

CHRONIK – 200 JAHRE
PSYCHIATRIE MARSBERG

200



LWL

Für die Menschen.

Für Westfalen-Lippe.

CHRONIK

200 JAHRE PSYCHIATRIE MARSBERG

IMPRESSUM

LWL-EINRICHTUNGEN MARSBERG

Weist 45 / Bredelarer Straße 33 / Mühlenstraße 26

34431 Marsberg

Telefon: 02992 601 1000

Telefax: 02992 601 1399

www.lwl-klinik-marsberg.de

www.lwl-jugendpsychiatrie-marsberg.de

www.lwl-therapiezentrum-marsberg.de

www.lwl-wohnverbund-marsberg.de

www.lwl-pflegezentrum-marsberg.de

RECHERCHE UND TEXTE

Stefan Kummer und

LWL-Einrichtungen Marsberg

GESAMTHERSTELLUNG

DruckVerlag Kettler GmbH, Bönen

© 2014 LWL-Einrichtungen Marsberg

Nachdruck / Vervielfältigung gleich welcher Art, auch auszugsweise, nur mit vorheriger Genehmigung der Herausgeber. Die Rechte der Beiträge liegen ausschließlich bei den Autoren.

Wenn im Text nur die männliche Schreibweise verwendet wird, so ist bei Entsprechung auch die weibliche Form eingeschlossen. Auf eine durchgehend geschlechtergerechte oder geschlechtsneutrale Schreibweise wurde zu Gunsten der Lesbarkeit verzichtet.

INHALTSVERZEICHNIS

4	32
Grußwort des LWL-Direktors	Psychiatriereform
5	34
Grußwort der Betriebsleitungen	Die Entwicklung bis in das neue Jahrtausend
8	36
Gründung des Landeshospitals Marsberg 1814 Von den Ketten befreit. Der Umgang mit psychisch Kranken bis zum 19. Jahrhundert	LWL-Klinik Marsberg Psychiatrie · Psychotherapie · Psychosomatik
13	45
Entwicklung bis zum ersten Weltkrieg Eine Anstalt entsteht – Ein Jahrhundert des Wachstums	LWL-Klinik Marsberg Kinder- und Jugendpsychiatrie · Psychotherapie · Psychosomatik
21	50
Erster Weltkrieg – Rationiertes Leben hinter Anstaltsmauern	LWL-Therapiezentrum für Forensische Psychiatrie Marsberg
24	54
Eugenik – Neue Theorien werfen ihre Schatten voraus	LWL-Pflegezentrum Marsberg „Haus Stadtberge“
25	58
Zwangssterilisation im Nationalsozialismus	LWL-Wohnverbund Marsberg
27	63
„Euthanasie“ – Mord an psychisch kranken und geistig behinderten Menschen	Enge Verbindung der LWL-Einrichtungen mit der Stadt Marsberg
30	64
Nachkriegszeit	Die Betriebsleitungen der LWL-Einrichtungen Marsberg

GRUSSWORT DES LWL-DIREKTORS

Die LWL-Klinik Marsberg wurde 1814 als erste psychiatrische Klinik Westfalens gegründet und war zum damaligen Zeitpunkt eine der ersten „Heil- und Pflegeanstalten“ Deutschlands überhaupt. Heute, 200 Jahre später, kann sie auf eine bedeutsame Geschichte zurückblicken – eine Geschichte geprägt von Verantwortung für die Menschen in der Region, therapeutischem und pflegerischem Fortschritt, aber auch von schweren Zeiten und dem menschenverachtenden Umgang mit psychisch Kranken im Nationalsozialismus.

Aus dem Landeshospital der Anfangszeit hat sich inzwischen ein modernes Kompetenzzentrum für seelische Gesundheit mit seinen heute 5 Einrichtungen entwickelt, der erwachsenenpsychiatrischen LWL-Klinik als Kern sowie der kinder- und jugendpsychiatrischen LWL-Klinik, dem LWL-Wohnverbund, dem LWL-Pflegezentrum und dem LWL-Therapiezentrum für Forensische Psychiatrie. Dies eingebettet in den LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen, der mit seinen rund 100 Einrichtungen und Außenstellen, die gut 6.500 Plätze und Betten umfassen, die zentrale Säule in der psychiatrischen Versorgung der Einwohnerinnen und Einwohner in Westfalen-Lippe ist. Die LWL-Einrichtungen in Marsberg sind ein wichtiger Teil dieses Netzwerkes. Sie stehen nicht nur für moderne Psychiatrie und Psychotherapie und – aus der langen Tradition heraus – für einen besonders empathischen und wertschätzenden Umgang mit psychisch kranken Menschen, sondern sind darüber hinaus ein bemerkenswertes Beispiel für die Umsetzung der im Rahmen der Psychiatrie-Enquête entstandenen Idee der gemeindenah orientierten Versorgung.

Vieles konnte in der Vergangenheit für die Verbesserung der Behandlung und Lebenssituation psychisch kranker Menschen erreicht, Hindernisse und Schwierigkeiten konnten überwunden werden. Anlässlich des 200-jährigen Bestehens spreche ich der Klinikleitung und allen Beschäftigten meinen Dank und meine Anerkennung für diese Leistung aus. Allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie den Patientinnen und Patienten und Bewohnerinnen und Bewohnern wünsche ich ein gelingendes Jubiläumsjahr 2014. Ich bin zuversichtlich, dass es in Marsberg gelingt, die zahlreichen zukünftigen Herausforderungen in Form von veränderten gesellschaftlichen, strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen ebenso erfolgreich wie in der Vergangenheit zu bewältigen.

Matthias Löb
LWL-Direktor

GRUSSWORT DER BETRIEBSLEITUNGEN

Im Jahr 2014 blicken wir auf die 200-jährige Geschichte der LWL-Klinik Marsberg zurück. Das damalige Landeshospital Marsberg war eine der ersten Einrichtungen für psychisch kranke Menschen in Deutschland. Bereits in der Gründungszeit gab es dort das Bestreben, eine möglichst optimale Behandlung und Versorgung von Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

Seit den 1970er-Jahren kam es zu einschneidenden positiven Veränderungen in der Behandlung der Patientinnen und Patienten: Die Psychiatrie-Enquête und die Einführung der Psychiatrie-Personalverordnung aus dem Jahr 1992 führten im Verlauf der Jahre zu einer zunehmenden Professionalisierung und Individualisierung in der Behandlung, Pflege und Betreuung sowohl der Patientinnen und Patienten der LWL-Kliniken und des LWL-Therapiezentrum als auch der Bewohnerinnen und Bewohner des LWL-Pflegezentrum und des LWL-Wohnverbundes.

All die Entwicklungsschritte vom Landeshospital Marsberg im Jahr 1814 zum heutigen Kompetenzzentrum für seelische Gesundheit der LWL-Einrichtungen Marsberg werden in der Chronik detailliert dargestellt, so dass Sie, liebe Leserinnen und Leser, einen guten Eindruck über die geschichtliche Entwicklung und die Veränderungen im Verlauf von 2 Jahrhunderten erhalten.

Bedanken möchten sich die Betriebsleitungen an dieser Stelle auch bei allen derzeitigen und allen ehemaligen Beschäftigten für ihren Einsatz. Ohne engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wären das Bestehen und die positive Entwicklung der LWL-Einrichtungen Marsberg über einen so langen Zeitraum nicht möglich gewesen.

Wir wünschen Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, viel Freude beim Lesen der Chronik und hoffen, Sie auch auf den verschiedenen Veranstaltungen, welche die LWL-Einrichtungen Marsberg anlässlich des Jubiläumsjahres ausrichten, begrüßen zu können.

Im Namen aller Betriebsleitungsmitglieder der LWL-Einrichtungen Marsberg

Josef Spiertz
Kaufmännischer Direktor der
LWL-Einrichtungen Marsberg



Diätküche 1932



Kaffeetafel um 1930



Festsaal um 1930



Mattenflechtere 1930



Prozession 1931



Schützenfest 1935



Knüpferei 1930



Neuer Kessel 1934



Waschküche 1930

DIE GRÜNDUNG DES LANDESHOSPITALS MARSBERG 1814

VON DEN KETTEN BEFREIT. DER UMGANG MIT PSYCHISCH KRANKEN BIS ZUM 19. JAHRHUNDERT



Kapuzinerkloster 1811

Die LWL-Klinik Marsberg ist die älteste psychiatrische Einrichtung in Westfalen. Ihre Gründung fällt in eine Zeit großer politischer und sozialer Änderungen in Europa.

Bis zum Ende des 18. Jahrhunderts verfolgte die Versorgung der sogenannten *Geisteskranken* keine Besserung oder Heilung durch Therapie. Vielmehr sollte ihre Verwahrung – zum Beispiel in Arbeitshäusern oder gesonderten Abteilungen in *Zuchthäusern* – vorrangig die öffentliche Sicherheit gewährleisten.

Die damals beispielsweise in Paris bestehenden sogenannten *Irrenhäuser*, in denen die Kranken regelrecht weggeschlossen wurden, waren menschenunwürdig. In oftmals kerkerähnlichen, kalten und feuchten Zellen wurden die *Irren* – nicht anders als Straftäter zur damaligen Zeit – in Ketten gehalten und mit Zwangsmitteln zu härtester Arbeit bei gleichzeitig geringer Ernährung und katastrophalen hygienischen Bedingungen gezwungen.

Das Zeitalter der Aufklärung und die Errungenschaften der Französischen Revolution brachten entscheidende Verbesserungen für die psychisch Erkrankten, da die Einführung des Code Napoléon samt der Menschenrechte auch für sie galt.

Der französische Psychiater und Leibarzt Napoleons, Philippe Pinel (1745-1826), war der Überzeugung: „Die Irren sind keine Schuldigen, die man bestrafen muss, sondern Kranke, bei denen man versuchen muss, ihre gestörte Vernunft wieder herzustellen.“ Pinel empfahl die seelische Behandlung und forderte eine Verteilung der Patienten nach Krankheitsgrad auf getrennte Abteilungen. Auch für den deutschen Raum wirkten diese aus Frankreich stammenden Ideen richtungweisend. Als „deutscher Pinel“ führte Johann Christian Reil (1759-1813) 1808 den Begriff *Psychiatrie* ein. Er gilt bis heute als Begründer der modernen Neurologie und Psychiatrie.



Johann Christian Reil (1759-1813)



Lage des Herzogtums Westfalen in der Landgrafschaft Hessen um 1802

Zur Situation im Herzogtum Westfalen: Die Stadt Marsberg, bestehend aus Ober- und Niedermarsberg, lag im damaligen Herzogtum Westfalen. Um 1800 zählte Marsberg mit etwas mehr als 400 Wohnhäusern zusammen mit Geseke, Brilon und Werl zu den größten Städten Westfalens. Infolge der Napoleonischen Kriege geriet das Herzogtum Westfalen in den Blickpunkt verschiedener Fürsten, die den Verlust ihrer linksrheinischen Gebiete ausgleichen wollten. Die Landgrafschaft Hessen-Darmstadt nahm das Herzogtum Westfalen im Jahr 1802 ein.

Während es im hessen-darmstädtischen Kernland in Hofheim bei Darmstadt bereits ein Landeshospital zur *Geisteskrankenfürsorge* (heute: Vitos Philippshospital Riedstadt) gab, befand sich im früheren Herzogtum Westfalen keine Versorgungsmöglichkeit für psychisch Kranke. Die hessen-darmstädtische Verwaltung wurde auf die nicht vorhandene *Irrenfürsorge* im neuen Landesteil

aufmerksam. 1811 regte das Großherzoglich-Hessische Kirchen- und Schulamt zu Arnsberg die Umgestaltung des Marsberger Kapuzinerklosters in eine Irren- und Krankenanstalt an. Der zuständige Regierungs- und Medizinalrat Dr. Johannes Stoll zu Arnsberg unterstützte diese Forderung. Der Reichsdeputationshauptschluss, durch den 1803 auch die Inbesitznahme des Herzogtums Westfalens legitimiert worden war, ermöglichte es, Stifte, Abteien und Klöster zu säkularisieren und somit u.a. zur Unterbringung von Geisteskranken nutzbar zu machen. Durch Dekret des Großherzogtums Hessen vom 27. Dezember 1812 wurde das Kapuzinerkloster zu Marsberg, das erst 67 Jahre vorher, im Jahr 1744, gegründet worden war, säkularisiert. Die anfallenden Umbaukosten sollten aus Wohltätigkeits- und Lokalarmentfonds, Beiträgen hiesiger Amtskassen sowie vermögender Kranker, freiwilliger Stiftungen und Vermächtnissen bezahlt werden. Am 10. November 1814 wurde das Landes-



Grundriss Kapuzinerkloster

hospital offiziell eröffnet. Ursprünglich war die Einrichtung laut Regierungsverfügung als Heil- und Versorgungsanstalt für körperlich und seelisch erkrankte Menschen bestimmt. Nach der Eröffnung wurden zunächst 17 vor allem psychisch und an Epilepsie erkrankte Patienten aufgenommen.

Der Großherzogliche Amtsarzt Dr. Julius Wilhelm Ruer wurde als Direktor und zunächst einziger Arzt eingestellt.

Die anfängliche *Dienstordnung für die Officianten der Irren- und Kranken-Anstalt zu Marsberg* war für die damalige Zeit außerordentlich fortschrittlich und weitsichtig, wie folgende Punkte zeigen:

- a) Es wurde zwischen somatischen und psychischen Erkrankungen unterschieden. Die Unterbringung der Patienten erfolgte nach Art des psychischen Zustandes in kleinen Abteilungen. Die Unterscheidung erfolgte in: *Epileptisch-Verrückte, Blödsinnige, Stupide oder an Verstande Schwache, Melancholische oder Schwermüthige, Wahnsinnige und Verrückte und schließlich Tob-süchtige bzw. Wüthende (Maniaci)*.
- b) Die Dienstanweisung sah vor, den Menschen, *die an Krankheiten der Seele leiden*, durch liebevolle Behandlung den *Rest an Vernunft* zu erhalten und *Ausbrüchen ihres verkehrten Denkvermögens mit Gelassenheit, Geduld, Sanftmuth und Aufopferung* zu begegnen.
- c) Der Direktor hatte täglich Visite und ein klinisches Tagebuch zu führen.



Landeshospital um 1850



DR. JULIUS WILHELM RUER

Ruer studierte Medizin und wurde im Jahr 1806 zum Dr. med. promoviert. In den folgenden Jahren praktizierte er in Neheim und ab 1812 in Meschede. Er war Gründungsdirektor des Landeshospitals Marsberg. Mit Dr. Ruer berief man einen Arzt und Psychiater als Direktor und erfüllte damit den Anspruch der neuen Disziplin der Psychiatrie. Ruer, der bei seinem Dienstantritt 30 Jahre alt war, gilt bis heute als besonders engagierter und überregional anerkannter Direktor. Besonders in Erinnerung blieb die väterliche Art, mit der Ruer sich um das Wohl seiner Patienten bemühte. Ganz im Sinne Reils war Ruer Befürworter eines individualisierten Umgangs mit den Patienten. Er blieb 36 Jahre in Marsberg tätig. Später leitete Ruer private Anstalten in Düsseldorf und Hamm.

(* 30. Mai 1784 in Meschede;
† 17. Dezember 1864 in Hamm)

Zusammen mit Joseph Ennemoser (Bonn) rief er in einer 1827 herausgegebenen Denkschrift zur Gründung eines Vereins zur Verbesserung der praktischen Seelenheilkunde auf. Dies gilt als wesentlicher Impuls zur Gründung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN).

Er war maßgeblich an der Herausgabe von „Nasse's Zeitschrift für psychische Ärzte“ beteiligt. Auch an den „Vaterländischen Blättern für das Herzogtum Westfalen“ wirkte er mit. In seinen klinischen Tagebüchern führte er akribisch Statistiken. Aus ihnen ist überliefert, dass von 196 Kranken, die zwischen 1814 und 1831 aufgenommen wurden, ein Drittel als geheilt oder gebessert entlassen wurde.

d) Eine Heilung sollte *bei heilbaren Seelenkranken* durch *Erholung, Zerstreuung, Bewegung, Gartenarbeit und andere, dem Stande, der gewöhnten Lebensart und dem individuellen Zustande eines jeden Kranken angemessene unschädliche Lieblingsbeschäftigungen, die vorzüglichste Bedingungen der psychischen Heilung und der Wiedergenesung sind*, ermöglicht werden. Es galt die allgemeine Devise, die Patienten möglichst zu schonen. Deshalb wählte man auch die offizielle Bezeichnung *Landeshospital* und nicht *Irrenanstalt*. Außerdem durften die Patienten individuelle statt der bis dahin üblichen Uniformen, an Häftlinge erinnernden Kleidung tragen. Die Schaffung harmonischer Lebensbedingungen sollte zur Genesung beitragen. Für die Patienten war

Arbeit in Werkstätten und Landwirtschaft vornehmlich zu therapeutischen und nicht – wie bisher üblich – ökonomischen Zwecken vorgesehen. Ein Garten (sogenannter *Irrengarten*) zum Spaziergehen wurde ebenso wie ein vielfältiges Angebot an Beschäftigungsmöglichkeiten zur Freizeitgestaltung als Teil der Therapie angeboten.

e) Arzneimittel sollten, ebenso wie Straf- und Zümmungsmittel, nur mit Bedacht gewählt und eingesetzt werden.

f) Krankenwärter und -innen (zeitgenössisch für Gesundheits- und Krankenpfleger) sollten speziell geschult werden und sich einer abschließenden Prüfung unterziehen. Der Direktor persönlich schulte die Wärter zu

Menschenfreundlichkeit und beruhigendem Verhalten den Patienten gegenüber.

- g) Ärzte auf Durchreise sollten durch eine Führung Einblick nehmen. Eine Tafel am Eingang forderte dazu auf, Mängel zu melden.
- h) Geistliche waren nicht mehr in der administrativen Mitverantwortung. Auch aus dem täglichen Leben wurde der religiöse Aspekt weitgehend zurückgehalten. Die Patienten waren an keine Konfession gebunden.
- i) Es war Aufgabe des Anstaltsdirektors, dafür Sorge zu tragen, dass die Patienten von allen liebevoll behandelt werden. Er sollte alle seine psychologischen Kenntnisse aufbieten, um ein auf Liebe und Zutrauen gegründetes Verhältnis zwischen den Seelenkranken und ihren Wärtern zu bewirken.
- j) Schließlich gab es eine Pflicht zur Fortbildung. Es gehörte zur angelegentlichsten Berufspflicht des Arztes, seine psychologischen Kenntnisse durch fortgesetztes Studium der Erfahrungs-Seelenlehre und der Gemüthskrankheiten zu erweitern. Dafür sollten die besten Schriften hierüber aus der Hospitalskasse angeschafft werden.

Die Dienstordnung von 1814 versuchte die Forderungen der zum damaligen Zeitpunkt „modernen“ Psychiatrie zu erfüllen. Das Landeshospital Marsberg im frühen 19. Jahrhundert kann als anerkanntswerte und in vielerlei Hinsicht für andere Einrichtungen vorbildhafte psychiatrische Anstalt beurteilt werden. Es hatte nur noch wenig mit älteren psychiatrischen Einrichtungen gemein und war richtungsweisend für folgende psychiatrische Krankenhäuser.

Auch die Lage in Niedermarsberg an „von anmuthigen Höhen umgebenen Orte“, die der Heilung besonders zuträglich sein sollte, entspricht der Vorstellung der ersten Psychiater, die von den Ideen der Romantik be-



Dienstordnung von 1814

einflusst waren. Allerdings erwies sich das eher raue Klima bald als ungünstig, zumal die unteren Räume des alten Klosters kalt, feucht und dunkel waren. Der Genesung der Patienten war dies nicht zuträglich. Es bestand die Notwendigkeit der baulichen Veränderung.

ENTWICKLUNG BIS ZUM ERSTEN WELTKRIEG

EINE ANSTALT ENTSTEHT – EIN JAHRHUNDERT DES WACHSTUMS

PATIENTENGESCHICHTE THOMAS BUDDENKOTT

In den ersten Jahren führte Dr. Ruer ausführlich Statistiken und berichtete in medizinischen Fachzeitschriften auch von einzelnen Patienten. Im Folgenden soll eine solche Patientengeschichte Einblick in die damalige Art und Weise der Behandlung geben.¹

Im Oktober 1816 nahm Dr. Ruer den Patienten Thomas Buddenkott auf. Buddenkott stammte aus dem Münsterland und war ein körperlich starker Bauerssohn. Er zeigte jedoch *Geistes- und Gemütsstörungen*, die sich darin äußerten, dass der Patient kein geordnetes Gespräch führen konnte, allgemein abwesend und träge, zeitweise jedoch aufgebracht wirkte.

