

Aus dem Institut für Geschichte Theorie und Ethik der Medizin
an der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Lehrstuhlinhaber: Universitäts-Prof. Dr. med. Heiner Fangerau

**Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland
dargestellt an der Gründung und Entwicklung der
Westfälischen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
in der Haard – Marl-Sinsen – „Haardklinik“**

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf
vorgelegt von

Bernward Ostendarp

2017

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.:

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Nikolaj Klöcker

Erstgutachter: Prof. Dr. phil. Jörg Vögele

Zweitgutachterin: Prof. Dr. med. Petra Franke

Widmung:

Meinen Eltern Herrn Dr. med. Norbert Ostendarp (verstorben 1997)
und Frau Dr. med. Cäcilia Ostendarp (verstorben 2005) widme ich diese Dissertation.

Abstract / Zusammenfassung Dissertation von Bernward Ostendarp

Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland dargestellt an der Gründung und Entwicklung der Westfälischen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard – Marl-Sinsen – „Haardklinik“

Die meisten Psychiatrischen Krankenhäuser entstanden im 19. Jahrhundert bzw. zu Beginn des 20. Jahrhunderts und entwickelten sich aus dem damaligen Anstaltswesen zu den Kliniken, wie sie heute noch bestehen. Neugründungen von Krankenhäusern sind selbst in der 2. Hälfte des 20. Jahrhundert eine Seltenheit.

Auf dem Gebiet der Psychiatrie, insbesondere auf dem der Kinder- und Jugendpsychiatrie, waren auf Grund des erhöhten Bedarfs Neugründungen ab ungefähr 1960 nötig.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Geschichte und Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland exemplarisch am Krankenhaus des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) in der Haard, einer der größten kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken in Deutschland, darzustellen.

Methodisch handelt es sich um eine Institutionen zentrierte Arbeit aus der ärztlich-medizinischen Perspektive. Als Quellen wurden gedruckte und ungedruckte Materialien (aus dem klinikeigenen Archiv und dem LWL-Archiv (Münster) sowie den Privatarchiven ehemaliger Mitarbeiter der Einrichtung) und Zeitzeugeninterviews ausgewertet.

Es zeigten sich bei der Neugründung und Entwicklung der Klinik zahlreiche Probleme, aber auch Chancen, die bei einer Einrichtung dieser Art in ihrer Komplexität zu Tage treten. Da die Gründung des Hauses in die 60er Jahre des 20. Jahrhundert fiel, lag sie noch deutlich vor der Psychiatriereform in der Bundesrepublik Deutschland. Viele der Veränderungen, die durch die Reform angestoßen wurden, sind in der Klinik im Laufe der Jahre umgesetzt und verwirklicht worden: Ortsnähere Versorgung der Patienten, Ambulanzen, Tageskliniken, Verkürzung der Verweildauer. Wurden in den Anfangsjahren der Klinik vor allem Patienten mit körperlichem und geistigem Handicap behandelt, so liegt heute der Schwerpunkt auf Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen. Das aber in der Gründung gewünschte Konzept einer Klinik „weg von der Stadt“ in einem Waldgebiet ist heute kritisch zu bewerten. Hier liegt in vieler Hinsicht ein anachronistisches Modell zugrunde, welches an eine Psychiatrische Anstalt des 19. Jahrhunderts erinnert, ein Großkrankenhaus fernab der Wohnorte.

Prof. Dr. phil. J. Vögele

Vorwort

Die Idee der Arbeit entstand in einem Gespräch mit Herrn Privatdozent Dr. med. Thorsten Noack vom Institut für Geschichte und Ethik der Medizin an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Herr Dr. Noack gab mir die Anregung, ein eigenes Thema zu bearbeiten. Mein Augenmerk fiel auf die Klinik des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (LWL-Klinik) für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marl-Sinsen (gegründet 1966), da mein Patenonkel Prof. Dr. Egon Machetanz (er war Studienfreund meines Vaters in Göttingen) Gründungsrektor und Ärztlicher Leiter der Klinik war.

In weiteren Gesprächen mit Herrn Dr. Noack, dem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Jörg Vögele und Herrn Prof. Dr. Egon Machetanz wurde die Idee der Arbeit weiter entwickelt, die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland anhand der Klinik in Marl-Sinsen darzustellen.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abb.	Abbildung	event.	eventuell
ABM	Arbeitsbeschaffungsmaßnahme	Evoz. Pot.	Evozierte Potentiale
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätssyndrom	EZ	Ernährungszustand
ADS	Aufmerksamkeitsdefizit	FNV	Finger-Nasen-Versuch
AG	Aktiengesellschaft	geb.	geboren
Akt	Aktivitäten	ggf.	gegebenenfalls
a.M.	am Main	Gmm	Großmutter mütterlicherseits
APL-Professor	außerplanmäßiger Professor	HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
AS	Arminosäure	HNO	Hals-Nasen-Ohren
ASR	Archillessehnenreflex	HT	home-treatment
Aufn.	Aufnahme	HWK	Hals-Wirbelkörper
AZ	Allgemeinzustand	info	Information
BD	Bauchdecke	insges.	insgesamt
BHR	Bauchhautreflex	IQ	Intelligenzquotient
BSR	Bizepssehnenreflex	JfdW	Jahresbericht für das Wirtschaftsjahr
bzw.	beziehungsweise	Ke	Kindeseltern
CDU	Christlich Demokratische Union	KER	Kosten- und Ertragsrechnung
CrR	Cremasterreflex	Kernspinc.	Kernspin Computertomographie
CT	Computertomographie	KFH	Kath. Fachhochschule
Dipl.	Diplom	KHV	Knie-Hacke-Versuch
DM	Deutsche Mark	KIGGS	Kinder- und Jugendgesundheits-survey
DRG's	Diagnosis Related Groups	KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
E.-Geschoss	Erdgeschoss	Km	Kindesmutter
e.V.	eingetragener Verein	KTK	Koordinationstest für Kinder
ebd.	ebenda		
EEG	Elektroenzephalogramm		
EKG	Elektrokardiogramm		
ESQM	europäische Stiftung für Qualitätsmanagement		

KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität	SB-Status	Säure-Basen-Status
Kv	Kindesvater	Sept.	September
L.f.d.W.	Lagebericht für das Wirtschaftsjahr	SGB	Strafgesetzbuch
li.	links	sog.	sogenannt
LRS	Lese-und Rechtschreibschwäche	SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschland
Ltd.LMD	leitender Landesmedizinaldirektor	spez.	spezifisch
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe	T4	Tetraiodthyronin
MCU	Miktionszystouerthografie	Tab.	Tabelle
Medi	Medikamente	TBC	Tuberkulose
MTA	medizinisch-technische Assistenten	TSH	Thyreotropin stimulierendes Hormon
N.	Nervus	TSR	Trizepssehnenreflex
NAP	Nervenaustrittspunkte	TÜV	technischer Überwachungsverein
NLG	Nervenleitgeschwindigkeit	U.	Untersuchung
Nr.	Nummer	u.a.	unter anderem
NRW	Nordrheinwestfalen	U.Geschoss	Untergeschoss
NS-Zeit	nationalsozialistische Zeit	UBA	Umweltbundesamt
O.Geschoss	Obergeschoss	W. Störung	Wahrnehmungsstörung
Päd.	Pädagoge	WAZ	Westdeutsche Allgemeine Zeitung
Pat.	Patient	WIBERA	Wirtschaftsgutachten der Wirtschaftsberatung
path. Resist.	pathologische Resistenz	WLK	Westfälisches Landeskrankenhaus
PH	Pädagogische Hochschule	WLKfK u JPdH	Westfälisches Landeskrankenhaus für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
PSR	Plantarsehnenreflex	WLV	Westfälischer Landesverband
re.	rechts	z.B.	zum Beispiel
RKI	Robert Koch Institut		
RPR	Radiusperiostreflex		
RR	Blutdruckmessung nach Riva Rocci		
S.	Seites.o. siehe oben		

z.T.

zum Teil

ZV

Zulassungsverordnung

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	I
Abkürzungsverzeichnis	II
Inhaltsverzeichnis	V
1 Einleitung	1
2 Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie	4
2.1 Historische Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie	
2.1.1 Entwicklung von der Antike bis ins 17. Jahrhundert	4
2.1.2 Das Kind als eigenständiges Wesen, Einflüsse von Freuds Psychoanalyse	5
2.1.3 Einflüsse der Philosophie, Heilpädagogik und Pädagogik	7
2.1.4 Die Kinder- und Jugendpsychiatrie auf dem Weg zur medizinischen Fachrichtung	8
2.1.5 Die verschiedenen Traditionen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	11
2.1.6 Stationäre und ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie	12
2.2 Gesellschaftliche Hintergründe der Kinder- und Jugendpsychiatrie von 1914-1945	15
2.3 Entwicklung der Psychiatrie vor der Psychiatriereform in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts	22
2.4 Die Psychiatriereform und ihre Folgen	26
3 Situation der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung 1966 in Westfalen-Lippe	33
4 Auftrag des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe	
4.1 Vorbereitungen ab 1965	37
4.2 Konzeptionelle Vorüberlegungen	40
4.3 Bauliche Konsequenzen	46
4.4 Bauplanung	51
4.5 Bilder aus dem Klinikalltag um 1970 bis 1980	54
4.6 Gewünschte personelle Grundausstattung	60

5	Bauphase-Oktober 1968 – 1976	62
6	Personeller Aufbau	74
6.1	Personeller Aufbau in der Gründungszeit der Klinik (1966-1974)	74
6.2	Weitere Personalentwicklung bis 2010	85
6.3	Die Chefarzte der Klinik	90
7	Entwicklung der Klinik – Probleme – Tendenzen	
	Weiterer Ausbau bis 1990	94
8	Veränderung der Klinikstruktur ab 1990	98
8.1	Strukturelle und organisatorische Veränderungen aufgrund neuer Erkenntnisse und Entwicklungen	98
8.2	Therapie- und Behandlungsplan	110
8.2.1	Therapie- und Behandlungsplan – Allgemeines	110
8.2.2	Therapieplan und Therapiekoordination	134
8.2.3	Schriftliche Dokumentation	134
8.2.4	Sozialdienst	139
8.2.5	Behandlungsplan	140
8.2.6	Entlassung	140
9	Das Krankenhaus als Ausbildungs-, Fort- und Weiterbildungsstätte	142
10	Die Klinik in der heutigen Situation	146
10.1	Strukturen der Klinik	147
10.2	Ein Aufnahmetag	148
10.3	Therapieformen	149
10.3.1	Entwicklungs- und Montessori-Therapie	149
10.3.2	Ergotherapie	151
10.3.3	Kunsttherapie	153
10.3.4	Musiktherapie	153
10.3.5	Reittherapie	154

10.3.6	Schwimmtherapie	158
10.3.7	Snoezelen	158
10.3.8	Tanztherapie	161
10.3.9	Tiergestützte Therapie, tiergestützte Pädagogik	161
10.3.10	Sport- und Bewegungstherapie	164
10.4	Stationen in der Klinik	164
10.4.1	Allgemeine Stationen	164
10.4.2	Besondere Stationen	165
10.5	Nachbehandlung	167
10.6	Klinikschule	167
10.7	Öffnung der Klinik nach außen	168
10.8	Qualitätsansprüche der Klinik	169
10.9	Leitbilder der Klinik	170
11	Fazit	172
11.1	Diskussion – Quellenkritik	172
11.2	Schlussfolgerungen, Zusammenfassung und Zukunftsperspektive	173
12	Anhang	177
12.1	Gespräch mit Herrn Dr. Jürgen Haas (ärztlicher Direktor der Klinik) am Montag, den 12.01.2009	177
12.2	Interview mit Herrn Eltrop (kaufmännischer Direktor der Klinik) am Montag, den 19.07.2010	181
12.3	Interview mit Heinz- Werner Goyer (ehemaliger Patient der Klinik) am Mittwoch, den 27.10.2010	199
13	Quellen	216
13.1	Bildnachweis, geordnet nach Abbildungsnummern	216
13.2	Quellenverzeichnis	220
13.3	Literaturnachweis	227

14 Tabellenverzeichnis 229

15 Tabellarischer Anhang 231

Danksagung

1 EINLEITUNG

Es existieren viele wissenschaftliche Veröffentlichungen zur Geschichte der Psychiatrie, aber Forschungsarbeiten zur Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie als wichtiges Teilgebiet der Psychiatrie sind wesentlich seltener. Dieses Fach hat sich erst im Laufe des 20. Jahrhunderts allmählich als eigenständiges Gebiet von der Psychiatrie (aber auch der Pädagogik) emanzipiert und professionalisiert. Einen deutlichen Entwicklungsschub erfuhr das junge Fach in der alten Bundesrepublik in den 1960er und 70er Jahren, insbesondere im Zuge der Psychiatriereform. Es zeigte sich in der Beschäftigung mit der vorhandenen Literatur über die Kinder- und Jugendpsychiatrie, dass Literatur über die Entwicklung der Psychiatrie im Allgemeinen bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts vielfach vorhanden ist, im Rahmen dieser Arbeit konnte auf diese Quellen Bezug genommen werden. Wichtig für die geschichtliche Aufarbeitung der Psychiatrie waren in Deutschland besonders die 60er und 70er Jahre und darüber hinaus die Auseinandersetzung mit dem Nationalsozialismus. Aufgrund der Verstrickungen der Psychiatrie und der Psychiater mit dem nationalsozialistischen Gedankengut folgte auch auf dem Gebiet der Psychiatrie eine geschichtliche Aufarbeitung dieser Verstrickungen. Geforscht wurde nicht nur allgemein über die Entwicklung der Psychiatrie im Nationalsozialismus, es folgte ebenso die Aufarbeitung des Verhaltens bedeutender Psychiater in dieser Zeit und die Entwicklung in verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen, nicht zuletzt auch in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die Bedeutung der Psychiatriereform und ihrer Folgen wurde in der Fachliteratur schon gewürdigt, da die Reform aber ein offener Prozess ist, wird auch in Zukunft die Beschäftigung mit der Psychiatriereform Aufgabe der Forschung sein.

Um die Zusammenhänge der Psychiatriereform in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts verstehen zu können, ist es unumgänglich die historische Entwicklung der Psychiatrie zu begreifen. Die Arbeit stellt diese historische Entwicklung, beginnend in der Antike als Grundlage unserer geschichtlichen europäischen Wurzeln, zunächst dar, um sich zum Abschluss des allgemein geschichtlichen Teiles mit der Psychiatriereform und Ihren Folgen zu beschäftigen.

Im zweiten Teil der Arbeit wird die Historie der Psychiatrie ab 1965 am Beispiel der „Haardklinik“ konkretisiert. Das Hauptziel dieser Arbeit ist die historische Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in dieser Phase rascher Veränderungsprozesse und

Ungleichzeitigkeiten am lokalen Beispiel der „Haardklinik“, einer bei Marl am nördlichen Rand des Ruhrgebiets gelegenen Großenrichtung, darzustellen. Diese Klinik, von Beginn an in der Trägerschaft des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL), war und ist eine der größten Kinder- und Jugendpsychiatrien in Deutschland und Europa.

Für die Darstellung der institutionellen Entwicklung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie besitzt die Einrichtung einen beispielhaften Charakter. Eine Aufarbeitung der geschichtlichen Entwicklung von den 60er Jahren am Beispiel einer solchen Klinik, ermöglichte im Rahmen dieser Arbeit vielerlei, bisher nicht berücksichtigter Betrachtungen. In ihrer Planungs- und Gründungsphase, die noch vor der Psychiatriereform in den 1960er Jahren lag, orientierte sich die Klinik an den Leitmodellen des somatischen Krankenhauses und der (zivilisationsfern gelegenen) psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalt des 19. Jahrhunderts und war mit diesem Konzept in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts ein Anachronismus. Sicherlich exemplarisch ist die Darstellung der Planungs- und Gründungsphase einer solchen Großklinik, besonders wenn berücksichtigt wird, dass in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhundert kaum neue Kliniken gegründet, gebaut oder errichtet worden sind.

Die Klinik spiegelt in ihrer über 40jährigen Geschichte zum einen viele Aspekte der allgemeinen Entwicklung in der Psychiatrie und im Besonderen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, zum anderen auch westdeutsche Gesellschaftsgeschichte wider. Besonderes Augenmerk wurde auf die Darstellung der Veränderungen der Klinik im Rahmen der Umwälzungen der Psychiatriereform gelegt, hier zeigen nicht nur Zahlen, wie u.a. Bettenbelegungen die Veränderungen an, ebenfalls konnte dargestellt werden, wie sich die Konzeption der Klinik im Rahmen zu mehr ambulanter Patientenbetreuung und die Therapiekonzepte bis heute veränderten. Eine Beschreibung der heutigen Situation der Klinik und ihrer Konzeption gibt Einblick in die heutige Arbeitsweise einer psychiatrischen Klinik. Methodisch handelt es sich um eine Institutionen zentrierte Arbeit aus der ärztlich-medizinischen Perspektive. Patienten- oder Alltagsgeschichte werden nur am Rande gestreift (siehe Interview mit Herrn Goyer im Anhang der Arbeit). Themen wie Gewalt, Gewaltverhältnisse und Missbrauch wurden nicht oder kaum untersucht. (Der WDR zeigte in Berichten im Jahre 2013¹ Beispiele der Gewalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marsberg auf.)

¹ Kummer S und LWL-Einrichtungen Marsberg, Chronik 200 Jahre Psychiatrie Marsberg, Bönen 2014, S. 31

Der erste Teil der Arbeit zeigt allgemein den Forschungsstand über die geschichtliche Entwicklung der Psychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Im zweiten Teil wurde – wie oben schon erwähnt – die Geschichte anhand der Entwicklung der „Hardklinik“ konkretisiert. Hier wurde zum einen die Entwicklung der Klinik im zeitlichen Ablauf dargestellt, diese wiederum durch bestimmte Schwerpunkte einzelner Problemfelder ergänzt.

Als Quellen wurden für diese Promotion gedruckte und ungedruckte Materialien sowie Zeitzeugeninterviews verwendet. Ungedruckte Literatur stammt vorwiegend aus dem klinikeigenen Archiv (Marl-Sinsen) und dem LWL-Archiv (Münster) sowie den Privatarchiven ehemaliger Mitarbeiter der Einrichtung. Im Verlauf der Arbeit zeigten sich verschiedene Probleme bei der Quellensuche. Bestimmte Berichte, wie z. B. die Lageberichte über die Wirtschaftsjahre waren im Archiv der Klinik in Marl-Sinsen nur für bestimmte Jahre einsehbar. Ähnliches galt für die Zahlen über die Beschäftigten des LWL, hier fehlten im LWL-Archiv Münster einige Jahrgänge. Ab dem Jahr 1980 obliegt auf diesen Daten ein Bestandsschutz (30 Jahre), die auch nicht vom Leiter des Archivs freigegeben wurden. Quellenkritisch ist anzumerken, dass es sich bei diesen Quellen überwiegend über normative bzw. idealisierende Quellen handelt, die die Perspektive von Professionellen wiedergeben.

Die Interviews von Zeitzeugen gaben über die Literaturrecherche hinaus Einblick in das Leben der Klinikpatienten und die Sichtweise der Entscheidungsträger, wie des Verwaltungsleiters und der ärztlichen Leiter der Klinik. Bewusst wurden diese drei Personen befragt, da sie die Geschichte der Klinik aus ganz verschiedenen Positionen und Stellungen in der Hierarchie der Klinik erlebt haben und erleben. Die Befragten bringen ihre persönliche, natürlich auch subjektive, Meinung zum Ausdruck.

Sie sind im Anhang der Arbeit enthalten. Gerade die Interviews von Zeitzeugen ermöglichen Einblicke über die vorhandene Literatur hinaus. Das Interview mit einem Patienten bringt Informationen zum Klinikalltag, abseits von offiziellen und amtlichen Bekanntmachungen der Klinik und der Klinikleitung.

Zur Klinik Marl-Sinsen existiert bisher keine Forschungsliteratur.

2 GESCHICHTE DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

2.1 HISTORISCHE ENTWICKLUNG DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

2.1.1 ENTWICKLUNG VON DER ANTIKE BIS INS 17. JAHRHUNDERT

Berichte über psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen waren in der Antike und im Mittelalter eher selten. In der Antike wurden kranke Kinder ausgesetzt und getötet.

“Tolle Hunde bringen wir um; einen wilden und unbändigen Ochsen hauen wir nieder, und an krankhaftes Vieh, damit es die Herde nicht anstecke, legen wir das Messer, ungestalte Geburten schaffen wir aus der Welt, auch Kinder, wenn sie gebrechlich und missgestaltet zur Welt kommen, ersäufen wir. Es ist nicht Zorn, sondern Vernunft, das Unbrauchbare von dem Gesunden abzusondern.“²

Erst durch das Juden- und Christentum änderte sich die gesellschaftliche Einstellung zu Kindern, obwohl die Tötung von Kindern, die als Besitz des Vaters angesehen wurden, trotz der Einführung des Christentums als Staatsreligion im römischen Reich und der Bezeichnung des Mordes eines Kindes als Kapitalversprechen,³ bis ins Frühmittelalter bei stark erkrankten und missgebildeten Opfern durchaus Praxis war.^{4 5}

Vom Mittelalter bis zur frühen Neuzeit galten die psychisch Erkrankten als „Monster“ oder als böse Vorahnungen für Katastrophen wie Seuchen, Krieg oder Hungersnöte. Martin Luther erwähnte 1541 in einer Tischrede die Tötung von „Wechselbälgen“ oder Kretins, da man bei ihnen den Teufel mit im Spiel sah. Es setzte sich erst sehr langsam der Gedanke durch, dass es einen Zusammenhang zwischen einem psychiatrischen Leiden und einer Erkrankung gab. Den Zusammenhang zwischen Kropf und Schwachsinn soll zunächst Paracelsus (1493-1541) erkannt haben. Felix Platen beschrieb Schwachsinn als

²Seneca, zit. nach: Engbarth A, Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie und ihre Bedeutung für die heutige Praxis, Frankfurt a. M. 2003, S. 36

³De Mause L, Hört ihr die Kinder weinen. Eine psychogenetische Geschichte der Kindheit, Frankfurt a. M. 1992, S. 124

⁴Engbarth A, Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie und ihre Bedeutung für die heutige Praxis, Frankfurt a. M. 2003, S. 36

⁵De Mause L, Hört ihr die Kinder weinen. Eine psychogenetische Geschichte der Kindheit, Frankfurt a. M. 1992, S. 139

Möglichkeit einer Vererbung. Er systematisierte im Jahre 1570 die Geisteskrankheiten und forderte eine menschliche Behandlung der psychiatrisch Erkrankten.⁶ Im Mittelalter wurden die Kinder wie „Miniaturerwachsene“, wie ein junger Mensch, behandelt, man denke z. B. an die Kinderkreuzzüge des 13. Jahrhunderts, an die Arbeiten in Haus und Feld, eingebunden in den Arbeitsprozess der Erwachsenen.⁷ Die Kinder hatten keine eigene Stellung in der Gesellschaft, sondern gehörten zur Gruppe der Erwachsenen.⁸ Erst die Humanisten, die im eigentlichen Sinne Reformer und Moralisten waren⁹ – nicht zuletzt durch die Erziehungsregeln (1526) von Erasmus von Rotterdam – führten zu einer Änderung im Verhältnis der Eltern zu ihren Kindern.¹⁰

Die Kinder sollten erzogen werden, sich einer Quarantäne unterwerfen, bis sie die ‚Reife‘ erlangt haben, um in die „Welt der Erwachsenen“¹¹ entlassen zu werden.¹²

2.1.2 DAS KIND ALS EIGENSTÄNDIGES WESEN, EINFLÜSSE VON FREUDS PSYCHOANALYSE

Im 18. Jahrhundert und in der Folgezeit wurde das Kind mehr und mehr als eigenständiges Wesen mit eigenen Rechten und Pflichten betrachtet. In der industriellen Revolution hatte das Kind z. B. die Pflicht, sich im Rahmen der Kinderarbeit wie die Erwachsenen am Unterhalt der Familie zu beteiligen.

Die medizinische Wissenschaft sah jedoch nach wie vor in einem Kind einen kleinen Erwachsenen ohne physiologische oder anatomische Eigenständigkeit. Heute wissen wir, dass ein Kind anderen physiologischen Bedingungen unterliegt als ein Erwachsener.

Erst in der Mitte des 19. Jahrhunderts wurden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Erfahrungen aus der Pädiatrie und Psychiatrie zusammengeführt.

⁶ http://www.lwl.org/LWL/Kultur/Westfaelischer_Friede/dokumentation/Zeitleiste/index2_html 06.05.2016

⁷ Engbarth A, Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie und ihre Bedeutung für die heutige Praxis, Frankfurt a. M. 2003, S. 48

⁸ Ariès P, Geschichte der Kindheit, München, Wien 1975, 16. Auflage, 2007, S. 209, S. 560

⁹ ebd. S. 560

¹⁰ Schott H, Tölle R, Die Geschichte der Psychiatrie. Krankheitsformen, Irrwege, Behandlungsformen, München 2006, S. 319f

¹¹ Ariès P, Geschichte der Kindheit, München, Wien 1975, 16. Auflage, 2007, S. 209, S. 561

¹² ebd. S. 209, S. 561

Durch Sigmund Freuds Psychoanalyse wurde erstmals ein Zusammenhang zwischen der frühen Kindheit und späteren psychischen Krankheiten gesehen. In den Anfängen der Psychoanalyse wurde diskutiert, ob der Säugling erst ab dem sechsten Lebensmonat fähig ist, auf traumatisierende Erlebnisse zu reagieren und diese später zu verarbeiten. Die Zeit vorher wurde als „dummes Vierteljahr“ nicht berücksichtigt.¹³ Aus heutiger Sicht ist dies unverständlich, denn wir wissen, dass ein Kind ab dem 1. Lebenstag und auch schon in der Schwangerschaft auf die Umwelt reagiert. Die Psychoanalyse fand aber dennoch im deutschsprachigen Raum keinen Eingang in die Psychiatrie, lediglich in die Pädagogik durch Anna Freud und August Aichhorn (beide Wien). René Spitz, der in die USA emigrierte, brachte dort psychoanalytische Vorstellungen mit Verhaltensbeobachtungen bei Kindern in frühen Entwicklungsphasen in Verbindung. Diese Forschungsrichtung wurde u.a. von Margret Mahler weitergeführt.¹⁴ ¹⁵ Durch die Vertreibung jüdischer Ärzte, die Vorreiter der psychoanalytischen Theorien waren, und die Unterdrückung der Freudschen Psychoanalyse im Dritten Reich kamen die psychoanalytischen und psychotherapeutischen Theorien über Amerika und England erst nach dem Ende des zweiten Weltkriegs nach Deutschland zurück. Die traditionell stark medizinisch-naturwissenschaftliche Ausrichtung der Psychiatrie in Deutschland erschwerte ganz allgemein die Integration psychotherapeutischer Konzepte und insbesondere die der Psychoanalyse.

Ernst Kretschmer war lange Zeit nach dem 2. Weltkrieg einer der wenigen, der die Psychotherapie als integralen Bestandteil der psychiatrischen Wissenschaft forderte.¹⁶

Die naturwissenschaftlichen Maßstäbe der Kinderheilkunde beeinflussten weiterhin in einem erheblichen Maße Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Als ebenso stark muss der Bezug zur biologisch orientierten Erwachsenenpsychiatrie gesehen werden. So verwendete die Kinder- und Jugendpsychiatrie bis weit nach 1945 die gleichen Einteilungssysteme von Psychosen und Neurosen wie in der Erwachsenenpsychiatrie.

“Dadurch war es aber zu einer inversen Betrachtung von Symptomatik und Genese psychischer Krankheiten gekommen. Während die psychische Entwicklung ja vom Kinde zum Erwachsenen hin verläuft, wurden in der Kinderpsychiatrie die an Erwachsenen gewonnenen Erkenntnisse, Theorien und

¹³ Lempp R, „Kinder- und Jugendpsychiatrie- Gegenwart und Entwicklung“ aus Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Bestandsaufnahme, Köln 1985, S. 13

¹⁴ ebd. S. 14

¹⁵ Castell R, Nedoschill J, Rups M und Bussiek D, Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937-1961, Göttingen 2003, S. 216f

¹⁶ ebd. S. 41

pathogenetischen Vorstellungen der Entwicklung entgegengesetzt auf die Kinder übertragen, wobei dadurch bedingte Widersprüchlichkeiten und Unstimmigkeiten lange Zeit übersehen wurden bzw. keine Beachtung fanden.“¹⁷ „Frühkindlich exogenen Psychosyndroms nach frühkindlicher Hirnschädigung (Lempp) oder der minimal brain dysfunction (Wender), waren die ersten frühkindlichen Entwicklung berücksichtigenden psychopathologischen Beschreibungen.“^{18 19}

2.1.3 EINFLÜSSE VON PHILOSOPHIE, HEILPÄDAGOGIK UND PÄDAGOGIK

Pädagogik, Heilpädagogik [Georgens (1823-1886) prägte diesen Begriff erstmals]²⁰ und Philosophie bestimmten vom Beginn des Mittelalters bis ins 18./19. Jhdt. das wissenschaftliche Denken über die Kinder im deutschsprachigen Raum. Paracelsus von Hohenheim (1493-1541) beschrieb den Zusammenhang zwischen dem endemischen Kropf und Schwachsinn, sein Schüler Felix Plater (1536-1614) den erblichen Schwachsinn (s.o.). Ähnliche Beobachtungen waren aber im 16. Jahrhundert eher selten, mit Ausnahme der Epilepsie, über die schon im Mittelalter und bereits sogar in der Antike berichtet wurde. In der Antike wurde die Epilepsie als „die Heilige Krankheit“ bezeichnet. In den Schriften des *corpus Hippocraticum* heisst es als Erklärungsansatz über diese Erkrankung²¹:

„Nach meiner Ansicht ist diese Krankheit in gar keiner Beziehung göttlicher oder heiliger als die anderen Krankheiten, sondern das Wesen ihrer Entstehung ist dasselbe wie bei den anderen Krankheiten dass...“ (Kapitel 2) „Schuld an diesen Leiden ist das Gehirn, wie auch an den anderen schwersten (Geistes-) Krankheiten.“²²(Kapitel 8)

Eine ausführlichere Auseinandersetzung mit der Kinderpädagogik und dem philosophischen Denken über die Kindheit setzte erst zum Beginn der Aufklärung ein.

¹⁷ Lempp R, „Kinder- und Jugendpsychiatrie- Gegenwart und Entwicklung“ aus Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Bestandsaufnahme, Köln 1985, S. 15

¹⁸ ebd. S. 15

¹⁹ ebd. S. 14f

²⁰ Engbarth A, Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie und ihre Bedeutung für die heutige Praxis, Frankfurt a. M. 2003, S. 119

²¹ Eckart W, Geschichte der Medizin, Heidelberg 2008, 6. Auflage, S. 31

²² ebd. S. 32

John Locke (1693) und Jean-Jacques Rousseau (1762) verwandten den Begriff der Heilpädagogik. In Deutschland findet man den Begriff zum ersten Mal in der Veröffentlichung der Leipziger Heilpädagogen Georgens und Deinhardt über eine „Heilpädagogik mit besonderer Berücksichtigung der Idioten und Idiotenanstalten“ aus dem Jahre 1861.

Neben der wissenschaftlichen und theoretischen Beschäftigungen mit dem Wesen der Kinder und Jugendlichen folgten erste soziale Projekte für die Heranwachsenden. Johann Heinrich Pestalozzi (1746-1827), Friedrich von Fröbel (1778-1852), Johann Heinrich Wichern (1808-1881) gründeten 1833 das erste „raue Haus“ zur Rettung verwahrloster Kinder.

Theodor Heller (1869-1938), als Gründer einer heilpädagogischen Anstalt und als Erstbeschreiber der „*Dementia infantilis*“ (1908) sowie Verfasser von dem Werk „*Grundriss der Heilpädagogik*“ (1905) bestimmte in der nachfolgenden Zeit die Heilpädagogik.²³

2.1.4 DIE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE AUF DEM WEG ZUR MEDIZINISCHEN FACHRICHTUNG

Die Kinderpsychiatrie entwickelte sich neben den pädagogischen, heilpädagogischen und philosophischen Richtungen, alles Disziplinen, die sich mit der kindlichen Devianz beschäftigten, (mit und ohne gegenseitige Beeinflussung) erst vergleichsweise spät im 20. Jahrhundert zu einem eigenständigen medizinischen Fach.

Verschiedene Schriften befassten sich bereits im 19. Jahrhundert mit psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen. Es erschienen unter anderem Veröffentlichungen über Erkrankungen im Schulalter, sowie über hyperkinetische Syndrome und Aufmerksamkeitsdefizitstörungen. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie fand Eingang in einem Lehrbuch von Heinrich Schüle, im Jahre 1878, und wurde Teil des

²³ Engbarth A, Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie und ihre Bedeutung für die heutige Praxis, Frankfurt a. M. 2003, S. 82-87 und S. 119-125

berühmten Lehrbuches der Psychiatrie „*Kompendium der Psychiatrie*“ von 1883²⁴ des Autors Emil Kraepelin.²⁵

Franz von Rinecker (1811-1883), ab 1837 Professor in Würzburg, befasste sich im Besonderen mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Er war leitender Arzt der psychiatrischen Abteilung im Juliusospital in Würzburg und „*nacheinander erster deutscher Ordinarius für Pädiatrie und Ordinarius für Psychiatrie*“.²⁶ In dieser Funktion hielt er Vorlesungen im Fach Psychiatrie an der Universität Würzburg. Der Engländer Henry Maudsley verfasste ein 34-seitiges Kapitel unter der Überschrift „*Insanity of Early Life*“ in seiner Monografie „*Physiology and Pathology of Mind*“ (1867). Dieses Buch gilt als Vorreiter kinderpsychiatrischer Lehrbücher.

Hermann Emminghaus (1845-1908), der als Förderer des Studenten Emil Kraepelin galt, kam mit Rinecker in Kontakt und begeisterte sich wie dieser für die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Er veröffentlichte 1878 die „*Allgemeine Psychopathologie*“ zur „*Einführung in das Studium der Geistesstörungen*“.²⁷ Emminghaus war der erste Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie im Jahre 1880 (Universität Dorpat in Estland)²⁸ und stellte mit seiner Veröffentlichung „*Die Psychischen Störungen des Kindesalters*“ die Kinder und Jugendpsychiatrie als eigenes Fach heraus.²⁹

Im Buch „*Les Troubles Mentaux de l'Enfance*“ (1899) mit dem Untertitel „*Précis de Psychiâtrie Infantile*“ des Franzosen Marcel Manheimer findet sich zum ersten Mal der Begriff „Kinderpsychiatrie“ („*Psychiâtrie Infantile*“). Es folgen bis 1964: Die „*Psychopathologie des Kindesalters*“ von Wilhelm Strohmayer (1874—1936),³⁰ das Lehrbuch: „*Die Geisteskrankheiten im Kindesalter*“ von Theodor Ziehen (1915 - 1926), das Epos „*Vorlesungen über die Psychopathologie des Kindesalters*“ von August Homburger (1926), und das „*Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie*“ von Moritz Tramer. In dieser Monografie von 1942 wurde erstmalig die Kinderpsychiatrie als Fachgebiet eingegrenzt.

²⁴Kraepelin E, *Kompendium der Psychiatrie*. Zum Gebrauche für Studierende und Aerzte, Leipzig 1883

²⁵ Paul N, Schlich T, *Medizingeschichte Aufgaben, Probleme, Perspektiven*, Frankfurt, New York 1998, S. 233, 234

²⁶ Castell R, Nedoschill J, Rupps M und Bussiek D, *Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937-1961*, Göttingen 2003, S. 410

²⁷ Schott H, Tölle R, *Die Geschichte der Psychiatrie Krankheitsformen, Irrwege, Behandlungsformen*, München 2006, S. 568

²⁸ Castell R, Nedoschill J, Rupps M und Bussiek D, *Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937-1961*, Göttingen 2003, S. 411

²⁹ ebd. S. 408

³⁰ Demmler A, Strohmayer W, *Dissertation: Ein Wegbereiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie*, Regensburg 2003, S. 59

In den Jahren nach dem zweiten Weltkrieg kam es zu weiteren Veröffentlichungen von Lehrbüchern und wissenschaftlichen Zeitungen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Der Franzose Georges Heuyer, erster Lehrstuhlinhaber für Kinderpsychiatrie in Paris (seit 1949), hatte bereits 1937 zum ersten Internationalen Kongress für Kinderpsychiatrie nach Paris eingeladen, an dem auch eine deutsche Delegation unter der Leitung des Leipzigers Paul Schröder teilnahm.³¹

Georges Heuyer war auch maßgeblich an der Gründung der „International Association of Child Psychiatry“ (später unter dem Namen „International Association of Child Psychiatry and Allied Professions“) beteiligt.

Weitere Ereignisse waren:

1939 der letzte Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie vor dem 2. Weltkrieg mit der Gründung der „*Kinderpsychiatrischen Arbeitsgemeinschaft*“. Diese Arbeitsgemeinschaft erhielt den Auftrag, eine wissenschaftliche Gesellschaft zu gründen.

Am 05.09.1940 folgte die Gründung der Fachgesellschaft „*Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik*“ in Wien. Hier war bereits ein Vertreter der Deutschen Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen anwesend.

Vorsitzender der deutschsprachigen Fachgesellschaft war in ihrem ersten Jahr Paul Schröder, Nachfolger nach dessen Tod wurde Werner Villinger; (im Rahmen seiner Tätigkeit in Bethel beteiligte er sich an den Sterilisationsmaßnahmen im Rahmen der Rassenhygiene der Nationalsozialisten)³², der nach Tätigkeiten in Bethel, Breslau und Tübingen Lehrstuhlinhaber für das Fach Psychiatrie an der Universität Marburg wurde.

Die kinderpsychiatrische Abteilung – später auch den Lehrstuhl – übernahm Hermann Stutte.

Nach Bemühungen in den Jahren 1948/49 kam es 1950 zur erneuten Gründung der Gesellschaft als „*Deutsche Vereinigung für Jugendpsychiatrie*“ in Stuttgart.

So wurde eine ärztliche Organisation gegründet, der auch weiterhin nicht ärztliche Berufsgruppen als außerordentliche Mitglieder angehören konnten.

³¹ Castell R, Nedoschill J, Rupps M, Bussiek D, Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937-1961, Göttingen 2003, S. 34-51

³² ebd. S. 465

2.1.5 DIE VERSCHIEDENEN TRADITIONEN IN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Das medizinische Modell, (Biologismen, Denken in Defiziten, Abweichung als Krankheit, ärztliche Macht) – dies bezieht sich hier im Besonderen auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie – hat die Deutungshoheit über nicht der Norm entsprechende Menschen gewonnen und dafür z. B. Pädagogik und Sonderpädagogik, Psychiatrie und Pädiatrie, Psychologie usurpiert (so zumindest der Ansatz in den disability studies).

Die neurobiologischen Wurzeln des Fachs entstammen vor allem den medizinischen Fächern Psychiatrie und Neurologie. Diese Ausrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde und wird vor allem in Deutschland, Österreich, Schweiz, Frankreich und in den osteuropäischen Ländern vertreten.³³

„Die Neuropsychologie“, die man als „Fortsetzung der Neurologie mit psychologischen Mitteln“ bezeichnen kann, hat der neuropsychiatrischen Tradition in den letzten Jahrzehnten allgemein zum Auftrieb verholfen.

Die heilpädagogisch-klinische Tradition hat sich vor allem im deutschsprachigen Raum verbreitet. Vertreter dieser Tradition sind Hans Asperger in Österreich (er war ab 1932 Leiter der Heilpädagogischen Klinik der Universität in Wien),³⁴ der Schweizer Paul Moor (1935 schreibt er seine Dissertation in Zürich mit dem Thema „*Die Verantwortung im heilpädagogischen Helfen*“)³⁵ und der Deutsche Heinrich Koch.

Analog zu den Entwicklungen in der Psychiatrie hat die Psychoanalyse vor allem in westlichen Ländern Einfluss gehabt. Diese Tradition ist mit den Namen Anna Freud (1895-1982), die jüngste Tochter von Sigmund Freud, Melanie Klein (1882-1960), Alfred Adler (1870-1937), August Eichhorn (1887-1949), René Spitz (1887-1974) und Annemarie Dührssen verbunden.

Die psychodynamisch-psychoanalytische Methode vermag eine sehr gute Grundlage im Erkennen von psychischen Störungen und familiären Problemen sein, aber einer Vielzahl der kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten kann mit dieser Methode nicht geholfen werden, da die Erkrankungen oftmals psychosozialer Genese sind. Die epidemiologisch-statistische Tradition versucht diagnostische und therapeutische Verfahren empirisch zu betrachten, um daraus wissenschaftliche Schlüsse zu ziehen. Sie war zunächst besonders in

³³ Remschmidt H, Aufsatz: Historische Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Marburg 1988, S. 8

³⁴ <http://autismus-kultur.de/autismus/geschichte/hans-asperger.html> 05.06.2011

³⁵ Moor P, Die Verantwortung im heilpädagogischen Helfen, Zürich 1935

den angelsächsischen Ländern, vor allem in Großbritannien, aber auch in den USA verbreitet. Grundlagen sind keine speziellen theoretischen Richtungen.³⁶

2.1.6 STATIONÄRE UND AMBULANTE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Als Vorläufer für die heutigen psychiatrischen Kliniken können die Anstalten für Epileptiker und Geisteskranke³⁷ vor allem im, aber auch vor dem 19. Jahrhundert gelten. Bedeutende Schritte auf dem Weg zu den heutigen eigenständigen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken bildete die Gründung der ersten gesonderten Kinderabteilungen an psychiatrischen Kliniken: Am Hôpital Bicêtre in Paris wurde eine solche Abteilung 1850 eingerichtet, wenige Jahre später, 1864, folgte die Gründung der Kinderabteilung an der „Städtischen Anstalt für Irre und Epileptische“ in Frankfurt a. M. durch Heinrich Hoffmann. Heinrich Hoffmann (1809-1947) schrieb verschiedene Kinderbücher, wie *Geschichten und drollige Bilder für Kinder von 3–6 Jahren*, 1845. Seit der 4. Aufl. 1847 unter dem Titel „*Struwelpeter*“, *König Nußknacker und der arme Reinhold*, 1851, *Bastian der kleine Faulpelz*, 1854, *Prinz Grünewald und Perlenfein mit ihrem lieben Eselein*, 1871 und *Struwelpeter-Hoffmann erzählt aus einem Leben*, Englert u. Schlosser, Frankfurt a. M. 1926 (hrsg. v. Eduard Hessenberg). Neben diesen Kinderbüchern verfasste er auch Schriften zur Psychiatrie, wie *Die Physiologie der Sinnes-Hallucinationen*, Literarische Anstalt (J. Rütten), Frankfurt a. M. 1851 *Beobachtungen und Erfahrungen über Seelenstörungen und Epilepsie in der Irrenanstalt zu Frankfurt, 1851–1859*.³⁸

Doch erst im 20. Jahrhundert etablierten sich allmählich eigene kinderpsychiatrische Fachabteilungen an deutschen und österreichischen Kliniken.

-1911 Gründung einer Fachabteilung für Kinderpsychiatrie in Wien

-1921 Gründung einer Fachabteilung an der psychiatrischen Universitätsklinik in Berlin

-1922 Gründung einer kinderpsychiatrischen Abteilung Tübingen

³⁶ Remschmidt H, Aufsatz: Historische Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Marburg 1988, S. 8 – S. 12

³⁷ ebd. S.12

³⁸ Castell R, Nedoschill J, Rupp M, Bussiek D, Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937-1961, Göttingen 2003, S. 397-408

-1926 Gründungen in Leipzig , in Heidelberg und in Hamburg.³⁹

Die Grundlagen für eine bessere Versorgung schuf das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz von 1922, welches 1961 in das Jugendwohlfahrtsgesetz einfluss und 1991 durch das Kinder- und Jugendhilfegesetz im SGB VIII ersetzt wurde.⁴⁰ Das Kinder- und Jugendhilfegesetz ist darauf bedacht, bei Gefährdung der Kinder und Jugendlichen, ihnen einen gesetzlichen Schutz zu bieten und gibt den Heranwachsenden eine juristische Stellung in unserer Gesellschaft.⁴¹

Anfänge einer ambulanten Behandlung existierten bereits 1917 an der Heidelberger Universitätsklinik.⁴²

Es dauerte noch bis in die 50er Jahre des 20. Jahrhundert, (1954 Marburg, Frankfurt/M.) bis sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie als eigenes Fach an den deutschen Universitäten etablieren konnte. Selbständige Abteilungen und Lehrstühle für Kinder- und Jugendpsychiatrie und eigene Kliniken an den deutschen Universitätskliniken sind heute die Regel.⁴³ 1926 wurde unter Löwenstein in Bonn die „Rheinische Provinzialanstalt für seelisch abnorme Kinder“ (heute „LVR-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie“) als Kinder- und Jugendpsychiatrie gegründet. Im Jahre 1916 wurde in Frankfurt mit der „Ärztlich-heilpädagogischen Jungsichtungsstelle“ eine ambulante Einrichtung eröffnet. 1922 gründete Leonhard Seif in München die erste Erziehungsberatungsstelle.⁴⁴

³⁹ Lempp R, „Kinder- und Jugendpsychiatrie- Gegenwart und Entwicklung“ aus „Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Bestandsaufnahme“, Köln 1985, S. 15f

⁴⁰ Potrykus G, Jugendwohlfahrtsgesetz. Nebst den Ausführungsgesetzen und Ausführungsvorschriften der deutschen Länder. Kommentar. 2. Auflage. Beck C H, München 1972, Vorwort.

⁴¹ Kinder- und Jugendhilfegesetz Sozialgesetzbuch- Achstes Buch Textauflage 4. Auflage, Frankfurt a. M. 1997

⁴² Schott H, Tölle R, Die Geschichte der Psychiatrie Krankheitsformen, Irrwege, Behandlungsformen, München 2006, S. 320f

⁴³ Stutte H, „Zur Genealogie der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik in Deutschland“ aus „Landschaftsverband Rheinland Kinder- und Jugendpsychiatrie Viersen Entwicklung-Stand- Perspektiven“ Festschrift zu Ehren von Dr. Gertrud Bosch und Prof. Dr. Gerhard Bosch“, Viersen 1980, S. 11

⁴⁴ Leonhard Seif beschrieb die Arbeitsweise und Entwicklung der Münchner Erziehungsberatungsstelle in „Wege der Erziehungshilfe“ folgendermaßen: *Natürlich war bei deren Anwesenheit während der Beratung alles zu berücksichtigen, was für das Kind und die Entfaltung seines Gemeinschaftsgefühles einen Gewinn bedeutete und jeden Nachteil für dasselbe strengstens ausschloss. Die Teilnehmenden sollten eine Gemeinschaft werden und sein, in dem Sinne, dass Kind und Eltern, Berater und Teilnehmende sich eingebettet fühlen lernten in eine Atmosphäre der Zusammengehörigkeit, des Miteinanderlernens, die jedes Auffallen oder Wichtigtun, eine Rolle spielen wollen, unmöglich machte. Theoretische Widerstände gegen eine solche Beratungssituation widerlegten sich durch die Praxis des Erfolges, der Förderung der Kontaktherstellung. Es war ja auch nicht so etwas besonders Neues, was da geschah. Spielten sich doch alle Schwierigkeiten der Kinder auch sonst in der Gemeinschaft der Familie, des Kindergartens, der Schule, des Hortes, auf der Strasse, unter anderen Menschen ab. Der Unterschied nun von dieser eben geschilderten Gemeinschaft und der in der Beratung war, dass es sich hier um eine **positive** Atmosphäre handelte, die Kinder und Eltern bejaht und weiss, dass man irren und missverstehen, aber von Irrtümern und Missverständnissen auch lernen kann, um eine Atmosphäre, die Vertrauen ausstrahlt und versteht, also gerade um das, was dem Kinde in seiner Umgebung abhanden gekommen war. Dass alles ausgeschaltet sein*

Universitätskliniken führten schon relativ früh Ambulanzen ein. Diese Tendenz hält heute noch weiter an.

Landeskliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden nach dem 2. Weltkrieg durch die Landschaftsverbände des Rheinlandes und Westfalen-Lippe in Süchteln, Düsseldorf, Bedburg Hau, Hamm und Marl gegründet. Andere Bundesländer wie Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen, Niedersachsen, Hessen, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz folgten.⁴⁵

In der Berufsbezeichnung der Ärzte setzte sich der Begriff der Kinder- und Jugendpsychiatrie erst langsam durch.

Der Terminus „Kinderpsychiatrie“ entstand um 1900, die Bezeichnung „Jugendpsychiater“ um 1910.⁴⁶ 1934 gab es die Bezeichnung „Arzt für Nerven- und Gemütskranke“.

Die traditionelle Bezeichnung „Facharzt für Nervenheilkunde“ wurde 1979 durch weitere Fachgebiete ergänzt: Facharzt für Neurologie, für Psychiatrie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

1977 wurde die Bezeichnung „Nervenarzt“ fallen gelassen, um sie ohne nennenswerte Gründe 1992 wieder einzuführen. Heutzutage wird in der Regel zwischen dem Facharzt für Neurologie und dem Facharzt für Psychiatrie unterschieden.

Zusätzlich erfolgte 1992 die Einführung des „Arztes für Psychiatrie und Psychotherapie“, dies bedeutet, dass auch die Psychotherapie als eigenständiges Fach anerkannt und wahrgenommen wird.⁴⁷

*musste, was das Selbstwertgefühl des Kindes oder der Angehörigen beschämen, oder der Eitelkeit Chancen geben konnte, versteht sich von selbst. Diese **Öffentlichkeit der Erziehungsberatung**, die schließlich eine Arbeitsgemeinschaft für Erziehung wurde, bewährte sich im Laufe der Jahre immer mehr. War ihre ursprüngliche Aufgabe die Erleichterung der Eingliederung des Kindes in sie, in die Familie, Schule und später in die Gemeinschaft, so wurde sie – was aber nicht ihr eigentlicher Zweck war, sondern nur ihr natürliches Ergebnis- von unersetzlicher Bedeutung für die Ausbildung vieler Teilnehmer, insbesondere der augenblicklichen und künftigen Helfer und Mitarbeiter, ein wahres Miteinander lernen und Hineinwachsen in diese neue Aufgabe. Eltern und Kinder fühlten und wussten, dass sie das verstehende Freunde gefunden hatten und nicht länger mehr unter hilfloser Vereinsamung leiden mussten“ Quelle:
https://de.wikipedia.org/wiki/Leonhard_Seif 06.05.2016*

⁴⁵ Stutte H, „Zur Genealogie der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik in Deutschland“ aus „Landschaftsverband Rheinland Kinder- und Jugendpsychiatrie Viersen Entwicklung-Stand- Perspektiven“ Festschrift zu Ehren von Dr. Gertrud Bosch und Prof. Dr. Gerhard Bosch“, Viersen 1980

⁴⁶ Schott H, Tölle R, Die Geschichte der Psychiatrie Krankheitsformen, Irrwege, Behandlungsformen, München 2006, S. 321

⁴⁷ Schott H, Tölle R, Die Geschichte der Psychiatrie Krankheitsformen, Irrwege, Behandlungsformen, München 2006, S. 92f

2.2 GESELLSCHAFTLICHE HINTERGRÜNDE

DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE VON 1914-45

Nach dem Trauma des Ersten Weltkriegs wurde die deutsche Gesellschaft als biologische Einheit gesehen („Volkskörper“). In der Kinderpsychiatrie führten die Gedanken über die biologische Einheit dazu, dass der Gedanke der Selektion stark betont wurde: *„Waren bislang psychisch belastete und/oder asoziale Kinder und Jugendliche in „Verwahranstalten“ einfach weggeschlossen. Ihre Betreuung Sache von Pädagogen und Kirchen, so versuchte die Jugendpsychiatrie nun die Heilbaren von den nicht Heilbaren zu trennen und insbesondere die vererbaren von den erworbenen psychischen Erkrankungen zu unterscheiden.“*⁴⁸ Diese Separation und Asylisierung führte nicht nur zu einer Unterscheidung zwischen „heilbar und unheilbar“ sondern auch zwischen „bildungsfähig und nicht „bildungsfähig“. In der heutigen Zeit steht eindeutig der Gedanke der Inklusion und Integration in der Psychiatrie im Vordergrund. Der deutsche Begriff der Rassenhygiene – wurzelnd auf Charles Darwins (1809-82) Evolutionstheorie, als Kampf ums Überleben, den der Tüchtigste und Stärkste oder besser übersetzt der am besten Angepasste überlebt⁴⁹ hatte zum Ziel, den imaginierten „Volkskörper“ gesund zu erhalten, um die eigene Nation im Kampf mit anderen Völkern zu stärken.

Erstmalig geprägt wurde der Begriff der Rassenhygiene vom deutschen Arzt Alfred Ploetz (1860-1940), nach seiner Meinung sollte es möglich sein, eine Rasse optimal zu erhalten und zu entwickeln, indem gezielt „gute“ Kinder gezeugt werden. Sollte es misslingen, ist es nach Ansicht von Ploetz auch legitim, unwertes Leben zu töten.^{50 51}

Darwins Vetter Francis Galton (1822-1922) wollte in England die Fortpflanzung der gesellschaftlichen Elite fördern (Eugenik), die der unteren Schichten eindämmen.^{52 53}

Der Deutsche Wilhelm Schallmayer (1857-1919) sah eher den Zusammenhang zwischen den als negativ bewerteten „kontraselektorisches“ Folgen der Medizin,⁵⁴ die Kranken das Leben bewahrte und so negativ auf das Erbgut des „Volkskörpers“ einwirkte.⁵⁵

⁴⁸ Castell R, Jan N, Rupps M und Bussiek D, Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937-1961, Göttingen 2003, S. 11

⁴⁹ Henke K-D, Einleitung: Wissenschaftliche Entmenschlichung und politische Massentötung aus: Tödliche Medizin im Nationalsozialismus, Köln 2008, S. 12

⁵⁰ Zankl H, Von der Vererbungslehre zur Rassenhygiene aus Tödliche Medizin im Nationalsozialismus, Köln 2008, S. 54

⁵¹ Benzenhöfer U, Kinderfachabteilungen und NS- Euthanasie, Wetzlar 2000, S. 6

⁵² Noack T, Fangerau H, Vögele J, Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, München 2007, S. 120

⁵³ Zankl H, Von der Vererbungslehre zur Rassenhygiene aus Tödliche Medizin im Nationalsozialismus, Köln 2008, S. 50f

Die Institutionalisierung, Popularisierung und wissenschaftliche Etablierung der Rassenhygiene, letztendlich Themen wie Eugenik, Sterilisation und Ausschaltung von Erbkrankheiten, setzte weit vor der Machtergreifung der Nationalsozialisten 1933 in Deutschland ein. Alfred Ploetz (s.o.) war es dann auch, der die Idee der Rassenhygiene wissenschaftlich vorantreiben sollte: Er gründete gemeinsam mit dem Ethnologen Richard Thurnwald (1869-1954) und dem Psychiater Ernst Rüdin (1874-1952) die Fachzeitschrift „*Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie*“.⁵⁶ Es folgte die Gründung der „Gesellschaft für Rassenhygiene“ ebenfalls durch Thurnwald und Alfred Ploetz im Jahre 1905.⁵⁷

Die „*Gesellschaft für Rassenhygiene*“ veröffentlichte 1911 auf der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden erstmals einen Katalog und trat so zum ersten mal öffentlich auf.⁵⁸

1913 gelang es ihr, durch die Aufnahme in die „*Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte*“ weitere wissenschaftliche Anerkennung zu erlangen.⁵⁹

Der Untergang des Kaiserreiches (mit dem Ende des ersten Weltkriegs) endete mit dem Versailler Vertrag. Viele im Deutschen Reich sahen in dem durch die Siegermächte und Deutschland geschlossenen Vertrag den Versuch der Siegermächte, die „deutsche Rasse“ zu vernichten. Die Politik hatte somit – nach Geburtenrückgang und Rückgang der Staatseinnahmen – ein Interesse, die deutsche Bevölkerung nicht zuletzt durch die Rassenhygiene zu stärken.

1920 kam es zur Gründung des „*Ausschuß für Rassenhygiene und Bevölkerungswesen*“ im preußischen Innenministerium, 1927 zur Gründung des „*Kaiser-Wilhelm-Institut*“ für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik“ innerhalb der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft (Vorgänger Institut der Max Planck Gesellschaft).

Dies bedeutete eine weitere akademische Anerkennung der Rassenhygiene.⁶⁰

1923 wurde dann eine außerordentlichen Professur für Rassenhygiene an der Universität

⁵⁴ Henke K-D, Einleitung: wissenschaftliche Entmenschlichung und politische Massentötung : aus Tödliche Medizin im Nationalsozialismus, Köln 2008, S. 12

⁵⁵ ebd. S. 16

⁵⁶ Zankl H, Von der Vererbungslehre zur Rassenhygiene aus Tödliche Medizin im Nationalsozialismus , Köln 2008, S. 56

⁵⁷ Noack T, Fangerau H, Vögele J, Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, München 2007, S. 122

⁵⁸ ebd. S. 122

⁵⁹ Zankl H, Von der Vererbungslehre zur Rassenhygiene aus Tödliche Medizin im Nationalsozialismus, Köln 2008, S. 57

⁶⁰ ebd. S. 57

München (erster Inhaber Fritz Lenz) eingerichtet und bis 1933 kam es zur weiteren Gründung von über 30 freien und universitären Instituten.⁶¹

Zur Zeit der Machtergreifung der Nationalsozialisten im Jahre 1933 war bereits eine gute „Infrastruktur“ mit rassenhygienischen Forschungseinrichtungen geschaffen worden, den die Machthaber im „Dritten Reich“ für ihre politischen Ziele nutzen konnten.⁶² Die Integration der rassenhygienischen Ideen in das Programm der Nationalsozialisten erfolgte bereits 1933 und die Rassenhygiene konnte sich zur populärwissenschaftlichen Methode entwickeln.

Am 01.01.1934 wurde das „Gesetz zur Verhinderung erbkranken Nachwuchses“ erlassen, das in Vorlagen bereits Jahre zuvor entwickelt worden war.⁶³

Das Gesetz sah die Zwangssterilisierung von Personen vor, die an „angeborenem Schwachsinn“, „Schizophrenie“, „manisch-depressivem Irrsinn“, „erblicher Fallsucht“ (Epilepsie) „erblichem Veitstanz“ (Chorea Huntington), „erblicher Blindheit“, „erblicher Taubheit“, „schweren körperlichen Missbildungen“ und „schwerem Alkoholismus“ litten.⁶⁴

Im Rahmen dieses Gesetzes wurden Erbgesundheitsgerichte geschaffen, die über etwaige Sterilisierungen zu entscheiden hatten. So war auch Hermann Stutte im Rahmen seiner Tätigkeit an der Universitätsklinik in Tübingen als Gutachter für Zwangssterilisationen tätig.⁶⁵

Rassenhygieniker und Erblchkeitslehre „kundige“ Ärzte fungierten an den Gerichten als Gutachter. Als eine neue Bestallungsordnung für Ärzte am 17.07.1939 den rassenhygienischen Unterricht obligatorisch im Medizinstudium verankerte, stieg die Anzahl der Dozenturen für dieses Fach.^{66 67}

Das „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ von 03.07.1934 führte zur weiteren Institutionalisierung der Rassenhygiene (Erb- und Rassenpflege) im deutschen Reich, in dem die Erb- und Rassenpflege durch Gesundheitsämter und einem medizinischen Beamtenapparat überwacht wurden. Im Weiteren wurden „Beratungsstellen für Erb- und Rassenpflege“ eingerichtet.

⁶¹ ebd. S. 57

⁶² ebd. S. 58

⁶³ ebd. S. 58

⁶⁴ Schmuhl H-W, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, Göttingen 2. Aufl. 1992, S. 156

⁶⁵ Jantzen W, Eklektisch-empirische Mehrdimensionalität und der „Fall Stutte - Eine methodologische Studie zur Geschichte der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Untersuchung aus Anlass des Treffens des Arbeitskreises der DGSP zur Geschichte der "Euthanasie" am 12. und 13.03.93 in Bremen, Bremen 1993, S. 1

⁶⁶ Schmuhl H-W, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, Göttingen 2. Aufl. 1992, S. 158

⁶⁷ ebd. S. 144f

Legislativ folgten das „*Gesetz zum Schutze des deutschen Blutes und der Deutschen Ehre*“, das Eheschließungen und außerehelichen Geschlechtsverkehr zwischen „*Juden und Staatsangehörigen deutschen oder artverwandten Blutes*“ verbot, und das „*Ehegesundheitsgesetz*“ vom 18.10.1935, das die Eheschließung „*erbungesunder Ehen verhindern sollte*.“

Die „*Vernichtung lebensunwerten Lebens*“ (wie von Binding und Hoche gefordert) begann zu Beginn des 2. Weltkrieges. Ärzte stuften die Patienten als „*lebensunwert*“ ein.

Ab 1939 wurde der Reichsausschuss zur Erfassung von Kindern „*mit schweren erblich bedingten Leiden*“ gegründet mit dem Ziel der Ermordung der „*erkrankten*“ Kinder. Zunächst wurde die Altersgrenze der Kinder bis drei Jahre begrenzt, aber ab 1942 sollten auch Jugendliche bis zum Alter von 16 Jahren dem „*Reichsausschuss*“ angegeben werden.⁶⁸ Zum Teil ohne Kenntnis der Eltern wurden diese Kinder im Rahmen des „*Reichsausschussverfahrens*“ in „*Fachabteilungen*“ (von 22 Fachabteilungen im Deutschen Reich ist sicher auszugehen, vermutlich existierten noch 11 weitere)⁶⁹ verlegt und in diesen Anstalten getötet.⁷⁰

Erwachsene psychiatrische Patienten wurden durch die „*Aktion T4*“ (Sitz der Dienststelle war die Tiergartenstraße 4 in Berlin) zwischen 1940 und 1941 erfasst und ermordet. Es existierte keine gesetzliche Grundlage für diese Verbrechen, lediglich ein formloses Schreiben von Adolf Hitler. Die Aktion sollte bewusst geheim ablaufen und ein Zusammenhang zwischen staatlichen oder Parteistellen mit der Maßnahme sollte nicht möglich sein.⁷¹

Psychiatrische Heil- und Pflegeanstalten erhoben Meldebögen zur „*planwirtschaftlichen Erfassung*“ aller unheilbaren und nichtdeutschen Kranken. Ärztliche Gutachter entschieden, ob es sich um einen „*lebenswerten*“ oder „*lebensunwerten*“ Menschen handelte, um die zur Tötung bestimmten Patienten an die „*Gemeinnützige Krankentransportgesellschaft GmbH*“ (GEKRAT) weiterzuleiten. Es zeigte sich, dass es zur aktiven Partizipation durch Kinderpsychiater an der „*Aktion*“ kam, unter anderen war zum Beispiel der Kinderpsychiater, Werner Villinger, als ärztlicher Gutachter im Rahmen der „*Aktion T4*“ tätig. Es konnte auch der Nachweis erbracht werden, dass er an der

⁶⁸ Benzenhöfer U, Kinderfachabteilungen und NS- Euthanasie, Wetzlar 2000, S. 15

⁶⁹ ebd. S. 5

⁷⁰ ebd. S. 6

⁷¹ Brink C, Grenzen der Anstalt Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860 – 1980, Göttingen 2010, S. 229 u. 300

Zwangssterilisation von Behinderten beteiligt war.⁷² Die GEKRAT war für den Transport in die Tötungsanstalten zuständig. Ein Arzt hatte die Aufgabe, die Patienten zu untersuchen, ihre Krankenakte einzusehen und die Identität zu prüfen.

Die zur Ermordung bestimmten Patienten wurden durch Kohlenmonoxid getötet, ihre Leichen verbrannt.

Den Hinterbliebenen der Getöteten wurden falsche, fingierte Todesursachen übermittelt. Allein zwischen 1940 und 1941 wurden auf diese Weise mindestens 70.000 Menschen getötet. Nachdem es, auch nach Protesten durch einige Gesellschaftsschichten (nicht zuletzt durch den Bischof von Galen, Münster, und die päpstliche Enzyklika „*Casti connubi*“, die das staatliche Recht auf Sterilisation abtritt)⁷³ zur Beendigung der Aktion T4 kam, wurde der Mord an den Patienten bis 1945 dezentral weiter durchgeführt. Bis zum Abbruch der Aktion im August 1944 waren nicht alle Bezirke im Deutschen Reich erfasst, dadurch sind niedrige Opferzahlen in verschiedenen Provinzen des Reichs zu erklären, wie in der Rheinprovinz, den Hansestädten Hamburg und Bremen, Westfalen und Hannover.⁷⁴

Es ist anzunehmen, dass bis zu 200 000 Menschen, darunter auch viele Kinder und Jugendliche, dem Morden der „Euthanasie“ zum Opfer fielen.

Im Rahmen der Aufarbeitung der nationalsozialistischen Vergangenheit in der Nachkriegszeit zeigte sich auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, ähnlich wie in vielen anderen gesellschaftlichen Teilen der jungen Bundesrepublik Deutschland, ein sehr langsamer Prozess der Vergangenheitsbewältigung.

Es blieben viele Kontinuitäten in der Denkweise und personell vorhanden. Villinger, als auch Stutte bekleideten beispielsweise wichtige Positionen im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Stutte als erster Lehrstuhlinhaber des Faches in der Bundesrepublik Deutschland in Marburg ab 1954,⁷⁵ Villinger als Gründungsvorsitzender⁷⁶ (1958) der „Lebenshilfe“.⁷⁷ Es zeigte sich, nicht zuletzt am Beispiel dieser beiden, wie schwierig die

⁷²Jantzen W, Eklektisch-empirische Mehrdimensionalität und der „Fall Stutte - Eine methodologische Studie zur Geschichte der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Untersuchung aus Anlass des Treffens des Arbeitskreises der DGSP zur Geschichte der "Euthanasie" am 12. und 13.03.93 in Bremen, Bremen 1993, S. 2

⁷³Zankl H, Von der Vererbungslehre zur Rassenhygiene aus Tödliche Medizin im Nationalsozialismus, Köln 2008, S. 57, S. 67

⁷⁴Brink C, Grenzen der Anstalt Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860 – 1980, Göttingen 2010, S. 307

⁷⁵Jantzen W, Eklektisch-empirische Mehrdimensionalität und der „Fall Stutte - Eine methodologische Studie zur Geschichte der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Untersuchung aus Anlass des Treffens des Arbeitskreises der DGSP zur Geschichte der "Euthanasie" am 12. und 13.03.93 in Bremen, Bremen 1993, S. 1

⁷⁶ebd. S. 3

⁷⁷“Die Bundesvereinigung Lebenshilfe – in wenigen Worten: Die Lebenshilfe versteht sich als Selbsthilfevereinigung, Eltern-, Fach- und Trägerverband für Menschen mit geistiger Behinderung und ihre

Vergangenheitsbewältigung für sie persönlich, aber auch für das gesamte Umfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie und die deutsche Gesellschaft im Ganzen war. (Die „Lebenshilfe“ distanzierte sich erst 1989 von ihrem ersten Vorsitzenden Villinger)⁷⁸ Letztendlich führte diese Blockierung dazu, dass es erst im Rahmen der gesellschaftlichen Umbrüche in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts zu einer wirklichen Auseinandersetzung mit der nationalsozialistischen Vergangenheit der Gesellschaft als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie kommen konnte.

