Psychiatrie? In 200 Jahren Psychiatriegeschichte wurde viel Wissen im angemessenen Umgang mit psychisch Kranken erworben und Fortschritte in Diagnostik und Therapie sind unverkennbar. Die psychiatrischen Einrichtungen des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe sind ein Modell für viele. Nach dem Fall der Mauer und dem Zusammenbruch des Ostblocks erfolgte beispielsweise über Gremien der Deutsch-polnischen Gesellschaft für Psychiatrie ein reger Wissenstransfer ursprünglich von West nach Ost. Heute, 15 Jahre danach, gibt es enge, symmetrische Partnerschaften zwischen LWL-Einrichtungen und vergleichbaren Psychiatrien in Ost und West. Es gibt auch innerhalb der LWL-Kliniken eine verbesserte Zusammenarbeit in Form regionaler Netze, was vor allen Dingen im Administrativen und Wirtschaftlichen nicht zu unterschätzende Synergie-Effekte hervorgebracht hat. Diese Einsparung finanzieller Mittel war in besonderer Weise notwendig, weil die vorerwähnte Personalverordnung Psychiatrie seit Jahren von den Krankenkassen als den im Wesentlichen zuständigen Sozialleistungsträgern ausgehöhlt wird. Seit 15 Jahren gibt es eine wachsende Tendenz zur Unterfinanzierung psychiatrischer Krankenhausbehandlung. Im ambulanten Bereich haben sich viele Strukturen verbessert, aber manches ist schlechter und schwieriger geworden. Die Zahl der niedergelassenen Nervenärzte stagniert, unter anderem weil die finanziellen Bedingungen für eine entsprechende psychiatrisch-neurologische Tätigkeit weniger attraktiv geworden sind und die Budgets gedeckelt wurden, wie es auch im Krankenhausbereich der Fall ist. Einzig im Bereich psychologischer und ärztlicher Psychotherapeuten hat es durch eine neu geschaffene gesetzliche Grundlage, das sogenannte Psychotherapeutengesetz, dramatische Zuwächse beginnend ab den 1990er Jahren bis in unsere Tage gegeben. Auch hier hatte der Fortschritt, wie jede Medaille ein Avers und Revers hat, zwei Seiten: die höhere Dichte an Psychotherapeuten führte tendenziell zu einer Vernachlässigung chronisch und schwer psychiatrisch Kranker. Diese werden innerhalb weniger Minuten bei möglichst wenig Terminen im Quartal durch den niedergelassenen Psychiater und Nervenarzt versorgt oder sie werden durch die psychiatrischen Institutsambulanzen in den LWL-Kliniken versorgt. Vieles hat sich getan und vieles bleibt zu tun.





**Gaby Bruchmann**

## **Von der Gegenwart zur Zukunft der kommunalen Psychiatrie in Westfalen**



### 3 | Von der Gegenwart zur Zukunft der kommunalen Psychiatrie in Westfalen

Die bisherigen Ausführungen verdeutlichen den besonderen und nachhaltigen Stellenwert der als Psychiatrie-Enquête bezeichneten Reform für die psychiatrische Versorgung der Gegenwart. Auf der Grundlage dieser Reform entstanden vielfältige Versorgungsangebote und -formen.

Existierte anfänglich für die Behandlung psychisch erkrankter Menschen lediglich die Anstaltspsychiatrie als Großkrankenhaus, sind heute gemeindenah und differenzierte Versorgungsstrukturen maßgebend. Neben psychiatrischen Fachkrankenhäusern ermöglichen Tageskliniken, Institutsambulanzen, niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten eine gemeindenah orientierte ärztliche Behandlung Betroffener. Ergänzend sind die komplementären Dienste anzuführen, die eine Vielzahl von Hilfsangeboten vorhalten. Hier sind u. a. die sozialpsychiatrischen Dienste wie auch die betreuten Wohnstrukturen und die Pflegeeinrichtungen zu nennen. Mit den veränderten Strukturen ging gleichermaßen eine Verbesserung der räumlichen Gegebenheiten der Fachkrankenhäuser einher. So erinnern die heutigen Patientenzimmer in keiner Weise mehr an die Bettensäle zu Zeiten der Anstaltspsychiatrie.

Für Westfalen-Lippe sind in besonderem Maße die umgesetzten Strukturentwicklungen der psychiatrischen Fachkrankenhäuser in Trägerschaft des LWL zu erwähnen, die maßgeblich dazu beigetragen haben, dass für viele psychisch kranke Menschen eine gemeindenah und qualitativ hochwertige Versorgung realisiert werden konnte. Als vorteilhaft für diesen Strukturwandel hat sich die kommunale Trägerschaft des LWL erwiesen. Die Reduzierung psychiatrischer Betten an den ursprünglich vergleichsweise großen Fachkrankenhäusern des LWL war nicht das Ergebnis gewinnorientierter Überlegungen, sondern entstand aus der Verantwortung heraus, als kommunale Einrichtung eine den neuesten Erkenntnissen entsprechende bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung in Westfalen-Lippe aufzubauen. Die heutigen LWL-Kliniken haben durch ihre relative Größe und die verbund- bzw. klinikübergreifende Organisation die Möglichkeit, spezialisierte diagnostische und therapeutische Angebote vorzuhalten.



