

LUZIFER-AMOR

Zeitschrift zur Geschichte der Psychoanalyse

Herausgegeben von Michael Giefer, Ludger M. Hermanns,
Rainer Herrn und Michael Schröter

34. Jahrgang
Heft 67
2021

LUZIFER-AMOR

Zeitschrift zur Geschichte der Psychoanalyse

34. Jahrgang • Heft 67 • 2021

Herausgegeben von Michael Giefer, Ludger M. Hermanns, Rainer Herrn und Michael Schröter

Begründet von Gerd Kimmerle

www.luzifer-amor.de

Redaktion

Michael Giefer, Höhest. 34A, 61348 Bad Homburg. m.giefer@web.de

Ludger M. Hermanns, Roscherstr. 17, 10629 Berlin. LM-Hermanns@t-online.de

Dr. Rainer Herrn, Institut für Geschichte und Ethik in der Medizin, Charité-Universitätsmedizin

Berlin, Thielallee 71, 14195 Berlin. rainer.herrn@charite.de

Dr. Michael Schröter, Taunusstr. 12, 12161 Berlin. redaktion-schroeter@luzifer-amor.de

Rezensionen

Michael Giefer

Wissenschaftlicher Beirat

Thomas Aichhorn (Wien), Ernst Falzeder (Salzburg), Claudia Frank (Stuttgart),

Volker Hess (Berlin), Albrecht Hirschmüller (Tübingen), Klaus Hoffmann (Reichenau),

Regine Lockot (Berlin), Ulrike May (Berlin), Andreas Mayer (Paris),

Michael Molnar (London), Lothar Müller (Berlin), Bernhard Schlink (Berlin),

Christfried Tögel (Lausanne), Kaspar Weber (Rüfenacht b. Bern), Herbert Will (München).

ISSN 0933-3347 (gedruckt)

Informationen über LUZIFER-AMOR im Internet: www.brandes-apsel.de und www.luzifer-amor.de

ISSN 2191-7779 (elektronisch) unter www.brandes-apsel.de

Erscheinungsweise: jährlich zwei Hefte. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn es nicht bis zum 30. November des laufenden Jahres gekündigt wird.

DOI 10.30417/la-33-65

Brandes & Apsel Verlag, Scheidswaldstr. 22, 60385 Frankfurt a. M., Deutschland

Fax: 069/272 995 17-10, E-Mail: aboverwaltung@brandes-apsel.de

1. Auflage 2021

© 2021 by Brandes & Apsel Verlag GmbH und den Autoren

Jede Verwertung bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung der Redaktion und des Verlags. Das gilt insbesondere für Nachdrucke, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in allen Arten von elektronischen und optischen Systemen sowie bei der öffentlichen Wiedergabe durch Hörfunk-, Fernsehsendungen und Multimedia, insbesondere auch bei der Bereithaltung in einer Online-Datenbank und im Internet zur Nutzung durch Dritte.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht in jedem Fall die Meinung der Redaktion und des Verlages wieder.

DTP und Verlagslektorat: Brandes & Apsel Verlag, Frankfurt a. M.

Druck: STEGA TISAK d. o. o., Printed in Croatia

Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem und chlorfrei gebleichtem Papier

Ralf Rosbach

**50 Jahre Psychiatrie-Enquete –
Die Auswirkungen der Psychiatrie-Enquete auf die Entwicklung
der Reichenauer Anstaltspsychiatrie bis 1988**

Vorbemerkungen

Dieser Beitrag ist Teil der umfangreichen Darstellung der Entwicklung der Psychiatrie in Reichenau (Baden) von 1945 bis 1996 aus meinem 2019 erschienen Buch »Abschied von der Totalen Institution«.

In diesem Buch habe ich anhand des Fallbeispiels des heutigen Zentrums für Psychiatrie Reichenau untersucht, ob der von Goffman geprägte Begriff der »Totalen Institution« die Situation in der Reichenau nach der Wiedereröffnung 1949 zutreffend beschreibt und wann der Transformationsprozess einsetzte.

Im zweiten Teil des Buches wird in einem sozialgeschichtlichen Vergleich zwischen der deutschen Landesanstalt Reichenau und der schweizerischen kantonalen Anstalt Münsterlingen erforscht, ob die NS-Zeit in Deutschland bzw. das Fehlen dieser Epoche in der Schweiz unterschiedliche Entwicklungen nach sich zog. Das Buch möchte einerseits den Wandel der gelebten Anstaltsregeln innerhalb der Institutionen Reichenau und Münsterlingen verfolgen, andererseits aber die Organisationsgeschichte der Reichenau von 1949 bis 1996 darstellen.

Der Autor ist seit 1998 im heutigen Zentrum für Psychiatrie Reichenau in verschiedenen leitenden Positionen tätig.

In der Monografie werden organisations- und sozialgeschichtliche entwicklungen zu einer fallorientierten Geschichte der neueren Psychiatrie verbunden.

Als Forschungsansatz wurde ein qualitatives Verfahren gewählt. Wichtige Quellen waren die Jahresberichte des PLK Reichenau, die ab 1956 zur Verfügung standen, Interviews mit Zeitzeugen, die im PLK Reichenau ab 1950 gearbeitet haben sowie Publikationen von Mitarbeitern. Insgesamt wurden 22 Interviews mit unterschiedlichen Berufsgruppen geführt (darunter waren 6 Ärzte, 2 Psychologen und 6 Pflegekräfte). Vor den Interviews wurde allen befragten Personen Anonymität zugesichert. Die Interviews wurden dann anonymisiert transkribiert und danach ausgewertet. Die zentralen Aussagen aus den Interviews wurden mit anderen Quellen wie Jahresberichten, Verwaltungs- und Personalakten des PLK Reichenau, Publikationen von damaligen Mitarbeitern der Reichenau sowie Zeitungsartikeln verifiziert.

In diesem Beitrag werde ich die Auswirkungen der Psychiatrie-Enquete auf die Entwicklung des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Reichenau von einer Totalen Institution¹ hin zu einer zeitgemäßen psychiatrischen Einrichtung bis 1988 beleuchten.