Für den Bereich des heutigen LWL gibt die Gesamtzahl der untergebrachten Patienten in den westfälischen Provinzheilanstalten die Entwicklung der Patientenzahlen zwischen 1938 und 1950 wieder. Die folgende Tabelle macht den Rückgang durch die Tötungs- und Verlegungsmaßnahmen der „Euthanasie“-Aktion deutlich, spiegelt ebenso den Tiefstand der Patientenzahlen im Jahr 1946 wider, die sich durch die schlechte Versorgungslage im ersten Jahr nach dem 2. Weltkrieg erklärt.⁷⁹

Familien. Die Lebenshilfe wurde 1958 in Deutschland auf Bundesebene von betroffenen Eltern und Fachleuten als Bundesvereinigung Lebenshilfe gegründet. Sie begleitet Menschen mit geistiger Behinderung in ihrem Bestreben, gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilzunehmen und tritt für die barrierefreie Gestaltung aller Lebensbereiche ein. Sie ist eine solidarisch handelnde Selbsthilfeorganisation mit kompetenten Beratungs- und Betreuungsangeboten, mit differenzierten Einrichtungen und zukunftsweisenden Projekten.“ <http://www.lebenshilfe.de/wDeutsch/ueber-uns/index.php> 06.05. 2016

⁷⁸ Jantzen W, Eklektisch-empirische Mehrdimensionalität und der „Fall Stutte - Eine methodologische Studie zur Geschichte der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Untersuchung aus Anlass des Treffens des Arbeitskreises der DGSP zur Geschichte der "Euthanasie" am 12. und 13.03.93 in Bremen, Bremen 1993, S. 3

⁷⁹ Hanrath S, Zwischen „Euthanasie“ und Psychiatriereform Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg: Ein deutsch-deutscher Vergleich (1945-1964), Paderborn 2002, S. 60f

Tabelle 1:

Durchschnittliche Belegungszahl aller in westfälischen PHA untergebrachten Patienten

”

Rechnungsjahr	durchschnittliche Belegungszahl aller in westfälischen PHA untergebrachten Patienten
1938	10.651
1939	10.663
1940	10.374
1941	10.410
1942	8.548
1943	8.233
1944	5.555
1945	5.740
1946	4.985
1947	5.893
1948	6.912
1949	7.782
1950	8.536

„80

⁸⁰ ebd. S. 60

2.3 ENTWICKLUNG DER PSYCHIATRIE VOR DER PSYCHIATRIEREFORM IN DEN 70ER JAHREN DES 20. JAHRHUNDERTS

Nach 1945 war die deutsche Psychiatrie durch die Auswirkungen des Nationalsozialismus stark betroffen. Viele der Erkrankten waren zwangssterilisiert oder gar systematisch umgebracht worden. Zahlreiche Psychiater hatten das Land verlassen und die Psychiatrie als Ganzes war in ihren Institutionen, auch bedingt durch die Kriegsschäden, schwer beeinträchtigt.

Zuletzt trugen personelle Kontinuitäten vor und nach 1945, die fehlende Bereitschaft, sich mit den Verbrechen auseinanderzusetzen (s.o.) und der Strukturkonservatismus des Anstaltssystems dazu bei, dass es zunächst nur zu kleinen Verbesserungen der Verhältnisse sowohl in der Therapie als auch den Heil- und Pflegeanstalten kam. Die alte Anstaltspsychiatrie der vergangenen Jahrzehnte und des 19. Jahrhunderts bestand nahezu weiter fort (dies galt auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marl-Sinsen). Die psychiatrisch Erkrankten wurden durch Disziplinierung, Gewalt und Zwang infantilisiert, es kam oftmals zum systematischen Entzug der Privatsphäre und Entrechtung der Patienten (siehe auch Kapitel 12.3 im Anhang: Interview mit Herrn Goyer, einem ehemaligen Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marl-Sinsen).

Die Anstalten waren mit großen Schlafsälen ausgestattet und es gab in der Regel nur ein Bad für alle. Die Patienten besaßen oftmals keine eigene Kleidung und hatten keinen eigenen Schrank oder noch nicht einmal ein eigenes Fach für ihre persönlichen Dinge. Es erfolgte durch die „Anstaltsleitung“ eine Regulierung der Besuchszeiten, Briefzensur, Ausgang, Verteilung von Zigaretten/Taschengeld waren strikt geregelt, die Regulierung sparte sogar die Sexualität der Patienten nicht aus.

Die *„Polizeiverordnung über Anlage, Bau und Einrichtung von Krankenhäusern“*⁸¹ aus dem Jahr 1953 schrieb für Krankenhäuser, inklusive psychiatrische Kliniken bei Vier- und Mehrbettzimmern ein Mindestmaß von 6,50 qm Bodenfläche pro Patient vor. In den Schlafsälen der Westfälischen-Landes-Krankenhäuser (WLK) betrug die durchschnittliche Fläche pro Patient lediglich 4,78 qm.⁸²

Viele der Kranken hatten eine lange stationäre Verweildauer in der Psychiatrie von mindestens zwei Jahren.

⁸¹ ebd. S. 277

⁸² ebd. S. 277

Bezogen auf den Bereich des Landschaftsverbandes Westfalen Lippe (LWL)⁸³, der auch der Träger der Klinik in der Haard ist, gibt die folgende Tabelle die Verweildauer wieder. 1950 waren dort noch um die 40 Prozent der Patienten über ein halbes Jahr im stationären Aufenthalt. Summiert man in der folgenden Tabelle 3 die Prozentzahlen der Spalten 3 und 4 im Jahre 1950, so liegt der prozentuale Anteil der Patienten, die unter 6 Monaten stationär behandelt werden lediglich um 50 Prozent. In den folgenden Jahren nimmt die stationäre Verweildauer ab, 1955 liegt der Anteil der Patienten mit einem Aufenthalt unter 6 Monaten schon rund bei 75 Prozent.

Tabelle 2:

„Kombination von Patientenentlassungen und Aufenthaltsdauer für alle Westfälischen Landeskrankenhäuser 1950-1955 (absolute und prozentuale Angaben)

1 RJ	2 Entlassungen insg. = 100%	3 davon nach 0-3 Monaten	4 3-6 Monaten	5 6-12 Monaten	6 1-2 Jahren	7 2-5 Jahren	8 5-10 Jahren	9 über 10 Jahren
1950	2.146	707=32,9%	586=27,3%	393=18,3%	225=10,5%	165=7,7%	33=1,6%	37=1,7%
1952	2.434	1.282=52,7%	389=16,0%	242= 9,9%	189= 7,8%	181=7,4%	91=3,7%	60=2,5%
1953	2.834	1.481=52,3%	508=17,9%	298=10,5%	152= 5,4%	172=6,1%	137=4,8%	86=3,0%
1954	2.729	1.424=52,3%	548=20,1%	300=11,0%	173= 6,4%	122=4,5%	104=3,8%	58=2,0%
1955	3.033	1.661=54,8%	594=19,6%	306=10,1%	210= 6,9%	128=4,2%	91=3,0%	43=1,4%

„84

Nachbehandlungen in ambulanter Form oder Rehabilitationsmaßnahmen fehlten völlig. Die Patienten wurden bei einer erneuten Erkrankung und dem Auftreten von Symptomen wieder aufgenommen. Man bezeichnete dies mit einem durchaus kritischen Blick als „Drehtürpsychiatrie“ (revolving door).⁸⁵ Verantwortlich für diese „Drehtürpsychiatrie“ ist eine Psychiatrie, die aufgrund des hohen Kostendrucks vorzeitig Patienten entlässt und dadurch zu schnellen Rückfällen führt.

⁸³ Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) ist ein Kommunalverband. Er beschäftigt 13000 Personen und ist für die Belange von 8,5 Millionen Menschen in der Region Westfalen Lippe zuständig. Zu seinen Einrichtungen gehören 35 Förderschulen, 21 Krankenhäuser, 17 Museen und er gilt als einer der größten Verantwortlichen für behinderte Menschen in Deutschland.

Mitglieder des LWL sind 18 Kreise und die neun kreisfreien Städte in Westfalen-Lippe. Die Kreise und Städte sind als Träger des LWL für dessen Finanzierung zuständig. Ein Parlament mit 100 Mitgliedern kontrolliert den Verband. http://www.lwl.org/LWL/Der_LWL/ 06.05.2016

⁸⁴ Hanrath S, Zwischen „Euthanasie“ und Psychiatriereform Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg: Ein deutsch-deutscher Vergleich (1945-1964), Paderborn 2002, S. 321

⁸⁵ Schott H, Tölle R, Geschichte der Psychiatrie vor der Psychiatriereform in den 70er Jahren, München 2006, S. 302-304

Die Tabelle 3 gibt das genannte Problem für die westfälischen Landeskrankenhäuser im Zeitraum von 1950 bis 1955 wieder.

Tabelle 3:

„Wiederaufnahmen von Patienten in alle Westfälischen Landeskrankenhäuser 1950-1955 (absolute und prozentuale Angaben)

RJ	2.Einweisung insgesamt davon:	Davon: als 2. Einweisung innerhalb 0- ½ Jahr	Davon: als 2. Einweisung nach mehr als einem ½ Jahr	als 3. oder weitere Einweisung
1950	476=17,4%	-	-	249= 9,1
1951	507=17,4%	-	-	374=12,9
1952	627=19,5%	253=7,9%	374=11,6%	550=17,1
1953	777=21,1%	326=8,9%	451=12,2%	594=16,1
1954	717=18,8%	302=7,9%	415=10,9%	659=17,3
1955	747=18,1%	303=7,4%	444=10,7%	691=16,8

„86

Allgemein war auch in den Kliniken des LWL eine Abnahme der Wiederaufnahmen von Patienten nach Einführung und eine stärkere Anwendung von Psychopharmaka nach 1955 zu beobachten.⁸⁷

Der vermehrte Einsatz der Psychopharmaka konnte aber zunächst keine Abnahme der Bettenzahlen erreichen (Maximum 1975).

Ein weiteres Problem für die Erkrankten und deren Angehörigen war die Unterbringung der Kranken sehr weit entfernt vom Heimatort oder in Anstalten, in denen zur Zeit der Nationalsozialisten viele Patienten ermordet worden waren.⁸⁸ Zusätzlich erschwerend für die Patienten war ihre häufige Verlegung (siehe Tabelle 4) zwischen den verschiedenen Kliniken.

⁸⁶ Hanrath S, Zwischen “Euthanasie” und Psychiatriereform Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg: Ein deutsch-deutscher Vergleich (1945-1964), Paderborn 2002, S. 322

⁸⁷ ebd. S. 322

⁸⁸ Brink C, “Grenzen der Anstalt”, Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860-1980, Göttingen 2010, S. 367

Tabelle 4:

„Aufstellung der Patientenverlegungen aus den Westfälischen Landeskrankenhäusern in andere Einrichtungen vom 1. April 1957 bis zum 31. März 1960 (aus GT 511, H. 1. LWL an die WLK Gütersloh, 27. Juni 1960)

Verlegungen aus:	Nach Benninghausen	Nach Geseke	In andere Pflegeanstalten und Altenheime	Verlegungen insgesamt
Eickelborn	59	46	40	145
Dortmund-Aplerbeck	12	3	50	65
Gütersloh				
Lengerich	12	18	176	206
Marsberg	117	1	113	231
Warstein	43	2	21	66
St. Johannesstift	35	12	94	141
Münster	54	2	109	165
insgesamt	75	2	77	154
	414	92	1.028	1.534

„89

*“Die praktische Psychiatrie zog sich hinter die Mauern der heruntergekommenen Anstalten zurück, die schon bald wieder hoffnungslos überfüllt waren, und beschränkte sich darauf, den Mangel zu verwalten. Die „skandalös niedrigen Pflegesätze“ machten die Anstaltspsychiatrie „zum medizinischen Armenhaus“, eine Entwicklung, die von den Anstaltsärzten wohl auch deshalb klaglos hingenommen wurde, weil die Forderung, dass die Behandlung und Versorgung psychisch Kranker und Behinderter so wenig wie möglich kosten dürfte, seit dem Ende der 1920er Jahre zu den politischen Vorgaben psychiatrischen Handelns gehörte.“*⁹⁰

Auf 1000 Einwohner gab es nach 1960, je nach Region unterschiedlich, in der

⁸⁹ Hanrath S, Zwischen “Euthanasie” und Psychiatriereform Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg: Ein deutsch-deutscher Vergleich (1945-1964), Paderborn 2002, S. 284

⁹⁰ Brink C, “Grenzen der Anstalt”, Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860-1980, Göttingen 2010, S. 368

Bundesrepublik Deutschland 0,96 bis 216 Betten in psychiatrischen Krankenhäusern (international im Schnitt sogar noch weniger Betten: 2,1 – 42 Betten).

Es existierten 64 Landeskrankenhäuser: 4 mit über 2000 Betten, lediglich 3 Häuser mit unter 600 Betten.

In den 1950er und 1960er Jahren kamen auf 64 Patienten in der Psychiatrie ein Arzt und auf 4,5 Patienten eine Pflegekraft.⁹¹ Es stellt sich aus heutiger Sicht die Frage, wie unter diesen Bedingungen eine adäquate medizinische und pflegerische Betreuung sinnvoll und möglich war.

Negativ wirkte sich auf die Situation in den Landeskrankenhäusern der Schwestern-, Pfleger- und Ärztemangel aus. Es fehlten gut ausgebildete Schwestern und Pfleger, da die Weiterbildung zur Fachschwester und zum Fachpfleger erst nach 1970 eingeführt wurde.⁹² Ähnliches galt auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, da für die Ausbildung der Pflegekräfte noch zusätzlich pädiatrisches Wissen vonnöten war.

2.4 DIE PSYCHIATRIEREFORM UND IHRE FOLGEN

Die Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung von den Anstaltskrankenhäusern hin zur heutigen psychiatrischen Versorgung mit einem breiten Spektrum komplementärer Angebote (Tageskliniken, Ambulanzen, therapeutisches Wohnen u.a.), im Sinne einer gemeindenahen Versorgung setzte in den verschiedenen Ländern Europas und in Amerika von 1950 bis in die 70er Jahre des 20. Jahrhunderts ein. Der Reformprozess ist bis heute nicht abgeschlossen, und so unterliegt die psychiatrische Versorgungslandschaft auch heute noch einer ständigen Veränderung.

Antrieb bekam die Psychiatriereform von verschiedenen Seiten. Zu nennen sind die allgemeine öffentliche Kritik an der Unterbringung von Kranken in den Anstalten, Aufkommen von neuen Therapieoptionen, wie neue Psychopharmaka und verschiedene Formen der Psychotherapien, wie Gruppentherapie und -gespräche, die aus dem Zusammenhang der britischen Militärpsychiatrie als therapeutische Gemeinschaft entwickelt worden sind.⁹³

⁹¹ Schott H, Tölle R, Geschichte der Psychiatrie vor der Psychiatriereform in den 70er Jahren, München 2006, S. 565

⁹² ebd. S. 304, S. 565

⁹³ Brink C, "Grenzen der Anstalt", Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860-1980, Göttingen 2010, S. 413

Einen besonderen Impuls erhielt die Psychiatriereform durch die Bewegung von 1968, die die Situation der Gesellschaft und ebenso auch die Situation der Psychiatrie aufbrechen und verändern wollte. Die nach '68 forciert einsetzende gesellschaftliche Modernisierung erhöhte den Veränderungsdruck auf das Anstaltssystem und eröffnete Handlungsspielräume für reformorientierte Professionelle.

Die Psychiatriereform setzte in den verschiedenen Ländern zu unterschiedlichen Zeiten ein (s.o). Vorreiter waren Großbritannien und die USA, wo bereits in den 40er und 50er Jahren des 20. Jahrhunderts Reformen durchgeführt wurden. Es folgte Frankreich in den 60er, Italien und Deutschland in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts.

Es dauerte in Deutschland nahezu 25 Jahre bis die Reform der Psychiatrie begann. Obwohl es in Deutschland eine kleine Anzahl von reformwilligen Psychiatern gab, war doch der überwiegende Teil der Psychiater konservativ und auf den Anstaltscharakter der Psychiatrie fixiert. Die Reformwilligen wollten die Kliniken von innen her reformieren.⁹⁴ Begründet wurde der Stillstand von Initiativen bei den psychiatrischen Reformen durch die allgemeine Lähmung nach den Verbrechen an den psychisch Kranken durch die Nationalsozialisten.

In den 70er Jahren kam es langsam zur öffentlichen Aufarbeitung⁹⁵ der Geschichte ihrer NS-Vergangenheit durch die Psychiater. Ab 1980 erhielt die Beschäftigung mit der Vergangenheit durch die Diskussion über den Holocaust in Deutschland noch weiteren Antrieb. Sicherlich nicht ohne Zufall setzte sich zeitgleich auch die Reformbewegung der Psychiatrie in Gang.

Neben der oben erwähnten allgemeinen politischen Entwicklung in den 68er Jahren rüttelten verschiedene Publikationen („Asyle“ von Erving Goffman (1961)⁹⁶ und „Irrenhäuser“ (erschien auch als Reportage in der „Zeit“) von Frank Fischer (1969) die deutsche Öffentlichkeit wach.⁹⁷

⁹⁴ ebd. S. 368

⁹⁵ ebd. S. 368ff.

⁹⁶ Erving Goffman, (1922 -1982) Goffmans Buch mit dem Originaltitel *Asylums*, erschien im Jahre 1961 in Deutschland, erst zehn Jahre nach der englischen Erstausgabe. Im Vorwort zur Goffmans „Asyle“ heisst es wörtlich: „*Totale Institutionen sind geschlossene Welten wie Gefängnisse, Kasernen, Internate, Klöster, Altenheime, Irrenhäuser.*“ Goffman erforscht diese Institutionen mit einem besonderen Augenmerk auf Sanatorien und Irrenhäuser. Ausführlich wird in seinem Buch erörtert, wie besonders diese Institutionen und nicht unbedingt die Krankheit des Patienten, ihre Insassen beherrschen und so prägen. In der ganzen Konsequenz des „Beherrscht sein“ unterscheiden sich die Sanatorien und Irrenhäuser nicht von anderen Institutionen der Gesellschaft wie Kasernen, Gefängnissen oder Klöstern.

Goffman E, *Asyle Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*, Frankfurt a.M. 1972, Umschlag, Vorderseite

⁹⁷ Schott H, Tölle R, *Geschichte der Psychiatrie vor der Psychiatriereform in den 70er Jahren*, München 2006, S. 306-311

Der Germanist und Historiker Frank Fischer war acht Monate in psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland, Österreich und in Großbritannien tätig. Er ließ sich jeweils als Hilfspfleger einstellen.

Neben diesen Buchveröffentlichungen wurde die Bevölkerung durch (Bild-) Reportagen in Printmedien und Fernsehsendungen über die Zustände in der deutschen Psychiatrie unterrichtet. So strahlte etwa das Dritte Programm des Hessischen Rundfunks 1972 einen kritischen Bericht seines Reporters Dieter Fischer („*Allein unter Irren – Arzt und Patient im psychiatrischen Krankenhaus*“) aus.⁹⁸

Er beschrieb in der Sendung u.a. die gefängnisähnliche Anstaltsatmosphäre, das Fixieren, was nicht anderes bedeute als das Festbinden von Patienten, die Demütigungen, die diese zu erdulden hatten, den Drill in den Anstalten und bezeichnete die ärztliche Visite als „*Merkwürdige Mischung aus Parade, Gottesdienst und Inspektion*“.⁹⁹

Der Reformwille, in den Jahren zuvor von einzelnen Psychiatern vorangetrieben, wurde nun mehr und mehr öffentlich. Im Oktober 1964 und im November 1965 forderten die Kultusminister der Bundesländer zum ersten Mal auf ihrer gemeinsamen jährlichen Konferenz eine Modernisierung der psychiatrischen Kliniken.¹⁰⁰

Erste Kommissionen zur Reform wurden in Bayern und Nordrhein-Westfalen 1966 und 1970 eingerichtet.¹⁰¹

1970 war die Psychiatrie das Hauptthema auf dem Deutschen Ärztetag in Stuttgart. Auf einer Tagung der Evangelischen Akademie Loccum zu dem Thema: „*Der psychisch Kranke und die Gesellschaft*“ im Oktober 1970 kam es zu einer Resolution, die eine Reform der psychiatrischen Versorgung anstrebte.¹⁰² Es folgte die „*Aktion psychisch Kranke*“¹⁰³, die Gründung der „Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie“ und als Gegenentwurf die „Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde“.

⁹⁸Brink C, „Grenzen der Anstalt“, Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860-1980, Göttingen 2010, S. 444

⁹⁹Fischer F, Irrenhäuser: Kranke klagen an. München, Wien, Basel 1969, S. 56

¹⁰⁰ ebd. S. 462

¹⁰¹Brink C, „Grenzen der Anstalt“, Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860-1980, Göttingen 2010, S. 462

¹⁰² ebd. S. 465

¹⁰³ „gegründet am 18.1.1971 durch Politiker aller Fraktionen des Deutschen Bundestages und Spezialisten der Psychiatrie zur Verbesserung der Situation der psychisch Erkrankten “mit politischen” Mitteln.

Der Verein vernetzt die Arbeit zwischen psychiatrischen Fachleuten, Bundestag und Bundesministerien. Die Aktion war maßgeblich am Zustandekommen der Experten-Kommission der Bundesregierung zur Psychiatriereform beteiligt und erstellte u.a. folgende Berichte 18.06.2011

Bericht zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR – Bestandsaufnahme und Empfehlungen“ (1991); Projektgruppe „Qualitätssicherung in der stationären Psychiatrie“: Bericht „Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken“ (1996);

Kommission „Personalbemessung im komplementären Bereich“: Berichte „Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung“ (1997).“ <http://www.apk-ev.de/public/apk.asp?id=2&mod=User> 18.6.2011

Bundeskanzler Willy Brandt hatte bereits in seiner Regierungserklärung vom 28. Oktober 1969, die unter dem Leitwort „*Mehr Demokratie wagen*“ stand, die körperlich oder geistig Behinderten erwähnt und mehr Solidarität für sie eingefordert.¹⁰⁴ Politisch führten diese Entwicklungen dazu, dass sich der Deutsche Bundestag in Bonn im Jahre 1970 in einer Anhörung mit der Psychiatrie beschäftigte und im folgenden Jahr eine Enquete-Kommission einsetzte.

Der CDU-Abgeordnete Walter Picard war der politische Initiator der Initiative zur Bildung der Enquete, die der Psychiater Caspar Kulenkampff (1922-2002) leitete. 1973 folgten ein Zwischen- und 1975 ein Schlussbericht.

Die vierjährige Arbeit der Kommission stellte die inhumane Situation in den psychiatrischen Einrichtungen dar und folgerte daraus Konsequenzen. Das wichtigste Anliegen der Kommission war die Gleichstellung von psychisch Kranken mit körperlich Erkrankten. Diese Gleichstellung sollte in der akuten stationären Behandlung ebenso wie bei Rehabilitationsmaßnahmen und in der Behindertenfürsorge gelten.

Relevante weitere Anliegen der Kommission waren die Verbesserung der Koordination der komplementären Angebote sowie der Ausbau einer adäquaten Versorgung auch unter Berücksichtigung der Heimatnähe der Patienten.

Die Behandlungsangebote, die sich zuvor in erster Linie auf die Krankenhäuser als Anstalten beschränkten, sollten erweitert werden. Hierzu zählten die Einführung von Tageskliniken und die Erweiterung der Allgemeinen Krankenhäuser durch psychiatrische Fachabteilungen, die Errichtung von eigenen Krankenhäusern für Kinder- und Jugendpsychiatrie und besondere Stationen für Suchtkranke.

Zudem sollte die mangelhafte Fort-, Weiter- und Ausbildung von Ärzten, Pflegekräften und anderen in der Psychiatrie tätigen Therapeuten verbessert werden.¹⁰⁵

Die Arbeit der Enquete-Kommission war durchaus erfolgreich, ist aber auf Grund ihrer medizinischen Ausrichtung bis heute in der Fachwelt nicht unumstritten. Die zweihundert beteiligten Experten (hierzu zählte auch Professor Dr. Egon Machetanz – erster ärztlicher Direktor der LWL Klinik Marl-Sinsen) waren selber in der Psychiatrie tätig und verhalfen der Reform, auch schon vor dem Schlussbericht, zum Erfolg, da sie durch die intensive Arbeit der Kommission vieles in ihren täglichen Arbeitsbereichen anstoßen und umsetzen konnten (siehe auch Entwicklung der LWL Klinik in Marl).

¹⁰⁴ Brink C, „Grenzen der Anstalt“, Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860-1980, Göttingen 2010, S. 463

¹⁰⁵ ebd. S. 468-472

Viele Diskussionen konnten durch die Kommission nur angeregt werden. Mehrere neugegründete Zeitschriften entwickelten sich zu Foren der Diskussion, so das „Spektrum der Psychiatrie“ (1972 – 2001), die „Psychiatrische Praxis“ und die „Sozialpsychiatrischen Informationen“. Die politischen Anregungen wurden in der Psychiatrie in den folgenden Jahren fortgesetzt.

Das Bundesgesundheitsministerium erstellte 1985 ein „Modellprogramm Psychiatrie“, das in einem Expertenkommissionsbericht gipfelte. Dieser Bericht enthielt Anregungen zur psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Die Enthospitalisierung und Verlegung in Heime machte die Situation in den 1980er Jahren zunächst für viele schlimmer – letztlich wurde die Reform erst in den 1990er Jahren, d.h. nach zwanzig Jahren, auf Länderebene partiell umgesetzt.

Um der schwierigen Personalsituation in den Kliniken zu begegnen, wurde 1990 eine Bundespersonalverordnung verabschiedet.¹⁰⁶

Die Ergebnisse der Psychiatriereform mit Beginn in den 70er Jahren, die sich zum größten Teil auch an der Geschichte der LWL Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marl-Sinsen ablesen lässt, sollen im folgenden kurz erläutert werden.

Eine Forderung bestand darin, die Großkrankenhäuser (1971 hatten die sogenannten Heil- und Pflegeanstalten noch bis zu 80% über 500 bis 1000 und mehr Betten) komplett zu schließen.

Eine vernünftige Versorgung der Erkrankten wäre – wie die Erfahrungen in Kalifornien und Italien bewiesen – nicht möglich gewesen. Es zeigte sich, dass die bisherigen Träger ihre Macht nicht abgeben wollten und zunächst kein Interesse an der Verkleinerung der Kliniken hatten. Erschwert wurde die Verkleinerung zusätzlich, da die kommunalen Allgemeinen Krankenhäuser wegen der Stigmatisierung der Psychiatrie-Patienten an ihnen kein Interesse hatten. Es kam vielmehr erst nach und nach zur Verkleinerung der Großkliniken. Im Jahre 2000 waren die meisten Krankenhäuser auf 100 bis 500 Betten reduziert worden.

Die Personalstruktur konnte durch eine umfassende Professionalisierung sämtlicher Berufe im psychiatrischen Bereich wesentlich aufgewertet werden. Eine wichtige Veränderung war die deutliche Verkürzung des stationären Aufenthaltes der Patienten (Stichwort „Drehtürpsychiatrie“, s.o.) und die Ausdifferenzierung der Krankenhäuser in

¹⁰⁶ Schott H, Tölle R, Geschichte der Psychiatrie vor der Psychiatriereform in den 70er Jahren, München 2006, S. 304, S. 567

Fachbereiche, wie Kinder- und Jugendpsychiatrie, Allgemeinpsychiatrie und Gerontopsychiatrie, Sucht- und Psychotherapie.

Eine Grundforderung der Enquete Kommission bildete, wie erwähnt, die Gleichstellung von körperlich und psychisch Erkrankten. Dies beinhaltete eine ortsnähere Versorgung und ebenso die Einrichtung von Psychiatrieabteilungen in allgemeinen Krankenhäusern. Der Patient der Psychiatrie sollte das Krankenhaus „*durch die gleiche Tür betreten*“ wie der körperlich erkrankte Patient.

Bis 1970 war die Anzahl der psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinen Krankenhäusern an städtischen Kliniken eher eine Seltenheit. Ausnahmen waren die Abteilungen für den Fachbereich an Universitätskliniken.

Von 1970 bis in das Jahr 2000 wuchs die Anzahl der psychiatrischen Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern auf 160. Die Bettenzahl dieser Stationen lag (und liegt) zwischen 80 und 100 Betten.

Der eklatante Gegensatz zwischen stationärer und (kaum vorhandener) ambulanter Versorgung, der bis dato existierte, konnte durch die Etablierung von Tageskliniken als teilstationäre Institutionen durchbrochen werden.

In Westdeutschland entstand die erste Tagesklinik in Frankfurt a. M. im Jahre 1962, gefolgt von mehreren Einrichtungen dieser Art in den 70er Jahren.

Vorreiter dieser teilstationären Institutionen waren Tageskliniken in Montreal (1946), in London (1948), sowie in den Niederlanden und den skandinavischen Ländern.

Heute existieren in Deutschland ungefähr 250 Tageskliniken. Die Anzahl zeigt wie viel sich in den vergangenen Jahrzehnten in diesem Bereich getan hat. Wenn wir die Situation der LWL Klinik in Marl- Sinsen betrachten (siehe unten), ist dort die gleiche Entwicklung zu verzeichnen. Hatte die Klinik bei ihrer Gründung im Jahre 1966 keine Tagesklinik, so existieren im Jahre 2011 bereits sechs Tageskliniken an verschiedenen Standorten.

Die Tagesklinik kann als Einstieg in die stationäre Behandlung dienen. Sie gewährleistet aber auch die Therapie nach Abschluss des stationären Aufenthaltes und kann ein Weg zur weiteren Rehabilitation der Patienten sein.

Neben der ambulanten Behandlung, die heute in der Hand zumeist von Praxispsychiatern mit oft psychotherapeutischer Zusatzausbildung liegt, haben im Laufe der Jahre alle Psychiatriekliniken Institutsambulanzen eingerichtet.

Es folgte eine klare geographische Gliederung für die Zuständigkeit der psychiatrisch erkrankten Patienten. Die Regionalisierung definierte einen geographischen Bezirk mit

100 000 bis 150 000 Einwohnern, in denen die Größe der psychiatrischen Einrichtungen passend bestimmt und die verschiedenen Institutionen aufeinander abgestimmt wurden.

Als zweiter Schritt folgte die Sektorsierung, indem die Versorgung der Patienten überall ähnlich gestaltet wurde. Diese einheitliche Versorgung beinhaltete die stationäre, ambulante und teilstationäre Versorgung. Die neueste Variante ist der „*Gemeindepsychiatrische Verbund*“. Ein Psychiatrie-Koordinator gewährleistet die gemeinsame Arbeit des psychiatrischen Dienstes vor Ort.

Eine patienten- und angehörigengerechte Versorgung konnte nach der Reform erst allmählich, v. a. in den 1990er Jahren, durch eine wohnortnahe Implementierung von ambulanten, stationären und teilstationären Einrichtungen (auch in innerstädtischen psychiatrischen Abteilungen der Akutkrankenhäuser) geschaffen werden.

Ein Problem der Psychiatrie ist die Hospitalisierung, die durch einen langen stationären Aufenthalt der Patienten in den Kliniken verursacht wird.

Die Reform strebte an, dass Kranke das „*psychiatrische Ghetto*“ und den „*Dunstkreis der Psychiatrie*“ möglichst schnell hinter sich lassen konnten: Ein freies und selbstbestimmtes Leben wie bei psychisch gesunden Menschen soll durch mehr ambulante anstatt teilstationärer, mehr teilstationäre anstatt stationäre und mehr betreutes Wohnen anstatt Heimunterbringung ermöglicht werden.

Eine Lösung der Hospitalisierung wurde sicherlich nicht durch die Verlegung der Langzeiterkrankten in Heime erreicht. Hier handelt es sich eher um die Verlagerung des Problems aus dem Krankenhaus heraus in oft weit entfernte Heime.

Eine Verbesserung für bestimmte Patienten, wie zum Beispiel an chronischer Schizophrenie Erkrankte, bedeutet dies keineswegs, denn die fachlich-medizinische Betreuung ist im Krankenhaus oftmals besser als in den erwähnten Heimen.¹⁰⁷

Es zeigt sich, dass die Psychiatriereform in vielen Bereichen gefruchtet hat und die Bedingungen für die psychiatrischen Patienten in vielen Feldern verbessert worden sind, dennoch ist der Prozess nicht abgeschlossen und es bedarf immer weiterer Reformbemühungen in der Psychiatrie.

¹⁰⁷ Schott H, Tölle R, Geschichte der Psychiatrie vor der Psychiatriereform in den 70er Jahren, München 2006, S. 567

3 SITUATION DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG AB 1960 IN WESTFALEN-LIPPE

Im September 1962 legte der „Fachausschuss für Wohlfahrts- und Gesundheitspflege“ der Hauptverwaltung des LWL einen Rechenschaftsbericht über die Entwicklung der Psychiatrischen Kliniken seit 1954 vor.

Die Patientenzahlen hatten sich in dieser Zeit von 12895 auf 15996 in den Anstalten des Provinzialverbandes (Vorgängerinstitution des LWL) in seiner Aufgabe als Landesfürsorgeverbandes erhöht.¹⁰⁸ In den Einrichtungen des LWL steigerte sich die Zahl von 7780 um 1860 auf 9640 Patienten im Jahre 1962. Der LWL konnte die Bettenplätze um 1961 erhöhen, aufgeteilt in 865 Betten durch Neuerrichtung von Krankengebäuden, 305 durch zusätzlichen Ausbau bestehender Kliniken und 791 Betten durch Wiederaufnahme fremdgenutzter Gebäudesubstanz. Trotz dieser Bemühungen waren alle Einrichtungen überbelegt.¹⁰⁹

Tabelle 5:

„Überbelegung der Westfälischen Landeskrankenhäuser 1962 (errechnet auf der Grundlage der baupolizeilichen Verordnung)¹¹⁰

WLK	Sollbetten	Patienten im Krankenhaus	Mithin überbelegt
Marsberg	806	1.119	313
Lengerich	1.035	1.328	293
Münster	890	1.151	261
Eickelborn	1.585	1.806	221
Warstein	1.253	1.448	195
Dortmund	1.285	1.434	176
Gütersloh	1.201	1.318	117
Insgesamt	8.028	9.604	1.576

111

Bis in das Jahr 1967 hatte sich die Situation nicht wesentlich verbessert.

¹⁰⁸http://www.lwl.org/LWL/Der_LWL/Geschichte, 06. 05. 2016

¹⁰⁹ Hanrath S, Zwischen „Euthanasie“ und Psychiatriereform Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg: Ein deutsch-deutscher Vergleich (1945-1964), Paderborn 2002, S. 338

¹¹⁰ Polizeiverordnung über Anlage, Bau und Einrichtung von Krankenhäusern, vom 12. 08. 1953, in: Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen, 1953 S. 335-339. WAA 103, Nr. 518 Sitzung des Fachausschusses für Wohlfahrts- und Gesundheitspflege, 07. 09.1962

Tabelle 6:**Überbelegung der Westfälischen Landeskrankenhäuser 1967**

WLK	Sollbetten	Patienten	überbelegt
Marsberg	806	1.140	334
Lengerich	1.106	1.475	315
Münster	1.018	1.218	200
Eickelborn	1.763	1881	118
Dortmund	1.304	1.543	239
Warstein	1.371	1.551	180
Gütersloh	1.205	1.303	98
Insgesamt	8.627	10.011	1.484

112

Die Landesregierung des Landes NRW hatte in der Mitte der 60er Jahre die Forderungen des Landschaftsverbandes Rheinland zur Verbesserung der psychiatrischen Kliniken im Rheinland berücksichtigt und engagierte sich aus diesem und auf Grund zurückgehender Patientenzahlen im Bereich des LWL nicht ausreichend im Gebiet des LWL.¹¹³

Tabelle 7:**Aufteilung der psychiatrischen Patienten in Westfalen- Lippe auf die verschiedenen Krankenhäuser verschiedener Träger.**

Jahr	WLK insg.	Langzeitkrankenhäuser	St.Johannesstift u. Haardheim	in caritativen Einrichtungen
1963	9.976	861	1.110	6.753
1964	10.223	1.018	1.149	6.727
1965	10.370	1.227	1.162	6.727
1966	10.261	1.393	1.161	7.229
1967	9.995	1.421	1.185	7.865
1968	9.984	1.527	1.124	9.161

114

Es ist anzunehmen, dass es sich bei den Betten der caritativen Einrichtungen auch um Belegbetten von niedergelassenen Psychiatern handelte.

¹¹¹ Hanrath S, Zwischen „Euthanasie“ und Psychiatriereform Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg: Ein deutsch-deutscher Vergleich (1945-1964), Paderborn 2002, S. 338

¹¹² ebd. S. 342

¹¹³ ebd. S. 342f

¹¹⁴ ebd. S. 343

Der Neubau des Landeskrankenhauses in Frönsperdt im Bereich des LWL wurde aus dem genannten Grund zunächst nicht verwirklicht, der Baubeginn der Klinik wurde auf das Jahr 1975 verschoben und eröffnet wurde die Klinik erst 1978.¹¹⁵

Die Situation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stellte sich aber als noch wesentlich schlechter dar.¹¹⁶

Mitte der 60er Jahre gab es in Westfalen-Lippe nur zwei größere kinder- und jugendpsychiatrische stationäre Einrichtungen in der Trägerschaft des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) (St. Johannesstift in Niedermarsberg und Haardheim in Marl-Sinsen) und zwei universitäre kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen. Die eine an der Uni-Kinder-Klinik Münster mit Schwerpunkt Heilpädagogik und Psychosomatik, die andere an der Uni-Nerven-Klinik Münster, an der die traditionellen Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) wahrgenommen wurden – darüber hinaus galt dort das Interesse der Neurosen- und Psychosentherapie.

Die älteste seit 1881 bestehende kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtung im Bereich des späteren LWL ist das St. Johannesstift Niedermarsberg gewesen. Ärztlicher Leiter war Dr. Heinrich Petermann.¹¹⁷ Hier wurden vor allem Menschen mit geistigen Behinderungen aller Schweregrade und mit schweren Verhaltensstörungen aufgenommen.¹¹⁸ In der Klinik kam es zu Verkleinerung der Stationen, Verbesserung der Personallage, Ausbau der Werkstätten und der Arbeitstherapie.

Das Johannesstift in Niedermarsberg war an der Beseitigung und Ermordung von minderjährigen psychiatrischen Patienten im Rahmen der Aktion T4 als „Kinderfachabteilung“¹¹⁹ ab 1940/ 41 eingebunden.¹²⁰

¹¹⁵[http:// http://hans-prinzhorn-klinik.de/wir-ueber-uns/kurz-chronik-des-hauses](http://hans-prinzhorn-klinik.de/wir-ueber-uns/kurz-chronik-des-hauses) 06.05.2016

¹¹⁶ Hanrath S, Zwischen „Euthanasie“ und Psychiatriereform Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg: Ein deutsch-deutscher Vergleich (1945-1964), Paderborn 2002, S. 343

¹¹⁷ „Im übrigen wissen wir heute ebenfalls, dass der damalige nationalsozialistische Direktor der hiesigen Klinik, Dr. Heinrich Petermann, im Jahre 1941 während seiner vorübergehenden Freistellung vom stabsärztlichen Dienst der Wehrmacht nicht nur eine besondere Rolle bei der Abwicklung der westfälischen T4-Krankenselektionen und -transporte gespielt hat. Vielmehr hat er auch bei der regionalen Organisation der Kinder-Mordaktion gewisse übergeordnete Aufgaben wahrgenommen. Dies konnte Petermann allerdings nach dem Krieg im so genannten Westfälischen „Euthanasie“-Prozess erfolgreich kaschieren.“

Quelle:

Kersting F-W, Die NS-„Euthanasie“ als Herausforderung einer Friedenskultur

Vortrag am 20. 11. 2005 (Totensonntag) in der Vincenzkapelle der Westfälischen Klinik Warstein anlässlich der Gedenkfeier für die Opfer der NS-„Euthanasie“, Warstein 2005, S.7

¹¹⁸ Kummer S und LWL-Einrichtungen Marsberg Chronik 200 Jahre Psychiatrie Marsberg, Bönen 2014, S.18

¹¹⁹ ebd. S 29

¹²⁰ Kersting F-W, Die NS-„Euthanasie“ als Herausforderung einer Friedenskultur

Vortrag am 20. 11. 2005 (Totensonntag) in der Vincenzkapelle der Westfälischen Klinik Warstein anlässlich der Gedenkfeier für die Opfer der NS-„Euthanasie“, Warstein 2005, S.7

Um neuen Anforderungen gerecht zu werden und besser differenzieren zu können, erfolgten ab 1950 weitgehende Um- und Erweiterungsbauten.¹²¹ 1953 erhielt die Abteilung Selbständigkeit. Sie wurde als „Westfälische Klinik für Jugendpsychiatrie“ weitergeführt. 1965 zog die Klinik nach Hamm in einen modernen Neubau um. Die Bettenzahl wurde von ursprünglich 15 Betten im Rahmen eines zügigen Ausbaus auf 110 Betten aufgestockt. Die neue Klinik wurde umbenannt in „Institut für Jugendpsychiatrie und Heilpädagogik“. Das Institut arbeitete vorrangig mit dem Landesjugendamt zusammen und verstand sich als Klinik des Landesjugendamtes. Das Institut hatte es sich zur Aufgabe gemacht, diagnostische, psychomotorische (wie z.B. die „psychomotorische Übungsbehandlung“ als Bewegungstherapie zum Training von erkrankten Hirn- und Nervenanteilen, die dort entwickelt worden ist) und psychotherapeutisch-heilpädagogische Verfahren, wie die Spieltherapie, in Einzel- und Gruppentherapie zur Anwendung zu bringen – in der Klinik selbst, aber auch um Notstände abzuwenden in Familien, Schulen, Erziehungs- und Fürsorgeheimen. Dazu gehörte eine enge Zusammenarbeit mit Gerichten, den zuständigen Behörden und eine umfangreiche gutachterliche Tätigkeit (z. B. im Rahmen von Gerichtsverfahren).

An der Uni-Kinderklinik Münster entwickelten sich seit Anfang der 50er Jahre – von alten pädiatrischen Erfahrungen ausgehend – heilpädagogisch-psychotherapeutische Aktivitäten mit Betreuung einzelner Kinder auf den Stationen durch Frau Dr. Jochims. Als Kinder- und Jugendpsychiaterin leitete sie die daraus entstandene psychosomatische Abteilung, die einen Schwerpunkt u.a. in der Behandlung von Essstörungen hatte.

An der Uni-Nervenklinik Münster (Prof. Dr. Friedrich Mauz)¹²², die psychotherapeutisch orientiert war, wurde 1962 eine KJP-Abteilung mit 15 Betten eingerichtet.

¹²¹Kummer S und LWL-Einrichtungen Marsberg Chronik 200 Jahre Psychiatrie Marsberg, Bönen 2014, S. 30

¹²² „Friedrich Mauz ist einer jener ärztlichen Täter aus der zweiten Reihe, deren Biographie schwer fassbar ist. Es liegen selbst verfasste Lebensläufe aus drei politischen Systemen – der Weimarer Republik, dem „Dritten Reich“ und dem Nachkriegsdeutschland – vor, in denen er sich immer wieder neu erfand. Betonte er nach 1933 plötzlich seine Beteiligung an den Bürgerkriegswirren der frühen Weimarer Republik und seine nationale Gesinnung, so stilisierte er sich nach 1945 zu einem vom württembergischen Pietismus geprägten, unpolitischen Menschen, der den NS-Staat innerlich abgelehnt, sich aber „zu allerlei demütigenden Zugeständnissen“ bereit gefunden habe. Seiner wissenschaftlichen Linie sei er jedoch stets treu geblieben und habe sich von der psychiatrischen Genetik fern gehalten. Tatsächlich wurde Mauz im Entnazifizierungsverfahren 1946 der Gruppe der „Entlasteten“ zugeordnet, und so konnte er in der Bundesrepublik Deutschland weiter Karriere machen. Liest man die Quellen gegen den Strich, so entsteht jedoch ein anderes Bild: In den 1930er Jahren geriet Mauz' Karriere ins Stocken, nicht weil er politisch aneckte, sondern weil sein wissenschaftliches Werk schmal war und als wenig originell galt, er zudem mit der Konstitutionsforschung und der Psychotherapie Interessenschwerpunkte gewählt hatte, die in den 1930er Jahren im Schatten der erbpsychiatrischen Forschung standen. Mauz diente sich der NS-Erbgesundheitspolitik an, beteiligte sich als ärztlicher Gutachter an Verfahren nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, ließ sich im Rahmen der „Aktion T4“ als Gutachter anwerben, nahm

Gründungsaufgaben und Leitung wurden Egon Machetanz, Neurologe, Psychiater und Pädiater, übertragen. Die aufzunehmenden Patienten konnten zu dieser Zeit – wie in der Uni-Kinderklinik – nach ambulanter Voruntersuchung ausgewählt werden. Fachliche Gesichtspunkte waren maßgeblich. Einerseits sollte der Vorlesungsbetrieb bereichert werden, andererseits war darauf zu achten, dass die aufzunehmenden Kinder und Jugendlichen vom Verhalten her für die Gesamtklinik tragbar sein mussten. Ein Schwerpunkt lag auf der Behandlung von Neurosen (u.a. Zwangsneurosen und psychogene Bewegungsstörungen), Pubertätskrisen und beginnenden Psychosen.¹²³

4 AUFTRAG DES LWL IN WESTFALEN-LIPPE

4.1 VORBEREITUNGEN AB 1965

Anlass zur Neugründung einer modernen KJP-Klinik mit 50 Betten gab die Unterversorgung in allen Bereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP).

Dem LWL lagen 913 Voranmeldungen von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen aller Arten und Grade zur stationären Aufnahme vor. Es handelte sich bei den Erkrankten zumeist um Kinder und Jugendliche, die zuvor mit Erwachsenen gemeinsam in anderen Kliniken und Einrichtungen untergebracht waren. Auf der einen Seite war diese Unterbringung für die Kinder und Jugendlichen ungünstig, da es zu sozialen Konflikten mit den Erwachsenen kommen musste, und zum anderen wuchs der Druck der Kliniken und Einrichtungen auf den LWL, auf Grund der starken Belegung durch die Verlegung der Kinder und Jugendlichen Freiraum für die erwachsenen Patienten zu schaffen.¹²⁴

Die Hauptsorge galt zu dieser Zeit der Unterbringung und Behandlung von geistig behinderten Menschen.

sogar an den Beratungen über ein künftiges „Gesetz über Sterbehilfe“ teil und leistete als Beratender Psychiater der Wehrmacht seinen Beitrag zur Wehrmedizin“ Zitat aus

Zeitschrift: Der Nervenarzt 2012/3: 321-328

Autor: Silberzahn-Jandt, G, Schmuhl, H-W

DOI: 10.1007/s00115-011-3388-2

¹²³ „Wandlungen der Psychiatrie in fünfzig Jahren“ Schriften des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe Nr. 3 Herausgegeben aus Anlass des 50jährigen Bestehens des Westf. Landeskrankenhauses, Gütersloh 1969, S. 49 ff

Autor Hünnekens H „Moderne Probleme der Jugendpsychiatrie“

¹²⁴ Gespräch mit Frau Dr. Gerda Machetanz am 25.11.2011

Als Leiter der geplanten neuen Klinik wurde schon 1965 E. Machetanz,¹²⁵ damals 41 Jahre alt, noch Abteilungsleiter der KJP-Abteilung der Universitäts-Nervenlinik Münster, gewählt. Er war geprägt durch ärztliche Tätigkeiten in der Medizinischen Klinik Göttingen (Prof. Schoen). Dort war er nach Abschluss seines Studiums in der Inneren Medizin tätig und konnte hier die ersten beruflichen Erfahrungen machen. Er wechselte nach der Tätigkeit in der Inneren Medizin an die psychiatrische Anstalt nach Hannover-Langenhagen (Dr. Trobitius). Dort hatte Machetanz nach dem Studium den ersten Einblick in das Arbeiten in einer Psychiatrie, mit all ihren Problemen. Um das Ziel, als Kinder- und Jugendpsychiater zu arbeiten und fachlich anerkannt zu werden, war es in den 50er und 60er Jahren des 20. Jahrhundert unerlässlich, den Facharzt für Neurologie und Pädiatrie zu erwerben. Er wechselte deshalb an die Universitäts-Nervenlinik Münster (F. Mauz). Mauz ließ seinen ärztlichen Mitarbeitern sehr viel Gestaltungsfreiheit. Zur Erlangung seines Facharztes für Pädiatrie arbeitete Machetanz an der Uni-Kinderklinik Münster (Prof. Mai). Bei Prof. Mai wurden neue ärztliche Mitarbeiter, ob schon Facharzt oder nicht, als Anfänger eingestuft.¹²⁶

Auch waren die Aufbauenerfahrungen der KJP-Abteilung an der Universitäts-Nervenlinik Münster ab 1962 für das Vorhaben von Vorteil.

Die Vorbereitungen und ersten konzeptionellen Überlegungen konnten ab 1965 zusammen mit der Haupt- und Personalabteilung des LWL in Zusammenarbeit mit der Leitung der Sozialhilfeabteilung und der Jugendhilfeabteilung, dem Leiter der Hochbauabteilung getroffen werden. Mit den Vertretern aller betroffenen Abteilungen des LWL – insbesondere mit dem Beauftragten der Hochbauabteilung – fanden häufige Zusammenkünfte, Beratungen und gemeinsame Besichtigungsfahrten zu psychiatrischen Anstalten, Kliniken und KJP-Einrichtungen im In- und Ausland statt. Auch Erziehungsberatungsstellen und Lebenshilfeeinrichtungen wurden besucht. Den Kontakt zu den verschiedenen Einrichtungen konnte auf Grund der vorigen Tätigkeiten von Machetanz in den verschiedenen Bereichen hergestellt werden.

In den Gesprächen standen die baulichen Planungen, Bedürfnisse einer neuen Klinik und die bauliche Umsetzung im Vordergrund. Da die Geldmittel in der Gründungsphase noch reichlich vorhanden waren, war es möglich aus dem „*vollen zu schöpfen*“. Aus heutiger

¹²⁵ An dieser Stelle sei erwähnt, dass E. Machetanz mutmaßlich zur Zeit des nationalsozialistischen Regimes Mitglied der SS war. Diese Annahme stützt sich weitestgehend auf mündliche Berichte aus dem Kreise der Familie Machetanz. Einen Hinweis auf die Stimmigkeit dieser Berichte liefert unter anderem folgende Internetseite :

<http://forum.axishistory.com/search.php?keywords=Egon+Machetanz&sid=2caa505f47cc75d83717e41d6620b286> 06.05.2016 Hier wird E. Machetanz als SS-Führer im Sanitätsdienst gelistet.

¹²⁶ Gespräch mit Frau Gerda Machetanz am 25.11.2011

Sicht, in der Zeit öffentlich leerer Kassen, ist es schwer vorzustellen, welche Möglichkeiten damals gegeben waren.¹²⁷

¹²⁷ Gespräch mit Frau Gerda Machetanz am 25.11.2011

4.2 KONZEPTIONELLE VORÜBERLEGUNGEN

Das „Haardheim“, die Vorgängerklinik der heutigen Kinder- und Jugendpsychiatrie, war bis zum Frühjahr 1966, als es in den Besitz des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe überging, ein Fachkrankenhaus für Knochen- und Gelenktuberkulose in der Trägerschaft des Kreises Recklinghausen. Der Grundstein für das Fachkrankenhaus wurde in der Weimarer Republik am 21.05.1927 gelegt, die Eröffnung war am 01.10.1928.



Abb. 1: Das Gebäude der Tuberkulose-Klinik „Haardheim“ kurz nach seiner Erbauung

Für die Errichtung des Krankenhauses war Kreiskommunalrat Dr. Kleine zuständig. Das bauliche Konzept war nach damaliger medizinischer Sicht ganz auf die Bedürfnisse der Tuberkulose Erkrankten abgestimmt, mit Zimmern zur Südseite.



Abb. 2: Das Gebäude der ehemaligen Tuberkulose-Klinik im heutigen Zustand

Die Behandlung enthielt „*Freiluft und Wasserbehandlung*“ und „*kräftige Ernährung*“, was immer das aus heutiger Sicht heißen mag.

„*Scheint dann der weiße Baukörper gegen den grünen Wald, so muss man sagen, hier muss man wieder gesund an Leib und Seele werden.*“¹²⁸

Das Zitat von Dr. Kleine könnte auch als Leitsatz für die neue Klinik gelten.¹²⁹

Am 24. Februar 1967 – 1,5 Jahre vor Baubeginn der neuen Klinik im Oktober 1968 – besuchte der Arbeits- und Sozialminister des Landes Nordrhein-Westfalen Werner Figgen das „*Westfälische psychiatrische Landeskrankenhaus für Kinder und Jugendliche Haardheim*“ – in Marl-Sinsen. Aufgrund seiner neuen Zweckbestimmung waren als Sofortmaßnahmen Umbauarbeiten an der übernommenen alten Tbc-Klinik, die zu dem Klinischen Zentrum der Gesamtanlage werden sollte, notwendig. Es wurden zwei Krankenstationen und Räumlichkeiten für die erste labortechnische und apparative Ausstattung geschaffen. Bei dem überaus starken Aufnahmedruck sollte sofort eine erste Aufnahmemöglichkeit bestehen. Dies bedeutete beim Aufbau der Klinik, dass im gesamten Gelände die Baumaßnahmen voll im Gange waren und Einschränkungen für das Personal und die Patienten bestanden.

¹²⁸ Aufsatz zum 40. Jubiläums der Klinik am 02. 09 2006 von Peter Eltrop S. 4

¹²⁹ ebd. S. 4

Der Ministerbesuch gab Anlass zu einem vom Leiter der Klinik gehaltenen Vortrag über: „*Ärztliche Vorstellungen von einer modernen, neuropsychiatrischen Klinik für Kinder und Jugendliche*“. Obwohl die Überschrift des Artikels eine neurologische Ausrichtung betont, sollten doch Kinder und Jugendliche aus dem gesamten Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie Aufnahme finden: „*Es muss in angemessenem Rahmen die Möglichkeit zur Diagnostik und Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher aller Art bestehen, da es hier im Raum kein kinderpsychiatrisches Fachkrankenhaus gibt. Ausserdem gehört es zu unseren Pflichtaufgaben, Kinder und Jugendliche mit echten Geisteskrankheiten wie Schizophrenie, Gemütskrankungen usw. aufzunehmen. Ebenso haben wir uns durchschnittlich und überdurchschnittlich begabter junger Patienten mit schwerwiegenden seelischen Störungen anzunehmen.*“¹³⁰

Die an eine solche Klinik zu stellenden Anforderungen wurden deutlich vor dem Hintergrund der Geschichte dieses jungen Faches, die nur kurz skizziert wurde.

In diesem Vortrag wurde bereits die zentrale Bedeutung der Ambulanz (unter Ambulanz verstand man die Aufnahmestation der Klinik, sie ist nicht mit den Ambulanzen in der heutigen Zeit, die vor Ort gelegen sind, zu vergleichen) diskutiert. Einmal läge ihre Aufgabe darin, eine enge Zusammenarbeit zwischen Landeskrankenhaus, auswärtigen Institutionen, wie Krankenhäusern, Erziehungsberatungsstellen, Tagesstätten, beschützenden Werkstätten, Schulen und niedergelassenen Ärzten zu ermöglichen. Zum anderen hätte sie die Aufgabe als „Vorschalt“-Ambulanz eine Filterfunktion wahrzunehmen. Es zeichnete sich früh ab, dass nicht alle zur stationären Aufnahme angemeldeten Patienten diese auch bedurften. Wenn möglich, war einer ambulanten Untersuchung und Behandlung der Vorzug zu geben. Eltern und Leiter auswärtiger Einrichtungen sollten auch in der Ambulanz die Möglichkeit haben, beraten zu werden. Durch ambulante Voruntersuchungen könnten Fehlplatzierungen vermieden, aufzunehmende Patienten bei guter Gliederung der Gesamtanlage differenziert den für sie geeigneten Stationen zugewiesen werden.

Fasst man die am 24.02.1967 vorgetragenen „*Ärztliche Vorstellungen von einer modernen, neuropsychiatrischen Klinik für Kinder und Jugendliche*“ zusammen, so sind zu dieser Zeit folgende Schwerpunkte und Anliegen, für deren Akzeptanz geworben werden musste, erkennbar:

¹³⁰ Vortrag anlässlich des Besuches des Arbeits- und Sozialministers des Landes Nordrhein-Westfalen, Herrn Werner Figgen, am 24. Februar 1967 im Westfälischen psychiatrischen Landeskrankenhaus für Kinder und Jugendliche „Haardheim,“ Marl-Sinsen gehalten von Landesobermedizinalrat Egon Machetanz (Privatarchiv Egon Machetanz) S. 6

1. Die Gründungskonzeption wurde vom Träger des LWL auch aufgrund lokaler Bedürfnisse stark beeinflusst. Der Direktor des LWL hat entsprechende Vorgaben gemacht, auf die sozialen Aufgaben des LWL, seine Pflichtaufgaben hingewiesen. In erster Linie kam es darauf an, sich des brennenden Problems der geistig Behinderten und Mehrfachgeschädigten aller Schweregrade anzunehmen. Der Begriff geistig behindert wurde vor 1945 kaum verwendet, er setzte sich erst allmählich durch die 1958 gegründete Elternvereinigung

„*Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind e.V.*“ durch.¹³¹

Das Bundessozialhilfegesetz vom 13. Juni 1961 setzte eine sprachliche Gleichstellung der seelischen, körperlichen und geistigen Behinderungen fest.¹³² Ab 1969 setzte sich der Begriff des „*behinderten Mitbürgers*“ durch.¹³³ Ärztlich galt es in dieser Situation aus neurologisch-psychiatrischer – auch pädiatrischer – Sicht auf die Vielfalt der Ursachen, Syndrome und Krankheitserscheinungen hinzuweisen. Es kam darauf an, Verständnis zu wecken für eine optimale labortechnische und apparative Ausstattung des klinischen Zentrums. Auch sollten vielfältige Behandlungsaktivitäten ermöglicht werden – ganz im Sinne des LWL, für den „Pfleger“ und „Bewahrer“ allein der Vergangenheit angehören sollten. Ob diese Ziele verwirklicht werden konnten, musste sich erst einmal noch herausstellen, denn schon im 19. Jahrhundert wurden mit ähnlichen Argumenten der Bau von entfernt gelegenen Großanstalten legitimiert, die natürlich wiederum nichts anderes waren als Orte der Asylisierung und Exklusion.

2. Es wurde versucht, den Blick für die Weite des Faches zu öffnen. Das neue Krankenhaus sollte Behandlungsstätte für psychisch kranke Kinder und Jugendliche aller Arten und Grade werden. Weitgehende Spezialisierung war erforderlich. Überspitzungen sollten vermieden – das Wissen von der Geschlossenheit des ganzen Menschen erhalten bleiben. Damit wurde die Unterbringung der Kinder und Jugendlichen zwar unter einem Dach, aber in breit gegliederten Stationen (aufgeteilt wurden die Stationen nach Krankheitsbildern, auch nach dem Alter der Erkrankten und getrennt nach Geschlechtern)¹³⁴ und Abteilungen begründet.

¹³¹ Schmuhl H-W, „Als wären wir zur Strafe hier“ Gewalt gegen Menschen mit geistiger Behinderung – der Wittekindshof in den 1950er und 1960er Jahren, Bielefeld 2011, S. 27

¹³² <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bshg/gesamt.pdf>, 05.06.2016

¹³³ Schmuhl H-W, „Als wären wir zur Strafe hier“ Gewalt gegen Menschen mit geistiger Behinderung – der Wittekindshof in den 1950er und 1960er Jahren, Bielefeld 2011, S. 27

¹³⁴ Gespräch mit Frau Machetanz am 22.12.2011

Der Differenzierungsgedanke und psychotherapeutisches Denken sollten für die nachfolgenden Überlegungen bestimmend sein – auch von der Personal- und Bauplanung berücksichtigt werden.

3. Die zentrale Bedeutung der Ambulanz kam in der Diskussion zur Sprache und fand lebhaft Resonanz.¹³⁵

¹³⁵ Vortrag anlässlich des Besuches des Arbeits- und Sozialministers des Landes Nordrhein-Westfalen, Herrn Werner Figgen, am 24. Februar 1967 im Westfälischen psychiatrischen Landeskrankenhaus für Kinder und Jugendliche „Haardheim,“ Marl-Sinsen gehalten von Landesobermedizinalrat Dr. Egon Machetanz (Privatarchiv Prof. Dr. Egon Machetanz) S. 2-6: „Dann erkannte man in der Mitte des 19. Jahrhunderts in den psychiatrischen Krankenhäusern die Notwendigkeit einer Trennung der asylierungsbedürftigen Schwachsinnigen, epileptischen oder geisteskranken Kinder und Jugendlichen von den erwachsenen Patienten. Erst am Ende des 19. Jahrhunderts entwickelte sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu einer medizinischen Sonderdisziplin. Bis zum Augenblick versteht man darunter den Zweig der Heilkunde, der das „ärztliche Verstehen und Helfen bei seelischen Schwierigkeiten jeder Art“ im Reifealter zum Gegenstand hat. Die weitere Entwicklung des Faches spiegelt sich u.a. wider in den Lehrbüchern, Veröffentlichungen, Zeitschriften und an den Kongressen, die an Bedeutung gewinnen. 1911 wurde an der Universitäts-Kinderklinik in Wien die erste heilpädagogische Station für psychisch abnorme Kinder geschaffen, eine Reihe von Neugründungen an anderen Universitäten folgte. Erst 1949 wurde in Paris der erste Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie eingerichtet, Universitäten der meisten Kulturstaaten folgten diesem Beispiel, sie schufen zumindest klinische Abteilungen. Auch die Zahl der Privatkliniken und Sanatorien ist wesentlich angestiegen. Besonders kräftige Impulse gehen jetzt von den Trägern der Erziehungsfürsorge aus – es werden eigene, ärztlich geleitete klinische Zentren und Beobachtungsstationen errichtet. Im nordrhein-westfälischen Raum bedeuten vor allem die Einrichtungen der Landschaftsverbände in Sücteln und Hamm einen wesentlichen Schritt nach vorn. Bemerkenswert ist die Vielfältigkeit der Zielsetzungen, Aufgaben und Möglichkeiten der bestehenden Einrichtungen. Sie versteht sich aus der Weite des Faches, das sich in einem Grenzgebiet bewegt – mit engen Beziehungen zur Neurologie, Pädiatrie, Pädagogik und Soziologie. So liegen die Schwerpunkte in den einzelnen Einrichtungen verschieden: Auf der Behandlung geistig behinderter Kinder, Anfallskranker, Stoffwechselgestörter mit psychischen Auffälligkeiten, der Behandlung von Psychosen und schweren Charakterabartigkeiten, von kindlichen Neurosen und psychosomatischen Störungen. Diese Mannigfaltigkeit der Bestrebungen mit Anwendung unterschiedlichster Methoden aus allen Disziplinen, die sich mit dem Kinde beschäftigen, brachte viel Neues, viele Anregungen und damit viel Positives – aber auch die Gefahr der Zersplitterung und eines die Verständigung schliesslich erschwerenden, teilweise überspitzten Spezialistentums. Es lässt heute allzu leicht den Blick für das Ganze des Faches – aber auch für die Geschlossenheit der einzelnen Person verloren gehen. Man wird dem Menschen nicht gerecht, wenn man einen testmäßig ermittelten Intelligenzquotienten als das Wesentliche ansieht und am sogenannten IQ, dem Intelligenzquotienten, die Diagnose „aufhängt“.

Überblickt man diese Entwicklung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, so lässt sich folgendes feststellen:
1. Die Sorge um das geistig behinderte Kind ist alt; sie stand anfangs im Vordergrund und ist bis zum Augenblick ein aktuelles Problem geblieben.

2. Ein erster, aber bedeutsamer Entwicklungsschritt war mit der Abtrennung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher von den erwachsenen Kranken in den Anstalten gegeben. Von hier ausgehend brach sich der Gedanke einer Differenzierung nach Krankheitsbildern Bahn.

3. Die danach schnell fortgeschrittene Differenzierung nach Krankheitsbildern führte zur Gründung zahlreicher kleinerer kinderpsychiatrischer Einrichtungen mit den verschiedensten speziellen Aufgabenstellungen und Zielsetzungen. Sie bringt viele Vorteile, aber auch nicht zu übersehende Nachteile. Fragen wir im Hinblick auf diese Spezialisierungen nach der gegenwärtigen Situation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Lücken und Engpässen in der Diagnostik und Behandlung psychisch kranker Kinder, so ergibt sich, dass diese Lücken und Engpässe trotz aller Institutionen auf allen Gebieten bis zum Augenblick bestehen. Die grösste Not aber leiden die geistig behinderten Kinder und Jugendlichen – und deren Angehörige.

Für die Gründungskonzeption einer modernen neuropsychiatrischen Klinik für Kinder und Jugendliche, wie sie der Landschaftsverband Westfalen-Lippe in dem zukünftigen „Haardheim“ plant, wird danach unter Berücksichtigung auch lokaler Bedürfnisse gelten:

1. Das Gewicht wird bei der zukünftigen Einrichtung auf der Diagnostik, Behandlung und pflegerischen Betreuung geistig Behinderter im Krankenhaus und ausserhalb des Krankenhauses liegen. Der Direktor des Landschaftsverbandes hat auf die sozialen Aufgaben des Landschaftsverbandes eindringlich hingewiesen.

2. Es muss in angemessenem Rahmen die Möglichkeit zur Diagnostik und Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher aller Art bestehen, da es hier im Raum kein kinderpsychiatrisches Fachkrankenhaus gibt. Ausserdem gehört es zu unseren Pflichtaufgaben, Kinder und Jugendliche mit echten Geisteskrankheiten wie Schizophrenie, Gemütskrankungen usw. aufzunehmen. Ebenso haben wir uns durchschnittlich und überdurchschnittlich begabter junger Patienten mit schwerwiegenden seelischen Störungen anzunehmen“

4.3 BAULICHE KONSEQUENZEN

Die LWL übernahm im Frühjahr 1966 zu günstigen Konditionen die ehemalige Klinik für Knochen- und Gelenk-Tbc. „Haardheim“ vom Kreis Recklinghausen. Ausschlaggebend für den Erwerb des Geländes durch den LWL war der günstige Preis und nicht etwa die Lage des Geländes.¹³⁶ Dazu gehörten Nebengebäude (Schwesternhaus, Waschküche, 3-4 Personalwohnungen, eine Arzt-Dienstwohnung) und ein Waldgebiet von 33 Hektar.¹³⁷ Die Lage des Waldgrundstückes war insofern günstig, als es zwei Kilometer von der Stadtgrenze Marl-Sinsen, sechs Kilometer von der Stadt Haltern entfernt, direkt an der damaligen B 51, lag, eine Buslinie war bei der Gründung nicht vorhanden, heute ist das Gelände mit einem Anruflinientaxi zu erreichen.^{138 139 140}

Westfälisches Landeskrankenhaus in der Haard 1968



Freigegeben d. L. A. Hamburg

Abb. 3: Westfälisches Landeskrankenhaus in der Haard 1968

Zuvor kam es zu einer Standortdiskussion. Zur Diskussion stand, ob es eine neue KJP-Klinik in der Stadt Marl in einem Hochhaus, damaliger Tendenz folgend gemeindenah – oder am Stadtrand weiträumig als Waldkrankenhaus errichtet werden sollte.