In den ersten Tagen und Wochen beobachtete Dr. Ruer den Patienten und informierte sich ausführlich über dessen Krankheitsgenese. Zeitgleich verordnete Ruer das Brechmittel *Brechweinstein* – ein damals übliches Mittel gegen „fieberhafte Aufregung“ und „Wahnsinn“ – und später auch den *Aderlass*. Tatsächlich beobachtete Ruer nach dieser Behandlung eine Besserung des Zustandes. Er konnte nun mit Buddenkott Gespräche führen, in denen er den Patienten über seine zunehmende Genesung informierte und ihm auch die baldige Entlassung in Aussicht stellte. Entsprechend des Grundsatzes, möglichst weitgehend auf Zwangsmittel zu verzichten, war das Wartepersonal angewiesen, den Patienten besonders freundlich zu behandeln, da dies, verbunden mit mehr Freiheiten, seinem Zustand offensichtlich zuträglich war. In den nächsten Monaten verordnete Ruer seinem Patienten das Schröpfen und gab ihm in steigenden Dosen Roten Fingerhut, was zu einer weiteren Genesung führte. Nach 14 Monaten wurde Buddenkott als geheilt entlassen.

Als am 1. Juni 1816 das Herzogtum Westfalen zu einer Provinz des Königreichs Preußen wurde, erfolgte eine Umbenennung des *Landeshospital*s in *Provinzial-Irrenanstalt*. Sie war damit die erste ihrer Art in der neuen preußischen Provinz Westfalen.

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts kam es zu einem rapiden Anwachsen der Krankenzahlen. Die Gründe dafür sind vielfältig. Es handelte sich – vereinfacht gesagt – um eine Mischung aus allgemeinem Bevölkerungswachstum, veränderten Lebens- und Arbeitsumstän-

den durch Industrialisierung und Urbanisierung sowie den neuen medizinischen und psychiatrischen Konzepten und Angeboten, beispielsweise der umgehenden Anstaltsbehandlung. Aber auch ein zunehmendes Vertrauen der Menschen in die neuen Behandlungsformen dürfte dazu beigetragen haben. Dies führte dazu, dass es bereits seit 1818 Planungen gab, die Anstalt in Marsberg zu erweitern und in 2 Bereiche, eine Heil- und eine Pflegeanstalt, zu trennen, um den Erfordernissen gerecht werden zu können. Dazu wurden im Laufe der Jahre 3 Möglichkeiten

¹ Die Patientengeschichte Thomas Buddenkott folgt den Angaben von Ruer in seinem Artikel: Nachrichten über die Irrenanstalt zu Marsberg. In: Zeitschrift für psychische Ärzte: mit besonderer Berücksichtigung des Magnetismus, 1819, 2/1, Seite 72-104, hier: S. 95-104.



Marsberg, Stadtplan nach dem Kataster von 1830. Maßstab 1:1000

Stadtplan Marsberg 1830

in Betracht gezogen: 1. Vergrößerung der bestehenden Anstalt; 2. Bau einer neuen Anstalt anderenorts; 3. eine Zusammenarbeit mit der 1825 im rheinischen Siegburg gegründeten Anstalt.

Regierungsrat Dr. Stoll, der bereits maßgeblich zur Gründung beigetragen hatte, setzte sich für eine Erweiterung Marsbergs ein.

Die Westfälischen Provinzialstände (ein politisches Gremium, durch das Westfalen erstmals über eine Gesamtvertretung verfügte) sprachen sich dagegen für eine Trennung von Heil- und Pflegeanstalt aus. Ende 1828 kam man zu der Einigung, beide Ideen zu vereinen und in Marsberg 2 Anstalten zu führen. Dabei sollten beide Anstalten so gelegen sein, dass keine die andere stört und jede ihren Zweck erfüllen kann.

Die neue Anstalt wurde am 1. Juni 1835 eröffnet und erweiterte die bisherige Bettenzahl auf 220. Marsberg war im damaligen Deutschland die zweite, in Preußen sogar die erste sogenannte *relativ verbundene Heil- und Pflegeanstalt*. Der Name verrät viel über das fortschrittliche Prinzip: Der Anstaltsbau in Form eines „H“ war in Ober- und Untergeschoss mit je 4 Abteilungen gebaut. Die Männer bewohnten den östlichen Teil des Gebäudes, die Frauen den westlichen. Getrennt waren die Geschlechter durch einen breiten Flur. Das Entscheidende war jedoch, dass eine Verbindung zwischen Heil- und Pflegeanstalt bestand. Durch eine gemeinsame direktoriale Leitung und ärztliche Betreuung war es möglich, in *heilbare* (Heilanstalt) und *unheilbare* (Pflegeanstalt) Patienten zu unterscheiden und sie gegebenenfalls zu verlegen, wenn sich deren Zustand änderte.

Wochen-Speisezettel.

1845.	Erster Tisch.			Zweiter Tisch.			Dritter Tisch.			Vierter Tisch.		
	Morgens.	Mittags.	Abends.	Morgens.	Mittags.	Abends.	Morgens.	Mittags.	Abends.	Morgens.	Mittags.	Abends.
Samstag den 18.	Kaff. mit Zucker.	Fleischsuppe mit Nudeln, Rindfleisch u. Nappes mit Kartoffeln, Kalbsbraten und Pflaumen.	Salat und Braten.	Kaff. mit Zucker.	Fleischsuppe mit Nudeln, Rindfleisch u. Nappes mit Kartoffeln.	Milchsuppe.	Kaff. und Brotsuppe.	Fleischsuppe mit Schablgewürst, Rindfleisch u. Kartoffeln mit Sauerkraut.	Grünesuppe.	Kaff. mit Zucker.	Fleischsuppe mit Nudeln, Kartoffeln.	Milchsuppe.
Montag den 19.	ditto	Grünesuppe, Saucbraten mit Kartoffeln.	Hafer- und Ragout.	ditto	Wie erster Tisch.	Hafer- und Weizbrod.	Kaff. und Bier- und Brotsuppe.	Milchsuppe, Kartoffeln mit Erbsen.	Schablgewürstsuppe.	ditto	Grünesuppe, Schablgewürst.	Hafer- und Brotsuppe.
Donnerstag den 20.	ditto	Fleischsuppe mit Fertgrausen, Rindfleisch und Kartoffeln mit Nappes.	Salat und Eierkuchen.	ditto	ditto	Salat und Eierkuchen.	Kaff. und Brotsuppe.	Fleischsuppe mit Schablgewürst und Kartoffeln, Rindfleisch.	Hafer- und Brotsuppe.	ditto	Fleischsuppe mit Reis, Kartoffeln.	Milchsuppe.
Freitag den 21.	ditto	Grünesuppe, Saucbraten und Kartoffeln mit Kohlrüben.	Hafer- und Ragout.	ditto	ditto	Hafer- und Weizbrod.	Kaff. und Brotsuppe.	Milchsuppe und Kartoffeln mit Sauerkraut.	Grünesuppe.	ditto	Milchsuppe und Kartoffeln mit Aspik.	Hafer- und Brotsuppe.
Donnerstag den 22.	ditto	Fleischsuppe mit Reis, Rindfleisch, Kartoffeln mit Würstgen.	Salat und Braten.	ditto	ditto	Milchsuppe und Weizbrod.	Kaff. und Brotsuppe.	Fleischsuppe mit Schablgewürst und Kartoffeln, Rindfleisch.	Kartoffel- und Brotsuppe.	ditto	Fleischsuppe und Kartoffeln.	Schablgewürstsuppe.
Freitag den 23.	ditto	Kartoffel- und Grünsuppe, Saucbraten und Bitterkohl.	Salat und Eierkuchen.	ditto	ditto	Salat und Eierkuchen.	Kaff. und Brotsuppe.	Hafer- und Brotsuppe.	Grünesuppe.	ditto	Kartoffel- und Brotsuppe.	Milchsuppe.
Samstag den 24.	ditto	Grünesuppe, Saucbraten, Kartoffeln mit Kohlrüben.	Bier- und Pudding.	ditto	ditto	Bier- und Weizbrod.	Kaff. und Brotsuppe.	Milchsuppe und Kartoffeln mit Kohlrüben.	Stille Grüne.	ditto	Grünesuppe, Kartoffeln.	Bier- und Brotsuppe.

Wochen-Speisezettel aus dem Jahr 1845 – Zuordnung je nach sozialer Stellung

BEHANDLUNG UM 1850

Mitte des 19. Jahrhunderts erfolgte die Behandlung in Marsberg weitgehend personenbezogen (Individualtherapie). Die psychische Behandlung stand zunehmend im Vordergrund. Wichtigster Teil der Behandlung war jedoch eine zweckmäßige Beschäftigung, um die Aufmerksamkeit auf Dinge abseits der Krankheit zu lenken.

Dazu waren den Patienten nützliche Tätigkeiten nach Fähigkeiten und Neigungen an frischer Luft mit körperlicher Bewegung zugeteilt. Während die Männer vorwiegend in Land- und Viehwirtschaft arbeiteten, übernahmen die Frauen eher häusliche Arbeiten. Die Patienten führten aber auch andere Tätigkeiten und Arbeiten durch, zum Beispiel in der Bäckerei, der Brauerei oder der Schneiderei. Zum Ausgleich wurden regelmäßig Vergnügungen wie Schützenfeste, Karneval oder jahreszeitliche Feste angeboten.

Neben der äußerlichen Erweiterung gab es auch intern wichtige Änderungen: Es wurde ein Inspektor zur ökonomischen Verwaltung und ein Hausverwalter angestellt. Dr. Ruer bekam einen Assistenzarzt zur Seite gestellt. Außerdem erhielten die männlichen und weiblichen Pfleger je einen Oberaufseher bzw. eine -aufseherin.

Um der Flut an Aufnahmeanträgen nachzukommen, erließ man für den Heilbereich Aufnahmebedingungen. Danach waren gewisse Kranke, beispielsweise aus *Altersschwäche Blöd- und Schwachsinnige*, von der Aufnahme ausgeschlossen. Wer aufgenommen worden war, aber innerhalb eines Jahres keinen Heilerfolg zeigte, wurde zurück zu den Angehörigen oder in den Pflegebereich überwiesen.

Wie groß das Interesse an einer Behandlung in Marsberg war, zeigt, dass 1839 die Zahl der Patienten bereits wieder die Kapazitätsgrenze erreichte. Man entschied, das Gebäude des ehemaligen Benediktinerstifts in Obermarsberg zu pachten und dort eine Rekonvaleszenten-Station einzurichten, die 15 Plätze für ruhige, männliche Patienten bot. Was jedoch weiterhin dringend fehlte, war eine neue Abteilung für sogenannte unruhige Kranke. Sie waren bisher im Erdgeschoss des alten Klosters untergebracht. Dieses war jedoch feucht und unhygienisch. 1843 wurde die neue Abteilung für unruhige Kranke eröffnet. Die sogenannte *Tobabteilung* be-

stand vorrangig aus Einzelzellen. Auch wenn die Bezeichnung *Tobabteilung* erschreckend klingen mag, war sie doch das damals modernste Mittel, Ruhe und Ordnung zu gewährleisten. Eine medikamentöse Ruhigstellung (Sedierung) gab es noch nicht.

Der Andrang an Patienten nahm weiter zu. 1850 waren bereits 450 Kranke aufgenommen, obwohl es eigentlich nur 270 Plätze gab. Um dieser starken Überbelegung Herr zu werden, beschloss der Provinziallandtag 1854 den Bau einer zweiten westfälischen Anstalt und gleichzeitig die Trennung der Patienten nach Konfessionen.

In Lengerich wurde ab 1862 ein Neubau errichtet. 1864 wurden die ersten 72 protestantischen Patienten von Marsberg nach Lengerich verlegt, bis 1867 waren es insgesamt 224.

In Marsberg, wo die katholischen Patienten verblieben, besserte sich zunächst die Platzsituation. Das Stiftsgebäude in Obermarsberg wurde daraufhin aufgegeben.

Doch es gab ein weiteres Problem: Aufgrund der Baufälligkeit und schlechten Einrichtung war das alte Klostergebäude ungeeignet geworden, die übrigen rund 300 Kranken zu versorgen. Dem neuerlichen Wunsch nach baulicher Modernisierung wurde Rechnung getragen. Parallel zum Neubau von Lengerich wurde die Anstalt Marsberg zu einem dop-



Plan von 1866



Das H-Gebäude 1863 mit Marktplatz

pelten „H“ ausgebaut und ein Wirtschaftsgebäude mit Festsaal neu errichtet. Im Frühjahr 1869 wurden die Arbeiten abgeschlossen.

Zum Jahresbeginn 1871 wurde die Pflege der weiblichen Kranken den Ordensschwestern (Vinzentinerinnen) aus dem Mutterhaus zu Paderborn übertragen. Es kann von einer Professionalisierung des Krankenschwesterndienstes gesprochen werden. Dr. Koster, seit dem 22. Juli 1859 Anstaltsdirektor, beteuerte, wie schwer es gewesen sei, „geeignetes Pflegepersonal zu finden, das da Milde, Geduld, Opferwilligkeit, Selbstlosigkeit und Intelligenz genug besitze“. In den Vinzentinerinnen fand man all dies; ihre positive Haltung färbte auch auf das restliche Personal ab.

Das grundlegende Problem, der rasante Anstieg der Patientenzahl, bestand jedoch weiterhin. 1878 befanden sich fast 500 Patienten in Marsberg. Da die Provinzialverbände seit 1891 zudem verpflichtet waren, hilfsbedürftigen Armen Anstaltsplätze zur Verfügung



Dr. Koster

zu stellen, verschärfte sich die Situation zusätzlich. Deshalb wurde der Bau weiterer Anstalten in Westfalen beschlossen.



„DER IRRENFREUND“

Durch Dr. Koster wurde 1859 erstmals die Fachzeitschrift „Der Irrenfreund - eine Volksschrift über Irre und Irrenanstalten, sowie zur Pflege der geistigen Gesundheit“ herausgegeben. Sie erschien monatlich bis in das Jahr 1902. Marsberg war damit ein wichtiger Impulsgeber für das, was wir heute Öffentlichkeitsarbeit nennen würden. Denn diese sogenannte Volksschrift wandte sich nicht nur an Fachpublikum, sondern an alle interessierten Bürgerinnen und Bürger mit dem Ziel, über psychische Krankheit zu informieren und die Fürsorge für psychisch kranke Menschen zu verbessern.



HAUSORDNUNG VON 1863

Im Jahr 1863 wurde vom damaligen Anstaltsdirektor, Dr. Friedrich Koster, eine Hausordnung für die Provinzial-Irren-Anstalt zu Marsberg erlassen. Neben allgemeinen Bestimmungen zum Zusammenleben in der Anstalt regelte die Hausordnung die „allgemeine Zeiteinteilung des Tages“, „Reinigung“, „Feuerung“ sowie „Erholungen, Erheiterungen, Festlichkeiten“.

Besonders interessant sind die Regelungen zur „Erholung“ und den „Festlichkeiten“: So sollten beispielsweise die männlichen Kranken, die aufgrund ihres Zustands nicht arbeitsfähig waren, morgens und nachmittags an jeweils zweistündigen Spaziergängen teilnehmen; an den Tagen, an denen das Wetter nicht mitspielte, stand den „geeigneten Kranken (...) das Billard zur Disposition“ (§26). Damit der Alltag nicht zu eintönig wurde, fand im Sommer mindestens zweimal eine *Landparthie*, also ein Ausflug in die Umgebung, statt, an der „geeignete Kranke beider Geschlechter“ teilnahmen (§31). An Feiertagen, z.B. auch am „Königs Geburtstag“, fanden nachmittags Kaffeegesellschaften statt, und am Weihnachtsabend fand eine „Fest-Bescheerung statt, wobei jeder Kranke ohne Ausnahme in geeigneter Weise mehr oder weniger bedacht werden“ sollte (§33).



Schützenfest damals



Schützenfest heute

Auch zum Schützenfest lässt sich in der Hausordnung von 1863 etwas finden; so heißt es dort im §32: „Am Tage des hiesigen städtischen Schützenfestes findet in den Anlagen der Anstalt ein ähnliches Volksfest statt“. Dieser Paragraph ist heute immer noch gültig! Diese Tradition ist bis heute nicht unterbrochen worden; in diesem Jahr wurde sogar ein besonderes Jubiläumsschützenfest einschließlich Kaiserschießen veranstaltet.

In recht enger zeitlicher Folge eröffneten Münster, Eickelborn, Dortmund-Aplerbeck und Warstein.² Zu den genannten staatlichen Anstalten kamen zahlreiche kleinere private Anstalten, die am Ende des 19. Jahrhunderts knapp ein Drittel der westfälischen Patienten versorgten.

In Marsberg erfolgte 1872 die Einweihung der neuen Anstaltskirche, nachdem es bereits seit 1843 einen anstaltseigenen Seelsorger gab. Somit war das alte Klostergebäude nun vollständig abgetragen und überbaut worden.

² Die Eröffnung von Gütersloh 1919 scheint auf den ersten Blick nicht in diese Reihe zu passen, doch der 1. Weltkrieg verzögerte den Bau, die Planung fiel auch in die Vorkriegszeit.



Neubau der Kirche 1872



Erstes Gebäude der sogenannten Idiotenanstalt

Insgesamt änderten sich die Therapiekonzepte am Ende des 19. Jahrhunderts. Die Psychiatrie versuchte eine Annäherung an die Hospitäler beziehungsweise andere Heilstätten. Zeitgleich erfolgte die gesonderte Unterbringung vermeintlich *gemeingefährlicher Geisteskranker*, die bis dahin mit anderen Pa-

tienten zusammen behandelt wurden. 1903 wurden vor allem kriminelle, psychisch kranke Männer, aber auch vereinzelt unruhige Kranke nach Eickelborn in das *Bewahrhaus* verlegt.