Das Konzept der kleineren, regional verteilten Einrichtungen wurde im letzten Jahrzehnt auch auf die Forensikkliniken übertragen. Beispielhaft sind die in Trägerschaft des LWL geführten Forensikkliniken an den Standorten Dortmund und Herne zu nennen. Das differenzierte und spezialisierte Versorgungsangebot der psychiatrischen Fachkrankenhäuser des LWL ermöglicht zudem die umfangliche und integrierte rehabilitative Behandlung von forensisch-psychiatrisch Untergebrachten.

Dieser durch die Psychiatrie-Enquête initiierte Strukturwandel in der psychiatrischen Versorgung ist eng verbunden mit verbesserten und neuen Diagnose- und Therapieverfahren, was im Weiteren für eine drastischen Senkung der Verweildauer und damit zu dem durch die Psychiatrie-Enquête aufgestellten Postulat der Enthospitalisierung führte. Die Fort- und Weiterbildung in der Vermittlung neuen diagnostischen und therapeutischen Wissens wie auch die Forschung haben sich als selbstverständlicher Bestandteil des Aufgabenspektrums der LWL-Einrichtungen etabliert. Als herausragende Errungenschaft der sozialpsychiatrischen Reformen ist in diesem Zusammenhang auch die verbesserte Personalausstattung zu nennen, die durch die sogenannte Personalverordnung Psychiatrie erreicht werden konnte. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Behandlung psychisch erkrankter Menschen zu den personalintensivsten Fachdisziplinen der Medizin gehört. Wenngleich mit den sozialpsychiatrischen Reformen in den letzten Jahrzehnten erhebliche Verbesserungen einhergingen, haben insbesondere die finanziellen Rahmenbedingungen in den letzten Jahren die psychiatrische Versorgung vor neue Herausforderungen gestellt. Die Deckelung der Budgets im Krankenhausbereich und die eher schwierigen finanziellen Bedingungen haben die Attraktivität für psychiatrisch-neurologische Tätigkeiten verringert und die Personalsituation entsprechend erschwert.

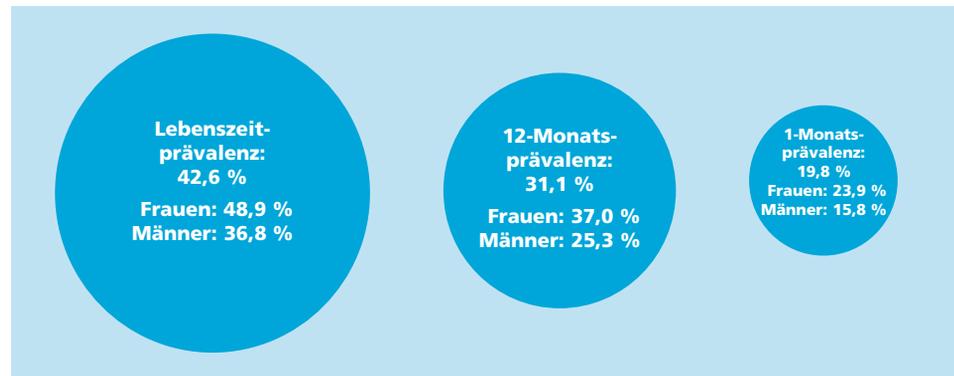
Um einen Ausblick auf die künftige kommunale psychiatrische Versorgung in Westfalen-Lippe geben zu können, sind zunächst die Aspekte näher zu betrachten, die das Gesundheitswesen nachhaltig beeinflussen werden. Gesellschaftliche, demografische, wirtschaftliche, medizinische und technologische Entwicklungen werden hierbei nicht nur das psychiatrische Gesundheitswesen in seiner Struktur, sondern auch die Behandlung und die Bedeutung von psychischen Erkrankungen weiter verändern.



■ *LWL-Tagesklinik Halle*



Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass sich die Entwicklung der Vergangenheit hinsichtlich der Bedeutung psychischer Erkrankungen fortsetzen wird. Nach der „Burden of Illness Study“ der Weltbank und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird allein die Depression im Jahr 2020 weltweit den zweiten Rang unter den Behinderung verursachenden Krankheiten einnehmen [1]. Dass psychische Erkrankungen keine Randerscheinungen sind, wird auch deutlich, wenn man berücksichtigt, dass 42,6% der Bevölkerung einmal im Leben an einer oder mehreren psychischen Erkrankungen leiden [2].