¹³⁶ Gespräch mit Frau Machetanz am 22.12.2011

¹³⁷ LWL- Archivamt für Westfalen (Archiv LWL Bestand 620 Nr. 857): Landschaftsverband Westfalen-Lippe 28. 02. 1966 Nr. 4/2/85 Vorlage der Verwaltung an den Fachausschuss für Finanzwesen für die 12. Sitzung 1966

¹³⁸ LWL- Archivamt für Westfalen (Archiv LWL Bestand 620 Nr. 857): Hochbauabteilung AZ. 138000 O/B1 Münster, den 06.04.1965

¹³⁹ LWL- Archivamt für Westfalen (Archiv LWL Bestand 620 Nr. 857): Rundschreiben von Dr. Follmer, Chefarzt des Spezialkrankenhauses für Knochen und Tuberkulose Haardheim, Marl-Sinsen, den 10.11.1965

¹⁴⁰ <http://www.jugendpsychiatrie-marl.de/herzl-willkommen/so-erreichen-sie-uns/> 11.06.2016

Aus wirtschaftlichen Gründen (günstiger Erwerb des Geländes, s.o.) sowie der Schwierigkeit in der Stadt einen geeigneten Platz zu finden und der fraglichen Akzeptanz der Bevölkerung (Stichworte in der öffentlichen Diskussion wie: Psychiatrie, Drogenproblematik, Forensik, für Marl war allerdings keine Forensik geplant), war der sich anbietenden Möglichkeit ein Waldkrankenhaus zu errichten der Vorzug zu geben. Aus heutiger Sicht würde die Entscheidung sicherlich zu Gunsten eines Krankenhauses wohnortnah in der Stadt fallen. Die Errichtung einer Klinik weit vor den Toren der Stadt in weitem Gelände war auch in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts nicht mehr zeitgemäß, und erinnert mehr an kasernenähnliche Krankenanstalten des 19. Jahrhunderts.

Eine Stigmatisierung der Erkrankten war ein sehr wichtiger Faktor: Deviante Menschen wurden durch Stigmatisierung der Erkrankten unsichtbar gemacht und waren im öffentlichen Raum kaum zu sehen. Letztendlich bewirkte die Standortwahl eine radikale Entfernung der Menschen aus ihren sozialen Bezügen. Allein schon durch die große räumliche Distanz zu den Heimatorten wurde die Reintegration erheblich erschwert. Es entstand so wieder eine künstliche Anstaltswelt und Hospitalisierung. Das Konzept der Inklusion oder Integration scheint hier nicht handlungsleitend gewesen zu sein, sondern vielmehr das der Separation.

Zudem konnte schnell gehandelt werden und es bestand die Möglichkeit, das Gelände durch Zukauf von angrenzenden Flächen zu erweitern. Im Beschlussantrag des LWL hieß es:

„Der Fachausschuss für Finanzwesen empfiehlt dem Landschaftsausschuss folgende Beschlussfassung:

Der Landschaftsausschuss stimmt dem Ankauf der Besitzung „Haardheim“ in Größe von 122 282 qm nebst aufstehenden Gebäuden, Nebenanlagen, sämtlichen Inventars und aufstehenden Holzes zum Preise von 1.900.000 DM (in Worten: „Eine Million Neunhunderttausend Deutsche Mark“) zu.

Er empfiehlt die Möglichkeiten des Zuerwerbs von Erweiterungsgelände von der Gelsenkirchener Bergwerks-AG zu angemessenen Bedingungen zu verfolgen und den Kauf ggf. mit Hilfe des Landkreises Recklinghausen zum Abschluß zu bringen. Die durch den Abschluß des Kaufvertrages und seiner Durchführung entstehenden Kosten, Gebühren und Steuern trägt der Landschaftsverband Westfalen-Lippe. Die Verwaltung soll über die Bedingungen des Zuerwerbs von Erweiterungsgelände in einer besonderen Vorlage berichten.

Die Finanzierung erfolgt über den außerordentlichen Haushalt 1966, und zwar aus der Grundstücksrücklage und – soweit diese nicht ausreicht – aus Darlehnsmitteln (Haushaltsstelle 9400/940.00).¹⁴¹

Ankauf der Heilstätte "Haardheim" in Marl-Sinsen

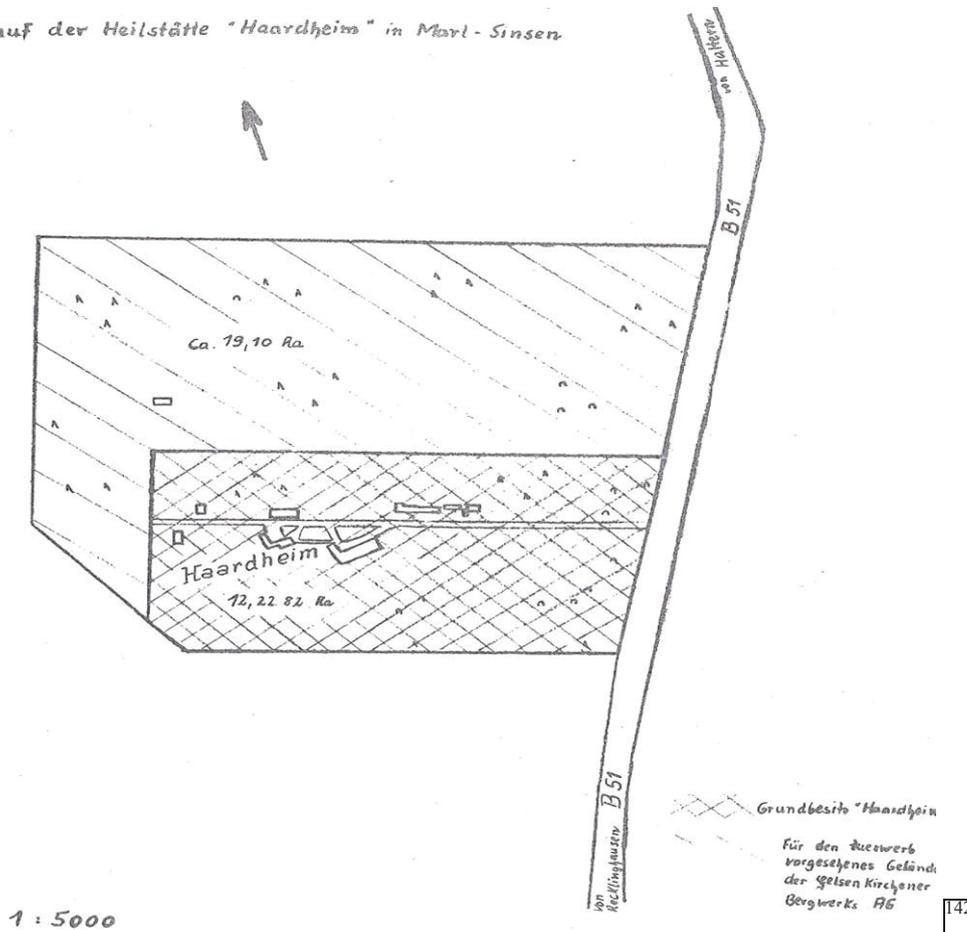


Abb. 4: Lageplan des Haardheim in Marl-Sinsen

Zunächst war eine Aufnahme von 90 geistig behinderten Kindern im alten Hauptgebäude geplant, dass für diese Zwecke saniert und umgebaut wurde.^{143 144}

Fachlich war – um den Auftrag des LWL erfüllen zu können – der Differenzierungsgedanke bestimmend. Es sollte differenziert (nach Geschlecht, Alter und Krankheitsbilder) und vielfältig mit möglichst kleinen Gruppen in kleinen Stationswohneinheiten gearbeitet werden. Großzügige Abgrenzungen und räumliche Trennung der unterschiedlichen Häuser, Abteilungen und Stationen – Pavillonbauweise – waren nur in einer weiträumigen Anlage

¹⁴¹ LWL- Archivamt für Westfalen (Archiv LWL Bestand 103 Nr. 826): LWL Münster, den 28. 02. 1966 Nr.4/2/85 Vorlage der Verwaltung an den Fachausschuss für Finanzwesen für die 12. Sitzung am 4. 03. 1966, S. 3f

¹⁴² ebd. S. 3f

¹⁴³ LWL- Archivamt für Westfalen (Archiv LWL Bestand 620 Nr. 857): LWL Schnellbrief Münster, den 30.03.1966 an das Westfälische Landeskrankenhaus Münster, Abteilungen 11,12,13,20/21

¹⁴⁴ LWL- Archivamt für Westfalen (Archiv LWL Bestand 103 Nr. 628): LWL Münster, Januar 1966, Nr. 4/3/68 Vorlage der Verwaltung, An den Fachausschuss für Wohlfahrts- und Gesundheitspflege für die 12. Sitzung am 20. 01. 1966

mit alten Baumbeständen und vielfältiger parkartiger Bepflanzung möglich. Es kam auch darauf an, ungünstige gegenseitige Beeinflussungen der Patienten (mit ihrer Imitationsneigung und oft unerwünschter Orientierung „nach unten“) zu vermeiden. Diese Ansicht wurde zumindest von den Gründern der Klinik so vertreten.

Den Eltern, die ihre intellektuell normalen oder gut begabten Kinder zur Behandlung z. B. von neurotischen und psychosomatischen Störungen (diese Störungsbilder gehörten, wie andere, auch zum Behandlungskonzept der neuen Klinik) anvertrauen wollten, sollte der Schritt in ein „Landeskrankenhaus“ schon durch ein ansprechendes Ambiente erleichtert werden. Nicht zuletzt auch aus diesem Grunde kam es später zur Umbenennung der Klinik. Im Jahre 1966¹⁴⁵ wurde zunächst der alte Name der Tuberkulose Heilstätte „Haardheim“ übernommen. Im Laufe der folgenden Jahre erwies sich dies als ungünstig, da der Name Haardheim eher mit einem Heim und nicht mit einem Fachkrankenhaus in Verbindung gebracht wurde. Dies führte sogar zu Missverständnissen mit den Krankenkassen, die oft eine Übernahme der Kosten für die Patienten nicht übernehmen wollten, da sie für ein Heim nicht zuständig seien. Auch im Hinblick auf die Ausbildungsplätze der Krankenpflegeschule und der Kinderkrankenpflegeschule erwies sich der Name als hinderlich, ebenso für die in der Facharztausbildung befindlichen Ärzte.

Die vorgenannten Berufsgruppen legten Wert auf eine Ausbildung in einem Krankenhaus und nicht in einem „Heim“.

Der damalige ärztliche Direktor Machetanz stellte aus den genannten Gründen und ganz der Mode der Zeit folgend am 21.01.1971 an den LWL den Antrag auf Umbenennung des Krankenhauses von Haardheim in Westfälisches Landeskrankenhaus für Kinder und Jugendliche (Neurologie und Psychiatrie) Haardklinik.¹⁴⁶

Der LWL gab dem Antrag auf Umbenennung am 18.10.1971 statt. Es trug nun den Namen „Westfälisches Landeskrankenhaus in der Haard, Marl-Sinsen – Fachkrankenhaus für Jugendpsychiatrie“¹⁴⁷

Auch der Gedanke an das ausgeprägte Bewegungsbedürfnis von Kinder und Jugendlichen, die Rolle des Spiels und Sports spielten bei der Gestaltung der Gesamtanlage eine große Rolle.

Bei der Gebäudeplanung bestand anfangs noch eine gewisse Unsicherheit. Trotz Besuchs der verschiedensten KJP-Heime und -Pflegeeinrichtungen war nicht voraussehbar, in

¹⁴⁵ Aufsatz zum 40. Jubiläum der Klinik am 02.09.2006 von Peter Eltrop

¹⁴⁶ Brief vom 21.01.1977 von E. Machetanz an den LWL, Archiv LWL Bestand 620 Nr. 855

¹⁴⁷ Brief vom 18.10.1971 von LWL Haupt- und Personalabteilung an alle Dienststellen des LWL Archiv LWL Bestand 622 Nr. 855

welchem Zustand die Kinder und Jugendlichen der neuen – in jedem Fall zur Aufnahme verpflichteten Klinik zugewiesen wurden. In der Zeit der Gründungsphase hatte die Klinik eine Versorgungsverpflichtung für das westliche Westfalen mit einer Einwohnerzahl von 3,2 Millionen Einwohnern. Das Gebiet wurde in den folgenden Jahren auf 1,6 Millionen Einwohner begrenzt. Heute gehören zum Pflichtversorgungsgebiet die Kreise und Städte Coesfeld, Gronau, Borken, Recklinghausen, Herne, Bochum, Bottrop, Haltern am See, Marl, Oer-Erkenschwick, Dorsten, Herten, Gelsenkirchen und Teile der Stadt Dortmund. Die Stadt Münster und der Kreis Steinfurth entfielen 2005 aus dem Pflichtversorgungsgebiet, da die Universitätsklinik in Münster eine eigene K-u.JP. erhielt.¹⁴⁸

So wurde bei allem Bemühen um die Schaffung einer wohnlichen, möglichst familiären Atmosphäre auf Beobachtbarkeit und Sicherheit Wert gelegt.

Zimmertrennscheiben, wie sie insbesondere im Kleinkinderbereich in Kinderkliniken üblich waren und austauschbare Wandelemente wurden eingebaut. In manchen Stationen erwiesen sie sich bald als überflüssig und störend und in anderen Stationen als zweckmäßig. Die Inbetriebnahme des Krankenhauses fand im Oktober 1966 statt.^{149 150 151}

152

¹⁴⁸ Gespräch mit Herrn Michael Müller (Sachgebietsleiter in der Patientenverwaltung der LWL Klinik in Marl- Sinsen) am 04.01. und 06.01 2012

¹⁴⁹ LWL- Archivamt für Westfalen (Archiv LWL Bestand 620 Nr. 857): LWL Münster, den 16. 05. 1966, Nr. 4/8/16 Vorlage der Verwaltung , An den Fachausschuss für Hochbauverwaltung des Landschaftsverbandes für die 9. Sitzung am 17. 05. 1966

¹⁵⁰ LWL- Archivamt für Westfalen (Archiv LWL Bestand 620 Nr. 857): 121: Besprechung am 08.08.1966 über Fragen der Anstaltsfürsorgen

¹⁵¹ LWL- Archivamt für Westfalen (Archiv LWL Bestand 620 Nr. 856): Westfälisches Landeskrankenhaus Haardheim, Brief von E. Machetanz, Landesobermedizinalarzt, an den LWL, Abteilung 62 vom 19.12.1966

¹⁵² LWL- Archivamt für Westfalen (Archiv LWL Bestand 620 Nr. 856): Westfälisches Landeskrankenhaus Haardheim, Brief von E. Machetanz, Landesobermedizinalarzt, an den LWL, Abteilung 62 vom 16.03.1967

4.4 BAUPLANUNG

Der vom LWL erteilte Auftrag zum Neubau einer das Gesamtgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie berücksichtigenden Klinik in Marl-Sinsen ließ konzeptionell eine Gesamtanlage mit Planung folgender Gebäudekomplexe notwendig erscheinen.

Die meisten Gebäude wurden der Zeit entsprechend in Bungalow-Bauweise, mit Flachdach errichtet, was sich auf Dauer als Nachteil erwies (Wassereinbruch), sodass viele Gebäude bei anstehenden Renovierungsarbeiten Satteldächer erhielten:



Abb. 5: Stationsgebäude, kurz nach Erbauung der Klinik

- 1.) Ambulanz
- 2.) Klinisches Zentrum
- 3.) Akutkrankenhaus („Psychosenhaus“)
- 4.) Psychosomatisches („Entlassungs-“) Haus
- Langzeitbehandlungsbereich mit Unterteilung in –
- 5.) Ausbildungs- und Erziehungsbereich mit 2 einstöckigen, rechtwinklig angelegten

Gebäuden

- 6.) Kleinkinderhaus mit einem einstöckig, rechtwinklig angelegten Gebäude
- 8.) Krankenhaussonderschule
- 9.) Ausbildungswerkstätten für verschiedene Handwerkszweige
- 10.) Beschäftigungstherapie-Gebäude
- 11.) Voltigierplatz für therapeutisches Reiten
- 12.) Sportanlagen (für Leichtathletik, Fußballplatz) mit Turn- und Schwimmhalle, Gymnastikräume, Spielplätze
- 13.) Sozialzentrum mit Lebensmittelgeschäft und Frisörsalon
- 14.) Verwaltungsgebäude
- 15.) Technische Einrichtungen mit Maschinenhaus und Heizzentrale
- 16.) Großküche
- 17.) Schwesternhaus, Dienstwohnungen



Abb. 6: Schwesternhaus, (zu Beginn des 21. Jahrhunderts auf Grund mangelnden Bedarfs abgebrochen)

Im Langzeitbereich (= Ausbildungs- und Erziehungsbereich, Kleinkinderhaus und Pflegebereich) waren in jedem der insgesamt fünf Gebäude 4 Stationen unterzubringen, wobei anfangs jede Station mit 16 Betten belegt werden sollte. Eine Reduzierung der

Bettenzahlen u.a. durch Bildung von Halbstationen ergab sich später aus der Praxis heraus. Bauseitig waren verstellbare Raumteiler und Zimmerwände eingeplant.

Einer anfänglichen Altersbegrenzung von 2-14 Jahren folgte eine Verschiebung der Altersgrenze bis zum 18. Lebensjahr. Die Gesamtkapazität sollte bei voller Funktionsfähigkeit 504 Plätze betragen. Erwogen wurde eine spätere Erweiterung der Klinik auf 750 Betten, sodass angrenzender Waldbesitz in Richtung Haltern erworben und ein weiterer Ausbau der technischen Einrichtungen und der Großküche vorbedacht wurden. Dazu kam es aufgrund der zunehmenden Tendenz, Großkrankenhäuser zu verkleinern und dem Aufbau kleinerer, gemeindenaher Einrichtungen den Vorzug zu geben, nicht mehr.¹⁵³

¹⁵³ LWL- Archivamt für Westfalen (Archiv LWL Bestand 620 Nr. 856): LWL Münster, den 08. 03. 1967, Nr. 4/3/117 Vorlage der Verwaltung , An den Fachausschuss für Wohlfahrts- und Gesundheitspflege für die 24. Sitzung am 13.03.1967

4.5 BILDER AUS DEM KLINIKALLTAG UM 1970 BIS 1980

Die folgenden Bilder befinden sich im ungeordneten Archiv der Klinik.

Sie geben, über die Texte hinaus, einen sehr guten Eindruck über den Alltag der Patienten und des Klinikpersonals in der Zeit von ca. 1970 bis ca. 1980.

Sie vermitteln nebenbei einen Eindruck über die technischen Einrichtungen des Krankenhauses und zeigen Einblicke in verschiedene Therapieformen, wie Reittherapie und Tanztherapie.

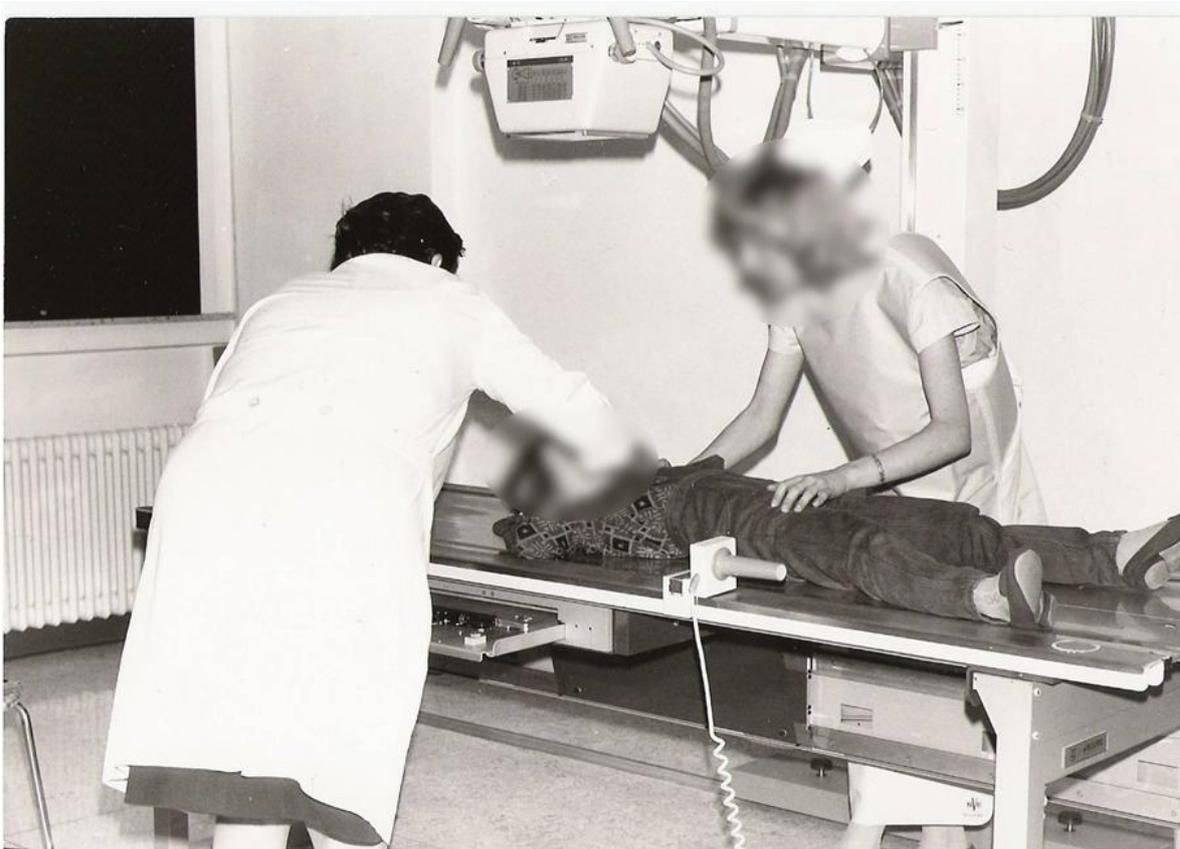


Abb. 7: Röntgenanlage



Abb. 8: EEG



Abb. 9: Labor



Abb. 10: Pflege eines Patienten

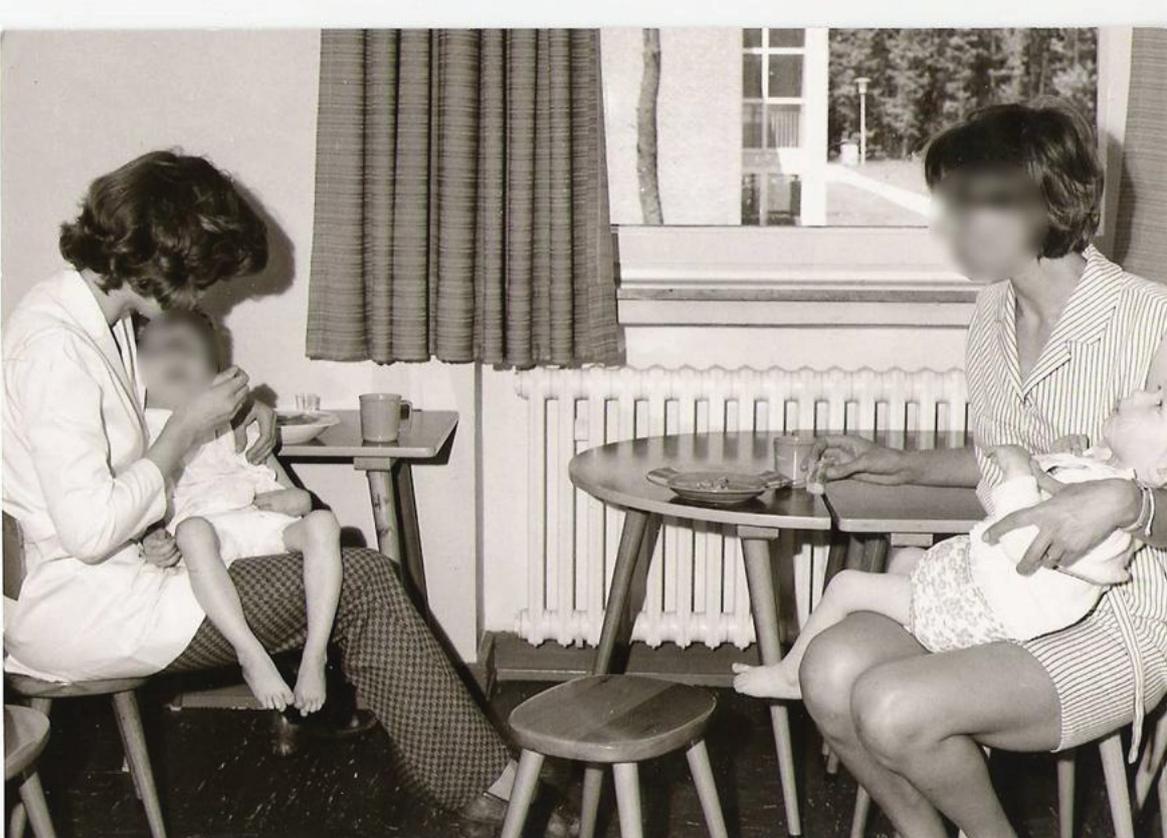


Abb. 11: Auf der Kinderstation



Abb. 12: Auf der Kinderstation



Abb. 13: Tanztherapie



Abb 14: In der Klinikschule

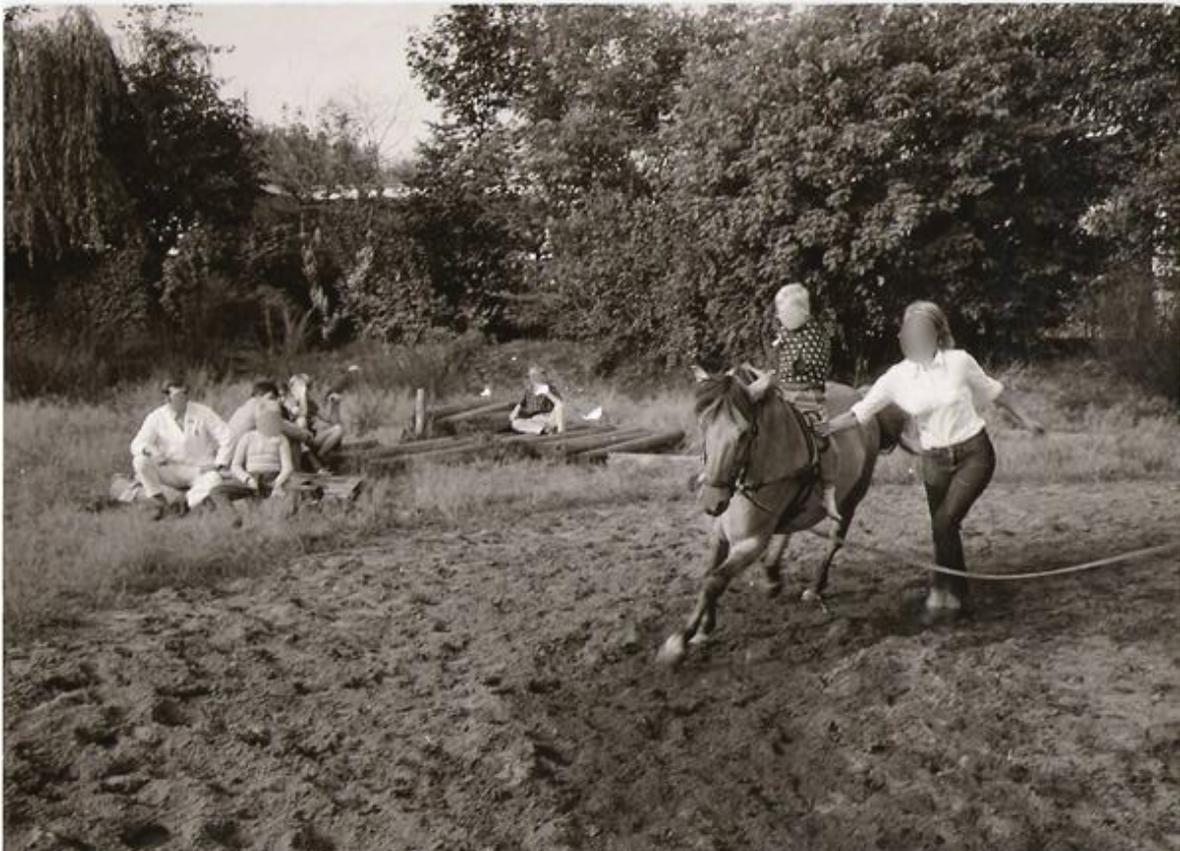


Abb. 15 : Reittherapie



Abb. 16: Reittherapie

4.6 GEWÜNSCHTE PERSONELLE GRUNDAUSSTATTUNG

Die Personallage war im Frühjahr 1966 im Krankenhauswesen – wie in allen Wirtschaftsbereichen – äußerst schwierig. Es war damals nicht möglich, personelle Wunschvorstellungen zu verwirklichen. Zunächst ging es darum, überhaupt Kräfte zu finden, die bei der vom LWL vorgegebenen Schwerpunktbildung bereit waren, sich der Pflege und Behandlung der zum Teil erheblich verhaltensgestörten, mittelgradig, schwer und schwerstbehinderter Kinder anzunehmen.

Den Grundstock des Krankenhauspersonals bildeten 13 vollexamierte, aber fachfremd ausgebildete Caritasschwestern, eine MTA und einige zum Teil ausländische Reinigungskräfte, die vom LWL aus der Tbc-Klinik für Knochen- und Gelenk-Tbc „*Haardheim*“ übernommen werden konnten.

Der aus der Universitäts- Nervenlinik Münster kommende Leiter der zukünftigen Klinik, Machetanz, brachte von dort die Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. Dirnagl und die stellvertretende Stationschwester Elfriede Feller aus der KJP-Abteilung der Universitäts-Nervenlinik Münster mit.

Frau Feller konnte nach Ausbildung zur Schulschwester sofort die neugegründete Krankenpflegehilfe übernehmen – später als Nachfolgerin der Oberin Boeinghoff eingesetzt werden. Die Caritasschwester Liselotte Ostendorp eröffnete mit dem Eintreffen der ersten Kinder sofort einen provisorischen Schulbetrieb, der sehr bald von Sonderschulrektor Horst Vogè professionell aufgebaut wurde.

Der Aufbau der Verwaltung oblag zunächst dem Verwaltungsleiter Heinz Dahlmann, der anfangs vom WLK Münster-Marienthal nach Marl-Sinsen abgeordnet wurde. Seine Nachfolge als Verwaltungsleiter traten Karl Crublain und danach Peter Eltrop, später Direktor des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes und heute kaufmännischer Direktor der Klinik, an.

Der Aufbau des technischen Dienstes lag in den Händen des Betriebsingenieurs Rainer Rötz.

Das Hauptkapital für die Personalgewinnung war die im Hause aufgekommene Aufbaustimmung. Es galt, ohne Verzug Sprachkurse, Aus- und Weiterbildungsstätten im Hause selbst und im Verbund mit benachbarten Einrichtungen zu schaffen. Es sprach sich herum, dass ehrgeizige, motivierte Mitarbeiter gute Chancen des Weiterkommens und beruflichen Aufstiegs haben – in allen Berufsgruppen – von den Ärzten bis zu den Reinigungskräften.

Tagungen und Kongresse in und außerhalb des Hauses wurden vom Träger großzügig gefördert.

Als Solidaritätsbeweis wurde in der Stadt Marl registriert, dass der Entlassung von Bergleuten in den umliegenden Zechen mit dem Angebot begegnet wurde, geeignete Bergleute zu Krankenpflegern ausbilden zu wollen. Einer von ihnen, Robert Kiel, wurde nach gründlicher Ausbildung Pflegedienstleiter in einem größeren Krankenhausbereich.

Aufmerksamkeit erregte auch die Anwerbung philippinischer Krankenschwestern. Sie hatten eine Hebammenausbildung und sprachen kein Deutsch. Sie lebten sich schnell ein und wurden – im Pflegebereich eingesetzt – wertvolle Mitarbeiterinnen.

Zu Beginn war, als man mit Anfangsschwierigkeiten, auch mit Fluktuation zu kämpfen hatte, oft der Spruch zu hören: *„Wenn erst die Kinder unserer Mitarbeiter in unserer Klinik arbeiten – dann haben wir es geschafft.“* So kam es dann auch.

Den praktischen Anforderungen im Pflegebereich, in dem der Aufnahmedruck anfangs am stärksten war, konnte auf diese Weise genügt werden.

Die weitergehende, immer anspruchsvoller werdende Differenzierung der Einrichtung unter maßgeblicher Mitwirkung von Spezialkräften, die den hohen fachlichen und sprachlichen Anforderungen in der KJP entsprachen, ergab sich während des personellen Aufbaus in den Folgejahren.^{154 155}

¹⁵⁴ LWL- Archivamt für Westfalen (Archiv LWL Bestand 620 Nr. 856): LWL Münster, den 08. 03. 1967, Nr. 4/3/117 Vorlage der Verwaltung , An den Fachausschuss für Wohlfahrts- und Gesundheitspflege für die 24. Sitzung am 13.03.1967

¹⁵⁵ Gespräch mit Egon Machetanz am 01.05.2008

5 BAUPHASE – OKTOBER 1968 -1976

Die Neugründung des Krankenhauses beruhte auf einer Bedarfsplanung für Westfalen-Lippe durch den Krankenhausträger des Landschaftsverband Westfalen-Lippe. Sie erfasste wie viele Kinder und Jugendliche in einem Fachkrankenhaus behandelt werden müssen. Zu Beginn des Jahres 1967 gab es 913 Patienten und Patientinnen, die wegen nicht vorhandener Kapazitäten in einem Fachkrankenhaus behandelt werden konnten.

Einige dieser Patienten konnten in Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände versorgt werden. Die Berechnungen ergaben, dass für mindestens 800 Patienten keine Plätze in Krankenhäusern vorhanden waren.¹⁵⁶

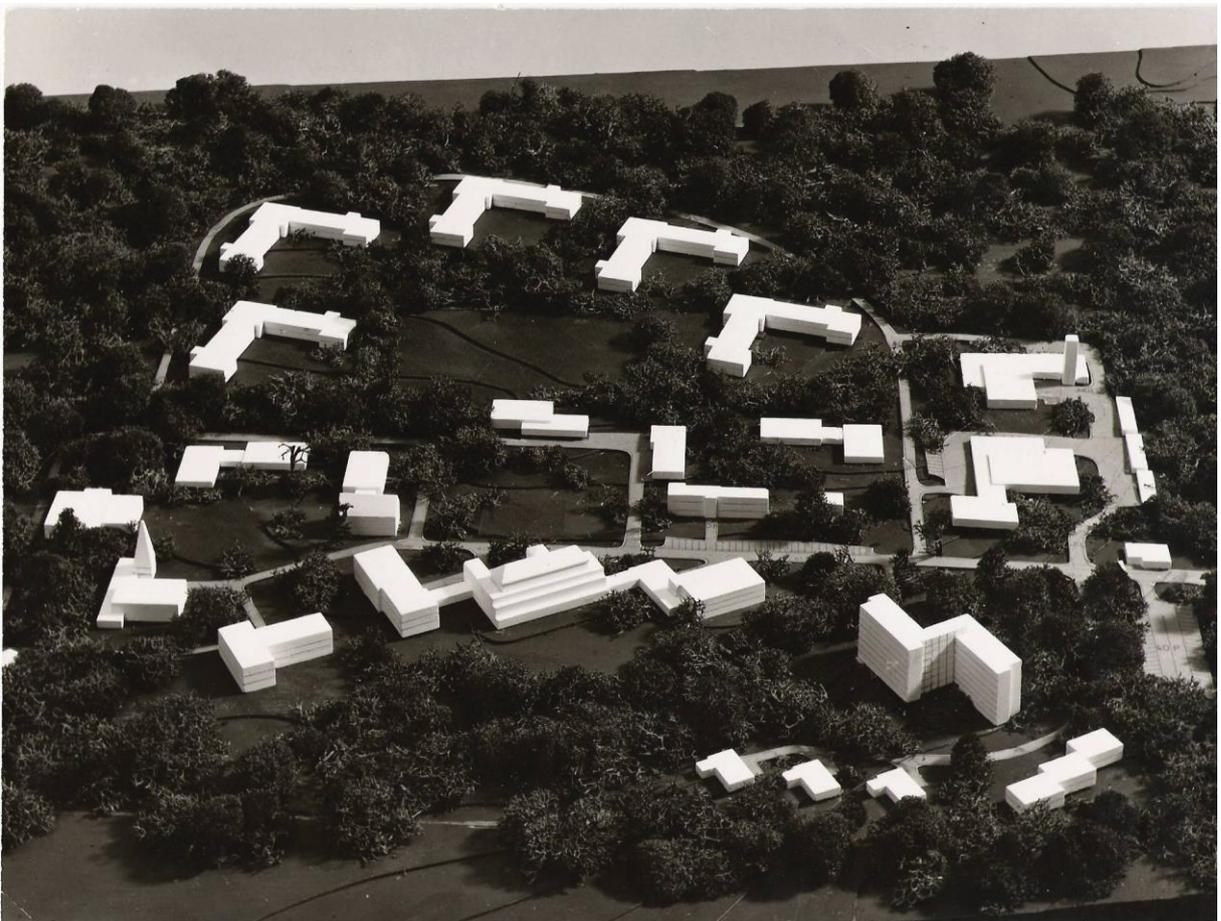
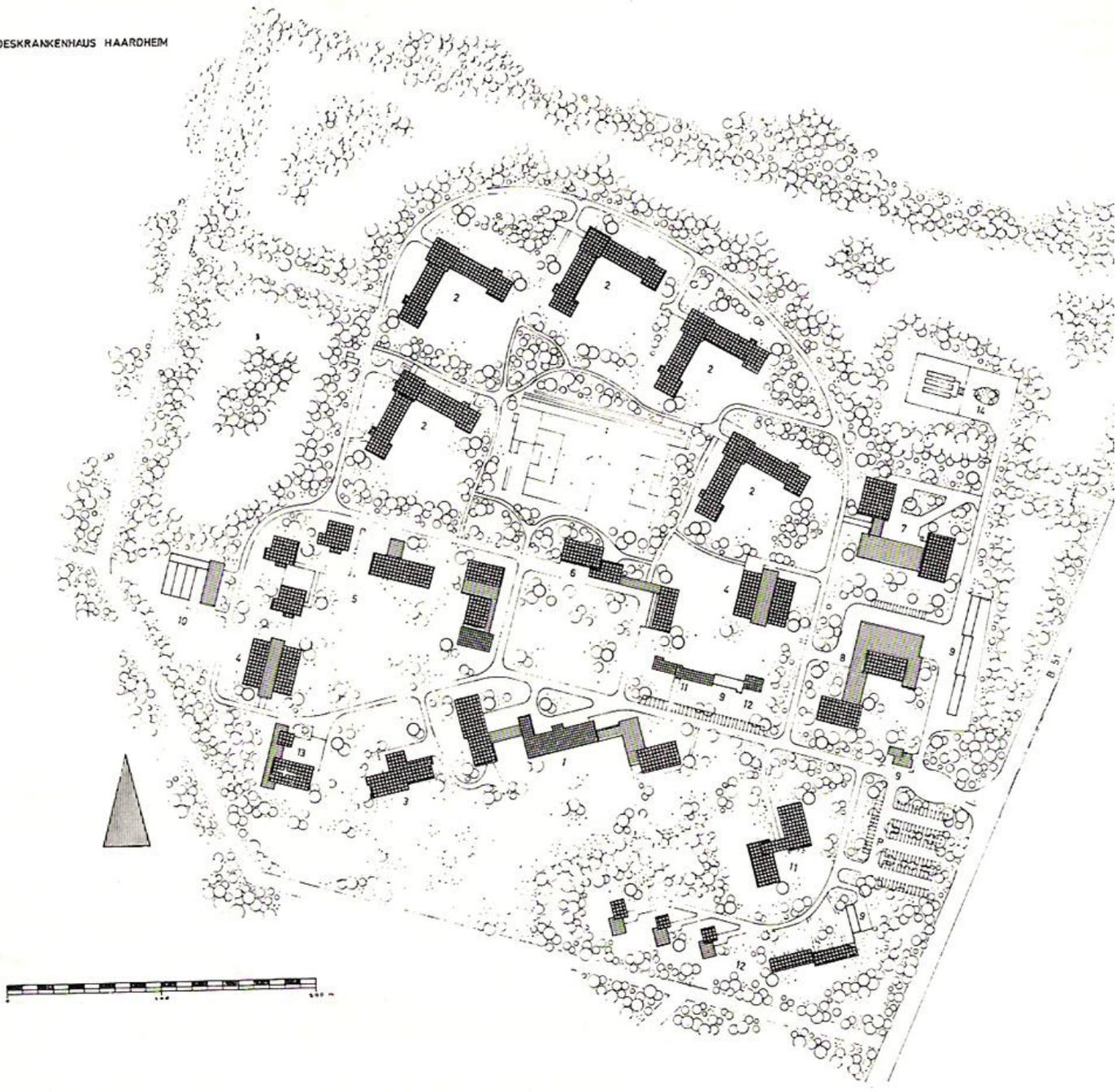


Abb. 17: Planungsmodell der Klinik (Archiv des WLK in der Haard)

¹⁵⁶ LWL- Archivamt für Westfalen (Archiv LWL Bestand 620 Nr. 856): LWL Münster, den 8. 03. 1967, Nr. 4/3/117 Vorlage der Verwaltung , An den Fachausschuss für Wohlfahrts- und Gesundheitspflege für die 24. Sitzung am 13.03.1967



- 1 Klinische Zentrale, Akutkrankenhaus, Ambulanz und Verwaltung
- 2 Krankengebäude (Bettenhäuser)
- 3 Entlassungskrankenhaus
- 4 Beschäftigungstherapie-Gebäude
- 5 Krankenhaus-Sonderschule mit Turn- und Schwimmhalle
- 6 Sozialraum
- 7 Heizzentrale mit Werkstätten und Desinfektion

- 8 Wirtschaftsgebäude mit Küche und Personalspeiseraum
- 9 Pförtnergebäude und Garagen
- 10 Gärtnerei
- 11 Personalwohnheime
- 12 Personalwohnungen
- 13 Simultankirche
- 14 Brennstofflager

Abb. 18: Lageplan

Plätze mussten geschaffen werden für Patienten mit Pflegebedarf, Patienten mit Verhaltensstörungen und Patienten, die auf Grund ihrer sozialen Herkunft an mangelnder geistiger Entwicklung litten. Hinzu kamen Kranke mit Anfallsleiden und erheblichen Erregungszuständen.

Kinder, die mehrere psychische Symptome und Erkrankungen aufwiesen, waren besonders schwer unter zu bringen.

Eine Differenzierung der Erkrankten war und ist nötig, um die Patienten individuell betreuen zu können. Um eine Aufgliederung der Patienten nach Erkrankungen und eine passend große Gruppe zusammenzufassen, müssen genügend Patientenzahlen zu Verfügung stehen. Bei dieser Einteilung sollte ermöglicht werden, dass der betreuende Arzt die einzelnen Gruppen überblicken und eine individuelle Betreuung gewährleisten kann.

Auf Grund dieser Überlegungen wurde das Krankenhaus für rund 500 Patienten und Patientinnen geplant.

Als wichtigster Gedanke der Behandlung der jungen Patienten und Patientinnen hatte sich die Leitung der Klinik die Förderung der Erkrankten und nicht ihre Verwahrung vorgenommen.

Ob dies in jedem Einzelfall wirklich gelang, ist sicher in Frage zu stellen.

Die schwerstgeschädigten Patienten (für sie wurden 212 Betten geplant) bedürfen einer besonders intensiven Betreuung.

Ziel der Behandlung dieser Patienten war – neben ihrer Pflegebedürftigkeit – eine intensivere Förderung, um auch manuelle Fähigkeiten zu erlernen.

Mit diesem Behandlungsziel sollte in sehr vielen Fällen eine lebenslange Pflegebedürftigkeit verhindert werden.

Neben der Differenzierung im Behandlungs- und Pflegeplan musste auch der Ausbildungs- und Erziehungsbereich differenziert werden.

Da die Patienten und Patientinnen zumeist einen längeren Aufenthalt in der Klinik hatten, war eine angemessene schulische Betreuung zu gewährleisten.

Bei schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen erfolgte die Schulbildung nach seelischer und charakterlicher Entwicklung, Krankheit, Alter und Begabung.

Um ältere Jugendliche auf ihre Entlassung vorzubereiten, wurden und werden sie in verschiedenen Werkstätten beruflich gefördert.

Die Entlassungsstationen, die klinische Station und die Akutkrankenstation wurden im klinisch-diagnostischen Bereich der Klinik untergebracht.

„Die Patienten werden in den einzelnen Bereichen des Krankenhauses wie folgt untergebracht.“

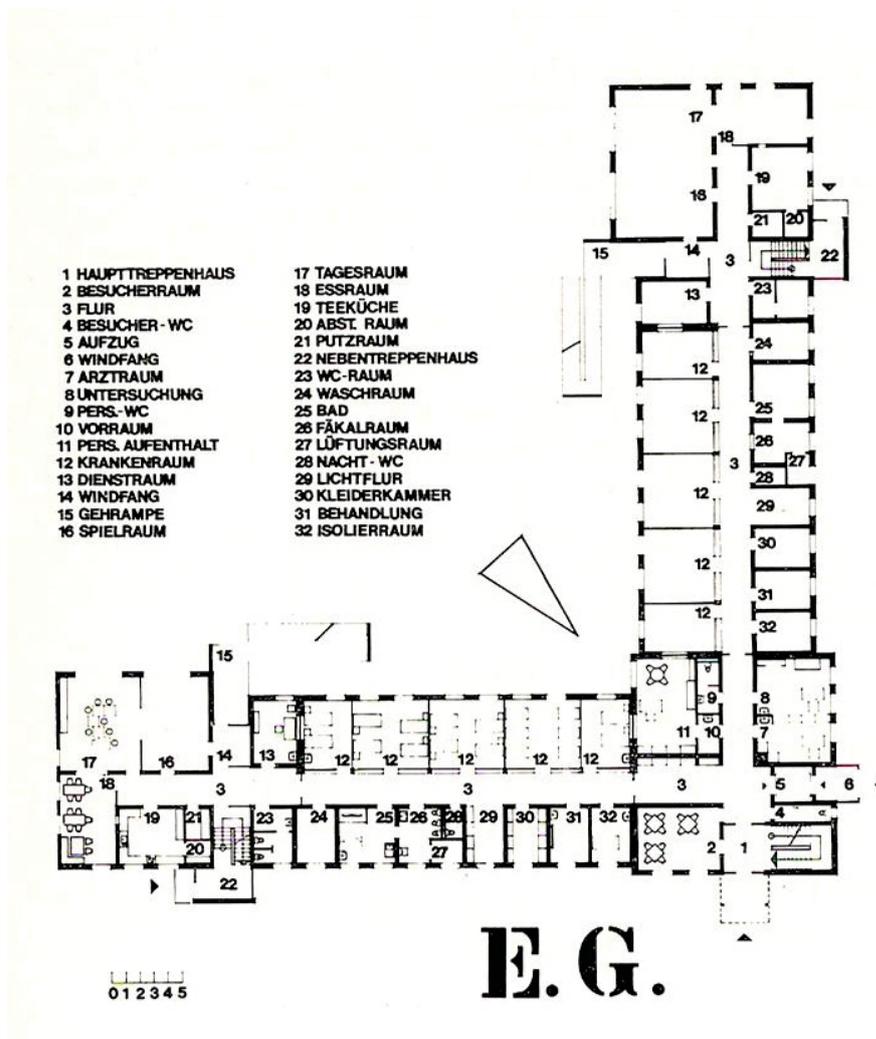


Abb. 19: Krankengebäude

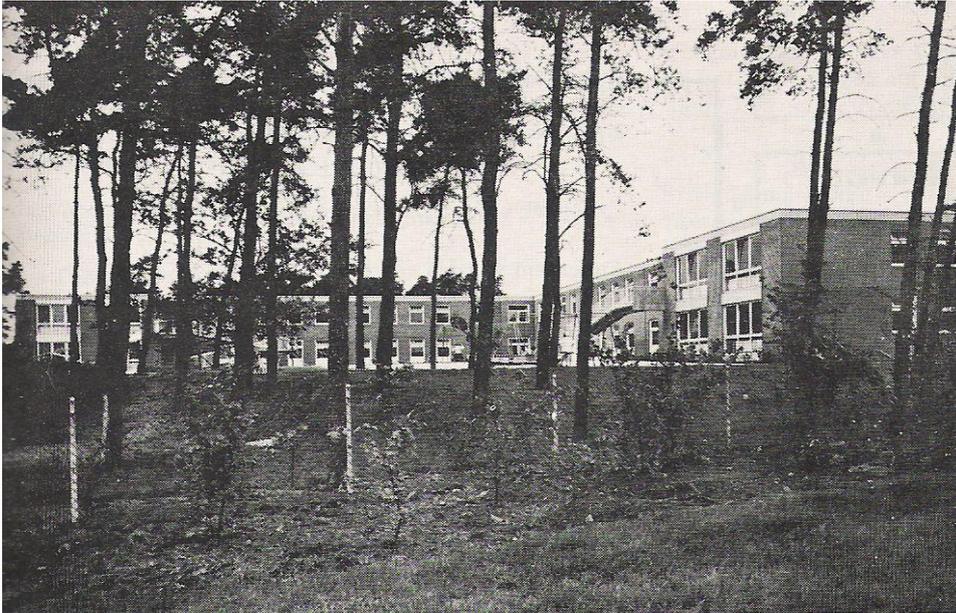


Abb. 20: Krankengebäude mit Gehrampe vom 1. Geschoss zum Garten kurz nach der Fertigstellung

Tabelle 8:

Aufteilung der Häuser:

<i>Haus 5</i>	<i>E.-Gesch.</i>	<i>2 x 18 = 36 Betten</i>	<i>6 – 12 jähr. Jungen</i>
	<i>O.-Gesch.</i>	<i>2 x 18 = 36 Betten</i>	<i>12 – 18 jähr. Jungen</i>
<i>Haus 4</i>	<i>E.-Gesch.</i>	<i>2 x 18 = 36 Betten</i>	<i>6 – 12 jähr. Mädchen</i>
	<i>O.-Gesch.</i>	<i>2 x 18 = 36 Betten</i>	
<i>Haus 3</i>	<i>E.-Gesch.</i>	<i>2 x 22 = 44 Betten</i>	<i>3 – 6 jähr. Jungen und Mädchen</i>
	<i>O.-Gesch.</i>	<i>2 x 22 = 44 Betten</i>	
<i>Haus 2</i>	<i>E.-Gesch.</i>	<i>2 x 16 = 32 Betten</i>	<i>6 – 12 jähr. Mädchen</i>

	<i>O.-Gesch.</i>	<i>2 x 16 = 32 Betten</i>	<i>12 – 18 jähr. Mädchen</i>
<i>Haus 1</i>	<i>E.-Gesch.</i>	<i>2 x 16 = 32 Betten</i>	<i>6 – 12 jähr. Jungen</i>
	<i>O.-Gesch.</i>	<i>2 x 16 = 32 Betten</i>	<i>12 – 18 jähr. Jungen</i>
		<i>360 Betten</i>	

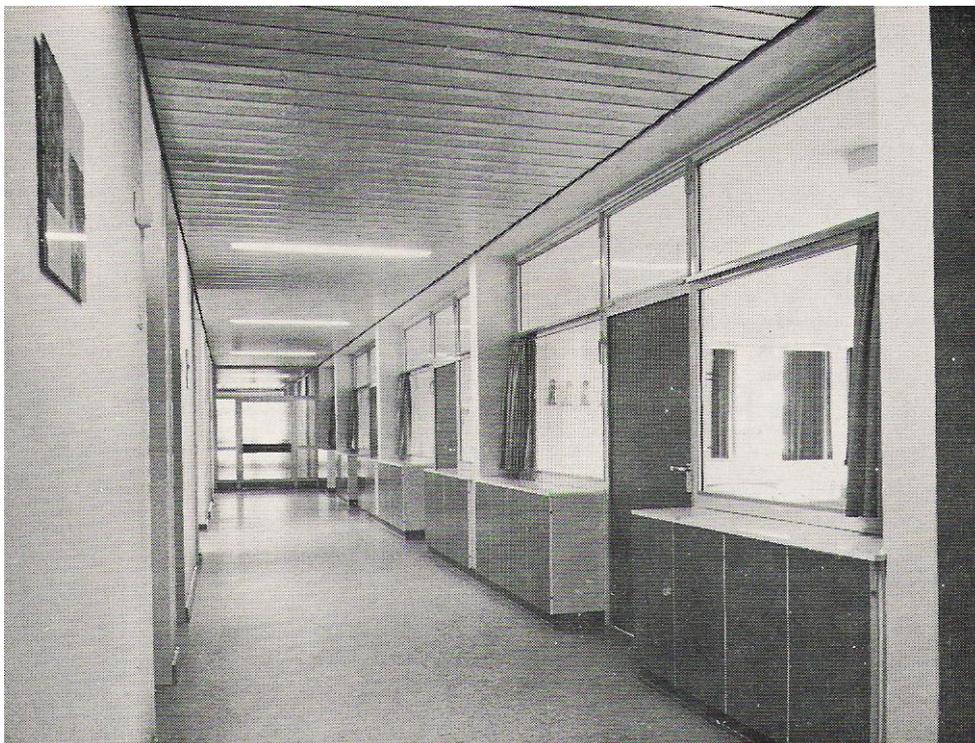


Abb. 21: Flur vor den Krankenzimmern im Krankengebäude kurz nach Fertigstellung

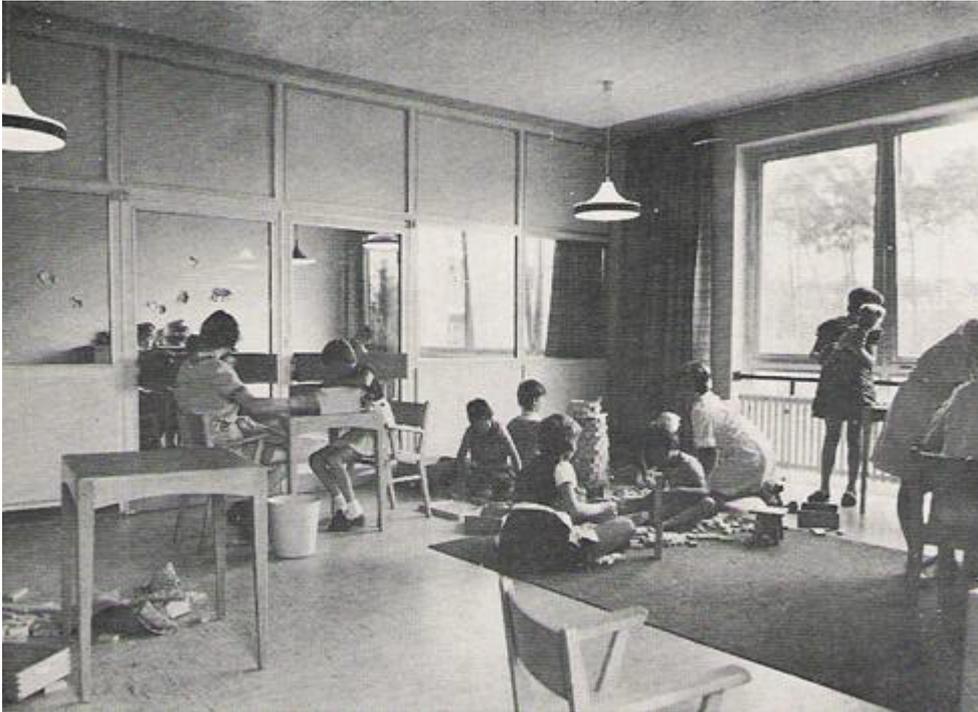


Abb. 22: Krankengebäude-Spielraum zu Beginn der 70er Jahre

Tabelle 9:

Klinisch-diagnostische Zentrale

Station für Akutkranke:

	<i>U.-Gesch.</i>	<i>1 x 8 = 8 Betten</i>	<i>Isolierstation</i>
	<i>O.-Gesch.</i>	<i>1 x 16 = 16 Betten</i>	<i>6 – 12 jähr. Jungen und Mädchen</i>

	<i>1. O.-Gesch.</i>	<i>1 x 16 = 16 Betten</i>	<i>12 – 18 jähr. Mädchen</i>
	<i>2. O.-Gesch.</i>	<i>1 x 16 = 16 Betten</i>	<i>12 – 18 jähr. Jungen</i>

		<i>56 Betten, davon 24 Betten für Patienten mit schweren Schädigungen, die intensiver Pflege bedürfen</i>	
--	--	---	--

Tabelle 10:

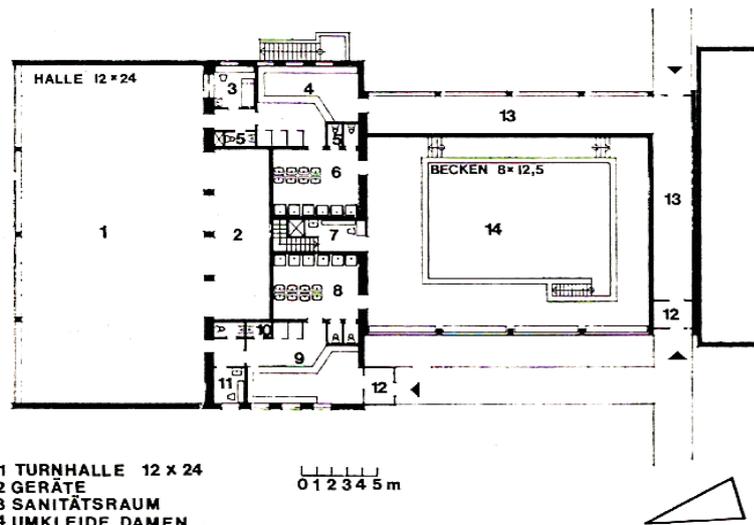
Klinische Station:

	<i>2. O.-Gesch</i>	<i>1 Abtl. = 24 Betten</i>	<i>6 – 18 jähr. Jungen</i>
	<i>3. O.-Gesch.</i>	<i>1 Abtl. = 16 Betten</i>	<i>6 – 18 jähr. Mädchen</i>
		<i>40 Betten</i>	

Tabelle 11:

Entlassungsstation

	<i>E.-Gesch.</i>	<i>1 x 16 = 16 Betten</i>	<i>7 – 10 jähr. Jungen und Mädchen</i>
	<i>1. O.-Gesch.</i>	<i>2 x 8 = 16 Betten</i>	<i>10 – 14 jähr. Mädchen und Jungen</i>
	<i>2. O.-Gesch.</i>	<i>2 x 8 = 16 Betten</i>	<i>14 – 18 jähr. Mädchen und Jungen</i>
		<i>48 Betten</i>	
		<i>insgesamt 504 Betten</i>	

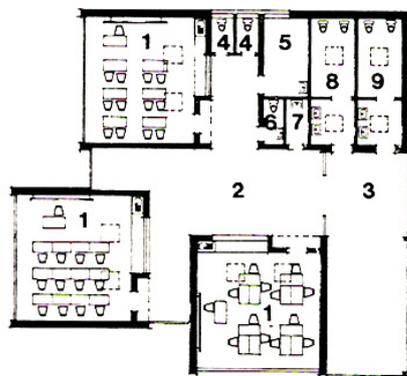


- 1 TURNHALLE 12 x 24
- 2 GERÄTE
- 3 SANITÄTSRAUM
- 4 UMKLEIDE DAMEN
- 5 WC
- 6 WASCH-UND DUSCHRAUM
- 7 AUFSICHT
- 8 WASCH-UND DUSCHRAUM
- 9 UMKLEIDE HERREN
- 10 PUTZRAUM
- 11 LEHRER
- 12 WINDFANG
- 13 ÜBERDACHTER UMGANG
- 14 SCHWIMMHALLE

0 1 2 3 4 5 m

E. G.

Abb. 23: Turn und Schwimmhalle



0 1 2 3 4 5 m

- 1 KLASSE
- 2 FLUR
- 3 PAUSENHALLE
- 4 STUNDEN WC
- 5 LEHRMITTEL
- 6 LEHRER WC
- 7 PUTZRAUM
- 8 WC MÄDCHEN
- 9 WC KNABEN

E. G.

Abb. 24: Krankenhausschule, ein Klassentrakt

„Die Krankenhausschule mit 9 Klassen sowie Turn- und Schwimmhalle

das Sozialzentrum mit Saalbau, Café, Friseur, Verkaufsraum, Clubzimmer und Kegelbahn, die Heizzentrale (Flüssiggasfeuerung) mit Werkstätten (Schlosser, Elektriker, Schreiner) und Desinfektion und Trafostation, das Wirtschaftsgebäude mit Zentralküche und Personalspeiseraum (Cafeteria),
das Pförtnergebäude,
Gärtnerei (geplant),
Personalwohnheim für weibliches lediges Personal (156 Betten),
9 Personalwohnungen für verheiratetes Personal (Ärzte und technisches Personal),
die Simultankirche Einweihung am (01.10.1976),
das Brennstofflager (Oberirdische Tankanlage für Flüssiggas: Propan-Butan).

Schlüsselzahlen:

Umbauter Raum aller Gebäude rd. 173 400 m³

Umbauter Raum/Bett, bezogen auf alle Gebäude = 344 m³

Umbauter Raum/Bett, ohne Nebengebäude = 93 046/504 = 185 m³

Baukosten:

Erschließungskosten	790 000,-- DM
Kosten der Gebäude	30 440 000,-- DM
Kosten der Außenanlagen	5 150 000,-- DM
Kosten der besonderen Betriebseinrichtungen	2 950 000,-- DM
Baunebenkosten	3 520 000,-- DM
 Gesamtbaukosten	 42 850 000,-- DM
 Kosten der Gebäude/m ³	 176,-- DM
Kosten pro Bett nur Gebäudekosten rd.	60 000,--DM
Kosten pro Bett	
Gesamtkosten (ohne Inventar) rd.	85 000,-- DM

Baubeginn: Sept. 1968; (Das Krankenhaus ist zu etwa 80 Prozent fertiggestellt und befindet sich bereits in Betrieb).

Gesamtfertigstellung: voraussichtlich Frühjahr 1972.^{157 158}

Anhand der oben abgebildeten Planungen sind die Aufteilung nach Geschlechtern und Alter zu erkennen, ganze Häuser waren nur für Jungen, andere für Mädchen geplant. Außerdem zeigt der Lageplan des Krankengebäudes, dass Zimmer bis zu sechs! Krankenbetten hatten.

Der Baubeginn des Krankenhauses war im September 1968.

Im November 1971 waren etwa 80 Prozent des Krankenhauses fertiggestellt, die Gesamtfertigstellung der Klinik war bei Baubeginn für das Frühjahr 1972 geplant.



Abb. 25: Luftbildaufnahme der Klinik nach Errichtung aller Gebäude

¹⁵⁷ Zentralblatt für das Deutsche Krankenhauswesen

Herausgeber: Deutsche Krankenhausgesellschaft Jahrgang 63 November 1971 Heft 11 Zitat aus DAS KRANKENHAUS 11/1971 S. 478-481

¹⁵⁸ „Das Krankenhaus 11/1971 S. 477-488“

Herausgeber : Deutsche Krankenhausgesellschaft Düsseldorf, Mitteilungsblatt der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Arbeitsgemeinschaft Deutsches Krankenhaus, der Fachvereinigung der Verwaltungsleiter deutscher Krankenanstalten des deutschen Krankenhausinstituts e.V., Düsseldorf, des Instituts für Krankenhaus der Technischen Universität Berlin-Charlottenburg und des Deutschen Normenausschusses (Arbeitsausschuss Krankenhauswesen)

Hauptschriftleiter: Dr. W. Wolfram von Wolmar. Verantwortlich für den Nachrichtenteil: H. Wintzer
Anschrift der Schriftleitung: Zeitschrift „Das Krankenhaus“, (4) Düsseldorf-Nord, Tersteegenstrasse 9

Die Klinikkirche war das letzte Gebäude, welches fertiggestellt wurde. Die Kirche wird als Simultankirche von den katholischen und evangelischen Gläubigen genutzt und erhielt den Namen „Christuskirche“. Die Einweihung erfolgte am 01. 10. 1976.¹⁵⁹



Abb. 26: Christuskirche

¹⁵⁹ Heft zur Einweihung der Christuskirche (Privatarchiv Heinz-Werner Goyer)

6 PERSONELLER AUFBAU

6.1 PERSONELLER AUFBAU IN DER GRÜNDUNGSZEIT DER KLINIK (1966-1974)

Zu Beginn der Baumaßnahmen wurden die alten Gebäude der „Tuberkulosenheilstätte“ Haardheim mit 71 Kindern voll belegt. Drei Stationen wurden mit 30 Pflegekräften besetzt, hinzukamen sechs Angestellte im Reinigungsdienst, eine Kindergärtnerin und eine Krankengymnastin. „

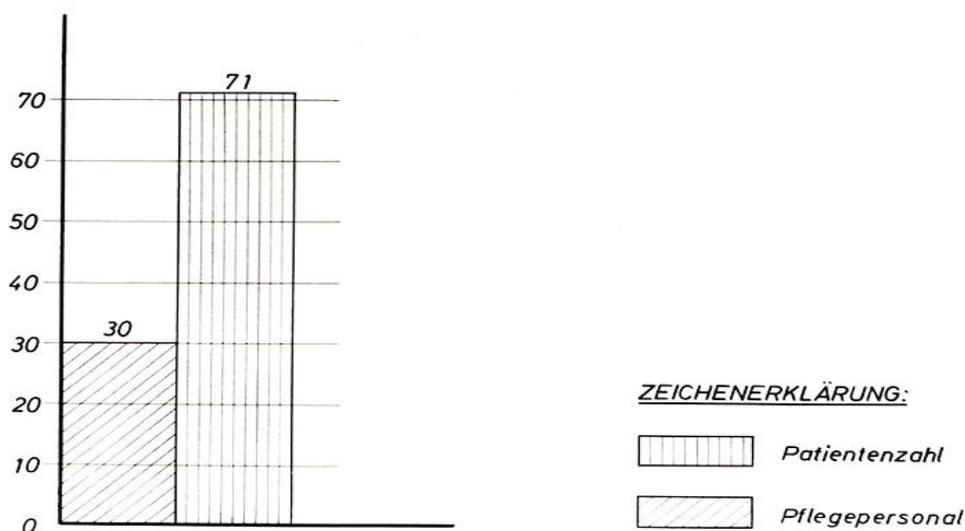


Abb. 27: Zeigt das Verhältnis von Pflegepersonal zu Patientenzahl nach Vollbelegung des früheren „Haardheims“¹⁶⁰

Es zeigte sich mit dem Ausbau der Klinik ein starker Bedarf an Arbeitskräften.^{161 162}

Besonders schwierig erwies sich in der Anfangszeit der Klinik die Bereitstellung von ausgebildetem Fachpersonal. Die WAZ schrieb am 22.08 1970:

¹⁶⁰ Aufsatz:

“Aus dem Fachkrankenhaus für Jugendpsychiatrie Marl WLK in der Haard (Direktor: Ltd. LMD Dr. E. Machetanz) Personalprobleme bei der Neugründung eines Fachkrankenhauses für Kinderpsychiatrie“ S. 4 Privataarchiv Egon Machetanz, Marl-Sinsen

¹⁶¹ “Über 500 Krankenbetten soll künftig das erweiterte Haardheim verfügen. Der dafür auf 450 Kräfte steigende Personalbedarf wird sich sicherlich günstig auf den Marler Arbeitsmarkt auswirken.“ Westfälische Rundschau 24.01.1967

¹⁶² “Das Heim hat augenblicklich 80 Insassen und soll bis zum Jahre 1970 bei einer Investition von 6,8 Millionen DM auf 350 Insassen anwachsen. Für das Jahr 1967 werden 570 000 DM investiert, davon allein 420 000 DM für den Kanalisationsanschluss an das Netz der Stadt Marl.“

Westfälische Rundschau Nr. 20 Dienstag, 24.01.1967

„Fachpersonal erforderlich

Schon jetzt beschäftigt sich der Leiter mit der größten Sorge, die dann auf ihn zukommt: die einzelnen Stationen mit geeignetem Fachpersonal zu besetzen. Für die Ausbildung des Personals ist es nämlich wichtig, feinere und komplizierte seelische Vorgänge kennenzulernen, um sie in krankhaft veränderter, verzerrter oder vergrößerter Form wiedererkennen, verstehen und damit entsprechend handeln zu können. Die hieraus entstehenden Impulse kommen gerade den schwergeschädigten Kindern zugute und verhindern ein Absinken des Pflegepersonals in die Routine, eine Abstumpfung und wirken eigenen vergrößerten Verhaltensweisen dem Kranken gegenüber entgegen.