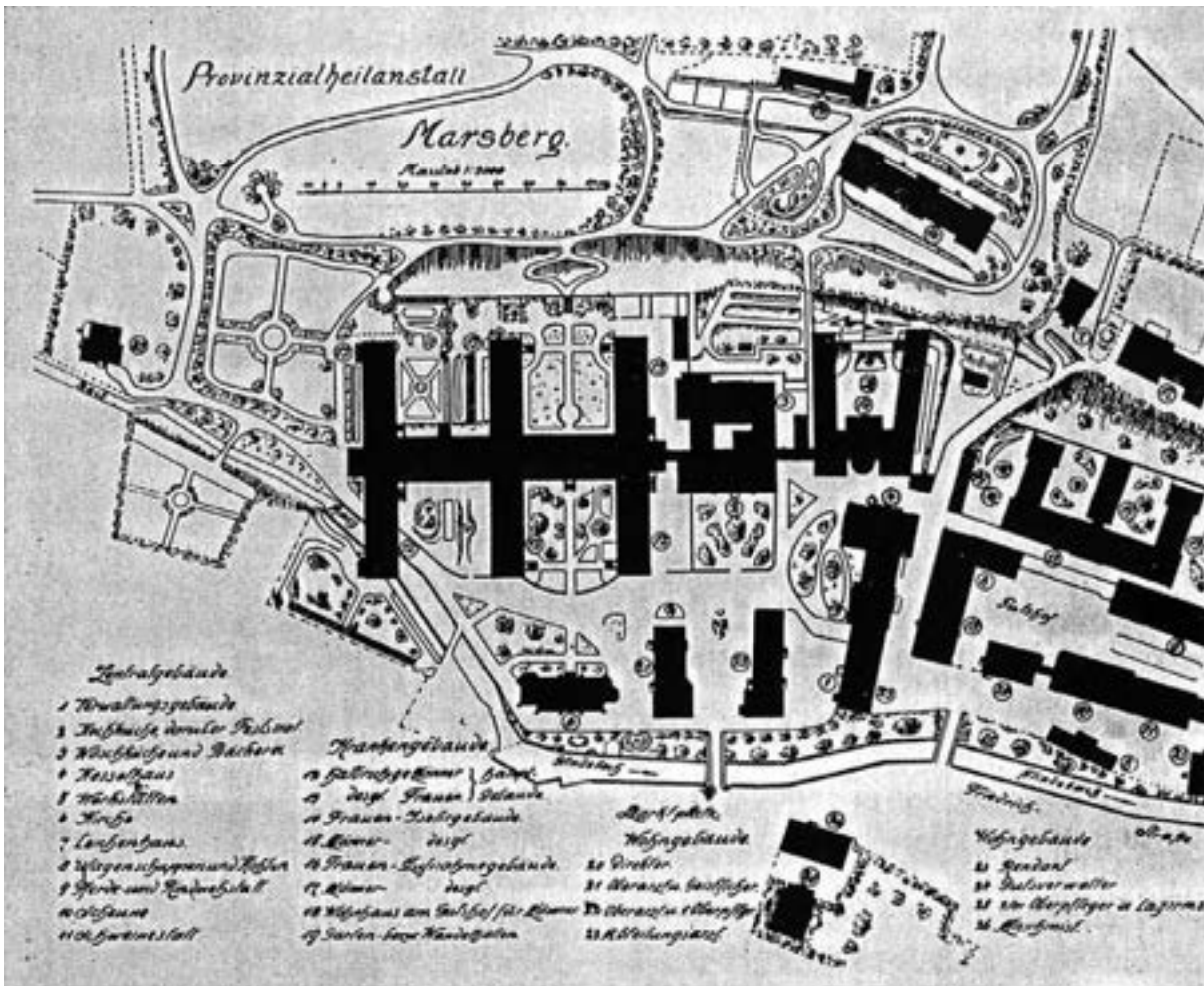
Zwischenzeitlich war 1881 in Marsberg an anderer Stelle die sogenannte *Idiotenanstalt* (die heutige Kinder- und Jugendpsychiatrie) des St.-Johannes-Vereins eröffnet worden.³

Laut den Aufnahmebedingungen (§1) war die „Idiotenanstalt zur Aufnahme der bildungsfähigen sowie der hilflos- und aufsichtslosen blödsinnig Geborenen resp. in den Kinderjahren geistig Erkrankten ... im Alter von 5 bis 15 Jahren aus der Provinz Westfalen bestimmt“. Dabei ging es nicht um eine reine Verwahrung, sondern die Einrichtung bezweckte, „die ihr anvertrauten Kinder zu möglichst brauchbaren, wenigstens menschenwürdigen Mitgliedern der menschlichen Gesellschaft zu erziehen resp. zu pflegen“.

In den folgenden Jahren standen der innere Ausbau und die Fertigstellung der Gebäude sowie die Ergänzung der bis dahin üblichen therapeutischen Hilfsmittel im Mittelpunkt. Weitgehend individuelle Arbeitstherapie, Aufnahme bewährter Beruhigungsmittel in den Heilplan und die Einrichtung passender Volksfeste zur Ablenkung vom Anstaltsalltag standen im Vordergrund der zwanglosen Behandlungsmethoden.

Zu dieser Zeit, dem ausgehenden 19. Jahrhundert, vollzogen sich auch vielerlei technische Neuerungen, die das Leben von Patienten und Angestellten erleichterten. Dazu zählt, dass die bisherige Wasserversorgung mittels Brunnen 1890/91 durch Anschluss an die Wasserleitung der Stadt Niedermarsberg ersetzt wurde. Gleichzeitig wurden Blitzableiter an den Anstaltsgebäuden installiert. 1892 konnte ein Erweiterungsbau mit 2 Wachabteilungen in Betrieb genommen werden. Da der Neubau der *Tobabteilung* nötig wurde, kaufte man 3 angrenzende Grundstücke.

³ Zum 125-jährigen Jubiläum erschien 2006 eine umfangreiche Chronik: *125 Jahre St. Johannes-Stift 1881 – 2006*.



Lageplan des gesamten Anstaltskomplexes aus dem Jahr 1912

1894 feierte man die Einweihung des Männer-Isoliergebäudes für 84 Kranke. Das Gebäude war hufeisenförmig, zweistöckig, hatte 4 Abteilungen und eine Warmluftheizung. Das alte Gebäude wurde zu Werkstätten und Kesselhaus umgebaut. Außerdem verfügte man nun über einen Gutshof mit Stallungen. 1895 folgte ein neues Leichenhaus mit Sektionsabteilung.

1894/95 wurden die Aborte (Toiletten), welche traditionell in Form von Senkgruben angelegt waren, nun nach dem Tonnensystem umgebaut und verfügten über Heizkörper und Abluftschacht. 1897 wurden eine Niederdruck-Dampfheizung im Hauptgebäude zur Erwärmung der Flure sowie 2 Warmwasserbereiter in Betrieb genommen und der maschinelle Betrieb in der Waschküche für Trommel, Zentrifuge und Spülung eingeführt. 1900 erfolgte die Umstellung der Beleuchtung von Petroleum zu elektrischem Licht. Doch das Problem der Überbelegung blieb

bestehen. Gerade bei den Frauen bestand um die Jahrhundertwende eine solche Überbelegung, dass Neuanträge gar nicht mehr berücksichtigt werden konnten. 1902 wurde eine neue Frauen-Wachabteilung in Betrieb genommen. Im gleichen Jahr erfolgte eine Umbenennung in *Provinzial-Heilanstalt Marsberg*.

1908 konnte ein neuerlicher Fortschritt im Bereich der Hygiene verzeichnet werden. In sämtlichen Gebäuden wurden nun Toiletten-spülungen eingerichtet. Außerdem erhielten fast alle Anstaltsteile Anschluss an die Zentralheizung.

1912 erfolgte der vorerst letzte Bau: Eine neue Männer-Wachabteilung wurde errichtet. Dann zog der Erste Weltkrieg herauf. Dr. Ferdinand Schulte, seit April 1912 Direktor, schrieb anlässlich des hundertjährigen Bestehens noch folgende warm anmutende Worte: „[D]ie Anstalt mit ihren schönen Anlagen



Dr. Schulte mit Familie

und Gärten [liegt] vor uns als ein anheimelndes und mächtiges Wahrzeichen fortschreitender Humanität und sozialer Fürsorge, dem Kundigen schon durch ihr Äußeres die Fortschritte zeigend, welche die Psychiatrie im Laufe der Jahrzehnte gemacht hat. Modernisiert in ihren älteren Teilen, den heutigen wissenschaftlichen Anschauungen in ihren

neuen Bauten völlig Rechnung tragend, steht die Jubilarin jugendfrisch vor uns, bereit und erfüllt von dem Streben, auch im kommenden Jahrhundert Frieden und Heilung denen zu gewähren, die sich ihrem Schutze anvertrauen“.

Es sollte ganz anders kommen...

ERSTER WELTKRIEG – RATIONIERTES LEBEN HINTER ANSTALTSMAUERN

Am 28. Juni 1914 begann die „Urkatastrophe des 20. Jahrhunderts“: der Erste Weltkrieg.

Mit ihm kamen gesellschaftliche und soziale Folgen, die für die Anstaltspatienten lebensbedrohend werden sollten. Während auf den Schlachtfeldern Europas der technische Fortschritt zu Materialschlachten und jahrelangen Grabenkämpfen führte, die Millionen von Soldaten das Leben kosteten, hungerte die deutsche Bevölkerung im sogenannten Steckrüben- bzw. Kohlrübenwinter 1916/17. Insgesamt starben in Deutschland von 1914 bis 1918 etwa 800.000 Menschen an den Folgen der Unterernährung.⁴

Dass der Krieg alle wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Kräfte band, bekamen insbesondere auch die Patienten der Heil- und Pflegeanstalten zu spüren, was die Sterberaten deutlich zeigen. Während in Marsberg im Jahr 1914 5,3% der Patienten verstarben, stieg der Prozentsatz 1916 bereits auf 10,8% und erreichte 1917 den Höchstsatz von 21,4%. 1918 verstarben noch 16,4% der Patienten in Marsberg infolge der Mangelerkrankung und Unterversorgung.⁵ Erst um 1921 sank die Sterblichkeit wieder auf Vorkriegsniveau.



NOTGELD

Bereits kurz nach Ausbruch des Ersten Weltkrieges herrschte ein zum Teil erheblicher Zahlungsmittelmangel, da Rohstoffe, wie zum Beispiel Kupfer, Messing oder Nickel, die zur Herstellung von Münzen erforderlich waren, in der Kriegsproduktion dringender benötigt wurden. Städten und Gemeinden, teilweise aber auch Firmen oder Ver-

einen, wurde daher die Erlaubnis erteilt, eigene Zahlungsmittel als sogenanntes „Ersatz-“ oder „Notgeld“ auszugeben. Auch die Stadt Niedermarsberg erhielt eine solche Erlaubnis und ließ bei der Firma Schulte diverse Notgeldscheine in verschiedenen Werten drucken.

Bemerkenswert ist insbesondere der 75-Pfennig-Schein, der auf der Rückseite neben der Angabe zum Geldwert eine Zeichnung der damaligen Marsberger Heilanstalt aufweist. Darüber hinaus lässt sich folgender Reim auf dem Schein finden: „Bei uns sperrt man die Irren ein, das ist fürwahr ein Segen, an andern Orten laufen sie herum auf allen Wegen“.

Dies mag aus heutiger Sicht skurril erscheinen, zeigt jedoch deutlich die Verbindung der damaligen „Heilanstalt“ zum Alltag der Marsberger Bevölkerung.

⁴ Corni, Gustavo: Hunger. In: Gerhard Hirschfeld, Gerd Krumeich und Irina Renz (Hrsg.): Enzyklopädie Erster Weltkrieg. Schöningh (UTB), Paderborn 2009, S. 565.

⁵ Alle Zahlen nach: Walter, Bernd, Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne. Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Westfalen zwischen Kaiserreich und NS-Regime, Paderborn 1996, S. 805f.

Ursächlich für das „Hungersterben“ war, dass aus kriegswirtschaftlichen Gründen die Grundnahrungsmittel eingeteilt und begrenzt wurden. Eine einfache Ration, die „Hunger-ration“, bestand hauptsächlich aus schwer verdaulicher und zunehmend fleischloser Nahrung und bot gerade einmal 1344 Kalorien, also nur die Hälfte des Nährstoffbedarfs.⁶ Den Restbedarf sollten die Menschen mit selbst angebauten oder zusätzlich gekauften Lebensmitteln decken. Für die Anstaltspatienten bedeutete dies, dass sie auf die Anstaltsleitung angewiesen waren, da ihnen eine eigenständige Ergänzung unmöglich war. Die Anstalten bauten daher soweit möglich landwirtschaftliche Produkte an. Da dies jedoch auch nicht ausreichend war, um den Bedarf vollwertig zu decken, wurden die Patienten zunehmend in ihrer Widerstandskraft geschwächt. So handelte es sich bei den meisten Todesfällen nicht um ein direktes Verhungern, sondern eine Folge der Kör-

perschwächung. Fehlende Beheizung der Anstaltsräume, da auch die Kohle rationiert war, oder mangelnde Hygiene begünstigten die Ausbreitung von Krankheiten zusätzlich.

Ein weiterer Aspekt war, dass mehr als die Hälfte der Ärzte sowie Pfleger und Pflegerinnen zum Kriegsdienst eingezogen wurden. Die verbliebenen Ärzte konnten die Folgen der Mangelernährung nur notdürftig behandeln. Den Mangel an Pflegekräften versuchte man durch Anstellung von Hilfskräften auszugleichen. Außerdem sollten Pflegerinnen nun auch männliche Patienten pflegen. Aber auch diese Maßnahmen halfen nur begrenzt, die Not zu lindern.

Den Heil- und Pflegeanstalten war im Ersten Weltkrieg weitgehend die personelle und materielle Basis entzogen worden. Die direkte Folge war das „Hungersterben“ hinter den Anstaltsmauern.



Hauptgebäude um 1910

⁶ Walter, S. 158f.

ERSTER WELTKRIEG: PATIENTENSCHICKSAL

W.K., der 1887 zur Welt kam, zeigte schon im Kindes- und Jugendalter wiederholt Auffälligkeiten. Zuhause stieß seine „Andersartigkeit“ immer wieder auf Ablehnung, weshalb es häufig zu Streitigkeiten und Auseinandersetzungen mit seinem Vater kam.

Im Jahr 1916 wurde W.K. zum Militär einberufen. Bereits nach nur wenigen Monaten im Dienst klagte ihn das Kriegsgericht wegen mehrfacher Befehlsverweigerung an. Da er sich jedoch im Vorfeld der Gerichtsverhandlung verhaltensauffällig zeigte, erließ das Gericht die Anordnung zu klären, ob W.K. zur Zeit seiner Taten „geistig gesund“ gewesen sei.

Das Gericht beauftragte den damaligen Ärztlichen Direktor der Marsberger Klinik, Dr. Köster, W.K. auf seine Zurechnungsfähigkeit zu untersuchen. Nach umfangreichen Untersuchungen schloss Köster bei ihm auf „Jugendirrsein“ (heute: Schizophrenie).

Köster attestierte W.K. eine so „schwere Geisteskrankheit“, dass er zur Tatzeit unter keinen Umständen willensbestimmt gewesen sein konnte. Aufgrund des Attestes wurde das Verfahren vor dem Kriegsgericht eingestellt und W.K. aus dem Militärdienst entlassen. Für ihn bedeutete dies aber einen dauerhaften stationären Aufenthalt in Marsberg. Dieser endete bereits 18 Monate nach seiner Einweisung: Er verstarb im Frühjahr 1918 an einer Lungenentzündung.

Seine Geschichte ist bezeichnend dafür, wie die Rationalisierung von Ernährung und Pflege in den Anstalten zu Kriegszeiten einen Menschen in kurzer Zeit lebensbedrohlich schwächte. Bei seiner Aufnahme im August 1916 war W.K. 29 Jahre alt, von „starker Statur“ und in körperlich guter Verfassung. Doch die katastrophalen Lebensbedingungen in der Klinik führten bei ihm – ebenso wie bei sehr vielen anderen Patienten – zu einer Schwächung und begünstigten mitunter lebensbedrohliche Erkrankungen wie z.B. Lungenentzündungen.

EUGENIK – NEUE THEORIEN WERFEN IHRE SCHATTEN VORAUSS

Bereits 1859 war das Buch „Die Entstehung der Arten durch natürliche Zuchtwahl oder die begünstigten Rassen im Kampf um das Dasein“ des Naturforschers Charles Darwin erschienen. Darin entwickelte Darwin die Theorie, dass sich in der Tier- und Pflanzenwelt der besser Angepasste in der Ressourcenkonkurrenz gegen den weniger gut Angepassten durchsetze, was eine „natürliche Selektion“ zur Folge habe, das „Überleben des Stärkeren“.

Aufbauend auf die Theorie Darwins entwickelte sich der *Sozialdarwinismus*. Sozialdarwinisten gingen davon aus, dass unter menschlichen Individuen ebenso ein natürlicher Konkurrenzkampf herrsche. Die schwachen Individuen galten nach dieser Theorie als schädlich für das Allgemeinwohl der „Völker“ oder „Rassen“.

Der Anthropologe Francis Galton war es, der 1869 in seinem Buch „Genie und Geist“ den Begriff *Eugenik* (von altgriechisch *eu* ‚gut‘ und *genos* ‚Geschlecht‘) prägte. Er ging von einer Vererbbarkeit der menschlichen Eigenschaften aus. Er forderte, der Staat solle die Fortpflanzung „hervorragender Individuen“ fördern und die der „minderwertigen“ unterbinden. Durch die gezielte Weitergabe bzw. Unterbindung von Erbgut könnten „Volk“ und „Rasse“ erbbiologisch optimiert werden.

Diese Ideen waren Ende des 19. Jahrhunderts weltweit verbreitet und durchaus populär. In vielen Ländern wurden daher Zwangssterilisationen vorgenommen. Im deutschen Raum jedoch zunächst noch nicht. Dort etablierte sich die Eugenik seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert als *Rassenhygiene*. Die Rassenhygieniker sahen in der modernen Medizin und in der Sozialfürsorge eine Behinde-

rung der „natürlichen Auslese“. Sie gingen von einer Überlegenheit einer „nordischen Rasse“ („Arier“) gegenüber anderen, „minderwertigen Rassen“ aus. Diese angebliche Überlegenheit sei mit den Mitteln der Rassenhygiene zu schützen und zu entwickeln: Die Träger guten „Erbguts“ seien durch eine umfassende Sozialpolitik zu privilegieren gegenüber den Trägern schädlichen „Erbguts“, denen Abtreibung und Sterilisation, kurz „Ausmerze“, zgedacht war.

Die Vertreter dieses Konzepts bereiteten den Weg für die spätere nationalsozialistische rassenhygienisch fundierte Vernichtungspolitik.

1920 war das Buch „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens: Ihr Maß und ihre Form“ erschienen. Die Autoren Karl Binding, ein Jurist, und Alfred Hoche, ein Psychiater, forderten dazu auf, die Gesellschaft von „Ballastexistenzen“ und „leeren Menschenhülsen“, die den Staat nur Geld kosten würden, zu befreien. Erstmals proklamierten damit anerkannte Wissenschaftler, den volkswirtschaftlichen Nutzen eines Menschen mit seinem Recht auf Leben aufzurechnen. „Vollidioten“, die den Staat belasten würden, galten als nutzlos und damit als „lebensunwert“.

In der Weimarer Republik war die Ansicht verbreitet, der Wert eines Menschen für die Gesellschaft bestehe in seiner Arbeitskraft. Oberste Priorität musste also sein, Arbeitsunfähigkeit zu verhindern beziehungsweise Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen. Dies konnte auf 2 Arten umgesetzt werden: 1. durch Besserung und Heilung und Rehabilitation des Erkrankten und 2. durch Vermeidung der Verbreitung von (nach damaligen Kenntnisstand) Erbkrankheiten durch eugenische Maßnahmen.

ZWANGSSTERILISATION IM NATIONALSOZIALISMUS

Die Idee, sogenannte „Erbkranke“ müssten an der Fortpflanzung gehindert werden, da sie dem Staat und somit jedem einzelnen Bürger Geld kosten würden, war Anfang der 30er-Jahre in der Gesellschaft weit verbreitet und akzeptiert. Allerdings beruhten die eugenischen Maßnahmen, die bis 1933 auf deutschem Gebiet angewandt wurden, auf Freiwilligkeit.

Die Machtübernahme der Nationalsozialisten änderte dies schlagartig. Ausgehend von der nationalsozialistischen Rassenideologie, wonach es verschiedene Rassen gebe, die miteinander im „Lebenskampf“ stünden, wurde versucht, die eigene, als überlegen ausgemachte „arische Rasse“ zu stärken. Die als „Rassenschädlinge“ geltenden Gruppen sollten aus der Gesellschaft entfernt werden. Dazu zählten neben der jüdischen Bevölke-

rung die sogenannten Asozialen, die Sinti und Roma, politische Gegner, Homosexuelle und Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung oder psychischer Erkrankung. Bereits im Juli 1933 erließen die Nationalsozialisten das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, das zum 1. Januar 1934 in Kraft trat. Dieses Gesetz ermöglichte die Sterilisation von Menschen mit – nach damaligem Kenntnisstand geltenden – Erbkrankheiten auch gegen ihren Willen. Als „erbkrank“ galt, wer an einer der folgenden „Krankheiten“ litt: „angeborener Schwachsinn“, Schizophrenie, „zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein“ (heute Bipolare Störung), „erblicher Fallsucht“ (heute Epilepsie), „erblicher Veitstanz“ (heute Chorea Huntington), erblicher Blindheit oder Taubheit sowie schwerer körperlicher Missbildung.



Verwaltungsgebäude um 1935

Die Direktoren, Ärzte, Schwestern und Pfleger der Heil- und Pflegeanstalten waren verpflichtet, Patienten mit den genannten Erbkrankheiten anzuzeigen. Die nationalsozialistische Gesundheitspolitik zur biologisch-rassistischen „Reinigung“ des „Volkskörpers“ traf dabei kaum auf Widerspruch. Das Gesetz wurde in den nächsten Jahren noch ausgedehnt und verschärft.