Wichtige Forderungen der Psychiatrie-Enquete (1970 bis 1975)

Zunächst stelle ich kurz die aus meiner Sicht wesentlichen Forderungen der Psychiatrie-Enquete vor. Eine zentrale Forderung der Enquete war die Vermeidung von stationären Krankenhausaufenthalten zugunsten der Förderung von ambulanten und komplementären Angeboten.² Zudem empfahl sie eine bessere Kooperation und Koordination aller Angebote, um Fehlplatzierungen und Mehrfachbetreuungen zu verhindern. Alle Dienste sollten gemeindenah sein. Weiterhin forderte die Enquete auch eine qualitative Verbesserung der ambulanten psychiatrischen Versorgung durch deren Ausbau und eine intensive Weiterbildung von Therapeuten und Pflegekräften. Zur Weiterbildung sollte auch das Erlernen verschiedener psychotherapeutischer Methoden gehören. Die Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten für Allgemeinmedizin sollte gefördert und verbessert werden. Auf der Agenda stand auch die Aufhebung der bestehenden Trennung zwischen stationärem und ambulante Sektor. Die ambulante Versorgung an psychiatrischen Krankenhäusern sollte zukünftig folgende Aufgaben erfüllen:

- Komplette Krisenintervention im Versorgungsgebiet, um bei akuten Krisen, wie Suizidandrohung, Erregungszuständen, behandelnd und beratend eingreifen zu können.
- Konsiliarische Behandlung, Beratung und Betreuung von Einrichtungen die psychisch Kranke versorgen (Pflegeheime, Wohnheime).

- 1 Die »Totale Institution« ist ein soziologischer Begriff, der in den 1960er Jahren von Erving Goffman entwickelt wurde. Darunter versteht er eine Organisationsform, bei der alle Lebenswelten eines Menschen (Wohnen, Arbeit, Freizeit) von einer Person an einem einzigen Ort geregelt und kontrolliert werden kann. Im Extremfall kann die »Totale Institution« die sozialen Kontakte von Personen zur Außenwelt komplett beschränken.
- 2 In der Psychiatrie verstand man darunter gemeindenah Angebote wie z. B. Tages-, Nachtkliniken, Übergangswohnheime, beschützte Wohngruppen, PatientInnenclubs, rehabilitative Dienste (z. B. Werkstätten für Behinderte Menschen, beschützte Arbeitsplätze), Sozialpsychiatrische Dienste oder Hilfsangebote für Abhängigkeitskranke.

Eine andere wichtige Forderung war, dass psychiatrische Kliniken in ihrem Versorgungsgebiet, gemeindenah, in funktioneller Zuordnung, aber räumlich getrennt in anderen Städten Satellitenstationen betreiben sollten. Die psychiatrische Klinik ist in Fachabteilungen wie Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen und Maßregelvollzug aufzuteilen. Daneben sollten die Kliniken eine »Intensivstation« und eine psychotherapeutische Abteilung einrichten. Die Mitglieder der Enquete forderten auch eine ausreichende Ausstattung der Einrichtungen zur Befriedigung humanitärer Grundbedürfnisse. Zur Selbstverständlichkeit sollte ein eigener Bereich für persönliches Eigentum und Kleidung gehören sowie ausreichend wohnlich gestaltete Aufenthalts- und Gruppenräume. Die Psychiatrien seien grundsätzlich offen und gemischtgeschlechtlich zu führen. Der kustodiale Behandlungsstil sollte zugunsten eines vom PatientInnen aktiv mitgetragenen therapeutischen Behandlungsstils ersetzt werden. Wesentliche Merkmale waren: Ein z. B. verhaltenstherapeutisches Programm wird aktiv vom PatientInnen innerhalb einer sinnvollen Gliederung des Tagesablaufes auf der Station mitgetragen, regelmäßige PatientInnenversammlungen, regelmäßige Besprechungen der verschiedenen Berufsgruppen, und die Abgabe von bisher ärztlichen Aufgaben an andere Berufsgruppen wie z. B. Pflegepersonal, Psychologen, Sozialarbeiter oder Beschäftigungstherapeuten.

Zu den komplementären Diensten gab es folgende Empfehlungen: Es sollten zwei Arten von Heimen eingerichtet werden

- Wiedereingliederungsheime mit dem Ziel, die Klienten sozial und beruflich in die Gesellschaft einzugliedern.
- Wohnheime, die den Klienten längerfristig optimale Entfaltungsmöglichkeiten in einem geschützten Rahmen bieten.

Weiterhin sollen beschützende Arbeitsplätze in der freien Wirtschaft für psychisch Kranke bereitgestellt werden, um diese wieder ins Arbeitsleben einzugliedern.

Die Enquete-Kommission forderte die Eingrenzung eines Versorgungsbereichs auf überschaubare geographische Bereiche von 250.000 Einwohner, die Verkleinerung der Großkliniken auf unter 500 Betten, den Aufbau von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die Sicherung der flächendeckenden Versorgung psychisch Kranker und die Bildung von Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften zur Verbesserung der Kooperation und Koordination in der Versorgung. Darüber hinaus wies sie auf zahlreiche Versorgungslücken im ambulanten Sektor hin von dem viele chronisch Kranke betroffen waren.

Die Umsetzung der Reformziele wurde unter vier Prinzipien gestellt, aus denen die heute gültigen gemeindepsychiatrischen Versorgungsleitlinien entstanden sind:

- das Prinzip der gemeindenahen Versorgung (Erreichbarkeit, Überschaubarkeit),
- das Prinzip der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch Kranken (Versorgungsleitlinien), wobei Versorgungsangebote und -einrichtungen mehr PatientInnenorientiert und weniger institutionsorientiert sein sollen,
- das Prinzip der Koordination und Kooperation aller beteiligten Dienste und Einrichtungen sowie
- das Prinzip der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken.

Eine andere zentrale Forderung der Psychiatrie-Reform war es, ein ambulantes multiprofessionelles aufsuchendes Angebot für schwer und chronisch psychisch Kranke an psychiatrischen Krankenhäusern zu schaffen. Die Expertenkommission der Enquete hielt psychiatrische Institutsambulanzen grundsätzlich für unerlässlich und räumte ihnen einen festen Platz im gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem ein. Niedergelassene Nervenärzte, Sozialpsychiatrische Dienste, Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion, Tagesstätten sowie beschützte Wohnangebote wurden für den Auf- und Ausbau eines bedarfsgerechten gemeindenahen/-integrierten Versorgungsnetzes ebenfalls als unverzichtbar erachtet.³

Der Abschlussbericht wurde dem zuständigen Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit mit Schreiben vom 25.11.1975 zugeleitet. Die Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen war wegen der bestehenden Zuständigkeiten weitgehend Aufgabe der Länder sowie der Träger und Verbände. Bereits im Vorwort wurde darüber informiert, dass keine zusätzlichen Haushaltsmittel zur Verfügung gestellt würden. Die damalige Bundesregierung ging von einer sehr langsamen, stufenweisen langfristigen Verbesserung der psychiatrischen Versorgung aus, da die zusätzlichen Mittel von Bund, Ländern, Gemeinden und Trägern aufgrund der angespannten Finanzlage nicht vorhanden waren.⁴

- 3 Vgl. Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4200: *Unterrichtung durch die Bundesregierung, Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BR Deutschland- zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung*, Seite 16ff.
- 4 Vgl. Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4200: *Unterrichtung durch die Bundesregierung*, Seite 11ff.