*Prävalenz (Krankheitshäufigkeit) psychischer Erkrankungen [2, 10]*

Die Zunahme von psychischen Erkrankungen ist eng mit verbesserten diagnostischen Möglichkeiten verbunden. Bisher werden hier noch Defizite dahingehend gesehen, dass psychische Erkrankungen – insbesondere in ihren Anfängen – nicht diagnostiziert und behandelt werden. So bemängelte die WHO, dass in den Industrienationen 35 bis 50 % der Patienten mit psychischen Erkrankungen unbehandelt bleiben [3]. Künftig wird die Früherkennung von psychischen Erkrankungen durch den Ausbau und die Verbreitung entsprechender Diagnostikverfahren und Fortbildungen verbessert werden. Bereits heute werden im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen vermehrt die sogenannten Memory-Kliniken in Anspruch genommen. Diese bieten für Betroffene Spezialsprechstunden an mit dem Ziel, Ursachen und Auswirkungen von Ge-



dächtnisproblemen frühzeitig zu erkennen, um individuelle Hilfen zu ermöglichen. Allein die Entwicklungen in den letzten Jahren, z. B. auf dem Gebiet der Behandlung von demenziell oder depressiv erkrankten Patienten, lassen vermuten, dass in den künftigen Jahren weitere Verbesserungen sowohl in der Früherkennung psychischer Erkrankungen als auch in der Behandlung folgen. Entsprechende Forschungsvorhaben werden in Westfalen-Lippe auch durch das LWL-Forschungsinstitut für seelische Gesundheit durchgeführt.

Förderlich sind hier auch die umfangreichen Maßnahmen zur Antistigmatisierung in der Gesellschaft, die zunehmend eine höhere Akzeptanz und einen offeneren Umgang mit psychischen Erkrankungen bewirken und so die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten weiter erleichtert. So beinhalten bereits heute die regionalen Initiativen der LWL-Kliniken zur Suizidprävention sowie zur Früherkennung und Frühbehandlung von Depressionen entsprechende Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit. Hierzu gehört auch die Einbindung von Personen und Institutionen, die als Multiplikatoren einen Beitrag zur Anti-Stigmatisierung leisten. Beispielsweise hat die LWL-Klinik Hemmer Lehrer und Seelsorger, aber auch Personalverantwortliche mittelständischer Unternehmen und Schüler höherer Klassen mit eingebunden. Insbesondere die Aufklärung in Schulen ist weiter zu forcieren, um frühzeitig etwaigen Stigmatisierungen und der Tabuisierung psychischer Erkrankungen entgegenzuwirken.

In den kommenden Jahrzehnten wird der demografische Wandel zu den zentralen Faktoren gehören, die nicht nur den Arbeitsmarkt und die Wirtschaft nachhaltig beeinflussen, sondern in besonderem Maße das Gesundheitswesen vor neue Herausforderungen stellen wird. Eine Verschiebung der Altersstruktur, in der immer weniger Jüngere immer mehr Älteren gegenüberstehen, wird in Zukunft alle Regionen in Westfalen-Lippe prägen, wenngleich das Ausmaß der Verschiebung regional variiert. Tendenziell werden die Kreise und das Ruhrgebiet in NRW vom Alterungsprozess der Bevölkerung stärker betroffen sein als kreisfreie Städte. Der Alterungsprozess wird hier durch den Rückgang der Geburtenzahl und durch den Fortzug von Familien mit Kindern und Jugendlichen verstärkt [4].



■ *LWL-Klinik Gütersloh*



Die veränderte Altersstruktur hat zum Teil erhebliche Auswirkungen auf die Bereiche der Daseinsvorsorge. Die Zunahme an älteren Menschen wird dazu führen, dass gerontopsychiatrische Erkrankungen – wie Demenz – stärker in den Fokus der Gesellschaft geraten. Für das Jahr 2020 prognostiziert das Robert-Koch-Institut mehr als 1,4 Millionen und bis zum Jahre 2050 nahezu 2,3 Millionen demenziell erkrankte Menschen [5].

Als charakteristisch für das höhere Lebensalter wird das Auftreten mehrerer Erkrankungen angesehen, auch Multimorbidität genannt. Wenngleich mit dem Alter das Risiko an Mehrfacherkrankungen steigt und somit künftig aufgrund der Verschiebung der Altersstruktur auch die Anzahl an Patienten mit umfangreicherem Krankheitspektrum zunehmen wird, so ist das Phänomen der Mehrfacherkrankungen nicht neu. Studien weisen beispielsweise darauf hin, dass mit der Diagnose „Depression und wahnhaftige Störungen“ als Begleiterkrankung vermehrt Stoffwechselkrankheiten, Krankheiten des Kreislaufsystems und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems einhergehen [6,7]. Die Erkennung und Behandlung psychischer Erkrankungen ist daher für das gesamte Krankheitspektrum von grundlegender Bedeutung. Eine unzureichende Berücksichtigung psychischer Erkrankungen kann schon heute als ein wichtiger Faktor bezüglich der Verschlechterung der Gesundheit angesehen werden, der bedingt durch den Altersstrukturwandel an Relevanz zunehmen wird. Entsprechend wird die psychiatrische Versorgung künftig durch eine stärkere Vernetzung aller am Behandlungsprozess Beteiligten (Hausarzt, Fachärzte, ambulante Pflege, Ergotherapie) gekennzeichnet sein. In den LWL-Kliniken in Westfalen-Lippe wird diese kooperative Ausrichtung bereits heute umgesetzt und die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, Psychotherapeuten, Allgemeinkrankenhäusern, etc. intensiviert und künftig weiter ausgebaut. Diesem Ansatz entsprechend wird die psychische Erkrankung nicht als eine für sich alleinstehende Erkrankung der Person angesehen, sondern eine ganzheitliche Betrachtung der Behandlung zugrunde gelegt. Beispielsweise wurde im Kreis Gütersloh gemeinsam mit dem Elisabeth-Hospital ein Zentrum für Altersmedizin eingerichtet, um altersspezifische und ganzheitlich ausgerichtete Behandlungsangebote vorhalten zu können. Dieser Modellansatz wird sich in den nächsten Jahren in weiteren Regionen etablieren.