Die Wichtigkeit, qualifizierte Mitarbeiter einzustellen, fordert eigentlich auch die Gründungskonzeption, die deutlich werden lässt, wie vielseitig die Krankheitsbilder der Patienten sind. Es soll der größten Not auf dem Gebiet der Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters begegnet werden, die in fachgerechter Untersuchung, Behandlung und Rehabilitation geistig Behinderter und Mehrfachgeschädigter verschiedener Schweregrade liegen soll. Daneben wird der Kreis der normal und überdurchschnittlich intelligenten Psychosekranken behandelt, die im Kindesalter zwar selten, bei Jugendlichen schon häufiger vorkommen und in Landeskrankenhäusern für Erwachsene keine Aufnahme finden können.“¹⁶³

Um dieser Schwierigkeit zu begegnen, musste die Ausbildung von Pflegepersonal in der Klinik selbst übernommen werden. Zu diesem Zweck wurde am 01.04.1968 eine Krankenpflegehilfeschule gegründet. Neun Krankenpflegehilfeschüler begannen mit dem Unterricht.

Zu dem vorgegebenen Lernzielkatalog wurde zusätzlich ein Schwerpunkt in den Fächern Kinderneurologie und Kinderpsychiatrie gesetzt.

Im 6-monatigen Abstand konnten 16-20 Schüler einen Kurs beginnen; seit Oktober 1974 liefen zwei Kurse parallel mit je 20 Schülern.

Die Absolventen der Krankenpflegehilfeschule gewährleisteten somit die Bereitstellung von Pflegepersonal bei zunehmender Patientenzahl.

¹⁶³ WAZ Nr. 193/ 22.08.1970

Von Seiten der Klinikleitung wurden Pflegekräfte aus allen Altersgruppen eingestellt.

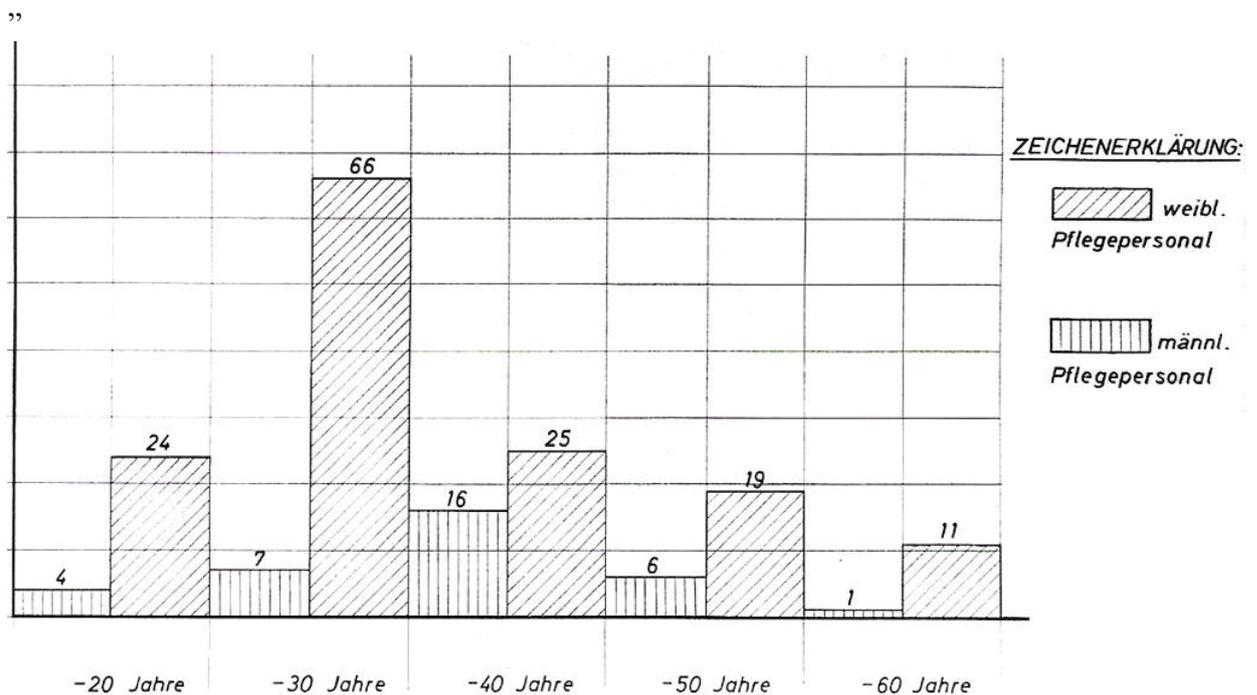
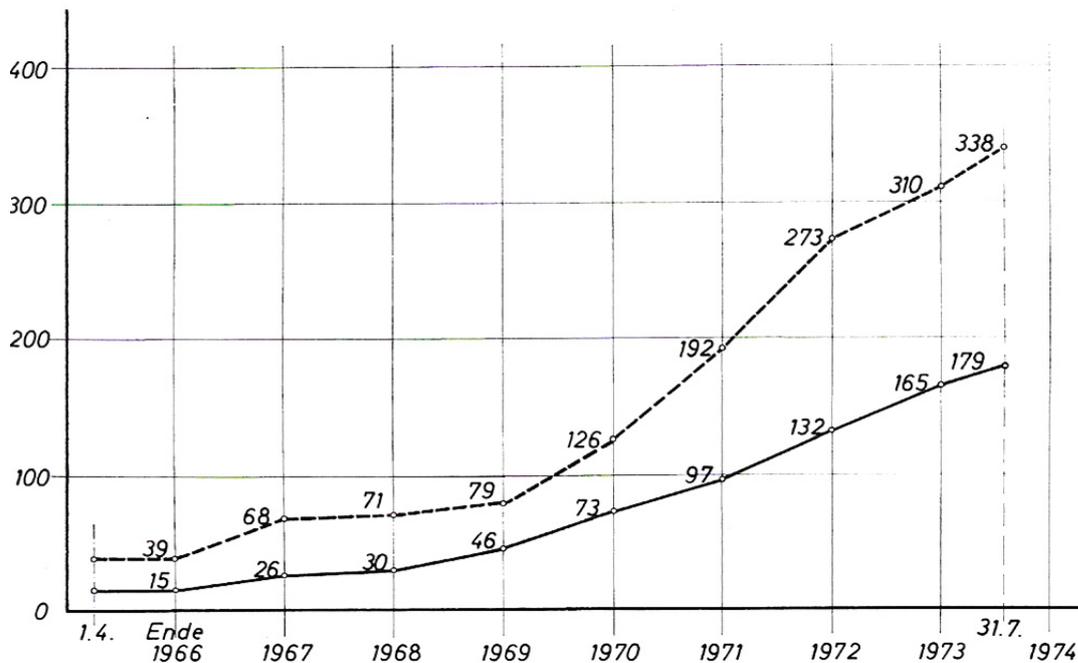


Abb. 28: Zeigt den Anteil der männlichen und weiblichen Pflegekräfte und deren Alterszugehörigkeit (Stand vom 31.07.1974)¹⁶⁴

„Die älteren Kräfte (oft selbst Väter, Hausfrauen und Mütter) haben den Vorteil größerer Reife und Erfahrung, sie bringen meist eine gewisse Solidität mit und sind ortsgebunden. Die Angehörigen des mittleren Lebensalters möchten sich oft (nachdem die eigenen Kinder meist aus dem Hause sind) im Berufsleben wieder betätigen und eine Aufgabe haben, ohne besondere Fortbildungswünsche (von der Krankenpflegehilfeausbildung abgesehen) zu äußern. Mit diesen Kräften ist auf der Station das väterliche und mütterliche Element vertreten. Die jüngeren Mitarbeiter bringen dafür mehr Frische und Lebendigkeit im Umgang mit Kindern mit, sie sind vom Alter her selbst noch näher am Kind und spielen mitunter eher die Rolle älterer Geschwister.“¹⁶⁵

¹⁶⁴Aus dem Fachkrankenhaus für Jugendpsychiatrie Marl WLK in der Haard (Direktor: E. Machetanz) „Personalprobleme bei der Neugründung eines Fachkrankenhauses für Kinderpsychiatrie“ S. 7 Privatarhiv Egon Machetanz, Marl-Sinsen

¹⁶⁵ ebd. S. 8



Zeichenerklärung:

Patientenzahl:



Personal:



Abb. 29: Zeigt den Vergleich des Anstiegs der Patientenzahl vom 1966 bis zum 31.7.1974 (Durchschnittsbelegung) mit Zuwachs an Pflegekräften.“

Nicht berücksichtigt sind hier

1. Durchgang mit Aufnahme und Entlassung

2. Personal-Zugänge/-Abgänge

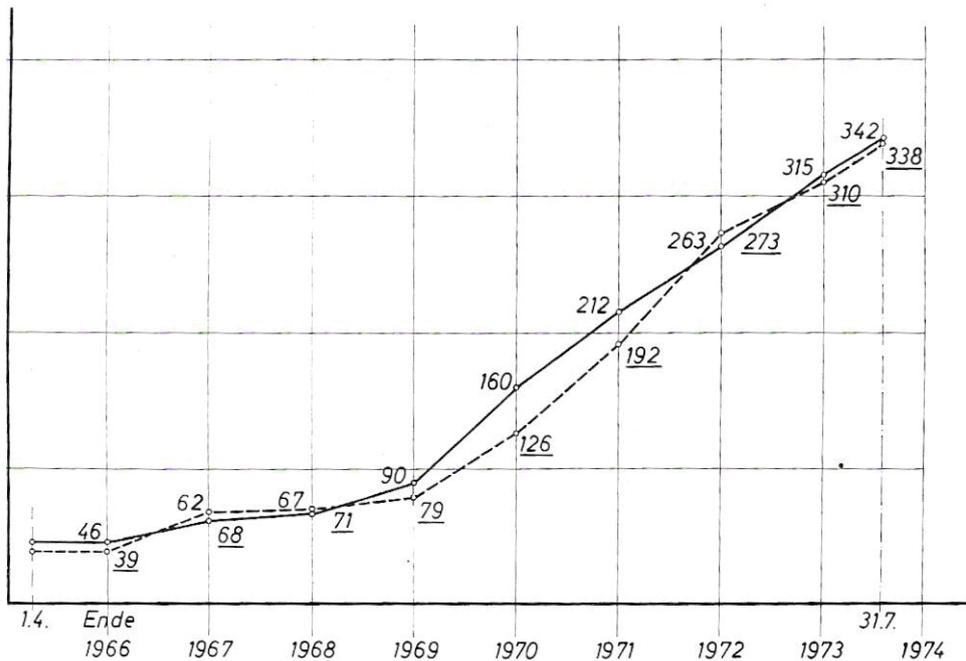
3. Hinzukommen von Lehr- und Ausbildungspersonal, u.a. von Kindergärtnerinnen, die das Pflegepersonal teilweise entlasten.“¹⁶⁶

Zu Beginn ist noch ein paralleler Anstieg zwischen Personal und Patienten zu verzeichnen, ab 1970 zeigt sich ein rasanter Anstieg der Patientenzahlen, die Personaldecke stagniert hingegen, somit wurden die Patienten durch weniger Personal betreut.

Neben der Anzahl des Pflegepersonals, wurde zusätzlich die Anzahl der Mitarbeiter in den verschiedensten anderen Arbeitsbereichen aufgestockt.

¹⁶⁶ ebd. S. 6

»



Zeichenerklärung:

Patientenzahl:

Gesamtpersonal:

—————

Abb. 30: Zeigt das Verhältnis zwischen Patientenzahl und der Gesamtpersonalzahl des WLK von 1966 bis zum 31.7.1974“¹⁶⁷

Im Vergleich, zur älteren ähnlichen Einrichtungen, schien die personelle Situation sehr komfortabel zu sein. Dies ergab sich aus der besonderen Situation der Klinik:

- Kleinere Wohneinheiten und Stationen benötigen mehr Personalaufwand.
- Eine 24-Stunden Betreuung der Kinder und Jugendlichen durch das Personal im 24-Stunden-Dienst ließ sich auf Grund der hohen physischen und psychischen Belastung nicht durchhalten. „...die Pflegepersonen fielen nachmittags in ihren Leistungen ab und wurden reizbar. Die Kinder litten darunter, und die Atmosphäre auf den Stationen verschlechterte sich.“¹⁶⁸

¹⁶⁷ ebd. S. 9

¹⁶⁸ ebd. S. 10

Um diesem zu begegnen wurde ein Schichtdienst von drei Schichten pro Tag eingeführt. Ein Schichtdienst bedeutet zwangsläufig eine hohe Zahl an Personal, die theoretisch eine Verhältniszahl von zwei Kindern auf eine Pflegeperson bedeutet.

- Viele Pflegekräfte wurden fachfremd ausgebildet oder wurden als Auszubildende in der Pflegeschule als Vollkraft gezählt, standen aber nur zu 50% der Pflege zur Verfügung, da sie in der anderen Hälfte ihrer Tätigkeit am Unterricht teilnehmen mussten. Es kam nach und nach zu einem starken Missverhältnis zwischen examinierten Pflegekräften und der Anzahl der Krankenpflegehelfer.

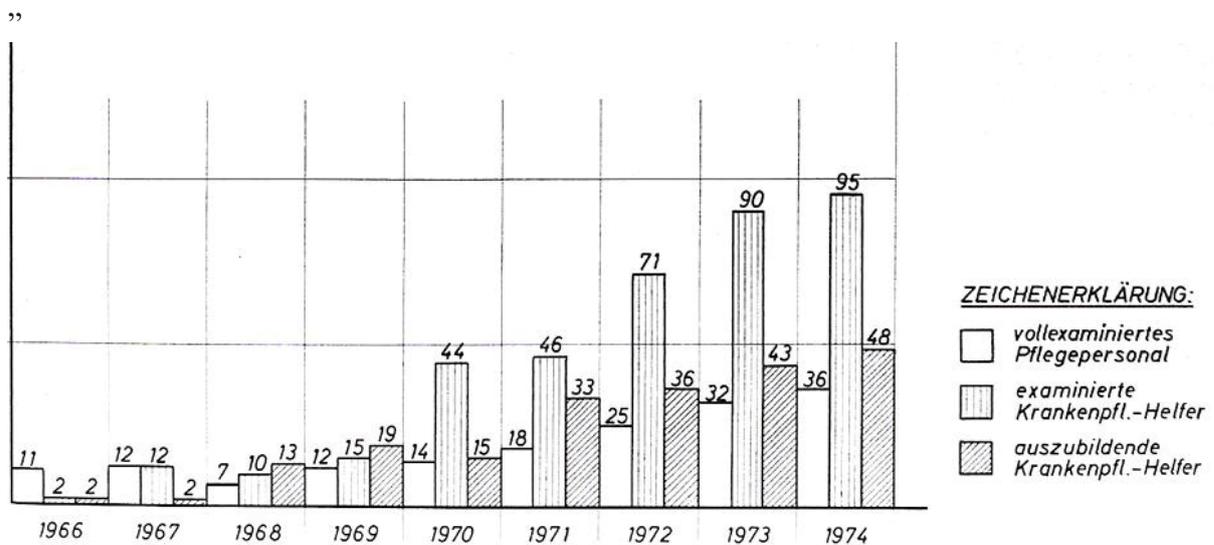
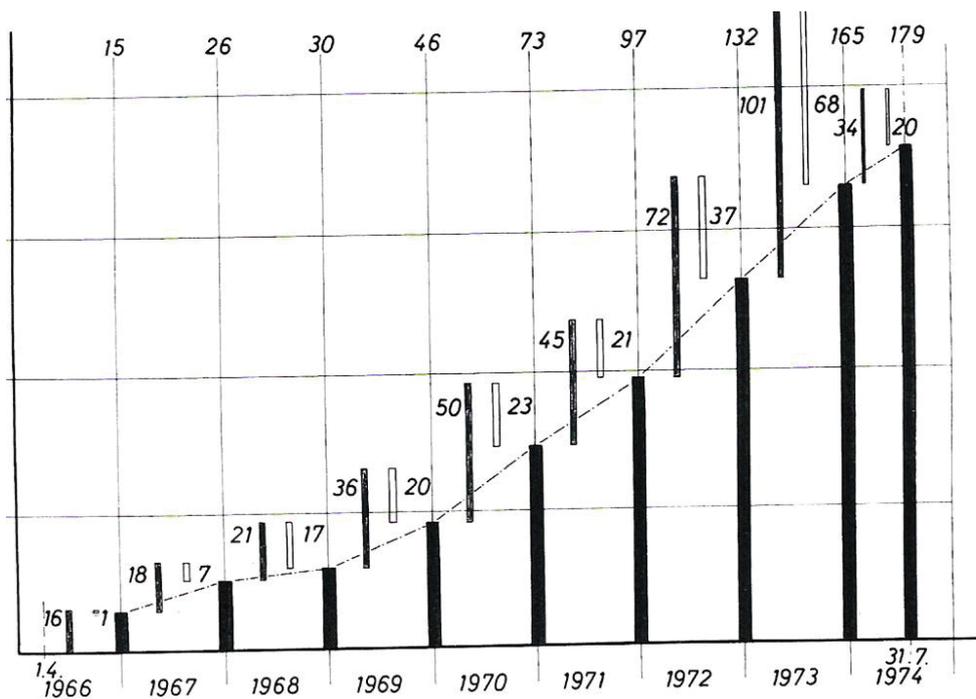


Abb. 31: Zeigt das Verhältnis von voll examinierten Pflegekräften zu ausgebildeten Krankenpflegerhelfern und Schülern der Krankenpflegehilfe-Schule vom Zeitpunkt der Gründung der Einrichtung 1966 bis zum 31.7.1974.“¹⁶⁹

Die Kinder und Jugendlichen wurden in der Anfangszeit der Klinik von Personal betreut, das eine herkömmliche Krankenschwester oder Pflegerausbildung unter anderem in der inneren Medizin, Chirurgie oder Kinderkrankenpflege absolviert hatte. Fachspezifisches Personal aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie fehlte schon aufgrund des jungen Alters des Faches.

¹⁶⁹ ebd. S. 12

»



Zeichenerklärung:

■ Personalbestand am Jahresende

↑ Personalzuwachs

□ Personalabgang

Abb. 32 zeigt die Personalbewegung innerhalb des rein pflegerischen Bereichs“¹⁷⁰

Die Anforderungen an das Pflegepersonal waren mit hohen Ansprüchen an die körperliche und geistige Verfassung des Personals verbunden, da vom Personal ein besonderes Verständnis für körperlich und geistig behinderte Menschen, auch außerhalb der Klinik, erwartet wurde.

¹⁷⁰ ebd. S. 15

Die differenzierten Persönlichkeitsstrukturen der Patientinnen und Patienten in der KJP erwarteten, und erwarten auch heute noch, einen möglichst hohen Ausbildungsstand und eine hohe Belastbarkeit des betreuenden Personals.

Einem starken Wechsel beim Personal lagen verschiedene Ursachen zu Grunde. Die Klinik in Marl war bei der Facharztausbildung im Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie für zwei Jahre berechtigt, so dass dies bei Berufsanfängern im Arztberuf, bei Assistenzärzten meist zu einem Wechsel nach zwei oder drei Jahren kam.

Aufgrund der guten Zusammenarbeit mit der Ruhr-Universität Bochum, die allein fünf Lehraufträge im Fach „*Medizinische Psychologie*“ an fünf Mitarbeiter vergeben hatte, blieben der Klinik die Fachärzte erhalten.

Geringe Fluktuation war bei den Psychologen und Pädagogen zu verzeichnen, ähnliches galt für die Verwaltungsangestellten, Handwerker und Angehörige des technischen Dienstes.

Häufiger Wechsel war in der Gründungszeit bei Beschäftigungstherapeutinnen, Kindergärtnerinnen, Krankengymnastinnen und Gymnastiklehrerinnen zu beobachten. Dies hatte oft familiäre Gründe oder war in der Art der Ausbildung zu finden bzw. die betroffenen Personen wechselten in andere Tätigkeitsbereiche, in denen das Einkommen oder die Arbeitsbedingungen (z. B. Schuldienst) besser waren. Kinderpflegerinnen, die im Kindergarten beschäftigt waren, blieben zumeist in der Klinik, da es für sie kaum Aufstiegsmöglichkeiten gab. Pflegepersonen mit Mittlerer Reife strebten oft eine höhere Ausbildung an und verließen so die Klinik.

*„Hier machte sich sehr stark das Fehlen einer Krankenpflegeschule am Hause bemerkbar. Ein Antrag auf Einrichtung einer Kinderkrankenpflegeschule wurde am 19.8.1971 von der Regierung Münster abgelehnt mit der Begründung, dass die Voraussetzungen für eine Anerkennung noch nicht gegeben sind.“*¹⁷¹

Der Geburtenrückgang war in der Marler Klinik zu Beginn der 70er Jahre insofern zu spüren, dass Säuglinge und Kleinstkinder kaum aufgenommen wurden.

Von vier Kleinstkinderstationen wurde eine in eine Vorschulstation umgewandelt. Eine vorgesehene Säuglings- und Kinderstation war aufgrund des Geburtenrückganges nicht mehr nötig und die Gründung einer Kinderkrankenpflegeschule schien nicht mehr sinnvoll zu sein.

¹⁷¹ ebd. S. 21

Zu Beginn des Jahres 1974 wurde eine Fachschule für Sozialpädagogik mit Schwerpunkt Heilpädagogik in Hamm gegründet. Eine Klasse wurde in Hamm, eine weitere in der Klinik eingerichtet. Mit der Gründung der Fachschule konnten nur heilpädagogisch interessierte Krankenpflegerhelfer/innen in Marl bleiben.

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe unterstützte die Betroffenen durch Abendkurse im Krankenhaus, um die fachgebundene Mittlere Reife zu erlangen und so den Zugang zur Fachschule für Sozialpädagogik zu bekommen.

Für mehr klinisch interessierte Pflegekräfte bestand die Möglichkeit, die Krankenpflegeschule des WLK Münster/Marienthal zu besuchen.

Zum 01.04.1975 wurde in Zusammenarbeit mit einem nahegelegenen Allgemeinkrankenhaus eine Krankenpflegeschule gegründet. Dies führte ebenfalls zu einer Verbesserung des Ausbildungsangebotes.

In einer neugegründeten Klinik für Kinder und Jugendliche lässt sich in Bezug auf die Krankheiten der Mitarbeiter ein bestimmtes Phänomen beobachten, welches auch im Landeskrankenhaus in Marl zu sehen war. Durch die Vielzahl von Infekten und Kinderkrankheiten wurde auch das Personal häufig angesteckt und muss somit in den Gründungsjahren einer solchen Klinik ebenfalls eine bestimmte Zeit durchlaufen bis es zu einer gewissen Immunität gelangt ist. Natürlich kann dieser Zustand von den Mitarbeitern auch ausgenutzt werden, sodass dies zu einer Überdehnung der Krankheitszeiten führen kann.¹⁷²

In der Zeit des Aufbaus folgte die Gründung der Klinikschule (1970), die zunächst mit einem Sonderschulhauptlehrer und einem Sonderschullehrer, beide im Beamtenstatus, besetzt wurde.

Auch die Anzahl der Kindergärtnerinnen betrug 1970 im Schuldienst 8 und im Pflegedienst schon 12.

Die Gesamtzahl der Beschäftigten belief sich im Jahre 1974 bereits auf 428 Personen (16 Beamte, 348 Angestellte, 64 Arbeiter).

¹⁷² „Ein Ausnutzen solchen „Krankseins“ auch durch leichtere Infektionen und ein Überdehnen der Krankheitszeiten, ein sich über Gebühr Krankschreiben-Lassen und beinahe selbstverständliches „Krankfeiern“ war in den ersten Jahren in Einzelfällen mehr zu beobachten als jetzt. Das mag einmal an der Erziehungsarbeit liegen, die vom und im Hause selbst geleistet wird (nicht zuletzt durch diejenigen Pflegekräfte, die durch häufiges „Krankfeiern“ immer derselben entsprechende Mehrarbeit auf der Station zu leisten haben und sich auf die Dauer dagegen wehren), andererseits an der Möglichkeit, bei dem jetzigen Entwicklungsstand des inzwischen attraktiv gewordenen Hauses und der allgemeinen Arbeitssituation zunehmend Anforderungen stellen und aussuchen zu können.“ ebd. S. 24

Für den Personalaufbau bei Neugründung einer psychiatrischen Klinik lässt sich folgendes zusammenfassen:

1. Das Krankenpflegepersonal sollte sehr früh angeworben werden und nach Möglichkeit vom gleichen Träger ausgebildet sein. Ist dies nicht der Fall, bedeutet das für eine Klinik, die noch halb Baustelle und halb in Betrieb ist, viele Schwierigkeiten für die Inbetriebnahme der Stationen. Im Fall des Westfälischen Landeskrankenhauses (LWK) lagen die Personalprobleme zu Beginn an der allgemeinen Arbeitsmarktlage.

Um einen personellen Aufbau gut zu bewerkstelligen, ist besonders ein gut ausgebildetes Rahmenpersonal nötig. Dies ist sicher wirtschaftlicher als monatelang leer stehende Gebäude zu verwalten.

2. Um eine Fluktuation der Mitarbeiter in den Anfangsjahren nach der Neugründung einer Klinik zu verhindern, ist es nötig, den Mitarbeitern gute Möglichkeiten zur Weiterbildung innerhalb und außerhalb der Klinik zu ermöglichen.

3. Wissenschaftlich interessiertes Personal der Klinik – wie Pädagogen, Psychologen und Ärzte – sollen die Möglichkeit haben, sich im Rahmen ihrer Arbeit wissenschaftlich zu betätigen. Eine Zusammenarbeit der Klinik mit naheliegenden Universitäten ist wünschenswert.

4. Die Klinik sollte nicht zu schnell belegt werden, um eine dynamische Integration der verschiedenen Berufsgruppen in die Klinik zu ermöglichen.

5. Das Personal sollte – bezogen auf den Ausbildungsweg, die Schulmeinungen, Zielsetzung und Anbindung an verschiedene Tarife – relativ homogen zusammengestellt sein.

„Das erste Zusammensein mit psychiatrisch Kranken bringt schon für in etwa gleichgestimmte Mitarbeiter Fragen, Spannungen und Auffassungsunterschiede genug. Das zunächst labile System im Personellen verträgt zusätzliche Belastungen divergierender Spezialkräfte erst im Laufe der Zeit.“¹⁷³

6. Der Personalbedarf sollte in den verschiedenen Bereichen der Klinik auf die verschiedenen Notwendigkeiten zugeschnitten sein. Um eine sinnvolle Arbeit zu ermöglichen, bedeutet dies ein Verhältnis von Patient zu Personal von 1 : 1.

¹⁷³ ebd. S. 28

7. Um Kinder- und Infektionskrankheiten zu verhindern, sollte auf die übliche Krankenhaushygiene geachtet werden.¹⁷⁴

¹⁷⁴ Aufsatz:

“Aus dem Fachkrankenhaus für Jugendpsychiatrie Marl WLK in der Haard
(Direktor: Ltd. LMD Dr. E. Machetanz) Personalprobleme bei der Neugründung eines Fachkrankenhauses
für Kinderpsychiatrie“ Privatarchiv Egon Machetanz Marl-Sinsen

6.2 WEITERE PERSONALENTWICKLUNG BIS 2010

Der weitere Ausbau der Klinik bedeutete auch einen konsequenten Aufbau der Personalstruktur.

Zu Ende der Bauarbeiten 1975/76 sah die Personalstruktur wie folgt aus:

Tabelle 12: Personalstruktur der Klinik 1975/1976

„Bezeichnung der Stelle	Zahl der Stellen		Besetzt am 30.6.1975
	1976	1975	
A. Beamte			
Ltd. Lds. Medizinaldirektor	1	1	1
Lds. Medizinaldirektor	2	2	1
Sonderschulrektor		1	1
Sonderschulkonrektor		1	
Dipl. Psychologe	1	1	1
Sonderschullehrer		10	4
Lds. Oberinspektor	1	1	1
Sozialoberinspektor	1	1	1
Lds. Obersekretär	1		
B. Angestellte			
Arzt	15	15	10
Dipl. Psychologe	3	3	3
Maschinenbauingenieur	1	1	1
Verwaltungsangestellter	1	1	1
Sozialarbeiter/Sozialpädagoge	3	3	
Schulassistentin		9	7
Med. techn. Assistentin	1	1	1
Verwaltungsangestellter	2	2	2
Gymnastiklehrer	1	1	1
Wirtschaftsverwalter	1	1	1
Kindergärtnerin mit sonderpädagogischer Zusatzausbildung	15	21	18
Sprachtherapeut	4	4	
Med. techn. Assistentin	4	4	2

Beschäftigungstherapeut	4	4	2
Krankengymnastin	7	7	4
Verwaltungsangestellter		1	1
Küchenleiterin	1	1	1
Maschinenobermeister	1	1	1
Leiter der Gärtnerei	1	1	1
Handwerksmeister	4	4	4
Elektromeister	1	1	1
Diätassistentin	1	1	1
Kindergärtnerin	1	1	1
Erzieher	12	4	2
Verwaltungsangestellter	4	4	3
Lagerverwalter	1	1	1
Stenotypistin	1	1	1
Maschinenmeister	1	1	1
Med. techn. Gehilfin	2	2	1
Masseur und med. Bademeister	3	3	2
Kinderpflegerin		2	1
Apothekenhelferin	1		
Elektriker	1	1	
Gärtner	3	3	3
Sattler u. Polsterer	1	1	1
Registaturangestellter	1	1	1
Leiterin der Nähstube	1	1	1
Kinderpflegerin	1	1	
Apothekenhelferin		1	1
Maschinist	3	3	3
Köchin	2	2	2
Metzger	1	1	1
Schreiner	1	1	1
Anstreicher	1	1	1
Pförtner und Telefonist	5	4	4
Stenotypistin	6	6	5
Näherin	1	1	1
Lagergehilfe	2	2	1

Ltd. Krankenschwester	2	2	2
Ltd. Unterrichtspfleger	1		
Unterrichtspfleger	1	2	
Oberpfleger	60	60	48
Abteilungspfleger	66	66	65
Pfleger	126	126	123
	383	392	340
C. Arbeiter			
Kraftfahrer	4	4	3
Näherin	2	2	2
Hausangestellte	81	81	58
	87	87	63

¹⁷⁵
„

Die Tabelle gibt Auskunft darüber wie weitgefächert das Angebot der Klinik zum Ende der Bauzeit war und wie viele Berufsgruppen nötig sind, um eine so große Klinik, die wie eine kleine Stadt anmutet, zu bewirtschaften.

Der weitere Aufbau der Beschäftigtenzahlen sah wie folgt aus:

Tabelle 13: Gesamtbeschäftigte zwischen 1975 und 2009:

Jahr	1975	76	78	79	87	88	89	90	91	93	94	95	96	97	98	99
Anzahl der Beschäftigten	491	466	421	437	568	482	463	458	471	478	492	450	418	402	387	395

Jahr	2000	01	02	03	04	05	06	07	08	09
Anzahl der Beschäftigten	394	397	395	398	389	388	377	370	373	386

¹⁷⁶

Es zeigt sich mit dem Rückgang der Bettenzahlen auch eine Minimierung des Personals. Bis ins Jahr 2009 veränderte sich die Struktur wie folgt, wobei keine Zahlen über die genauen Aufschlüsselungen vorliegen:

¹⁷⁵ Archiv LWL Bestand 843 Nr. 484

¹⁷⁶ Archiv LWL Bestand 843 Nr. 484

Tabelle 14: Ist-Besetzung und Aufwand/Vollkraft

	Ist- Besetzung		Aufwand je Vollkraft	
	2008	2009	2008	2009
Bezeichnung	Vollkräfte		Euro	
Ärztlicher Dienst	25,25	25,12	80.052	82.646
Pflegedienst	236,87	242,54	48.490	50.945
Med.-techn. Dienst	49,06	52,28	57.333	61.133
Funktionsdienst	11,25	12,51	48.816	50.890
Klinisches Hauspersonal	6,80	7,02	35.320	36.845
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	14,58	15,06	39.402	40.997
Technischer Dienst	11,19	12,12	39.025	40.813
Verwaltungsdienst	17,58	18,41	52.188	57.676
Sonderdienst	0,00	0,00	0	0
Ausbildungsstätten	0,00	0,00	0	0
Sonstiges Personal	1,00	1,00	51.743	52.996
Summen	373,58	386,06	54.507	53.786

177

176

Archiv LWL Archiv: Bibliothek Bestand VWA Nr. 1976, 3

Archiv LWL Bestand: Jahresbericht Nr. 1979

Archiv LWL Bestand: Stellenplan 1987 unverzeichnet

Archiv LWL Bestand: Stellenplan 1988 unverzeichnet

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard , Lagebericht für das Wirtschaftsjahr

1989, S.17 Archiv der Westfälische Klinik- für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard , Lagebericht für das Wirtschaftsjahr

1990, S.15 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard , Lagebericht für das Wirtschaftsjahr

1991, S.19 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard , Lagebericht für das Wirtschaftsjahr

1992, S.19 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard , Lagebericht für das Wirtschaftsjahr

1994, S.23 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard , Lagebericht für das Wirtschaftsjahr

1995, S. 27 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard , Lagebericht für das Wirtschaftsjahr

1996, S. 32 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard , Lagebericht für das Wirtschaftsjahr

1997, S. 33 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard , Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 1998, S. 35 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard , Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 1999, S. 38 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard , Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2000, S. 38 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard , Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2001, S. 38 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard , Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2002, S. 37 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard , Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2003, S. 35 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard , Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2004, S. 35 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard , Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2005, S. 34 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard , Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2006, S. 27 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard , Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2007, S. 26 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard , Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2008, S. 25 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard , Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2009, S. 29 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
¹⁷⁷Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard , Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2009 S. 29

Anmerkung: Auf Grund der Datenlage fehlen Zahlen über die Zahl der Beschäftigten in den Jahren 1977 und zwischen 1980 und 1986

6.3 DIE CHEFÄRZTE DER KLINIK

Der erste leitende Arzt der Klinik war Egon Machetanz. Er war maßgeblich an der Errichtung und am Aufbau der Klinik beteiligt. Mit 65 Jahren ging er in den Ruhestand.

Zur Verabschiedung von Professor Machetanz schrieb die Westdeutsche Allgemeine Zeitung:

„- (EA) im Schussfeld der Kritik stand die Psychiatrie immer schon. Ohne sich auf Expertenstreit einlassen zu müssen, kann man für die Haardklinik und ihren Leiter Prof. Machetanz einen Punkt sehr positiv herausheben

- In den über 20 Jahren, in denen Machetanz die Klinik geleitet hat, ist es ihm gelungen, die Ängste und Ablehnung in der Öffentlichkeit gegenüber solchen Einrichtungen abzubauen.

- Viele große Themen – wie Selbstmord bei Jugendlichen – hat der Klinikleiter beleuchtet. Es war außer Fachpersonal auch immer die Presse erwünscht, um über die gesellschaftlichen /Fehl-) Entwicklungen zu berichten.

- Eine Aufgeschlossenheit, die der Entwicklung der Psychiatrie sicher zugute gekommen ist.

Leiter der Haardklinik geht in den Ruhestand

(EA) Eine „Institution“ verlässt eine Institution. Nach über 20jähriger Leitung der Westfälischen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard geht Prof. Machetanz Ende Juni in den Ruhestand. Der Arzt, der insgesamt auf drei Gebieten seinen Facharzt gemacht hat, kam im August 1966 von Münster, um auf einem Gelände von 34 Hektar die Haardklinik aufzubauen. Was er damals vorfand, war das alte Haardheim, eine Tuberkuloseklinik. Mit sehr viel Unterstützung des Landschaftsverbandes als Träger wurde bereits im Dezember mit dem Umbau begonnen. „Es war damals ein ungeheurer Bedarf an Psychiatrieplätzen für Kinder und Jugendliche da“, stellt Machetanz fest.

Die Kinderpsychiatrie aufgebaut

Nachdem er in Göttingen sein Studium beendet hatte, ging Machetanz, der am 5. Juni 1924 in Nordhorn geboren wurde, einige Zeit später an die Uni-Nervenklinik

Münster. Dann arbeitete er an der Kinderklinik in Münster und baute später die Kinderpsychiatrische Abteilung in der Nervenklinik auf.

Die Gründe, warum er sich auf die Kinderpsychiatrie spezialisiert hat: „Das ganze Gebiet war sehr neu und kaum erforscht. Außerdem wurde ich im Krieg schwer verwundet und habe im Lazarett viele Hirnverletzte gesehen. Das Gebiet der Nervenheilkunde zu erforschen hat mich sehr interessiert.“ Und noch einen Grund gibt es: „Ich habe Kinder sehr gerne“, sagt Prof. Machetanz, der selbst drei Kinder hat. Eine schnelle Mark, so der Professor, ließe sich auf dem Gebiet nicht verdienen. Denn anders, als auf vielen anderen medizinischen Gebieten, sei es sehr kompliziert, bei psychischen Krankheiten die Ursachen zu ergründen. Das brauche sehr viel Zeit.

Das erste, was der Arzt beim Aufbau der Klinik in den 60er Jahren vornahm, war eine Differenzierung. In den Jahren zuvor gab es kaum spezielle kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken. „Da wurden die jungen Patienten – egal welches Krankheitsbild sie hatten – zusammen mit Erwachsenen untergebracht. Als nächstes nahm er die Gliederung der Klinik vor. Eine Schwester ging von Münster aus mit: Elfriede Feller ist mittlerweile leitende Schwester in der Haardklinik.

“Wir hatten bereits im Anfang 1000 Voranmeldungen“, berichtet Machetanz. Sein Ziel war es zu vermeiden, Patienten zusammenzulegen, die unterschiedliche Krankheitsbilder hatten. Zur Zeit gibt es vier Bereiche mit insgesamt 28 Krankenstationen, auf denen maximal 10 bis 16 Kinder untergebracht sind. Die Hauptursachen bei vielen psychischen Erkrankungen sieht Prof. Machetanz im Zerfall der Familien. „Es wird zu wenig auf die Bedürfnisse der Kinder in den ersten drei Lebensjahren geachtet. Sie bekommen zu wenig Liebe und sind sich selbst überlassen, weil der Egoismus der Eltern im Vordergrund steht. Die Kinder, die dann zu uns kommen, sind geschädigt und verwahrlost.“ Es werde Zeit, dass die Familien wieder zu mehr Zusammenhalt fänden, betont der Kinderpsychiater.“¹⁷⁸

¹⁷⁸ Westdeutsche Allgemeine Zeitung Nummer 125, 01.06.1989

Lehraufträge hatte er an der PH Dortmund und der Ruhr-Universität Bochum. Von 1978-1982 war er Vorsitzender des Arbeitskreises der Leitenden Ärzte der öffentlichen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken in der Bundesrepublik Deutschland.¹⁷⁹



Abb. 33: Egon Machetanz während eines Festes in der Klinik

Er blieb der Klinik durch den 1997 gegründeten Reitverein der Klinik lange verbunden. Zunächst als erster Vorsitzender bis 2005 und als Ehrenmitglied bis zu seinem Tode.¹⁸⁰ Egon Machetanz starb am 09. August 2009 nach kurzer und schwerer Krankheit.

¹⁷⁹ Westdeutsche Allgemeine Zeitung Nummer 151, 01.07.1989

¹⁸⁰ Gespräch mit Frau Machetanz am 22.12.2011



Großer Bahnhof für Prof. Dr. Egon Machetanz: Weit Über 100 Gäste kamen gestern zur Feierstunde anlässlich der Verabschiedung des Klinik-Leiters in die Haard. Herbert Nesecker (2.v.l.), Direktor des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, dankte dem Mediziner für seine „Pionierarbeit“ und hoffte auf weitere gute Zusammenarbeit. Rainer-Georg Siefen (l.) wird neuer Klinik-Leiter. Der 42jährige wohnt in Bielefeld und wird seinen Dienst voraussichtlich im Oktober antreten. Unter den Gratulanten war gestern auch Marls stellvertretender Bürgermeister Hans Eilers (M.). Rechts im Bild: Klinik-Verwaltungschef Peter Eltrop waz-Bild: von Staegmann

181

Abb. 34: Zeitungsartikel aus WAZ 1. Juli 1989

Ihm folgte von 1989 bis 2008 Privat-Dozent Dr. Rainer-Georg Siefen als Chefarzt. Dr. Siefen war in der Zeit Chefarzt, als es zum wesentlichen Umbau der Klinik kam.

Zum Jahresbeginn 2008 übernahm Dr. Claus Rüdiger Haas als ärztlicher Direktor die Leitung der Klinik.

Zuvor war er an der Universitätsklinik in Münster Oberarzt. Seine Schwerpunkte bei der Arbeit waren dort die Behandlung von psychiatrischen Patienten im Vorschulbereich und die Behandlung von Patienten mit Essstörungen, außerdem war er in die Lehre der Universität eingebunden. Seine vorigen beruflichen Tätigkeiten lagen im Ludmillenstift in Meppen und im St. Rochus-Hospital in Telgte.¹⁸²

¹⁸¹ WAZ, 01.07.1989

¹⁸² <http://www.lwl.org/pressemitteilungen.Php.17831>, 04.02.2009

7 ENTWICKLUNG DER KLINIK – PROBLEME – TENDENZEN – WEITERER AUSBAU BIS 1990

In den Jahren bis 1990 haben sich einige Veränderungen in der Klinik ergeben, die nicht zuletzt auf Grund der Psychiatriereform angestoßen worden sind.

Zu Beginn des Klinikbetriebes hat es einige Jahre gedauert bis die vorgemerkten Kinder in der Klinik Aufnahme fanden. Bis 1980 konnten alle Kinder – auch auf Grund des Geburtenrückganges – aufgenommen werden.

Die Allgemein-Krankenhäuser und Kinderkliniken hatten nach Forderung der Psychiatriereform psychiatrische Abteilungen gegründet und erfüllten so die Forderung nach ortsnahe Versorgung der Patienten.

Es ergab sich durch diese Neugründungen der Abteilungen eine Altersverschiebung in dem Patientenlientel. Kliniken des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe nahmen mehr Jugendliche und ältere Kinder auf. Kleinkinder und jüngere Schulkinder fehlten mehr und mehr.

Die Patienten mit günstigen Prognosen und zu erwartenden kürzeren stationären Aufenthalt wurden und werden oft in den kleinen Abteilungen der ortsnahen Krankenhäuser behandelt. Die Patienten jedoch, die eine ungünstigere Prognose haben, die mit hohem Personalaufwand behandelt werden müssen, werden in Einrichtungen des Landschaftsverbandes behandelt. Ein nicht zu unterschätzender Faktor war oftmals, dass die Krankenkassen die Kostenzusage für die längere Behandlung in kleineren Häusern zurückzogen.

Durch die Konzentration auf das schwer zu behandelnde Patientenlientel kam es zu Pflegesatz- und Kostenproblemen.

1980 hatte die Ambulanz weiterhin große Bedeutung. Anmeldungen lagen 2 bis 3 Monate im voraus vor.

Durch die Entwicklung auf dem Gebiet der Kinderkliniken und insbesondere der weitere Ausbau der Neuropädiatrie verlagerte sich die Behandlung der neurologisch Erkrankten von der Haardklinik in die neuen neurologischen Abteilungen anderer Kliniken.

Weitere Aufnahme fanden in der Haardklinik Patienten mit deutlichen psychischen und intellektuellen Schäden.

Der Patientenanteil, dem die kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen der allgemeinen Krankenhäuser nicht gewachsen war, wurde weiter in der Haardklinik

aufgenommen.

Zu diesen Erkrankten gehörten Patienten mit Verhaltensstörungen, Wesensveränderungen, starken Intelligenzdefekten, allgemein gesagt: Anfallsranke mit größeren Schwierigkeiten in der Behandlung.

Einen weiteren Schwerpunkt entwickelte die Klinik in der Rehabilitation von verunfallten Kindern mit schweren Hirnschäden.

Für die Patienten, die von einer geschlossenen Station zur Entlassung aus der Klinik fähig waren, fehlten die entsprechenden Wohnheimplätze. Die Klinik wandelte die frühere Entlassungsstation in eine halbgeschlossene Station um. Besondere Aktivitäten des Sozialdienstes versuchten, die Situation dieser Patienten zu verbessern.

Bei den beiden anderen psychosomatischen Stationen zeigte sich auch die Entwicklung zur Aufnahme von schwer zu behandelnden Patienten mit einer längeren Behandlungszeit. Die Patienten kamen oft aus schwierigen sozialen Verhältnissen mit Verwahrlosungserscheinungen. Die Kinder und Jugendlichen waren oftmals psychosomatisch und verhaltensgestört, hirnorganisch vorgeschädigt und auch neurotisch fehlentwickelt.

Im Langzeitbehandlungsbereich zeigte sich die Tendenz, Patienten, die erfolgreich behandelt waren, in heilpädagogische Heime zu verlegen. Die frei gewordenen Kapazitäten wurden mit Patienten, die geistig und mehrfach behindert waren, die starke Wesens- und Verhaltensstörungen aufwiesen, belegt. Die zu behandelnden Patienten konnten oftmals nur in einer Klinik behandelt werden, die mehrdimensional ausgerichtet ist. Oft zeigte sich erst in der starken Bindung der Patienten an ihre ärztlichen und pflegerischen Betreuer eine Aufnahme von menschlichem Kontakt. Eine Verlegung der Patienten aus diesem „sozialen Gefüge“ konnte zu nicht verantwortbaren Folgen führen bis hin zum Suizid eines Patienten nach Verlegung in das WLK Benninghausen.

Im sogenannten Kleinkinderhaus wurden, nachdem die ehemaligen Kleinkinder zu Schulkindern geworden und in ein anderes Haus verlegt worden waren, jüngere Kinder mit mehrfach Behinderung aufgenommen. Es zeigte sich auch hier die Tendenz, dass es sich um Kinder handelte, die mit ihren schweren Wesensveränderungen und hirnorganisch sowie sekundärneurotisch bedingten Verhaltensauffälligkeiten keine Aufnahme in „Heimen fanden“.

Positive Entwicklungen zeigten sich in der Betreuung der mehrfach Behinderten und schwerst Geschädigten durch die Verstärkung der Aktivitäten betreuenden Personals, des Sozialdienstes, der Krankengymnastik und die bessere Förderung der Patienten durch die

Krankenhausonderschule.

1982 hatte die Klinik eine Kapazität von 438 Betten aufgeteilt in 4 Krankenhausbereiche mit 28 Stationen. Betreut wurden die Patienten (im Alter von 2 – 18 Jahren) durch 434 Bedienstete in den verschiedensten Bereichen (Verwaltung, Ärzte, Pfleger, wirtschaftlicher Dienst usw.).

1980 lag die Bettenzahl bei 446 mit einer Durchschnittsbelegung von 80 – 90%. 1979 wurden 247 Patienten aufgenommen und 273 entlassen.

Auf Grund der oben erwähnten vermehrten Aufnahme von Heranwachsenden zugunsten von Kindern mit stärkeren psychischen Störungen wurden die Bettenzahlen der Stationen von 16 – 22 auf 12 – 16 Betten reduziert.

Als „Intensivstationen“ in der Psychiatrie wurde hier der Behandlungs- und Personalaufwand deutlich höher.

Die Pflegesatzkosten stiegen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie enorm an.¹⁸³

Aufteilung und Gliederung des WLK in der Haard 1980:

“Im übrigen gliedert sich das WLK in der Haard in folgende Bereiche:

1. Bereich für akute psychiatrische Behandlung (Psychosen, Drogenabhängige zur Entgiftung, aggressive Anfallsranke, schwerst Verhaltensgestörte und Suicidale) und räumlich davon abgesetzt ein Haus für Psychosomatik.

Bis 1978 = 104 Betten, ab 1980 reduziert auf 95 Betten.

2. Klinische Zentrale zur Behandlung interkurrent Erkrankter und – weit ausgelegt – für neuropädiatrische Diagnostik und Behandlung im Kleinst- und Kleinkindesalter.

Bis 1978 = 128 Betten, 1980 reduziert auf 95 Betten.

3. Bereich für mittel- und langfristige Behandlung (leicht hirnorganisch

¹⁸³Zeitung : Haardblick (Hauszeitschrift der Westfälischen Landesklinik in der Haard)

Erscheinung: 1/80

2/80

3/80

Eigenverlag des Westfälischen Landeskrankenhauses in der Haard
Artikel von Egon Machetanz (in 3 Teilen)

Geschädigte mit Lern- und geistiger Behinderung, Anfallsleiden, Wesensänderungen, sekundäre Neurotisierungen, beginnende degenerative Systemerkrankungen).

Bis 1978 = 128 Betten, 1980 weiterhin 128 Betten

4. Bereich für mittel- und langfristige Behandlung für Mehrfachgeschädigte mit neuropsychiatrischen Komplikationen.

Bis 1978 = 144 Betten, 1980 reduziert auf 128 Betten. ¹⁸⁴

Im Jahre 1989 hatte die Klinik rund 500 Mitarbeiter und 400 Patienten verteilt auf 28 Krankenstationen mit maximal 10 – 16 Kindern.¹⁸⁵

Im Jahresbericht für das Wirtschaftsjahr (J.f.d.W.) 1989 wurde erstmals die Planung einer Tagesklinik mit 10 – 12 Plätzen in Recklinghausen erwähnt.¹⁸⁶

¹⁸⁴Haardblick (Hauszeitschrift der Westfälischen Landesklinik in der Haard) 2/81 S. 19 Eigenverlag des Westfälischen Landeskrankenhauses in der Haard

¹⁸⁵Ruhr-Nachrichten – Haltezeitung vom 02.06.1989
WAZ Nummer 125, 01.06.1989

¹⁸⁶J.f.d.W. 1989 Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

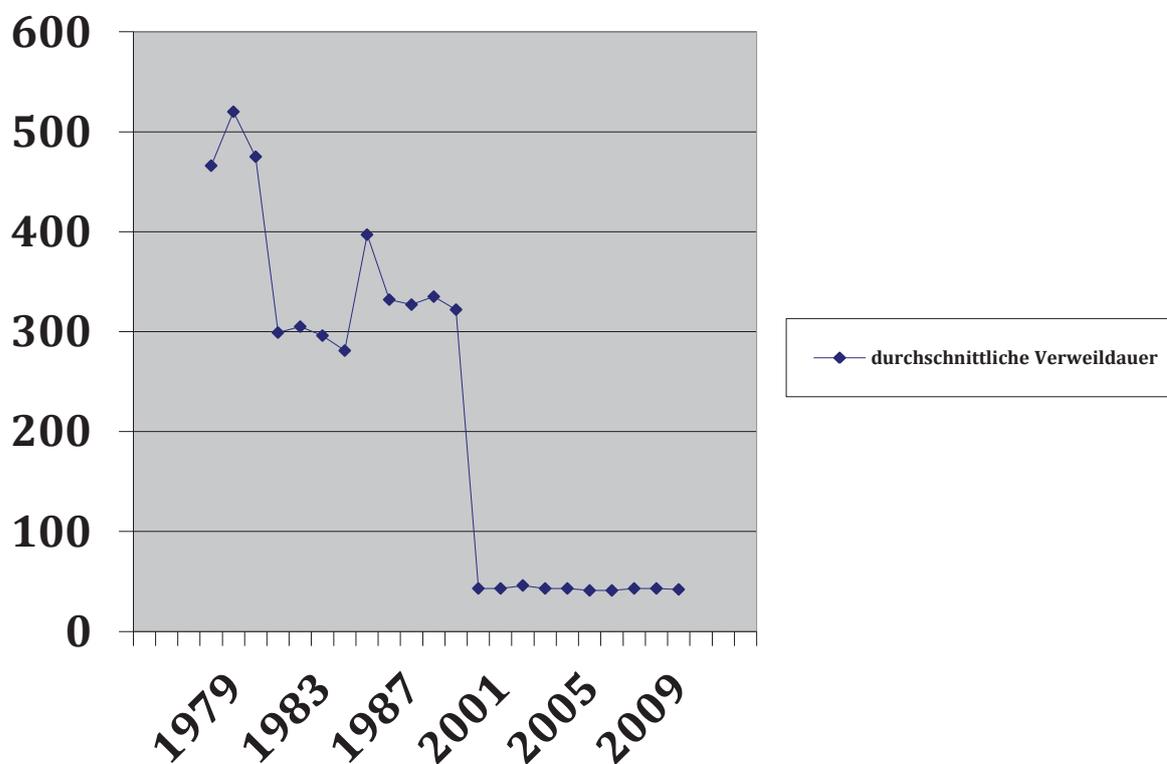
8 VERÄNDERUNG IN DER KLINIKSTRUKTUR AB 1990

8.1 STRUKTURELLE UND ORGANISATORISCHE VERÄNDERUNGEN

AUFGRUND NEUER ERKENNTNISSE UND ENTWICKLUNGEN

Ab 1991 befindet sich die Klinik in einer weiteren Umstrukturierungsphase.

Der Bereich 4, in dem besonders geistig behinderte Kinder und Jugendliche betreut wurden, wurde nach und nach aufgelöst, u.a. bewirkte die Ausgliederung dieser Patienten eine starke Abnahme der durchschnittlichen Verweildauer in Tagen:



187

Abb. 35: Der Rückgang der Verweildauer

Ein Ziel der Psychiatriereform, die gemeindenahere Akut- und Regelversorgung, wurde durch die Neugründung von Tageskliniken mit integrierten Institutsambulanzen in Borken, Herne und Recklinghausen angegangen, bei Rückgang der Bettenzahl auf 250 Plätze.

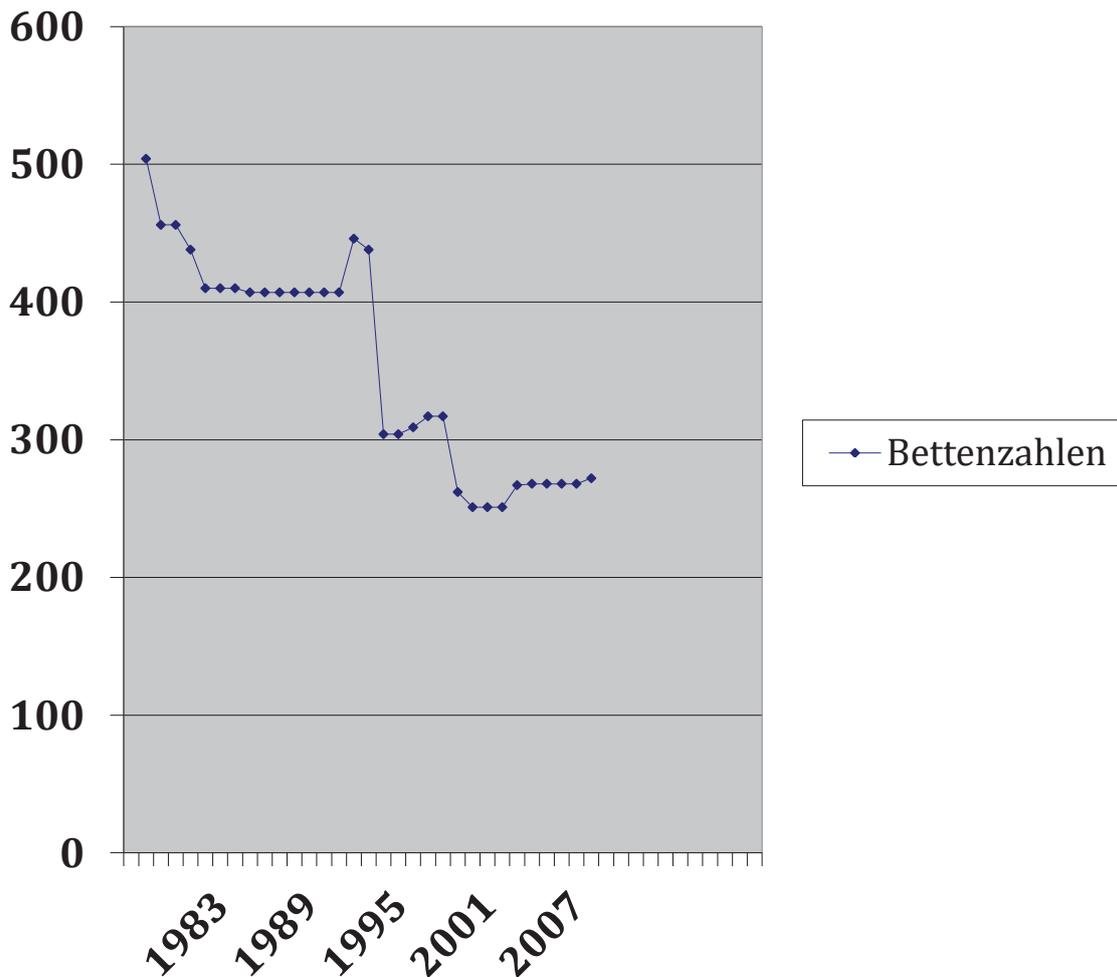


Abb. 36: Bettenszahlen

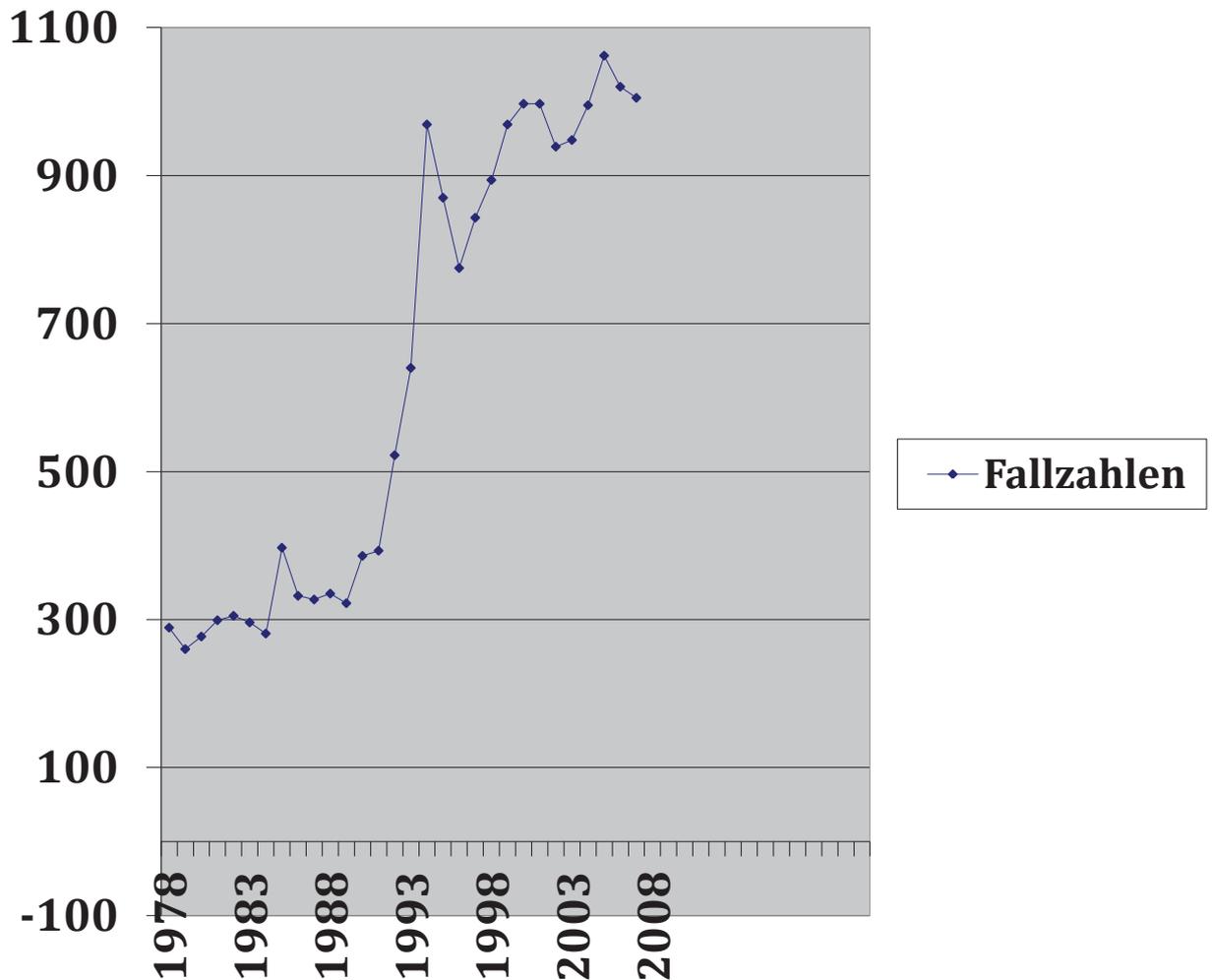
Die Geistigbehinderten wurden in Außenwohngruppen unter Trägerschaft der Klinik nach Haltern (die Außenwohngruppe wurde mit 8 Plätzen unter der Trägerschaft der Klinik am 01.06.1993 gegründet¹⁸⁹) und Herten-Langenbochum ausgegliedert und sie fanden Aufnahme in Wohnheime unter freier Trägerschaft der Behindertenhilfe.¹⁹⁰

Der Verein Lebenshilfe NRW stellte in Herten-Langenbochum 16 Plätze bereit. Durch die Neugründung der Außenwohngruppen kam es und kommt es zur Verlegung und Entlassung der Langzeitpatienten. Der weitere konsequente Ausbau von ambulanten und teilstationären Angeboten – besonders auch familien- und gemeindenah – bewirkt einen Rückgang der Verweildauer (s.o.) und einen Anstieg der Fallzahlen allgemein.

¹⁸⁸ Tabellarischer Anhang

¹⁸⁹ Jahresbericht für das Wirtschaftsjahr (J.f.d.W.) Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard (W.K.f.K.u.J.P.i.d.H.) 1993, S. 18-20

¹⁹⁰ Jahresbericht für das Wirtschaftsjahr 1991, S. 19 (LfdWj) W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 1992, S. 19f



191

Abb. 37 Der Anstieg der Fallzahlen für den stationären Bereich

Die Tagesklinik in Recklinghausen nahm ihren Betrieb mit 7 Plätzen am 29.06.1994 auf. 1997 wurde die Gesamtplatzzahl auf 12 erweitert.¹⁹²

Um die Wirtschaftlichkeit der Klinik zu erhalten, wurde durch ein Wirtschaftsgutachten der Wirtschaftsberatung AG (WIBERA) Düsseldorf vom 06.03.1995 eine Mindestgröße der Klinik von 192 Betten ermittelt. Erreicht werden sollte dieses Ziel durch Umwidmung eines Bereiches der Klinik und Antrag an die Bezirksregierung Münster in 40 Behandlungsplätze für geistig behinderte Erwachsene. Diese Veränderung wurde aber bereits 1995 aufgegeben. Eine Planungsgruppe bestehend aus Vertretern des Trägers, der Betriebsleitung und des Personalrates setzte folgende Eckdaten fest:

„stationäre akute Kinder- und Jugendpsychiatrie

84 Betten

¹⁹¹ Tabellarischer Anhang

¹⁹² L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 1996, S. 33

<i>spezialisierte, z.T. überregionale stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsangebote</i>	<u>36 Betten</u>	
<i>stat. Behandlungsbereich insgesamt</i>		120 Betten
<i>Komplementärer Bereich (Heimbereich)</i>		<u>56 Betten/Plätze</u>
<i>stationärer Behandlungs- und komplementärer Bereich</i>		
	<i>insgesamt:</i>	176 Betten/Plätze
<i>zusätzlich:</i>		
<i>4 Tageskliniken</i>		48 Plätze
<i>1 Außenwohngruppe in Haltern</i>		8 Plätze ^{„193}

Um das Angebot für die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erweitern, wurde im September 1994 eine Mutter-Kind-Station eröffnet.¹⁹⁴

Die weiteren ambulanten und teilstationären Angebote – dezentral in den Ballungsgebieten des Pflichtversorgungsgebietes wurden durch die Tageskliniken (ab 01.03.1996) in Borken und Herne ergänzt.¹⁹⁵

¹⁹³ L.f.d.W. 1995 W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. S. 29f

¹⁹⁴ L.f.d.W.j. 1994 W.K.f.K.u.J.P.i.d.H.S. 23-26

¹⁹⁵ L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 1996 S. 33-35

„Patienten können in gewohntem Umfeld bleiben“

Offizielle Eröffnung der Tagesklinik für psychisch kranke Kinder und Jugendliche / Erweiterungspläne

Borken (wen). Die neue Tagesklinik für psychisch kranke Kinder und Jugendliche ist gestern nachmittag offiziell eröffnet worden. Ein-

zugsbereich der 1,2 Millionen Mark teuren Einrichtung ist der Kreis Borken. Zum Haus mit zwölf Plätzen gehört auch eine Ambulanz (BZ

berichtete). Die Einrichtung arbeitet mit der Klinik in der Haard in Marl zusammen.