*Ideen des Reichenauer Psychiaters Erich Haisch (1914 bis 1993)
zur Reform der Anstaltspsychiatrie vor der Enquete*

Die Reichenau wurde am 11. Oktober 1913 als Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz im damaligen Großherzogtum Baden eröffnet. Sie sollte die anderen badischen Landesanstalten⁵ entlasten und war für 300 PatientInnen konzipiert. Anfangs waren vier Ärzte, 53 Wärter und 52 Wärterinnen in Reichenau tätig. Im Ersten Weltkrieg diente sie als Lazarett für Kriegsgefangene.⁶ In der Zeit des Nationalsozialismus wurde die Heil- und Pflegeanstalt Ende März 1941 geschlossen. 508 PatientInnen fielen der Euthanasie zum Opfer. Die restlichen PatientInnen wurden in die Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen verlegt. Auf dem Anstaltsgelände wurde eine sogenannte Nationalpolitische Erziehungsanstalt (NAPOLA) für Jungen im April 1941 eröffnet.⁷ Die Heil- und Pflegeanstalt nahm als Psychiatrisches Landeskrankenhaus Reichenau im Dezember 1949 den Betrieb wieder auf, in dem 100 PatientInnen aus Emmendingen nach Reichenau verlegt wurden.⁸ Im Dezember 1953 erfolgte die Umbenennung zum Psychiatrischen Landeskrankenhaus Reichenau. Seit 1957 stiegen die Aufnahmezahlen ständig und es kam zu einem Bettenmangel. Im Jahr 1964 mussten 990 PatientInnen in 16 Krankengebäuden untergebracht werden. Diese waren ursprünglich für 680 PatientInnen vorgesehen. Im Jahr 1966 erreicht die Reichenau mit durchschnittlich 999 belegten Betten ihren historischen Höchststand. Danach beginnt die Belegung kontinuierlich zu sinken.⁹ Zum 1. Januar 1996 wurde das Landeskrankenhaus dann mit Gesetz zur Errichtung der Zentren für Psychiatrie in Baden-Württemberg (EZPsychG) von einem Landesbetrieb in eine rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts umgewandelt. Das heutige Zentrum für Psychiatrie Reichenau ist in drei Geschäftsbereiche gegliedert, dem Psychiatrischen Fachkrankenhaus, dem Maßregelvollzug und dem Geschäftsbereich Psychiatrisches Fachpflegeheim/Eingliederungshilfe.

- 5 Die anderen badischen Anstalten waren Illenau, Emmendingen und Wiesloch.
- 6 Vgl. Hoffmann, K. (2013): Die Gründung der Anstalt bei Konstanz – ihre Vernetzung mit den benachbarten schweizerischen Kliniken Münsterlingen und Sanatorium Bellevue in Kreuzlingen. In: Seelos, H.-J., Hoffmann, K. (Hg.): *100 Jahre Zentrum für Psychiatrie, Köln* (Psychiatrie Verlag), S. 41ff.
- 7 Vgl. Faulstich, H. (2013): NS-Psychiatrie in der Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz. In: Seelos, H.-J.; Hoffmann, K. (Hg.): *100 Jahre Zentrum für Psychiatrie, Köln* (Psychiatrie Verlag), S. 122.
- 8 Vgl. Archiv Generalia Nr. 10.01.00, Bd 1, ZfP Reichenau: Geschichte des Krankenhauses, Jubiläen, Aktennotiz zur Historie der Anstalt anlässlich der 50 Jahrfeier.
- 9 Vgl. Faulstich, H. (1988): *Die Geschichte des Landeskrankenhauses Reichenau*, S. 10ff.

Ideen für eine humanere Psychiatrie existierten bereits weit vor Einberufung der Enquete 1970. Häfner und Kulenkampf haben die Enquete politisch angeschoben. Bedeutsame Publikationen gab es schon seit den 1950er Jahren. Die Enquete wurde von Anfang an von anerkannten Psychiatern aus dem anglo-amerikanischen Raum mit ihren Publikationen beeinflusst. So hatten die Veröffentlichungen von George Brown und John Wing großen Einfluss auf die Enquete.¹⁰ Der Psychiater John Wing und der Soziologe George Brown hatten herausgearbeitet, dass die Symptomatik chronisch schizophrener Menschen mit davon beeinflusst wird, ob diese Kontakte außerhalb der Klinik haben und ihnen in der Klinik ein gewisses Maß an Privatsphäre eingeräumt wird. Sie stellten fest, dass es Auswirkungen auf die Kommunikationsfähigkeit von psychisch Kranken hat, ob sie als Individuum ernst genommen werden bzw. Eigenverantwortung tragen durften.¹¹ Aus den Reihen der Anstaltspsychiater wurde auch bereits vereinzelt vor der Enquete massive Kritik an den inhumanen Zuständen der Anstaltspsychiatrie geäußert und Lösungen zu ihrer Überwindung aufgezeigt. Bereits sieben Jahre vor Beginn der Enquete forderte der Reichenauer Psychiater Erich Haisch in seinen Publikationen ein Ende der menschenunwürdigen Zustände. Diese waren für ihn zum Beispiel geschlossen geführte Häuser, in denen die PatientInnen auf engstem Raum zusammengepfercht leben mussten, ständige physische Entwürdigungen durch das Personal (wie Betteln der PatientInnen um Toilettenpapier, als Besteck gab es vielleicht einen Löffel, ansonsten musste mit den Fingern gegessen werden) sowie ein übermäßiger Einsatz von Psychopharmaka durch die Ärzte, um die PatientInnen ruhigzustellen. Zustände also, die zu dieser Zeit im damaligen Psychiatrischen Landeskrankenhaus Reichenau an der Tagesordnung waren. So veröffentlichte Haisch im Ärzteblatt Baden-Württemberg 1963 seinen Artikel¹² »Not im Psychiatrischen Landeskrankenhaus. Ein Beispiel.« Das für das Landeskrankenhaus damals zuständige Innenministerium sah sich genötigt, sofort in einer Pressemitteilung die im Artikel geäußerten Vorwürfe zu dementieren. In der Pressemitteilung wurden Haisch zahlreiche sachliche Unrichtigkeiten und Übertreibungen vorgeworfen.¹³ Im Jahr 1964 sah sich die Ministerialbürokratie veranlasst, einen Gegen-

10 Vgl. Interview mit Herrn F. vom 8.1.2010, Zeile 253–293.

11 Vgl. ebd., Zeile 53–146.

12 Vgl. Haisch, E. (1963): Not im Psychiatrischen Landeskrankenhaus. Ein Beispiel, in: *Ärzteblatt für Baden – Württemberg, Heft 10, 1963: 300–304.*