Über die Anträge auf Unfruchtbarmachung wurde an den in den Städten und Kreisen neu eingerichteten Erbgesundheitsgerichten entschieden. Besonders Patienten, die vor einer Entlassung standen, denen ein Urlaub gewährt oder die in die Familienpflege übergeben werden sollten, mussten sich einer Sterilisation unterziehen, wenn sie als „erbkrank“ und „fortpflanzungsgefährlich“ galten.

Insgesamt wurden an den 9 westfälischen Erbgesundheitsgerichten zwischen 1934 und 1944 rund 31.000 Personen zur Sterilisation verurteilt. Über 300 von ihnen waren Patienten der Provinzialheilanstalt Marsberg.⁷

Die Betroffenen hatten vor den Erbgesundheitsgerichten kaum die Möglichkeit der Verteidigung. Die Beweislast wurde umgekehrt: Der Angeklagte musste beweisen, dass er nicht erbkrank war. Gleichzeitig galt, dass im Zweifelsfall für eine Sterilisation zu entscheiden sei. Im Laufe der Verfahren wurden „Erbkarteien“ angelegt, die umfangreiche Informationen zu den Patienten, aber auch deren Familien, beispielsweise Stammbäume, enthielten. So wurden zum Teil Verfahren gegen ganze Familien, die sogenannten „Sippen“, eröffnet. Zu den Personen, die sich sterilisieren lassen mussten, zählten vorrangig „Ballastexistenzen“, die teilweise nicht arbeiteten oder straffällig geworden waren, aber – im Gegensatz zu dauerhaft pflegebedürftigen Anstaltspatienten – noch die Möglichkeit zur Fortpflanzung hatten.

Auch die Bedingungen innerhalb der Anstalten verschärften die Nationalsozialisten. Trotz weiterhin steigender Patientenzahlen wurde der Etat, der dem Provinzialverband zur Verfügung stand, eingefroren. Überdies wurde strenger zwischen „heilbaren“ Patienten, denen die besten Therapien bereitgestellt wurden, damit sie möglichst schnell wieder dem Arbeitsmarkt zur Verfügung standen, und den „unproduktiven“, dauerhaft Kranken unterschieden. Letztgenannte erhielten einfachste Versorgung und sollten durch Arbeit in der Anstalt der „Volksgemeinschaft“ Kosten zurückzahlen. Noch dramatischer entwickelte sich die Situation jedoch für die arbeitsunfähigen Patienten, die nach geltendem Gesetz zwar noch versorgt werden mussten, über deren weiteres Schicksal aber bereits beraten wurde.

⁷ Walter, Tabelle A59, S. 877.

„EUTHANASIE“ – MORD AN PSYCHISCH KRANKEN UND GEISTIG BEHINDERTEN MENSCHEN

Ihre Ansichten über die angeblichen *Ballastexistenzen* haben die Nationalsozialisten nie verborgen. Adolf Hitler hatte bereits 1935 auf dem Reichsparteitag seine Absicht angekündigt, die „unheilbar Geisteskranken zu beseitigen“. In den folgenden Jahren versuchte das Regime, dies mittels Propaganda auch der Gesellschaft verständlich zu machen.

Mit Beginn des Zweiten Weltkrieges wurden die Sterilisationen auf Ausnahmefälle beschränkt. Das medizinische Personal wurde nun an anderer Stelle gebraucht. Es begann der planmäßige Mord an psychisch kranken und geistig behinderten Menschen, der mit dem Begriff *Euthanasie* (dt. „guter, leichter Tod“) bewusst euphemistisch beschrieben und somit verharmlost wurde.

Es wurde jedoch nie ein Gesetz erlassen, das die Morde als *Sterbehilfe* legalisiert hätte. Das sogenannte *Ermächtigungsschreiben* Hitlers, das auf den 1. September 1939, den Beginn des Zweiten Weltkrieges, zurückdatiert wurde, ist das einzige uns überlieferte Dokument, das Auskunft über den Beginn der Krankenmorde gibt. Darin wurden Hitlers Leibarzt Dr. Brandt und Reichsleiter Bouhler ermächtigt, „nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Krankheitszustandes de[n] Gnadentod“ zu gewähren. Das Schreiben sollte den Anschein einer rechtlichen Legitimation erwecken.

Die „Euthanasie“-Morde wurden in verschiedenen Phasen und Aktionen durchgeführt.

„KINDEREUTHANASIE“

Der „Reichsausschuss zur wissenschaftlichen Erfassung von erb- und anlagebedingten schweren Leiden“ erfasste geistig und körperlich behinderte Säuglinge und Kleinkinder und teilte sie den „Kinderfachabteilungen“ im Reich zu. Nach einer Beobachtungszeit von 3 bis 4 Monaten wurden die Kinder durch Medikamente getötet, wenn sich keine gesundheitliche Verbesserung einstellte. In Westfalen ermordeten die Nationalsozialisten die Kinder zunächst im St. Johannes-Stift in Marsberg. Dort war Ende 1940 eine gesonderte „Kinderfachabteilung“ eingerichtet worden. Obwohl die Aktion strengster Geheimhaltung unterlag und die Eltern im Unklaren gelassen wurden, kamen Gerüchte über die Ermordung der Kinder bald an die Öffentlichkeit und sorgten in der Marsberger Bevölkerung für Unruhe. Deshalb wurde Ende 1941 die „Kinderfachabteilung“ von Marsberg an die Provinzialanstalt Dortmund-Aplerbeck verlegt, wo die Morde besser getarnt werden konnten.

Während in Marsberg mindestens 50 Kinder getötet wurden, waren es in Dortmund-Aplerbeck mehr als 160.⁸

SPEZIELLER UMGANG MIT JÜDISCHEN PATIENTEN

Die jüdischen Patienten wurden bereits 1938 von den *arischen* Patienten getrennt. Im Sommer 1940 wurden 59 jüdische Patienten, davon 2 Frauen und 4 Männer aus der Provinzialheilanstalt Marsberg, aufgrund ihrer Religion aus den westfälischen Anstalten

⁸ Walter, S. 701f.

mit 2 Sammeltransporten nach Wunstorf und Gießen verlegt.⁹ Von dort wurden sie dann in die Tötungsanstalt Brandenburg an der Havel transportiert und in der Gaskammer ermordet.

„AKTION T4“

Parallel begann die planmäßige Ermordung der erwachsenen Psychiatriepatienten. Von der Zentrale in der Tiergartenstraße 4 in Berlin aus wurde alles koordiniert. Daher stammt die Bezeichnung „Aktion T4“. Ab Juni 1940 wurden die Patienten der westfälischen Heil- und Pflegeanstalten systematisch mittels Meldebögen, welche die Anstalten erhielten und die von den Ärzten auszufüllen waren, erfasst. Abgefragt wurden unter anderem Krankheitsgeschichte, Aufenthaltszeit und Arbeitsfähigkeit.

Die ausgefüllten Meldebögen wurden anschließend in Berlin begutachtet. Die Gutachter entschieden vor allem anhand der Heilungsaussicht und Arbeitsfähigkeit über das weitere Schicksal der Patienten. Menschen, die für nicht länger „lebenswert“ befunden wurden, bekamen ein rotes Plus auf den Meldebogen, womit sie quasi zum Tode verurteilt waren. Transportlisten, auf denen die zur Tötung bestimmten Patienten namentlich aufgelistet waren, gingen zurück an die jeweilige Anstalt. Zwischen Juni und August 1941 wurden aus den westfälischen Heil- und Pflegeanstalten fast 2.900 Patienten in verschiedene hessische Zwischenanstalten, die ringförmig um die Tötungsanstalt Hadamar lagen, verlegt. Von dort wurden 1.334 Patienten, davon 213 aus Marsberg, innerhalb weniger Wochen in die Tötungsanstalt Hadamar gebracht und dort am selben Tage ermordet.¹⁰ Insgesamt wurden über 70 000 Patienten im gesamten Deutschen Reich vergast.¹¹

Obwohl auch diese Aktion streng geheim war und die Sterbeurkunden gefälscht waren, begannen vor allem Angehörige Verdacht zu schöpfen, nachdem sie ihre Verwandten



Karte der Euthanasie-Transporte aus dem Buch: Bernd Walter „Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne“

nach deren Verlegung nicht mehr besuchen konnten und schließlich über deren plötzlichen Tod informiert wurden.

Öffentlicher Protest wurde auch von einzelnen Mitgliedern der Kirchen laut. Am bekanntesten ist die Predigt des Münsteraner Bischof Clemens August Graf von Galen vom 3. August 1941. In der Forschung besteht inzwischen Einigkeit darüber, dass die Unruhe in der Bevölkerung sowie die öffentlichen Proteste von Kirchenvertretern dazu beigetragen haben, dass Hitler am 24. August 1941 die Fortführung der Krankenmorde für beendet erklärte.

Allerdings gibt es noch einen anderen, wohl entscheidenderen Aspekt, der dazu führte und mehr mit einer Verschiebung der nationalsozialistischen Ziele zusammenhing: Der „Euthanasie“-Stopp fällt zeitlich mit der „Endlösung der Judenfrage“ zusammen, gemäß der die europäischen Juden ermordet werden sollten. Zahlreiche an der „Aktion-T4“ beteiligte Personen übernahmen Posten in Vernichtungslagern wie Treblinka, Sobibór und Auschwitz-Birkenau.

⁹ Walter, S. 708f.

¹⁰ Walter, Tabelle A101, S. 922.

¹¹ Walter, Tabelle A98, S. 919.

„AKTION T4“: PATIENTENSCHICKSAL

A.F. wurde in den 1920er Jahren als junger Mann nach einem missglückten Selbsttötungsversuch und aggressivem Verhalten in die Marsberger Anstalt eingewiesen. Seinen psychischen Zustand beschrieben die Ärzte als ängstlich, weinerlich und von einem großen Todeswunsch bestimmt, da er meinte, es gebe keine Gerechtigkeit. Er gab an, misshandelt worden zu sein. Dies deuteten die Ärzte jedoch als Wahnvorstellung. Sie entschieden, A.F. sei wegen Geisteskrankheit anstaltspflegebedürftig.

In den nächsten Jahren wurden immer wieder Eintragungen in seine Patientenakte vorgenommen. So sei er verwirrt gewesen, habe unverständliche Antworten gegeben, und es wurden ihm Schlafmittel verabreicht. In einem späteren Akteneintrag bescheinigte man ihm, dass es bei der Arbeit im Gartentrupp besser klappe; jedoch müsse er zwischendurch zur Arbeit angehalten werden und sei weiterhin ein „traumhaftes Wesen und zum Teil orientierungslos“.

In den folgenden Jahren änderte sich der Ton der Eintragungen zunächst nicht. Im Jahr 1940 jedoch erfolgte ein Eintrag, der sein weiteres Schicksal bestimmen sollte: A.F. sei „völlig stumpf und teilnahmslos. Greift hin und wieder plötzlich an und schlägt dann brutal zu. Hält sich unordentlich und unsauber. Gänzlich verblödet.“ Zusätzlich zu diesen abwertenden Worten war der Text unterstrichen. Dieser Eintrag war im Meldebogenverfahren ausschlaggebend dafür, dass A.F. von den Nationalsozialisten für *lebensunwert* befunden wurde. Im Sommer 1941 wurde er in die Zwischenanstalt Weilmünster verlegt. Von dort ging es in die Tötungsanstalt Hadamar, wo er durch Gas ermordet wurde.

DEZENTRALE PHASE

Auch nach dem offiziellen Stopp der „Aktion T4“ waren die Psychiatriepatienten keinesfalls sicher. Ein großer Teil der noch in hessischen Anstalten befindlichen Patienten wurde durch gezielt überdosierte Medikamentengaben getötet oder starb an den Folgen massiver Unterernährung und Unterkühlung.

Auch in den westfälischen Heil- und Pflegeanstalten hatten sich die Verhältnisse hinsichtlich Versorgung und Betreuung der verbliebenen Patienten seit 1939 – ähnlich wie im Ersten Weltkrieg – zunehmend verschlechtert. Der seit 1942 über Deutschland tobende Luftkrieg führte zu Planungen, Ausweichkrankenhäuser in entlegenen Gebieten für städtische Krankenhäuser zu schaffen. Dafür mussten die Psychiatriepatienten Platz machen. 2.800 westfälische

Patienten, davon 817 aus Marsberg, wurden in großen Sammeltransporten unter katastrophalen Bedingungen in Anstalten nach Hessen, Süd-, Mittel- und Ostdeutschland, Österreich sowie Polen gebracht.

Zu den bereits genannten Todesursachen kamen nun noch die teilweise extreme Überbelegung der (Verlege-)Anstalten und die zunehmende Verwahrlosung. Die Ernährung und Versorgung wurde bis unter das Existenzminimum abgesenkt. Eine medizinische Betreuung und Pflege fand kaum noch statt. Am Ende des Zweiten Weltkriegs lebten von den insgesamt 817 verlegten Patienten aus Marsberg noch 27. Bei 146 weiteren ist deren Schicksal unbekannt.¹²

¹² Walter, Tabelle A101, S. 922.

NACHKRIEGSZEIT

Auch nach Ende des Zweiten Weltkrieges blieben die katastrophalen und menschenunwürdigen Lebensbedingungen in Marsberg ebenso wie in anderen Heil- und Pflegeanstalten zunächst bestehen.

Zwar endeten die Zwangssterilisationen und Morde, doch auch nach Kriegsende starben noch Patienten an den Folgen von jahrelangem Hungerleiden und unterlassener Versorgung. Kaum ein Patient war nicht unterernährt. Diese ohnehin lebensbedrohliche Schwächung der Patienten wurde durch den generellen Mangel an Nahrungsmitteln, Brennstoffen und sonstigen Versorgungsgütern in den ersten Nachkriegsjahren verschärft. Bis 1949 starben deshalb weitere Patienten infolge der Unterversorgung, katastrophaler Hygiene und Krankheiten. Der generelle Mangel an Nahrungsmitteln und Versorgungsgütern in der Nachkriegszeit traf die Psychiatriepatienten – ähnlich wie im Ersten Weltkrieg – im Vergleich zur Gesamtgesellschaft besonders schwer.

Der Wiederaufbau der beschädigten Gebäude und die Wiederherstellung der Versorgungsstrukturen verliefen in der „Trümmerzeit“ äußerst langsam. Eine dauerhafte Überbelegung der noch nutzbaren Gebäude war die Folge. Gleichzeitig war aufgrund von Personalknappheit kaum eine gezielte Behandlung möglich.

Die bundesrepublikanische Psychiatrie stand jedoch nicht nur vor den materiellen Trümmern der nationalsozialistischen Herrschaft. Auch der Vertrauensverlust der Bevölkerung wog schwer. Doch statt sich der Verantwortung für die Verbrechen zu stellen, herrschte zunächst in weiten Teilen Verdrängung. Die Mehrzahl der an den nationalsozialistischen Verbrechen beteiligten Ärzte, Pfleger und

Verwaltungsbedienstete wurde nicht zur Rechenschaft gezogen. Im Gegenteil: Viele der Beteiligten wurden lediglich an Stellen versetzt, wo sie und ihre Taten nicht bekannt waren, oder gar befördert. Gerade im Bereich der Anstaltspsychiatrie finden sich personelle Kontinuitäten, die als skandalös zu bezeichnen sind.

Ebenso unverständlich erscheint es, dass die Opfer der nationalsozialistischen Psychiatrieverbrechen in der Regel gesetzlich nicht als solche anerkannt und entsprechend nicht entschädigt wurden. Die Gutachter, die nach dem Krieg über Wiedergutmachungsanträge entschieden, waren nicht selten während des Nationalsozialismus als Gutachter über Sterilisationsanträge tätig gewesen.

In den 1950er-Jahren kam es schließlich zu ersten Bemühungen, die Lebensverhältnisse in den psychiatrischen Einrichtungen zu verbessern. Neben der Wiederherstellung der Gebäude und der Versorgungsstrukturen wurden beispielsweise die alten Bettensäle verkleinert und die vorher darin befindlichen offenen Toiletten räumlich abgetrennt.

Die Patienten erhielten erstmals Raum für Privatsphäre, denn sie durften eigene Nachtschränken belegen. Für erbrachte Arbeiten wurden sie nun, wenn auch geringfügig, entlohnt. Die Professionalisierung der Pflegekräfte seit 1957, die den Personalmangel ausgleichen sollte, brachte ebenso eine Verbesserung der Zustände wie die ersten spezialisierten Abteilungen.

Zudem ermöglichte die Einführung beziehungsweise die Verbesserung von Psychotherapie und Psychopharmaka erste Ansätze neuer, heilender Behandlungsmethoden anstelle der zuvor üblichen Elektroschocks und der Ruhigstellung durch Fixierung.



Jugendliche vor dem St. Johannes-Stift Marsberg um 1950



St. Johannes-Stift Marsberg Unterricht um 1950

Die ersten Modernisierungen dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass Anstaltspatienten um 1960 weiterhin mehr verwahrt als behandelt wurden und weiterhin abseits der Gesellschaft standen.

Seit 1953 gehört die Klinik Marsberg ebenso wie die anderen ehemaligen Anstalten des Provinzialverbandes zum damals gebildeten Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) als öffentlich-rechtliche Körperschaft mit Sitz in Münster.

Neben den bereits genannten Problemen, die mit dem Wiederaufbau zusammenhingen, musste der LWL eine Lösung für die steigende Patientenzahl finden. Man geht davon aus, dass infolge der Kriegs- und Nachkriegserlebnisse der Ausbruch und Verlauf psychischer Erkrankungen beschleunigt wurde. Der Zuzug von Vertriebenen nach Westfalen erhöhte die Zahl Behandlungsbedürftiger zusätzlich. Eine stetige Überbelegung war die Folge. Der LWL erreichte durch Verlegung älterer Patienten in Alters- und Pflegeheime, die teilweise neu eingerichtet wurden, und durch die Erweiterung der bestehenden Einrichtungen, dass Neuaufnahmen möglich wurden.

In Deutschland kamen die entscheidenden Impulse zu einer Psychiatriereform Ende der 60er-Jahre auf; sie fallen nicht zufällig mit der „68er-Bewegung“ zusammen. Willy Brandt, der bei seiner Regierungserklärung, die durch ihre Forderung „Mehr Demokratie wagen!“ berühmt wurde, erwähnte erstmals auch die „körperlich und geistig Behinderten“ direkt.

MISSHANDLUNGEN IN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE IN DEN 1950ER-, 1960ER- UND 1970ER-JAHREN

Die Situation ehemaliger Patienten der heutigen LWL-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Marsberg war im März 2013 Gegenstand von 2 WDR-Fernsehberichten, in denen Betroffene z.T. massive Missbrauchserfahrungen im damaligen St. Johannes-Stift Marsberg in den 1950er- bis 1970er-Jahren schildern. Neben häufigem und zu langem Fixieren, Schlägen, Eisbädern und kalten Duschen wurde auch von sexuellen Übergriffen durch ältere Jugendliche und Klinikpersonal berichtet.

Gerade vor dem Hintergrund, dass die deutsche Psychiatrie zu lange zu den Gräueltaten im Nationalsozialismus geschwiegen und die Ereignisse verharmlost und verdrängt hat, war es für den LWL sehr wichtig, schnell zu reagieren: Es erfolgte die Einrichtung einer Kontaktstelle für Betroffene, bei der sich in kurzer Zeit zahlreiche ehemalige Patienten meldeten (Stand August 2014: 74) und eine öffentliche Entschuldigung seitens des LWL im Fernsehen. Auch für die wissenschaftliche Aufarbeitung der Vorfälle stellte die Landschaftsversammlung kurzfristig Geldmittel zur Verfügung. Darüber hinaus formulierte der LWL einen Appell an die Bundesregierung zur Einrichtung eines Fonds zur Entschädigung der ehemaligen Patientinnen und Patienten analog zum bereits bestehenden entsprechenden Heimerziehungsfonds.

PSYCHIATRIEREFORM

Die Psychiatriereform, ein im Grunde bis heute andauernder Prozess der Umstrukturierung der deutschen Psychiatrie, geht zurück auf eine Generation von reformorientierten Psychiatern und anderen Ärzten, die sich kritisch mit der bundesdeutschen Psychiatrie auseinandersetzten. Sie prangerten zum einen die nach wie vor schlechten Bedingungen in psychiatrischen Einrichtungen zum anderen aber auch die unterlassene Aufarbeitung der NS-Verbrechen an.