„Gerade für kranke Kinder und Jugendliche ist es sinn-



Landrat Gerd Wiesmann überreichte Verwaltungsdirektor Peter Eltrop und dem Leitenden Arzt der Klinik in der Haard, Dr. Rainer Georg Siefen, ein Geschenk (v.l.). Foto: Wenzel

voll, wenn sie keine weiten Wege machen müssen“, sagte die stellvertretende Krankenhausdezernentin des Landschaftsverbands, Dr. Agnes Klein auf der Eröffnungsfeier.

Klinik-Verwaltungsdirektor Peter Eltrop erinnerte an die langen Diskussionen um den Standort. Nach genauer Analyse hätten sich dann sowohl der Landschaftsverband als auch die Westfälischen Kliniken für die Stadt Borken entschieden. Mit Tagesklinik und Ambulanz, so Eltrop, „wird nunmehr Gemeindegrenzen hergestellert“. Entscheidend dabei sei, daß die Kinder und Jugendlichen in ihrem sozialen Umfeld bleiben können. „Obwohl gerade erst mit der Arbeit begonnen, bestehen für die Tagesklinik bereits Pläne auf Erweiterung.“ Als ein Ergebnis des sogenannten „Runden Tisches“ für den Kreis bestehe die Absicht, die neue Einrichtung „zu einem ambulanten Gesundheitszentrum auszuweiten“.

Bürgermeister Josef Ehling freute sich darüber, daß die

Kreisstadt als Standort gewählt wurde. Viel wichtiger sei es aber, daß psychisch kranke Kinder und Jugendlichen im Kreis jetzt besser betreut werden können. Die Stadt werde sich dafür einsetzen, daß die Einrichtung weiter gefördert wird.

Landrat Gerd Wiesmann wies darauf hin, daß die Entscheidung für die Kreisstadt sachliche Gründe gehabt habe „wenngleich Borken dem Kreis lieb und teuer ist“. Er machte allerdings darauf aufmerksam, daß der Kreis Abstriche bei der optimalen Versorgung machen mußte. Dies betreffe vor allem die Region um Gronau.

Dr. Rainer-Georg Siefen, Leitender Arzt der Klinik in Marl, freute sich darüber, daß das Entgegenkommen in Borken besonders groß gewesen sei. Die Betreuung in der Nähe der Familie entspreche den Bedürfnissen der Patienten und senke die Kosten. Siefen wünschte sich eine enge Kooperation zwischen Jugendhilfe, niedergelassenen Ärzten und Tagesklinik.

Abb. 38: Zeitungsartikel aus der Borkener Zeitung vom 21. November 1996

Am 01.03.1999 wurde eine weitere Tagesklinik in Coesfeld eröffnet. Eine Außenstelle der Ambulanz in Borken wurde für den sozialen Brennpunkt in Gronau als Sprechstundenambulanz ab dem 01.11.1998 eingerichtet.¹⁹⁶

Zu Ende der 90er Jahre zeigte sich ein stärkerer Behandlungsbedarf für drogenabhängige Kinder und Jugendliche.

Es erfolgte eine Änderung des Krankenhausplans des Landes Nordrhein Westfalen mit dem 12. Änderungsbescheid ausgestellt von der Bezirksregierung in Münster, am 02.12.1999.

12 Betten konnten für die Behandlung drogenabhängiger Patienten als qualifizierter Drogenentzug in der Klinik eingerichtet werden.

¹⁹⁶ L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 1998, S. 35-38

Ab Januar 2000 konnte auf dem Gebiet der Klinik eine Einrichtung, das Kinderkurzzeitwohnen, mit 10 Plätzen angeboten werden.

Sorgeberechtigte können Geistigbehinderte bis zu 6 Monaten – als Entlastung für sich – in das Kinderkurzzeitwohnen geben.

Die Klinik wurde in ein Risikomanagement aufgenommen. Hierzu heißt es in L.f.d.Wj. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 1999:

„Die Chancen und Risiken eines Krankenhauses zu prognostizieren, besonders unter Berücksichtigung der sich ständig ändernden gesetzlichen Grundlagen, ist zukünftig zentrale Aufgabe eines Risikomanagements. Hierdurch hat ein Unternehmen sicherzustellen, dass bestehende Risiken erfasst, analysiert und bewertet sowie risikobezogene Informationen in systematisch geordneter Weise an die zuständigen Entscheidungsträger weitergeleitet werden.

Im Rahmen des Risikomanagements werden in der Westfälischen Klinik in der Haard die Risikofelder aufgezeigt und analysiert sowie die Risikoüberwachung einschließlich Verantwortlichkeit festgelegt. Zweckentsprechende organisatorische Maßnahmen und Instrumente zur internen Kontrolle sind eingerichtet. Die Verantwortungs- und Informationsstrukturen im Rahmen des Risikomanagements sind geregelt.

Zu den Informationsinstrumenten zählen beispielsweise die monatlichen Statistiken der Leistungsdaten, die täglichen Belegungs- und sonstigen Auslastungsstatistiken, die quartalsweise zu erstellende Kosten- und Ertragsrechnung (KER) sowie die kontinuierliche Überwachung der Personalentwicklung.

Im Rahmen der festgelegten Verantwortungsbereiche finden zeitlich genau strukturierte Besprechungen statt. Hier zu nennen sind die wöchentlich terminierten Betriebsleitungssitzungen, die monatlich stattfindenden

Verwaltungsabteilungsleiterbesprechungen sowie die tägliche Übergabekonferenz im ärztlich-therapeutischen Bereich. Des Weiteren finden wöchentlich Oberarztbesprechungen und monatlich Stationsleitungskonferenzen statt.

Somit sind sämtliche Informationsflüsse und darauf aufbauende Entscheidungsprozesse für den jeweiligen Verantwortungsbereich sichergestellt.“¹⁹⁷

¹⁹⁷ L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 1999, S. 42-43

Der Förderbereich (das Kurzzeitwohnen) wurde auf Grund des gestiegenen Bedarfs durch die Abteilung 60 des LWL um 16 Plätze mehr als im Jahre 2001 auf 90 Plätze ergänzt.¹⁹⁸

“Die Struktur des Förderbereichs ist nunmehr wie folgt vorgegeben:

72 Plätze für Förderbereich

10 Plätze für das Kinderkurzzeitwohnen

*8 Plätze für die Außenwohngruppe in Haltern.*¹⁹⁹

Eine negative Veränderung ergab sich im Jahr 2004, hierzu heißt es

„Probleme bereiten die ausgelagerten Ambulanzen gem. § 31 Ärzte ZV. Auf Grund des niedrigen Punktwertes und des relativ hohen Personaleinsatzes werden Defizite ausgewiesen. Erschwerend kommt hierzu, dass mit Vergleichsurteil des Sozialgerichts Münster vom 15.03.2004 nur noch persönliche und nicht mehr Institutsermächtigungen ausgesprochen werden. Dies hat zur Folge, dass nur Fachärzte, die bereit sind, diese Aufgabe zu übernehmen, eine Ermächtigung erhalten. Die bisher übliche zusätzliche Ermächtigung von Psychologen konnte nicht mehr erreicht werden. Als Folge des Facharztmangels wird vorübergehend die Ambulanz in Coesfeld mit Ablauf des 30.06.2004 geschlossen werden. Durch verstärkte Anwendung und Abrechnung der Sozialpsychiatrievereinbarung wird versucht, die Defizite zu reduzieren.“²⁰⁰

Die Ambulanz in Coesfeld konnte am 01.08.2005 wieder eröffnet werden.²⁰¹

Das Personalwohnheim wurde im Laufe des Jahres 2004 auf Grund mangelnder Auslastung abgerissen.

Bis 2006 erfolgte eine Grundsaniierung der Klinik, einschließlich der Außenanlage: u.a. wurde die Cafeteria umgebaut, um sie zusätzlich als Konferenzraum zu nutzen,

¹⁹⁸ L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 2001, S. 39-43

¹⁹⁹ L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 2001, S. 42

²⁰⁰ L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 2003, S. 39

²⁰¹ L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 2005, S. 43



Abb. 39: Die Cafeteria in den 70er Jahren



Abb. 40: Die Cafeteria nach ihrem Umbau

das Sozialzentrum wurde erweitert und in Haus 1 erfolgte der Dachausbau (Walmdach anstatt Flachdach).²⁰²

²⁰² L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 2005, S. 41-44



Abb. 41: Stationshaus nach dem Umbau mit einem Walmdach

Der Fachärztemangel erwies sich besonders für die ausgelagerten Ambulanzen weiterhin als schwierig. Am 30.06.2006 musste die Ambulanz in Herne geschlossen werden. Die Räumlichkeiten wurden von einer niedergelassenen Fachärztin übernommen. Der LWL-Wohnverbund Marl-Sinsen versuchte, ein Wohnheim für chronifizierte ehemalige Alkoholiker, bestehend aus 24 Plätzen für den Kreis Recklinghausen zu errichten. Proteste von Bürgern im Ortsteil Dorsten-Schermbeck verhinderten die Errichtung.²⁰³

Einrichtungen von weiteren Außenwohngruppen und zusätzliche Plätze beim Betreuten Wohnen erfolgten: 6 Plätze einer zusätzlichen Außenwohngruppe für geistig behinderte Männer und Frauen und eine vom WLW gemietete Immobilie mit 5 Plätzen für ambulant betreutes Wohnen ab 01.10.2008 in Haltern-Sythen.²⁰⁴

Finanziert werden die Projekte vom WLW und angemietet vom LWL Wohnverbund.²⁰⁵

Im Jahr 2007 lag die durchschnittliche Belegung über 100% bei 119,62 Patienten bei einer permanenten Warteliste – trotz geburtenschwachen Jahrgängen – von 40 - 70 Patienten 2007 und 60 - 100 Patienten 2008.²⁰⁶ Im Jahr 2009 betrug die durchschnittliche Wartezeit

²⁰³ L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 2007, S. 35

²⁰⁴ L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 2008, S. 35

²⁰⁵ L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 2005, S. 35-37

²⁰⁶ L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 2008, S. 33

6 bis 8 Wochen.²⁰⁷ Für die weitere Entwicklung der Tageskliniken und Institutsambulanzen heißt es in L.f.d.Wj. 2009, S. 40:

„Am 28.01.2009 hat der 6. Senat des Bundessozialgerichtes entschieden, dass auch Tageskliniken, soweit sie im Krankenhausplan des Landes aufgenommen sind, Anspruch auf eine Institutsambulanz nach § 118 Abs. 1 SGB V haben. Somit dürften für die Zukunft auch an einigen Tageskliniken Institutsambulanzen eingerichtet werden. Eine Bedarfsplanung mit einer persönlichen Ermächtigung wäre dann nicht mehr erforderlich. Für die Tageskliniken Coesfeld und Gronau sind daher Institutsambulanzen beantragt worden.“²⁰⁸

Im Jahre 2008 erfolgte die vorerst letzte Errichtung einer Tagesklinik, die schon seit einigen Jahren in Planung war. Die neue Klinik in Gronau mit 10 Plätzen erreichte schon im Lauf des Jahres 2008 eine Auslastung von 100%.²⁰⁹

Nach 2jährigen Verhandlungen konnte zum 01.12.2009 die insolvente Elisabeth Klinik in Dortmund von der Klinik in Marl-Sinsen übernommen werden.

Als Betriebsstätte der LWL-Klinik Marl-Sinsen soll sie die Versorgungsverpflichtung für die Stadt Dortmund sicherstellen.²¹⁰

²⁰⁷ L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 2009, S. 39

²⁰⁸ L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 2009, S. 40

²⁰⁹ L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 2008, S. 33-35

²¹⁰ L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 2009, S. 40

8. 2 THERAPIE- UND BEHANDLUNGSPLAN

8.2.1 THERAPIE- UND BEHANDLUNGSPLAN-ALLGEMEINES

Im Jahre 1991 (15. November), mit zusätzlicher Ergänzung vom 01. 05. 1993, legte die Klinikleitung eine Schrift mit dem Titel vor:

“Behandlungsverlauf in der Westf. Klinik in der Haard: Therapieplanung, Informationswege und Dokumentation Stand vom 15. November 1991 mit Ergänzung vom 1.5. 1993.”²¹¹

Diese Schrift gibt einen großen Überblick über den Stand der Klinik in den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts und der Verbesserungen, die zu dieser Zeit in Angriff genommen worden sind. Festgelegt wurden in der Therapieplanung alle Formen der Dokumentation zur besseren Therapieplanung und Therapiekoordination. Die Ziele wurden in 4 Leitsätzen umschrieben:

- 1. Jede Behandlungsform hat möglichst nur ein Formularblatt.*
- 2. Was wir besprechen, überlegen oder tun, können wir auch gleich schriftlich festhalten.*
- 3. Dokumentation darf knapp sein, aber sie muß regelmäßig erfolgen.*
- 4. Informationszentrum jeder Station ist das Stationszimmer.“²¹²*

Zur Aufnahme der Patienten in der Klinik wurde festgelegt, dass sie von den Mitarbeitern von der Pforte, der Ambulanz und dem ärztlichen Aufnahmezimmer abgeholt werden. Dies ermöglicht den neuen Patienten eine bessere Orientierung in der für sie schwierigen Situation in der neuen Umgebung der Klinik. Gewährleistet wird so auch, dass die Patienten und Angehörigen Arzt, Schwester, Pfleger und Erzieher kennenlernen, bevor sie die Aufnahmevereinbarung im Krankbüro erarbeiten.

Das erste Gespräch bzw. die ersten Gespräche zwischen Arzt, Psychologen und Patient und seinen Eltern bzw. Betreuer oder Mitarbeitern des Jugendamtes dient zur Anamneseerhebung und zur Erörterung der Vorgeschichte und Symptomatik der

²¹¹ “Behandlungsverlauf in der Westf. Klinik in der Haard: Therapieplanung, Informationswege und Dokumentation Stand vom 15. 11. 1991 mit Ergänzung vom 01. 05. 1993

²¹² ebd. S. 1f

Erkrankung des Patienten. Als Ziel der Anamnese wurde im Therapieplan folgendes festgelegt.

“Anamneseschemas soll dazu beitragen, dass wir nicht nur über den Patienten etwas erfahren. Vielmehr müssen auch die Eltern sich ernstgenommen und verstanden fühlen, sowohl was ihre eigene Lebensentwicklung betrifft, wie in Bezug auf ihr erzieherisches Bemühen um ihre Kinder.

Hier, wie auch im Gespräch mit Betreuern und Vorbehandelnden, müssen aufmerksames Interesse und Respekt die Atmosphäre bestimmen.

Hingegen sind Kritik und indirekte Schuldzuweisungen ebenso unangemessen wie schädlich. Ohnehin neigen gerade Eltern zu Selbstzweifeln und Selbstvorwürfen, von denen sie nicht leicht abzubringen sind.“²¹³

Die im Therapieplan aufgeführte Aufnahmecheckliste gibt Auskunft über die medizinische und therapeutische Ausstattung der Klinik zu Beginn der 90er Jahre.

Die medizinische Befunderhebung erfolgte im pädiatrischen, internistischen, neurologischen und psychiatrischen Bereich, ergänzt durch die psychologische Diagnostik. Einbezogen in die Behandlung wurden die Ergo-, Montessori-, Musik- und Kunsttherapie, sowie die körperbezogenen Therapien wie die Reittherapie.

Bei Bedarf soll es auch zur Rücksprache mit Sozialpädagogen und den Schulen bzw. den Lehrern kommen.

Die Aufnahmecheckliste Pflege macht sehr deutlich, wie spezifisch die Aufnahme eines Patienten in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie ist, wenn man sich im Vergleich hierzu einen Aufnahmebogen einer internistischen Station eines Allgemeinen Krankenhauses vorstellt.

²¹³ ebd. S. 3

Checkliste Aufnahme: Pflege

(Erledigte Punkte abhaken)

Name _____

Vorname _____

geb. _____ Stat. _____

Aufn. Tag _____

1. ERSTKONTAKT MIT PAT. UND BEGLEIT-
PERSONEN (AUFNAHMEGESPRÄCH)

1.1. Erhebung der pflegebezogenen Anamnese

1.2. Ausfüllen der Liste: Verwaltungsbezogene
Aufnahmeabwicklung

1.3. Vereinbarung mit Eltern/Betreuern zu
Kleidung, Taschengeld, Rauchen

1.4. Kontaktregelungen mit Eltern/Betreuern
(Besuche, Telefonate, Briefe, Beurlaubungen)

1.5. Entgegennahme von Taschengeld

2. EINFÜHRUNG DES PAT. IN DEN
STATIONSALLTAG

2.1. Bei entspr. Hinweisen: getragene Bekleidung und
den Pat. Selbst durchsuchen nach Drogen/spitzen
o. scharfen Gegenständen

2.2. Dem Pat. die Station zeigen und ihn, soweit
möglich, Mitarbeitern und Mitpatienten
vorstellen

2.3. Stationsregeln erläutern

2.4. Einweisen den Pat. in sein Zimmer

2.5. Zuweisen und Beschriften von Schränken u.
Fächern:

-Kleiderschrank

-Nachtschrank

-Bett

-Wertfach

-Schuhfach

-Tabakfach

-evtl. Wäschesack für Schmutzwäsche

2.6. Evtl. Bad und eine Mahlzeit anbieten

3. STATIONSINTERNE FORMALITÄTEN

3.1. Aufnahmearzt zum Ausfüllen vorlegen:

- Stammblatt z. Dokumentationssystem
(Hinweis auf Suizidalität)

- Verordnungsblatt für wichtige Erstunter-
suchungen u. evtl. Bedarfsmedikation

- Anforderungsformulare für erste Unter-
suchungen

3.2. Anlegen der Kurve:

1. Tag: Größe, Gewicht, Somatogramm

1.-3. Tag: RR, Puls, Temp.

3.3. Aufnahmebericht ins Dokumentationssystem
eintragen

3.4. Eintragung in/Anlage von:

- Patientenliste

- Kleiderkarte

- Eigengeldkontoführung

4. STATIONSÜBERGREIFENDE FORMALITÄTEN

4.1. Angeordnete Untersuchungen vorbereiten und
anmelden:

- Labor - EKG

- EEG -Psychodiagnostik

4.2. Pat. In der Küche anmelden (ggf. Angabe spez.
Diät oder Kost)

4.3. Kleidung z. Kennzeichen bringen

4.4. Einzahlen von Taschengeld

4.5. Foto des Pat. Anfertigen lassen

5. PFLEGESTATUS UND -PLANUNG

5.1. Erhebungsbogen Pflegestatus ausfüllen

5.2. Pflegeziele festlegen und Pflegeplanung
erstellen

6. KOORDINATION DER TERMINE FÜR DIE

DIAGNOSTIK UND THERAPIEN

- 6.1. Bei Bedarf Rücksprache mit Sozialpädagogen/
Psychologen
- 6.2. Anmeldung zu Therapien
- 6.3. Anmeldung zur Schule

Abb. 42: Aufnahmecheckliste Pflege

Besondere Bedeutung wird dem diagnostischen Einzelgespräch mit dem Patienten beigemessen. Hier sollen der Arzt und der Psychologe die gesamte Persönlichkeit des Patienten mit seinen Symptomen, Beziehungs-Problemen, Schwierigkeiten in der Schule und mit seinen gesamten Belastungen erkennen.

Die Kinder und Jugendlichen müssen aber auch die Möglichkeiten haben, ihre eigenen Belange, Gefühle und Probleme darzustellen.

Neben der pflegerischen Aufnahme und dem Erstgespräch ist der pädiatrische, internistische, neurologische Befund von ebenso großer Bedeutung, um sich von dem Patienten ein umfangreiches medizinisches Bild zu machen. Dies erfolgt spätestens am 2. Tag der Aufnahme. Auch hier finden 2 Formblätter Anwendung, eins für den internistischen, eins für den neurologischen Befund.

INTERNISTISCHER BEFUND

(BITTE NUR BEI AUFF: BEFUNDEN ANKREUZEN – SONST 0 IN DER Klammer ankreuzen)

GESAMTEINDRUCK: (inges. o.p.B. 0)

EZ AZ Körperbau Hautfarbe Schleimhäute
Durchblutung Behaarung Ikterus Lymphknoten

KOPF: (inges. o.p.B. 0)

Nase Ohren Mund Zunge
Gebiß Rachenring Tonsillen

HALS (inges. o.p.B. 0)

Beweglichkeit Schilddrüse

THORAX (inges. o.p.B. 0)

Form Lungengrenzen Lungenverschieblichkeit
Klopfschall Atemgeräusche RG's sonstige Auff.
Herzgrenzen Herzaktion Herztöne
Puls Herzfrequenz ___/min RT ___/mmHG

ABDOMEN (inges. o.p.B. 0)

BD path. Resist. Abwehrspannung Leber
Darmgeräusche Nierenlager Bruchpforten Genitalien

WIRBELSÄULE (inges. o.p.B. 0)

Form Beweglichkeit
Klopfschmerz Stauchungsschmerz

EXTREMITÄTEN (inges. o.p.B. 0)

Mißbildungen Fußanomalien Gelenke Varizen

ERGÄNZUNGSFRAGEN (inges. kein Hinweis auf path. Veränderungen 0)

Alkohol Nikotin Rauschmittel Menarche Periode letzte Regel

BEMERKUNGEN / Zusammenfassung:

Abb. 43: Internistischer Befund

NEUROLOGISCHER BEFUND

Stat. _____ Datum _____
 Name d. Pat.: _____ V.name: _____ geb. am _____

(BITTE NUR BEI AUFF. BEFUNDEN ANKREUZEN – SONST 0 IN DER KLAMMER ANKREUZEN)

KOPF: (insges. o.p.B. 0)
 Beweglichkeit Klopfschmerz NAP Gefäßgeräusche

HIRNNERVEN

N.olfactoris (I) N.opticus (II): Sehkraft Fundus
 N.oculomotorius (III) , trochlearis (IV) , abducens (VI) : Lidspalten
 Pupillen Bulbusstellung/-beweglichkeit Nystagmus
 N.trigeminus (V) : Sensibilität Masseter-ER N.facialis (VII)
 N.statoacusticus (VIII) : Flüstern Rinne Weber Vestibularis
 N.glossopharyngeus (IX) N.vagus (X) N.accessorius (XI)
 N.hypoglossus (XII) Geschmack (VII, IX) (nicht geprüft:)

REFLEXE: (insges. o.p.B. 0)

	Arme	Rumpf	Beine
BSR	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>	BHR li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>	PSR li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
RPR	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>	CrR li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>	ASR li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
TSR	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>		Babinski li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
Trömner	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>		Gordon li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
Knips	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>		Klonus li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>

MOTORIK (insges. o.p.B. 0)

Tonus li re Trophik li re Kraft Arme li re
 Kraft Beine li re

KOORDINATION / Extrapiramidales System (insges. o.p.B. 0)

FNV li re KHV li re Diadochokineseli re
 Romberg Gang Blindgang Seiltänzerang Einbeinhüpfen

SENSIBILITÄT (insges. o.p.B. 0)

Berührung Spitz-Stumpf/Schmerz Temperatur
 Lage(Bewegung) Vibration Zahlen Andere Pr.

VEGETATIVUM (insges. o.p.B. 0)

Zeichen vegetativer Labilität Fragen nach vegetat. Funktionen

BEMERKUNGEN / Zusammenfassung:

Abb. 44: Neurologischer Befund

Der psychiatrisch psychopathologische Befund wird auch in einem Formblatt festgehalten.

Psychopathologischer (Aufnahme-) Befund Nr.....

Name _____ Stat. _____

Datum der Untersuchung _____

BITTE ANKREUZEN, FALLS VORHANDEN

01: Verhalten gegenüber Untersucher

- 1.1. Unkooperativ
 - 1.2. Distanziert
 - 1.3. Oppositionell
 - 1.4. Aggressiv
-

- 1.5. Ängstlich
 - 1.6. Überangepasst
 - 1.7. Anderes
-

02: Verhalten gegenüber Begleitperson

- 2.1. Dominant
 - 2.2. Oppositionell
 - 2.3. Aggressiv
 - 2.4. Trennungsängstlich
 - 2.5. Überangepasst
 - 2.6. Anmerkungen
-

03: Störung von Antrieb//Psychomotorik/

Konzentration

3.1. Antriebsarmut/

Verlangsamung

3.2. Antriebssteigerung/

Motorische Unruhe

06. Störungen von Orientierung und

Wachheit:

Welche?

07. Formale Denkstörungen

- 7.1. Gehemmt
- 7.2. Verlangsamt
- 7.3. Umständlich/weitschweifig
- 7.4. Eingeengt
- 7.5. Perseverierend
- 7.6. Grübeln
- 7.7. Gedankendrängen
- 7.8. Ideenflucht
- 7.9. Vorbeireden
- 7.10. Gesperrt/Gedankenabreißen
- 7.11. Inkohärent/Zerfahren
- 7.12. Neologismen
- 7.13 Anmerkungen

08. Wahn

- 8.1. Wahnstimmung
- 8.2. Wahnwahrnehmung

3.3. Impulsivität	<input type="radio"/>	8.3. Wahneinfall	<input type="radio"/>
3.4. Aufmerksamkeits- u. Konzentrationsstörungen	<input type="radio"/>	8.4. Wahngedanken	<input type="radio"/>
3.5. Anmerkungen	<input type="radio"/>	8.5. Systematisierter Wahn	<input type="radio"/>
<hr/>		8.6. Beziehungsideen/ -wahn	<input type="radio"/>
0.4. Befürchtungen/Zwänge		8.7. Beeinträchtigungsideen/ Verfolgungswahn	<input type="radio"/>
4.1. Misstrauen	<input type="radio"/>	8.8. Eifersuchtswahn	<input type="radio"/>
4.2. Hypochondrie	<input type="radio"/>	8.9. Schuldwahn	<input type="radio"/>
4.3. Phobien	<input type="radio"/>	8.10. Verarmungswahn	<input type="radio"/>
4.4. Zwangsgedanken	<input type="radio"/>	8.11. Hypochondrischer Wahn	<input type="radio"/>
4.5. Zwangsimpulse	<input type="radio"/>	8.12. Größenwahn	<input type="radio"/>
4.6. Zwangshandlungen	<input type="radio"/>	8.13. Religiöser Wahn	<input type="radio"/>
4.7. Anmerkungen	<input type="radio"/>	8.14. Andere Inhalte:	<input type="radio"/>
<hr/>			
0.5. Störungen von Stimmung/Affekt		09. Ich-Störungen	
5.1. Deprimiert	<input type="radio"/>	9.1. Derealisation	<input type="radio"/>
5.2. Ängstlich	<input type="radio"/>	9.2. Depersonalisierung	<input type="radio"/>
5.3. Euphorisch	<input type="radio"/>	9.3. Gedankenentzug	<input type="radio"/>
5.4. Gereizt- dysphorisch	<input type="radio"/>	9.4. Gedankenausbreitung	<input type="radio"/>
5.5. Klagsam	<input type="radio"/>	9.5. Gedankeneingebung	<input type="radio"/>
5.6. Wenig mitschwingend	<input type="radio"/>	9.6. Andere Fremdbeeinflussungs- erlebnisse:	<input type="radio"/>
5.7. Innerliche Unruhe	<input type="radio"/>		
5.8. Inadäquat	<input type="radio"/>		
<hr/>		10. Wahrnehmungsstörungen:	
5.9. Ambivalent	<input type="radio"/>	10.1. Illusionäre Verkennungen	<input type="radio"/>
5.10. Affektlabil	<input type="radio"/>	10.2. Stimmenhören	<input type="radio"/>
5.11. Insuffizienzgefühl	<input type="radio"/>	10.3. Andere akustische Halluzinationen	<input type="radio"/>
5.12. Schuldgefühle	<input type="radio"/>	10.4. Optische Halluzinationen	<input type="radio"/>
5.13. Anmerkungen	<input type="radio"/>		
<hr/>			

Psychopathologischer Befund - 2 -

10.5. Körperhalluzinationen	<input type="checkbox"/>		
		10.6. Geruchs-/Geschmackshalluzinationen	<input type="checkbox"/>
		10.7. Anmerkungen:	<input type="checkbox"/>
11. Besondere motorische Phänomene		12. Andere besondere Phänomene	
11.1. Parakinesen	<input type="checkbox"/>	12.1. Suizid gefährdet	<input type="checkbox"/>
11.2. maniert–bizarr	<input type="checkbox"/>	12.2. Aggressionen	<input type="checkbox"/>
11.3. Tics	<input type="checkbox"/>	12.3. Theatralisch	<input type="checkbox"/>
11.4. Stereotypien	<input type="checkbox"/>	12.4. Mutistisch	<input type="checkbox"/>
11.5. Psychogene Paresen	<input type="checkbox"/>	12.5. Logorroisch	<input type="checkbox"/>
11.6. Andere:	<input type="checkbox"/>	12.6. Alkohol/Drogeneinfluß	<input type="checkbox"/>
		12.7. Selbstbeschädigung	<input type="checkbox"/>
		12.8. Sozialer Rückzug	<input type="checkbox"/>
		12.9. Andere:	<input type="checkbox"/>
		13. Einsicht in die Problematik/ Behandlungsnotwendigkeit	

Bemerkungen der Psychopathologie:

14. Name des Untersuchers: _____

Abb. 45: Psychopathologischer Befund

Hierbei wird der Untersucher angehalten, nur das anzukreuzen, was er wirklich beim Patienten beobachtet.

Der Bogen dient ebenso zur Verlaufskontrolle des Patienten, da er im Laufe der Behandlung durchaus wieder Verwendung finden kann und auf die neue Situation des Patienten angepasst wird.

Der Untersucher kann den Bogen durch frei formulierte Sätze ergänzen und eventuell eine eigene Zusammenfassung darstellen.

Entscheidend für die weitere Therapieplanung ist in vielen Fällen die zusätzliche Information, die während der Psychodiagnostik beim Psychologen gewonnen wird.

An Frau/Herrn Dipl. Psych./Dipl. Päd.

.....

Anmeldung zur Psychodiagnostik

Station

Aufnahmedatum

Name, Vorname

geb. am

SchuleKlasse,

Sprachbeherrschung im Deutschen eingeschränkt ()

Aufnahmegrund

.....

.....

.....

Diagnose (n)

.....

.....

Vorbefunde (welche Tests, Ergebnisse):

.....

.....

.....
Gruppenfähigkeit: []

Akt. Medi. Therapie:
.....

Untersuchungsfrage (n):
.....
.....
.....
.....

Vorgesehener Entlassungszeitpunkt:
.....

Telef. Rücksprache erbeten []

Datum:

(Unterschrift)

Abb. 46: Anmeldung zur Psychodiagnostik

Laboruntersuchungen dienen zur Erkennung ebenfalls vorhandener somatischer Erkrankungen. Eine Laboruntersuchung in großem Umfang ohne fassbare Ursache soll nicht zuletzt auch aus Kostengründen vermieden werden.

Die EEG-Untersuchung gehört sicher auch zur Basisdiagnostik einer Psychiatrischen Klinik, aber auch hier gilt, ihr Einsatz sollte begründet eingesetzt werden.

Planungsbogen Medizinische Diagnostik Nr.

Name _____

Vorname _____

geb. _____

Station _____

behandelnder Arzt/Psychologe _____

Auffällige Befunde:

(Verdachts-) Diagnose(n):

Weitere diagnostische (u.a.) Maßnahmen Datum: _____

(Unterschrift)

Abb. 47: Planungsbogen Medizinische Diagnostik

Eine wichtige weitere Ergänzung der Behandlung sind die körperbezogenen Therapien, wie Ergo-, Montessori-, Musik-, Kunsttherapie und 12 zusätzliche Therapieformen. Sinnvoll ist es zumeist, nicht mehr als drei Therapieangebote aus einem Therapiebereich – wie kreativ oder körperbezogen – für den Patienten anzufordern.

Einen Überblick über die Behandlungsschwerpunkte der Ergo-, Montessori-, Musik- und Kunsttherapie gibt auch hier der passende Behandlungsschein.

Name _____
 geb. _____
 beh. Arzt/Psychologe _____

Vorname _____
 Station _____

BEHANDLUNGSSCHEIN Nr.
 (ERGO-, MONTESSORI-, MUSIK- UND KUNSTTHERAPIE)

ERGOTHERAPIE
 Einzelbehandlung

Ausdruckszentrierte BT	
Interaktionszentrierte BT*	
Werktherapie*	
Sensorische Integrationstherapie	
Sensomotor.-perzept. Förderung	
Einzeltherapie n. Diagnostik*	

ENTWICKLUNGSTHERAPIE nach
 MONTESSORI

EINZELBEHANDLUNG

Heilpädagogisches Spielen	
Lebenspraktische Übungen*	
Schulbegleitende Förderung	
Wahrnehmungsförderung*	
Entwicklungsdiagnostik	

MUSIKTHERAPIE

EINZELBEHANDLUNG

Freie Improvisation u. Gespräche*	
Kontaktförderung (psychot. Pat.)*	
Förderung mit Musik (mfb. Pat.)*	

GRUPPENBEHANDLUNG halboffen

Interaktionsgruppe*	
„Rock“ – Band	

KUNSTTHERAPIE

EINZELTHERAPIE*	
-----------------	--

GRUPPENBEHANDLUNG

Ausdruckszentrierte BT	
Interaktionszentrierte BT*	
Werktherapie*	
Sensorische Integrationstherapie	
Sensomotor.-perzept. Förderung	
WfB-Vorbereitung	
Aktive Freizeitgestaltung	

telef. Rücksprache erbeten []

GRUPPENBEHANDLUNG

Heilpädagogisches Spielen	
Lebenspraktische Übungen*	
Schulbegleitende Förderung	

telef. Rücksprache erbeten []

GRUPPENBEHANDLUNG offen

Kontaktspiele (psychot. Pat.)*	
Singen und Spielen (mfb. Pat.)	
Musik. Gestal. d. Gottesdienstes	

telef. Rücksprache erbeten []

GRUPPENTHERAPIE*	
------------------	--

telef. Rücksprache erbeten []

Diagnose(n)/behandlungsbezogene Symptomatik u. Hinweise
 *Genauere Behandlungsdaten u. –erwartungen:

 (Datum)

Abb. 48: Behandlungsschein

 (Unterschrift beh. Arzt)

Der Ergotherapeut hat die Möglichkeit, seine Erkenntnisse auf dem Befundbogen „Ergotherapie“ festzuhalten.

Station: _____

Befundbogen "Ergotherapie" Nr. _____

Name: Vorname: geb. am:

behandelnder Arzt/Psychologe:

Ergotherapeut:

Beobachtungszeitraum: Therapie-Einheiten/Woche:

Einzeltherapie Gruppentherapie

I. Sozio-emotionaler Bereich

Motivation	-		+
Frustrationstoleranz	-		+
Möglichkeit, Gefühle auszudrücken	-		+
Selbstwertgefühl	-		+
Selbstständigkeit	-		+
Einhaltung von Regeln	-		+
Kontakt zum Therapeuten	-		+
Kontakt zur Gruppe	-		+
_____	-		+
_____	-		+

II. Instrumenteller Bereich

Ausdauer	-		+
Konzentration	-		+
Planung	-		+
Zielgerichtetheit des Handelns	-		+
Sorgfalt	-		+
_____	-		+
_____	-		+

III. Bemerkungen:

Gespräch/Austausch mit dem gesamten Team:

noch nicht nötig / erwünscht / dringend erwünscht

.....
(Datum / Unterschrift)

Abb. 49: Befundbogen Ergotherapie

Der Ergotherapeut wird in die Teamsitzung zu dem jeweiligen Patienten einbezogen. Er soll Auskunft darüber geben, ob die Ergotherapie für den Patienten sinnvoll ist, wie die Ergotherapie auf die anderen Kreativtherapien abzustimmen und welche Behandlungsschwerpunkte für den Patienten von Bedeutung sind.

Der Montessoritherapeut, der Musiktherapeut und der Kunsttherapeut haben jeweils eigene Statusbögen, um ihre Beobachtungen zu dokumentieren.

STATUS – Beobachtungsbogen in der Entwicklungstherapie nach MONTESSORI

Name, Vorname:

Geburtsdatum: Station:

Therapeut/Therapiefrequenz:

Bewertungsregeln: 0 bis 10 / leeres Feld = Item wird nicht bewertet

0 - tritt nicht auf

1 – sehr niedrig

10 – sehr hoch

Datum der Beobachtung

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

I. SOZIALVERHALTEN

1. Vertrauen zum Therapeuten
2. Blickkontakt
3. Zuhören
4. Verbale Kommunikation
5. Rückzug
6. Distanzlosigkeit
7. Aggressive Handlungen
9. Hilfsbereitschaft

II. SPIEL- UND LERNVERHALTEN

1. Funktionsspiele
2. Rollenspiele
3. Regelspiele
4. Spielfreude
5. Spielideen
6. Konzentration/Ausdauer
7. Planendes Handeln
8. Zusammenspiel
9. Ordnung am Spielplatz
10. Lebenspraktische Aufgaben

III. Emotionale Qualitäten

1. Nonverbaler Gefühlsausdruck
2. Verbalisiert Stimmungen
3. Erwidert Gefühlszuwendung
4. Frustrationstoleranz
5. Ängstlichkeit

IV. ZUSÄTZLICHE

BEOBACHTUNGSKRITERIEN

1.
2.

Weitere Anmerkungen umseitig

Abb. 50: Befundbogen Montessoritherapie

0 Gruppentherapie
0 Einzeltherapie

Befundbogen der MUSIKTHERAPIE Nr.

Name _____ Vorname _____
geb. _____ Station _____
behandelnder Arzt/Psychologe _____

I. Emotionalverhalten

gehemmt	<input type="checkbox"/>	offen				
wenig aggressiv	<input type="checkbox"/>	sehr aggressiv				
ängstlich/zurückhaltend	<input type="checkbox"/>	frei/unbefangen				
gleichgültig	<input type="checkbox"/>	interessiert				
verweigernd	<input type="checkbox"/>	zugänglich				

II. Sozial-/Kontaktverhalten

eher initiativ	<input type="checkbox"/>	eher initiativ				
sozial angemessen	<input type="checkbox"/>	sozial unangemessen				
“autistisch“/zurückgezogen	<input type="checkbox"/>	voll anwesend				

III. Interesse an musikalischer

Stimulation	gering	<input type="checkbox"/>	groß				
Produktion	gering	<input type="checkbox"/>	groß				
Selbst-/Gruppenerfahrung	gering	<input type="checkbox"/>	groß				
Begegnung/Beziehung zu Mitpat.	gering	<input type="checkbox"/>	groß				
Begegnung/Beziehung zu Therap.	gering	<input type="checkbox"/>	groß				

IV. Zugang zum Spielerisch-Kreativen

leicht	<input type="checkbox"/>	erschwert				
kreativ	<input type="checkbox"/>	rigide				
erprobend	<input type="checkbox"/>	festgefahren				
ausdauernd	<input type="checkbox"/>	schnell ermüdbar				
konzentriert	<input type="checkbox"/>	ablenkbar				
geordnet	<input type="checkbox"/>	ungeordnet				

V. Musikalische Kriterien

Grundschatz	gering	<input type="checkbox"/>	sehr				
Melodierhythmus	gering	<input type="checkbox"/>	sehr				
gestaltet vokal	gering	<input type="checkbox"/>	sehr				
gestaltet instrumental	gering	<input type="checkbox"/>	sehr				
improvisiert assoziiierend	gering	<input type="checkbox"/>	sehr				

VI. Verhältnis zu eigener Symptomatik/Behinderung

Leidensdruck	gering	<input type="checkbox"/>	hoch				
Problembewusstsein	gering	<input type="checkbox"/>	hoch				
Veränderungswille	gering	<input type="checkbox"/>	hoch				
Abwehr	gering	<input type="checkbox"/>	hoch				

VII. Gespräch mit Pat. möglich ja 0 eingeschränkt 0 nein 0

VIII. Bemerkungen

(Datum) _____
0 Gruppentherapie
0 Einzeltherapie

(Unterschrift)

Abb. 51: Befundbogen Musiktherapie

Name _____

Vorname _____

geb. _____

Station _____

behandelnder Arzt/Psychologe _____

I. Allgemeine Einstellung

Motivation gering hoch
 Konzentration gering hoch
 Ausdauer gering hoch

II. Emotionales Verhalten

Gehemmtheit gering hoch
 Ängstlichkeit gering hoch
 Offenheit gering hoch
 Selbstbewusstsein gering hoch
 Depressivität gering hoch

III. Sozial-/Kontaktverhalten

Kontaktaufnahme angemessen unangemessen
 Aggressivität gering groß
 Kontaktaufn. Zu Mit.pat. selten oft
 Kontaktaufn. M. Therapeut/in selten oft

IV. Aufgreifen von Therapieangeboten

Interesse an neuen Materialien gering groß
 Interesse an neuen Techniken gering groß
 Experimentierbereitschaft gering groß
 Frustrationstoleranz gering groß

V. Umgang mit Materialien

Umgang mit Farben eingeeengt kreativ
 Umgang mit Werkmaterial eingeeengt kreativ
 Gestaltung von Zeichnungen eingeschränkt kreativ
 Gestaltung von Plastiken eingeeengt kreativ

VI. Bemerkungen

 (Datum)

 (Unterschrift)

Rücksprache erwünscht 0

Abb. 52: Befundbogen Kunsttherapie

Der behandelnde Arzt/Psychologe hat die Möglichkeit, die Ziele der Krankengymnastik, Sport- und Bewegungstherapie über den „Behandlungsschein körperbezogener Therapien“ festzulegen.

Name _____
geb. _____

Vorname _____
Station _____

behandelnder Arzt/Psychologe _____

BEHANDLUNGSSCHEIN Nr.
(körperbezogene Therapien)

KRANKENGYMNASTIK

Spastikerbehandlung n. Bobath	
Orthopädische Behandlung	
Chirurgische Nachbehandlung	

Atemtherapie*	
Mund- u. Esstherapie	
Symptombezogene Einzeltherapie	
telef. Rücksprache erbeten []	

SPORT

Sportspiele	
Gymnastik	
Koordination	
Ausdauer	

Kraft	
Trampolin	
Symptombezogene Einzelförderung	
telef. Rücksprache erbeten []	

PSYCHOMOTORISCHE ENTWICKLUNGSFÖRDERUNG

Diagnostik*	
Sprachentwicklungsförderung	
Wahrnehmungsförderung*	
Kommunikationsförderung*	
Sozialverhaltensförderung*	

Bewegungsförderung	
Koordinationsförderung	
Entspannungsförderung	
Symptombezogene Einzelförderung	
Telef. Rücksprache erbeten []	

SCHWIMMEN

Wassergewöhnung	
Schwimmunterricht	
Spastikerschwimmen	

Wasserspiele	
Stationsschwimmen	
Einzelförderung	
telef. Rücksprache erbeten []	

**MASSAGEN / BÄDER
MASSAGEN**

Klassische Massage	
Wassermassage	

Blitzgüsse heiß	
Blitzgüsse kalt	
Blitzgüsse wechselnd	
Kneippische Güsse	
Wechselgüsse	
andere med. Bäder*	

ELEKTROTHERAPIE

Mikrowelle+	
Rotlicht*	
Blaulicht*	

HYDROTHERAPIE

Stanger/ Vierzellenbad*	
Sprudelbad	
Wechselarmbäder	
Armbäder ansteigend	
Wechselfußbäder	
Fußbäder ansteigend	

SONSTIGE ANGEBOTE

Bewegungsbad	
Inhalation	
Aerobis-Gruppe	
Tanz-Gymnastik Gr.	
telef. Rücksprache erbeten []	

**REITTHERAPIE
EINZELBEHANDLUNG**

Heilpädagogisches Reiten*	
Hippotherapie (Rehab.)	

Körperorientierte Gestalttherapie	
-----------------------------------	--

SONSTIGE BEHANDLUNGSANGEBOTE

Weiterführende Reitförderung	
Beschäftigungsangebot: Pflege, Stall	
Arbeitstraining: Pflege, Stall	

GRUPPENBEHANDLUNG

Heilpädagogisches Reiten*	
Voltigieren	

KÖRPERORIENTIERTE GESTALT THERAPIE

SNOEZELN	
SNOEZELN	

telef. Rücksprache erbeten []

Diagnose(n) / behandlungsbezogene Symptomatik u. Hinweise

*Genauere Behandlungsdaten u. -erwartungen:

(Datum)

(Unterschrift beh. Arzt)

Abb. 53: Befundbogen körperbezogene Therapien

Der Krankengymnast, Sport- und Bewegungstherapeut kann seine Beobachtungen anhand des „Befundbogens Krankengymnastik“ dokumentieren.

Befundbogen KRANKENGYMNASTIK
Sport- und Bewegungstherapie Nr. ...
(Massagen, Bäder, Schwimmen)

Name _____ Vorname _____
geb. _____ Station _____
beh. Arzt/Psychologe _____
beh. Krankengymnast/in / sonstige Behandler _____

1	2	3	4	5
gering/weit unterdurch- schnittlich				hoch/weit überdurch- schnittlich

I. Einstellung:

- Motivation
- Konzentration

=====

II. Bewegungsbereich:

- Gang
- Haltung
- Tonus
- Gelenkbeweglichkeit
- Koordination
- Grobmotorik
- Feinmotorik
- Gleichgewicht
- Ausdauer

III. Wahrnehmungsbereich:

- visuell
- auditiv
- taktil
- kinästhetisch

IV. Verhaltensbereich:

- Selbstwertgefühl
- Kontaktfähigkeit
- Aggressivität

V. Bemerkungen:

Abb. 54: Befundbogen Krankengymnastik

Massagen, Bäder und Schwimmen sind nicht für jeden Arzt als Indikationsstellung verständlich. Sie bieten aber besonders für essgestörte, neurotische und emotional gestörte Jugendliche ein Angebot zur Körperwahrnehmung, Beruhigung und Entspannung.

Der Reiththerapeut sollte sich der Indikation seiner Therapie bewusst sein und seine Therapiebeobachtung möglichst vollständig anhand des Befundbogens „Reittherapie“ dokumentieren.

- 0 Erstbeurteilung
- 0 *Zwischenbeurteilung
- 0 *Endbeurteilung
- 0 Teil d. Verlaufsbeurteilung

BEFUNDBOGEN REITTHERAPIE Nr. ...

Name _____ Vorname _____
 geb. _____ Station _____

behandelnder Arzt/Psychologe _____

<u>Muskeltonus:</u>	erhöht: (*normalisiert)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nicht erhöht (*normalisiert)
<u>Gleichgewichtsreaktion:</u>	vorhanden (*verbessert)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nicht vorhanden (*verbessert)
<u>Adduktorenspannung:</u>	spastisch (*entspannt)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nicht spastisch (*entspannt)
<u>Koordination:</u>	gut (*verbessert)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	schlecht (*nicht verbessert)
<u>Raumorientierung:</u>	vorhanden (*verbessert)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nicht vorhanden (*verbessert)
<u>Erfassen und Umsetzen von Anweisungen:</u>	ja (*verbessert)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nein (*nicht verbessert)
<u>Autoaggression:</u>	ja (*vermindert)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nein (*vermehrt)
<u>Leistungsbereitschaft:</u>	ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nein
<u>Ausdauer:</u>	ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nein

<u>Motorik:</u>	geordnet/geschickt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ungeordnet/ungeschickt
<u>Stimmung:</u>	heiter/ausgeglichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	reizbar/missmutig
<u>Sozialverhalten:</u>	selbstsicher	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	unsicher
	gehemmt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	überheblich
<u>Übungsverhalten:</u>	ruhig	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	aufgeregt
	mutig	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ängstlich
	konzentriert	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	unkonzentriert
	ehrgeizig	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	unmotiviert
<u>Objektiv: Aufsitzen</u>	ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	mit Hilfe
<u>Bemerkungen:</u>			

(Datum)

(Unterschrift)

Abb. 55: Befundbogen Reittherapie

Nach ähnlichem Muster ist auch für die körperorientierte Gestalttherapie und für das Snoezelen ein Befund und Beobachtungsbogen konzipiert.

Befund-/Beobachtungsbogen

der körperorientierten GESTALT THERAPIE Nr. ...

Name _____

Vorname _____

geb. _____

Station _____

behandelnder Arzt/Psychologe _____

I. Freie Beschreibung des Verhaltens:

Sprachliches Verhalten / körperliches Verhalten / Kontaktfähigkeit /
andere Auffälligkeiten (z.B. Tics)

II. Freie Beschreibung zusätzl. therapeutischer Beobachtungen in den Bereichen
Vertrauen / Defizite / Kraft füreinander – miteinander – gegeneinander /
Körperwahrnehmung u. –entspannung / Stabilität – Standfestigkeit (körperlich
u. emotional)

(Datum)

(Unterschrift)

Abb. 56: Befundbogen Gestalttherapie

Name _____

Vorname _____

geb. _____

Station _____

behandelnder Arzt/Psychologe _____

I. Emotionales Verhalten

Kontaktfähigkeit	gering	<input type="checkbox"/>	hoch				
Ängstlichkeit	gering	<input type="checkbox"/>	hoch				
Entscheidungsfähigkeit	gering	<input type="checkbox"/>	hoch				
Eigenaktivität	gering	<input type="checkbox"/>	hoch				
Selbstwertgefühl	gering	<input type="checkbox"/>	hoch				
Aggressivität gegen Pers.	gering	<input type="checkbox"/>	hoch				
Aggressivität gegen Dinge	gering	<input type="checkbox"/>	hoch				

II Psychomotorisches Verhalten

Entspannungsfähigkeit	gering	<input type="checkbox"/>	ausgeprägt				
Konzentrationsfähigkeit	gering	<input type="checkbox"/>	hoch				
motorische Aktivität	niedrig	<input type="checkbox"/>	hoch				
Antrieb	niedrig	<input type="checkbox"/>	hoch				

III. Wahrnehmungsstörungen (ankreuzen nur wenn vorhanden)

Visuelle W.	gering	<input type="checkbox"/>	ausgeprägt				
Taktile W.	gering	<input type="checkbox"/>	ausgeprägt				
Vestibuläre W.	gering	<input type="checkbox"/>	ausgeprägt				
Akustische W.	gering	<input type="checkbox"/>	ausgeprägt				
Beeintr. Geruchs-/Geschmackssinn	gering	<input type="checkbox"/>	ausgeprägt				
Beeintr. Tiefensensibilität	gering	<input type="checkbox"/>	ausgeprägt				

IV. Sonstige Auffälligkeiten (ankreuzen nur wenn vorhanden)

Autoaggressionen	leicht	<input type="checkbox"/>	ausgeprägt				
Stereotypien	gering	<input type="checkbox"/>	ausgeprägt				
Spastische Tonuserhöhungen	gering	<input type="checkbox"/>	ausgeprägt				
Motorische Unruhe	gering	<input type="checkbox"/>	groß				
_____	gering	<input type="checkbox"/>	groß/ausgeprägt				
_____	gering	<input type="checkbox"/>	groß/ausgeprägt				

V. Gespräch mit Pat. möglich ja 0 eingeschränkt 0 nein 0

VI. Bemerkungen

(Datum)
Rücksprache erwünscht 0

(Unterschrift)

Abb. 57: Befundbogen Snoezeln

8.2.2 THERAPIEPLANUNG UND THERAPIEKOORDINATION

Der Stationsarzt bzw. der Stationspsychologe hat die Hauptverantwortung für die Koordination und Planung der Therapie des Patienten.

Die erste Planung der Therapie hat er durch die Anforderung der verschiedenen Therapien schon eingeleitet. Die genauere Festlegung der Therapie sollte aber erst nach dem Informationsaustausch innerhalb der therapeutischen Teamkonferenz erfolgen.

Erklärtes Ziel muss die Festlegung auf Behandlungsziele sein, die durch therapeutische Mittel eine Veränderung des Patienten im Hinblick auf seine Symptome und seinen familiären, schulischen und anderen Lebensbedingungen erreichen.

Erörtert werden müssen Fragen nach Suizidalität des Patienten, welche körperlichen Erkrankungen sind behandlungsbedürftig und wie sieht die medikamentöse Therapie des Patienten aus.

Die Entscheidung über Einzel- bzw. Gruppentherapie sollte der Arzt bzw. der Psychologe treffen.

In die therapeutische Arbeit sollten Eltern, Familien und Betreuer von Beginn an mit einbezogen werden.²¹⁴

Wöchentlich findet eine Teamkonferenz statt, um gezielt Diagnostik und Therapie auf die Bedürfnisse des Patienten abzustimmen. Voraussetzung ist die „*persönliche Vertrautheit mit der aktuellen Situation des Patienten*“.²¹⁵

8.2.3 SCHRIFTLICHE DOKUMENTATION

Um eine vernünftige Dokumentation zu gewährleisten, sollte vom Stationsarzt und Psychologen verschiedene Abläufe in der Klinik schriftlich festgehalten werden.

Hierzu zählen Anordnungen zu Laboruntersuchungen, auswärtige Untersuchungen, Medikamentenverordnungen. Außerdem sollten vereinbarte Gesprächstermine, Besuchskontakte und Abmachungen zu den Ausgehzeiten dokumentiert werden, ebenso Aufhebungen und Änderungen von Vereinbarungen und Anordnungen, die zwischen Therapeut und Patient besprochen waren.

²¹⁴ Nissen G, Seelische Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Stuttgart 2002, S. 434-440

²¹⁵ Behandlungsverlauf in der Westf. Klinik in der Haard: Therapieplanung, Informationswege und Dokumentation Stand vom 15. 11. 1991 mit Ergänzung vom 01. 05. 1993, Marl-Sinsen 1991 und 1993, S. 34

Bedarfsmedikationen sind im Kurvenblatt gesondert zu kennzeichnen. Laboruntersuchungen und die tägliche Diagnostik sollten ebenfalls dokumentiert werden, genauso wie die medikamentöse (Dauer-)Therapie und alle psychotherapeutischen Maßnahmen mit besonderem Vermerk, ob es sich um Gruppen- oder Einzelaktivität handelt. In der Therapieplanung wird ferner festgelegt, wie Ausgangsregelungen, Beurlaubungen, Entweichungen und Besuch zu dokumentieren ist. Hier heißt es wörtlich:

„Ausgangsregelungen sind täglich zu dokumentieren, ebenso Beurlaubungen oder Entweichungen. Bei den Entweichungen sollte der Zeitpunkt der festgestellten Entweichung oder Rückkehr auf Station vermerkt sein. Jeder Besuch beim Patienten sollte dokumentiert werden, wobei immer festzustellen ist, wer der Besuchende ist. (Dabei sollten folgende Abkürzungen verwendet werden: Km für Kindesmutter, Kv für Kindesvater, Gmm für Großmutter mütterlicherseits, Ke für Kindeseltern usw.) Die Eintragungen über Elterngespräche nimmt grundsätzlich derjenige vor, der die Elterngespräche durchgeführt hat. Die letzte unbeschriftete Spalte sollte telefonischen Anrufen für den Patienten vorbehalten sein.“²¹⁶

Wichtig erscheint eine Darstellung der Abläufe auf Station – über Schichtgrenzen hinweg – im sogenannten Berichtsbogen. Mit Uhrzeitangabe sollen Ereignisse, wie Entweichung von der Station, Krampfanfälle, Schlägereien, Unfälle dokumentiert werden.

Zu den Eintragungen in den Berichtsbogen heißt es:

„Die Eintragungen im Berichtsbogen sollten nicht neutral sein, wie dies z. B. Bemerkungen wie „keine Besonderheiten“ oder „Patient unauffällig“ sind. Statt dessen sollte durchaus auch festgehalten werden, wenn der Patient an allen Therapien teilgenommen hat oder ob er diese verweigerte und ob seine speziellen Probleme sichtbar wurden oder nicht. Grundsätzlich sollte bei der Berichtsführung immer auf die besondere Problematik des Patienten eingegangen werden, wie diese im Stammbblatt zu finden ist oder vom Arzt mitgeteilt wurde.“²¹⁷

Der Arzt kann mit Hilfe von sogenannten Signalreitern, die an der Krankenakte angebracht sind, Hinweise für die Schwestern geben, sodass von außen sichtbar ist, dass der Arzt zu

²¹⁶ ebd. Anhang Quelle D A, 19 S. 5

²¹⁷ ebd. Anhang, S. 7 /A21

einem bestimmten Ereignis Stellung nimmt oder etwas Besonderes in der Krankenakte vermerkt hat. Diese Signalreiter sind in allen Krankenakten vorhanden. Eine Besonderheit ist die Verwendung von Signalreitern als Warnreiter, wie sie in der Klinik in Marl zu finden sind:

- rot für medizinisches Risiko
- grün für Fluchtgefahr
- blau für Suizidgefahr

Diese Warnreiter bleiben so lange gezogen, wie der Patient diesen speziellen Gefahren ausgesetzt ist.

Für die Entlassung des Patienten wurde auch eine genaue Order erlassen, die hier im Wortlaut wiedergegeben wird:

“Vorgehen bei

ENTLASSUNG

(Pflegedienst)

1.Schriftverkehr

1.1. Entlassung/Verlegung im Krankenhaus anmelden.

1.2. Entlassung/Verlegung mit Datum/Uhrzeit eintragen

1.3. Verlaufsbericht abschließen.

1.4. Kleidernachweis abschließen und unterschreiben lassen.

1.5. Impfausweis, Zeugnisse etc. quittieren lassen und aushändigen.

1.6. Entlassungen im Ordner „Entlassene Patienten“ eintragen.

1.7. Die vom Arzt unterschriebene Entlassungsmitteilung und Diagnoseschlüssel zum Krankenzimmer bringen.

1.8. Medikamentenbuch anlegen und aushändigen.

1.9. Taschengeld holen und auszahlen.

1.10 Tagesbericht schreiben.

2. Sonstiges

2.1. Koffer, Schuhe, Bekleidung aushändigen.

2.2. Das Bett und das Nachtschränkchen säubern und desinfizieren.

2.3. Die Tages- und Einziehdecke zum Waschhaus bringen.

„218

Die behandelnden Personen werden aufgefordert, ein besonderes Augenmerk im Hinblick auf Krisensituationen bei den Patienten zu werfen.

Schwerwiegende Folgen können körperlich bedingte Krisen durch Alkoholentzug, Drogen, Diabetes mellitus haben. Ebenso zählen hier Probleme, die durch Infektionen wie Pneumonie oder Meningitis hervorgerufen werden, oder schizophrene Erkrankung.

Medikamentöse Krisen, die durch Nebenwirkungen von Medikamenten ausgelöst werden, sind auch unter Kontrolle zu halten.

Beobachtet werden sollen Blutzuckersenkung nach Insulingabe, Unruhe, Antriebssteigerung, Fieber oder auch extrapyramidale Symptome und Veränderungen des Kreislaufs. Äußerungen zur Suizidalität des Patienten im Rahmen einer suizidalen Krise sind immer ernst zu nehmen, gedacht wird an eine medikamentöse Therapie und/oder an eine Unterbringung in einer geschlossenen Station.

Emotionale Krisen, ausgelöst durch Konfliktsituationen oder Enttäuschungen mit Eltern, Freunden, Mitpatienten oder Streit mit Mitpatienten oder Teammitgliedern bedürfen eines „*Klaren Auftretens*“ der pädagogischen und pflegerischen Betreuer. Eine frühe Unterstützung, auch durch Mitarbeiter von anderen Stationen, erscheint hier sinnvoll.

Aggressives Verhalten von Patienten bedarf einer besonderen Dokumentation, evtl. einer besonderen medikamentösen Therapie und unter Umständen einer zeitweisen Herausnahme des Patienten aus der Station.

²¹⁸ Behandlungsverlauf in der Westf. Klinik in der Haard: Therapieplanung, Informationswege und Dokumentation Stand vom 15.11.1991 mit Ergänzung vom 01.05. 1993, Marl-Sinsen 1991 und 1993, A23

Die Stationen sind aufgefordert, Stationsordnungen zu entwerfen und gleichzeitig auch festzulegen, wie Regelüberschreitungen pädagogisch und therapeutisch behandelt werden und wie disziplinarisch vorgegangen wird.

Die Therapiekonferenz dient dem Austausch von Informationen genauso wie der Therapie und Diagnostik sowie der Planung und Kontrolle von deren Wirksamkeit.

Für jeden Patienten wird eine Konferenz einmal im Monat gefordert, um gemeinsam mit Pflegern, Ärzten, Psychologen und Therapeuten eine gute Koordination der Therapie für den Patienten zu gewährleisten.

Oft besteht zwischen den Mitarbeitern der Klinik und den Eltern der Patienten eine gewisse „Konkurrenzsituation“, da die Eltern die Betreuung der Kinder in die Hände der Klinik legen (legen müssen). Schwierig ist die Situation bei Misshandlungen und Missbrauch der Kinder und Jugendlichen durch das Elternhaus.

Eine gute Therapie erlangen die jungen Patienten aber nicht gegen die Eltern, sondern die Therapeuten sollten die Eltern auch im Rahmen der Familientherapie und der Elternberatung mit in die Therapie- (planung) einbeziehen.²¹⁹

Die Entlassung bedeutet für den Patienten eine besondere soziale Situation. Er verlässt die ihm zuletzt bekannte Umgebung, er muss sich von seinen betreuenden Personen, wie Erzieher, Schwestern, Pflegern und Betreuern trennen, die ihm in der Zeit des Klinikaufenthalts vertraut waren. Der Patient kann sich durch eine kurzfristige Beendigung einer derartigen Beziehung durchaus im Stich gelassen fühlen. Um solchen Problemen zu begegnen, ist eine gute Vorbereitung des Patienten auf seine Entlassung im Vorfeld zu gewährleisten:

- zeitige Benachrichtigung des Patienten und der Therapeuten über den Entlassungstermin
- Gespräche über die Zukunft des Patienten
- Erstellung von Abschlussbefunden
- eine Verabschiedung des Patienten durch die ihn betreuenden Personen
- Planung der ambulanten Nachbehandlung des Patienten und Überlegung, welche dem Patienten vertrauten Personen aus der Klinik an der Nachbehandlung teilnehmen

²¹⁹Nissen G, Seelische Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Stuttgart 2002, S. 434-440

8.2.4 SOZIALDIENST

Der Sozialdienst sollte möglichst früh – am besten schon beim Erstgespräch – in die Therapieplanung und Betreuung des Patienten mit einbezogen werden. Dem Sozialdienst, bestehend aus Sozialpädagogen und Sozialarbeitern, obliegt die Aufgabe, den sozialen Kontext des Patienten im Auge zu haben:

- die Vermittlung des Patienten in komplementäre Einrichtungen nach Verlassen der Klinik, wie z. B. Wohngruppe, Heim
- die weitere Betreuung durch teilstationäre Dienste und ambulante Einrichtungen zu planen
- Planung der schulischen und beruflichen Situation
- Einladung der Eltern zum Elterngespräch (das Elterngespräch sollte mit dem behandelnden Arzt und Psychologen stattfinden)
- Kontaktaufnahme zu Werkstätten für Behinderte, Werk- und Ausbildungsstätten, ergänzende Einrichtungen, Arbeitsämter und Schulen
- Erstellung eines Sozialberichtes
- Vorbereitung des Patienten auf sein Leben nach dem stationären Aufenthalt – Klärung von persönlichen und familiären Konflikten und Problemen des Patienten
- Beratung und Hilfe bei Problemen mit Versicherungen im Sozialrecht und rechtlichen Dingen
- Klärung von Kostenzusagen und Anspruchsvoraussetzung der Versicherungen und Leistungsträger
- Hilfe bei Beantragung von materiellen und wirtschaftlichen Hilfen
- Hausbesuche
- Hilfen im Rahmen einer Betreuung (Betreuungsgesetz)

Der Sozialtherapeut hat weiter als Aufgabe, den Patienten in die soziale Gruppenarbeit zu integrieren, nonverbale und körperorientierte Therapien (z. B. Snoezeln) durchzuführen, bei Kriseninterventionen mitzuwirken, Einzel- und Gruppengespräche durchzuführen und die pädagogischen Freizeitangebote der Patienten zu planen und durchzuführen, Förderung des Patienten in den sozialen Belangen (Konfliktbewältigung und -austragung, Erlernen von lebenspraktischen Fähigkeiten, Kontakt- und Beziehungsfähigkeit aufbauen und Erlernen von Selbstsicherheit).

Der Sozialdienst sollte seine Arbeit, auch in der Absprache mit den anderen Therapeuten in der Klinik, umfangreich dokumentieren.

8.2.5 BEHANDLUNGSPLAN

In der ersten Teamkonferenz der Therapeuten wird ein Stunden- bzw. Wochenplan, der sogenannte Behandlungsplan, erstellt. Eingetragen in diesen Behandlungsplan werden alle Aktivitäten des Patienten, wie Therapie- und Behandlungsangebote, Termine von Schule und Station, Freizeitangebote und anderes. *„Ziel ist eine möglichst gleichmäßige Verteilung von Angeboten über die ganze Woche.“*²²⁰

Der Behandlungsplan soll zur Dokumentation der Krankengeschichte, als Anhalt für die Therapeuten und als Terminhilfe für die Patienten dienen.

8.2.6 ENTLASSUNG

Die Entlassung des Patienten und der Entlassungstermin wird vom Arzt und Psychologen in enger Absprache mit den behandelnden Therapeuten festgelegt.

Ziel ist es, den einweisenden Arzt, die vorbehandelnden und nachbehandelnden Ärzte und Therapeuten und die Ambulanz der Klinik zu informieren. Eine vernünftige Vorbereitung des Patienten und der zukünftigen Wohngruppe bzw. des familiären Umfeldes, sollte durch mindestens ein oder besser mehrere Entlassungsgespräche vorbereitet werden. Zur Entlassung wird ein spezifischer Abschlussbefund von Therapeuten, Pflorgeteam, Mitarbeitern und Psychologen erstellt.

Die Epikrise als Verlaufszusammenfassung beinhaltet folgende Fragen:

“1. Welche zusätzlichen Symptome und Auffälligkeiten sind bei dem Patienten erst im Laufe der stationären Behandlung aufgefallen?”

²²⁰Behandlungsverlauf in der Westf. Klinik in der Haard: Therapieplanung, Informationswege und Dokumentation Stand vom 15.11.1991 mit Ergänzung vom 01. 05. 1993, Marl-Sinsen 1991 und 1993, S. 38

2. *Welche positiven (aber auch negativen) Veränderungen sind während der Behandlung erfolgt?*
3. *Was hat sich positiv auf den Verlauf ausgewirkt und was erscheint von negativem Effekt gewesen zu sein?*
4. *Welche Symptome/Auffälligkeiten konnten nur wenig oder gar nicht beeinflusst werden?*
5. *Welche weiteren Ziele/therapeutischen Empfehlungen liegen nahe?*
6. *Wer sollte die Weiterbehandlung übernehmen?*
7. *Welche sonstigen Empfehlungen sind an Eltern/Patient/Schule/Heim/Jugendamt/andere auszusprechen?*²²¹

Zusätzlich wird der Behandlungsverlauf durch zunächst einen vorläufigen Entlassungsbericht, der später durch einen ausführlichen Entlassungsbericht ergänzt wird, dokumentiert.²²²

²²¹ ebd. Quelle E 5 S. 48

²²² ebd. Quelle E 5 S. 48

9 DAS KRANKENHAUS ALS AUSBILDUNGS-FORT- UND WEITERBILDUNGS- STÄTTE

Zeitgleich zur Gründung der Klinik im April 1966 wurde eine Krankenpflegehilfeschule mit zwei Kursen à 20 Schülern eingerichtet, da auswärtiges Pflegepersonal schwer zu bekommen war.