13 Vgl. Archiv Generalia Nr. 12.31.10. ZfP Reichenau, Nachlass Haisch, Schreiben Regierungspräsidium Südbaden an PLK Reichenau, AZ I3M/28/4701/67 vom 13.11.1963.

artikel im Ärzteblatt Baden-Württemberg zu publizieren. Der Titel lautete: »Not im psychiatrischen Krankenhaus – Wege zur Abhilfe«. Verfasst wurde er vom Regierungsmedizinalsekretär Sautter aus dem Innenministerium des Landes Baden-Württemberg. Sautter geht allerdings nicht auf die Vorschläge von Haisch ein, wie man die psychiatrische Grundversorgung qualitativ verbessern könnte, ohne die stationären Behandlungskapazitäten weiter auszubauen. Haischs Vorschlag für eine Intensivierung und Reformierung der Außenfürsorge, indem jeder Arzt mindestens ein Drittel seiner Arbeitszeit dort ableistet, wird als unsinnig abgetan, da es genügend niedergelassene Psychiater in der Bundesrepublik gebe. Sautter argumentiert dagegen, dass die Landeskrankenhäuser in Baden-Württemberg bis 1970 um ca. 3.000 Betten aufgestockt werden sollten. Er streitet weiterhin ab, dass PatientInnen mit Psychopharmaka sediert würden um Personal einzusparen. Die verabreichten Medikamente entsprächen den in den 1960er Jahren geltenden therapeutischen Richtlinien. Die Dosierung richte sich allein nach dem Zustand der PatientInnen. Er widerspricht zudem, dass Zwangsjacken noch häufig eingesetzt würden. Zwangsjacken würde nur gelegentlich in definierten medizinischen Ausnahmefällen (z. B. bei Cerebralsklerotikern) eingesetzt. Sie wären oft schonender und im Hinblick auf den meist labilen Kreislauf alter Menschen ungefährlicher als eine »chemische Narkose«. In seinem Beitrag schob Sautter die Verantwortung für die Missstände auf die Führung des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Reichenau. Sautter verwies darauf, dass Haisch als Oberarzt für die Behandlungszustände mitverantwortlich sei.¹⁴ In der gleichen Ausgabe wurde Haisch von der Redaktion des Ärzteblattes Gelegenheit gegeben, ein Schlusswort zum Thema zu verfassen. In seinem »Schlusswort« hob er hervor, dass die Weiterentwicklung der Psychiatrie nicht nur eine medizinische, sondern auch eine soziale Aufgabe sei. Als wichtige Faktoren würden dazu der Wohlstand der Gesellschaft, die öffentliche Meinung, die Gesetzgebung, die vom Land zur Verfügung gestellten finanziellen Ressourcen sowie das ärztliche und pflegerische Personal in den Anstalten zur Veränderung mit beitragen. Für Haisch war eine Reform der Psychiatrie von unten »seitens der Kranken« ausgeschlossen, da diese aufgrund ihrer Erkrankung und ihrer prekären gesellschaftlichen Stellung dazu nicht in der Lage sind. Die Reformen müssten durch die Politik erfolgen. Haisch war gegen eine ständige Vergrößerung der Anstalten mit mehr Bettenkapazitäten. Seine Idee war es, dass anstelle der Absonderung und autoritären Beaufsich-

14 Vgl. Sautter, G.E. (1964): Not im Psychiatrischen Landeskrankenhaus. Wege zur Abhilfe, in: *Ärzteblatt für Baden-Württemberg*, Heft 2, S. 45ff.

tigung der PatientInnen ambulante Strukturen treten sollten. Zudem sollte innerhalb und außerhalb der Anstalten eine bessere zwischenmenschliche Kommunikation erfolgen.¹⁵ Haischs kritische Veröffentlichungen hatten Auswirkungen auf seine weitere berufliche Laufbahn. Er musste für eine geraume Zeit seine Funktion als Oberarzt ruhen lassen. Seine wiederholten Versuche, nach dem die Missstände offenlegenden Artikel mit den Verantwortlichen im Regierungspräsidium oder im Innenministerium ins Gespräch zu kommen, scheiterten. Das Staatsministerium Baden-Württemberg verweigerte ihm 1965 die Freigabe einer weiteren Beratertätigkeit im Bereich Psychiatrie für die Weltgesundheitsorganisation im damaligen Südvietnam mit Verweis auf die angespannte Ärtzelage in Reichenau. Es gab mehrfache Zurechtweisungen, persönliche Diffamierungen und eine dienstamtliche Rüge.¹⁶ Haisch versuchte mit seinen Veröffentlichungen 1963 »Not im psychiatrischen Landeskrankenhaus – Ein Beispiel« und »Reform der Anstaltspsychiatrie – Eine Aufgabe« (1965) schon Mitte der 1960er Jahre eine Reform der Anstaltspsychiatrie anzuregen.¹⁷ Er wollte durch die Einführung der therapeutischen Gemeinschaft auf den Stationen das Selbstbestimmungsrecht der PatientInnen in den Anstalten stärken. Sein Ansatz war es dabei, dass nicht nur die Ärzte, sondern auch die Pflegenden sozio- und milieutherapeutisch arbeiten sollten. Jeder Patient sollte Raum für seine individuellen Bedürfnisse erhalten. Diese Forderung fand später auch in der Psychiatrie-Enquete ihre Berücksichtigung. Eine Pflegerin berichtete, dass auf Haischs Stationen die Pflege in der Behandlung aktiv mitarbeiten musste. So wurden die Pflegekräfte in Gesprächsführung unter seiner Anleitung geschult, um Gesprächsgruppen mit PatientInnen eigenständig leiten zu können. Haisch hat dem Pflegepersonal die Ideen der therapeutischen Gemeinschaft nahegebracht und die Bezugspflege auf seinen Stationen eingeführt.¹⁸

Er war auch einer der frühen Pioniere der Gruppentherapie in deutschen Anstalten und hat dazu bereits 1955 monographisch publiziert; Ludger Maria Hermanns hat Haischs Verdienst 2019 gewürdigt.¹⁹ In seiner Denkschrift vom

15 Vgl. Haisch, E. (1964): Schlusswort, in: *Ärzteblatt für Baden-Württemberg*, Heft 2, S. 49ff.

16 Vgl. Archiv Generalia Nr. 12.31.10. ZfP Reichenau, Nachlass Haisch, Aktenvermerk Gespräch Haisch mit Vertretern der Ministerialbürokratie des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg.