Die Notwendigkeit von Veränderungen war Gegenstand der öffentlichen Debatte und allgemein anerkannt. Dies führte dazu, dass der Bundestag 1971 eine Sachverständigenkommission mit Experten aus allen Bereichen der Psychiatrie einsetzte. 1973 urteilte diese Kommission in ihrem Zwischenbericht „zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik“, die sogenannte *Psychiatrie-Enquête*, dass „eine sehr große Anzahl psychisch Kranker und Behinderter in den stationären Einrichtungen unter elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen“ leben musste. Der Abschlussbericht wurde 1975 fertiggestellt und stellte den bestehenden Versorgungsstrukturen ein katastrophales Zeugnis aus. Insbesondere die Größe der bestehenden psychiatrischen Anstalten, ihre abgeschiedenen Lagen und die zu weiträumigen Einzugsgebiete wurden scharf kritisiert. Darüber hinaus wurden die überfüllten Bettensäle, die lange Aufenthaltsdauer der Patienten, die Personalknappheit sowie die geringe Qualifikation des vorhandenen Personals kritisch angemerkt. Zudem stellte die Kommission fest, dass viele Patienten, beispielsweise Suchtkranke und chronisch Kranke, nicht nur psychiatrischer Behandlung bedurften sondern auch anderweitig behandelt

werden müssten. Die grundlegende Forderung der Sachverständigenkommission war schließlich die nach „Sofortmaßnahmen zur Befriedigung humaner Grundbedürfnisse“.

Parallel dazu trugen Bücher wie „Wahnsinn und Gesellschaft“ von Michel Foucault oder „Bürger und Irre“ von Klaus Dörner dazu bei, dass die Problematik um die gegenwärtige Psychiatrie immer mehr Beachtung in der Gesellschaft fand.

Eine Psychiatriereform war also überfällig. Die Ziele waren die sofortige Behebung der katastrophalen Zustände in der stationären Versorgung in den großen Anstalten, die Beseitigung der rechtlichen und sozialen Diskriminierung der Menschen mit psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung gegenüber den körperlich erkrankten Patienten und der Wechsel von der bloßen Verwahrung zu Therapie und Rehabilitation auf dem Plan. Das Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen von 1975 veränderte die Strukturen nachhaltig, erhöhte den Wert der Verwaltung und übertrug die Verantwortung auf 3 Säulen. Fortan bestand die Betriebsleitung aus einem leitenden Arzt, einem Leiter des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes und einer leitenden Pflegekraft. Der Pflege gab der Gesetzgeber insgesamt einen höheren Stellenwert.

Die folgenden Jahre führten rasch zu Verbesserungen in den bestehenden Einrichtungen. Sie wurden räumlich und personell besser ausgestattet und um therapeutische Angebote ergänzt. Da in Westfalen-Lippe 4 weitere Landeskrankenhäuser eingerichtet wurden, verbesserte sich die gemeinde-nahe Versorgung und gleichzeitig wurden die

bestehenden 7 Einrichtungen des LWL entlastet, die ihrerseits durch Umbauten modernisiert wurden. Spezielle Einrichtungen, zum Beispiel für Suchtkranke und Menschen mit altersbedingten Beeinträchtigungen, wurden geschaffen und ermöglichten gezielte Behandlungen. Außerdem erhielten einige Allgemeinkrankenhäuser psychiatrische Fachabteilungen für eine patienten- und angehörigennahe Versorgung. Die stationären Einrichtungen konnten um teilstationäre und ambulante Angebote, wie etwa Tageskliniken bzw. Tagesstätten und betreute Wohnheime ergänzt werden. Spezielle Werkstätten und Betriebe, Rehabilitationseinrichtungen und psychosoziale Zentren wurden ebenfalls gebaut. Darüber hinaus bekamen Patienten die Möglichkeit zur ambulanten Weiterbehandlung am Wohnort. Ziel dieser flankierenden Vorsorge- und Nachbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen war es, stationäre Aufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen, Rückfallquoten zu reduzieren und eine Rückkehr in die Gesellschaft zu erleichtern.

Der Mangel an Ärzten und Pflegepersonal konnte erst später behoben werden. Nun arbeiteten auch Psychologen, Pädagogen und Sozialarbeiter in den psychiatrischen Einrichtungen. Die gezielte Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung verbesserte die Qualifikation des Personals. Grundsätzlich wandelte sich mit der Zeit auch der Umgang der Ärzte und Pfleger mit den Patienten, die zunehmend an therapeutischen Maßnahmen beteiligt waren, zu einem menschlicheren Miteinander. Die Förderung der Eigenständigkeit der Patienten rückte in den Mittelpunkt. Ein weiterer, nicht zu unterschätzender Erfolg der Psychiatriereform ist die begonnene Vergangenheitsaufarbeitung. Auch der Landschaftsverband Westfalen-Lippe befasste sich mit der Beteiligung seines Rechtsvorgängers, des Provinzialverbands Westfalen, an den nationalsozialistischen Verbrechen. Das LWL-Institut für Westfälische Regionalgeschichte begann in den 80er-Jahren, die Geschichte der westfälischen Provinzialheilanstalten im Dritten Reich aufzuarbeiten.



Gegen das Vergessen der Verbrechen während der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft

DIE ENTWICKLUNG BIS IN DAS NEUE JAHRTAUSEND

Die Psychiatrie-Reform führte in Marsberg ebenso wie anderenorts in den folgenden Jahrzehnten zu umfangreichen Umstrukturierungen und Baumaßnahmen.

Am 1. Juli 1983 eröffnete in der Mühlenstraße das Westfälische Therapiezentrum „Bilstein“, eine Klinik zur Behandlung suchtkranker Straftäter, mit 38 Behandlungsplätzen. 1989 wurde das Therapiezentrum um eine Regelschule ergänzt. Die Fertigstellung eines Erweiterungsbaus erfolgte im Herbst 2002.

Nach der Einrichtung der Nervenärztlichen Ambulanz 1985 folgte 1986 mit der Eröffnung des Sozialzentrums direkt ein weiterer Meilenstein auf dem Weg zur „schlanken“ Klinik nach dem Prinzip der Gemeindenähe.

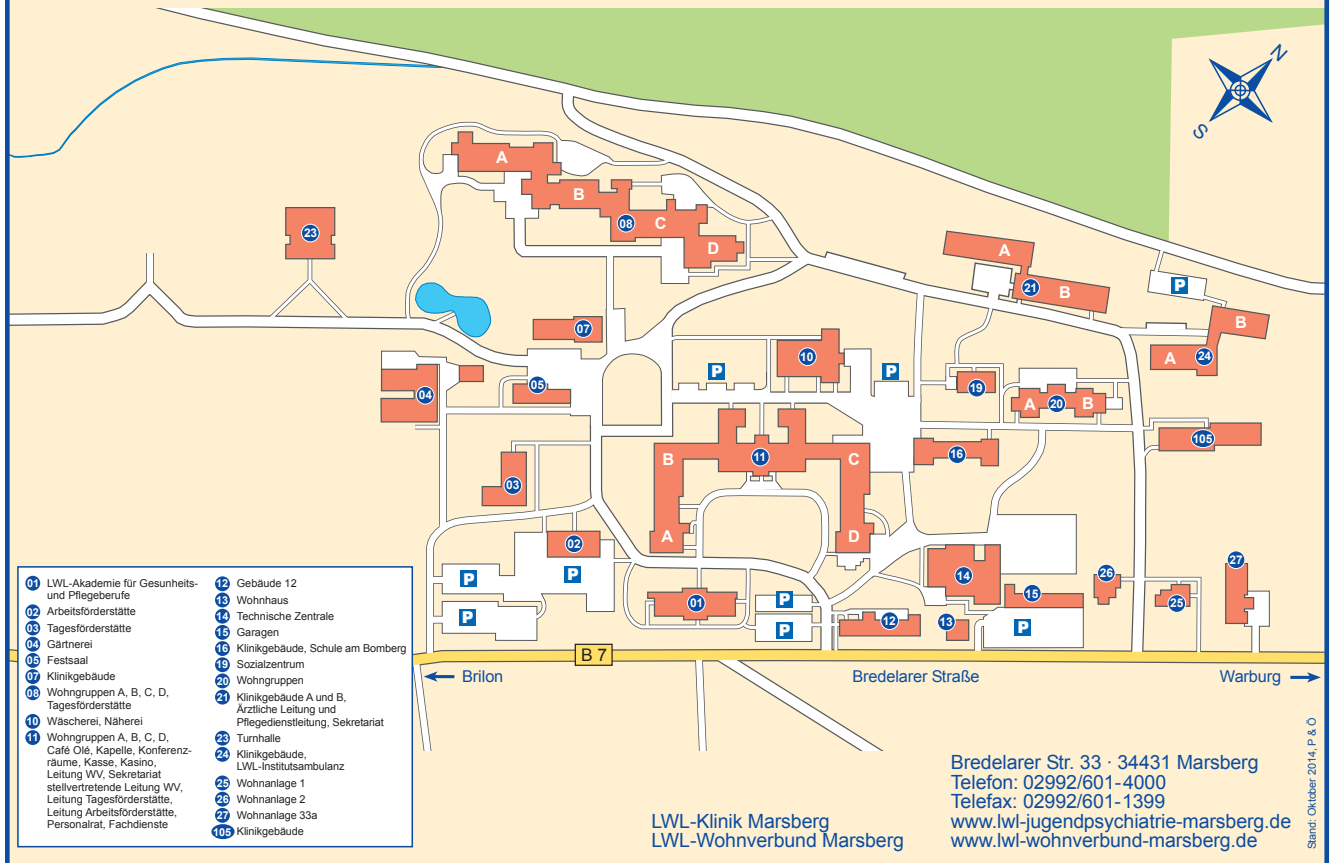
1989 konnte – angesichts der erfolgreich umgesetzten Umstrukturierung – mit großem Stolz das 175-jährige Bestehen der Klinik gefeiert werden. Rechtzeitig zu den Feierlichkeiten errichtete man ein Mahnmal, das an die nationalsozialistischen „Euthanasie“-Verbrechen und damit an das dunkelste Kapitel der Psychiatrie erinnert.

Am 1. Juli 1996 wurde das Westfälische Pflegezentrum „Haus Stadtberge“, eine Einrichtung der stationären Altenhilfe, eröffnet. Am 1. Januar 1997 nahm das Westfälische Pflege- und Förderzentrum als Einrichtung der Behindertenhilfe seinen Betrieb auf. Somit hatten sich inzwischen aus der ursprünglichen Klinik 5 Einrichtungen zur differenzierten Behandlung, Betreuung und Pflege psychisch kranker Menschen entwickelt.

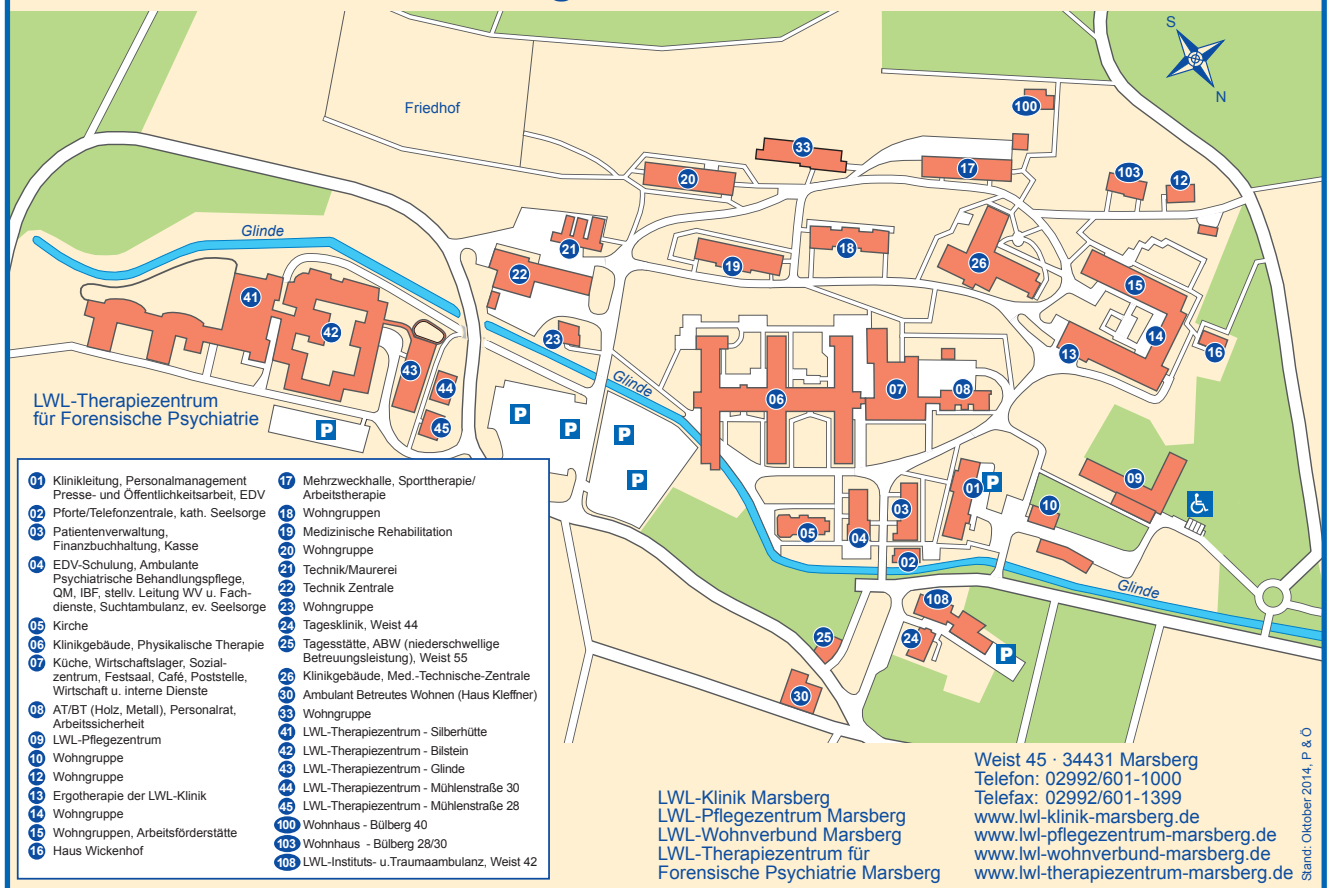
Am 22. Februar 2007 wurde die bis heute gültige Namensänderung für alle Einrichtungen des LWL beschlossen. Die Westfälische Klinik Marsberg wurde in LWL-Klinik Marsberg (Psychiatrie · Psychotherapie · Psychosomatik) umbenannt. Aus der Westfälischen Kinder- und Jugendklinik, anfangs St. Johannes-Stift genannt, wurde die LWL-Klinik Marsberg (Kinder- und Jugendpsychiatrie · Psychotherapie · Psychosomatik). Das Westfälische Therapiezentrum Marsberg „Bilstein“ wird seitdem als LWL-Therapiezentrum für Forensische Psychiatrie Marsberg bezeichnet. Das Westfälische Pflegezentrum Marsberg heißt seither LWL-Pflegezentrum Marsberg und der Westfälische Wohnverbund erhielt die Bezeichnung LWL-Wohnverbund Marsberg.



LWL-Einrichtungen am Standort Bredelarer Str. 33



LWL-Einrichtungen am Standort Weist 45



LWL-KLINIK MARSBERG

PSYCHIATRIE · PSYCHOTHERAPIE · PSYCHOSOMATIK



Nach der Psychiatrie-Enquête von 1975 folgte mit dem Erlass der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) im Jahr 1992 ein weiterer Meilenstein der Entwicklung der Psychiatrie in Deutschland. Die Psych-PV, die „Verordnungen, Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie“ festlegte, führte zu erheblichen Veränderungen. Ihr Kerninhalt war die Verbesserung der personellen Ressourcen, die von nun an den psychiatrischen Krankenhäusern per Gesetz zur Behandlung ihrer Patienten zur Verfügung standen. Vor diesem Hintergrund kam es in den letzten 20 Jahren zu wesentlichen Fortschritten, die zu strukturellen und baulichen Veränderungen sowie zu einer maßgeblichen Verbesserung der Behandlungsangebote führten.

STRUKTURELLE UND BAULICHE VERÄNDERUNGEN

Im Jahr 1993 hielt die LWL-Klinik Marsberg, das damalige Landeskrankenhaus Marsberg, 27 Stationen vor, in denen etwa 500 Menschen stationär behandelt wurden. Es handelte sich bei den Patienten aus heutiger Sicht um sogenannte Krankenhausbehandlungspatienten und Nicht-Krankenhausbehandlungspatienten, also Menschen mit Behinderungen. In den meisten Stationen gab es eine Durchmischung beider Patientengruppen.

Durch den Erlass des SGB XI 1994 ergaben sich neue Möglichkeiten der von der Pflegeversicherung getragenen Unterbringung, sodass am 1. Juli 1996 das Pflegezentrum mit 60 Betten eröffnet werden konnte. Die Einrichtung des Westfälischen Pflege- und

Förderzentrums, heute LWL-Wohnverbund, nahm am 1. Januar 1997 ihre Arbeit auf. Diese Entwicklungen führten zu einer Trennung und Verteilung der Behandlungs- und Nicht-Behandlungspatienten auf die einzelnen Einrichtungen. Ab diesem Zeitpunkt behandelte die Westfälische Klinik Marsberg nur noch 150 Behandlungspatienten, 11 Patienten in der medizinischen Rehabilitation Sucht und 18 Patienten nach dem Maßregelvollzugsgesetz. Diese 18 Patienten wurden am 1. Oktober 2000 organisatorisch dem LWL-Therapiezentrum für Forensische Psychiatrie Marsberg überstellt. Die Stationen blieben jedoch im Stationsgefüge des Hauses 06. Inzwischen konnte hier ein neuer Bereich zur integrierten Maßregelvollzugsbehandlung (18 Plätze) implementiert werden.

Die Trennung von Behandlungs- und Nicht-Behandlungspatienten und die damit einhergehende Reduktion der Bettenzahlen betraf auch die beiden am Standort vorhandenen Krankenpflegeschulen. Um auch weiterhin wirtschaftlich, effektiv und fachlich optimal arbeiten zu können, kam es am 1. Oktober 1996 zu einer Fusion beider Schulen.

In diese Zeit fällt auch die Organisationsuntersuchung des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes für die psychiatrischen Kliniken in Marsberg. Sowohl die Westfälische Klinik (Erwachsenenpsychiatrie) als auch das St. Johannes-Stift (Kinder- und Jugendpsychiatrie) hielten bis 1996 identische Abteilungsgliederungen in Verwaltungs-, Wirtschafts- und Technikbetriebsstellen vor. Aufgrund knapper werdender Finanzmittel waren die beiden Kliniken gehalten, enger zu kooperieren. Als Resultat erfolgte 1996 die Fusion des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes beider Kliniken.

Ein trägerweites Gutachten untersuchte die Optimierung des psychiatrischen Verbundsystems des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe. Es entstand die Empfehlung zur Bildung von regionalen Netzen. Das regionale Netz Marsberg wurde 2001 aus den 5 LWL-Einrichtungen am Standort Marsberg

zusammengeschlossen. Außerdem wurden die Betriebsleitungen der Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammengefasst und die ärztliche und pflegerische Leitung beider Einrichtungen dem Ärztlichen Direktor und der Pflegedirektorin der erwachsenenpsychiatrischen Klinik übertragen. Zur gleichen Zeit wurden die Personalräte beider Einrichtungen zu einem zusammengeführt.

Im Jahr 2002 wurden eine Station zur Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen sowie eine Substitutionsambulanz und ein spezieller Raum zur Behandlung mit Lichttherapie eröffnet. 2005 konnten weitere Baumaßnahmen umgesetzt werden; so wurde der Ostflügel des Hauses 06 renoviert einschließlich des Einbaus von Nasszellen in alle Patientenzimmer. Im Haus 07 wurde eine kleine offene Teilstation für Maßregelvollzugspatienten errichtet. 2006 begann der Komplettumbau des Hauses 26 im laufenden Betrieb. Es entstanden 3 Stationen mit 20, 22 und 24 Betten.