Die Anzahl der Pflegekräfte belief sich zunächst auf 13 Caritasschwestern aus dem Vorgänger-Krankenhaus, der Tuberkuloseklinik Haardheim.

Nach einjähriger Ausbildung blieben sie entweder als Krankenpfleger im Haus oder ließen sich auswärts in 2 ½ Jahren zur vollexaminierten Krankenschwester weiterbilden, als solche konnten sie in die Klinik zurückkehren. Eine weitere Möglichkeit war die Ausbildung zum Erzieher, die später durch eine Erzieherausbildung in der landschaftsverbandseigenen Schule in Hamm ergänzt wurde.

1978 konnte auf die eigene Ausbildung von Erziehern verzichtet werden, da sich genügend Erzieher fanden, die sich um eine Stelle in der Klinik bewarben.

Praktika, unter anderem aus der Fachschule für Sozialpädagogik in Coesfeld, waren und sind möglich.

Landeskrankenhaus in der Haard bietet noch Ausbildungsplätze

Auch Halbtagsfachkräfte gesucht / Endausbau 1976

Marl. Das Westfälische Landeskrankenhaus in der Haard, Fachkrankenhaus für Jugendpsychiatrie, nähert sich immer mehr seinem Endausbau. Zur Zeit stehen 360 Betten zur Verfügung, bis Ende 1975 werden allerdings 450 Betten belegt werden können, für 1976 ist dann die Vollbelegung mit 504 Betten geplant. Lange Wartezeiten, allein für die Ambulanz vier bis fünf Monate und mehrere Jahre für die stationäre Behandlung, müssen von den Patienten in Kauf genommen werden. Was dem Landeskrankenhaus vor allem fehlt, ist Pflegepersonal, aber auch Ärzte, Psychologen, Krankengymnastiker, Lehrer und Kindergärtnerinnen. Fachkräfte sind gesucht und sei es, so der Leiter des Landeskrankenhauses in der Haard, Dr. Egon Machetanz, auch nur als Halbtagskräfte.

Natürlich wird im WLK auch Personal ausgebildet. Als Aus- und Fortbildungseinrichtungen werden eine Schule für Krankenpflegehilfe, die Krankenpflegeschule und eine Fachschule für Sozialpädagogik mit Schwerpunkt Heilpädagogik, unterhalten.

Der Lehrgang in der Krankenpflegehilfe dauert ein Jahr, Aufnahmebedingungen sind die Vollen- dung des 17. Lebensjahres, eine abgeschlossene Volksschulbildung und die körperliche Eignung zur Ausübung des Berufes. Der Lehrgang umfaßt sowohl theoretische als auch praktische Ausbildung. Mit der Ablegung der staatlichen Krankenpflegehilfeprüfung ist der Lehrgang abgeschlossen. Die Vergütung beläuft sich bei Ledigen auf 1340 DM pro Monat brutto während der Ausbildungszeit. Für diesen Kursus liegen bereits 80 Anmeldungen vor, doch Interessenten können sich noch bewerben.

Drei Jahre dauert der Lehrgang in der Krankenpflege, 15 Plätze stehen pro Kursus im Jahr zur Verfügung. Voraussetzung ist eine abgeschlossene Realschulbildung, eine andere abgeschlossene zehnjährige Schulbildung oder eine entsprechende Schulbildung. Bewerben kann sich auch, wer eine abgeschlossene Volksschulbildung und den erfolgreichen Besuch einer dreijährigen Pflegevorschule vorweisen kann. An die Stelle des Besuchs der Pflegevorschule kann der Besuch einer Schwesternvorschule oder eine gleichwertige Ausbildung treten.

Außerdem gelten als Voraussetzung auch eine abgeschlossene Schulausbildung und eine Berufsausbildung mit Lehrabschluß oder

eine abgeschlossene Ausbildung als Krankenpflegehelferin oder Krankenpflegehelfer und eine dreijährige Bewährung in diesem Beruf. Die Ausbildung endet mit der Prüfung zur Krankenschwester oder zum Krankenpfleger.

Voraussetzung zum Besuch der Fachschule für Sozialpädagogik sind der mittlere Bildungsabschluß und eine mindestens einjährige praktische Tätigkeit (Besuch einer Berufsfachschule) oder eine einjährige Tätigkeit in einer sozialpädagogischen Einrichtung. Besonders geeignet sind Bewerber, die eine Ausbildung als Krankenpfleger absolviert haben oder in jugendpsychiatrischen Einrichtungen tätig sind. Die Ausbildung dauert drei Jahre und endet mit der Abschlußprüfung.

Die Vergütung beläuft sich auf etwa 1490 DM brutto (Anfangsvergütung bei Ledigen), bei entsprechendem Alter und Familienstand ist sie natürlich höher.

Abb. 58: Stadtnachrichten vom 14. Januar 1976

Fortbildungen waren und sind hausintern möglich, außerhalb stattfindende Veranstaltungen werden von der Klinik gefördert.

Als Anreiz für die in der fachärztlichen Weiterbildung befindlichen Assistenzärzte fördert die Klinik die Fortbildung ebenfalls und versucht die Rahmenbedingungen für die Fortbildungsmöglichkeiten zu verbessern. Dies ist sicher auch im Hinblick auf den Ärztemangel, vor allem im Hinblick auf Kinder- und Jugendpsychiatern zu verstehen, mit dem die Klinik nach wie vor konfrontiert ist.²²³

Das Krankenhaus fungiert nicht als akademisches Lehrkrankenhaus einer Universität, war und ist aber anerkannt als Ausbildungsstätte für (Medizinstudenten /Famulaturen), für zukünftige Krankengymnasten und für Praktikanten aus verschiedenen Heilberufen.

Ende der 70er Jahre wurden für Lehrer des Regierungsbezirkes Münster Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt, in denen Aspekte der Psychiatrie in der Pädagogik angesprochen wurden.

Der erste Leiter der Klinik, Egon Machetanz, war Professor an der Universität Bochum für das Fach Psychologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bis zur Verabschiedung von Machetanz im Jahr 1989 war die Klinik in das „Bochumer“ Modell (seit 1974) eingebunden. Das Fach „Medizinische Psychologie“ der Vorklinik an der Ruhruniversität Bochum wurde zum größten Teil an der WLK Haard durch Ärzte und Psychologen für die Studenten unterrichtet. Seit 1979 wurden die Vorlesungen im Fach „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ in der Klinik abgehalten. Für diese Veranstaltungen in den klinischen Semestern wurden die Studenten mit Bussen von der Universität in die Haardklinik und wieder zurück transportiert. Diese Regelung fand ihren Ursprung in der Zeit der 68er Bewegung, in denen die Vorlesungen von Egon Machetanz in der Ruhruniversität von protestierenden Studenten anderer Fakultäten behindert worden sind. So wurden, um einen geregelten Vorlesungsbetrieb mit den Medizinstudenten zu gewährleisten, Vorlesungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie abgehalten.²²⁴

Eine Weiterbildung als Assistenzarzt mit Erlangung des Facharztstitels im Fach „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ ist seit 1973 durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe und dem Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen anerkannt. Der Zusatztitel „Psychotherapeut“ kann durch eine 1 ½ jährige Tätigkeit in der psychosomatischen Abteilung des Landeskrankenhauses erworben werden. Die Klinik bietet Fortbildung sowohl für niedergelassene als auch für Ärzte der benachbarten

²²³ L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 2007, S. 35

²²⁴ Gespräche mit Egon Machetanz im Frühjahr 2008

Kliniken durch die „Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe“ und dem Hartmannbund an.

Vom 20.-22. Oktober 1981 war das Haus Gastgeber der Bundesdirektorenkonferenz der leitenden Ärzte der öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlins.

Stadtzeitung WAZ

Haardklinik: Verbundschule bildet nun Pflegekräfte aus

„Mosaiksteinchen zur Verhinderung des Pflegenotstandes“

(mb) Konkrete Maßnahme gegen den Pflegenotstand: Gestern nahm an der Haardklinik eine neue zentrale Krankenpflegeschule ihren Dienst auf. Neben der Westfälischen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard sind die Westfälischen Zentren für Psychiatrie in Bochum (Universitätsklinik) und Herten an der neuen Verbundschule beteiligt. Im Bereich der praktischen Ausbildung ist auch das Halterner Sixtus-Hospital Kooperationspartner. „Die Eröffnung der Schule soll ein Mosaiksteinchen sein zur Verhinderung des sogenannten ‚Pflegenotstandes‘“, betonte gestern Peter Eltrop, Leiter des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes.

Ausbildungsziel sind Krankenschwester bzw. Krankenpfleger. Drei Unterrichtsräume, Demonstrationsraum und Schüler-Aufenthaltsraum, Büros der Schul-Leitung – für das Projekt konnte auf vorhandene Bausubstanz zurückgegriffen werden. Insgesamt 63 Unterrichtsstellen stehen in den umgebauten und neu gestalteten Räumlichkeiten zur Verfügung. Die Ausbildungsdauer beträgt drei Jahre.

1600 Stunden theoretischen Unterricht und rund 3000 Stunden praktische Tätigkeit haben die jungen Leute zu absolvieren. Das Mindestalter für den Schulbesuch beträgt 17 Jahre, weitere Voraussetzungen sind Mittlere Reife oder Hauptschulabschluß plus mindestens zweijährige abgeschlossene Lehre.

„Wir hoffen, daß nach bestandener Prüfung ein Großteil der dann Ausgebildeten in unseren psychiatrischen Kliniken als Krankenschwester oder Krankenpfleger bleiben wird“, erklärte Peter Eltrop. Gleichwohl berechtige die Ausbildung aber zur Beschäftigung in allen – auch den allgemeinen – Krankenhäusern.

Das Verbund-Projekt konnte in kurzer Zeit verwirklicht werden. Von der Idee bis zur gestrigen Eröffnung verging nicht einmal ein ganzes Jahr. Bei vollem Betrieb der Schule werden jeweils drei Lehrgänge zeitlich versetzt laufen. Nächster Kursbeginn wird voraussichtlich im Oktober 1982 sein. Interessentinnen und besonders auch Interessenten können sich an die beteiligten Kliniken wenden.

Wirtschafts- und Verwaltungsdienstleiter Peter Eltrop wies gestern auch darauf hin, daß es dringend notwendig sei, den Pflegeberuf weiter aufzuwerten. Und: Anders als in der Vergangenheit werde es künftig verstärkt Konkurrenz zwischen den Anbietern von Ausbildungen geben. „Das Angebot an Ausbildungsplätzen wird bei weitem die Nachfrage übersteigen. Insofern ist eine qualifizierte Ausbildung angesagt, ist der Pflegeberuf attraktiver zu gestalten, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie Aufstiegschancen sind zu eröffnen.“



FREUDE ÜBER SCHUL-ERÖFFNUNG: v. l. 1. Unterrichtspfleger Heinrich Hans, Wirtschafts- und Verwaltungsdienstleiter Peter Eltrop, Marianne Baumkötter, Leitende Pflegekraft des Westf. Zentrums für Psychiatrie in Herten, Leitender Unterrichtspfleger Rainer Wenning. waz-Bild: von Staegmann

Abb. 59: Westdeutsche Allgemeine Zeitung, Stadtzeitung vom 3. April 1991

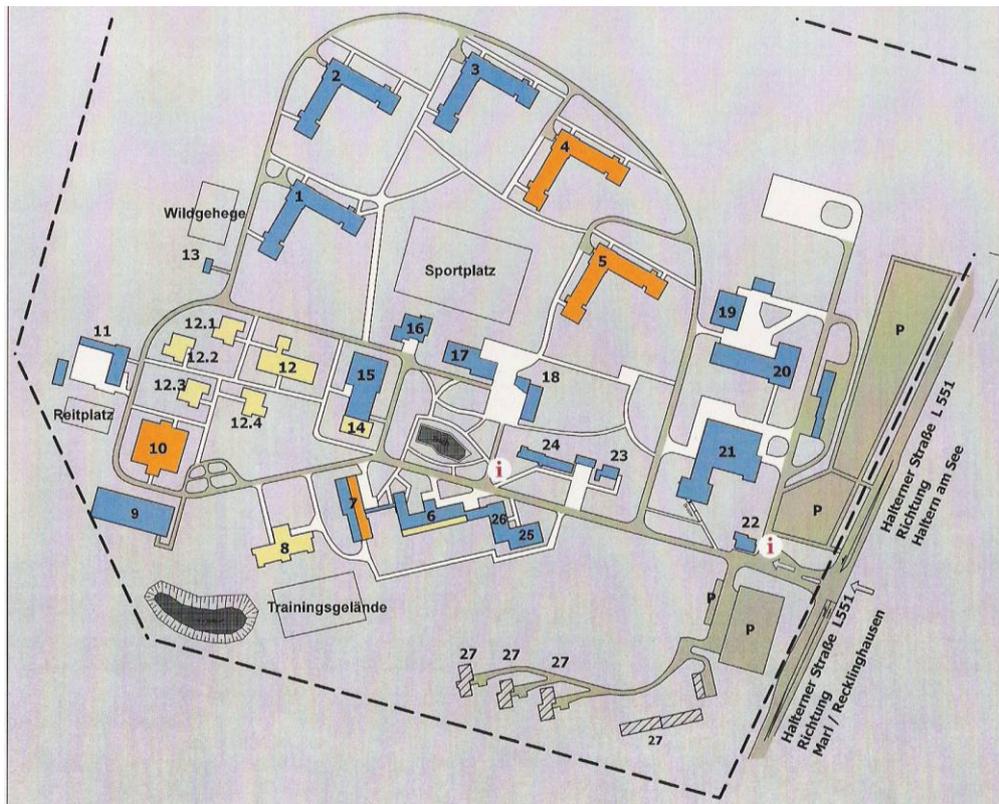
Auf Grund von veränderten Finanzierungsbedingungen wurde zum 31. 05. 2005 die Krankenpflegeschule geschlossen und ferner stellten die LWL-Kliniken die Arbeit des Instituts für Fort- und Weiterbildung ein.^{225 226 227}

²²⁵ L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 2005, S. 43

²²⁶ Haardblick“ Herausgeber: WLK in der Haard Betriebsleitung/ Redaktionsleitung: Robert Kiehl Ausgabe 1/82/ Artikel E. Machetanz S.25-28

²²⁷ Interview mit Peter Eltrop vom 10.07.2010

10 DIE KLINIK IN DER HEUTIGEN SITUATION



- 01 Krankengebäude 1
 - 02 Krankengebäude 2 / Aufnahme
 - 03 Krankengebäude 3
 - 04 Wohnverbund Haus 4
 - 05 Wohnverbund Haus 5
 - 06 Haus 6 Pflegedirektion, Konferenzräume, Personalrat, Ergo-, Montessori- und Kunsttherapie Wohngruppe Phönix
 - 07 Krankengebäude 7 / Wohnverbund Haus 7 / Snoezeln
 - 08 DFI Deutsches Fußball Internat
 - 09 Reithalle
 - 10 Tagesförderstätte
 - 11 Gärtnerei / Pferdestall
 - 12 LWL- Schule f. Kranke Hauptgebäude
 - 13 LWL- Schule f. Kranke Pavillon 1-4
 - 14 Tiergestützte Therapie
 - 15 Wohngruppe "Kosmos" des Kinderheims St. Agnes
 - 16 Turn- und Schwimmhalle
 - 17 Kirche
 - 18 Festsaal
 - 19 Cafe / Kiosk / Teepott
 - 20 Bewegungstherapie / Fortbildung
 - 21 Technik
 - 22 Cafeteria / Küche / Lager
 - 23 Pforte / Information
 - 24 Institutsambulanz
 - 25 Personalwohnheim
 - 26 Kaufmännische Direktion/Verwaltung
 - 27 Ärztliche Direktion
 - 28 Wohnungen
-
- Krankenhausgebäude
 - Wohnverbund
 - Sonderbereich
 - i Info- Punkt

Abb. 60: Plan der Klinik in der heutigen Zeit

10.1 STRUKTUREN DER KLINIK

Der Träger der Klinik ist der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL).

Der LWL beschäftigt als Kommunalverband 13000 Personen und ist für die Belange von 8,5 Millionen Menschen in der Region zuständig.

Zu seinen Einrichtungen gehören 35 Förderschulen, 19 Krankenhäuser, 17 Museen und er gilt als einer der größten Verantwortlichen für behinderte Menschen in Deutschland.

Mitglieder des LWL sind 18 Kreise und die neun kreisfreien Städte in Westfalen-Lippe. Die Kreise und Städte sind als Träger des LWL für dessen Finanzierung zuständig. Ein Parlament mit 100 Mitgliedern kontrolliert den Verband.

Die Medizinische Leitung der Klinik obliegt dem ärztlichen Direktor Claus Rüdiger Haas. Ihm zur Seite stehen der Pflegedirektor Herr Wolfgang Bertges und der kaufmännische Direktor Herr Peter Eltrop.

Neben der Haardklinik in Marl-Sinsen besteht die Klinik aus weiteren fünf Tageskliniken an verschiedenen Standorten: In Herne, Recklinghausen, Coesfeld, Borken und Gronau.

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten bestehen in Marl und Recklinghausen. Es ist eine Drogenambulanz und eine Essgestörtensprechstunde vorhanden.

Behandelt werden in der Klinik Kinder und Jugendliche ab dem Alter von zwei Jahren. Die Behandlung erfolgt durch Fachtherapeuten, Krankenpfleger, Erzieher, Diplompädagogen, Sozialpädagogen, Psychologen und Ärzte.

Die Hauptausrichtung der Therapie beinhaltet Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die durch Familien- und Gesprächstherapie ergänzt wird.

Bei Bedarf wird die Therapie durch Medikamente erweitert.

Nonverbale und funktionale Verfahren begleiten die Therapie.

Die Therapieangebote werden im stationären und im tagesklinischen Bereich dem Störungsbild des Patienten angepasst.

Neben sinnvoller Freizeitgestaltung und Hausaufgabenbetreuung sind weitere Haupttherapieformen vorhanden wie:

- Einzelgespräche
- Gruppenangebote in der Psychotherapie
- Familientherapie
- Spieltherapie
- Verhaltenstherapie
- Angebote zur Tagesstrukturierung

- Die stationäre Therapie wird durch – in besonderen Räumlichkeiten stattfindenden – übergreifenden Fachtherapien ergänzt.
- Bei jeder Aufnahme und auch bei der weiteren Behandlung erfolgt eine pädiatrische und neurologische Untersuchung, die apparativ durch EEG, EKG und Labordiagnostik erweitert werden kann.
- Bei besonderen medizinischen Problemen wird die Diagnostik durch die Zusammenarbeit mit bestimmten Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärzten ergänzt.
- Die psychologische Basisdiagnostik jedes Patienten untersucht nach der Testfähigkeit und Motivation des Patienten, die Intelligenz, die Persönlichkeit und den psychologischen Verlauf. Erweitert wird diese Diagnostik durch störungsspezifische und neuro-psychologische Testverfahren.

10.2 EIN AUFNAHMETAG

Nach Aufnahme des Patienten durch den Pflege- und Erziehungsdienst erhält der Patient sein Zimmer.

Das Aufnahmegespräch mit dem Patienten in Anwesenheit der Eltern oder Begleitpersonen wird mit einem Arzt oder Psychologen durchgeführt.

Ziel des psychologisch, psychiatrischen Erstgesprächs ist ein möglichst umfassendes Verständnis für die Anamnese des Patienten zu erfahren. Um dies zu ermöglichen, werden neben aktuellen Symptomen des Patienten, die Krankheitsgeschichte, die Entwicklung des Patienten von seiner Kindheit über die Jugend erfasst.

Bedeutsam für die Anamnese sind auch die familiären Hintergründe und eventuell vorhandene familiäre Erkrankungen. Auch die schulische Entwicklung des Patienten ist für die Anamnese wichtig.

Therapieziele und Erwartungen des Patienten werden im Aufnahmegespräch erörtert. Eine körperliche Untersuchung des Patienten erfolgt gewöhnlich direkt am Aufnahmetag. Nach der Verabschiedung der Eltern bzw. der Betreuungspersonen bezieht der Patient sein Zimmer, Kontakt zu den anderen Patienten wird aufgenommen, Abläufe und Stationsregeln werden erläutert.

Patienten, die schon länger in der Klinik sind, haben die Möglichkeit, Patenschaften für Neuankömmlinge zu übernehmen. Das erleichtert den Patienten sich auf den Stationen, im Klinikgebäude und bei den Abläufen besser zu orientieren.

10.3 THERAPIEFORMEN

Neben der medizinischen Begleitung und den stationären Angeboten beinhaltet die Betreuung verschiedene Fach- und Entwicklungstherapien.

10.3.1 ENTWICKLUNGS- UND MONTESSORITHERAPIE

Die Entwicklungs- und Montessoritherapie behandelt Kinder im Alter von 3 – 12 Jahren, sie wurde bereits im April 1980 in der Klinik eingeführt. Das Konzept geht auf die italienische Ärztin und Pädagogin Maria Montessori (1870 – 1952) zurück.

In der heutigen Zeit verbindet man mit dem Namen Montessori zumeist Formen der besonderen Pädagogik im Kleinkindalter (Kindergarten) und im schulischen Bereich. In der Tat war der ursprüngliche Ansatz von Montessori ein anderer. Sie beobachtete in ihrer Arbeit mit geistig behinderten Kindern, dass Schwerstbehinderte nicht unfähig sind, zu lernen, sondern, dass sie sich nur unfähig zeigen, auf übliche Erziehungsmethoden einzugehen. Die zu ihrer Zeit kaum vorhandenen Übungsmaterialien entwickelte sie konsequent weiter und erzielte bei den geistig behinderten Patienten enorme Erfolge. So ist nicht verwunderlich, dass auch in der Arbeit mit psychisch Erkrankten eine Rückbesinnung auf Montessoris ursprüngliches Klientel erfolgte.

Diese Kinder leiden unter Störungen der Entwicklung und der Emotion wie Mutismus und Autismus, Sozialverhaltensstörung (Fremd- und Autoaggression, feinmotorische Störungen, depressive Störungen, Phobien und Ängste), Störungen der Konzentration und Aufmerksamkeit ADHS, ebenso Auffälligkeiten der Psychosomatik wie Essstörungen und einnässen, Schwierigkeiten in der Schule hier besonders Lese- und Rechtschreibschwäche (LRS) und Dyskalkulie (Rechenstörung).

Die Entwicklungs- und Montessorithherapie beinhalten Entwicklungsdiagnostik und Förderung, Spieltherapie nach heilpädagogischem Grundsatz, Kompetenztraining für das soziale und emotionale Verhalten, Training der Konzentration, der Lese und Rechtschreibung, der Dyskalkulie, Fein- und Graphomotorik-Förderung, Training der Wahrnehmung, Körpertherapie und Entspannungsverfahren.

Die Therapieziele werden mit vielfältigen Arbeitsmaterialien erreicht.

Es handelt sich hierbei um Schreib- und Lesematerialien, genau die Dinge des alltäglichen Lebens, die das Kind zum selbständigen Handeln (eigene Körperpflege, Nachahmung der Eltern bei der Hausarbeit und ähnliches) anregen.

Ein Jahr (1981) nach Einführung der Therapie besuchten bereits 50 Kinder diese Therapieform, die im Jahre 1981 mit drei Therapeuten unter Anleitung einer Diplom-Pädagogin durchgeführt wurde.

Im Rahmen dieses einjährigen Bestehens der Montessorithherapie fand in der Klinik ein Kindertag statt. Die Ruhr Nachrichten (Haltener Zeitung) berichtete eindrücklich über einen 2jährigen Patienten:

“Kontakt abgewiesen

Der 2jährige Ralf ist seit einem halben Jahr (im Zitat "Jahr" klein geschrieben) im Westfälischen Landeskrankenhaus in der Haard. Seit seiner Geburt ist Ralf in seiner gesamten Entwicklung stark verzögert. Durch eine langandauernde organische Krankheit musste Ralf mehrere Monate in einer Kinderklinik leben und hat sich nach diesem Aufenthalt in seinem Verhalten noch weiter zurückentwickelt. Als er in das Landeskrankenhaus kam, aß er nicht selbständig, sprach nicht, reagierte auch nicht auf Ansprache und war nicht in der Lage, sich mit einem Spielzeug zu beschäftigen. Vielmehr zeigte er Abwehrreaktionen auf jede Annäherung und jedes anbieten irgendwelcher Dinge. Sein Entwicklungsalter entsprach dem eines 9 Monate alten Kindes. Nur im motorischen Bereich war seine Entwicklung weniger verzögert: Ralf konnte bereits sicher laufen.

Fortschritte erzielt

Heute, ein halbes Jahr nach intensiven therapeutischen Bemühungen, hat das Kind erhebliche Entwicklungsfortschritte erzielt: Ralf isst selbständig, spricht ein paar einzelne Worte, hört auf seinen Namen und ertastet und erforscht neugierig und freudig seine Umgebung. Am Beispiel von Ralf wird deutlich, dass nicht nur ein

Bereich seiner Entwicklung gefördert werden musste, sondern vielmehr sehr viel Anregung und Förderung in allen Entwicklungsbereichen notwendig war. ²²⁸

Ergänzt werden Therapie- und Trainingsformen durch Anleitung und Beratung der Eltern. Neben dem stationären Angebot besteht bei der Entwicklungs- und Montessoritherapie auch die Möglichkeit zur ambulanten Therapie (für 1 Stunde pro Woche). Die Therapieziele sind:

- Verringerung von Lern- und Verhaltensproblemen
- Stärkung der Kontakt- und Gruppenfähigkeit (Erwerb sozialer Kompetenz)
- Stärkung der emotionalen Ausdrucksfähigkeit und des Selbstwertgefühls
- Konzentrations- und Aufmerksamkeitsverbesserung
- Erlernen von Kulturtechniken und Lernmotivationen zum Aufbau von schulischen Kompetenzen

Die Patienten finden sich 2-5 mal pro Woche zu Einzelsitzungen oder in Kleingruppen für ca. 1 Stunde zusammen.

10.3.2 ERGOTHERAPIE

Die Bedeutung der Ergotherapie ergibt sich aus der Übersetzung aus dem Griechischen Ergon: Was so viel bedeutet wie mit den Händen tun, denken, handeln, aber auch das Werk, die Tat, die Leistung und die Aktivität beinhaltet.

Die Ergotherapie beschäftigt sich mit handwerklichen und gestalterischen Arbeiten, um bei den Patienten Fantasie und Kreativität zu entwickeln. Durch diese Arbeit hat der Patient die Möglichkeit, seine Stärken und Schwächen zu erfahren und Erlebnisse zu verarbeiten. Die Ergotherapie wird in der Klinik als Einzel- und Gruppentherapie angeboten. Mehrere Methoden werden angewendet. In der ausdruckszentrierten Methode werden verschiedene Materialien wie Ton, unterschiedlichste Maltechniken, Seidenmaterialien und andere Materialien eingesetzt, um sie als kreatives gestalterisches Ausdrucksmittel zu verwenden.

Der Patient soll sich durch dieses kreative Arbeiten mit seinen Gefühlen und Erlebnissen auseinandersetzen und Möglichkeiten entwickeln, mit diesen umzugehen.

²²⁸ Ruhr Nachrichten, Haltezeitung 1./2. 05. 1981 Nr. 101 – 18. Woche

Durch die kompetenzzentrierte Methode sollen fehlende oder nicht mehr vorhandene Kompetenzen wie z. B. Grundarbeitsfähigkeiten trainiert werden.

Ausgesuchte lebenspraktische Übungen und handwerkliche Techniken trainieren Sorgfalt, Genauigkeit, Handlungsplanung, Frustrationstoleranz und im besonderen Ausdauer und Konzentration.

Durchsetzungs- und Entscheidungsfähigkeit, Kritik- und Konfliktfähigkeit, Kompromissbereitschaft und Selbst- und Fremdwahrnehmung werden in der interaktionellen Methode geübt.

Die Patienten können durch die Auseinandersetzung in der Gruppe und das gemeinsame Arbeiten soziale Kompetenzen erlernen.

Die Aufnahme, Weiterleitung, Verarbeitung und Deutung von Reizen (Sinnesinformationen) wird als sensorische Integration bezeichnet.

Bewegung und Sprache können nur durch die sensorische Integration entstehen. Sie sind Bedingung für Handeln und Lernen.

Zu Beginn der Therapieform steht die Diagnostik. Die physiologischen Sinne, wie das Gleichgewicht, Tastempfinden und die Tiefensensibilität werden durch reizintensive Medien angeregt. Die Wahrnehmungsverarbeitung verbessert sich und die Handlungskompetenz wird gefördert.

Der junge Patient erfährt bei dieser Therapieform in einer besonderen Umgebung (bestimmte Materialien, Bewegungs- und Handlungsangebote) eine Stärkung seiner Persönlichkeit. Hierfür werden z. B. Schaukel, Hängematte oder Rollbrett eingesetzt.

Für Patienten mit schizophrenen Erkrankungen und schizophrenen Syndromen gibt es ein kognitives Trainingsverfahren, das sog. Cogpack (computergestütztes Therapieprogramm). Der Patient hat die Möglichkeit, 62 verschiedene Test- und Übungsprogramme zu bearbeiten. So können berufs-, und ausbildungsnah, intellektuelle und sprachliche Leistungen, Visumotorik, Merkfähigkeit und Auffassungsgabe gezielt trainiert werden.

10.3.3 KUNSTTHERAPIE

Das Gestalten von Bildern vermag mehr auszudrücken als Sprache und Schrift. Bewusste und unbewusste Konflikte der Patienten können durch die von Therapeuten vorgeschlagenen Themen und später durch eigene Themen des Patienten mittels vielseitiger Farben und Formen im Bild angedeutet und verarbeitet werden.

Bei der themenzentrierten Arbeit steht die bildliche Gestaltung im Vordergrund. In der Kreativwerkstatt können Leinwände und Seidentücher gestaltet werden. Arbeiten mit Ton und Speckstein können zu einer dreidimensionalen Formensprache anregen.

10.3.4 MUSIKTHERAPIE

Die Musiktherapie beinhaltet ähnliche Therapieziele wie die Kunsttherapie: Unbewusste Wahrnehmungs-, Lebens- und Beziehungsmuster, verengte und blockierte Lebenserfahrungen sollen erfahrbar gemacht werden. Nur so kann der Patient sich damit auseinandersetzen.

Die Methodik der Therapie besteht aus Wahrnehmungstraining nach gehörter Musik, innere Bilder, die das Musizieren anregen und freier musikalischer Improvisation. Das Musizieren dient nicht zum Selbstzweck. Stützende, deutende und vertiefende Gespräche ergänzen das Musizieren.

Die Musik ermöglicht bewusst die Darstellung der verschiedenen Affekte wie Wut, Trauer, Freude, Resignation u.a. und bewirkt eine Öffnung der Emotionen.

Die Musiktherapie beinhaltet:

- Singen (besonders Lieder mit emotionalen Texten)
- Spielen, um Beziehung und Vertiefung zu einem bestimmten Instrument aufzubauen
- Musik hören und nachspielen
- Kommunikations- und Bewegungstherapie
- Imagination und Entspannung mit Hilfe von Meditationen
- Die Musiktherapie findet Einzel- und in Gruppen statt

10.3.5 REITTHERAPIE

Als Bewegungs- und Psychotherapie wird das heilpädagogische Voltigieren bei Kindern und Jugendlichen eingesetzt. Es geht bei dieser Therapieform nicht in erster Linie um das Erlernen des Voltigierens, sondern eigene Fähigkeiten sollen ohne Leistungsstress spielerisch kennengelernt werden. Der Patient übernimmt dabei Verantwortung für sich, für andere und für die Tiere. Verschiedene physische und psychische Dimensionen werden beim Menschen angeregt: Seine Beziehung zum Körper, zur Bewegung, die Fähigkeit wahrzunehmen, seine Sensibilität, seine Auseinandersetzungs- und Beziehungsfähigkeit.

Natürlich können Berührungsängste zu den Pferden bestehen. Der Umgang mit den Pferden, die Pflege der Tiere, das Zäumen und Satteln der Pferde nach fachgerechter Anleitung, die Kontaktaufnahme und die Einschätzung der Reaktion der Pferde baut diese Berührungsängste ab. Es werden bewusst Pferde mit unterschiedlichem Temperament, unterschiedlichen Bewegungsablauf und Pferde, die sich in Farbe und Größe unterscheiden, eingesetzt. Die Kinder und Jugendlichen müssen sich so differenziert auf die Tiere einstellen, die Sinne werden in Ihren verschiedenen Ausprägungen wahrgenommen, es entwickelt sich ein positives Körpergefühl. Der enge Körperkontakt mit dem ungesattelten Pferd macht eigene Körperlichkeit und Emotionen bewusst. Bei der Arbeit mit den Pferden erleben die Patienten die direkten Reaktionen der Tiere auf ihr Handeln, sie erkennen selber ihre körperlichen und seelischen Grenzen. Die Kinder und Jugendlichen müssen erneut Grenzen überwinden und erfahren mit Hilfe des Tieres eine Stärkung ihrer Persönlichkeit. Diese Erfahrungen für die Sinne werden in Ihren verschiedenen Ausprägungen wahrgenommen, es entwickelt sich ein positives Körpergefühl.

Diese Erfahrungen für die Patienten erwähnte bereits 1977 die damalige ärztliche Leiterin der Reittherapie, Dr. Adelheid Conrad im Gespräch mit der Marler Zeitung.

“`Das lebende Übungsgerät` Pferd bietet in der Therapie und Rehabilitation Behinderter und psychisch Kranker Vorteile, die durch nichts anderes in gleicher Weise erreicht werden könnten.“

“Selbst mit Patienten, die durch nichts zu disziplinieren waren, die sich über Monate trotz der verschiedensten Versuche und Handlungsmethoden zu keiner Mitarbeit aktivieren ließen, schaffen wir hier in verhältnismäßig kurzer Zeit viel“. Denn nach ihrer Erfahrung reagiert eigentlich jedes Kind positiv auf Pferde – trotz zunächst vorhandener Scheu und Angst. „Diese Furcht vor sich selbst und anderen einzugestehen, ist schon oft ein Fortschritt.“ Und, das ist ihr besonders wichtig, auf

dem Pferderücken fühlen sich die Patienten nicht mehr behandelt – sie können selbst zu Akteuren werden. Ganz allgemein bedeuten die durch das Pferd vermittelte Freude, die Erfolgs- und Gruppenerlebnisse – zum Beispiel beim Voltigieren – und die Entwicklung eines gesunden Selbstwertgefühls eine positive Persönlichkeitsentwicklung bei behinderten Patienten. So braucht sie sich zum Beispiel um ein mit starken Depressionen und Selbstmordgedanken in die Klinik eingeliefertes junges Mädchen heute nach erfolgreicher Reittherapie nicht mehr so große Sorgen zu machen. „Das Pferd erreicht eben viel, was ein Arzt oder Erzieher nicht schafft – ganz abgesehen davon, dass die Schwingungen des Pferderückens beim Behinderten Körperfunktionen und Gleichgewichtsreaktionen normalisieren.“²²⁹

Die Reittherapie wurde bereits sehr früh ab 1966 in das therapeutische Konzept der Haardklinik integriert.

Ein besonders wichtiges Ereignis bei der Reittherapie sind die jährlich stattfindenden Reitertage.

Der erste Reitertag in der westfälischen Klinik für Jugendpsychiatrie fand bereits im Juni 1988 statt. Damals waren 20 auswärtige und 13 junge Reiter der Haardklinik anwesend.²³⁰

1992 beim 5. Reitertag waren es bereits 20 Patienten des Hauses und 90 auswärtige Teilnehmer.²³¹

Wichtig für die Patienten sind die Erfahrungen bei den Reitertagen, sie finden Kontakt zu auswärtigen Reitern und ihren Vereinen, es fördert die Integration der Patienten und es zeigt ihnen, dass sie sich durchaus mit der auswärtigen Konkurrenz messen können. Auf den Reitertagen finden u.a. verschiedene Prüfungen im Dressurreiten, im Voltigierschaubild, im Springen und im Punktespringen statt.

Das 8. Freizeitreiterturnier der Region im August 1998,²³² das zum ersten Mal auf dem Gelände der Haardklinik stattfand, wurde von dem im Jahre 1997 neu gegründeten Reitverein der Haardklinik²³³ ausgerichtet. Bei diesem Reitturnier waren 150 Reiter am Start.

²²⁹ aus WESTFALEN Marler Zeitung, Samstag, 03.09.1977

²³⁰ Ruhr Nachrichten, 29.06.1988

²³¹ Marler Zeitung, 12.06.1992

²³² WAZ, 31.08.1998

²³³ Gespräche mit E. Machetanz im Frühjahr 2008



Abb. 61: Reitplatz

Die Gründung des neuen Reitvereins ging auch auf die Initiative des ehemaligen ärztlichen Direktors Egon Machetanz zurück.

Egon Machetanz, auch erster Vorsitzender des neuen Vereins, sah in der Gründung des Reitvereins Haardklinik die Möglichkeit einer verstärkten Öffentlichkeitsarbeit der Klinik, um die Unterstützung und den Erhalt der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu sichern.

Schon zu Beginn der Gründung bestanden Pläne zur Vergrößerung der Reithalle auf Turniergröße und Umgestaltung der Gärtnergelände in zusätzliche Stallungsanlagen.

Diese Pläne wurden auch in den folgenden Jahren umgesetzt.



Abb. 62: Reithalle

Über Tag wurde und wird die Reitanlage in erster Linie von den Therapeuten und ihren Patienten genutzt. Am Abend steht sie dann den Reitern des Reitvereins zur Verfügung. Neben den Reitertagen fand im April 2005 zum ersten Mal ein „Tag des Pferdes“ statt. Neben Vorführungen der Turniergruppen und Voltigieren wurde der Tag durch Reiterspiele für jedermann ergänzt.

Eine neue Pferdevoltegieieranlage wurde durch Sponsoring der Firma Degussa und Ausführung von Auszubildendem der Firma Degussa im Jahre 2004 errichtet. Die Anlage konnte durch Auflagen des TÜVs aber erst im März 2006 eingeweiht werden.²³⁴

²³⁴ Ruhr Nachrichten, Halterner Zeitung 21.03.2006

10.3.6 SCHWIMMTERAPIE

Die LWL Klinik in Marl-Sinsen hat ein eigenes Schwimmbecken.

Die Schwimmtherapie wird präventiv medizinisch eingesetzt und bietet psychomotorische Erlebnisse. Die therapeutischen Angebote umfassen Gewöhnungsprogramme ans Wasser im Allgemeinen, Gymnastikgruppen im Wasser, Psychomotorik in Einzel- und Gruppentherapie, an diverse Krankheitsbilder angepasste methodische Therapie- und Trainingsprogramme.

10.3.7 SNOEZELLEN

In Haarendael in den Niederlanden entwickelten in den 70er Jahren des 20. Jahrhundert zwei Zivildienstleistende das Snoezelen.

Das Wort kommt aus dem Niederländischen und verbindet „snüffeln (riechen) und doezeln (träumen, dösen) zu einem neuen Wort. Beim Snoezelen werden die Riechorgane des Menschen angeregt und der Mensch wird emotional berührt.

Im Februar 1990 wurde das Snoezelen in der Klinik in der Haard eingeführt. Aufgebaut haben das Snoezelen in der Klinik die beiden Diplom-Sozialpädagogen Karin Lücke und Martin Forck.

Zunächst war das Projekt als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme vom Arbeitsamt geplant, konnte aber nicht zuletzt durch die vielen therapeutischen Erfolge bis heute als selbständiges Therapieangebot weiter fortgeführt werden.

Das Projekt, das zunächst für 2 Jahre geplant war, war in diesem Zeitraum mit rund 175 000 DM veranschlagt. Die Einrichtung und Ausstattung belief sich auf 55 000 DM. Das Snoezelen versteht sich als Freizeit- und Therapieangebot. Die Therapiestunden finden am Vormittag statt, am Nachmittag können die Patienten die Räume in ihrer Freizeit besuchen. Die Räume sind speziell eingerichtet, um die verschiedenen Sinne anzusprechen. Sinnesempfindungen wie Tasten, Sehen, Schmecken und Riechen sind für gesunde Jungen und Mädchen tagtägliche Sinneseindrücke. Diese bedeutende Gefühlswelt bleibt geistig und mehrfach behinderten und psychisch kranken Kindern sehr oft verschlossen.

Zwischenmenschliche Beziehungen können durch eine Atmosphäre, in der Leistungsfreiheit und Selbstbestimmung vorherrschen, bewusst positiv beeinflusst werden.

Viele Kinder und Jugendliche der Klinik in Marl haben Auffälligkeiten im Bereich der Kontakt- und Beziehungsstörungen. Gute Erfahrungen können diese Kinder mit dem Therapieangebot Snoezeln machen.

Die Therapieangebote des Snoezelns umfassen das stationäre Angebot (Gruppenarbeit), Kleingruppentherapie mit altersgleichen Gruppenmitgliedern, Einzeltherapieformen, Angebote für Eltern und Kinder. Für ambulante Patienten gibt es ebenso Therapieangebote wie Entspannungsangebote für die Mitarbeiter der Haardklinik und des Wohnverbundes. Ergänzt wird das Angebot für Besuchergruppen. Für interessierte Besucher werden nach Absprache Kurzseminare durchgeführt.

Der Mensch wird beim Snoezeln durch verschiedene Sinne angeregt, hierfür sind unterschiedliche Materialien und Raumangebote bereitzustellen.

Der Raum mit dem „dunklen Wasserbett“ verbreitet eine höhlenartige Atmosphäre, in der verschiedene Lichtobjekte installiert sind.

Die Gestaltung des Raumes geht auf Anregung und Wünschen der jugendlichen Patienten zurück.

Das dunkle Wasserbett hat einen Resonanzboden, gleiches gilt für das helle Wasserbett. Musik und Stimmen können auf den Wasserbetten erlebbar gemacht werden, es entsteht ein pränataler Charakter.

Ein Spielobjekt, als Burg und Höhle gestaltet, bietet den Kindern die Möglichkeit zum Austoben und Rollenspiel. (Toberaum)

Für Kinder und Jugendlichen mit Wahrnehmungsstörungen wurde das Bällchenbad geschaffen. Es handelt sich bei dem Bällchenbad um einen mehrere m² großen Kasten, der mit vielen recht harten Bällen (rund 12 000 an der Zahl) randvoll gefüllt ist.

Das Bällchenbad fordert zum Spielen und Toben auf.

Medizinisch sinnvoll ist das Bad, da es den Vestibulärapparat anregt, taktile Reize vermittelt, die die Tiefen- und die Oberflächensensibilität stimulieren.

Kinder und Jugendliche mit Wahrnehmungsstörungen profitieren durch ein Bällchenbad, denn sie spüren sich selbst und können durch diese Erfahrung ein Bewusstsein für den Körper erlangen.

Im Schwarzlichtflur kann man sich selbst und diverse Objekte in flureszierendem Licht betrachten.

Dieser Raum ist als Feldprojekt mit Studenten der KFH Münster und Patienten der Klinik entstanden.

Einen Raum zum Träumen und entspannen bietet der weiße Raum.



Abb. 63: Toberaum

Hier wirken beruhigende Lichteffekte und Entspannungsmusik auf den Besucher ein.

Die Räume der Snoezeltherapie befanden sich zunächst in Räumen des alten Wohnheimes (dies ist mittlerweile abgerissen) sind aber in die jetzigen Räume umgesiedelt worden. Für das Snoezelen galt in der Anfangszeit ganz besonders, dass die Therapieform in der Klinik – nicht zuletzt durch ihren Modellcharakter – mitentwickelt und weiter gefördert wurde.

Schon nach drei Monaten nach Einführung der Therapie in der Klinik interessierten sich immer mehr Fachkliniken für dieses Angebot.

Der Sozialpädagoge Martin Forck, der im Rahmen einer Arbeitsbeschaffungsmaßnahme (ABM) des Arbeitsamtes die Snoezeltherapie im Jahre 1990 in Marl einführte, leitet sie auch heute (2010) noch.^{235 236}

²³⁵ Interview mit Herrn Eltrop vom 19.07.2010

²³⁶ Ruhr Nachrichten Haltezeitung, 10.05.1990

10.3.8 TANZTHERAPIE

Die Tanztherapie versteht sich als Therapie, nicht als Tanzen im herkömmlichen Sinne. Der Körper jedes Menschen hat sehr verschiedene bewusste und unbewusste Ausdrucksmöglichkeiten. Gedanken, Gefühle, Emotionen können durch unterschiedlichste Tanzformen in Körpersprache umgesetzt werden. Die Tanztherapie ist dementsprechend vielseitig: Persönliche Erfahrungen und Thematiken werden in Theaterstücken gestaltet. Die Übungen sind themen- und problemorientiert. Die Patienten können sich kreativ mit Masken, Kostümen und Theaterschminke beschäftigen, Rollenspiele werden durchgeführt, Übungen zur Wahrnehmung, Entspannung und Körperarbeit sowie freies Tanzen sind Bestandteil der Therapie.

Die Therapieziele beinhalten Training des Bewegungs- und Verhaltensrepertoires, des Bewusstseins, besonders des Körperbewusstseins, der Kontaktfähigkeit, Verbesserung des Selbst- und Körperbildes.

Persönliche Konflikte und eigene Themen können mit entwickelten Bewältigungsstrategien beherrscht werden.

10.3.9 TIERGESTÜTZTE THERAPIE, TIERGESTÜTZTE PÄDAGOGIK

Speziell ausgebildete Mitarbeiter/innen sind für die tiergestützte Therapie und tiergestützte Pädagogik verantwortlich.

Die Patienten werden durch dieses Therapieangebot ganzheitlich angeregt und gefördert.

Diese Förderung und Entwicklung erfolgt in physischer, psychischer, emotionaler und sozialer Hinsicht.

Als Verbindung zwischen Therapeut und Patient werden die Tiere (Ziegen, Esel, Meerschweinchen und andere Kleintiere) eingesetzt. Die Tiere sind unterstützende Therapeuten.

Altes Rollenverhalten der Patienten kann im Umgang mit den Tieren abgelegt werden, sie werden norm- und wertfrei bezogen auf ihre Stärken und Schwächen von den Tieren angenommen. Eine Verbindung mit den verschiedenen Tieren vermittelt ein Gefühl der Verantwortung, der Empathie und Sicherheit und das nicht nur im Umgang mit den Tieren.



Abb. 64: Gelände der Tiergestützten Therapie

Eingebunden in die tiergestützte Therapie und Pädagogik werden Patienten mit den unterschiedlichsten psychischen Störungen und Syndromen wie:

- Fremd- und Autoaggressionen
- körperlicher und geistiger Behinderung
- Lernschwierigkeiten
- dissozialer Persönlichkeitsstörungen
- Autismus
- Psychosen
- Borderlinestörungen
- verschiedene Suchterkrankungen
- Essstörungen
- ADS
- ADHS
- Zwangserkrankungen
- Ängste und Phobien
- Depressionen

Bei vielen dieser Erkrankungen hat die Therapie positive Effekte, denn sie beinhaltet viele Facetten des menschlichen Daseins. Sie hilft bei Einhaltung von Regeln, sie bietet eine direkte Rückmeldung durch die Tiere, eigene Grenzen werden erkennbar, Schwächen und Stärken erfahrbar, die Empathiefähigkeit wird gesteigert, Trauer kann bewältigt werden, Instinkte werden wiedergewonnen, Ängste können abgebaut werden, sowohl die Beziehungsfähigkeit als auch die sensorische Integration und Selbstwertsteigerung werden gefördert. Erfahrung von Akzeptanz durch die Tiere, Förderung der motorischen Fähigkeiten, der Tagesablauf erfährt eine Strukturierung, psychische und körperliche Anspannungen können nachlassen, die unterschiedlichsten Sinne werden gesteigert, die Tiere bewirken eine Therapiemotivation, positive Spannung wird aufgebaut, die Patienten erfahren eine allgemeine Antriebssteigerung (Glückshormone) und sie werden zu verantwortungsvollem Handeln angeleitet und angeregt. Das Gelände für die tiergestützte Therapie ist ungefähr 1 Hektar groß.

In dem eingezäunten Wald gibt es für die Tiere Futterstellen, Wasserstellen, Unterstände und eine Offenstallung mit verschiedenen Kleintieren (Meerschweinchen, Kaninchen, Ziegen und zwei Esel).

Im Gelände sind Sitzmöglichkeiten für Patienten mit ihren Begleitpersonen vorhanden. Von hier sind die Tiere gut zu überblicken.

Die Patienten werden von ihren Therapeuten auf das Gelände begleitet. Dann wird die Zielsetzung der Therapiestunde zwischen Therapeut und Patient besprochen sowie deren Ablauf und Inhalt. Verschiedene Aktivitäten können angeboten werden, wie Spaziergehen mit den Tieren, Putzen, Säubern oder Versorgen der Tiere. Ein wichtiger pädagogischer Ansatz ist die Belohnung der Tiere. Dies ist ein wesentlicher Punkt zur Unterstützung der Beziehung zwischen Patient und Tier.

10.3.10 SPORT- UND BEWEGUNGSTHERAPIE

Für diese Therapieform stehen neben Außensportaktivitäten, Trampolinspringen, ein Fitnessraum, Turnhalle und eine Schwimmhalle zur Verfügung.

Viele der behandelten Patienten der Klinik waren vor ihrer Einweisung sportlich wenig oder gar nicht aktiv und sind aus diesem Grund körperlich untrainiert und haben wenig Bewegungserfahrung. Die Heranführung an körperliche Aktivität muss bei den Patienten dementsprechend langsam sein.

Die Sporttherapie fördert das Bewusstsein für gesunde Lebensführung. Sie richtet sich an Patienten mit Störungen aus den körperlichen, sozialen und psychischen Formenkreis und versucht diese Störungen zu regenerieren und die Patienten zu fördern.

10.4 STATIONEN IN DER KLINIK

10.4.1 ALLGEMEINE STATIONEN

Das stationäre Angebot ist auf 12 verschiedene Stationen verteilt, die wiederum zum Teil nochmals gegliedert und aufgeteilt sind.

Es handelt sich bei den Stationen überwiegend um offene aber auch um geschlossene (besonders geschützte) Behandlungsbereiche. Der zuletzt genannte Behandlungsbereich ist Patienten vorbehalten, die sich selber oder andere gefährden. Diese Patienten werden besonders intensiv betreut.

Die Aufteilung der Stationen erfolgt nach verschiedenen Gesichtspunkten, nach Behandlungsschwerpunkten und nach Alter. Die Stationen sind alle mit Jungen und Mädchen gemischt belegt. Die Altersbereiche sind eingeteilt: 2,5 – 9 Jahre, 6-12/13 Jahre, 8-12 Jahre, 10-16 Jahre und mehrere Behandlungsbereiche mit Patienten im Alter von 12-18 Jahren.

Insgesamt verfügen die 12 Stationen über 129 Behandlungsplätze. Die Patienten sind in der Regel zwischen 2 und 18 Jahre alt. Darüber hinaus können auch bei besonderen Krankheitsbildern Patienten im Alter von bis zu 21 Jahre stationär aufgenommen werden. Die Stationen unterscheiden sich neben dem Alter und der zu behandelnden Erkrankung auch oft in der Behandlungsdauer der Patienten. Je nach den vorliegenden Problemen – wie bei

selbstverletzendem Verhalten, psychosomatischen Störungen, depressiven Störungen, Schulproblemen, phobische-, Zwangs- und Angststörungen, posttraumatische Belastungsreaktionen, Störungen von Sozialverhalten und Emotionen – wird der Therapie eine umfangreiche medizinisch-psychologische Diagnostik und klinische Verhaltensbeobachtung von 2 Wochen vorausgeschickt.

Die Behandlungsdauer umfasst bei den obengenannten Erkrankungen 6-12 Wochen. Liegen Zwangs- und Angststörungen, depressive Erkrankungen, psychosomatische Erkrankungen und Essstörungen – wie Binge-Eating-disorder, Bulimia nervosa und Anorexia nervosa – vor, liegt die Behandlungsdauer durchaus bei 2-4 Monaten. Bei diesen Störungen gehören Beurlaubung am Wochenende zum Behandlungskonzept.

Voraussetzung für die meisten Therapieangebote ist die Mitarbeit der Patienten, sie müssen Krankheitseinsicht zeigen, bereit sein, sich zu verändern und die therapeutischen Angebote freiwillig annehmen.

Die Stationen bieten, bedingt durch den längeren Aufenthalt, den Patienten Möglichkeiten der Freizeitgestaltung in Tagesräumen, die mit Billardtischen, Kicker oder ähnlichem ausgestattet sind.

Die Therapie wird durch sozialtherapeutische Aktivitäten wie Bastelarbeiten, Fußballspielen, Radfahren, Stadtbesuche und Spaziergänge ergänzt.

10.4.2 BESONDERE STATIONEN

Ein zunehmendes Problem unserer Gesellschaft ist die Zunahme von drogenabhängigen Jugendlichen und im Besonderen die Zunahme von alkoholabhängigen Jugendlichen.

Die Abhängigkeit kann sich auf verschiedene Suchtstoffe, wie Alkohol, Kokain, Tranquilizern, Amphetaminen, Heroin, Cannabis und auch auf die Kombination aus verschiedenen Stoffen beziehen.

Die Station „Spurwechsel“ (Station 2c) ist eine offene Station. Seit August 2008 werden hier (12 Behandlungsplätze) weibliche und männliche Jugendliche im Alter bis zu 18 Jahren mit genannten Suchtproblemen behandelt.

Eine qualifizierte Entgiftung findet in der ersten Phase der Therapie (Entgiftungsphase) statt. In der zweiten Phase steht die Psychotherapie im Vordergrund, um eine Entwöhnungsanbahnung zu gewährleisten. Treten bei den Patienten zusätzliche Psychosen auf, werden sie vor der eigentlichen Suchtbehandlung auf einer speziellen Station stabilisiert.

Das Behandlungskonzept bezieht sich auf Störungen der Persönlichkeit, ADHS, Essstörungen, Angsterkrankungen und Psychosen, die bei vielen Suchtpatienten bestehen. Die Therapie wird durch ambulante Vorgespräche mit den betreuenden Therapeuten eingeleitet, um die Suchtproblematik und die psychiatrischen Störungen abzuklären. Die Behandlung auf der Station ist klar strukturiert, um aktuelle Belastungen zu bewältigen und eine Distanz vom Konsum der Droge zu gewinnen.

Die Entgiftungsphase, in der den Patienten nach speziellen Behandlungsrichtlinien die Droge entzogen wird, dauert 3 Wochen. Medikamente und Ohrakupunktur können bei körperlichen Entzugssymptomen eingesetzt werden.

Neue Erfahrungen und Umorientierung werden durch Familiengespräche, Gruppen- und Einzeltherapie in der Psychotherapiephase gemacht.

Für die weitere Entwicklung der Patienten ist eine Unterstützung bei schweren Schul- und Ausbildungssituationen sehr wichtig. Vorhandene Ressourcen werden positiv gefördert und erreichbare Zukunftsperspektiven werden nach dem Aufenthalt in der Klinik in den Blick genommen.

Gerade bei der Therapie der Suchterkrankungen ist der Änderungswille, die Erkrankungseinsicht und der Wille an seiner Person zu arbeiten, Voraussetzung für einen Therapieerfolg.

Bei der Arbeit im Bereich mit Kindern steht ein kindgerechtes Milieu im Vordergrund. Ergänzt wird die Arbeit – besonders in diesem Bereich – durch Elternarbeit, wie z. B. Besuche der Eltern, Wochenendbeurlaubungen und Gesprächstermine mit den Eltern.

Ein besonderes Therapiekonzept ist die Belastungserprobung beim Wochenendurlaub, um zu sehen, ob die angeeigneten Verhaltensweisen zu Hause, im Alltag, übertragen werden können. In Einzelfällen, – besonders bei Störungen im sozialen und emotionalen Bereich, wie Einnässen, Einkoten, Ess- und Schlafproblemen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Mutismus und hyperkinetischen Störungsbildern – ist eine Mutter-Kind oder Vater-Kindbehandlung möglich.

10.5 NACHBEHANDLUNG

Die ambulante Weiterbehandlung der Patienten, die stationär oder in unterschiedlichen Tageskliniken behandelt wurden, kann durch ambulante Weiterbehandlung erfolgen. In vielen Fällen ist aber eine an den Wohnort gebundene Behandlung durch Kinder- und Jugendpsychiater oder auch durch Kinder- und Jugendpsychotherapeuten erstrebenswert.

10.6 KLINIKSCHULE

Die Klinikschule versteht sich als Angebot für die Kinder und Jugendlichen, die stationär in der Klinik behandelt werden. 21 Lehrer unterrichten im Einzel- und Förderbereich, in Kleingruppen und Klassenverband. Die Schule muss die herkömmlichen Schulbereiche wie Primarstufe, Sekundarstufe I und II genauso abdecken, wie den Bereich der Förderschulen und Projekte u.a. aus den Bereichen der Jugendhilfe und der Bundesagentur für Arbeit. Die Lehrpläne und Richtlinien der jeweiligen Schulform dienen als Orientierung für den Unterricht der Klinikschule.

Der Unterricht findet im Klassenverband statt. Die Schule muss in erster Linie die Grundversorgung des Unterrichts gewährleisten. Der Leistungsstand der Schulen in der Heimat der Patienten sollte erreicht werden.

Über die schulische Grundversorgung hinaus wird der Unterricht in das therapeutische Konzept der Klinik integriert. Zielsetzung für dieses therapeutische Konzept sind Suche nach einem geeigneten Förderort, soziales Verhalten nach passenden Regeln, Steigerung und Förderung von Leistung und Motivation, Aufbau von Selbstvertrauen und Verminderung von Ängsten. Die Schüler werden während ihres Aufenthaltes in der Schule kontinuierlich beobachtet und das Sozial-, Leistungs- und Lernverhalten wird kritisch betrachtet.

Aus diesen Beobachtungen heraus ist eine Beurteilung der Schüler auch für den Unterricht nach dem stationären Aufenthalt in der Heimatschule möglich. Es besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen der Schule, den Mitarbeitern der Klinik, sowie den Eltern der Patienten und den Einrichtungen der Jugendhilfe.²³⁷

²³⁷ www.jugendpsychiatrie-marl.de 08.01.2009 und 06.05.2016



Abb. 65: Klinikschule

10.7 ÖFFNUNG DER KLINIK NACH AUSSEN

Im Oktober 1998 wurde auf dem Gelände der Klinik eine Fußballschule für Kinder und Jugendliche eingerichtet. Nach einer Umwidmung eines Gebäudetraktes durch die Stadt Marl konnten diese Gebäude der Klinik mit einer Grundfläche von ca. 2000 m² hierfür zur Verfügung gestellt werden. Der damalige Fußballprofi Ingo Anderbrügge vom SC Schalke war Gründer dieser Schule.

Die Schule ist auf Wochenend- und Ferienbetrieb ausgelegt. Es wird die Infrastruktur der Klinik, Cafeteria, Sportplatz, Schwimmbad genutzt.

Übernachtungsmöglichkeiten für die Fußballer stehen in den angemieteten Gebäuden zur Verfügung. Die Vermietung der Gebäude durch den Landschaftsverband Westfalen-Lippe an die Fußballschule hatte und hat für die Klinik zwei Vorteile: Es bedeutete eine weitere



Öffnung der Klinik nach außen und die Klinik konnte Unterhaltskosten für das im Jahre 1998 nur gelegentlich genutzte Gebäude sparen.^{238 239 240}

Abb. 66: Schild Fußballschule

²³⁸ Interview mit Herrn Eltrop vom 19. 07. 2010

²³⁹ Ruhr-Nachrichten vom 26 .06. 1998

²⁴⁰ Ruhr-Nachrichten vom 17. 09. 1998

10.8 QUALITÄTSANSPRÜCHE DER KLINIK

Der Gesetzgeber fordert für die Kliniken ein Qualitätsmanagement.

Seit 2001 hat der LWL-Psychiatrieverbund sich ein internes Qualitätsmanagement auferlegt, welches sich an dem Standard der Europäischen Stiftung für Qualitätsmanagement (ESQM) orientiert.

“Die Qualität unserer Arbeit ist das Ausmaß, in dem es uns gelingt, die Anforderungen und Erwartungen, die von den Menschen und Institutionen an unsere Einrichtungen gestellt werden, zu erfüllen. In einem fortdauernden Verbesserungsprozess erarbeiten wir hohe Standards in den Bereichen Patientenversorgung und Mitarbeiterorientierung und handeln bei der Bildung von Kooperationen und der Übernahme gesellschaftlicher Verantwortung zukunftsorientiert.“²⁴¹

Das Handeln nach diesem Qualitätsleitsatz soll den Patienten und Mitarbeitern der Klinik ein hohes Maß an Qualitätsstandards sichern, es soll eine hohe Prozess- und Erlebnisqualität angestrebt werden. Es wird versucht, die Prozesse in der Klinik stetig zu verbessern. Hierfür werden gezielt die Kapazitäten der Mitarbeiter mit eingebunden. Um einen Überblick über die Erfahrungen der Patienten und deren Angehörigen zu bekommen, werden gezielte Fragebögen eingesetzt. Die Stationsteams, bestehend aus Ärzten, Pflegern, Therapeuten und Pädagogen sollen den gleichen Informationsstand über die Therapie und Förderung eines Patienten haben. So können ein gemeinsamer Weg für den Patienten vorbereitet und gemeinsame Pflege- und Therapieziele definiert werden.

Eine gute Versorgung der Patienten wird durch eine enge Zusammenarbeit mit der Partnerklinik des LWL und der Jugendpsychiatrie in Hamm erreicht. Hier können Erfahrungen und Wissen ausgetauscht werden.

Die Kliniken im LWL bedienen sich der KTQ-Zertifizierung, hier werden vorgesehene Standards erfüllt.

Das Qualitätsmodell der KTQ unterstützt die Qualität, Transparenz und die Kooperation im Krankenhaus. Der Katalog 5.0 der KTQ, der als Basis der Zertifizierung gilt, beinhaltet Qualitätsmanagement, Krankenhausführung, Informationswesen, Sicherheit im Krankenhaus,

²⁴¹ www.jugendpsychiatrie-marl.de/qualitätssicherung/print.html.08.01.2009 und 06.05.2016

Sicherstellung der Mitarbeiter- und Patientenorientierung in der Krankenversorgung. Die einzelnen Kriterien werden bearbeitet, von den Mitarbeitern selbst und im Anschluss durch die KTQ fremd bewertet.

Werden die Kriterien erfolgreich erfüllt, wird der Klinik ein Zertifikat verliehen. Dieser Prozess der Qualitätsverbesserung muss den Patienten und deren Angehörigen transparent gemacht werden. Der Qualitätsbericht und das Zertifikat werden, vorausgesetzt die Zertifizierung war erfolgreich, auf der Internetseite der KTQ (www.ktq.de) veröffentlicht.

10.9 LEITBILDER DER KLINIK

In der heutigen Zeit geben sich viele Kliniken ein Leitbild, das auf der Internetseite veröffentlicht und oftmals den Arbeitsverträgen der Mitarbeiter hinzugefügt wird. Dieses Leitbild soll den Mitarbeitern als moralische Grundlage dienen und allen, die sonst mit der Klinik in Berührung kommen. Es soll im Besonderen für die Patienten eine Orientierung sein. Ob ein Leitbild im Alltag einer Klinik in die Realität ganz konkret umgesetzt wird, ist natürlich eine ganz andere Frage!

Auch die LWL-Klinik in Marl-Sinsen hat solch ein Leitbild formuliert. Es wurde am 1. Oktober 2002 erstellt und am 1.10.2003 aktualisiert.

Das Leitbild ist in acht Punkten unterteilt und stellt das Selbstverständnis der Klinik als moderne kinder- und jugendpsychiatrische Klinik – gekennzeichnet durch Qualitätsstandards und durch Wissenschaft erwiesene Therapie und Diagnostik – dar. Bei den Mitarbeitern steht das Wohl der Patienten und deren Angehörigen im Mittelpunkt. Gemeinsam werden Therapie- und Pflegeziele entwickelt. Die Behandlungsteams arbeiten nicht nur mit den Patienten, sondern ebenso mit allen, die in Berührung mit den Patienten stehen (z. B. Jugendhilfeinstitutionen, Jugendämter, Betreuer, Eltern u.a.) zusammen. Öffentlichkeitsarbeit und Gesundheitsprävention bei Kindern und Jugendlichen ist ein weiteres Ziel der Klinik.

Dem starken Anteil an Migrantenfamilien und Ausländern wird insofern Rechnung getragen, dass Therapie und Diagnostik, Pflege- und Erziehungsdienste von Therapeuten und Mitarbeitern aus verschiedenen kulturellen Kreisen durchgeführt werden. Fort- und Weiterbildung gehören zum Konzept für die Mitarbeiter.

Offenheit, Vertrauen, gegenseitiger Respekt und Fairness sollen den Umgang auf den verschiedenen Ebenen der Klinikmitarbeiter prägen.

Ein weiterer Bestandteil des Leitbildes ist die Qualitätssicherung für alle Bereiche der Klinik. Soziale Systeme sollen entwickelt, gestaltet und gelenkt werden. Die verschiedenen Berufsgruppen (Ärzte, Therapeuten, Pädagogen, Pfleger, Verwaltung) arbeiten eigenständig in ihren Fachbereichen unter gemeinsamer Zielsetzung. Die Zuständigkeiten sind auf allen Ebenen der Klinik klar abgegrenzt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden an den Entscheidungsprozessen beteiligt. Verantwortung wird delegiert. Konfliktfähigkeit und kontroverse Kommunikation sind Voraussetzung für die Leitungskräfte.²⁴²

²⁴² www.jugendpsychiatrie-marl.de/Leitbild.html. 08.01.2009 und 06.05.2016

11 FAZIT

11.1 DISKUSSION – QUELLENKRITIK

Als Quellen für die Arbeit wurden einmal Literatur über die Psychiatrie und die Kinder- und Jugendpsychiatrie herangezogen.

Wichtig, um über die Klinik speziell informiert zu werden, waren Quellen aus dem LWL-Archiv in Münster und Quellen aus dem Privatarchiv von Egon Machetanz, Zeitzeugeninterviews mit Herrn E. Machetanz (erster ärztlicher Leiter der Klinik), Herrn Peter Eltrop (kaufmännischer Direktor), Herrn Claus Rüdiger Haas (jetziger ärztlicher Direktor der Klinik), Herrn Heinz-Werner Goyer (ehemaliger Patient) und Gespräche mit Herrn Reinhold Maasmann (Beauftragter für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Klinik), der Sekretärin von Herrn Eltrop, Frau Sigrid Baltzer, und Frau Gerda Machetanz erweiterten die Informationen maßgeblich.