17 Vgl. Haisch, E., (1965): Reform der Anstaltspsychiatrie, eine Aufgabe. *Nervenarzt*, 36 (8), 19: 346–349.

18 Vgl. Interview mit Frau C vom 9.9.2010, Zeile 90–127.

19 Vgl. Hermanns, L. M. (2019): Wer war Erich Haisch?, Editorische Vorbemerkungen zum Reprint seines Überblicks über den internationalen Stand der Gruppen-

30. Mai 1951 über die Einführung der Psychotherapeutischen Behandlungsmethoden in den Heil- und Pflegeanstalten, die er an die Gesundheitsabteilung des Ministerium des Inneren des Landes Baden schickte, plädierte Haisch für die Einführung der Psychotherapie an den Heil- und Pflegeanstalten. Seiner Ansicht nach sollten nicht nur Wohlhabenden, die sich eine Privatklinik leisten konnten, Anspruch auf die Psychotherapie haben, sondern auch die breite Bevölkerung. Das begriff Haisch als einen ersten Schritt von einer Verwahrspsychiatrie hin zu einem modernen psychiatrischen Krankenhaus.²⁰

Die Einführung der Verhaltenstherapie in Reichenau ab 1969

Ein glücklicher Umstand in Reichenau bestand darin, dass Rudolf Cohen (1932 bis 2018), Professor im Fachbereich Psychologie der Universität Konstanz, ab März 1972 Mitglied der Enquete-Sachverständigenkommission wurde. Er kannte somit die aktuellen Ideen der Enquete zur Reformierung der Psychiatrie aus erster Hand und konnte sie direkt an seine Mitarbeitenden weitergeben. Cohen betrieb im Reichenauer Landeskrankenhaus seit 1969 eine Forschungsstation für Verhaltenstherapie.

Der größte Versorgungsbedarf und die schlimmsten Behandlungsbedingungen bestanden 1969 bei den sogenannten LangzeitpatientInnen. Dies waren in erster Linie an schizophrenen Psychosen erkrankte Menschen, die seit Jahren und Jahrzehnten hospitalisiert wurden. Psychotherapie war zu dieser Zeit deckungsgleich mit Psychoanalyse. Diese Form war aber für diesen PatientInnenkreis ungeeignet. So wurden auf der Forschungsstation zuerst schwerstbeeinträchtigte schizophrene PatientInnen ausgewählt. Das dafür vorgesehene Pflegepersonal der Reichenau erhielt eine intensive Schulung in Verhaltenstherapie. D. h. das Pflegepersonal wurde in die Behandlungsabläufe einbezogen. Angelehnt an amerikanischen »token economies«²¹ basierte das therapeutische Vorgehen in erster Linie auf einem Münz-Verstärkungs-Programm. Die nachgewiesenen Verbesserungen waren nicht signifikant. Sie betrafen ausschließlich das Leistungsverhalten und nicht – wie von den

psychotherapie aus dem Jahre 1955, in: *Zeitschrift Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 55. Jahrgang, 4/2019 S. 370–375.

- 20 Vgl. Archiv des ZfP Reichenau Nr. 12.31.10. ZfP Reichenau, Nachlass Haisch, Denkschrift über die Einführung der psychotherapeutischen Behandlungsmethoden in den Heil- Pflegeanstalten vom 30.5.1951.
- 21 Das Token-System ist ein Verfahren der Verhaltenstherapie, das auf Konzepten der operanten Konditionierung beruht. Ziel eines Token-Systems ist der Aufbau erwünschten Verhaltens durch Verwendung systematischer Anreize wie z. B. Münzen.

Therapeuten gewünscht – in einer Verbesserung des Sozialverhaltens. Entscheidende Faktoren für den Erfolg von Verhaltensveränderungen dürften nicht der ökonomische Nutzen der Münzen sondern die Vorhersagbarkeit für den Therapeuten und die klare Struktur der Erwartung der Stationsmitarbeitenden gewesen sein.^{22/23}

Der damalige Direktor des Landeskrankenhauses, Helmut Siedow, erhoffte sich durch die enge Kooperation mit dem Fachbereich Psychologie der Universität Konstanz, neue Ideen Einzug für den Krankenhausalltag. »Der Mief der überfüllten Kliniken auf Vorkriegsniveau sollte gelüftet und die Abgeschlossenheit allmählich aufgelockert werden.«²⁴ Die große Hoffnung, dass sich mit der universitären Kooperation die klinische Arbeit schnell modernisieren und die Abgeschlossenheit der Anstaltspsychiatrie allmählich durchbrechen ließ, erfüllte sich nur teilweise. Die rasche Modernisierung scheiterte, da die Forschungsstation, die sich anfangs auf die Behandlung von Schizophrenen mit verhaltenstherapeutischen Konzepten spezialisiert hatte, kaum Kontakt zu den anderen Stationen im Landeskrankenhaus unterhielt. Cohen selbst legten großen Wert darauf, dass das mühsam qualifizierte Personal nicht in andere Bereiche des Landeskrankenhauses wechselte, damit die besondere Stationskultur erhalten blieb. Diese bestand darin, dass die Forschungsstation weniger autoritär und hierarchisch organisiert war, so dass sich Mitarbeiter offen austauschen und miteinander diskutieren konnten. Auf der Forschungsstation wurde der von der Enquete geforderte therapeutische Behandlungsstil bereits seit Anfang der 1970er praktiziert. Wesentliche Merkmale waren: Das verhaltenstherapeutische Programm wurde aktiv vom PatientInnen innerhalb einer sinnvollen Gliederung des Tagesablaufes auf der Station mitgetragen, es gab regelmäßige Besprechungen der verschiedenen Berufsgruppen, und die Abgabe von bisher ärztlichen Aufgaben an andere Berufsgruppen wie z. B. Pflegepersonal, Psychologen, Sozialarbeiter oder Beschäftigungstherapeuten. Es gelang allerdings nicht, diesen therapeutischen Behandlungsstil auf alle anderen Stationen zu übertragen, dazu war der

22 Vgl. Cohen, R.; Rockstroh, B.; Watzl, H. (2013): Universität Konstanz und Zentrum für Psychiatrie Reichenau: Die Zusammenarbeit 1969 -2012. In: Seelos, H.-J.; Hoffmann, K. (Hg.): *100 Jahre Zentrum für Psychiatrie, Köln* (Psychiatrie Verlag), S. 205ff.

23 Es werden Münzen als verstärkendes Element benutzt, um beim PatientInnen, erwünschtes Verhalten zu erreichen. Die Münzen wurden dann z.B. gegen Süßigkeiten eingetauscht.

24 Cohen, R.; Rockstroh, B.; Watzl, H. (2013): Universität Konstanz und Zentrum für Psychiatrie Reichenau: Die Zusammenarbeit 1969–2012. In: Seelos, H.-J., Hoffmann, K. (Hg.): *100 Jahre Zentrum für Psychiatrie, Köln* (Psychiatrie Verlag), S. 205.