Als ein weiterer relevanter Aspekt des demografischen Wandels ist die Veränderung des Anspruchsverhaltens zu nennen. Die Mobilität von älteren Menschen ist geringer ausgeprägt, sodass in besonderem Maße Hilfsangebote erforderlich sind, die gemeindenah in Anspruch genommen werden können und eine ambulante Behandlung und Betreuung in der häuslichen Umgebung ermöglichen. Behandlungsangebote im Sinne von aufsuchenden Hilfskonzepten werden künftig elementarer Bestandteil des Gesundheitswesens sein und in bestehende Behandlungs- und Betreuungsprozesse integriert. Die seit der Psychiatrie-Enquête verfolgte Maxime „ambulant vor stationär“ wird daher in den kommenden Jahren weiter ausgebaut, wenngleich der stationäre Bereich nicht an Bedeutung verlieren wird. So weist die Studie des Landesamtes für Datenverarbeitung Statistik NRW darauf hin, dass unter Konstanzhaltung der aktuellen Verweildauer von 2002 das Krankenhaustagesvolumen bis 2040 insgesamt um 6,5 Millionen auf 45,4 Millionen Tage und die Zahl der Patienten bis 2020 um 11 % auf 4,4 Millionen steigen wird [8]. Einen besonderen Stellenwert im Hinblick auf eine flächendeckende Versorgung werden künftig tagesklinische Angebote einnehmen. Diese gemeindenah ausgerichtete Versorgungsform kann in geeigneten Fällen einen stationären Aufenthalt vermeiden oder verkürzen und ermöglicht zudem eine enge Verzahnung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung. Westfalen-Lippe verfügt bereits jetzt über ein gut ausgebautes Netz an Tageskliniken. Eine Vielzahl von tagesklinischen Dependancen ist durch den LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen entstanden, die aufgrund der engen Verzahnung mit den LWL-Kliniken alters- und indikationsspezifische Behandlungsangebote umfassen.

Wenngleich die zunehmende Anzahl älterer Menschen die künftige Versorgungslandschaft nachhaltig verändern wird, so ist unter dem Aspekt des demografischen Wandels auch der veränderte Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen. Psychische Erkrankungen sind altersunabhängig und können bereits früh im Leben auftreten. Hier ist insbesondere – wegen der relativ großen Verbreitung – das Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) zu nennen. Entsprechend sind auch präventive Angebote erforderlich, die bereits im Kindesalter einsetzen. Schul- und Vorsorgeuntersuchungen werden zwar in Deutschland eingesetzt, beinhalten aber nicht die Früherkennung von psychischen Erkrankungen. Die Zunahme an ADHS-Erkrankungen im Kindesalter verdeutlicht den Bedarf an präventiven Maß-



■ *Patientenzimmer*



nahmen. Die LWL-Klinik Marsberg hat hierzu in einem landesweit einmaligen Modellprojekt in Kooperation mit den Gesundheitsämtern die ADHS-Früherkennung mit den Schuleingangsuntersuchungen verbunden. Die Beeinträchtigung und die langfristigen Folgen psychischer Erkrankungen im Kindesalter werden möglicherweise dazu führen, dass dieses Modellprojekt flächendeckend in Westfalen-Lippe eingesetzt wird. Vorsorgeuntersuchungen und Check-ups hinsichtlich der psychischen Gesundheit werden aber auch altersübergreifend an Bedeutung gewinnen.

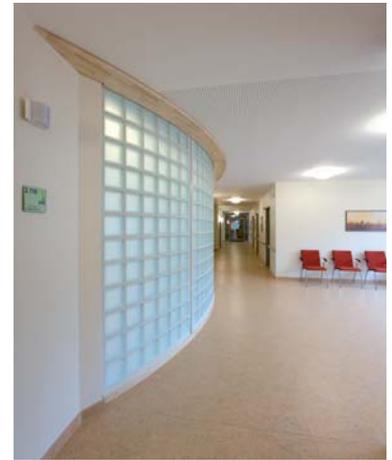
Neben altersgerechten Versorgungsangeboten werden auch weiterhin differenzierte Angebote notwendig sein, die von psychiatrischen Fachkrankenhäusern erbracht werden. Beispielhaft kann hier die Mutter-Kind-Station in der LWL-Klinik Herten genannt werden wie auch die ADHS-Spezialsprechstunde, die unter anderem in der LWL-Klinik Hemer angeboten wird. Ferner existieren Spezialangebote für psychotraumatisierte und suchterkrankte Menschen. Diese Formen der Spezialangebote sind in erster Linie durch Fachkrankenhäuser zu erbringen, die über entsprechende Ressourcen und Spezialwissen verfügen. Hier ist der Größenvorteil von Fachkrankenhäusern entscheidend. In Westfalen-Lippe kommt als weiterer Vorteil die Vernetzung der LWL-Kliniken im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen hinzu, was eine Vielzahl von unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkten ermöglicht.