Bestimmte Quellen des LWL-Archivamts in Münster unterliegen einer 30-Jahre-Schutzfrist, von der auch keine Befreiung erlangt wurde, da es sich zum Teil um persönliche Daten handelte.

Um einen Überblick über die Klinik seit 1978 (ab 1978 hatte die LWL-Klinik die Pflicht, einen Lagebericht über das Wirtschaftsjahr zu erstellen) waren diese Wirtschaftsberichte sehr hilfreich, wobei diese ab 1980 im LWL-Archiv in Münster nicht einsehbar waren (aus oben genannten Gründen), diese aber im Archiv der Klinik vorhanden waren. Das Archiv der Klinik ist weitgehend ungeordnet, bestimmte Lageberichte waren nicht auffindbar, da sie im Rahmen von Renovierungsarbeiten in andere Räume verlagert worden sind, ohne zu vermerken wo.

Das Archiv besteht aus einer Vielzahl von meist unsortierten Zeitungsartikeln, Fotos, Berichten vom LWL und anderen Dokumenten, sodass im Rahmen dieser Arbeit das Archiv mehrfach aufgesucht wurde, um nötiges und verwertbares Material zu finden. Im Privatarchiv von Egon Machetanz befanden sich viele Schriften, Aufsätze und Literatur, die sich speziell mit der Gründung und den Gründungsjahren beschäftigten. Des Weiteren wurde das Archiv bzw. die Bibliothek der Universitätsklinik der Psychiatrie in Düsseldorf Grafenberg aufgesucht, um besonders psychiatrische Fachzeitschriften im Hinblick auf Artikel über die LWL-Klinik in Marl-Sinsen in Augenschein zu nehmen. In Grafenberg konnte jedoch nichts Spezifisches über die Klinik in Marl gefunden werden.

Eine Aufgabe für die Zukunft – sicherlich auch im Sinne der Marler Klinik – wäre die genaue Sortierung und Archivierung der Materialien des Klinik-Archivs.

Quellenkritisch ist anzumerken, dass es sich bei diesen Quellen überwiegend über normative idealisierende Quellen handelt, die die Perspektive von Professionellen wiedergeben, bzw. überwiegend Interviews mit Entscheidungsträgern geführt worden sind.

In den 80er Jahren gab es eine politische Diskussion, ob in Marl eine Forensische Abteilung eingerichtet werden sollte. Letztendlich wurde eine solche Abteilung nicht eröffnet. Zu dieser Diskussion liegt einiges an Material im Archiv der Klinik vor. Sich diesem Thema in dieser Arbeit zu nähern und ebenfalls zu bearbeiten, hätte den Rahmen der Arbeit gesprengt und es könnte in Zukunft eine Aufarbeitung der Quellen erfolgen.

11.2 SCHLUSSFOLGERUNGEN, ZUSAMMENFASSUNG UND ZUKUNFTSPERSPEKTIVE

Viele der bestehenden Kliniken blicken auf eine lange Geschichte zurück.

Eine kleine Anzahl von Allgemeinkrankenhäusern geht auf mittelalterliche Stiftungen zurück oder sie sind Gründungen des 19. Jahrhunderts aus der Zeit der industriellen Revolution. Die meisten Psychiatrischen Krankenhäuser entstanden im 19. Jahrhundert, bzw. zu Beginn des 20. Jahrhunderts und entwickelten sich aus dem damaligen Anstaltswesen zu den Kliniken, wie sie heute bestehen.

Neugründungen von Krankenhäusern sind selbst in der 2. Hälfte des 20. Jahrhundert eine Seltenheit.

Auf dem Gebiet der Psychiatrie, insbesondere auf dem der Kinder- und Jugendpsychiatrie, waren auf Grund des erhöhten Bedarfs Neugründungen ab ungefähr 1960 nötig. Ziel dieser Arbeit ist es, die Geschichte und Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland exemplarisch am Krankenhaus in der Haard darzustellen.

So zeigten sich bei der Neugründung und weiteren Entwicklung der LWL-Klinik in der Haard zahlreiche Probleme, aber auch Chancen, die bei einer Einrichtung dieser Art in ihrer Komplexität zu Tage treten.

Die Gründung fand in Zeiten statt, „*in denen man noch aus dem Vollen schöpfen*“ konnte (Zitat Peter Eltrop, kaufmännischer Direktor der Klinik, siehe Interview im Anhang der Arbeit), zumindest was die Größe und die Ausstattung des Krankenhauses anbetraf. Probleme

lagen in der Bereitstellung des nötigen Personals (vor allem Pflegekräfte und Ärzte) bzw. in der hohen Erkrankungsrate des neuen Personals.

Da die Gründung des Hauses in die 60er Jahre des 20. Jahrhundert fiel, lag sie noch deutlich vor der Psychiatriereform in der Bundesrepublik Deutschland.

Viele der Veränderungen, die durch die Reform angestoßen wurden, sind in der Klinik im Laufe der Jahre umgesetzt und verwirklicht worden: Ortsnähere Versorgung der Patienten: Ambulanzen, Tageskliniken, Verkürzung der Verweildauer. Es zeigte sich auch eine Veränderung in den behandelten Erkrankungen. Wurden in den Anfangsjahren der Klinik vor allem Patienten mit körperlichem und geistigem Handicap behandelt, so liegt heute der Schwerpunkt auf Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen. Es kam in den letzten Jahren zu der sinnvollen Entscheidung, Patienten mit geistig- und körperlicher Behinderung nicht mehr in einer Psychiatrie zu behandeln. Vielmehr leben sie heute in Wohngruppen und werden dort betreut (siehe im Anhang Interview mit Herrn Goyer, Herr Goyer verbrachte 15 Jahre seines Lebens in der Klinik). In den offiziellen Zahlen über Fläche oder Bauvolumen (Zitat kaufmännischer Direktor Herr Eltrop, *„man schöpfte aus dem Vollen“*) denkt man zunächst an „traumhafte“ Zustände für die Patienten. Werden die Zustände zu Beginn der Klinik aus der Sicht eines Patienten (siehe im Anhang Interview mit Herrn Goyer) betrachtet, sehen die Zustände ganz anders aus. Zitat aus dem Interview: *„Ich weiß, da konnte man uns Patienten so durch die Scheibe gucken und das im Vier-Bett-Zimmer, es war wirklich eine Katastrophe.“* Ein Spind für die persönlichen Dinge war außerhalb des Krankenzimmers und wurde mit anderen Patienten geteilt, Zugang zu dem Schrank hatten die Krankenschwestern, nicht die Patienten selber. Hier drängen sich die Bilder einer Anstalt des 19. Jahrhunderts auf, nicht die einer modernen Klinik im 20. Jahrhundert.

Da die Tendenz in den letzten Jahren weg von den Psychiatrischen Großkliniken hin zu kleineren Einheiten geht, stellt sich natürlich die Frage der Zukunftsperspektive der LWL-Klinik in der Haard (siehe im Anhang Interview mit Herrn Dr. Haas).

Vorteil der Klinik ist sicherlich das große räumliche Angebot und die weitläufigen Außenflächen, die zur Verfügung stehen, ebenso das reichhaltige therapeutische Angebot, welches die Klinik im Laufe der Jahre bis heute entwickelt hat. Es können nahezu alle psychiatrischen Krankheitsbilder in der Klinik behandelt und therapiert werden.

Das aber in der Gründung gewünschte Konzept einer Klinik „weg von der Stadt“ in einem Waldgebiet ist heute kritisch zu bewerten. Hier liegt in vieler Hinsicht ein anachronistisches Modell zugrunde, welches an eine Psychiatrische Anstalt des 19. Jahrhunderts erinnert, ein Großkrankenhaus fernab der Wohnorte.

In diesem Zusammenhang stellt sich allerdings auch die Frage, welche möglichen Vorteile eine Klinik fernab der Wohnorte in naturnaher Umgebung für Menschen mit psychiatrischer Erkrankung bieten kann. Denn unabhängig von den – unbestritten berechtigten Forderungen der Psychiatriereform nach einer Integration der Erkrankten in die „Mitte der Gesellschaft“ – nämlich wohnortnahe Versorgung, sollte man mögliche Vorteile dieses heute überkommenen Modells einer Klinik „im Grünen“ nicht völlig außer Acht lassen. Denn für manche psychiatrischen Krankheitsbilder (z. B. Suchterkrankungen, Burn-Out) kann ein Aufenthalt in der Abgeschiedenheit einer natürlichen, ländlichen Umgebung, fernab zivilisatorischer Reize unter Umständen sogar vorteilhaft sein. Denn hier, wie das Beispiel der Haard-Klinik zeigt, können Therapieformen wie therapeutisches Reiten, tiergestützte Therapie und ein enger Kontakt zur Natur angeboten werden, dies wäre in der Stadt kaum möglich.

Dieser durchaus moderne, naturnahe Therapieansatz ist nicht zu verwechseln mit dem Modell des 19. Jahrhunderts, psychisch kranke Patienten fernab der Gesellschaft zu isolieren und hinter Anstaltsmauern wegzusperren. Hier könnte auch eine zukünftige Chance für Einrichtungen wie die Haard-Klinik liegen.

Zudem ist eine weitere Öffnung der Klinik nach außen hin sicher sinnvoll (siehe Fußballschule, Reitverein uvm.), um sie in der Öffentlichkeit präsent zu halten.

Ebenso sollte ein weiterer Ausbau der ortsnahen Ambulanzen in Städten, Ballungsgebieten und ggf. auch auf dem Lande erfolgen.

Es wird sich in der Zukunft die Frage nach der Finanzierung der Klinik stellen (siehe im Anhang Interview mit Herrn Eltrop: Einführung der DRG's ab 01.01.2013, für die Kinder- und Jugendpsychiatrie) und wie stark wirklich die individuelle Förderung unter dem immer stärkeren Kostendruck im Gesundheitswesen – über die medizinisch-therapeutische Versorgung hinaus – für die Patienten zu bewerkstelligen ist. (siehe im Anhang Interview H. W. Goyer) .

Für die weitere Forschungsarbeit auf diesem Gebiet könnte eine Befragung der beteiligten Personen (ehemalige Patienten, Pflegekräfte und Mitarbeiter der Klinik) sicher fruchtbar sein. Vor allem die Methode der „Oral History“ – hier reden die Betroffenen frei von ihren Erlebnissen (im Gegensatz zur Interviewform) – könnte wertvolle neue Erkenntnisse ergeben.

Hierdurch könnte sich die Chance ergeben, dass die Berichterstatter frei von äußerer Beeinflussung durch den Interviewer, persönliche Ereignisse, Erlebnisse und Bewertungen preisgeben.

12 ANHANG

12.1 GESPRÄCH MIT HERRN DR. JÜRGEN HAAS²⁴³, AM MONTAG, DEN

12.01.2009

Frage: Sehen Sie in den vergangenen Jahren eine Zunahme von psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen in der Kinder- und Jugendheilkunde?

Antwort: Die Tendenz geht in diese Richtung. In der KiGGS- Studie²⁴⁴ zeigt sich deutlich der

²⁴³ „Dr. Rüdiger Haas ist seit Jahresbeginn 2008 Ärztlicher Direktor der LWL- Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Marl-Sinsen.

Er ist 42 Jahre alt. Dr. Haas wechselt aus dem Universitätsklinikum Münster, wo er als Oberarzt tätig war, nach Marl. In Münster beschäftigte er sich schwerpunktmäßig unter anderem mit der Behandlung von Essstörungen und psychiatrischen Erkrankungen im Vorschulbereich. Außerdem war er in der universitären Lehre tätig. Vorherige berufliche Stationen waren das Ludmillenstift in Meppen sowie das St. Rochus-Hospital in Telgte.“ www.lwl.org/pressemitteilungen.php?17831 04.02.2009

²⁴⁴ Die „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) wird vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführt. Mit der ersten KiGGS-Studie (Basiserhebung) von 2003-2006, die damals noch als Kinder- und Jugendgesundheitsurvey bezeichnet wurde, lagen für Deutschland erstmals umfassende und bundesweit repräsentative Gesundheitsdaten für Kinder und Jugendliche vor. Seit 2009 wird KiGGS als Bestandteil des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut als Langzeitstudie fortgeführt.

Merkmale von KiGGS

Der besondere Wert der mit KiGGS erhobenen Gesundheitsdaten ergibt sich aus drei zentralen Merkmalen, die in dieser Kombination in Deutschland einzigartig sind:

- KiGGS stellt wiederholt bundesweit repräsentative Daten zur Verfügung, mit denen die aktuelle gesundheitliche Lage der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren sowie zeitliche Entwicklungstrends beschrieben werden können.
- Mit KiGGS werden Gesundheitsdaten sowohl mit Hilfe von Befragungen als auch mittels medizinischer Untersuchungen, Tests und Laboranalysen erhoben, um validere Messungen und bessere Häufigkeitsschätzungen für Krankheiten zu ermöglichen.
- KiGGS beinhaltet zudem eine Kohorte, d. h. Kinder und Jugendliche der Basiserhebung werden bis ins Erwachsenenalter hinein wiederholt eingeladen, so dass bei weiterer Teilnahme Ursachen und Bedingungen gesundheitlichen Veränderungen im Lebenslauf analysiert werden können.

Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut

Das RKI ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Das Institut hat unter anderem den Auftrag, wissenschaftliche Erkenntnisse zu erarbeiten, die für gesundheitspolitische Entscheidungen genutzt werden.

Grundlage für fundierte gesundheitspolitische Maßnahmen sind umfassende und verlässliche Kenntnisse über die gesundheitliche Lage in Deutschland. Um solche Aussagen treffen zu können, sind aktuelle Gesundheitsdaten erforderlich. Einige Gesundheitsinformationen kommen aus der amtlichen Statistik oder von den Krankenkassen. Es gibt aber viele wichtige Themenbereiche, die nur durch Befragungen, Untersuchungen und Labortests genau abzuklären sind.

Rückgang von somatischen Erkrankungen, aber die Zunahme von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen.

F.: Wie sehen Sie heute den Stand der Klinik?

A.: Die Klinik hat sich aus dem sog. Hardheim mit dem Schwerpunkt für geistig Behinderte zu einer modernen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik entwickelt.

In der heutigen Zeit ist das Angebot an den verschiedenen therapeutischen Ansätzen sehr hoch. Ein Schwerpunkt liegt in die Einbeziehung der Eltern in die Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen. Im Endeffekt gibt es keine Besuchsbeschränkung für die Eltern. Die Eltern werden in die Therapie mit einbezogen. Die Eltern kochen mit den Kindern, sie besuchen zusammen mit den Kindern und Jugendlichen die verschiedenen Therapien.

F. Was hat sich heute im Behandlungskonzept geändert?

A. Die Behandlung ist sehr lösungs- und familienorientiert. Die Behandlung ist sehr verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Die einzelnen Stationen entwickeln ein Behandlungskonzept. 6 Stationen haben dieses bereits fertig. 3 weitere werden dies bis Ende des Jahres fertiggestellt haben.

F.: Welche Behandlungsfelder werden in der Klinik abgedeckt?

A.: Es werden alle psychischen und psychosomatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen abgedeckt, ausgeklammert ist lediglich die Forensik.

F.: Welche großen Unterschiede sehen sie noch in der Behandlung der Patienten im Vergleich heute und zu Beginn der Klinik?

Deshalb führt das RKI unter dem Namen „Gesundheitsmonitoring“ regelmäßig bundesweite Gesundheitsstudien durch. KiGGS gehört zusammen mit der „Studie zur Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland“ (DEGS) und „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) zu den drei Säulen des Gesundheitsmonitorings.

Da einzelne Studien immer nur eine Momentaufnahme des aktuellen Zustands liefern können, sieht das Gesundheitsmonitoring „kontinuierliche“ Datenerhebungen vor.

Die Studien des Gesundheitsmonitorings sind dabei aufeinander abgestimmt und ergänzen sich gegenseitig.

Quelle: <http://www.kiggs-studie.de/deutsch/studie.html>, 06.05.2016

A.: Besonders in der Verweildauer der Patienten/innen hat sich sehr viel verändert. In den 60er Jahren betrug die Verweildauer der Patienten und Patientinnen bis zu 2 Jahre. Heute beträgt die durchschnittliche Verweildauer 40 Tage.

F.: Welche Probleme sehen Sie allgemein in der Bedeutung der Kinder- und Jugendpsychiatrie?

A.: Nach wie vor ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Ausbildung der Mediziner nicht gut aufgestellt. Zu meiner Zeit wurde das Fach nicht als eigenständiges Fach an der Universität unterrichtet und auch heute fehlen an vielen deutschen Universitäten Vorlesungen in Kinder- und Jugendpsychiatrie.

F.: Wo sehen Sie persönlich Schwerpunkte in der Arbeit der Klinik für die Zukunft? Sie beschäftigten sich ja in ihrer Tätigkeit in Münster – vor Beginn der Arbeit in Marl – besonders mit psychischen Erkrankungen von Kindern im Vorschulalter.

A.: Auch hier sehe ich einen Schwerpunkt in der zukünftigen Arbeit der Klinik, die Kinder so früh wie möglich zu erreichen und zu behandeln.

F.: Wie ist es denn von Seiten der Klinik möglich, den Bedarf eines behandlungsbedürftigen Kindes in dem frühen Alter zu entdecken? Kann die Klinik selber Aufklärungsarbeit in Kindergärten, Schulen, Arztpraxen leisten?

A.: Die Klinik kann natürlich nicht direkt Kontakt aufnehmen mit Schulen, Kindergärten und ähnlichem. Dafür ist das Einflussgebiet von 1,6 Millionen Menschen viel zu groß. Der Kontakt zur Klinik wird hergestellt über Kindertagesstätten, Kindergärten, Schulen, Schulärzte, denen bei der Einschulungsuntersuchung etwas auffällt, schulpsychologische Beratungsstelle, Hausärzte, Kinderärzte und andere Institutionen.

F.: Wie wird dann für die Patienten entschieden, wie die Behandlung in der Klinik abläuft?

A.: Der Patient wird ambulant aufgenommen. Dort wird entschieden, auf welche der 12

Stationen er aufgenommen wird. Auf den Stationen gibt es 2 fallführende Fachtherapeuten pro Station, die den/die Patient/in mit einem Team gemeinsam betreuen. Der fallführende Fachtherapeut kann ein Arzt, Psychologe oder Psychotherapeut sein.

F.: Wie wird die Klinik finanziert?

A.: Lediglich über die Tagessätze der Krankenkasse. Die Klinik erhält keine Unterstützung durch den Staat oder den Landschaftsverband.

Eigentlich sind auch viele Gebäude aus den 60er Jahren renovierungsbedürftig. Die Klinik erhält aber z.B. aus dem Konjunkturpaket der Bundesregierung keinerlei Unterstützung.

F.: Sehen Sie im Behandlungsbedarf der Kinder und Jugendlichen eine Veränderung? Sehen Sie Verschiebungen im Bereich der Erkrankungen in eine bestimmte Richtung?

A.: Die Frage ist nicht direkt zu beantworten. Hier müsste man auf Zahlen der Verwaltung zurückkommen.

F.: Wo sehen Sie die Klinik in 10 Jahren? Sehen Sie eine Zukunft in der Größe der Klinik?

A.: Ich hoffe, die Klinik existiert noch in 10 Jahren. Die Tendenz der Landesregierung von NRW geht über zur Förderung von kleinen Kliniken und Behandlungseinheiten. Ich sehe aber die Vorteile unserer großen Klinik, die die Möglichkeit hat ein weitgefächertes und umfangreiches Therapieangebot zu gewährleisten. Die Zukunft der Kinder- und Jugendpsychiatrie sehe ich in der weiteren fachlichen Ausrichtung und Spezialisierung. Ähnlich wie es z.B. die fachliche Ausrichtung in der inneren Medizin wie Gastroenterologe, Kardiologe, u.ä. gibt, erhoffe ich dies auch für die fachliche Spezialisierung der Ärzte für Essstörung, Depressionen und anderes.

Weiterhin wäre der Ausbau der Außenstellen der Klinik vor Ort, vor allem in großen Städten, wie z.B. Gelsenkirchen wünschenswert und anzustreben.

Vielen Dank für das Gespräch

ANHANG :

12.2 INTERVIEW MIT HERRN PETER ELTROP²⁴⁵ AM 19. 07. 2010

Frage: Baubeginn der Klinik war 1968, Bauende 1972 und das letzte Gebäude wurde 1978 erstellt. Um welches Gebäude handelt es sich hier?

Antwort: Die letzten Gebäude waren die Kirche, die Reithalle und ich glaube unser Haus 8, das war dann aber zeitlich etwas vorher. Der Betriebsbeginn war aber schon am 01.04.1966, in den alten Gebäuden der Tbc-Klinik.

Frage: Welches Gebäude wurde 1978 erbaut?

Antwort: Ich meine die Kirche und die Reithalle.

Frage: Die Klinik ist gut 40 Jahre alt, wie sah in der Vergangenheit der Umbau und wie der Renovierungsbedarf aus? Wie ist dieser Zustand heute? Sind nach 1978 noch Gebäude hinzugekommen?

Antwort: Dazugekommen ist nichts mehr, nur die Gebäude sind umfassend saniert worden. Wir haben die sehr üppige Infrastruktur genutzt, um die Stationen zu verkleinern mit der Reduktion der Betten, die ja dadurch bedingt war, dass wir auf der einen Seiten den geistig behinderten Bereich ausgelagert haben und dass zusätzliche Anbieter auf den Markt kamen, die in unsere Pflichtversorgung eingedrungen sind. Das Pflichtversorgungsgebiet wurde verkleinert, das hatte zur Folge, dass die Bettenzahl herunterging und das haben wir genutzt, um die Stationen kleiner zu machen. Wenn wir früher 20 bis 25 Betten pro Station hatten, so sind es heute nur noch 10 bis 12. Somit erklärt sich dann auch, dass die Infrastruktur gleichgeblieben ist. Teilweise haben wir sehr viel saniert. Auch haben wir zusätzlich frei werdende Gebäudesubstanz dazu genutzt, um andere dort unterzubringen, damit die Infrastruktur auch ausgelastet ist.

Wir haben hier eine Fußballschule und ein Fußballinternat, wir haben zwei Jugendgruppen hier, einmal eine überwiegend Mädchengruppe, der Jugendhilfe Overdiek aus Bochum. Die Wohngruppe „Kosmos“ befindet sich auch hier auf dem Gelände. Diese Gruppe ist eine

²⁴⁵ P. Eltrop ist kaufmännischer Direktor der Klinik seit den 80er Jahren, zuvor war er ab 1979 stellvertretender Verwaltungsleiter

Intensivwohngruppe, wo Kinder und Jugendliche im Übergang von der Entlassung aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie bis hin zum Heim oder Elternhaus als „Zwischenstufe“ wohnen. Das sind im Grunde genommen Externe.

Frage: Geschieht das um die Patienten mehr zu integrieren?

Antwort: Das hat zunächst wirtschaftliche Gründe, um die Infrastruktur auszulasten und den zusätzlichen Impuls, dass sich dadurch die Klinik öffnet, Gemeindenähe hergestellt wird, was im normalen Leben ja auch stattfindet.

Frage: Gilt das Gleiche auch für die Reithalle?

Antwort: Wir haben einen Reitverein, der bringt natürlich auch Leben in den Laden hier und warum sollen die Betriebsstätten nicht genutzt werden, wenn sie nicht nur von den Patienten benötigt werden. Wenn also dort Zeiten frei sind.

Frage: Wie war der Ausbau von Gebäuden in der Klinik nach 1978?

Antwort: Wir haben ein Dachgeschoss ausgebaut in Haus 1, dann haben wir die Cafeteria komplett umgebaut, im Grunde genommen waren das alles mehr oder weniger Sanierungsarbeiten. Wir haben statt der Flachdächer Satteldächer auf 3 Gebäuden. Für alle hat das Geld nicht mehr gereicht.

Frage: Wie ist das mit der Dämmung?

Antwort: Die ist schlecht. Da haben wir nur durch neue Fenster nachgebessert. Aber an den Fassaden selbst konnten wir nicht mehr viel machen.

Frage: Die folgenden Fragen beziehen sich auf das Personal von Anfang der Klinik bis heute. Wie sieht die Entwicklung des Personalschlüssels aus? Wie viele Ärzte hatten sie damals, wie viele heute?

Antwort: Der ärztlich-therapeutische Dienst hat sich total ausgeweitet. Professor Machetanz war ja zu bedauern mit wie wenig Ärzten er hier gearbeitet hat. Mit 5 oder 6 Ärzten hat er

damals angefangen, aber durch eine Verordnung von 1978 haben wir die Personalstruktur im ärztlich-therapeutischen Dienst verbessern können.

Im Pflegedienst ist der Sprung nicht so groß gewesen. Da sind die Zuwächse verhalten verlaufen. In der letzten Zeit hatten wir entweder eine gleichbleibende Personalbesetzung bei gestiegenen Fallzahlen oder wir mussten sogar Personal abbauen.

Frage: Und wie sieht das im therapeutischen Bereich aus? Hat die Klinik sehr viele Angebote?

Antwort: Wir haben ein unheimlich breitgefächertes Angebot. Ich glaube, es gibt für Kinder- und Jugendpsychiatrie kein Angebot, das wir nicht haben. Es gibt z. B. Ergotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Reittherapie, Tanztherapie.

Frage: Da ist also das personelle Angebot erweitert worden?

Antwort: Ja, das konnte auch erweitert werden, weil eine Refinanzierung gesichert war.

Frage: Wodurch erfolgte die Refinanzierung?

Antwort: Durch eine Personalpsychiatrieverordnung 1998. An der habe ich auch mitgearbeitet. Diese ist für die Kinder- und Jugendpsychiatrie speziell, aber auch für die Erwachsenenpsychiatrie erarbeitet worden. Anstoß war damals die Psychiatrie-Enquete (1978). Auf Grund des Berichtes der Enquete Kommission ist es zu einer deutlichen Verbesserung in der personellen Besetzung der Psychiatrie gekommen.

Frage: Wie sah es in der Verwaltung aus?

Antwort: Die Verwaltung ist sukzessive größer geworden, aber inzwischen baut man die Patientenfernbereiche eher wieder ab. Man versucht Synergieeffekte zu nutzen. Indem ich z.B. für drei Kliniken zuständig bin, habe somit auch Synergieeffekt über drei Verwaltungen. Da sind also Reduktionen vorgenommen worden, auch im Technikbereich und im wirtschaftlichen Bereich.

Die Küche haben wir erhalten können, weil wir auch noch andere Institutionen und Kliniken, die ich jetzt mitleite, versorgen. Unsere Küche beliefert somit z. B. auch Hamm und die Existenz ist somit auch gesichert.

Frage: Haben Sie im wirtschaftlichen Bereich auch Fremdfirmen?

Antwort: Die Reinigung wird fremd vergeben und wir haben Rahmenverträge in der Technik für bestimmte Gewerke, also die Technik wird auch überwiegend mit Fremdvergaben gearbeitet.

Frage: Haben sie einen eigenen Hausmeisterbetrieb?

Antwort: Natürlich, für Notreparaturen ist noch eine gut ausgestattete Technik vorhanden, die allerdings im Vergleich zu den Ursprungszeiten stark abgebaut worden ist, weil die Politik angestrebt hat, lieber mehr Geld in die patientennahen Berufe zu geben und eher die patientenfernen Dienste zu reduzieren.

Frage: Wie sieht es mit der Stellenbesetzung im ärztlichen Bereich aus? Bemerkten Sie auch hier den Ärztemangel?

Antwort: Wir haben die Stellen alle besetzt, d.h. relativ besetzt. Wir bieten den Ärzten auch besondere Anreize. Ich sehe da auch jetzt noch keine Entlastung, es ist schon eine angespannte Situation.

Frage: Was heißt besondere Anreize?

Antwort: Dass wir Fortbildungen übernehmen und finanzieren. Während der ganzen Assistentenzeit, – es ist ja eine sehr aufwendige Ausbildung – (4 Jahre mit zig Fortbildungen) sind wir relativ großzügig.

Für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist der Markt sowieso nicht so groß. Von den wenigen muss man sehen, dass man auch welche mitbekommt. Da ist schon Konkurrenz auch untereinander und wir hoffen, dass wir unsere Stellen immer besetzt bekommen, aber es wird schwieriger.

Frage: Nach welchem Tarif werden die Ärzte besoldet?

Antwort: Die Ärzte haben sich jetzt alle dem Marburger Bund angeschlossen.

Frage: Wie sieht es im Pflegebereich aus?

Antwort: Man spricht davon, dass sich ein Pflegenotstand – wie wir ihn schon vor Jahren hatten – wiederholen könnte. Das sehe ich im Moment nicht so gravierend. Wir können im Moment unsere Pflegestellen alle besetzen. Wir kommen über die Runden. Bei der Besetzung mit Ärzten sehe ich Probleme, die sich noch verstärken könnten.

Frage: Wie sehen die wirtschaftlichen Zahlen der Klinik aus? Wie hat sich der Haushalt im Laufe der Jahre verändert?

Antwort: Früher gab es einen Einheitspflegesatz für alle Kliniken des Landschaftsverbandes, das hat sich inzwischen geändert. Jede Klinik handelt ihren eigenen Pflegesatz aus, mit individuellen Kostenstrukturen im Personal- und Sachkostenbereich. Im Moment kommen wir über die Runden. Wir schreiben schwarze Zahlen, wir haben keine Defizite wie die somatischen Kliniken, aber ab 01.01.2013 bekommen wir ein neues Entgeltsystem, auch für die Psychiatrie, auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, ähnlich wie die DRG's in der Somatik. Da haben wir die große Befürchtung, dass die Rieseninfrastruktur, die ja so teuer ist, möglicherweise durchs Netz fällt. Etwa tagesgleiche Pflegesätze, das könnte problematisch werden. Da versuchen wir auch, indem wir uns als Kalkulationskrankenhaus beworben haben, mitzuhelfen. Marl und Hamm sind die größten in der Bundesrepublik, wenn nicht sogar in Europa, wenn nicht sogar in der Welt.

Heute sind die kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen oft Kleinstkrankenhäuser mit ganz anderen Kostenstrukturen. Das ist natürlich ein Problem.

Zu dem Belegungsrückgang hat auch die kürzere Verweildauer beigetragen. Früher ging die Behandlungsdauer über Jahre, heute sind es nur noch zwischen 40 und 50 Tage.

Frage: Wer übernimmt die Finanzierung der Klinik bezüglich bauliche Infrastruktur und Patientenbelange?

Antwort: Das ist wie bei allen Krankenhäusern. Wir haben die sogenannte dualistische Finanzierung. Also nicht die Städte, sondern die Länder finanzieren die Investitionen, wobei die Besonderheit für NRW ist, dass diese Investitionsfinanzierung umgestellt worden ist. Früher wurden Einzelprojekte finanziert. Beispiel: Brauchte man eine neue Tagesklinik, so wurde sie mit einem Festbetrag finanziert. Jetzt bekommen wir Baupauschalen, die sich an die Leistungswerte der Kliniken knüpfen und danach berechnet werden. Aus diesen Baupauschalen müssen wir dann die Investitionen tätigen, um dann beispielsweise ein Darlehen aus diesen Baupauschalen zu finanzieren, also Zins- und Tilgungsleistungen, um irgendwelche Neubauten durchführen zu können. Die Instandhaltung wird dann aus dem Pflegesatz bezahlt. Und das wäre dann der 2. Part, die Nutzerkosten, Personal- und Sachkosten. Kleine Baumaßnahmen, Instandhaltungen werden aus dem Pflegesatz bezahlt und die Personalkosten auch. Personalkosten machen den größten Teil aus im Budget. Sie belaufen sich in der Bandbreite zwischen 75 und 85 Prozent des Budgets.

Frage: Wie sieht das mit Einsparzwang aus?

Antwort: Ganz dramatisch. Man kann zumindest für den Pflegedienst sagen, es ist Personalabbau erfolgt. Dadurch dass insbesondere auf Grund der Systematik in der Gesetzgebung in der Finanzierung der Krankenhäuser keine Refinanzierung der Tarifierhöhung erfolgte, so dass die Schere immer weiter auseinander ging. Was wir an Geldern zahlen können aus dem Pflegesatz und was tatsächlich an Geldern vorhanden war, klappte auseinander, so dass ein Personalabbau erfolgen musste.

Wir konnten aber, obwohl wir über die Psychiatrie Personalverordnung einen höheren Anspruch auf Personal hatten, das im Pflegedienst nicht mehr bezahlen, weil über Jahre die Schere immer weiter auseinander ging. Im ärztlichen Bereich genauso, aber da war es nicht so ganz dramatisch.

Frage: Ging dann das auch zu Lasten der Mitarbeiter? Kam es auch zu Entlassungen?

Antwort: Ja, ja wir haben es aber geschafft, keine Mitarbeiter zu entlassen, sondern durch normale Fluktuation, insbesondere durch befristete Verträge dieses Problem zu lösen.

Frage: Hatten die Patienten auch Lasten davon zu tragen?

Antwort: Ja, wenn sie vorher 100% hatten und später weniger, dann musste der einzelne Mitarbeiter ein bisschen mehr von den Schultern der anderen tragen. Qualitativ wird beim Patienten weniger ankommen, da muss man sich nichts vormachen. Sonst wäre das Personal vorher ja zu viel gewesen.

Frage: Wie sieht die übergeordnete Struktur der Klinik aus? Zu welchem Verbund gehört sie?

Antwort: Wir haben erst mal ein Kollektiv als Leitung, also eine Betriebsleitung mit einem Pflegedirektor, mit einem ärztlichen Direktor, einem kaufmännischen Direktor, wobei ich als kaufmännischer Direktor noch 2 weitere Kliniken im regionalen Netz habe (Marl und Dortmund). Träger ist der Landschaftsverband Westfalen-Lippe, das ist also keine staatliche Institution, sondern eine Selbstverwaltungskörperschaft, also strukturiert wie eine Kommune, wie eine Gemeinde, ein Zusammenschluss von Kreisen und kreisfreien Städten in Westfalen Lippe, die dann eine Umlage zahlen an den Landschaftsverband und der finanziert dann allerdings nicht die Kliniken daraus, sondern allenfalls die Overheadkosten. Wir als Klinik finanzieren uns ganz allein über dieses duale Finanzsystem. Investitionskosten vom Land und ansonsten müssen wir von dem Budget, was wir mit den Krankenkassen aushandeln, auskommen. Wir nehmen also keinen müden Euro aus dem Haushalt des Landschaftsverbandes.

Frage: Wie sieht der Einfluss des Landschaftsverbandes aus?

Antwort: Der ist groß als Träger. Wir haben unsere Abteilung 65, die nennt sich, – unter Vorbehalt- Abteilung für Krankenhäuser und Psychiatrie. Da ist so die strategische Zentrale, da werden also im Grunde genommen wie in einem Konzern, die Kliniken mit der obersten Heeresleitung geführt, ansonsten sind die Kliniken vor Ort relativ selbstständig. Sie haben eine relativ autonome Stellung. Die Politik hat Einfluss auf die Klinik durch den eigenen Gesundheits- und Krankenhausausschuss. Die Vertreter der Kommunen entscheiden dann auch mit über die Geschicke der Kliniken. Da wird der Jahresabschluss beschlossen, die Aufstellung des Wirtschaftsplanes, Stellenpläne und Baumaßnahmen werden alle in diesem Gesundheits- und Krankenhausausschuss – als Fachausschuss – beschlossen. Der geht dann in die weiteren Ausschüsse ggf. in die Landschaftsversammlung ein.

Frage: Wo sind diese Fachausschüsse angegliedert?

Antwort: Sie sind beim Träger angesiedelt, der tagt in Münster, das ist sozusagen die Hauptstadt des Landschaftsverbandes. Die Landschaftsversammlung ist das höchste Gremium, darunter ist der Landschaftsausschuss. Der Landschaftsausschuss beschließt auch über personelle Dinge, diese werden im Gesundheits- und Krankenhausausschuss vorbereitet.

Frage: Wie sieht der übergeordnete Einfluss der Politik aus? Stadt, Land, Kreise?

Antwort: Über diesen Gesundheits- und Krankenhausausschuss – da sind ja die Vertreter der Kreise und Städte, die ein gewichtiges Wort mitzureden haben, wenn es um grundsätzliche und strategische Aufgabenstellungen der Kliniken geht, also bis hin zum Jahresabschluss, Wirtschaftsplan und Stellenplan.

Frage: Haben Städte und Land keinen Anteil an der Finanzierung?

Antwort: Nein, nein, da legt auch der heutige Landesdirektor Dr. Kirsch sehr Wert drauf, dass nicht ein müder Euro aus der Umlage des Landschaftsverbandes in die Klinik fließt, sondern die Kliniken finanzieren sich selber.

Frage: Wie sieht das Verhältnis zwischen Personal und Patienten aus? Hat sich das sehr stark verändert?

Antwort: Nein, also das muss man sagen, die Quote – wenn sie die Kennziffern sehen pro Berufsgruppe, pro Patient und wie viel Mitarbeiter, dann hat sich es immens verbessert gegenüber früher zu Machetanz Zeiten, nicht zuletzt durch diese Personal-Psychiatrieverordnung, die kann man für die Psychiatrie als Jahrhundertwerk bezeichnen. Sie hat uns sehr gute Zuwächse gebracht.

Frage: Welche Ausbildungsplätze gibt es in der Klinik?

Antwort: Eigentlich jetzt – was den ärztlich-therapeutischen Bereich angeht – keine mehr. Wir hatten früher eine Krankenpflegeschule, die ist aber auf Grund wirtschaftlicher Situation zugemacht worden, auch weil wir den Bedarf auch nicht mehr hatten.

Frage: Wann ist die aufgelöst worden?

Antwort: Vor etwa 10 Jahren. Ansonsten haben wir nur noch im Bereich Verwaltung, Technik und Küche Ausbildungsplätze. Im Pflege- wie auch im erzieherischen Dienst können Praktikanten arbeiten.

Frage: Welche Verbindungen gibt es zu Universitäten. Sind sie Lehrkrankenhaus?

Antwort: Sind wir nicht, unsere Schwesternklinik im regionalen Netz Hamm ist jetzt tauf frisch vor ein paar Tagen Uniklinik geworden, angegliedert an die Uni Bochum. Wir sind kein Lehrkrankenhaus. Wir überlegen, möglicherweise an die Fachhochschule Bochum angebunden zu werden. Das ist jedoch noch im Frühstadium. Eine Verbindung, dass Studenten in die Klinik kommen, gibt es nicht mehr. Professor Machetanz hatte eine APL-Professur²⁴⁶, da kamen dann Studenten wöchentlich mit dem Bus hierher. In der Klinik wurden Vorlesungen gehalten. Das ist nicht mehr fortgeführt worden, weil der Nachfolger auch die Professur nicht hatte.

Frage: Sind Famulaturen möglich?

Antwort: Ja, aber ein praktisches Jahr nicht, weil die Klinik kein Lehrkrankenhaus ist.

Frage: Welche strukturellen und organisatorischen Veränderungen gab es im Laufe der Jahre? zum Beispiel Aufteilung der Stationen?

²⁴⁶ „Der Titel außerplanmäßiger Professor (apl. Prof., apl. Professor) entstand 1933–35 in der NS-Zeit. Vorher wurden diese Hochschullehrer als „nicht beamtete außerordentliche Professoren“, kurz „n. b. ao. Professor“, genannt. Die Bezeichnung kann von Hochschulen mit Promotions- und Habilitationsrecht an Personen verliehen werden, die promoviert sind, zumeist aufgrund der erworbenen Lehrbefähigung (Habilitation) die Lehrbefugnis (*venia legendi*) besitzen und zudem in Forschung und Lehre nach Ansicht ihrer Fakultät hervorragende Leistungen erbracht haben. Die Verleihung der Bezeichnung (beziehungsweise Würde/Titel) wird durch die Hochschulgesetze der Länder und teilweise weitergehend durch die einzelnen Hochschulen in Satzungen geregelt. Die Bezeichnung ist keine Amts- oder Dienstbezeichnung und in der Regel nicht mit einem Beschäftigungs- oder Dienstverhältnis an einer Hochschule verknüpft. Zu apl. Professoren sollen in einigen Bundesländern Personen an einer Hochschule dann nicht bestellt werden, wenn sie dort zugleich hauptberuflich tätig sind; in anderen hingegen werden gerade fest angestellte oder verbeamtete habilitierte Angehörige des Mittelbaus oft zu apl. Professoren ernannt. Sie haben die Befugnis, die akademische Bezeichnung „Professor“ ohne weiteren Zusatz zu führen und sind daher für Außenstehende und Studenten oft nicht von W-2- oder W-3-Professoren zu unterscheiden. In einigen Bundesländern ist die Fortführung der Bezeichnung nach der Verabschiedung und Beendigung der Tätigkeit an eine Erlaubnis durch die zuständige Landesbehörde gebunden.“ Quelle: http://de.wikipedia.org/wiki/Professur#Au.C3.9Ferplanm.C3.A4.C3.9Fige_Professoren 06.05.2016

Antwort: Die Struktur hat sich dramatisch geändert. Die Belegzahlen haben sich fast halbiert, was auch auf die kürzere Verweildauer zurückzuführen ist. Ging früher die Behandlung über Jahre, so sind es heute nur noch zwischen 40 und 50 Tage. Dann ist die Leitungsstruktur mit dem 1. Krankenhausgesetz NRW eine andere geworden. Prof. Machetanz, der ärztliche Direktor war damals oberster Chef. Er ist ersetzt worden durch ein Kollektiv, also ärztlicher Direktor, Pflegedirektor und kaufmännischer Direktor. Und damals lag das alles in einer Hand. Es gab eine untergeordnete Hierarchie. Verwaltungsleiter und Pflegedienstleiter. Die Verantwortung lag jedoch beim ärztlichen Direktor, auch für die komplette Verwaltung und Technik.

Frage: Wann ist das geändert worden?

Antwort: Ich meine 1980.

Frage: Hat es Veränderungen bei der Patientenunterbringung gegeben?

Antwort: Die Verkleinerung hat dazu geführt, dass es nicht mehr als 1,2 maximal 3-Bett-Zimmer gibt und ganz fürstlich haben wir es in Haus 1 oder 2. Dort haben wir sogar eigen zugeordnete Nasszellen zu den Patientenzimmern, aber das ließ sich aus finanziellen Gründen nicht mehr aufrecht erhalten.

Frage: Und in der Verwaltungsstruktur?

Antwort: Da haben sich Rationalisierungseffekte ergeben, indem man abgespeckt hat, neue Strukturen geschaffen hat, also nicht mehr so viele Abteilungen mit Abteilungsleitung, sondern dort auch 2, 3 Abteilungen mit Abteilungsleitern, wo wir früher 5, 6 Sachgruppen hatten.

Frage: Was wäre Ihnen selber noch wichtig an Veränderungen, die sich in letzten Jahren strukturell ergeben haben? Wo ich nicht explizit nachgefragt habe.

Antwort: Mir fällt nichts ein.

Frage: Gibt es tendenziell eine Veränderung bei den zu behandelnden Krankheiten? Haben sie bestimmte Bereiche, die sie früher behandelt haben und jetzt nicht mehr behandeln?

Antwort: Nein, es haben sich neue Schwerpunkte herauskristallisiert. Aufgrund der Größe und der Therapieangebote konnten wir uns spezialisieren, was andere Kliniken nicht können. So haben wir schwerstverhaltensgestörte, aggressive Patienten, die geschlossen untergebracht werden müssen. Wir haben 2 Stationen für Essstörungen. Wir sind dabei einen Behandlungspfad zu entwickeln, und wir haben überregional die Behandlung von geistig-behinderten psychisch Kranken, was auch nicht jedes Krankenhaus hat. Dann war Schwerpunkt der Klinik sich Integrationsproblemen zu widmen, Sucht, also im Grunde genommen ist die gesamte Bandbreite der kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitsbildern hier behandelbar mit der Spezialisierung auf schwerste Krankheitsbilder, wie z.B. Essstörung, Schwerstverhaltensauffälligkeiten und Psychosen gehören hier zum Standard.

Frage: Sind Erkrankungen hinzugekommen, die man früher nicht kannte?

Antwort: Ja, wo man mehr von spricht – hatte man jedoch früher auch – ist ADHS.

Frage: Also hat man doch von Anfang an viel behandelt?

Antwort: Ja, schon, wobei hinterher ist man schlauer, Traditionell gehörten die geistig Behinderten – auch mehrfach Behinderten – zu der Kinder- und Jugendpsychiatrie, soweit sie minderjährig waren. Es hat sich doch im nach hinein herausgestellt, dass das möglicherweise eine Fehleinschätzung war. Man ist dann hingegangen und hat sie dann in Wohnheime gebracht, in kleinere Einrichtungen, komplementäre Dienste. Das war auch ein großer Prozess vor Jahren, die auszulagern. Machetanz Augenmerk galt besonders dieser Patientengruppe. Er hat die Klinik so groß geplant auf Grund der damaligen Sicht, dass da der Druck entstand, da niemand diese geistig behinderten Menschen aufnehmen konnte. Darum sind von den 504 Betten, die wir damals hatten, garantiert immer über 200 bis 220 diesem Bereich zugeordnet.

Frage: Wann sind diese Patienten ausgegliedert worden?

Antwort: Ja, das ist ein großes Programm des Landschaftsverbandes gewesen. 1986 ist Professor Machetanz ausgeschieden, also in den 80er Jahren, nachdem Machetanz schon weg war, ist das sehr gefördert worden.

Frage: Sind diese Menschen dann in Wohngruppen untergebracht worden?

Antwort: Ja, sie sind dann in komplementären Einrichtungen gemeindenah, ja nicht nur vom Landschaftsverband, sondern auch in freie Träger abgegeben worden. Was übrig geblieben ist, ist jetzt hier und das haben wir hier an der Klinik als Besonderheit, wir haben die Klinik organisatorisch zweigeteilt. Wir haben den Klinikpart – Kinder- und Jugendpsychiatrie und wir haben noch ein Wohnviertel, da sind also die alten geistig Behinderten inzwischen Erwachsene, die so schwer mehrfach behindert sind und nicht verlegt werden konnten. Wir bieten noch Wohnheimplätze für sonst noch geistig Behinderte an, wenn sie stationären Bedarf haben.

Frage: Wie viele Therapieformen bietet die Klinik an und wann sind sie eingeführt worden?

Antwort: Klassisch ist bei uns die Reittherapie – Machetanz war ja Reiter – auch da hat er sehr weitschauend geplant gehabt. Dann die Ergotherapie, die aus der Beschäftigungstherapie hervor gewachsen ist. Die war immer schon Standard.

Bei der Kinder- und Jugendpsychiatrie war die Bewegungstherapie immer schon Standard, vielleicht aus der Krankengymnastik weiter entwickelt worden. Kinder sind ja immer mobil. Hinzukamen die Kunst- und Musiktherapie – das sind die Formen, die sich dann später erst entwickelt haben.

Frage: Wann genau wurden diese Formen eingeführt?

Antwort: Weiß ich nicht, muss man sehen, wann die Leute eingestellt wurden.

Frage: Wie sieht das mit Snoezelen aus?

Antwort: Ja, das ist eine Therapieform, die zu Beginn für den geistig behinderten Bereich gedacht war, aber der jetzt durchaus für den Klinikbereich und jetzt nur noch dafür genutzt wird. Das ist der Herr Forck, der den Bereich aufgebaut hat und immer noch leitet.

Diese Form ist in Holland geboren, aber hier mitentwickelt worden. Also 25-30 Jahre dürfte die Snoezelentherapie schon sein. Sie war früher noch im alten Wohnheim untergebracht, was heute schon gar nicht mehr existiert.

Frage: Gibt es außer der Reit- und Snoezelentherapie noch Therapien, die hier besonders gefördert wurden?

Antwort: Ja, die Tanztherapie haben die wenigsten Kliniken. Dann noch Kunst und Musik, wobei Musiktherapie ja schon fast überall Standard ist.

Frage: Und die tiergestützte Therapie?

Antwort: Die tiergestützte Pädagogik ist tauf frisch. Da haben wir auch neue Wege beschritten – das ist für beide Bereiche: Klinik und Wohnverbund.

Da gibt es auch schon wissenschaftliche Untersuchungen mit Evaluation. Da haben wir auch den Vorreiter gemacht. Auch die Mitarbeiter haben sehr gedrängt. Ich selber war da sehr skeptisch.

Frage: Was heißt tauf frisch?

Antwort: Ja, das ist hier kurz etabliert – 2 Jahre. Wir haben die Mitarbeiter entsprechend aufwendig fortgebildet. Unser Klinikgelände hat sehr viel Freiraum für Esel, Hasen, Ziegen und andere Tiere.

Die Schwimmtherapie zählen wir zu der Bewegungstherapie.

Frage: Gibt es Formen, wo man sagt, die musste man haben, weil andere Kliniken die auch haben?

Antwort: Das ist eher umgekehrt. Man hat sich an diese Klinik orientiert. Die war ja Modellkrankenhaus, also wirklich auch modellhaft konzipiert, keine Gelder gescheut und somit hat man auf uns geguckt und abgekupfert. Wenn ich so heute überlege, wäre so etwas nicht mehr finanzierbar. Diese Infrastruktur mit der Pavillonbauweise auf 34 ha, das kriegen sie heute nicht mehr hin. Früher wurde aus dem Vollen geschöpft. „Wollen sie noch dies oder jenes haben?“

Frage: Früher war die Direktion in einer Hand. Heute ist es geteilt. Wie ist das Verhältnis zwischen Verwaltung und den Ärzten? Wie sind die Befugnisse aufgeteilt?

Antwort: Wir haben eine Betriebssatzung, da ist genau festgelegt, welche Aufgaben in welche Kompetenz gehören und es gibt auch Konfliktregelungen, wenn sich was überschneidet oder man sich nicht einigt. Bei Aufgaben mit grundsätzlicher Bedeutung ist Einigung angesagt, die also über ein Aufgabengebiet hinausgehen, das kommt ja sehr oft vor. Aber primär für die ärztliche Versorgung der ärztliche Trakt und für die pflegerische Versorgung der pflegerische Trakt und für die wirtschaftliche dann meine Wenigkeit.

Frage: Was heißt, sie haben einmal in der Woche Teamsitzungen?

Antwort: Wir tagen einmal pro Woche mit Protokoll, mit Beschlüssen, die dann durchgeführt werden müssen.

Frage: Wie sieht das aus, wenn sie eine Neueinstellung bei den Ärzten haben? Wie sieht da die Befugnis aus?

Antwort: Das hat sich inzwischen auch geändert. Wir haben das inzwischen so gemacht, dass wir das Ergebnis der Pflegesatzverhandlung runter brechen in die einzelnen Bereiche. Dann bringt der ärztliche Direktor – um bei diesem Beispiel zu bleiben – sein Budget und letztlich kann er damit machen, was er will natürlich nur für seine Zwecke. Er kann dann somit entscheiden, ob und wen er einstellen wird, aber er ist verpflichtet, das Budget einzuhalten.

Frage: Kann er noch individuell verhandeln? Wenn jemand eine Stufe höher haben möchte?

Antwort: Nein, nein, er ist am Tarifvertrag gebunden. Wir haben bestimmte Ermessensspielräume im Tarifvertrag, das erfordert Absprache mit der Verwaltung, ob man die dann ausspielt.

Frage: Seit wann sind Sie in der Klinik tätig?

Antwort: Also, ich bin seit 1979 als stellvertretender Verwaltungsleiter – Bezeichnung von damals – jetzt nennt man uns kaufmännische Direktoren. Ich habe Prof. Machetanz noch erlebt als Herrscher aller hier und 1980 kam dann die Umstrukturierung. Den Vorsitz in diesem jetzigen Dreiergremium habe ich.

Frage: Seit wann sind Sie kaufmännischer Direktor?

Antwort: Seit den 80er Jahren.

Frage: Was waren ihre Eindrücke von der Klinik und was waren ihre Zielsetzungen zur Veränderung der Klinik?

Antwort: Ich komme aus Haltern und ich wusste, die Klinik hat einen guten Ruf. Sie war damals schon einer der größten Arbeitgeber in dieser Region, insofern war sie mir nicht fremd. Prof. Machetanz hatte einen sehr, sehr guten Ruf. Er hatte diese Klinik konzipiert, sie war ja neu. Somit hatte ich keine Probleme, was verbessert werden könnte. Es kam der wirtschaftliche Druck aufgrund dieser enormen Infrastruktur, wie kriegst du das gebacken, dass du die Klinik über die Runden bringst. Dann war das Hauptproblem, dass die Klinik ausgelastet ist, dass wir gute Pflegesätze haben und dass wir die Gelder für die Instandhaltung und Sanierung haben. Das waren so die Probleme, also eher aus der wirtschaftlichen Not heraus, zu Innovationen zu kommen. Stichwort Fremdvermietung, also all diese Dinge.

Frage: War der Druck mehr von außen oder wollten sie noch was verändern?

Antwort: Ja schon, was ich noch vergessen habe, wir waren ja Monopolist für eine Region mit 3,2 Millionen Einwohnern und weil nicht zuletzt die Bettenzahlen in der Somatik auch zurückgingen, entdeckten viele auch erst die Kinder- und Jugendpsychiatrie und stießen dann in unser Versorgungsgebiet ein und machten selbst kleine Abteilungen, so dass wir dieser Konkurrenz ausgesetzt waren. Und wir mussten uns auch überlegen, wie bringen wir uns näher an den Patienten ran. Also für ein Gebiet mit 3,2 Millionen Einwohnern, das ging bis nach Steinfurt hoch, ist das sicherlich für Patienten, die besser bei ihren Eltern aufgehoben waren, nicht so gut, dann so entfernt zu sein. Elternhäuser, die nicht so gut betucht waren, konnten ihre Kinder nicht mal besuchen. Aufgrund dieser Gedanken – Stichwort Gemeindenähe, haben wir dann die Tageskliniken eröffnet. Ich meine, die erste 1996 in

Recklinghausen, aber immer in den Ballungsgebieten unseres Versorgungsgebietes, hieß es Tageskliniken eröffnen – mit jeweils 12 bzw. 10 Plätzen in Gronau, und somit waren wir in der Lage vor Ort zu behandeln und wenn Patienten in den Tageskliniken nicht behandelt werden konnten, so konnten wir sie hierhin überweisen und konnten jedoch auch einen zurück überweisen – zur Nachbehandlung in den Tageskliniken. Das verringerte hier die Verweildauer und reduzierte auch hier die Betten. Das war eine ganz moderne Entwicklung, die wir hier eingeleitet haben. So ist also eine Dezentralisierung der Klinik erfolgt. Das war eine große Errungenschaft – sonst hätte es auch hier für den Standort böse ausgesehen. Das fing 1996 an. Die nächste 1999, und von den fünf Tageskliniken wurde als die letzte Gronau 2007 eröffnet.

Frage: Wo sehen Sie heute die Vor- und Nachteile der Klinik, auch hinsichtlich der Größe der Klinik?

Antwort: Nachteil ist der Standort. So etwas würde man heute nicht mehr machen zwischen zwei Kommunen. Man würde heute gemeindenäher sein wollen, also möglicherweise direkt in die Stadt gehen.

Frage: Das war die ursprüngliche Diskussion beim Bau der Klinik?

Antwort: Ja, ich glaube damals hat man das als gegeben und richtig angesehen.

Frage: Bestand nicht die Idee in die Stadt mit einem Hochhaus zu gehen?

Antwort: Ja, das kann sein, das müsste man noch einmal genau nachforschen. Das ist jedoch ein Fehler. Auch die aufwendige Infrastruktur würde man heute nicht mehr so machen und sicherlich über die Größe müsste man nachdenken, ob die so auch angemessen ist. Wichtig ist die Kette: ambulant – teilstationär – stationär, dass die funktioniert, und was ganz neu ist, man müsste überlegen, ob man vielleicht im sog. Hometreatment,²⁴⁷ so zu sagen mehr

²⁴⁷ „Home Treatment: Alternative zum Krankenhaus

Mit dem so genannten Home Treatment (HT) für psychisch beeinträchtigte Menschen wurden in den letzten Jahren viele Erfahrungen gesammelt. Zentraler Bestandteil von HT ist ein multiprofessionelles Behandlungsteam, das den akut psychiatrisch behandlungsbedürftigen Patienten in seiner gewohnten Umgebung rund um die Uhr versorgt. Die Dauer der Intervention sollte nicht länger sein als ein Krankenhausaufenthalt. In Großbritannien bestehen HT-Teams in der Regel aus Gemeindepsychiatrie-Fachpflegern, Pflegehelfern, Sozialarbeitern, Psychiatern und Verwaltungsmitarbeitern. Sie können – je nach Größe der Einzugsgebiete und

aufsuchend Hilfe bietet, dass sie also mögliche gefährdete psychiatrische Erkrankte direkt im häuslichen Umfeld behandelt werden und dahingehend, dass sie gar kein Krankenhausbett oder Tagesklinikplatz in Anspruch zu nehmen brauchen. Das ist eine Entwicklung, die kommt.

Das Problem – damals wie heute – ist die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe auf grund der zwei Finanzierungssysteme. Das sind zwei Sektoren, die hauteng sich verzahnen müssen, aber sich durch die zwei unterschiedlichen Finanzierungssysteme sich eher abgrenzen. Die einen haben kein Geld, die anderen haben Geld und daraus entwickeln sich Probleme. Die Zusammenarbeit – Verzahnung müsste deutlich anders gestaltet werden. Traum wäre da ein gemeinsames Budget für beide, dass man da nicht mehr unterscheiden muss.

Frage: Wo sehen Sie die Vorteile der Klinik?

Antwort: Ja, ganz klar in unserem breit gefächerten Angebot. Wir können – und das kann eine kleine Klinik nicht – jedes Krankheitsbild behandeln. Wenn man einmal überlegt, eine Psychose bei einem geistig Behinderten oder Verhaltensauffälligem, das könnte eine kleine Klinik nicht behandeln. Wir können hier wirklich Milieus schaffen, wo dann differenziert nach Krankheitsbild die Patienten behandelt. Das ist ein Riesenvorteil.

Frage: Wie sehen Sie die Perspektiven für die Zukunft? Gibt es die Klinik in 10 Jahren noch?

Antwort: Ich werde darum kämpfen, dass es so sein wird. Aber ich habe das neue Endgeldsystem angesprochen, es wird nicht einfach werden. Die Klinik ist absolut gesund, schreibt deutlich schwarze Zahlen. Wir sind auch in der Lage, durch Eigenmittel Finanzierungen von Investitionen zu tätigen, aber das Endgeldsystem bereitet mir große Sorge. Wo rein dominant die Leistungen am Patienten bewertet werden, die dann durch die

Kapazität – bis zu 21 Mitarbeiter haben. In den letzten 40 Jahren wurden sechs Studien veröffentlicht, die die Effektivität von HT mit Krankenhausbehandlung von psychisch erkrankten, größtenteils schizophrenen, Patienten verglichen. Danach war HT der stationären Behandlung entweder gleichwertig oder geringfügig überlegen. Außerdem erwies sich das soziale Funktionsniveau der HT-Patienten als besser. Die Angehörigen waren mit dieser Behandlungsalternative zufriedener und fühlten sich mehr entlastet als durch einen stationären Aufenthalt. HT eignet sich nicht für alle: Es gibt Hinweise, dass Patienten mit bipolaren affektiven Störungen zu Hause relativ schwer zu behandeln sind. Ausschlusskriterien sind unter anderem Obdachlosigkeit, keine unterstützenden Angehörigen oder schwere hirnorganische Schäden. Zurzeit gibt es HT-Angebote nur in Krefeld, Frankfurt am Main und Itzehoe. Ms“

Berhe T, Puschner B, Kilian R, Becker T: Home treatment für psychische Erkrankungen aus Zeitschrift: Der Nervenarzt, Berlin Heidelberg Juli 2005, Band 76, S. 822–831.

Spezialisierung besonders teuer werden. Dieses Endgeldsystem bedeutet ja auch einen Durchschnittssatz für alle Verhaltensauffälligkeiten und für bestimmte Aktivitäten. Da werden wir sicherlich runterfahren, was die Infrastruktur angeht und insofern haben diese Kliniken, die diese Infrastruktur nicht haben, natürlich dann einen Wettbewerbsvorteil, deswegen ist meine große Sorge, dass wir nicht zu einer Refinanzierung der Infrastruktur kommen.

Frage: Was ist Ihnen selbst noch wichtig als Schlusswort?

Antwort: Ich hänge sehr an der Klinik. Habe hier sehr viel Herzblut gelassen. Habe Machetanz Erbe gut verwaltet, saniert, für eine Auslastung gesorgt, deshalb finde ich die Klinik unverzichtbar für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung hier in der Region. Wir haben wirklich engagierte Mitarbeiter, die sich lange Jahre für die Klinik einsetzen, auch Übergebüher hier arbeiten und auch für einen guten Ruf hier beigetragen haben. Ich glaube und hoffe, dass es auch so bleiben wird.

Vielen Dank für das Gespräch.

ANHANG

12.3 INTERVIEW MIT HERRN HEINZ-WERNER GOYER²⁴⁸ AM 27.10.2010

Frage: Wo leben sie hier? Wie viele Leute leben hier? In welcher Gemeinschaft leben sie hier? Wo arbeiten sie? Was sind ihre Hobbies?

Antwort: Wir wohnen hier mit 36 Bewohnern. In diesem Haus wohnen wir mit 24 Bewohnern. Es gibt noch eine Außenwohngruppe mit 12 Personen. Die Außenwohngruppe gehört mit dieser Gruppe hier zusammen. Das Haus ist gepachtet und dieses hier ist gekauft.

F.: Wo arbeiten sie?

A.: Ich arbeite in einer Behindertenwerkstatt, bin da untergebracht und bin dort beschäftigt. Ich arbeite dort jeden Tag mit einer ganz normalen Arbeitszeit.

Ich interessiere mich sehr für Kirchengeschichte und ich bin dahinter gestiegen, was meine eigene Konfession war, auch wenn das noch so hart war. Meine Konfession ist richtig römisch katholisch.

F.: Es ist ja bekannt, dass die Klinikkirche sehr groß konzipiert war, nicht zuletzt als Zugeständnis an die katholischen Caritasschwestern, die von der Tuberkulose-Vorgängerklinik übernommen worden sind.

A.: Das war Schwester Lieselotte Ostendorp. Sie hieß richtig Wilhelmine. Das hab ich in Marl erforscht. Ich wollte das haben. Ich habe deswegen geforscht, weil meine Eltern mich bei der Klinikaufnahme nicht begleitet haben. Das war ja so ein Drunter- und Drüber. Wir mussten Schwester Lieselotte sagen.

²⁴⁸ Herr Goyer ist ehemaliger Patient der Klinik. Die Verbindung zu ihm wurde über Frau Gerda Machetanz hergestellt, da Herr Goyer bis zum Tode von Professor Machetanz Kontakt zu ihm und bis heute Kontakt zu Frau Gerda Machetanz hält. Das Gespräch mit Herrn Goyer fand im Zimmer seiner Wohngruppe in Anwesenheit seines Betreuers Herrn Zech statt.

F.: Wie lange war die Schwester in der Klinik?

A.: Schwester Lieselotte war sehr lange in der Klinik. Sie ist 1975 aus dem Dienst in der Klinik ausgetreten. Sie wurde dann ein bisschen krank. Sie kam dann aber immer noch zwischendurch in die Klinik – freiwillig. Sie hat Kirchensachen – so gut es ging – weiter gemacht.

F.: Sie hatten in der Klinik einen Klinikpfarrer. Kam der von außen oder wohnte der dort?

A.: Er kam von auswärts. Er hat auch unsere Schwester Lieselotte beigeetzt. Sie kam gebürtig aus Bocholt. Da hab ich auch nachgehakt in Marl-Lenkerbeck. Die Kirche im Haardheim, das war das letzte Gebäude, das gebaut wurde. Da hatten wir Erntedankgottesdienst gehabt am 1. Oktober 1976. Da war mein Taufpriester mit bei, nur das hab ich zu schnell fotografiert, aber wir hatten keine schnellen Möglichkeiten mit der Zeitung, dass man so allgemeine Zeitungen kriegt. Das hat der Machetanz aber festgehalten und das hat er mir auch geschenkt.

F.: Wann ist die Kirche erbaut und eingeweiht worden?

A.: Die Kirche ist in den 70er Jahren erbaut und 1976 eingeweiht worden.
Die Kirche nennt man Christuskirche.

F.: Weil sie für beide Konfessionen ist?

A.: Richtig

F.: Sie hatten ja sicher die Möglichkeit, den Gottesdienst zu besuchen, wurden die Patienten auch in den Gottesdienst mit einbezogen?

A.: Wir haben da früher Kirchenchor gehabt und ich habe heute noch eine CD, die hab ich damals auf Kasette aufgenommen. Dann hab ich das auf CD überspielt. Hab ich brennen lassen. Das war ja nicht so einfach. Die Kassetten reißen ja. Da sing ich meine Stimme drauf. Und wenn es drauf ankommt, was hab ich in Religion gehabt: eine zwei, aber nur allein da ich gut singen konnte. Frau Orbanscheck war meine Lehrerin, die wohnt in Recklinghausen jetzt,

aber die hat das damals nicht gut ausgehalten. Die hat im Haardheim aufgehört, ist aber von Beruf das gleiche geblieben. Sie ist weiterhin Sonderschullehrerin, aber jetzt in Haltern. Die beiden haben sich durchgesetzt, Schwester Lieselotte und Frau Orbanscheck mit unserem Schuldirektor.

F.: Gab es noch Möglichkeiten, sich in den Gottesdienst mit einzubringen? Lektor, Messdiener

A.: Messdiener hab ich früher nur so ganz normal angezogen und ich hab das in Erkenschwick auch durchgeführt. Da war ich so richtig als Messdiener. Schwester Lieselotte hat uns mit nach Marl-Lenkerbeck genommen. Da sind wir aufgetreten und haben Musik gemacht. Das wusste auch noch ein Pastor Elsing, der wohnt jetzt in Münster. Der hat mir auch die Daten gegeben, welche Priester auch in Marl-Lenkerbeck als Kaplan waren. Heute kann man das alles besser verstehen und begreifen. Dieses Verstehen und Begreifen, da haben sie sich für uns sehr wenig Zeit gelassen. Das hab ich gemerkt selbst. Ein Kaplan hat meine Krankengeschichte von Prof. Machetanz durchgelesen. Da hat sich einer auf den anderen verlassen, aber nicht desto trotz, hatte ich ja damals schon eine Kopie. Da bin ich mit dran gegangen, dass du nach so vielen Ausreden, wie du gesagt hast, was du noch gerne möchtest, da werde ich aus dir noch einen Mann machen. Und da fehlte noch meine Firmung.

F.: Eine andere Sache: Sie haben ja noch Kontakt zu Familie Machetanz. Haben sie noch andere Freundschaften zu Ärzten, Pflegern und Mitpatienten?

A.: Wir wohnen hier noch mit ein paar. Nebenan hier wohnen noch zwei Frauen. Wir reden oft über die alten Zeiten. Die haben auch gesagt, dass die Schließfächer eine Katastrophe waren.