Austausch von Personal zwischen der Forschungsstation und den anderen Stationen im Landeskrankenhaus zu gering. Immerhin wurde die Abschottung der Anstaltspsychiatrie durch den Austausch in Lehre (Universität) und Fortbildung (Landeskrankenhaus) gelockert. Die auf der Forschungsstation ausgebildeten Ärzte und Psychologen konnten Impulse nur immer dann an andere Stationen im Landeskrankenhaus weitergeben, wenn sie dort eine leitende Position innehatten. So baute später in den 1970er Jahren Robert Olbrich die Suchtabteilung in Reichenau auf, bevor er ins Zentralinstitut für Seelische Gesundheit nach Mannheim wechselte. In der neugegründeten Suchtabteilung wurden dann verhaltenstheoretische Konzepte in die Suchtbehandlung der Klinik eingeführt, wodurch die Klinikaufenthalte verkürzt werden konnten. Es wurde somit ein wesentlicher Beitrag geleistet, die Hospitalisierung der PatientInnen zu verringern. Bei den schwer beeinträchtigten schizophrenen PatientInnen erwiesen sich die verhaltenstherapeutischen Konzepte nicht immer so erfolgreich, anders als es die Forschungsstation in der Öffentlichkeit kommunizierte.²⁵

Die Situation in der Reichenau zur Zeit der Enquete (1970 bis 1975)

Zu Beginn der Enquete im Jahr 1970 betrug die durchschnittliche Verweildauer im PLK Reichenau 357 Tage. Chronische kranke PatientInnen blockierten die Betten für neu aufzunehmende akut psychiatrische PatientInnen. Die Reichenau überschritt mit durchschnittlich belegten 955 Betten die empfohlene Höchstgrenze von 600 Betten. Die damalige Bettenzahl war zu hoch, um die PatientInnen adäquat versorgen zu können und die geographische Lage innerhalb des Einzugsgebiets der Reichenau ungünstig. 1970 erstreckte sich das Versorgungsgebiet über eine Distanz von ca. 150 Kilometer nach Norden, vom Bodensee über den Hegau, die obere Donau und Hohenzollern in die Schwäbische Alb und ebenso weit nach Westen über den Hochrhein und Teile des südlichen und mittleren Schwarzwaldes.²⁶ Positiv zu bewerten ist, dass die Reichenau 1972 einen Aufnahmebezirk mit ca. 705.800 Einwohnern zu versorgen hatte.²⁷ Die Reichenau lag damit gemäß den Erhebun-

25 Vgl. Interview mit Herrn J vom 8.1.2010, Zeile 616–622.

26 Vgl. Archiv Generalia Nr. 12.31.00 ZfP Reichenau: Jahresberichte des Psychiatrischen Landeskrankenhauses seit 1956, Jahresbericht 1970, Anhang »Aussenfürsorge eines psychiatrischen Landeskrankenhauses von Erich O. Haisch, S. 3.

27 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg: Psychiatrie-Plan Baden-Württemberg, Stuttgart 1974, S. 32.

gen der Enquete unter dem Bundesdurchschnitt (937.000 Einwohner) und dem Landesdurchschnitt für Baden-Württemberg (832.000 Einwohnern). Die Reichenauer Versorgungszahlen waren zwar günstiger, aber immer noch weit entfernt von der Forderung der Enquete, 250.000 Einwohnern pro Anstalt zu versorgen. Zur Verweildauer: 1973 waren 40,5% der PatientInnen bis zu einem Jahr in Reichenau. Der durchschnittliche Anteil bei Krankenhäusern mit psychiatrischer Fachabteilung lag demgegenüber bei nur 33%. Bei den Verweildauern über zwei Jahren wies die Reichenau mit 53,3% im Vergleich zu anderen Fachkrankenhäusern mit einem Anteil von 59% jedoch einen günstigeren Wert auf.²⁸ Es ist zu vermuten, dass die Heimverlegungen von chronisch schizophrener, alterskranken und geistig behinderten Menschen seit 1968 bei den Verweildauern ab zwei Jahren zu einer Reduktion der Verweildauer beitrug. Für den höheren Anteil an KurzzeitpatientInnen (bis zu einem Jahr) in Reichenau könnte zum einen der durch die Größe des Versorgungsgebietes ausgelöste Aufnahmedruck ausschlaggebend gewesen sein, andererseits könnte sich durch den Einsatz von verhaltenstherapeutischen Ansätzen und Behandlungsspezialisierungen auf verschiedene Krankheitsbilder die Verweildauern für einige Krankheitsbilder reduziert haben. Negativ zu bewerten wäre es, wenn nur der Aufnahmedruck für den höheren Anteil an KurzzeitpatientInnen verantwortlich wäre, was sich retrospektiv nicht verifizieren lässt. Durch die Größe des Versorgungsgebietes könnte der Aufnahmedruck erhöht worden sein, der die Reichenau dazu zwang, neu aufgenommene PatientInnen nach kurzer Zeit wieder zu entlassen. Das konnte sich wiederum nicht positiv auf die Behandlungsqualität auswirken, da kurze Verweildauern in der Psychiatrie eher einen »Drehtüreffekt« begünstigen. Positiv zu bewerten wäre es, wenn durch den frühzeitigen Einsatz von verhaltenstherapeutischen Ansätzen und Behandlungsspezialisierungen für verschiedene Krankheitsbilder (Abhängigkeits-, Alterserkrankungen) die Verweildauern für manche Krankheitsbilder hätte reduziert werden können, ohne dass darunter die Behandlungsqualität gelitten hätte.

Die von der Psychiatrie-Enquete geforderte ausreichende Ausstattung der Psychiatrien mit genügend Möglichkeiten zur Befriedigung humanitärer Grundbedürfnisse (eigener Bereich für persönliches Eigentum und Kleidung, wohnliche Aufenthalts- und Gruppenräume, offen und gemischtgeschlechtlich geführte Stationen, therapeutische Programme, die vom PatientInnen aktiv mitzutragen und nicht mehr kustodial sind) war in der Reichenau 1971 noch nicht vorhanden. In einer Analyse wurde 1971 aufgeführt, dass die ca. 700 Altbaubetten über durchschnittlich sechs Qua-

28 Vgl. Archiv Generalia Nr. 12.31.00, ZfP Reichenau: Jahresberichte des Psychiatrischen Landeskrankenhauses seit 1956, Jahresbericht 1973, S. 4f.

dratmeter Bodenfläche pro Bett verfügten. Für die 700 PatientInnen standen 250 Waschbecken (davon 35 nur mit kaltem Wasser), 56 Toiletten, 45 Badewannen und 14 Duschen zur Verfügung. 10 % der PatientInnen konnten aus Rummangel keinen Nachttisch an ihrem Bett haben.²⁹