Der zunehmende Bedarf an Versorgungsangeboten für psychische Erkrankungen geht einher mit steigenden Ausgaben. Bereits im Jahr 2007 belief sich allein die wirtschaftliche Belastung aufgrund psychischer Erkrankungen durch krankheitsbedingte Ausfälle auf 8 Mrd. Euro von insgesamt 73 Mrd. Euro [9]. Werden noch die direkten Ausgaben der Krankenkassen für die Behandlung von psychischen Erkrankungen hinzugenommen, so ergeben sich beispielsweise für die Diagnosegruppe Schizophrenie Kosten, die mit denen somatischer bzw. organischer Volkskrankheiten vergleichbar sind oder diese zum Teil sogar übertreffen. Vor dem Hintergrund der schon jetzt vorhandenen finanziellen Problemen im Gesundheitswesen wird die Herausforderung darin liegen, allen Betroffenen eine qualitativ hochwertige und gemeindenahere Behandlung zu ermöglichen, die auf wirtschaftliche und finanzierbare Versorgungsstrukturen aufbaut.



Der demografische Wandel als eine der zentralen Herausforderungen der Zukunft wirkt sich aber nicht nur auf die Finanzierung und die Nachfrage von Gesundheitsdienstleistungen aus, sondern wird auch das Angebot zunehmend verändern. Die Überalterung der Bevölkerung bezieht sich gleichermaßen auf das erforderliche Personal, wie beispielsweise Ärztinnen und Ärzte, die in den kommenden Jahren zunehmend in den Ruhestand gehen. In ländlich geprägten Räumen, insbesondere in strukturschwachen Regionen, besteht bereits heute die Problematik, freie Arztstellen in Krankenhäusern oder niedergelassenen Praxen wiederzubesetzen. Sofern keine Gegenmaßnahmen erfolgen, wird dem vermehrten Bedarf an Behandlungsangeboten ein zunehmend geringeres Angebot entgegenstehen, mit der Gefahr, dass insbesondere eine ambulante flächendeckende Versorgung in strukturschwachen Regionen nicht gewährleistet werden kann. Um die Attraktivität zu erhöhen, sind geeignete Anreize erforderlich. Beispielsweise ist die Vereinbarkeit von Beruf und Familie stärker zu unterstützen. Für Westfalen-Lippe mit seinen teils städtisch, teils ländlich ausgerichteten Regionen ist die Sicherstellung einer flächendeckenden und gemeindenahen ausgerichteteten Versorgung unterschiedlich bzw. regionalspezifisch zu betrachten. Hinsichtlich der psychiatrischen Versorgung hat Westfalen-Lippe im Vergleich zu anderen Bundesländern bzw. Regionen den Vorteil einer historisch gewachsenen Verbundstruktur an psychiatrischen Einrichtungen in Trägerschaft des LWL. So hat der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen mit 38 Tageskliniken und 41 Institutsambulanzen bereits ein flächendeckendes Versorgungsnetz initiiert und durch Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten, Psychotherapeuten, somatischen Krankenhäusern und weiteren Gesundheitsdienstleistern erweitert. Der Ausbau des Versorgungsnetzes und somit die Standortwahl der Einrichtungen wird sich dabei an dem Versorgungsbedarf der Einwohner in Westfalen-Lippe orientieren.

Für den LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen ist zudem die kommunale Trägerschaft förderlich, die nicht die Gewinnerzielung als oberste Maxime verfolgen muss, sondern die gemeindenahen, bestmögliche medizinische Versorgung der Bevölkerung bei größtmöglicher Wirtschaftlichkeit. Etwaige Gewinne müssen zudem nicht ausgeschüttet werden, sondern können – z. B. in die Personalgewinnung – reinvestiert werden. Diese Vorzüge werden auch in Zukunft die kommunal und im Verbund geführten Krankenhäuser als Bestandteil der bestehenden Trägervielfalt von kommunalen, kirchlichen und privaten Krankenhäusern in Westfalen-Lippe festigen.