Ab Anfang 2006 wurde im Bereich der Medizinischen Rehabilitation suchtkranker Menschen die Zahl der Behandlungsplätze von 18 auf 30 erhöht, und das LWL-Rehabilitationszentrum bezog ein eigenes speziell für diesen Zweck renoviertes Gebäude.

Seit dem Jahr 2009 liefen die ersten Vorbereitungen auf das bevorstehende neue Entgeltsystem (Pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychotherapie, PEPP) an. 2010 wurde eigens hierfür eine Arbeitsgruppe gegründet; man entschied sich im weiteren Verlauf zur Teilnahme an der Optionsphase und wurde sogenanntes Optionshaus.

2010 wurde in den Räumlichkeiten der Station 06/4 eine weitere offene Teilstation zur Behandlung von Maßregelvollzugspatienten geschaffen, und man begann mit der Einrichtung von Wahlleistungskomfortzimmern auf den Stationen 06/5, 06/6 und 26/3, die 2011 abgeschlossen werden konnte. Im selben Jahr wurde die Funktion der Pflegedirektorin

wieder zwischen Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie auf 2 separate Stellen aufgeteilt. 2012 wurden die Stationen 06/2 und 06/8 mit in den Zimmern integrierten Nasszellen nachgerüstet.

Die Klinik ist heute – 200 Jahre nach ihrer Gründung – ein modernes psychiatrisch-psychotherapeutisches Behandlungszentrum für die Behandlung erwachsener Patienten. Sie umfasst 145 vollstationäre und tagesklinische Behandlungsplätze, 18 Behandlungsplätze für den integrierten Maßregelvollzug und weitere 30 Plätze für die medizinische Rehabilitation alkohol-, medikamenten- und drogenabhängiger Menschen. Daneben gibt es eine große Institutsambulanz sowie das Angebot der ambulanten psychiatrischen Behandlungspflege.

DIFFERENZIERUNG UND SPEZIALISIERUNG

In der Klinik werden alle Formen psychischer Erkrankungen behandelt. Gemäß den Standards der modernen Psychiatrie und Psychotherapie erfolgt diese Behandlung je nach Krankheitsbild in unterschiedlichen Bereichen. Darüber hinaus ermöglichen die Größe der Klinik und die auch auf der langen Tradition basierende hohe Kompetenz der Mitarbeiter zahlreiche Spezialangebote, die das besondere Profil der Marsberger Klinik ausmachen.

Im Bereich „Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie“ bilden Depressionen, bipolare Störungen, schizophrene Psychosen und psychische Störungen infolge psycho-sozialer Belastungen besondere Schwerpunkte des Behandlungsangebots.

Der Bereich „Gerontoneuropsychiatrie“ ist vor allem spezialisiert auf die Früherkennung von Demenzerkrankungen, auf die Therapie von Verhaltensstörungen im Alter und auf die Diagnostik und Therapie neurologischer Störungen wie z.B. Bewegungsstörungen.

Im Bereich „Suchtmedizin“ werden qualifizierte Entzugsbehandlungen für Patienten mit Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit durchgeführt. Im Rahmen der qualifizierten Drogenentzugsbehandlung sind – als Marsberger Besonderheiten – Paarbehandlungen, die Behandlung von Schwangeren und die Mitaufnahme von Kindern möglich.

In der Entwöhnungsbehandlung wurde im Rahmen eines deutschlandweit erstmalig durchgeführten Modellprojektes ein neuer Weg beschritten, indem – entgegen der Tradition einer nach Suchtstoffen getrennten Behandlung – alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Patienten suchstoffübergreifend gemeinsam behandelt werden.

Die große Institutsambulanz bietet zahlreiche Spezialangebote wie beispielsweise Behandlung psychisch traumatisierter Menschen (Traumaambulanz), Behandlung schwerst und chronisch erkrankter Patienten, Früherkennung und Behandlung von Demenzerkrankungen oder anderen kognitiven Störungen (Gedächtnisambulanz, „Memo-Fit“), Behandlung von Menschen mit Angsterkrankungen (Angstambulanz) oder Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen (Suchtambulanz).

Neben dem bereits seit vielen Jahren gut etablierten Angebot von Gesprächskreisen für Angehörige Demenzkranker nicht nur in Marsberg, sondern auch in anderen Städten des Hochsauerlandkreises, wurden im Jahr 2009 mit dem Präventionsangebot zur Stressbewältigung für Angehörige Demenzkranker (LEISA) und im Jahr 2013 mit der „Familialen Pflege“ weitere Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige implementiert. Auch beteiligt sich die Klinik seit Langem an einem Gesprächskreis für Menschen mit psychischen Erkrankungen, Angehörige und Mitarbeiter psychiatrischer Institutionen (Trialog).

TEILSTATIONÄRE UND AMBULANTE BEHANDLUNG

Entsprechend den Erfordernissen einer modernen psychiatrischen und psychotherapeutischen Therapie erfolgt heutzutage eine stationäre Behandlung nur noch dann, wenn eine ambulante Behandlung oder eine teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik nicht ausreichen. Darüber hinaus ist es das Ziel, psychiatrische Behandlung möglichst in Wohnortnähe anzubieten. Dieses neue Vorgehen („ambulant vor stationär“, gemeindenaher Behandlung) hat dazu geführt, dass neue ambulante und teilstationäre Behandlungsangebote auf- und ausgebaut wurden.

Bereits im Jahr 1985 wurde die Institutsambulanz eröffnet, 1996 wurde das ambulante Angebot durch den Aufbau der ambulanten psychiatrischen Behandlungspflege ergänzt. Seit Gründung der Institutsambulanz kam es zu einer stetigen Zunahme der Zahl der ambulant behandelten Patienten. Dadurch wurden ein Erweiterungsbau der Ambulanz im Jahr 2006 sowie weitere bauliche Anpassungen im Jahr 2014 erforderlich.

Im Jahr 1996 ging mit der Tagesklinik Marsberg die erste Tagesklinik an den Start. Am 1. Oktober 2004 wurde zusätzlich eine Tagesklinik in Schmallenberg-Bad Fredeburg eröffnet. Inzwischen ist der Bau einer weiteren Tagesklinik in Brilon geplant.

PROFESSIONALISIERUNG

Die vorgenannten Entwicklungen waren nur aufgrund einer umfassenden Professionalisierung der Arbeit möglich.

Die großen thematischen Veränderungen bedeuteten für die psychiatrische Pflege eine Herausforderung, die neue Entwicklungen und Konzepte initiierte. Der patientenzentrierte Ansatz der Psych-PV erforderte eine hohe Individualisierung der Planung von pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen.

Im Bereich der Pflege erfolgte 1993 die Einführung des Pflegeprozesses, der Bezugspflege, der Pflegeplanung und der Pflegedokumentation. Es entstanden Stationskonzepte zur Beschreibung des Leistungsspektrums der multiprofessionellen Arbeit.

Die Führungsstrukturen im Bereich der Pflege wurden auf den Prüfstand gestellt. Die in Stellenbeschreibungen formulierten Kompetenzen gaben den pflegerischen Stationsleitungen Sicherheit und Handlungsspielräume für die Gestaltung von psychiatrischer Arbeit.

Eine mit der Behandlungsqualität verbundene Maßnahme war die Entwicklung einer multiprofessionellen Dokumentation. 1993 wurden in einer Dokumentationsgruppe die Vorgaben für eine Fachdokumentation aller Berufsgruppen erstellt. Die Dokumentation sollte nachvollziehbar und für die Beteiligten am Behandlungsprozess transparent und übersichtlich handhabbar sein. Mit der gemeinsamen multiprofessionellen Dokumentation wurden Dokumentationsstandards festgelegt, die für alle beteiligten Berufsgruppen verbindlich sind.

Ab 1995 konnte das neue Dokumentationssystem eingeführt werden. Unter einem festgelegten Ordnungssystem ist die gesamte Behandlung des Patienten dargestellt und zeigt somit einen guten Überblick zum Stand der Behandlung und Pflege. Die Dokumentation entwickelte sich im Laufe der Zeit weiter.

Heute verfügt die Klinik über eine elektronische Patientendokumentation im KIS (Krankenhaus-Informationssystem).

Im Jahr 2003 wurde im Pflegedienst die Pflegevisite implementiert, und im Jahr 2007 die POK-Visite als Controlling- und Beratungsinstrument zur Unterstützung der Stationen.

Im Bereich des ärztlich-therapeutischen Dienstes zielt eine umfassende Aus-, Fort- und Weiterbildung darauf ab, den Patienten eine moderne und an den aktuellen Leitlinien



der Fachgesellschaften orientierte psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung anzubieten. Wesentliche Bausteine sind neben der Ausbildung und Supervision im Rahmen der täglichen Arbeit und im Rahmen von Teamsupervisionen ein regelmäßiges wöchentliches klinikinternes Fort- und Weiterbildungsprogramm, die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen mit auswärtigen Referenten und schließlich das Angebot an die Mitarbeiter, externe Fortbildungsveranstaltungen zu besuchen. Auch im Rahmen intensiver Inhouse-Schulungen erlernen die Mitarbeiter neue Therapiekonzepte, in letzter Zeit vor allem so genannte störungsspezifische kognitiv-behaviorale Therapieverfahren wie z.B. Narrative Expositionstherapie (NET), Traumatherapie nach Pieper, Motivational Interviewing (MI), Metakognitives Training (MKT) oder Reasoning and Rehabilitation (R&R).

Die ärztliche Weiterbildung erfolgt im Rahmen eines Weiterbildungsverbands (Akademie-OWL). Dadurch und durch die volle Weiterbildungsbefugnis ist eine profunde und umfassende Weiterbildung gewährleistet, die auch ein wichtiges Element der Personalakquise darstellt. Im Rahmen der Aus- und Weiterbildung der Psychologen kooperiert die Klinik mit mehreren psychologischen Ausbildungsinstituten.

Im Jahr 2009 hat eine gemeinsame Ethikkommission der erwachsenen- und der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik ihre Arbeit aufgenommen. In der Folge wurden Mitarbeiter in der Ethikberatung geschult

und für die Behandlungsteams der Kliniken das Instrument einer ethischen Fallbesprechung eingeführt.

Um den Belangen von Patienten mit Migrationshintergrund besser gerecht zu werden, werden Patienteninformationen in verschiedenen Sprachen sowie Übersetzungshilfen vorgehalten. Darüber hinaus wurde im Jahr 2009 die Funktion einer Integrationsberaterin eingerichtet. Diese dient sowohl Patienten als auch Mitarbeitern als Ansprechpartnerin.

MITARBEITERORIENTIERUNG UND PERSONALENTWICKLUNG

Die Weiterentwicklung persönlicher und fachlicher Kompetenzen sowie die Gesundheit der Mitarbeiter spielen seit jeher eine wichtige Rolle in der LWL-Klinik Marsberg, denn nur in einem gut funktionierenden und gesunden Krankenhaus können Menschen wieder gesund werden.

Bereits 1995 wurde eine Stabsstelle zur innerbetrieblichen Fortbildung und Personalentwicklung im Pflegedienst geschaffen. Im Laufe der Zeit nahm die Zahl der Angebote im Bereich der Personalentwicklung aller Bereiche und des betrieblichen Gesundheitsmanagements stetig zu. 2003 wurde mit den Mitarbeitergesprächen ein Instrument etabliert, das die faire, offene und vertrauensvolle Zusammenarbeit der Mitarbeiter und Führungskräfte fördern und den weiteren Fortbildungsbedarf der Mitarbeiter ermitteln soll, um gemeinsam entsprechende weitere Qualifizierungsperspektiven zu entwickeln. Im Jahr 2007 wurde ein örtlicher Lenkungskreis Gesundheit gegründet, der zentral für alle Einrichtungen am LWL-Standort Marsberg Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung initiiert und koordiniert.

Seit dem Jahr 2008 bietet der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen für alle Führungskräfte seiner Einrichtungen ein umfassendes und verbindliches Programm zur Führungskräftequalifizierung (FKQ) an.

2010 wurde das Personalentwicklungskonzept noch einmal überarbeitet und erweitert. Darüber hinaus wurde für beide Kliniken das Angebot einer kollegialen Nachsorge nach Patientenübergriffen eingeführt.

Heute steht allen Mitarbeitern der LWL-Klinik Marsberg ein differenziertes und vielseitiges innerbetriebliches Fortbildungsprogramm zur Verfügung. Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Förderung von Beruf und Familie sind fest etabliert (2010 Verleihung des Zertifikats zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie für den LWL-Standort Marsberg). Gesundheit, Beteiligung und Karrieremanagement für Mitarbeiter sowie Entlastung durch Supervision und Coaching sind feste Bestandteile der modernen Krankenhausführung. Regelmäßig werden Fachtagungen, Symposien und Forschungstage zu den neuesten Entwicklungen psychiatrischer Behandlung und Versorgung ausgerichtet. Wissensmanagement und Organisationsentwicklung sind eng miteinander verknüpft. Fachkräfte aus allen Bereichen der Klinik arbeiten in regionalen und überregionalen Netzwerken. Die LWL-Einrichtungen bieten Karriere- und Aufstiegsmöglichkeiten, fördern die persönliche und fachliche Entwicklung und bieten vielfältige Möglichkeiten der Aus- und Weiterbildung, von grundständigen pflegerischen und kaufmännischen Ausbildungen bis hin zum Hochschulstudium.

Im Jahr 2010 feierte die LWL-Akademie für Pflegeberufe ihr 50-jähriges Bestehen als Ausbildungsstätte für Gesundheits- und Krankenpfleger. Einige Auszubildende, die als FOS-11-Praktikanten oder im Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ) die Klinik kennengelernt haben, nutzen die Gelegenheit, um anschließend die Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger zu absolvieren. Viele von den examinieren Krankenpflegekräften bleiben nach der Ausbildung in Marsberg tätig und sind ein Garant für den hohen Standard der psychiatrischen Pflege in den LWL-Einrichtungen.

QUALITÄTSMANAGEMENT

Gute und jederzeit gesicherte Qualität spielt heute im Krankenhaus eine sehr wichtige Rolle. Um allen Patienten ein gleichbleibend hohes Behandlungsniveau bieten zu können, ist in der LWL-Klinik Marsberg seit vielen Jahren ein strukturiertes Qualitätsmanagement etabliert.

Im Jahr 2002 wurde eine Qualitätsmanagerin für den LWL-Standort Marsberg eingestellt. Seitdem arbeiten die LWL-Einrichtungen nach dem EFQM-Management-Modell (EFQM = European Foundation for Quality Management). Es finden regelmäßig EFQM-Selbstbewertungen bzw. EFQM-Management-Reviews statt, um ein konstant hohes Maß an Qualität sicherzustellen.

2006 wurde in einem umfassenden, alle Berufsgruppen beteiligenden Prozess ein gemeinsames Leitbild für beide Kliniken erstellt.

2009 konnte erstmalig (gemeinsam mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie) das KTQ-Qualitätssiegel (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) erlangt werden, nachdem im Jahr zuvor eigens hierfür eine Qualitätslenkungsgruppe gegründet worden war. 2012 gelang es, die Zertifizierung erfolgreich zu wiederholen, eine erneute Rezertifizierung wird im Jahr 2015 angestrebt.

Alle Qualitätssicherungsmaßnahmen werden ständig optimiert und an die wachsenden Anforderungen des Gesundheitswesens angepasst. Ein hohes Maß an Behandlungs- und Betreuungsqualität erzielen die LWL-Kliniken durch hinterlegte Standards, Verfahrensanweisungen und eingeführte Evaluationsprozesse. LWL-PsychiatrieVerbundsweite Benchmarkprozesse, der transparente Umgang mit qualitätsrelevanten Messdaten sowie ein 2012 etabliertes klinisches Risikomanagement (MERKE – Meldung relevanter kritischer Ereignisse) tragen zusätzlich hierzu bei.

In regelmäßigen Patientenbefragungen wird ihre Zufriedenheit mit der Behandlung erhoben. Ein fest etabliertes Beschwerdemanagement sowie eine speziell geschulte Ansprechperson vor Ort sorgen für die Umsetzung von Verbesserungen. Im Rahmen des Vorschlagwesens (Ideenmanagement) können Mitarbeiter Optimierungsvorschläge einbringen.

Die Zufriedenheit der Mitarbeiter und ihre Erwartungen und Wünsche wurden in mehreren Mitarbeiterbefragungen erhoben.

INTEGRATIVES BEHANDLUNGSKONZEPT

In einem ganzheitlichen Behandlungskonzept werden die vielfältigen Einflüsse auf psychische Erkrankungen berücksichtigt: körperliche Ursachen, die seelische Entwicklung und Bedingungen im sozialen Umfeld der Patienten; hierzu gehören auch geschlechts- oder altersspezifische Aspekte.

Deshalb hat sich in der LWL-Klinik Marsberg ein Behandlungskonzept bewährt, das alle diese Faktoren berücksichtigt. Therapie bedeutet demnach, dass sich Behandler und Patient auf einen gemeinsamen Prozess einlassen, in dessen Verlauf die oben genannten Aspekte in ihrem Zusammenwirken berücksichtigt werden. Nur so ist es möglich, den unterschiedlichen Facetten der Persönlichkeit aller Patienten gerecht zu werden. Einem ganzheitlichen Denkansatz entsprechend erfolgt keine Beschränkung auf einige wenige Therapiemethoden, sondern alle Möglichkeiten der modernen psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung werden in einem integrativen Therapiekonzept miteinander verbunden. Dabei geht es nicht nur um die Beseitigung von Krankheitssymptomen (krankheitsorientiert), sondern auch um die Förderung von bereits bestehenden Stärken und Ressourcen (gesundheitsorientiert).

Die LWL-Klinik Marsberg hat den Anspruch, den Patienten in einem integrativen Therapiekonzept alle Möglichkeiten der modernen Behandlung anzubieten. Besondere Schwer-

punkte des therapeutischen Angebots sind: Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Milieu- und Soziotherapie, Bezugspflege differenzielle Psychopharmakotherapie, Entspannungsverfahren, Ergo- und Arbeitstherapie, kognitives (Gedächtnis-) Training, Musiktherapie, Sport- und Bewegungstherapie, physikalische Therapie und Lichttherapie (bei Depressionen).

Dabei sind viele verschiedene Berufsgruppen an der Behandlung der Patienten beteiligt. Sie arbeiten eng zusammen, tauschen regelmäßig ihre Erfahrungen aus und verstehen sich als multiprofessionelles Team. Neben Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie gehören dem Team auch Psychologische Psychotherapeuten, Dipl.-Psychologen, Dipl.-Pädagogen, Dipl.-Sozialarbeiter und Dipl.-Sozialpädagogen, Gesundheits- und Krankenpfleger für Psychiatrie, Ergotherapeuten, Musiktherapeuten sowie Bewegungstherapeuten und Physiotherapeuten an. Ihre unterschiedlichen methodischen Ansätze und ihre verschiedenen fachspezifischen Erfahrungen mit den Patienten werden gemeinsam reflektiert und im Team wie Mosaiksteine zu einem Gesamtbild zusammengefügt. Die Mitglieder der therapeutischen und pflegerischen Teams behandeln Patienten kontinuierlich und sind jederzeit ansprechbar. Durch regelmäßige Teamtage der einzelnen Stationen und Bereiche wird die multiprofessionelle Zusammenarbeit immer wieder überprüft und verbessert.

VERNETZUNG

Traditionsgemäß gibt es eine enge Kooperation der Klinik mit den anderen LWL-Einrichtungen am Standort Marsberg: So werden zum Beispiel die Bewohner des Wohnverbunds und des Pflegezentrums durch die Institutsambulanz behandelt, und mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik wurde ein Projekt zur integrierten Behandlung von psychisch kranken Adoleszenten durchgeführt und ein gemeinsames familienpsychiatrisches Angebot geschaffen. Im Rahmen

des LWL-PsychiatrieVerbunds ist die Klinik federführend tätig im Aufbau verbundweiter Behandlungs- und Präventionsangebote wie zum Beispiel der Psychotherapeutischen Notfallversorgung (PNV-LWL).