Teilstationäre und komplementäre Angebote gab es im Landkreis Konstanz erst ab Mitte der 1970er Jahre. Der geforderte Ausbau bzw. eine Stärkung der ambulanten Angebote fand noch nicht statt, da dies der Reichenau vom Sozialministerium nicht gestattet war.³⁰

Den vorhandenen ambulanten Strukturen fehlten die fachlichen und personellen Ressourcen um eine therapeutische Wirkung bei den Patientinnen entfalten zu können, da die Amtsärzte und Fürsorgerinnen Vorurteile gegenüber psychisch kranken Menschen hatten. Die Fortbildung in der Psychiatrie stand bei den Fürsorgerinnen nur auf dem Papier. Das autoritäre Auftreten der Gesundheitsämter gegenüber den PatientInnen führte dazu, dass diese eher Zwangseinweisungen durchführten als eine nachgehende Fürsorge. Die regionale Streuung der einzelnen Gesundheitsämter, die psychiatrische Vorbildung der Amtsärzte und die Ausstattung mit Fürsorgerinnen prädestinierte die Gesundheitsämter für eine ambulante Betreuung. Eigene Ambulanzen durften die Landeskrankenhäuser nicht betreiben, da dies damals die rechtlichen Vorgaben nicht erlaubten. Dies war eine Folge des Lobbyismus der freien Ärzteschaft gegenüber den Krankenhausambulanzen. Die ambulante Fürsorge der Reichenau durfte 1970 nur beratend tätig sein, da dies seit den 1930er Jahren eine gesetzlich geregelte Hauptaufgabe der Gesundheitsämter war. Waren therapeutische Maßnahmen notwendig, wurden die PatientInnen an die Allgemeinärzte verwiesen. Es wurden nur die PatientInnen von der Außenfürsorge betreut, wenn diese freiwillig ihr Einverständnis in die Behandlung gaben. Dieses Einverständnis wurde schon während des stationären Aufenthalts abgeklärt und vorbereitet. Ein Problem bestand laut Haisch darin, dass die Atmosphäre bei den Gesprächen mit den Entlassenen in den Gesundheitsämtern autoritär und einschüchternd war und die Privatsphäre der PatientInnen nicht beachtet wurde. Die Entlassenen wurden aus ihrer häuslichen Umgebung herausgerissen und mit einem offiziellen Einladungsschreiben mit dem Poststempel »Gesundheitsamt« dorthin einbestellt. Die Außen-

29 Vgl. Archiv des ZfP Reichenau Nr. 12.31.00, ZfP Reichenau: Jahresbericht 1971, S. 6ff.

30 Vgl. Archiv des ZfP Reichenau Nr. 53.46.00, ZfP Reichenau: Außerstationäre Psychiatrische Versorgung 1970-1982, Abschrift Erlass des Innenministeriums über die psychiatrische Außenfürsorge.

fürsorge war nicht mehr aufsuchend tätig, wie noch in den 1920er Jahren.³¹ Die Entlassenen kamen eingeschüchtert und in »Sonntagskleidung« zu ihren Terminen. Zudem konnten die PatientInnenrechte der Klienten nach vertraulicher Behandlung oft nicht gewahrt werden, da die MitpatientInnen die persönlichen Gespräche mithören konnten, weil geeignete Räumlichkeiten fehlten. Außerdem bestand eine respekteinflößende Distanz und dadurch ein fehlender persönlicher Zugang zum Klienten, den der Psychiater für seine therapeutische Arbeit benötigte. Diese autoritären Strukturen wirkten sich nicht nur bei paranoiden und misstrauischen Klienten therapiefreundlich aus. Haisch vertrat die Meinung, dass der Psychiater kein Behördenvertreter sein darf und konnte daher die erwähnten Widersprüche in seiner Arbeit nur schwer akzeptieren.³² Ein Erfolg der Außenfürsorge jener Jahre bestand darin, dass vermehrt dauerhaft untergebrachte AlterspatientInnen aus der Reichenau in Altenheimen untergebracht werden konnten. Hier war es möglich, den sozialpsychiatrischen³³ Bedürfnissen durch die Beziehung von Therapeuten und Sozialarbeitern mit dem sozialen Umfeld der Klienten (Angehörige, Pflegepersonal in den Heimen) besser nachzukommen, denn es gab einen großen Unterschied zur behüteten und abgeschotteten Umgebung auf den Stationen im Landeskrankenhaus und dem realen Leben außerhalb der Anstalt.

Die Außenfürsorge musste 1973 sechs Standorte (Konstanz, Tuttlingen, Hechingen, Ebingen, Waldshut und Sigmaringen) mit fünf Ärzten und vier Sozialarbeitern betreiben. In 591 Beratungstagen wurden 2.551 Personen im Monat betreut. Dabei lag Konstanz mit 10 Kilometern Entfernung der Reichenau am nächsten, Hechingen (146 km), Ebingen (140 km) und Waldshut (124 km) am weitesten vom Landeskrankenhaus entfernt.³⁴ Von der Außenfürsorge konnten nur beratende Impulse ausgehen, mehr war aufgrund der begrenzten personellen Ressourcen und der Distanz nicht möglich.

31 Vgl. Faulstich, H. (1993): *Von der Irrenfürsorge zur »Euthanasie«: Geschichte der badi-schen Psychiatrie bis 1945*, Freiburg i. Brsg. (Lambertus Verlag), S. 114f.

32 Vgl. Archiv Generalia Nr.12.31.00 ZfP Reichenau: Jahresberichte des Psychiatrischen Landeskrankenhauses seit 1956, Jahresbericht 1970, Anhang »Aussenfürsorge eines psychiatrischen Landeskrankenhauses von Erich O. Haisch S. 4f.

33 Bedürfnisse die aus sozialen, kulturellen und anderen Umgebungsfaktoren resultieren und auch einen Einfluss auf die seelische Gesundheit des Menschen haben.

34 Vgl. Archiv des ZfP Reichenau Nr. 53.46.00: Außerstationäre Psychiatrische Versorgung 1970–1982, Schreiben an die Direktoren der öffentlichen Psychiatrischen Krankenhäuser in der Bundesrepublik vom 24.10.1974 Umfrage zur Außenfürsorge.