F.: Gab es die nicht?

A.: Doch, doch, die gab es. Aber da waren welche, – andere Mitpatienten – die haben das mutwillig aufgeknackt und kaputtgemacht. Das war fürchterlich, wenn es um Privatangelegenheiten, wegen Zehn-Mark-Schein, ging. Das hatte man nicht unter Kontrolle gehabt. Oder auch Nachtwachen. Ich habe dann auch mal für Machetanz einen Rückblick gemacht. Das war auch wirklich interessant, wie ein Anstreicher mir mal sagte:

“Sagen sie mal, warum gucken sie hier ständig so auf die Gruppe, wie hier alles so abläuft. Sagen sie, haben sie hier auch einmal gewohnt in den 70er Jahren? Sie kommen ja vom Gesicht her auch so schnell nicht mit und so.“

“ Ja, das haben sie richtig eingeschätzt. Das stimmt. Ich bin einen Schritt nach vorne gekommen, aber ich hab hier auch gewohnt.“

„Nee, ne sagen sie bloß, ist das nicht schlimm gewesen?“

Ich sag: „Ich weiß, da konnte man uns Patienten so durch die Scheibe gucken und das im Vier-Bett-Zimmer, es war wirklich eine Katastrophe.“

“Stellen sie sich mal vor, die Feuerwehr müsste kommen und die Scheiben wären geplatzt. Das wäre doch furchtbar, das kann man doch gar nicht verantworten.“

F.: Nochmals zurück auf die Schließfächer. Hatten sie denn ihre eigenen Schließfächer?

A.: Wir hatten doch schon so ein Zylinderschloss gehabt, aber wir konnten nicht beobachten, wer das so ständig aufgeknackt hat. Wenn man mal tief im Schlaf war, wusste man ja nicht, wer was kaputt gemacht hat. Das war nicht so angenehm.

F.: Hatten sie einen eigenen Schrank für ihre eigenen Sachen und ihre eigenen persönlichen Dinge und ihre eigenen Kleider?

A.: Ja, das war draußen. Und die Schwestern haben dann immer auf- und abgeschlossen. Und wir hatten keinen Schlüssel dazu. Das war auch schlimm gewesen.

F.: Hat sich diese Situation im Laufe der Jahre geändert?

A.: Doch, doch, wie ich zuletzt auf 1d war, da gab es nur einen halben Schrank, so in 50 cm in der Breite wie ein Spind, das war dann auch für Patienten und man hatte einen Bettkasten. Das hab ich hier in schwarz-weiß abgebildet.

Von der Einteilung her und wie die gedacht haben mit den Vier-Bett-Zimmern – wie der Malermeister auf mich zustieß, da hab ich gedacht, der hat recht gehabt. Da kann man mal sehen, was die früher für Dummheiten und Schwierigkeiten mit hineingebracht haben. Es wurde damals zu schnell auch in DM gehandelt. Für die Leute war das modern und andere sagen, das war dann eben mal so. Ja, aber wir mussten uns auch rein quälen. Jeder hatte ein

ganz anderes Krankheitsbild, dann war das mit Sonderschule, dann mit Lernen, der eine ist einem auf den Geist gegangen, der andere hat einen Pups gelassen, der andere musste sich ergeben oder erbrechen und all so ein Mist. Das war auch nicht gerade ein Leckerbissen. (Er lacht)

F: Wie alt waren sie, als sie in die Klinik kamen und wie alt waren sie als sie die Klinik verlassen haben, damit man so eine Einordnung hat?

A.: Auf die Frage stelle ich ihnen auch eine Frage: Was würden sie schätzen? Wie alt ich da war?

F.: Ich denke, dass sie als Kind gekommen sind und mit 18 Jahren als Erwachsener die Klinik verlassen haben.

A.: Ich war, als ich in die Klinik kam, 4 Jahre alt und verließ die Klinik mit 18 Jahren, kam dann in die Wohngruppe nach Marl-Brassert, hier die Wohngruppe gab es damals noch nicht.

F.: Welche Jahre waren das dann?

A.: 1980 kam ich nach Marl-Brassert, da hab ich ungefähr 3 Jahre gewohnt.
Aufgenommen wurde ich 1966

F.: Wie war zuletzt der Tagesablauf in der Klinik?

A.: Ja, man musste da Therapie machen, so wie man konnte, da musste man schon mitmachen, ob man wollte oder nicht. Man war da beschäftigt in der Therapie. Ich mit Holzarbeiten. Ich war gut in Weben gewesen und auch Nähen und Metall. Und hier hab ich dann einen kennen gelernt und der ist dann auch verstorben, der war dann in der Metallarbeit.



Abb. 67: Webstuhl in der Klinik

F.: Wie war der Wochenablauf? Hatten sie am Wochenende frei?

A.: Ja, da war jeden Freitag Pflicht gewesen. In den 70er Jahren. Das sagte auch die Katrin – eine Mitpatientin – das war eine richtige Schweinerei, da haben sie uns rein gepresst, da musste man Anzüge anziehen und dies und jenes, für uns war der Freitag der Sonntag, da sind wir ja immer zur Kirche – evangelisch, katholisch – gegangen.

F.: War der Pfarrer freitags in der Klinik, weil er am Wochenende andere Verpflichtungen hatte?

A.: Ja, ja der Gottesdienst war immer am Freitagabend und am Sonntag war kein Gottesdienst. Schwester Lieselotte hat dann zu DM-Zeiten die Leute, die begabt waren und mit denen sie was anfangen konnte, im Taxi am Sonntag mit nach Marl-Lenkerbeck genommen.

Herr Zech: Du musst dann nachher auch mal betonen, wie wichtig Schwester Lieselotte für dich war.

A.: Schwester Lieselotte war für mich wie meine Mutter. Das war wirklich wie meine Mutter. *(weint)* Sie hat mich an die Hand genommen.

F.: War die Schwester immer in Ordenstracht?

A.: Ich dachte erst so wie eine Ordensschwester. Hier in Erkenschwik haben mir ja viele Menschen den Rücken gestärkt, so dass ich die Firmung überhaupt noch gepackt habe. So habe ich überhaupt die Kraft gehabt, das zu schaffen. So schwer war das gewesen, die Schwester Lieselotte war ja wirklich wie eine Mutter. Sie war eine Caritasschwester, das habe ich erst durch Prof. Machetanz erfahren. Er hat mir das erklärt, ich war ja immer neugierig und habe gedacht, fragen kann man ja. Ich bin zu ihm hingefahren und hab gefragt: Wo ist denn der Mispelweg? (Anmerkung: Wohnort von Prof. Machetanz) Dann haben die mich nach links und rechts geschickt. Ich hab es dann gefunden. Früher war das ja auch nicht möglich, weil das Haardheim ja tot liegt. Weil man ja von außen nichts kriegt und früher war das ja so, „wie Behinderte, sind das Kranke huch, hoppla, wie krank denn, ach um Gottes Willen, nee, da müssen wir Abstand halten.“ Da ist ja früher auch nur so gedacht worden. Das war ja auch so ein Problem.

F.: Wie war dann so der Jahresablauf? Persönliche und kirchliche Feste, wie Geburtstag, Weihnachten, Ostern wurden sie auch im Rahmen der Stationen gefeiert?

A.: Ja, die haben uns schon gratuliert. Da musste man auch Küchendienst machen.

F.: Wie waren sie untergebracht? Sie sind als Kleinkind gekommen und wie hat sich die Unterbringung im Laufe der Jahre geändert?

A.: Als Baby war das ja noch ganz lustig. Da hab ich auch schon mal geweint gehabt. Ganz im Anfang war das Haardheim noch ganz klein und winzig. Da war ich im 6-Bett-Zimmer. Da war ich drei oder vier Jahre alt. Ich konnte ja nichts machen, ich bin ja krank gewesen durch unseren Vater, sonst geben ja Eltern keine Kinder ab. So wie mein Bruder mir das sagte, er

hätte uns sonst totgeschlagen. Ich muss ganz ehrlich sagen, ich hab ja ein bisschen lesen und schreiben gelernt. Ich hätte schon nachgehakt, denn ich habe im Haardheim telefonieren gelernt. Da wurde beigebracht, wo man 10- und 50-Pfennig-Stücke einwerfen muss.

Wenn ich das schon spitz gekriegt hätte, oder ich hätte mal nachgefragt, wer war denn der Mann, wer war denn dieser pensionierte Mann, aber das stand nicht drin. Er hat das anonym gemacht. Ein pensionierter Mann brachte mich anonym da rein. Er hat seinen Namen nicht bekannt gegeben. Man kann davon ausgehen, dass er das nicht wollte. Das er das schon selber traurig genug fand. Sonst hätte ja sein Name darin gestanden.

Es stand in der Akte auch nicht drin, dass ich katholisch werden wollte, das schien die Ärzte nicht zu interessieren.

F.: Noch mal zurück auf die Ausgangsfrage. Wie war die Unterbringung dann als Jugendlicher?

A.: Nachher haben sie dann festgestellt, wo man was mit anfangen konnte. Zuletzt auf 1d war ich auch auf einem Einzelzimmer.

F.: Sie haben die Stationen auch gewechselt?

A.: Ja, das ging nach Altersstufen. Nach 1d wollte ich freiwillig hin, ich musste von 1c nicht weg. Aber dann wollte ich weg.

F.: Sie haben sehr viel von der Schwester erzählt. Können sie sich selber an ein positives oder negatives Ereignis erinnern, was für sie prägend war?

A.: Ich musste schmunzeln, als ich die Krankengeschichte durchgelesen habe von Herrn Machetanz, da hab ich viel gesungen. Mein Bruder sagte auch, im Bett hab ich auch viel und durcheinander gesungen. Im Bett hab ich abends so gesungen, was ich im Kindergarten gelernt habe. Dann beim Älterwerden war das gar nicht so einfach. (weint) Man hat sich mit den Patienten nicht immer so gut verstanden.

F.: Wie war der Wechsel der Bezugspersonen (Schichtdienst) für Sie?

A.: Ja, in der Klinik, das fand ich nicht so schön. Da gab es für uns noch nicht mal einen

Ansprechpartner. Das war alles durcheinander, fünf Schwestern oder Pfleger im Dienst.

F.: Hatten Sie den Eindruck, dass genügend Leute im Dienst waren? Wirken sie sehr gestresst, dass sie den Dienst nicht ausrichten konnten?

A.: Doch, die konnten schon ihre Arbeit machen. Die hatten wohl wenig Zeit, um Schularbeiten mit uns zu machen. Später kam jedoch eine andere Frau dafür, die mit uns lesen und schreiben geübt hat, wie es so gerade ging.

F.: Sind Sie genau mit dem 18. Lebensjahr entlassen worden?

A.: Ja, bei mir war das so. Ich kam mit 18 raus. Einige durften länger bleiben.

F.: Wie war der Übergang für Sie? Sind Sie alleine oder sind noch andere Patienten mit ins neue Zuhause gezogen?

A.: Zu der Jahreszeit erst mal ich alleine. Später habe ich dann auch andere kennengelernt. 1967 bin ich gekommen und der andere Anfang der 70er.

F.: Welches Gefühl hatten Sie, als Sie umgezogen sind? Hatten Sie Angst oder war es befreiend?

A.: Ja, das war nicht einfach. Ich bin oft nach Marl reingelaufen und hab den Martin Hülsenbeck gesucht. Der war zwar von der evangelischen Kirche – aber egal. Ich bin auch mal bis zur Klinik gelaufen und habe meine alten Patienten besucht und zurück mit dem Bus. Der Umzug nach hier war schwer, aber die waren auf mich vorbereitet. Frau Weitheim kam aus Holland und hat mir geholfen. Die wusste, dass die Leute mal aus der Psychiatrie raus müssen. Sie hat das Wohnheim 1979 neu und gut aufgebaut.

F.: Hatten Sie danach noch Kontakt zu Pflegern oder Ärzten oder Freundschaften zu Mitbewohnern?

A.: Die ersten Jahre ja, aber später dann nicht mehr. Einer hat mich sehr vermisst und war

traurig. Den hab ich jedes 2. Wochenende besucht. Ich hab angerufen, bin hingefahren und hab sogar herausbekommen, wo er privat wohnt.

Ich konnte auch bei einem Patienten, der noch in der Klinik war, übernachten. Aber heute darf man das nicht mehr, da ist alles anders. Aber die ersten Jahre hab ich das so gemacht.

F.: Zurück zur Klinik wieder. Welche Freiheiten hatten Sie (wie z.B. Taschengeld)?

A.: Beim Taschengeld hab ich immer nachgefragt – wie sieht das hier aus? Krieg ich heute 20 DM? Das konnte ich durcheinander bekommen auch mal 15 DM .

Nur oft wusste ich nicht, wie das ging. Aber die haben uns nie gesagt, im Monat stehen uns 100 DM zur Verfügung. Wenn man was brauchte, haben die einen Kontoauszug gehabt. Die haben uns nicht richtig aufgeklärt. Ich hab gesagt: „Brauch 15 DM.“ Der Landschaftsverband zahlt und ich brauchte nur meine Unterschrift unterschreiben.

F.: Hatten Sie die Möglichkeit am Wochenende das Heim zu verlassen?

A.: Ja, ich hab den Martin besucht. Die haben gesagt, ich soll mir was zutrauen. Das war oft schwer, weil ich ein Einzelgänger war und nicht viel Kontakt zu den anderen hatte. Früher war das ja auch billiger. Einmal hat mich auch eine Weberin mitgenommen. Die ist aber jetzt tot.

F.: Somit hatten Sie auch Kontakt zu Personen außerhalb vom Haardheim?

A.: Ich konnte nur was mit Martin Hülsenbeck anfangen. Ich bin aber immer nach Marl einkaufen gegangen.

F.: Haben Sie die Freizeitangebote in der Klinik angenommen?

A.: Ja, wir haben immer viel mit Reiten gemacht. Ich hab auch immer Spaß beim Weben gehabt und gerne hab ich gesungen. Sport war nicht so gut. Mit dem Bademeister bin ich nicht ausgekommen.

Beim Älterwerden hab ich im Telefonbuch geblättert und die Leute gefunden, mit denen ich was zu tun hatte. Aber der, der den Nikolaus gespielt hat, war ja mit Machetanz befreundet, der ist tot.

Damals durfte man viel nicht fragen, auch nicht, ob katholisch oder evangelisch.

F.: Hatten Sie auch Möglichkeiten, Freizeitaktivitäten außerhalb vom Haardheim wahrzunehmen?

A.: Wir sind gemeinsam in die Ferien gefahren. Das war nicht so teuer. Da sind wir zwei Wochen geblieben. Da konnten die Patienten sich erholen. Meine Karten wurden im Vierbettzimmer zerstört. Die haben festgelegt, wer kann mit wem, und die Station ist verreist einmal im Jahr. Der Preis wurde nicht verraten.

F.: Mein Onkel hat noch an der Universität unterrichtet und Studenten mit in die Klinik gebracht. Hatten Sie Kontakt zu den Studenten?

A.: Ja, die hab ich gesehen. Ich habe auch mal was aufgeführt, durch die Sonderschule, eine Geschichte: Die sieben kleinen Geißlein.

Aber mit den Studenten, das war halt Besuch, die Dinge sind da so gelaufen.

F.: Sie sind als Kind in die Klinik gebracht worden, weil die Verhältnisse zu Hause schwer waren. Wie alt waren Sie? Können Sie sich noch an den ersten Tag erinnern?

A.: Ich war vier Jahre alt. Der Herr Machetanz hat mir gesagt, ich hab am Anfang nur auf den Namen Werner reagiert. Mein Bruder sagte, wir haben zu Hause auch nur Werner gerufen.

F.: War ihr Bruder auch im Haardheim?

A.: Nein, der war in Bochum in einer evangelischen Einrichtung. Ich hab auch noch mehr Geschwister, die waren auch irgendwo im Heim. Ich war jedoch am schlimmsten betroffen. Ich habe über die Familie nachgeforscht, und ich weiß jetzt, wo meine Eltern auf dem Friedhof liegen.

F.: Kennen sie den Menschen, der Sie ins Haardheim gebracht hat?

A.: Nein, das war anonym. Ich hab den nicht mehr gesehen. Sonst hätte ich den gerne mal von der Telefonzelle angerufen – schon als Schüler.

F.: Haben Sie hier in der Nähe gewohnt?

A.: Nein, dieser Mensch hat gesagt: „Da in dem Bochumer Elternhaus sieht es sehr, sehr schlimm aus.“ Das war also 25 km entfernt, das Bochum.

1996 habe ich beschlossen – als ich über die Sache so nachgedacht habe – meinen Namenstag zu feiern. Schwester Liselotte hat da nicht locker gelassen.

Betreuer fügt ein: Dann hat man noch aus dem Hans Werner einen Heinz Werner gemacht.

A.: Ja, das war so aus den Unterlagen später hervorgegangen. Ich heiß richtig Heinz Werner. Die haben mir ja damals nicht meinen Personalausweis oder Behindertenausweis gegeben. Entweder die haben sich vertan oder ich hab mich vertan.

F.: Ist Ihnen bewusst, wie lange Sie gebraucht haben um richtig „anzukommen“?

A.: Machetanz hat mir geholfen. Er hat später gesagt, wo ich mich dran erinnern kann, soll ich aufschreiben. Es gibt dann einen Kopierer und dann machen wir das so.

Ich war im Kindergarten und hab zuletzt auf 1d gewohnt. Und ich war in der Sonderschule, das reicht.

Was ganz schlimm ist, es fehlen Zeugnisse, auch von meiner Taufpatin. Der Sonderschullehrer hat viel verbummelt. Später ist er dann mit den Zeugnissen rausgerückt.

F.: Welche Therapien haben Sie gemacht?

A.: Ich habe gewebt und genäht und mit Holz und Metall gearbeitet. Für die Werkstunde habe ich einen Förderkurs gemacht. Die haben alle gestaunt, was ich konnte und wie gut ich weben konnte.

F.: Mussten Sie noch Medikamente nehmen?

A.: Nein, gar nicht. Das war erst, als ich mit der Werkstatt nicht fertig wurde. Da hatte ich Streit mit anderen. Der von der Werkstatt hat sich dann im Wohnheim beschwert. Da war ich so durcheinander, weil der was erzählt hat, was nicht stimmte. Ja, dann ist mir eine Dummheit

passiert – ist mir auch nicht wieder passiert. Ich habe Selbstmord versucht. Der Arbeitgeber – die Werkstatt – hat mir so zugesetzt. Das war 1986. Dann war ich in der psychiatrischen Klinik in Waltrop.

F.: Wie war die Betreuung im Haardheim (von Pflegern, Ärzten)?

A.: Früher war das so – da musste man sehr viel „Sie“ sagen. Später war es sehr freundschaftlich. Zuerst war es zum Verrücktwerden. Wir sind die Macht – die Schwestern mit „Häubchen“, „wenn ihr nicht hört, ist was los.“

Mitte der 70er wurde es dann etwas besser.

Wenn man so laut war oder man sich nicht benommen hat, wurde man im Essraum eingesperrt. Dann haben die Patienten mit Lebensmittel rumgeworfen. Das war sehr furchtbar. Mitte der 70er muss einer der Leute, die schon lange in der Klinik sind, das mal angeschnitten haben, dass das so nicht geht. Dann wurden die mal endlich locker (lacht ha, ha, ha).

F.: Sie haben bereits erzählt, dass Sie zur Schule gegangen sind. Wie war dort die Betreuung?

A.: Ja, die Schule war im Haardheim. Das war eine Sonderschule. Ja, da war ein Mädchen, die hat mich so geärgert, dass ich ihr eine Tracht Prügel gegeben habe. Die hat die Nase geputzt und immer 1000 Taschentücher bei mir hingelegt. Da hab ich gesagt: „Fräuleinchen, nun hör auf!!!“ Das konnte ich nicht ertragen. Dann hat der Lehrer mich angeschrien: „Schämst du dich nicht, man schlägt keine Mädchen!“ Darauf ich: „Die muss sich schämen. Hab ich der schon 1000mal gesagt.“

Das war Mitte der 70er. Ich wurde dafür nicht mehr eingesperrt. Die waren alle baff. Sonst habe ich mich in der Schule immer so gut verhalten, wie es so gerade ging.

F.: Wie viele waren in einer Klasse?

A.: Ja, so etwa 12 in einem Jahrgang pro Klasse.

F.: Wie waren die sanitären Einrichtungen (Bad ...)?

A.: Das war eine große Katastrophe. Es gab nur 2 Duschen und eine große Badewanne und eine kleine Badewanne für 18 Patienten. Wenn ich der Klinik einen Tipp geben soll: Jeder

braucht ein eigenes WC, Kinder sollen nur mit 2 auf einem Zimmer, und es sollten Freunde sein.

Später gab es auch 2 Bettzimmer. Ich war damals schon froh, dass ich ein 4 Bettzimmer hatte und nicht noch mehr auf meinem Zimmer.

F.: Waren Jungen und Mädchen auf einer Station?

A.: Nein, früher war das getrennt.

F.: Wie war das Essen?

A.: Das hat mir geschmeckt. Es war also ganz gut.

F.: Wie war das Verhältnis zu den Mitpatienten?

A.: Ich war ein Einzelgänger, aber auf 1c hatte ich auch mal einen Freund. Den sehe ich jetzt auch hin und wieder. Er wohnt jetzt in Recklinghausen.

F.: Gab es Konflikte zwischen Ihnen und den anderen?

A.: Ja, wenn man das wollte, war das nicht immer gut. Die Gruppen waren zu groß. Mit 18 Leuten wusste man nicht immer sofort, wer schuld hatte. Fand ich doof. Warum tun die die Gruppen nicht kleiner? Wie in der Politik. Die CDU sagt „Ja“, die SPD „Nein“ und dann noch die Linken, die da so stehen. Alle wollen recht haben. Das war früher zu groß – die Gruppen - hab ich direkt gesagt: Warum machen die das nicht familiär?

F.: Hatten Sie Einfluss auf ihre Therapieform oder Freizeitgestaltung? (wie z.B. Reittherapie?)

A.: Nein, das haben die aufgeschrieben. Wir sind mit ein paar Leuten im Kleinbus nach Marl Sinsen gefahren, bevor wir die Reithalle bekommen haben. Das ging abwechselnd. Damals konnte man Reiten, Weben, in der Schreinerei oder mit Metall arbeiten. Hab ich auch gemacht. Das Snoezelen haben die jetzt auch. Früher jedoch noch nicht. Das habe ich erst hier hinzugelernt.

Getanzt habe ich auch mal. Da war ein Alter. Der hat eine dicke Havanna geraucht und immer laut gerufen: „Vor – zwei, drei, vier, vor – zwei, drei, vier.“ Da hab ich nur gedacht: „Mach das mal mit.“ Die Leute haben eine große Phantasie. Das war dann auch lustig.

F.: Wie war das, wenn Patienten nicht mitmachen wollten?

A.: Die haben erst geguckt. Dann hat sich auch keiner ausgeschlossen. Ich habe auch im Haardheim Geld verdient: 7,50 DM + eine Fanta.

F.: Sie waren sehr lange in der Klinik. Wie würden Sie den Klinikaufenthalt bewerten?

A.: Ich habe sehr viel gelernt, auch wenn das mit dem Zusammenleben sehr schwierig war. Irgendwie war ich auch traurig wegen meinen Eltern. Im Haardheim war ich jedoch zufrieden. Oft hat mir jedoch auch die Unterstützung gefehlt, weil das Personal einfach keine Zeit hatte. Ich glaube, aus mir wäre noch mehr geworden.

Betreuer bemerkt: Sein Gedächtnis ist nicht gefördert worden. Er hätte bei größerer Förderung auch sein Interesse an Kirche weiter ausbauen können.

Herr Goyer: Ja, das Haardheim ist ja auch nicht katholisch. Die hätten auch mehr sich mit meiner Firmung beschäftigen müssen.

Gucken Sie sich mal meine vielen Ordner an. Was da nicht alles drin steht, hab ich alles nachgeforscht. Da könnten Sie drei Doktorarbeiten von schreiben.

Ja, und meine eigene Beerdigung soll in Lenkerbeck sein.

Die Katrin, eine Mitbewohnerin mit einem Auge hat die nur, will in Sinsen beerdigt werden. Die ist auch evangelisch. Das ist schwierig sich mit ihr auszutauschen. Da bin ich froh, dass ich Schwester Liselotte hatte.

F.: Warum bedeutet Ihnen diese Religion so viel?

A.: Durch Schwester Liselotte und der Rosenkranz bedeutet mir viel.

F.: Haben Sie bemerkt, dass immer mehr gespart wurde oder wurde die Betreuung besser?

A.: Nein, hab ich nicht. Ich finde jetzt gut, dass die Zimmer nicht mehr so voll sind. 1-Bettzimmer, das hätte ich mir damals sehr gewünscht. Und man braucht eine feste Person, wie bei mir jetzt Günther Zech. Das war früher nicht so gegeben.

F.: Wie war das Verhältnis zur Prof. Machetanz?

A.: Der hatte wenig Zeit. Dennoch hat er sich immer gut um seine Patienten gekümmert. Wir haben mal seinen Geburtstag gefeiert. Da hat die Schwester Liselotte mit uns dafür gesorgt, dass er sich freut. Da hat der Professor Machetanz Kaffee und Kuchen bei sich zu Hause vorbereitet und wir haben Lieder gesungen, die Schwester Liselotte uns beigebracht hat. Das war ein toller Montagnachmittag.

Seine Frau, die Gerda, war auch toll zu uns. Der Machetanz war ein Mensch, der mir wichtig war.

Ich hab auch Schwester Liselotte besucht, als sie krank wurde.

F.: Haben Sie jetzt noch Kontakt zum Haardheim (Schwestern, Pflegern)?

A.: Nein, ich kenne dort kaum noch jemanden.

F.: Gibt es Treffen von ehemaligen Patienten?

A.: Nein.

F.: Wie ist ihre Diagnose (medizinisch)?

A.: 70% geistig behindert

Betreuer: Er hat einen riesig positiven Sprung gemacht. Stets an sich gearbeitet.

Herr Goyer: Wir haben mit Machetanz immer gut abgeschnitten. Wir haben auch immer mit Tieren gearbeitet. Manchmal haben wir die auch geschlachtet.

Die haben uns auch immer gut mit Obst versorgt.

Ich hab immer gesagt: „ Heinz Werner schön essen, essen, essen und fit werden.“

Was ich früher nicht gut fand: Die haben uns von der Nachtwache abgehört. Unsere Tür war abgeschlossen. Da hab ich oft geklopft und geklopft bis ich raus kam.

Die Schwester Liselotte war eine Wucht. Damals musste ich mich immer gut anziehen. Dann wurde der Anzug in der Wäschekammer wieder abgenommen wie bei der Bundeswehr. Das war ganz furchtbar.

Vielen Dank für das Gespräch

13 QUELLEN

13. 1 BILDNACHWEIS – GEORDNET NACH ABBILDUNGSNUMMERN

Abb. 1 Das Gebäude der Tuberkulose Klinik „Haardheim“ kurz nach seiner Erbauung

Foto: Archiv der LWL Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marl-Sinsen

Abb. 2 Das Gebäude der ehemaligen Tuberkulose Klinik im heutigen Zustand

Foto: Bernward Ostendarp

Abb. 3 Westfälisches Landeskrankenhaus in der Haard 1968

Foto: Archiv der LWL Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marl-Sinsen

Abb. 4 Lageplan des Haardheim in Marl-Sinsen

Foto: Archiv der LWL Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marl-Sinsen

Abb. 5 Stationsgebäude, kurz nach Erbauung der Klinik

Foto: Archiv der LWL Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marl-Sinsen

Abb. 6 Schwesternhaus (zu Beginn des 21. Jahrhundert auf Grund mangelnden Bedarfs abgebrochen)

Abb. 7 Röntgenanlage

Abb. 8 EEG

Abb. 9 Labor

Abb. 10 Pflege eines Patienten

Abb. 11 auf der Kinderstation

Abb. 12 auf der Kinderstation

Abb. 13 Tanztherapie

Abb. 14 in der Klinikschule

Abb. 15 Reittherapie

Abb. 16 Reittherapie

Abb. 17 Planungsmodell der Klinik (Archiv des WLK in der Haard)

Abb. 18 Lageplan

Fotos 6-18: Archiv der LWL Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marl-Sinsen

Abb. 19 Krankengebäude

Abb. 20 Krankengebäude mit Gehrampe vom 1. Geschoss zum Garten kurz nach Fertigstellung

Abb. 21 Flur vor den Krankenzimmern im Krankengebäude kurz nach Fertigstellung

Abb. 22 Krankengebäude-Spielraum zu Beginn der 70er Jahre

Abb. 23 Turn- und Schwimmhalle

Abb. 24 Krankenhausschule, ein Klassentrakt

Fotos 19-24: „Das Krankenhaus 11/1971 S. 477-488“

Herausgeber : Deutsche Krankenhausgesellschaft Düsseldorf, Mitteilungsblatt der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Arbeitsgemeinschaft Deutsches Krankenhaus, der Fachvereinigung der Verwaltungsleiter deutscher Krankenanstalten des deutschen Krankenhausinstituts e.V., Düsseldorf, des Instituts für Krankenhaus der Technischen Universität Berlin-Charlottenburg und des Deutschen Normenausschusses (Arbeitsausschuss Krankenhauswesen)

Hauptschriftleiter: Dr. W. Wolfram von Wolmar. Verantwortlich für den Nachrichtenteil: H. Wintzer. Anschrift der Schriftleitung: Zeitschrift „Das Krankenhaus“, (4) Düsseldorf-Nord, Tersteegenstrasse 9

Abb. 25 Luftbildaufnahme der Klinik nach Errichtung aller Gebäude

Foto: Archiv der LWL Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marl-Sinsen

Abb. 26 Christuskirche

Foto: Bernward Ostendarp

Abb. 27 zeigt das Verhältnis von Pflegepersonal zu Patientenzahl nach Vollbelegung des früheren „Haardheims“

Bild: „Aus dem Fachkrankenhaus für Jugendpsychiatrie Marl WLK in der Haard (Direktor: Ltd. LMD Dr. E. Machetanz) Personalprobleme bei der Neugründung eines Fachkrankenhauses für Kinderpsychiatrie“ S. 4 Privatarchiv Egon Machetanz Marl-Sinsen

Abb. 28 zeigt den Anteil der männlichen und weiblichen Pflegekräfte und deren Alterszugehörigkeit (Stand vom 31.7.1974) Bild: „Aus dem Fachkrankenhaus für Jugendpsychiatrie Marl WLK in der Haard

(Direktor: Ltd. LMD Dr. E. Machetanz) Personalprobleme bei der Neugründung eines Fachkrankenhauses für Kinderpsychiatrie“ S. 7 Privatarchiv Egon Machetanz Marl-Sinsen

Abb. 29 zeigt den Vergleich des Anstiegs der Patientenzahl vom 1966 bis zum 31. 07. 1974 (Durchschnittsbelegung) mit Zuwachs an Pflegekräften. Bild: „Aus dem Fachkrankenhaus für Jugendpsychiatrie Marl WLK in der Haard

(Direktor: Ltd. LMD Dr. E. Machetanz) Personalprobleme bei der Neugründung eines Fachkrankenhauses für Kinderpsychiatrie“ S. 6 Privatarchiv Egon Machetanz Marl-Sinsen

Abb. 30 zeigt das Verhältnis zwischen Patientenzahl und der Gesamtpersonalzahl des WLK von 1966 bis zum 31.07.1974

Bild: „Aus dem Fachkrankenhaus für Jugendpsychiatrie Marl WLK in der Haard (Direktor: Ltd. LMD Dr. E. Machetanz) Personalprobleme bei der Neugründung eines Fachkrankenhauses für Kinderpsychiatrie“ S. 9 Privatarchiv Egon Machetanz Marl-Sinsen

Abb. 31 zeigt das Verhältnis von voll examinierten Pflegekräften zu ausgebildeten Krankenpflegerhelfern und Schülern der Krankenpflegehilfe-Schule vom Zeitpunkt der Gründung der Einrichtung 1966 bis zum 31.07.1974.“

Bild: „Aus dem Fachkrankenhaus für Jugendpsychiatrie Marl WLK in der Haard (Direktor: Ltd. LMD Dr. E. Machetanz) Personalprobleme bei der Neugründung eines Fachkrankenhauses für Kinderpsychiatrie“ S. 12 Privatarchiv Egon Machetanz Marl-Sinsen

Abb. 32 zeigt die Personalbewegung innerhalb des rein pflegerischen Bereich“

Bild: „Aus dem Fachkrankenhaus für Jugendpsychiatrie Marl WLK in der Haard (Direktor: Ltd. LMD Dr. E. Machetanz) Personalprobleme bei der Neugründung eines Fachkrankenhauses für Kinderpsychiatrie“ S. 15 Privatarchiv Egon Machetanz Marl-Sinsen

Abb. 33 Professor Machetanz während eines Festes in der Klinik

Foto: Archiv der LWL Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marl-Sinsen

Abb. 34 Zeitungsartikel aus WAZ 01.07.1989

Abb. 35 Der Rückgang der Verweildauer

Grafik Bernward Ostendarp

Abb. 36 Bettenzahlen

Grafik Bernward Ostendarp

Abb. 37 Der Anstieg der Fallzahlen für den stationären Bereich

Grafik Bernward Ostendarp

Abb. 38 Zeitungsartikel aus der Borkener Zeitung vom 21.11.1996

Abb. 39 Die Cafeteria in den 70er Jahren

Foto: Archiv der LWL Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marl-Sinsen

Abb. 40 Die Cafeteria nach ihrem Umbau

Foto: Bernward Ostendarp

Abb. 41 Stationshaus nach dem Umbau mit einem Walmdach

Foto: Bernward Ostendarp

Abb. 42 Aufnahmecheckliste Pflege

Abb. 43 Internistischer Befund

Abb. 44 Neurologischer Befund

Abb. 45 Psychopathologischer Befund

Abb. 46 Anmeldung zur Psychodiagnostik

Abb. 47 Planungsbogen Medizinische Diagnostik

Abb. 48 Behandlungsschein

Abb. 49 Befundbogen Ergotherapie

Abb. 50 Befundbogen Montessoritherapie

Abb. 51 Befundbogen Musiktherapie

Abb. 52 Befundbogen Kunsttherapie

Abb. 53 Befundbogen körperbezogene Therapien

Abb. 54 Befundbogen Krankengymnastik

Abb. 55 Befundbogen Reittherapie

Abb. 56 Befundbogen Gestalttherapie

Abb. 57 Befundbogen Snoezeln

Abb.43-55 Behandlungsverlauf in der Westf. Klinik in der Haard: Therapieplanung, Informationswege und Dokumentation Stand vom 15.11.1991 mit Ergänzung vom 01.05.1993.

Abb. 58 Stadtnachrichten vom 14.01.1976

Abb. 59 Westdeutsche Allgemeine Zeitung, Stadtzeitung vom 03.04.1991

Abb. 60 Plan der Klinik in der heutigen Zeit

aus der Verwaltung der LWL Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marl-Sinsen

Abb. 61 Reitplatz

Foto: Bernward Ostendarp

Abb. 62 Reithalle

Foto: Bernward Ostendarp

Abb. 63 Toberaum

Foto: Archiv der LWL Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marl-Sinsen

Abb. 64 Gelände der tiergestützten Therapie

Foto: Bernward Ostendarp

Abb. 65 Klinikschule

Foto: Bernward Ostendarp

Abb. 66 Schild der Fußballschule

Foto: Bernward Ostendarp

Abb. 67 Webstuhl in der Klinik

Foto: Archiv der LWL Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marl-Sinsen

13. 2 QUELLENVERZEICHNISS

- Archiv LWL Archiv: Bibliothek Bestand VWA Nr. 1976, 3
- Archiv LWL Bestand 843 Nr. 484
- Archiv LWL Bestand: Jahresbericht Nr. 1979
- Archiv LWL Bestand: Stellenplan 1988 unverzeichnet
- Archiv LWL Bestand: Stellenplan 1987 unverzeichnet
- Artikel von Egon Machetanz (in 3 Teilen)
- Aufsatz:
“Aus dem Fachkrankenhaus für Jugendpsychiatrie Marl WLK in der Haard (Direktor: Ltd. LMD Dr. E. Machetanz) Personalprobleme bei der Neugründung eines Fachkrankenhauses für Kinderpsychiatrie“ Privatarchiv Egon Machetanz Marl-Sinsen
- Behandlungsverlauf in der Westf. Klinik in der Haard: Therapieplanung, Informationswege und Dokumentation Stand vom 15.11.1991 mit Ergänzung vom 01.05.1993. Betriebsleitung/ Redaktionsleitung: Robert Kiehl, Marl-Sinsen 1991 und 1993
- Brief vom 18.10.1971 von LWL Haupt- und Personalabteilung an alle Dienststellen des LWL Archiv LWL Bestand 622 Nr. 855
- Brief vom 21.01.1977 von Machetanz an den LWL, Archiv LWL Bestand 620 Nr. 855
- Der Nervenarzt 2012/3: 321-328 Autor: G. Silberzahn-Jandt, Prof. Dr. H.-W. Schmuhl DOI: 10.1007/s00115-011-3388-2
- Gespräch mit Gerda Machetanz am 25.11.2011
- Gespräch mit Gerda Machetanz am 22.12.2011
- Gespräch mit Michael Müller (Sachgebietsleiter in der Patientenverwaltung der LWL Klinik in Marl-Sinsen) am 04.01. und 06.01.2012
- Gespräch mit Egon Machetanz am 01.05.2008
- Gespräche mit Machetanz im Frühjahr 2008
- Haardblick (Hauszeitschrift der Westfälischen Landeslinik in der Haard) 2/80,3/80,2/81,S.19, 1/82/ Artikel E. Machetanz S. 25-28
- Haardblick (Hauszeitschrift der Westfälischen Landeslinik in der Haard) Erscheinung: 1/80
- [http:// http://hans-prinzhorn-klinik.de/wir-ueber-uns/kurz-chronik-des-hauses](http://hans-prinzhorn-klinik.de/wir-ueber-uns/kurz-chronik-des-hauses) 06.05.2016
- <http://autismus-kultur.de/autismus/geschichte/hans-asperger.html> 05.06.2011

- http://de.wikipedia.org/wiki/Professur#Au.C3.9Ferplanm.C3.A4.C3.9Fige_Professoren 06.05.2016
- http://de.wikipedia.org/wiki/Leonhard_Seif 06.05.2016
- <http://forum.axishistory.com/search.php?keywords=Egon+Machetanz&sid=2caa505f47cc75d83717e41d6620b286> 06.05.2016
- <http://www.apk-ev.de/public/apk.asp?id=2&mod=User> 18.06.2011
- <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bshg/gesamt.pdf>, 05.06.2016
- <http://www.jugendpsychiatrie-marl.de> 08. 01. 2009 und 06.05.2016
- <http://www.jugendpsychiatrie-marl.de/Leitbild.html>. 08.01.2009 und 06.05.2016
- <http://www.jugendpsychiatrie-marl.de/qualitätssicherung/print.html>. 08.01.2009 und 06.05.2016
- <http://www.kiggs-studie.de/deutsch/studie.html>, 06.05.2016
- <http://www.lebenshilfe.de/wDeutsch/ueber-uns/index.php> 06.05.2016
- http://www.lwl.org/LWL/Der_LWL/ 06.05.2016
- http://www.lwl.org/LWL/Kultur/WestfaelischerFriede/dokumentation/Zeitleiste/index2_html 06.05.2016
- <http://www.lwl.org/pressemitteilungen.Php> 17831 06.05.2016
- <http://www-gesetze-im-internet.de/psych-pv/BJNR0293009900.html> 06.05.2016
- Hünnekens H, Moderne Probleme der Jugendpsychiatrie aus Wandlungen der Psychiatrie in fünfzig Jahren Schriften des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe Nr. 3 Herausgegeben aus Anlass des 50jährigen Bestehens des Westf. Landeskrankenhauses Gütersloh 1969, S. 49 ff
- Interview mit Peter Eltrop vom 10.07.2010
- Interview mit Peter Eltrop vom 19.07.2010
- Jahresbericht für das Wirtschaftsjahr (J.f.d.W.) 1989 Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, 1989
- Jahresbericht für das Wirtschaftsjahr (J.f.d.W.) Westfälische Klinik für Kinder und
- Jahresbericht für das Wirtschaftsjahr 1991, S. 19 (J.f.d.W.) W.K.f.K.u.J.P.i.d.H.1992 S. 19f
- Jantzen W, Eklektisch-empirische Mehrdimensionalität und der „Fall Stutte - Eine methodologische Studie zur Geschichte der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Untersuchung aus Anlass des Treffens des Arbeitskreises der DGSP zur Geschichte der "Euthanasie" am 12. und 13.03.93 in Bremen, Bremen 1993, S. 1-3
- Jugendpsychiatrie in der Haard (W.K.f.K.u.J.P.i.d.H.)1993, S. 18-20

- Kersting F-W, Die NS-,Euthanasie‘ als Herausforderung einer Friedenskultur, in: Novemberreden. Gedenkveranstaltungen zum 09.11.1938 in Gladbeck 1988-2011. Hg. v. der Stadt Gladbeck u. bearb. v. Andrea Niewerth, Gladbeck 2012, S. 132-145.
- Kinder- und Jugendhilfegesetz Sozialgesetzbuch- Aches Buch Textauflage 4. Auflage Frankfurt a. M. 1997
- L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 1995, S.29f
- L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 1996, S. 33-35
- L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 1998, S. 35-38
- L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 1999, S. 42-43
- L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 2001, S. 39-43
- L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 2003, S. 39
- L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 2005, S. 35-37
- L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 2005, S. 41-44
- L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 2005, S. 43
- L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 2007, S. 35
- L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 2008, S. 33-35
- L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 2009, S. 39
- L.f.d.W. W.K.f.K.u.J.P.i.d.H. 2009, S. 40
- L.f.d.W.W.K.f.K.u.J.P.i.d.H.S. 1994, S. 23-26
- LWL- Archivamt für Westfalen (Archiv LWL Bestand 103 Nr. 628): LWL Münster, den Januar 1966, Nr. 4/3/68 Vorlage der Verwaltung , An den Fachausschuss für Wohlfahrts- und Gesundheitspflege für die 12. Sitzung am 20.01.1966
- LWL-Archivamt für Westfalen (Archiv LWL Bestand 103 Nr. 826): LWL Münster, den 28.02. 1966 Nr.4/2/85 Vorlage der Verwaltung an den Fachausschuss für Finanzwesen für die 12. Sitzung am 04.03.1966, S. 3f
- LWL-Archivamt für Westfalen (Archiv LWL Bestand 620 Nr. 856): LWL Münster, den 08.03.1967, Nr. 4/3/117 Vorlage der Verwaltung, An den Fachausschuss für Wohlfahrts- und Gesundheitspflege für die 24. Sitzung am 13.03.1967
- LWL-Archivamt für Westfalen (Archiv LWL Bestand 620 Nr. 856): Westfälisches Landeskrankenhaus Haardheim, Brief von E. Machetanz, Landesobermedizinalarzt, an den LWL, Abteilung 62 vom 19.12.1966

- LWL-Archivamt für Westfalen (Archiv LWL Bestand 620 Nr. 856): Westfälisches Landeskrankenhaus Haardheim, Brief von E. Machetanz, Landesobermedizinalarzt, an den LWL, Abteilung 62 vom 16.03.1967
- LWL-Archivamt für Westfalen (Archiv LWL Bestand 620 Nr. 857): Besprechung am 08.08.1966 über Fragen der Anstaltsfürsorgen
- LWL-Archivamt für Westfalen (Archiv LWL Bestand 620 Nr. 857): Hochbauabteilung AZ. 138000 O/B1 Münster, den 06.04.1965
- LWL-Archivamt für Westfalen (Archiv LWL Bestand 620 Nr. 857): Landschaftsverband Westfalen-Lippe 28.02.1966 Nr. 4/2/85 Vorlage der Verwaltung an den Fachausschuss für Finanzwesen für die 12. Sitzung 1966
- LWL-Archivamt für Westfalen (Archiv LWL Bestand 620 Nr. 857): LWL Schnellbrief Münster, den 30.03.1966 an das Westfälische Landeskrankenhaus Münster, Abteilungen 11,12,13,20/21
- LWL-Archivamt für Westfalen (Archiv LWL Bestand 620 Nr. 857): LWL Münster, den 16.05.1966, Nr. 4/8/16 Vorlage der Verwaltung , An den Fachausschuss für Hochbauverwaltung des Landschaftsverbandes für die 9. Sitzung am 17.05.1966
- LWL-Archivamt für Westfalen (Archiv LWL Bestand 620 Nr. 857): Rundschreiben von Dr. Follmer, Chefarzt des Spezialkrankenhauses für Knochen und Tuberkulose Haardheim, Marl-Sinsen, den 10.11.1965
- Machetanz E, Vortrag anlässlich des Besuches des Arbeits- und Sozialministers des Landes Nordrhein-Westfalen, Herrn Werner Figgen, am 24.02.1967 im Westfälischen psychiatrischen Landeskrankenhaus für Kinder und Jugendliche „Haardheim,“ Marl-Sinsen (Privatarchiv Egon Machetanz) S. 2-6
- Marler Zeitung 12.06.1992
- Polizeiverordnung über Anlage, Bau und Einrichtung von Krankenhäusern, vom 12. 08.1953, in: Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen, 1953, S. 335-339. WAA 103, Nr. 518. Sitzung des Fachausschusses für Wohlfahrts- und Gesundheitspflege, 07.09.1962
- Ruhr Nachrichten 29.06.1988
- Ruhr Nachrichten Haltener Zeitung 10.05.1990
- Ruhr Nachrichten, Haltener Zeitung 1./2.05.1981 Nr. 101 – 18. Woche
- Ruhr Nachrichten, Halterner Zeitung 21.03.2006
- Ruhr-Nachrichten, Haltener Zeitung 02.06.1989

- Ruhr-Nachrichten vom 17.09.1998
- Ruhr-Nachrichten vom 26.06.1998
- Stutte H, „Zur Genealogie der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik in Deutschland“ aus „Landschaftsverband Rheinland Kinder- und Jugendpsychiatrie Viersen Entwicklung-Stand- Perspektiven“ Festschrift zu Ehren von Dr. Gertrud Bosch und Prof. Dr. Gerhard Bosch“ Viersen 1980, S. 11
- Tabellarischer Anhang
- Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie, Ausfertigungsdatum 18.12.1990, geändert am 26.09.1994
- Vortrag am 20.11.2005 (Totensonntag) in der Vincenzkapelle der Westfälischen Klinik Warstein anlässlich der Gedenkfeier für die Opfer der NS-„Euthanasie“ S. 7
- WAZ 01.07.1989
- WAZ 31.08.1998
- WAZ Nr. 193/ 22.08.1970
- WAZ Nummer 125, 01.06.1989
- Westdeutsche Allgemeine Zeitung Nummer 151, 01.07.1989
- WESTFALEN Marler Zeitung, Samstag, 03.09.1977
- Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 1989, S. 17 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
- Westfälische Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 1990, S. 15 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
- Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 1991, S. 19 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
- Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 1994, S. 23 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
- Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 1995, S. 27 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

- Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 1996, S. 32 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
- Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 1997, S. 33 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
- Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 1998, S. 35 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
- Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 1999, S. 38 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
- Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2000, S. 38 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
- Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2001, S. 38 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
- Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2002, S. 37 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
- Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2003, S. 35 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
- Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2004, S. 35 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
- Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2005, S. 34 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
- Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2006, S. 27 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

- Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2007, S. 26 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
- Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2008, S. 25 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
- Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2009, S. 29 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
- Westfälische Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 1990, S.15 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard
- Westfälische Rundschau Nr. 20, 24.01.1967
- Zentralblatt für das Deutsche Krankenhauswesen
Herausgeber: Deutsche Krankenhausgesellschaft Jahrgang 63 November 1971 Heft 11 Zitat aus DAS KRANKENHAUS 11/1971 S. 477-488 Herausgeber : Deutsche Krankenhausgesellschaft Düsseldorf, Mitteilungsblatt der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Arbeitsgemeinschaft Deutsches Krankenhaus, der Fachvereinigung der Verwaltungsleiter deutscher Krankenanstalten des deutschen Krankenhausinstituts e.V., Düsseldorf, des Instituts für Krankenhaus der Technischen Universität Berlin-Charlottenburg und des Deutschen Normenausschusses (Arbeitsausschuss Krankenhauswesen)

13. 3 LITERATURNACHWEIS

- Ariès P, Geschichte der Kindheit, München, Wien 1975, 16. Auflage, 2007, S. 209, S. 560f
- Benzenhöfer U, Kinderfachabteilungen und NS- Euthanasie, Wetzlar 2000, S. 5f, S. 15
- Berhe T, Puschner B, Kilian R, Becker T, Home treatment für psychische Erkrankungen aus Der Nervenarzt Bd. 76, 2005, S. 822–831
- Brink C, “Grenzen der Anstalt”, Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860-1980, Göttingen 2010, S. 229f, S. 307, S. 367, S. 368, S. 413, S. 444, S. 462, S. 463, S. 468-472
- Castell R, Nedoschill J, Rupps M, Bussiek D, Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937-1961, Göttingen 2003, S. 8, S. 11f, S. 34-51
- De Mause, L, Hört ihr die Kinder weinen. Eine psychogenetische Geschichte der Kindheit. Frankfurt a. M. 1992, S. 121, S. 124, S. 139
- Demmler A, Strohmeier W, Ein Wegbereiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Regensburg 2003, S. 59
- Eckart W, Geschichte der Medizin, Heidelberg 6. Auflage, 2008, S. 31f
- Eltrop P, Aufsatz zum 40. Jubiläums der Klinik, Marl 02.09.2006, S. 4
- Engbarth A, Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie und ihre Bedeutung für die heutige Praxis, Frankfurt a. M. 2003, S. 48, S. 82-87, S. 119-125
- Fischer F, Irrenhäuser: Kranke klagen an, München, Wien, Basel 1969, S. 56
- Goffman E, Asyle Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Frankfurt a. M. 1972, Umschlag, Vorderseite, S. 320f
- Hanrath S, Zwischen “Euthanasie” und Psychiatriereform Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg: Ein deutsch-deutscher Vergleich (1945-1964), Paderborn 2002, S. 60f, S. 277, S. 284, S. 322, S. 338, S. 342f
- Henke K-D, Einleitung: Wissenschaftliche Entmenschlichung und politische Massentötung aus: Tödliche Medizin im Nationalsozialismus, Köln 2008, S. 12, S. 16
- Lempp R, “Kinder- und Jugendpsychiatrie- Gegenwart und Entwicklung“ aus Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Bestandsaufnahme“, Köln 1985, S. 13, S. 15
- Nissen G, Seelische Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Stuttgart 2002, S. 434-440
- Noack T, Fangerau H, Vögele J, Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, München 2007, S. 120

- Paul N, Schlich T, Medizingeschichte Aufgaben, Probleme, Perspektiven, Frankfurt, New York 1998, S. 233f
- Potrykus G, Jugendwohlfahrtsgesetz. Nebst den Ausführungsgesetzen und Ausführungsvorschriften der deutschen Länder. Kommentar 2. Auflage. C. H. Beck, München 1972, Vorwort.
- Renschmidt H, Aufsatz: Historische Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Marburg 1988, S. 8-12
- Rinecker F, von (1874/1875): Ueber Irresein des Kindes Allg Z Psychiat 50, S. 560-565, S. 120, S. 122 S. 216f, S. 397-411, S. 465
- Schmuhl H-W, „Als wären wir zur Strafe hier“ Gewalt gegen Menschen mit geistiger Behinderung – der Wittekindshof in den 1950er und 1960er Jahren, Bielefeld 2011, S. 27
- Schmuhl H-W, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 2. Aufl. Göttingen 1992, S. 144f, S. 156, S. 158
- Schott H, Tölle R, Geschichte der Psychiatrie vor der Psychiatriereform in den 70er Jahren, München 2006, S. 302-304, S. 306-311, S. 565, S. 567
- Schott H, Tölle R, Die Geschichte der Psychiatrie Krankheitsformen, Irrwege, Behandlungsformen, München 2006, S. 92f, S. 319-321, S. 568
- Seneca, zit. nach: Engbarth A, Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie und ihre Bedeutung für die heutige Praxis, Frankfurt a. M. 2003, S. 36
- Zankl H, Von der Vererbungslehre zur Rassenhygiene aus Tödliche Medizin im Nationalsozialismus, Köln 2008, S. 56f, S. 58, S. 67

14 TABELLENVERZEICHNISS

Tabelle 1:

Durchschnittliche Belegungszahl aller in westfälischen PHA untergebrachten Patienten

Tabelle 2:

Kombination von Patientenentlassungen und Aufenthaltsdauer für alle Westfälischen Landeskrankenhäuser 1950-1955 (absolute und prozentuale Angaben)

Tabelle 3:

Wiederaufnahmen von Patienten in alle Westfälischen Landeskrankenhäuser 1950-1955 (absolute und prozentuale Angaben)

Tabelle 4:

Aufstellung der Patientenverlegungen aus den Westfälischen Landeskrankenhäusern in andere Einrichtungen vom 01.04.1957 bis zum 31.03.1960 (aus GT 511, H. 1. LWL an die WLK Gütersloh, 27.06.1960)

Tabelle 5:

Überbelegung der Westfälischen Landeskrankenhäuser 1962 (errechnet auf der Grundlage der baupolizeilichen Verordnung)

Tabelle 6:

Überbelegung der Westfälischen Landeskrankenhäuser 1967

Tabelle 7:

Aufteilung der psychiatrischen Patienten in Westfalen-Lippe auf die verschiedenen Krankenhäuser verschiedener Träger

Tabelle 8:

Aufteilung der Häuser

Tabelle 9:
Klinisch-diagnostische Zentrale Station für Akutkranke

Tabelle 10:
Klinische Station

Tabelle 11:
Entlassungsstation

Tabelle 12:
Personalstruktur der Klinik 1975/1976

Tabelle 13:
Gesamtbeschäftigte zwischen 1975 und 2009

Tabelle 14:
Ist-Besetzung und Aufwand/Vollkraft

Tabelle 15:
Gliederung der Klinik in Bereiche 1980-2009

Tabelle 16:
Bettenkapazität, durchschnittliche Verweildauer, Fallzahlen, Bettenzahlen, 1978-1989

Tabelle 17:
Bettenkapazität (Auslastung in %), durchschnittliche Verweildauer, Fallzahlen, Bettenzahlen
1999-2009

15 TABELLARISCHER ANHANG

Tabelle 15: Gliederung der Klinik in Bereiche 1980-2009

Gliederung nach Bereichen	1980 Bettenzahl	1981 Bettenzahl	1988 Bettenzahl	1989 Bettenzahl	1990 Bettenzahl
Akute psychiatrische Behandlung, Psychotherapie, Psychosomatik, Entlassungsvorbereitung			69	69	69
Klinische Zentrale und neuropädiatrische Behandlung			88	88	88
Mittel-langfristige Behandlung neuropsychiatrischer Komplikationen Lern- und Geistig- behinderter			122	122	122
Mittel-langfristige Behandlung neuropsychiatrischer Komplikationen Mehrfachbehinderter			128	128	128
Bettenzahl: ist Stationärer Bereich	446	446	407	407	407
Bettenzahl: soll Stationärer Bereich		438			

Gliederung nach Bereichen	1991 Bettenzahl	1992 Bettenzahl	1993 Bettenzahl	1994 Bettenzahl
Akute psychiatrische Behandlung, Psychotherapie, Psychosomatik, Entlassungsvorbereitung	69	69	60	60
Klinische Zentrale und neuropädiatrische Behandlung	88	88	88	60
Mittel-langfristige Behandlung neuropsychiatrischer Komplikationen Lern- und Geistig- behinderter	122	122	60	70
Mittel-langfristige Behandlung neuropsychiatrischer Komplikationen Mehrfachbehinderter	128	128	114	114
Bettenzahl: ist Stationärer Bereich		407		
Bettenzahl: soll Stationärer Bereich	446	438	304	304

Tagesklinik, Recklinghausen und Herne				24
Bettenzahl: ist				328
Bettenzahl: soll				

Gliederung nach Bereichen	1995 Bettenzahl	1996 Bettenzahl	1997 Bettenzahl	1998 Bettenzahl
Akute psychiatrische Behandlung, Psychotherapie, Psychosomatik, Entlassungsvorbereitung				
Klinische Zentrale und neuropädiatrische Behandlung				
Mittel-langfristige Behandlung neuropsychiatrischer Komplikationen Lern- und Geistig- behinderter				
Mittel-langfristige Behandlung neuropsychiatrischer Komplikationen Mehrfachbehinderter	Zeile 1+2+3 insgesamt 217	Zeile 1+2+3 insgesamt 217	Zeile 1+2+3 insgesamt 217	Zeile 1+2+3 insgesamt 150
Außenwohngruppe Haltern (Teil des komplementären Bereichs)		8	8	8
Förderbereich (Teil des komplementären Bereichs)		56	56	56
Komplementärer Bereich insgesamt	56	64	64	64
Bettenzahl: ist Stationärer Bereich				
Bettenzahl: soll Stationärer Bereich	273	281	281	214
Tageskliniken, Recklinghausen Borken, Coesfeld und Herne	36	36	36	48
Bettenzahl: ist				
Bettenzahl: soll	309	317	317	262

Gliederung nach Bereichen	1999 Bettenzahl	2000 Bettenzahl	2001 Bettenzahl	2002 Bettenzahl
Akute psychiatrische Behandlung, Psychotherapie, Psychosomatik, Entlassungsvorbereitung				
Klinische Zentrale und neuropädiatrische Behandlung				
Mittel-langfristige Behandlung neuropsychiatrischer Komplikationen Mehrfachbehinderter	Zeile 1+2+3 insgesamt 129	Zeile 1+2+3 insgesamt 129	Zeile 1+2+3 insgesamt 129	Zeile 1+2+3 insgesamt 129
Tageskliniken, Recklinghausen Borken, Coesfeld und Herne	48	48	48	48
Gesamt Behandlungsbereich	177	177	177	177
Außenwohngruppe Haltern (Teil des komplementären Bereichs)	8	8	8	8
Förderbereich (Teil des komplementären Bereichs)	56	56	56	72
Kinderkurzzeitwohnen (Teil des komplementären Bereichs)	10	10	10	
Komplementärer Bereich Insgesamt	74	74	74	90
Bettenzahl: ist				
Bettenzahl: soll	251	251	251	267

Gliederung nach Bereichen	2003 Bettenzahl	2004 Bettenzahl	2005 Bettenzahl	2006 Bettenzahl
Akute psychiatrische Behandlung, Psychotherapie, Psychosomatik, Entlassungsvorbereitung				
Klinische Zentrale und neuropädiatrische Behandlung				
Mittel-langfristige Behandlung neuropsychiatrischer Komplikationen Mehrfachbehinderter	Zeile 1+2+3 insgesamt 119			
Tageskliniken, Recklinghausen Borken, Coesfeld und Herne	58	58	58	58
Gesamt Behandlungsbereich	177	177	177	177
Außenwohngruppe Haltern (Teil des komplementären Bereichs)	9	9	9	9
Förderbereich (Teil des komplementären Bereichs)	72	72	72	72
Kinderkurzzeitwohnen (Teil des komplementären Bereichs)	10	10	10	10
Komplementärer Bereich Insgesamt (Westfälischer Wohnverbund)	91	91	91	91
Bettenzahl: ist				
Bettenzahl: soll	268	268	268	268

Gliederung nach Bereichen	2007 Bettenzahl	2008 Bettenzahl	2009 Bettenzahl
Akute psychiatrische Behandlung, Psychotherapie, Psychosomatik, Entlassungsvorbereitung			
Klinische Zentrale und neuropädiatrische Behandlung			
Mittel-langfristige Behandlung neuropsychiatrischer Komplikationen Mehrfachbehinderter	Zeile 1+2+3 insgesamt 119	Zeile 1+2+3 insgesamt 119	Zeile 1+2+3 insgesamt 119
Tageskliniken, Recklinghausen Borken, Coesfeld Gronau und Herne	58	58	58
Gesamt Behandlungsbereich	177	177	177
Außenwohngruppe Haltern (Teil des komplementären Bereichs)	9	9	9
Außenwohngruppe Sythen (Teil des komplementären Bereichs)		6	6
Förderbereich (Teil des komplementären Bereichs)	72	70	70
Kinderkurzzeitwohnen (Teil des komplementären Bereichs)	10	10	10
Komplementärer Bereich Insgesamt (Westfälischer Wohnverbund)	91	95	95
Bettenzahl: ist			
Bettenzahl: soll	268	272	272

Tabelle 16 : Bettenkapazität, durchschnittliche Verweildauer, Fallzahlen, Bettenzahlen, 1978- 1989

	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Bettenkapazität	379,2	380,5	368,1	357	346,2	344,5	354,1
Durchschnittliche Verweildauer	466	520	475	425	405	415	450
Fallzahlen	289	260	277	299	305	296	281
Bettenzahlen	504	456	456	438	410	410	410

	1985	1986	1987	1988	1989
Bettenkapazität	347,2	350,4	345,3	335	324
Durchschnittliche Verweildauer	311	375	374	349	352
Fallzahlen	397	332	327	335,0	322
Bettenzahlen	407	407	407	407	407

	1990	1991	1992	1993
Bettenkapazität	387	387	225	202,6
Durchschnittliche Verweildauer	293,4	276,4	152	63
Fallzahlen	386,5	393,5	522	640
Bettenzahlen	407	446	438	304

	1994	1995	1996	1997	1998
Belegung Durchschnitt	182,7	162,2	132,3	122,1	122,1
Durchschnittliche Verweildauer	76	63	62,4	52,8	49,9
Fallzahlen	784	870	775,6	843,5	894
Bettenzahlen soll	328	309	317	317	262

Tabelle 17: Bettenkapazität (Auslastung in %), durchschnittliche Verweildauer, Fallzahlen, Bettenzahlen, 1999- 2009

	1999	2000	2001	2002	2003
Bettenkapazität -Auslastung in %	122,1	117,6	118,3	119,7	113,3
Durchschnittliche Verweildauer	46	43,2	43,3	46,5	43,6
Fallzahlen	969	997,5	997,5	939	948
Bettenzahlen	251	251	251	267	268

	2004	2005	2006	2007	2008
Bettenkapazität -Auslastung in %	118	118,4	115,8	119,6	119,3
Durchschnittliche Verweildauer	43,4	40,7	41,4	43,4	42,6
Fallzahlen	995,5	1062	1020,5	1005,5	
Bettenzahlen	268	268	268	268	272

	2009
Bettenkapazität -Auslastung in %	119,3
Durchschnittliche Verweildauer	42,2
Fallzahlen	
Bettenzahlen	272

Quellen der Daten:

Archiv LWL Archiv: Bibliothek Bestand VWA Nr. 1976, 3

Archiv LWL Bestand: 203 Jahresbericht Nr. 1979

Archiv LWL Bestand 131: Stellenplan1987 unverzeichnet

Archiv LWL Bestand 131: Stellenplan 1988 unverzeichnet

Archiv LWL Bestand 203, unverzeichnet

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Prüfbericht 1982

Archiv LWL Bestand 203, unverzeichnet

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Prüfbericht 1983

Archiv LWL Bestand 203, unverzeichnet

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Prüfbericht 1984

Archiv LWL Bestand 203, unverzeichnet

Westfälische Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie in der Haard, Prüfbericht 1985

Archiv LWL Bestand 203, unverzeichnet

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Prüfbericht 1986

Archiv LWL Bestand 203 unverzeichnet

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Prüfbericht 1987

Archiv LWL Bestand: 203 unverzeichnet

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard Prüfbericht 1988,

Anmerkung: Der Bestand 203 ab 1980 unterliegt noch der 30 jährigen Schutzfrist, das Archiv stellte aber nach Einsicht durch die Bibliothekarin die nötigen Zahlen zur Verfügung, ohne Einsicht in die Prüfberichte zu gewähren

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 1989, S. 17 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 1990, S. 15 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 1991, S. 19 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 1992, S. 19 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 1994, S. 23 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 1995, S. 27 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 1996, S. 32 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 1997, S. 33 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 1998, S. 35 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 1999, S. 38 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2000, S. 38 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2001, S. 38 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2002, S. 37 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2003, S. 35 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2004, S. 35 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2005, S. 34 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2006, S. 27 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2007, S. 26 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2008, S. 25 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2009, S. 29 Archiv der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Lagebericht für das Wirtschaftsjahr 2009 S. 29

DANKSAGUNG

Mein herzlicher Dank gilt meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Vögele, der die Arbeit unterstützte und kritisch begleitete. Ganz besonders bedanken möchte ich mich bei Herrn Privatdozent Dr. Noack, der mich als Betreuer der Arbeit in vielfältiger Weise begleitet hat und mir viele wertvolle Anregungen gab.

Bedanken möchte ich mich besonders bei Herrn Prof. Dr. Egon Machetanz. Vor allem für seine stete Gesprächsbereitschaft und die umfangreiche Einsicht in sein Privatarchiv. Es erfüllt mich mit großem Bedauern, dass er die Fertigstellung der Arbeit nicht mehr erleben konnte, da er im August 2009 nach kurzer und schwerer Krankheit verstarb.

Mein Dank gilt auch seiner Frau Dr. Gerda Machetanz – für viele weitere Informationen zur Klinik und dafür, dass sie den Kontakt zu einem ehemaligen Patienten der Klinik, zu Herrn Heinz-Werner Goyer, ermöglicht hat.

Peter Eltrop, kaufmännischer Direktor der Klinik, Dr. Klaus Rüdiger Haas (ärztlicher Direktor), Heinz-Werner Goyer und Reinhold Maasmann (Beauftragter der Klinik für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit) sei für die intensiven Interviews und die vielen Informationen über die Klinik, die sie mir großzügig zur Verfügung stellten, außerordentlich gedankt.

Ein großes Dankeschön möchte ich an Sigrid Balster richten, die mich bei der Archivarbeit in der Klinik engagiert unterstützt hat.

Sehr herzlich danken möchte ich Frau Dr. Sabine Kückemanns und Frau Maria-Beatrix Heppener für das Lektorat.

Ich danke meiner Frau Brigitte für ihr stetes Verständnis, ihre großartige Unterstützung und für ihre immer kritische Begleitung während der langen Zeit der Erstellung der Doktorarbeit. Meinen Eltern Herrn Dr. Norbert Ostendarp (verstorben 1997) und Frau Dr. Cäcilia Ostendarp (verstorben 2005) widme ich diese Dissertation. Sie haben mich immer gefördert und meine Ausbildung auf verschiedensten Wegen unterstützt. Nicht zuletzt hat meine Mutter mich ermuntert und ermutigt, meinen späten Weg zur Medizin zu bestreiten. Ein herzliches „Vergelt’s Gott“ an sie beide.

Erklärung:

Ich versichere an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige fremde Hilfe angefertigt habe, und dass ich außer der von mir angegebenen Literatur keine weitere benutzt habe. Die wörtlich übernommenen Stellen sind als solche kenntlich gemacht.

Ich versichere an Eides statt, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht von einer anderen medizinischen Fakultät abgelehnt worden ist.

Nettetal, den 10. Dezember 2016