Die Klinik bildet ein wichtiges Glied im psychosozialen Versorgungsnetz des Hochsauerlandkreises und der anderen benachbarten Regionen. Das beinhaltet auch eine immer schon sehr enge Kooperation mit der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) und dem Sozialpsychiatrischen Dienst des Hochsauerlandkreises. Es ist ein wesentliches Anliegen, mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten sowie ambulanten und komplementären Diensten der Umgebung eng zusammenzuarbeiten. Darüber hinaus hat sich in den letzten Jahren in verschiedenen Bereichen eine enge Zusammenarbeit mit den somatischen Krankenhäusern der Region entwickelt. Dabei dienen auch die regelmäßig von der Klinik veranstalteten wissenschaftlichen und versorgungsorientierten Fachtagungen der Vernetzung mit Fachkollegen anderer Einrichtungen. Beim kürzlich gegründeten Bündnis gegen Depression im Hochsauerlandkreis ist die Klinik federführend beteiligt.

ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Insbesondere vor dem Hintergrund einer allenthalben noch verbreiteten Stigmatisierung psychisch kranker Menschen bzw. der Psychiatrie wurde vor allem in den letzten 10 Jahren großer Wert auf eine umfassende und intensive Öffentlichkeitsarbeit gelegt. Dazu hat auch die Gründung eines Fördervereins der Klinik im Jahr 2006 beigetragen, der sich neben der Unterstützung mittelloser Patienten und therapeutischer Angebote zum Ziel gesetzt hat, den Kontakt zwischen Klinik und Öffentlichkeit durch das Angebot vielfältiger kultureller Veranstaltungen zu fördern.

FÜR DIE ZUKUNFT GUT GERÜSTET

Für die Zukunft ist die Klinik gut gerüstet. Dabei kann nicht nur auf eine hohe State-of-the-Art-Kompetenz, sondern auch auf ein in 200-jähriger Tradition kumuliertes Erfahrungswissen und eine sehr hohe Motivation der Mitarbeiter zurückgegriffen werden. Die momentane Entwicklung der Psychiatrie und Psychotherapie und nicht zuletzt auch die bevorstehende Einführung des neuen Entgeltsystems machen es immer wichtiger, ambulante, teilstationäre und stationäre Therapie miteinander zu verbinden im Sinne einer so genannten sektorübergreifenden Behandlung. Dabei besteht schon heute ein alle Sektoren umfassendes Therapieangebot aus einer Hand, wobei besonders die ambulante möglichst wohnortnahe Behandlung noch weiter ausgebaut werden soll. Als sogenanntes Optionshaus ist die Klinik auf die Einführung des neuen Entgeltsystems bereits jetzt gut vorbereitet. Im Rahmen des Krankenhausplans NRW 2015 wird angestrebt, das stationäre Behandlungsangebot noch um weitere psychosomatisch ausgerichtete Betten zu erweitern. Die gut ausgebaute vielfältige Vernetzung der Klinik und die kommunale Trägerschaft im Rahmen des LWL-PsychiatrieVerbunds Westfalen tragen ebenso dazu bei, den Herausforderungen der Zukunft sehr zuversichtlich begegnen zu können.





LWL-Klinik Marsberg - Psychiatrie · Psychotherapie · Psychosomatik

LWL-KLINIK MARSBERG

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE · PSYCHOTHERAPIE · PSYCHOSOMATIK



Bis 1997 wurden im St. Johannes-Stift 3 Gruppen von Kindern und Jugendlichen betreut bzw. behandelt: geistig und auch körperlich behinderte Kinder und Jugendliche, verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche sowie psychiatrisch erkrankte Kinder und Jugendliche im engeren Sinne.

In der Folge der Psychiatrie-Enquête der 70er-Jahre hatten die Ordensschwestern der Vinzenterinnen Anfang der 80er-Jahre das St. Johannes Stift verlassen. Mit der Einstellung einer neuen ärztlichen Leitung und Orientierung an modernen wissenschaftlichen Erkenntnissen wandelten sich die therapeutischen Konzepte der Einrichtung stark und es hielt eine eher wissenschaftlich orientierte, verhaltenstherapeutische Grundausrichtung Einzug in Behandlung und Pädagogik.

So arbeitete der damalige ärztliche Direktor Anfang der 90er-Jahre in der bundesweiten Arbeitsgruppe zur Erstellung der Psychiatriepersonalverordnung mit. Die therapeutischen Angebote der Klinik erfuhren eine starke Differenzierung. Es entstand eine Station für den qualifizierten Drogenentzug, eine Station für Psychotherapie mit Schwerpunkt Dialektisch Behaviorale Therapie, eine damals noch weithin unbekannte, mittlerweile jedoch etablierte Therapie für Patienten mit Borderline-Störung und selbstverletzendem Verhalten. Die Einrichtung scheute sich nicht, sich dem schwierigen Thema Maßregelvollzug für Jugendliche zu stellen.

In den 90er-Jahren befanden sich immer noch behinderte und verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche zum Teil über Jahre im St. Johannes-Stift. Die Krankenkassen zogen sich zunehmend aus der Finanzierung

langjähriger Aufenthalte von schwer vermittelbaren Kindern und Jugendlichen zurück. Es etablierte sich eine Mischbelegung mit einerseits krankenkassenfinanzierten Krankenhauspatienten und andererseits im Rahmen des BSHG (Bundessozialhilfegesetz) durch den LWL finanzierten behinderten Kindern und Jugendlichen.

Die unterschiedlichen Patienten- und Bewohnergruppen wurden zunächst noch gemischt auf den gleichen Stationen betreut. Danach kam es zu Schwerpunktbildungen einzelner Behandlungseinheiten, bis 1997 eine grundlegende Neuaufstellung der Einrichtungen erfolgte.

Es fand eine endgültige Trennung zwischen dem Krankenhausbereich, der heutigen LWL-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und dem LWL-Wohnverbund statt. Hier wurden nun die Patienten betreut, die bereits seit längerem über die Behindertenhilfe untergebracht waren.

Gleichzeitig kam es zu einer Zusammenlegung aller Marsberger Einrichtungen unter einem organisatorischen „Dach“. 2001 wurden die Betriebsleitungen der Westfälischen Klinik und der Kinder- u. Jugendpsychiatrie zusammengefasst und die Leitung beider Einrichtungen dem Ärztlichen Direktor und der Pflegedirektorin der erwachsenenpsychiatrischen Klinik übertragen. Zur gleichen Zeit wurden die Personalräte beider Einrichtungen zu einem zusammengeführt.

Die Zusammenlegung der Einrichtungen in 2 Schritten (1997, 2001) brachte positive finanzielle Synergieeffekte. So konnten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gemeinsam mit dem Land finanzierte Sanierungen durchgeführt werden. Auf diese Weise konnten Verluste aufgefangen werden, die durch ein seit 1996 gedeckeltes Krankenhausbudget entstanden waren.

Auch bezüglich des Einzugsgebietes der Klinik änderte sich 1997 erstmals etwas Wesentliches. Versorgte die Klinik bis 1997 etwa die

Hälfte der Bevölkerung Westfalens, also insgesamt etwa 4 Millionen Einwohner, so reduzierte sich das Einzugsgebiet der Klinik 1997 durch einige Entwicklungen im externen Umfeld (z.B. Übernahme von Pflichtversorgung durch LWL-Klinik Hamm, Elisabethklinik Dortmund, Übernahme des Landkreises Olpe durch die Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik in Lüdenscheid) von 4 Millionen Einwohnern auf 2,3 Millionen Einwohner, was immer noch ein sehr großes Einzugsgebiet war.

Die Versorgungsstrukturen in Westfalen waren in den 80er- und 90er-Jahren zunächst noch zweigeteilt. Zum einen gab es Kliniken, die für die Pflichtversorgung zuständig waren, so das St. Johannes-Stift und die Haardt Klinik in Marl-Sinsen, andererseits gab es Kliniken, die sich an der Pflichtversorgung nicht beteiligten und überregional Patienten aufnahmen, die sich diese Kliniken nach eigenen Kriterien aussuchten.

Diese Struktur hatte dazu geführt, dass die Pflichtversorgung eher zu einer „Entsorgungsstruktur“ missliebiger Jugendlicher degeneriert war. Erst in den 90er-Jahren kam es zu einer Entwicklung der Regionalisierung der Psychiatrie/Kinder- und Jugendpsychiatrie, zusammen mit der Entstigmatisierungsthematik. Entwicklungen, die immer noch aus den Folgen der Psychiatrie-Enquête stammten und in Westfalen eher spät ankamen.

Gleichzeitig reduzierte sich in einem weiteren Schritt das Einzugsgebiet der Klinik beträchtlich von 2,3 Millionen Einwohner auf 750.000 Einwohner, da das Klinikum Lippe in Bad Salzuflen mit Landesmitteln eine neue Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit zunächst 36 stationären Plätzen und 48 tagesklinischen Plätzen an verschiedenen Standorten in Ostwestfalen-Lippe neu eröffnete und dafür seine kleine, psychotherapeutisch ausgerichtete Klinik in Detmold aufgab.

Die LWL-Klinik Marsberg, Kinder- und Jugendpsychiatrie, musste nun durch die drastische Verkleinerung des Einzugsgebietes in kürzester Zeit von einer „Entsorgungsklinik“

mit einer Abschiebestruktur zu einer Versorgungsklinik mit einer Kommstruktur umstrukturiert werden.

Dies erforderte eine deutliche Veränderung im Selbstverständnis vieler Mitarbeiter. Relativ feste und wenig flexible Regelwerke und Strukturen mussten auf Ihre tatsächliche Notwendigkeit hin überprüft, Zwangskontexte überdacht, Regeln geändert werden.

So hatte beispielsweise die Drogenstation bis 2002 nur Patienten geschlossen mit Unterbringungsgenehmigungen behandelt. Die Patienten konnten zunächst freiwillig auf der Station behandelt werden, was natürlich anfänglich zu vermehrten Behandlungsabbrüchen führte. Jedoch war es gut für die Ausbildung von Motivation und zur Entwicklung von Kompetenzen von Mitarbeitern, Patienten zum Durchhalten zu motivieren, anstatt lediglich den Zwang der geschlossenen Tür wirksam werden zu lassen. Mittlerweile wird diese Station ganz überwiegend offen und nur noch selten fakultativ geschlossen geführt.

Eine wichtige Etappe bei der Modernisierung und Arrondierung der Klinik waren neue Baumaßnahmen. Zum einen die Komplettanierung und Modernisierung des großen Bettenhauses 21 und zum anderen die Verlegung der Krankenhausschule in das Haus 16 sowie der Ausbau des Hauses 19 zum Sozialzentrum und des Hauses 10 als Therapiehaus für die Mototherapie und die Musiktherapie.

Durch den Umbau des Hauses 21 in 2 Bauabschnitten war der Bedarf entstanden, 2 Stationen auszulagern. Hierfür war das eigentlich schon zum Abriss freigegebene Haus 105, ehemaliges Personalwohnheim, geeignet und konnte mit begrenzten Mitteln als provisorisches Bettenhaus der beiden Kinderstationen renoviert werden.

Bereits seit Anfang der 90er-Jahre gab es in Paderborn eine Ambulanz als Ableger der Marsberger Institutsambulanz; 1996 wurde zusätzlich eine Tagesklinik errichtet.

Durch die Eröffnung zweier weiterer Tagesklinien, 2004 in Meschede und 2005 in Höxter, ebenfalls mit integrierten Ermächtigungsambulanzen, konnte das Angebot der Klinik in der Versorgungsregion dezentralisiert und deutlich erweitert werden.

Hiermit verbunden war allerdings auch, dass die Krankenhausbetten im Krankenhausplan 1:1 hatten umgewandelt werden müssen, da ursprünglich davon ausgegangen worden war, dass durch Tagesklinikplätze stationäre Behandlungsplätze eingespart werden könnten. Dass dies in keiner Weise der Fall war, zeigte sich besonders deutlich nach dem Start der Tagesklinik in Meschede. Aus dem bisher völlig unversorgten Hochsauerlandkreis drängten mehr als 50% Patienten auch in die stationäre Behandlung.

Nach der drastischen Reduzierung des Einzugsgebietes, Inbetriebnahme der Klinik in Bad Salzuflen und Zuschlag des Landkreises Gütersloh zur LWL-Klinik Hamm waren bereits 20 Betten aus dem Krankenhausplan gestrichen und die Klinik stand nach Errichtung der letzten Tagesklinik plötzlich nur noch mit 53 stationären und 30 teilstationären Betten im Krankenhausplan. Dem gegenüber belief sich die tatsächliche Belegung auf 67 Betten, mit zunehmenden Wartezeiten.



Die seitens der Klinik beantragten zusätzlichen 24 Krankenhausbetten wurden seitens des Landes über mehrere Jahre nicht als tatsächlicher Bedarf wahrgenommen, so dass sich das Antragsverfahren über Jahre hinzog. Nach intensiver Überzeugungsarbeit stellte das Land einen zusätzlichen Bettenbedarf



von 30 Betten fest. Hiermit war jedoch die Vorgabe verbunden diese in Paderborn zu realisieren.

Seit 2010 laufen nun die Planungen für die Errichtung einer 30-Betten-Klinik in Paderborn auf dem Gelände der dortigen LWL-Klinik. Die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik soll als Teil der Kinder- und Jugendklinik in Marsberg geführt werden.

Mit dieser Entscheidung wurde die Ist-Bettenzahl für die Klinik Marsberg um 30 Plätze erhöht und 2012 wurde die Station 16 III eröffnet. Sie gilt als Stabilisierungsstation für längerfristig zu stabilisierende Patienten mit eher chronifizierten Störungen, die auf Grund ihres Störungsbildes noch nicht so weit sind, in einer komplementären Einrichtung leben zu können.

In den vergangenen Jahren wurde ein besonderer Schwerpunkt auf den Ausbau der ambulanten Versorgung gelegt. Bisher sind im Einzugsgebiet der Klinik nicht in ausreichendem Maße Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten niedergelassen. Da vor allem die ambulante Notfallversorgung defizitär war, mussten viele Patienten, die auch intensiv ambulant hätten betreut werden können, stationär eingewiesen werden.

An jeder Tagesklinik und in Marsberg gibt es heute umfängliche ambulante Angebote. Die Ambulanzen stehen sowohl als Anlaufstelle für die verschiedenartigsten psychischen Probleme von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung, sie versorgen aber auch, und das ist ein anderer besonderer Schwerpunkt des „Marsberger Ambulanzsystems“, längerfristig erkrankte Patienten kontinuierlich bedarfsgerecht.

Dadurch kann ein adäquater Einsatz von Behandlungsmitteln (wann ambulant, wann teilstationär, wann stationär), optimal sichergestellt werden. Die Zukunft wird mit dem neuen Entgeltsystem, das uns noch kürzere Behandlungsdauern bereiten und weniger Finanzierungsmittel lassen wird, und mit einer zu erwartenden weiteren Verschlechterung der komplementären staatlichen Hilfesysteme, eine hohe Herausforderung an unsere Leistungsfähigkeit stellen. Hier zeitgemäß ausgerichtet zu sein, ist aktuell unser Bestreben.



LWL-Klinik Marsberg - Kinder- und Jugendpsychiatrie · Psychotherapie · Psychosomatik

LWL-THERAPIEZENTRUM FÜR FORENSISCHE PSYCHIATRIE MARSBERG



Zum 6. Oktober 1980 erfolgte die Genehmigung des Baubeschlusses zur Einrichtung einer Maßregelvollzugsanstalt in Marsberg und bereits am 1. Juli 1983 konnte das westfälische Therapiezentrum „Bilstein“ in Betrieb genommen werden. 2 Jahre später standen bauliche Nachrüstungen an: die Rehabilitationsstation in der Mühlenstraße wurde eröffnet und die Platzzahl für Patienten von ursprünglich 38 auf 46 erhöht.

1998 beschließen LWL und Landesregierung die Erweiterung des Therapiezentrums um einen Neubau mit 32 Plätzen, der 2002 fertiggestellt worden ist. Einen weiteren Neubau genehmigte die Landesregierung im Jahr 2005. Durch die Neubauten und Raumnutzungsänderung im Innenbereich im Laufe der Jahre ist es heute möglich, 111 Patienten stationär zu behandeln.

Im vergangenen Jahr feierte das LWL-Therapiezentrum Marsberg sein 30-jähriges Bestehen. Seit der Inbetriebnahme 1983 werden dort schwerpunktmäßig suchtkranke männliche Straftäter aus dem Bereich Westfalen-Lippe gemäß §64 StGB behandelt. Grundlage der Arbeit ist das Maßregelvollzugsgesetz des Landes NRW.

Die Behandlung erfolgt nach der Durchführung einer umfangreichen Diagnostik nach einem integrativen überwiegend tiefenpsychologischen und soziomilieutherapeutischen Therapiekonzept. Parallel dazu besteht ein differenzierter Bereich spezieller Behandlungsformen, z.B. Traumatherapie, Familienrekonstruktion, Kunsttherapie, Entspannungsverfahren und Sport. Darüber hinaus gibt es für die Rehabilitationsmaßnahmen Behandlungsplätze im Außenbereich der Klinik.

Um den Patienten soziales Lernen und den Erwerb von Alltagskompetenzen, die zur Stabilisierung von Gesundheit notwendig sind, zu ermöglichen, wird ein dafür geeignetes Lern- und Übungsfeld im Klinikalltag gestaltet. Die soziale Wirklichkeit, also der Alltag innerhalb der Wohngruppen mit all seinen Herausforderungen, wird bewusst für Veränderungsprozesse genutzt.

Patienten bis 25 Jahre, die ohne Bildungsabschluss sind, haben die Möglichkeit, einen Schulabschluss nachzuholen. In der Holz- und in der Metall-Arbeitstherapie können die Patienten nach einem mehrmonatigen Ausbildungsmodul ein IHK-Zertifikat erwerben.

2004 wurde sukzessiv eine Forensische Nachsorge-Ambulanz (FNA) aufgebaut.

In der Behandlung von Maßregelvollzugspatienten kommt der Nachsorge im Anschluss an die stationäre Behandlungsphase eine zentrale, rückfallpräventive Bedeutung zu. Die Hauptaufgaben der forensischen Nachsorge bestehen darin, die Entlassenen bei ihrer weiteren Verselbstständigung zu unterstützen, krisenhafte Entwicklungen frühzeitig zu er-

kennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten, um der Gefahr erneuter Straftaten entgegenzuwirken. Dies geschieht in enger Zusammenarbeit mit allen am Prozess Beteiligten, insbesondere mit der Führungsaufsicht und der Bewährungshilfe.

Im Rahmen von Helferkonferenzen werden alle relevanten Informationen zusammengetragen, notwendige Interventionen veranlasst und verbindliche Absprachen auch mit den Klienten/Probanden getroffen.

Seit 2009 besteht eine Kooperation mit dem LWL-Wohnverbund Marsberg in der Betreuung von psychisch kranken Straftätern, die gemäß §63 StGB untergebracht sind und sich in der Langzeitbeurlaubung befinden.

Entsprechend den Regelungen des Maßregelvollzuges wird eine Therapie unter gesicherten Bedingungen durchgeführt. Die Aufgaben der Sicherung betreffen sowohl die Sicherung der untergebrachten Patienten vor Rückfälligkeit, Suchtverlagerung oder Therapieabbruch, als auch die Sicherung der Bevölkerung durch sekundäre und tertiäre psychiatrisch-psychotherapeutische Präventionsmaßnahmen.





LWL-Therapiezentrum für Forensische Psychiatrie Marsberg



Kunst in den LWL-Einrichtungen

LWL-PFLEGEZENTRUM MARSBERG „HAUS STADTBERGE“



Neubau „Haus Stadtberge“

Das LWL-Pflegezentrum Marsberg „Haus Stadtberge“ ist eine teilweise offen geführte Wohn- und Pflegeeinrichtung mit einem Versorgungsvertrag nach SGB XI. Es wurde am 1. Juli 1996 eröffnet.

Der LWL handelt aus der sozialpolitischen Verpflichtung heraus, psychisch und geistig behinderten Menschen ein neues Zuhause zu schaffen, um ggf. hier ihren Lebensabend zu verbringen.

Bis heute wurden 7 LWL-Pflegezentren eingerichtet, die in der jeweiligen Region durch ihre sehr gute psychiatrisch-pflegerische Fachkompetenz ein erweitertes und überzeugendes Leistungsspektrum anbieten. Insbesondere stellt sich die Frage nach der adäquaten Abdeckung von zunehmenden Pflegebedarfen, die mit dem demographischen Wandel bei Menschen mit Behinderungen strukturell ebenso einhergehen wie in der Gesamtbevölkerung.