■ *LWL-Klinik Gütersloh*



Um die Versorgungsstrukturen auch in strukturschwachen Regionen finanzieren und realisieren zu können, sind effiziente und nachhaltige Versorgungsstrukturen notwendig. Vorteilhaft sind Strukturen, die Synergieeffekte und Verbundeffekte nutzen und sowohl eine qualitative als auch eine wirtschaftliche Versorgung ermöglichen. Für die Einrichtungen des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen ergeben sich beispielsweise eine Vielzahl gleichgelagerter, spezifischer Personal- und Rechtsfragen, deren Bearbeitung zentral organisiert ist. Dadurch werden Spezialkompetenzen aufgebaut, die jede einzelne Einrichtung nur mit deutlich höherem Aufwand erreichen könnte, was ihnen wirtschaftliche Vorteile vor nicht überregional organisierten Einrichtungen ermöglicht. Entsprechend werden auch weitere und intensivere Vernetzungen zwischen den einzelnen Leistungserbringern (Krankenhaus, niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten) entstehen, um durch eine verbesserte Koordination sowohl die Behandlungsqualität weiterzuentwickeln als auch eine wirtschaftliche und flächendeckende Versorgung nachhaltig vorzuhalten. Hierfür sind neue Maßnahmen und Steuerungsinstrumente erforderlich, die den Vernetzungsprozess unterstützen. Beispielhaft können hier die integrierten Versorgungsformen und der EDV-gestützte Informationsaustausch genannt werden, aber auch die elektronische Gesundheitskarte bzw. Patientenakte, die zurzeit eher modellhaft eingesetzt wird, in den kommenden Jahren aber vermutlich eine weite Verbreitung erfahren wird. Das künftige psychiatrische Gesundheitswesen wird daher gekennzeichnet sein durch generationsspezifische und differenzierte Behandlungsangebote, die gleichermaßen jungen als auch älteren Menschen eine gemeindenahere, qualitativ hochwertige Versorgung gewährleisten und regionalspezifische Gegebenheiten berücksichtigen. Die dargestellten Anforderungen werden das Gesundheitssystem in seiner Gesamtheit weiter von einem System aus einzeln agierenden Gesundheitsdienstleistern hin zu einem kooperativen System verändern. Der Aufbau und die Koordination eines kooperativen Versorgungssystems, in dem Berufsgruppen unterschiedlichster Fachrichtungen und Institutionen (u. a. Ärzte, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Pflege) zusammenarbeiten, zählt zu den zentralen Aufgaben der Zukunft. Hier muss sich auch das Krankenhaus seiner regionalen Verantwortung bewusst sein und sich vermehrt als moderner Anbieter und Koordinator von psychiatrischen und psychosozialen Gesundheitsdienstleistungen verstehen. Mit umfänglichen Reform- und Reorgani-



sationsprojekten hat der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen bereits die Grundlagen geschaffen für den Aufbau eines kooperativen Versorgungssystems in Westfalen-Lippe, das nun weiter auszubauen ist. Gleichmaßen werden auch die Kommunen verstärkt ihrer Verpflichtung zur öffentlichen Daseinsfürsorge nachkommen müssen, um in allen Regionen die erforderlichen Versorgungsangebote vorhalten zu können. Um die altersspezifischen Bedarfe zu berücksichtigen, werden künftig weitere kleinere (zum Teil mobile) Einrichtungen (z. B. Tageskliniken, Ambulanzen, Medizinische Versorgungszentren) gemeindenah entstehen. Diese können aber nur als Erweiterung des Angebots von Fachkrankenhäusern betrachtet werden. Eine differenzierte und patientenbezogene Behandlung ist anzubieten, die sowohl störungsspezifische regionale als auch spezielle überregionale Angebote umfasst. Somit werden auch in der Zukunft die Fachkrankenhäuser in der psychiatrischen Versorgung eine zentrale Rolle einnehmen.



■ „Ein Hafen, in dem Gegensätze vereinbar werden“, LWL-Klinik Marsberg, Kinder- und Jugendpsychiatrie



### Literaturverzeichnis

- [1] Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Gutachten zur Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit – Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung; BT-Drucksache 14/6871.
- [2] Schneider, F.; Niebling, W. (2008): Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis. Heidelberg: Springer.
- [3] Harfst, T.; Marstedt, G. (2009): Psychische Gesundheit in Deutschland: Erkrankungen bleiben oft unentdeckt; in: Gesundheitsmonitor Bertelsmann.
- [4] Cicholas, U.; Ströker, K. (2009): Statistische Analysen und Studien Nordrhein-Westfalen, Band 60. Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalen 2008 bis 2030/2050. Düsseldorf: Information und Technik Nordrhein-Westfalen, Geschäftsbereich Statistik.
- [5] Weyerer, S. (2005): Altersdemenz. Herausgegeben vom Robert Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 28, Berlin.
- [6] Gastpar, M. (2007): Vielfältige Ursachen der Depression. Keine monokausale Erklärung. In: Gesellschaftspolitische Kommentare, Jg. 2007, H. 1.
- [7] Grobe, T. G; Dörning, H.; Schwarz, F. W. (ISEG) (2008): GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2008. Herausgegeben von der GEK – Gmünder Ersatzkasse, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 67, Schwäbisch-Gmünd.
- [8] Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (Hg.) (2005): Statistische Analysen und Studien. Band 25: Auswirkungen des demografischen Wandels – Teil 1. Düsseldorf: LDS NRW.
- [9] Bundesministerium für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.) (2007): Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2007, <http://www.baua.de>.
- [10] Jacobi, F., Klose, M., Wittchen, H.U. (2004): Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfallzeiten. Bundesgesundheitsblatt, 8, 2004.



■ **Dr. Wolfgang Kirsch** (geb. 1950) ist promovierter Jurist und studierte in Berlin und Bonn. Zwei Jahre arbeitete er als Regierungsrat z. A. im Bundesamt für Zivilschutz bei der Bundesanstalt Technisches Hilfswerk (THW). Danach war er sechs Jahre Stadtdirektor der Stadt Wipperfürth, von 1987 bis 1999 Oberkreisdirektor und von 1999 bis 2006 Landrat des Kreises Warendorf. Seit 1. Juli 2006 ist er Direktor des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) mit 13.000 Beschäftigten für die 8,5 Millionen Menschen in Westfalen-Lippe. Mit seinen 35 Förderschulen, 19 Krankenhäusern, 17 Museen und als einer der größten deutschen Hilfezahler für behinderte Menschen erfüllt der LWL Aufgaben im sozialen Bereich, in der Behinderten- und Jugendhilfe, in der Psychiatrie und in der Kultur. Dr. Wolfgang Kirsch ist seit Mai 2008 Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft der Höheren Kommunalverbände in der Bundesrepublik Deutschland.

■ **Dr. Barbara Rüschoff-Thale** (geb. 1962) ist promovierte Archäologin und studierte Ur- und Frühgeschichte, Kunstgeschichte, Archäologie und Geologie an den Universitäten Köln und Münster. Nationale und internationale Grabungserfahrung sammelte sie in zahlreichen Projekten im In- und Ausland, u. a. bei mehrmonatigen Forschungsprojekten in Israel und Namibia. 1999 begann sie beim LWL und leitete seit dessen Gründung 2003 das LWL-Museum für Archäologie in Herne. Im Jahr 2008 wurde sie zur Landesrätin für Kultur des LWL in Münster gewählt und ist seither zuständig für die kulturellen Aufgaben des LWL. Sie ist verantwortlich für ein westfalenweites Kulturnetz mit 17 Museen, sechs wissenschaftliche Kommissionen zur landeskundlichen Forschung sowie spezifische Kulturdienste, wie das LWL-Medienzentrum für Westfalen und diverse in unterschiedlichen Fachrichtungen tätige Ämter. Die Kulturabteilung des LWL bündelt und koordiniert die Belange dieser Kultureinrichtungen und nimmt eine wichtige Rolle im Bereich Kulturförderungen und Kulturpartnerschaften ein mit dem erklärten Ziel, das kulturelle Erbe Westfalen-Lippes zu bewahren, zu erforschen und der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

■ **Helga Schuhmann-Wessolek** (geb. 1963) ist Diplom-Kauffrau. Nach Auslandsaufenthalten in den USA und Kanada studierte sie Rechts- und Wirtschaftswissenschaften in Göttingen. Anschließend arbeitete sie für das Institut für Rechnungs- und Prüfungswesen der Universität Göttingen. Danach leitete sie den Geschäftsbereich Krankenhäuser der AOK Niedersachsen. Seit 1995 steht sie als Landesrätin und Krankenhausdezernentin der LWL-Abteilung für Krankenhäuser und Gesundheitswesen vor, die die LWL-Kliniken, Pflegezentren und andere Gesundheitseinrichtungen mit insgesamt circa 6.500 Betten und circa 9.000 Beschäftigten umfasst. Helga Schuhmann-Wessolek ist stv. Bundesvorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser, stv. Vorsitzende der Kommission Krankenhauspsychiatrie der Deutschen Krankenhausgesellschaft und stv. Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Kommunaler Krankenhäuser der kommunalen Spitzenverbände NRW.



## Autoren

■ **Dr. Gaby Bruchmann** (geb. 1966) hat nach ihrem Studium zur Diplom-Verwaltungswirtin das Studium der Wirtschaftswissenschaften zur Diplom-Kauffrau abgeschlossen und im Bereich der Theoretischen Medizin an der Universität Witten-Herdecke berufsbegleitend promoviert. Seit 1989 ist sie beim LWL tätig, u. a. als Systemprogrammiererin im Informations- und Technologiezentrum des LWL. 2001 wechselte sie ins Dezernat Krankenhäuser und Gesundheitswesen und ist dort als Referentin für den Bereich Versorgungsplanung und Marketing zuständig.

■ **Prof. Dr. Ulrich Trenckmann** (geb. 1951) ist Ärztlicher Direktor der Hans-Prinzhorn-Klinik und außerplanmäßiger Professor an der Ruhr-Universität Bochum. Nach dem Humanmedizinstudium und der Facharztweiterbildung in Leipzig, Ostberlin und St. Petersburg (Leningrad) war er Mitarbeiter am Karl-Sudhoff-Institut für Geschichte der Medizin der Universität Leipzig. Seit 1984 ist er beim LWL tätig, u. a. in den LWL-Kliniken Gütersloh und Bochum und seit 1986 Ärztlicher Direktor in der LWL-Klinik Hemer. Zahlreiche Publikationen zu aktuellen Fragen und zur Geschichte der Psychiatrie wurden von ihm verfasst und sind bereits veröffentlicht.