In der im Mittelpunkt von Marsberg gelegenen barrierefrei zu erreichenden Einrichtung stehen 80 Plätze in hochmodernen Einzel-

und Doppelzimmern mit eigenem Duschbad zur Verfügung. Jedes Zimmer kann individuell ausgestattet werden und verfügt über einen Kabel-TV- und einen Telefonanschluss.

Wir bieten ein Zuhause für alle Pflegebedürftigen und insbesondere für Menschen mit demenziellen Erkrankungen, Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen, Menschen mit neurologischen Erkrankungen, Menschen im Wachkoma, Menschen mit psychosomatischen Erkrankungen und Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung.

Die 3 Wohnebenen werden unterteilt in insgesamt 6 Hausgemeinschaften, in denen bis zu 14 Bewohner in einer Gemeinschaft zusammenleben, deren Mittelpunkt die Hausgemeinschaftsküche bildet.

Pflegebedürftige Menschen finden im LWL-Pflegezentrum Marsberg „Haus Stadtberge“ ein Zuhause, in dem sie rund um die Uhr betreut und umsorgt werden. Eingebunden in der Gemeinschaft und frei in seiner persönlichen Entfaltung kann jeder Bewohner die Eigenständigkeit sowie die Ruhe und Privat-

sphäre in Anspruch nehmen, die er für sich benötigt. Klienten mit einem breiten Altersspektrum von 20 bis 95 Jahren, spiegeln die derzeitige Altersstruktur des LWL-Pflegezentrums „Haus Stadtberge“ wieder.

Die ganzheitlich aktivierende Pflege ist darauf ausgerichtet, körperliche, geistige und seelische Fähigkeiten zu erhalten und sogar wiederzugewinnen. Besonders wichtig ist dabei der ständige persönliche Bezug zu den erfahrenen Mitarbeitern. Außerdem arbeiten wir eng mit dem Hausarzt und spezialisierten Fachärzten zusammen, die selbstverständlich auch zu Hausbesuchen kommen. Bei Bedarf können jederzeit diagnostische und therapeutische Leistungen der LWL-Klinik genutzt werden.

Die nahegelegene und barrierefrei erreichbare Innenstadt von Marsberg ermöglicht mit ihren Geschäften, der Gastronomie, den Ärzten und Apotheken die Teilhabe am öffentlichen Leben. Das direkte Umfeld bietet zahlreiche Optionen einer aktiven Freizeitgestaltung.

Zusätzlich bieten wir eine fundierte und abwechslungsreiche Ausbildung inklusive Beratung in allen Fragen rund um das Thema Altenpflege. Die kontinuierliche Begleitung der Auszubildenden in der Einrichtung ist gesichert.

Das Ausbildungskonzept ist praxisorientiert nach dem Altenpflegegesetz: „Die Ausbildung in der Altenpflege soll Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind.“ (§3 Abs. 1 Altenpflegegesetz)

Die Ausbildung besteht aus theoretischem und praktischem Unterricht und einer praktischen Ausbildung. Die praktische Ausbildung hat einen Umfang von mindestens 2.500 Stunden. Der Unterricht umfasst mindestens 2.100 Stunden und wird in Altenpflegeschoolen erteilt. Die betriebliche Ausbildung wird mit kooperierenden Altenpflegeschoolen

umgesetzt. Die Altenpflegeschoolen trägt die Gesamtverantwortung für die Ausbildung. Diese dauert unabhängig vom Zeitpunkt der staatlichen Prüfung 3 Jahre, dies gilt auch für Umschulungen. Die Ausbildung kann auch als Teilzeitausbildung durchgeführt werden. In diesem Fall kann die Dauer der Ausbildung auf bis zu 5 Jahre verlängert werden.

Der Träger der praktischen Ausbildung schließt einen Ausbildungsvertrag mit dem Auszubildenden. Der Träger der Ausbildung ist verpflichtet, dem Auszubildenden eine angemessene Ausbildungsvergütung zu zahlen.

In Kooperation mit dem ESTA-Bildungswerk Olsberg bildet das LWL-Pflegezentrum Marsberg derzeit insgesamt 15 Auszubildende im Berufsbild zum staatlich anerkannten Altenpfleger aus. Der Beruf des staatlich anerkannten Altenpflegers bietet nach der Ausbildung ein breites Spektrum an zukunftsweisenden Berufsperspektiven, denn durch das steigende Alter in der Bevölkerung steigt auch die Nachfrage nach qualifizierten Pflegefachpersonen.

Die Bewohnerstruktur stationärer Pflegeeinrichtungen hat sich in den letzten Jahren insgesamt bedeutend verändert. Es sind zunehmend sowohl schwerstpflegebedürftige als auch gerontopsychiatrisch Erkrankte zu versorgen. Menschen mit Demenz haben eine andere innere Welt und benötigen deshalb eine andere äußere Welt. Wie diese Welt auszusehen hat ist zwar beschrieben worden, wird in der Praxis aber kaum diskutiert. Die Gestaltung ist bunt, nostalgisch und thematisch. Jeder Bewohner wird entsprechend der Philosophie des Hauses als einzigartige Persönlichkeit erkannt und genießt individuell abgestimmte Betreuungsangebote.

Gemeinschaftliche Aktivitäten stärken das körperliche und seelische Wohlbefinden; der Kontakt mit anderen Menschen macht Freude und gibt dem Leben eine ganz besondere Qualität. Die Angebote werden auf die unterschiedlichen Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner abgestimmt.

Neben Spaziergängen und Ausflügen, Stadtbummeln mit Einkauf, dem Besuch von Seniorentreffs innerhalb und außerhalb unseres Hauses, regelmäßigen Kirchgängen, kulturellen Angeboten und dem gemeinsamen Vorbereiten von Festen und Feiern, bieten wir ein umfassendes Programm mit speziellen Aktivitäten, das den Wünschen und Neigungen der Einzelnen immer wieder angepasst wird. Dabei berücksichtigen wir auch, dass nicht jeder einzelne Bewohner an den Gruppenangeboten teilnehmen kann oder möchte. Für diese Menschen bieten wir zusätzlich auch Einzelbetreuung an. Die Einzelbetreuung erhält und fördert die Identität und Autonomie eines jeden Einzelnen.

Hierzu ist ein weitreichender Trend mit einer Fusion von pflegerischen und pädagogischen Betreuungsleistungen erforderlich, um die bestmögliche Gestaltung der Lebensqualität unterstützen zu können. Eine umfassende Begleitung, Pflege und Betreuung wird in diesem Zusammenhang mit den besonderen und komplexen Anforderungen im Bereich der psychischen, kognitiven und körperlichen Aspekte der Pflege in Kombination angestrebt.

Unser Auftrag orientiert sich an der Betreuung und Pflege der Menschen für die wir unsere Angebote unterbreiten.

Wir entwickeln dabei unsere Angebote kontinuierlich weiter.

Die Transparenz- und Qualitätssicherung wird durch eine regelmäßige externe Qualitätsüberprüfung garantiert. Die KTQ-Rezertifizierung und die erfolgreichen Überprüfungen des Medizinischen Dienstes der Pflegekassen belegen eine hohe Pflegequalität und eine sehr gute Bewohnerorientierung.

Geschulte Mitarbeiter aus den Bereichen Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Gerontopsychiatrie sowie hauswirtschaftliche Präsenzkkräfte haben sich zum Ziel gesetzt, vorhandene Fähigkeiten und Entwicklungspotentiale zu erkennen, zu fördern und zu stabilisieren.

Das individuelle Wohlbefinden der uns anvertrauten Menschen hat dabei auch in Zukunft oberste Priorität.





LWL-Pflegezentrum Marsberg „Haus Stadtberge“

LWL-WOHNVERBUND MARSBERG



Der LWL-Wohnverbund Marsberg ist eine Einrichtung der Behindertenhilfe mit stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten in den Bereichen Wohnen, Beschäftigung und Arbeit, sowie Therapie und Freizeit. An 2 Standorten (Bredelarer Straße und Weist) werden Bewohnerinnen und Bewohner, Klientinnen und Klienten im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach SGB XII sowie nach SGB VIII in den unterschiedlichsten Wohnformen betreut und gefördert.

Die Gründung des Wohnverbundes begann im Jahr 1996. Am 14. November beschließt der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) die Satzung für die Westfälischen Pflege- und Förderzentren. Zum 1. Januar 1997 richtete der LWL das Westfälische Pflege- und

Förderzentrum (WPFZ), heute LWL-Wohnverbund Marsberg, ein. Das WPFZ setzte sich zusammen aus dem Pflegezentrum (Weist 45) und aus den beiden Förderzentren. Somit vollzog man die Trennung von Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus und Betreuung und Förderung in einem Heim für die ehemaligen Patientinnen und Patienten der Nicht-Behandlungsbereiche des St. Johannes-Stifts und der Westfälischen Klinik.

1999 wurde Karl-Josef Feischen die fachliche Leitung des Förderbereichs I übertragen. Er entwickelte das Konzept für eine sozialtherapeutische Wohngruppe für jüngere Menschen im Alter von 16 bis 30 Jahren mit komplexen Störungsbildern. Im Förderbereich II plante man eine Tagesstätte für Menschen mit psychischer Erkrankung mit 15 Plätzen

als teilstationäres Angebot. Beide Projekte und ein stationäres Betreuungsangebot mit 10 Plätzen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen wurden im Jahr 2000 verwirklicht.

2002 wird Herr Feischen verabschiedet. Die bisher stellvertretende Fachbereichsleiterin, Gabriele Wacker, führt kommissarisch die Dienstgeschäfte im Förderbereich I. Im gleichen Jahr wird das tagesstrukturierende Angebot der Grußkartenproduktion eingerichtet. Bis heute werden die Produkte zum Verkauf angeboten.

2003 erfolgt die Zusammenfassung der beiden Förderbereiche I und II. Andrea Engelmann wird als Fachliche Leiterin für beide Standorte eingesetzt. Beatrice Maciejczyk und Gabriele Wacker werden als stellvertretende Fachliche Leiterinnen benannt.

Im selben Jahr wird das Betreuungsangebot „Ambulant Betreutes Wohnen in Familien/ Familienpflege“ konzipiert, umgesetzt und um den Bereich „chronisch mehrfachgeschädigte abhängigkeitskranke Menschen“ erweitert.

Als ein Instrument zur Qualitätssicherung findet im Jahr 2003 die erste EFQM-Selbstbewertung statt (European Foundation for Quality Management). Seither wird sie regelmäßig alle 2 Jahre durchgeführt. Zur weiteren Qualitätssicherung entwickelte man in Kooperation mit allen LWL-Wohnverbänden ein umfangreiches Qualitätshandbuch.

Gemäß der Namensänderung der LWL-Kliniken und Wohnverbände wird aus dem WPFZ der Westfälische Wohnverbund Marsberg.

In den kommenden Jahren führte man die beiden Standorte zusammen. Die Betreuungsangebote werden ganz unter dem Motto „ambulant vor stationär“ differenziert. Es entstehen öffentlich wirksame Projekte zur Integration und Inklusion von Menschen mit Behinderung.

Am 1. Januar 2005 übernimmt der damalige Westfälische Wohnverbund die Leistungsan-

gebote des Vereins Aktion Rehabilitationshilfe Marsberg e.V.: „Ambulant Betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen sowie chronisch mehrfach beeinträchtigte abhängigkeitskranke Menschen (CMA)“ und die „Kontakt- und Beratungsstelle für psychisch kranke Menschen“. Hiermit verbunden ist die Übernahme des kompletten Mitarbeiter/ Mitarbeiterinnen-Teams sowie aller Betreuungsverträge der Klientinnen und Klienten des Vereins.

Im stationären Bereich werden eine Wohngruppe und eine Tagesförderstätte für Menschen mit autistischer Störung in Betrieb genommen. Aufgrund steigender Nachfrage bietet der Wohnverbund das Betreuungsangebot „Kurzzeitwohnen“ an.

2006 wird mit dem Kostenträger der Abbau von 25 stationären Plätzen zu Gunsten des Ambulant Betreuten Wohnens vereinbart und umgesetzt. Seither wird auch im Kreis Höxter Ambulant Betreutes Wohnen angeboten.

2007 erfolgt zur Markenbildung des LWL erneut eine Namensänderung von Westfälischer Wohnverbund Marsberg in LWL-Wohnverbund Marsberg.

2008 entsteht eine Wohngruppe für Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung, die aus dem Maßregelvollzug langzeitbeurlaubt sind.

Im Dezember 2008 wird das Gesetz über das Wohnen mit Assistenz und Pflege in Einrichtungen (Wohn- und Teilhabegesetz – WTG) eingeführt, das in Nordrhein-Westfalen das bisherige Heimgesetz ersetzt. Insbesondere die Auflagen des WTG zur räumlichen Ausstattung machen im Wohnverbund Neu- und Umbauten notwendig.

2009 tritt in Deutschland die UN-Behindertenrechtskonvention mit dem zentralen Thema Inklusion in Kraft. Jeder Mensch soll die Möglichkeit haben, sich gleichberechtigt an allen gesellschaftlichen Prozessen zu betei-

ligen und das völlig unabhängig von seinen individuellen Fähigkeiten, Geschlecht, Alter, sozialer oder ethnischer Herkunft.

Durch die Neufassung der Satzung und Dienstanweisung zur Geschäftsverteilung erhält der Wohnverbund – analog zu den Kliniken – gemeinsam mit dem Pflegezentrum eine eigene Betriebsleitung. Der kaufmännische Direktor, die Leiterin des Wohnverbundes sowie Leiter des Pflegezentrums sind nun gleichberechtigte Mitglieder der Betriebsleitung.

2009 wird die Arbeitsförderstätte „Schäferhof Drude“ in Warburg-Welda eröffnet. 2 Jahre später werden in Warburg ein Apartmenthaus für Menschen mit psychischer Erkrankung sowie eine Beratungsstelle in Betrieb genommen.

2012 wird ein Kooperationsvertrag zwischen dem LWL-Landesmuseum für Klosterkultur, Stiftung Kloster Dalheim, und dem Wohnverbund geschlossen. Dadurch ist eine weitere strukturierende Tätigkeit – „Gartenpflegearbeiten im Kloster Dalheim“ – außerhalb des Wohnverbundes möglich.

Im gleichen Jahr erhält der Wohnverbund vom HSK eine Förderung für das einjährige Projekt „Ambulant vor stationär – selbstständiges Leben in der eigenen Wohnung“. Auch Menschen mit einem geringen Hilfebedarf und ohne psychische Erkrankung können nun vom Team Betreutes Wohnen (BeWo) betreut werden.

2013 wird die Wohngruppe für Bewohnerinnen und Bewohner, die aus dem Maßregelvollzug langzeitbeurlaubt sind, um ein offen geführtes Angebot erweitert.

Die LWL-Tagesstätte für Menschen mit psychischer Erkrankung wird um 5 Plätze erweitert.

Gemeinsam mit der Kontakt- und Beratungsstelle Marsberg werden regelmäßige Vortragsreihen organisiert, die interessierte

Bürgerinnen und Bürger über aktuelle psychiatrische Themen informieren.

Öffentliche Auftritte der vielen Gruppen des Wohnverbundes tragen dazu bei, Barrieren zwischen Menschen mit und ohne Behinderung abzubauen.

Seit Gründung des Bewohner/innen-Chores im Jahr 2003 finden regelmäßig Konzerte statt. Ein Höhepunkt stellt dabei das im Sommer 2010 aufgeführte Musical-Event „I have a dream“ dar. Die „Shanti Singer“ nehmen mittlerweile an vielen Veranstaltungen auch außerhalb des Wohnverbundes teil (z.B. „Day of Song“).

Der „TraumCircus“ des Wohnverbundes tritt erstmalig 2006 anlässlich des Besuchs des WM-Trucks in Marsberg auf. In den kommenden Jahren wird die Formation, die sich zusammensetzt aus Menschen mit und ohne Behinderung, zu vielen öffentlichen Veranstaltungen eingeladen u.a. zur Grünen Woche nach Berlin, zur Landesgartenschau nach Hemer und zur bisher einzigartigen Gala „Bühne für Helden“ in Bremen mit ausschließlich integrativen Künstlergruppen.

Der LWL-Wohnverbund Marsberg ist heute eine moderne Einrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung, psychischer Erkrankung und/oder Abhängigkeitserkrankung und hat ein eigenes Profil entwickelt. Die Einrichtung gliedert sich in stationäre und teilstationäre Angebote sowie ambulante Dienste.

In den Wohngruppen an beiden Standorten Bredelarer Straße und Weist sowie den vielen Außenwohngruppen werden zurzeit im Rahmen der Eingliederungshilfe 372 Menschen betreut und gefördert. Grundlage unseres Handelns ist die Überzeugung, dass Menschen mit Behinderung die Fähigkeit und die Chance zu einem möglichst normalen und weitgehend selbstbestimmten Leben haben.

Seit Bestehen des Ambulant Betreuten Wohnens hat sich diese Form der Betreuung zu einem entscheidenden und wichtigen Be-

standteil der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung entwickelt. Das BeWo des LWL-Wohnverbundes Marsberg betreut – im Hochsauerlandkreis und Kreis Höxter – derzeit 160 Klientinnen und Klienten mit einer psychischen Erkrankung, einer Abhängigkeitserkrankung oder einer geistigen Behinderung. Auch das Betreute Wohnen

in Familien/Familienpflege ist mit aktuell 16 Gastbewohnerinnen und -bewohnern ein wesentlicher Baustein zur Betreuung von Menschen mit Behinderung. Entsprechend der Vorgaben „ambulant vor stationär“ wird der Bereich BeWo – sowohl im HSK als auch im Kreis Höxter – zunehmend an Bedeutung gewinnen.





LWL-Wohnverbund Marsberg

ENGE VERBINDUNG DER LWL-EINRICHTUNGEN MIT DER STADT MARSBERG

Seit 200 Jahren gibt es eine sehr enge Verknüpfung zwischen der psychiatrischen Klinik bzw. den heutigen psychiatrischen LWL-Einrichtungen und der Stadt Marsberg: Die Einrichtungen liegen mitten in der Stadt und sind mit ihren heute fast 1.700 Mitarbeitern der größte Arbeitgeber am Ort. Viele Mitarbeiter leben in Marsberg und arbeiten zum Teil schon seit Generationen „beim LWL“. Schon früh gehörten die Patienten zum

Stadtbild und schon früh gab es in Marsberg das Angebot der Familienpflege. Vor diesem Hintergrund ist es in Marsberg insgesamt zu einer besonderen Empathie, Wertschätzung und Toleranz für psychisch kranke Menschen gekommen. Heute engagieren sich viele Marsberger Bürgerinnen und Bürger ehrenamtlich für Patienten und Bewohner. So gesehen ist die ganze Stadt Marsberg seit 200 Jahren „gelebte Inklusion“.



Blick auf die Stadt Marsberg 2014

DIE BETRIEBSLEITUNGEN DER LWL-EINRICHTUNGEN MARSBERG IM JAHR 2014



Hildegard Bartmann-Friese
PD Dr. Stefan Bender
Jörg Dondalski
Andrea Engelmann
Eyk Schröder
Dr. Mareike Schüler-Springorum
Josef Spiertz
Michaela Vornholt



Stark für die seelische Gesundheit

Der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen ist der gemeinnützige Gesundheitsdienstleister des LWL, des Kommunalverbandes der 18 Kreise und 9 kreisfreien Städte in Westfalen-Lippe. Der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen leistet einen entscheidenden Beitrag zur seelischen Gesundheit der Menschen in Westfalen-Lippe.

- **über 100 Einrichtungen im Verbund:** Krankenhäuser, Tageskliniken und Institutsambulanzen, Rehabilitationseinrichtungen, Wohnverbünde und Pflegezentren, Akademien für Gesundheitsberufe, Institute für Forschung und Lehre
- **ca. 9.250 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter** aus allen Berufen des Gesundheitswesens
- **ca. 180.000 behandelte und betreute Menschen** im Jahr

Wir arbeiten für Sie in den Kreisen Borken, Coesfeld, Gütersloh, Höxter, Lippe, Paderborn, Recklinghausen, Soest, Steinfurt, Unna, dem Hochsauerlandkreis und dem Märkischen Kreis sowie in den kreisfreien Städten Bochum, Dortmund, Hamm, Herne und Münster.