■ **Ansgar Weißer** (geb. 1970), promovierter Historiker, arbeitet für das LWL-Institut für westfälische Regionalgeschichte. Veröffentlichungen zur Geschichte des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe und des Landes Nordrhein-Westfalen sowie zur Geschichte der Psychiatrie. Beiträge für das Internet-Portal „Westfälische Geschichte“ ([www.westfaelische-geschichte.de](http://www.westfaelische-geschichte.de)).



**Redaktion****Dr. Gaby Bruchmann****Thomas Profazi**

(geb. 1953), Dipl.-Pädagoge, war langjährig in unterschiedlichen Praxisfeldern der Psychiatrie und Behindertenhilfe sowie an der Techn. Universität Dortmund (FB Rehabilitationswissenschaften) tätig und ist seit 2007 im LWL-Psychiatrie-Verbund Westfalen Referatsleiter Planung/Entwicklung/Marketing und stellv. Krankenhausdezernent.

**Helga Schuhmann-Wessolek****Prof. Dr. Bernd Walter**

(geb. 1951) ist Leiter des LWL-Instituts für westfälische Regionalgeschichte und außerplanmäßiger Professor am Fachbereich Geschichte/Philosophie der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.

**Herausgeber LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen und LWL-Kulturabteilung**

Warendorfer Straße 25 - 27

48133 Münster

Telefon: 0251 591-01

Telefax: 0251 591-267

E-Mail: [psychiatrieverbund@lwl.org](mailto:psychiatrieverbund@lwl.org)Internet: [www.lwl-psychiatrieverbund.de](http://www.lwl-psychiatrieverbund.de)**Gestaltung**

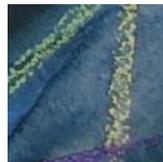
Creativbüro Dülmen · Imke Hoinka-Nölting

**Druck**

Lonnemann GmbH · Selm

1. Auflage: 3.000 Exemplare

© 2010 LWL



## Bildnachweis

- Titel Momentaufnahme der Konzentration & Kraft,  
LWL-Klinik Marsberg / Kinder- und Jugendpsychiatrie, Matthias Hüllen
- 6 LWL-Klinik Lippstadt-Eickelborn
- 8 LWL-Klinik Marsberg
- 11 LWL-Medienzentrum für Westfalen
- 12 LWL-Archivamt für Westfalen, Archiv LWL
- 13 Wilhelm Hammerschmidt, Die provinzielle Selbstverwaltung Westfalens, Münster 1909, S. 37
- 15 Stephan Sagurna, LWL-Medienzentrum für Westfalen
- 17 Psychiatrie-Museum Warstein
- 19 + 22 LWL-Klinik Lippstadt-Eickelborn
- 23 Psychiatrie-Museum Warstein
- 24 LWL-Archivamt für Westfalen, Archiv LWL 650 / 25
- 29 Ansgar Weißer (Hg.), Psychiatrie – Geschichte – Gesellschaft. Das Beispiel Eickelborn im 20. Jahrhundert, Bonn 2009, S. 70
- 33 LWL-Klinik Lippstadt-Eickelborn
- 34 Franz-Werner Kersting, Anstaltsärzte zwischen Kaiserreich und Bundesrepublik. Das Beispiel Westfalen, Paderborn 1996, S. 220
- 36 LWL-Klinik Lippstadt-Eickelborn
- 37 Hermann Simon, Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt, Berlin 1929, Titelblatt
- 39 LWL-Klinik Lippstadt-Eickelborn
- 40 Psychiatrie-Museum Warstein
- 49 Franz-Werner Kersting, Anstaltsärzte, S. 222 + S. 233
- 52 Reichsgesetzblatt 1933, Teil 1, Nr. 86 vom 25. Juli 1933, S. 529
- 57 Zentrum für Antisemitismusforschung, Berlin
- 58 Bernd Walter, Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne.  
Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Westfalen zwischen Kaiserreich und NS-Regime, Paderborn 1996, S. 738
- 60 Walter, Psychiatrie und Gesellschaft, S. 764
- 61 LWL-Medienzentrum für Westfalen
- 62 oben: Psychiatrie-Museum Warstein
- 62 unten: Internet-Portal „Westfälische Geschichte“ / LWL-Bau- und Liegenschaftsbetrieb
- 65 oben: LWL-Klinik Münster
- 65 unten: Internet-Portal „Westfälische Geschichte“ / LWL-Bau- und Liegenschaftsbetrieb
- 66 + 68 oben: Psychiatrie-Museum Warstein
- 66 + 68 unten: Internet-Portal „Westfälische Geschichte“ / LWL-Bau- und Liegenschaftsbetrieb
- 67 LWL-Klinik Lippstadt-Eickelborn
- 71 + 72 Hans Hild, LWL-Medienzentrum für Westfalen
- 74 LWL-Klinik Lippstadt-Eickelborn
- 76 + 78 + 79 + 82 + 92 + 96 + 98 + 100 + 102 + 104 Podehl Fotodesign, Unna
- 106 Ein Hafen, in dem Gegensätze vereinbar werden, LWL-Klinik Marsberg (Kinder- und Jugendpsychiatrie), Matthias Hüllen