Im Jahr 1970 wurde das erste Übergangshaus mit einem beschützenden Arbeitsangebot, das »Haus am Briel« in Konstanz eröffnet. Betreut wurde die Einrichtung unter anderem von Haisch.³⁵

Anfang der 1970er Jahre fehlten Therapieangebote für Suchtkranke und psychisch kranke Menschen in Reichenau. Die Differenzierung in Fachabteilungen, die gesondert ärztlich geleitet wurde, gab es nur für die AlterspatientInnen. Auch war 1974 die Klinik streng nach Geschlechtern getrennt. Die PatientInnen wurden ferner nach der Einteilung in die Kategorien ruhig, halbruhig oder unruhig und Gerontopsychiatrie, getrennt. Die Forderung der Sachverständigenkommission nach einer ausreichenden Ausstattung des Landeskrankenhauses zur Befriedigung humanitärer Grundbedürfnisse war 1974 in Reichenau noch nicht gegeben. Zur Selbstverständlichkeit sollte ein eigener Bereich für persönliches Eigentum und Kleidung gehören sowie ausreichend wohnlich gestaltete Aufenthalts- und Gruppenräume.

Die Stationen waren hoffnungslos überfüllt. Die Lebensbedingungen auf den Stationen waren schwierig. So gab es wegen der vermeintlichen Verletzungsgefahr nur Gabeln und Löffel aus Kunststoff. Messer waren aus Sicherheitsgründen verboten. Die Betten waren teilweise in Reihen ohne Durchgang aufgestellt, sodass die PatientInnen aus den hinteren Reihen über die vorderen Bettenreihen hinweg steigen mussten, wenn sie das Bett verlassen wollten. Auf den Stationen gab es keine Beschäftigungsmöglichkeiten. Einige PatientInnen arbeiteten im Gutshof, der Gärtnerei oder in den Wirtschaftsbetrieben der Einrichtung (Küche, Bäckerei, Sattlerei, Weberei, Metzgerei). Die meisten Kranken hielten sich jedoch den ganzen Tag auf der Station auf, es sei denn, sie hatten mit mehreren Pflegern Ausgang. Ansonsten liefen sie ziellos im Aufenthaltsraum umher.³⁶ Ein damals junger Arzt beschreibt ein Klima der Gewalt auf einer Männerstation. Die Stimmung unter den Männern sei immer angespannt bis explosiv gewesen. Es sei kaum ein Tag ohne Schlägerei vergangen. Die Pfleger hatten die Anweisung, den Patienten grundsätzlich nicht den Rücken zuzuwenden und nie allein den Aufenthaltsraum zu betreten.³⁷ Statt eines therapeutischen Behandlungsansatzes wurde aufgrund des Ärztemangels immer noch eine Verwahropsychiatrie betrieben. Jeder Arzt

35 Vgl. Archiv Generalia Nr. 12.31.00 ZfP Reichenau: Jahresberichte des Psychiatrischen Landeskrankenhauses seit 1956, Jahresbericht 1970, S. 30.

36 Vgl. Interview mit Herrn B vom 7.10.2009, Zeile 30–83.

37 Vgl. Interview mit Herrn G vom 15.7.2011, Zeile 742–746.

hatte für seine PatientInnen nur wenige Minuten Zeit.³⁸ 1970 betrug der Arzt-Patient-Schlüssel 1:50.³⁹ Die Versorgung der neu aufgenommenen PatientInnen hatte oberste Priorität. Ruhige PatientInnen in den einzelnen Häusern sahen den Arzt nur einmal im Monat oder noch seltener.⁴⁰

Die Missachtung der Persönlichkeitsrechte der PatientInnen drückte sich auch darin aus, dass alle PatientInnen von Pflegern und Ärzten geduzt wurden, während es zu dieser Zeit gesellschaftlich üblich war, dass sich fremde Personen untereinander siezten.⁴¹

Welche Forderungen der Enquete wurden nach 1975 in Reichenau umgesetzt?

Ambulante Angebote

Die Forderung der Enquete nach einer Psychiatrischen Ambulanz am Krankenhaus konnte bis Ende der 1980er Jahre in Reichenau nicht umgesetzt werden. Ursache hierfür war eine landespolitische Besonderheit in Baden-Württemberg, denn das Land präferierte bis 2002 den Aufbau von Sozialpsychiatrischen Diensten. Es wurde deshalb kein Bedarf für den Aufbau von psychiatrischen Ambulanzen gesehen. Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind in Baden-Württemberg ausschließlich beratende Sozialdienste. Sie verfügen weder über Ärzte, noch haben sie eine Behandlungsermächtigung und dürfen keine hoheitliche Aufgaben (z. B. Zwangseinweisung von PatientInnen) wahrnehmen. Erst durch das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2000 (Deutscher Bundestag, 1999) und die darin erfolgten Änderungen des §118 SGB V wurden selbstständige, fachärztlich geleitete Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und psychiatrische Abteilungen an Universitätskliniken, sofern regionalversorgungs verpflichtet, direkt zur ambulanten Behandlung ermächtigt und konnten Institutsambulanzen einrichten. Eine Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereini-

38 Vgl. ebd., S. 136ff.

39 Vgl. Rosbach, R. (2019): Abschied von der »Totalen Institution« – Zur Entwicklung der Psychiatrie in Reichenau (Baden) und Münsterlingen von 1945 bis 1996. In: Müller, T., Reichelt, B., Kanis-Seyfried, U. (Hg.): Wissenschaftliche Reihe Psychiatrie, Kultur und Gesellschaft in historischer Perspektive. Zwiefalten (Verlag Psychiatrie und Geschichte): S. 299.

40 Vgl. Interview mit Herrn B vom 7.10.2009, Zeile 30–83.

41 Vgl. Interview mit Herrn F vom 8.1.2010, Zeile 231–235.

gung erübrigte sich dadurch. Die bisher vorgeschriebene Bedarfsprüfung wurde aufgehoben.⁴² Sofort, als die rechtlichen Vorgaben gegeben waren, errichtete die Reichenau im April 2002 eine Psychiatrische Krankenhaus-Ambulanz⁴³, denn aus sachlicher und fachlicher Perspektive war der Verzicht auf Institutsambulanzen nicht gerechtfertigt.

Aber auch der Ausbau der vom Land Baden-Württemberg bevorzugten Sozialpsychiatrischen Dienste kam in Reichenau nur langsam voran. Die Implementierung eines sozialpsychiatrischen Dienstes im Landkreis Konstanz scheiterte 1981 daran, dass sich der Landkreis weigerte, einen Teil der Kosten zu übernehmen sowie an der Angst der Kommunalpolitik vor eventuellen Folgekosten. Der Projektträger der Caritasverband des Bistums Freiburg hatte bereits einen Betrag von 75.000 DM Kostenbeteiligung bereitgestellt.⁴⁴ Erst am 1. April 1983 konnte dann der Sozialpsychiatrische Dienst im Rahmen eines Landesmodellprogramms seine Arbeit aufnehmen. Ungewiss war die weitere Finanzierung nach Ablauf des Modellprogramms.⁴⁵

Organisatorische Verbesserungen

Die Psychiatrie-Enquete forderte auch eine bislang schmerzlich vermissene ausreichende Ausstattung der Einrichtungen zur Befriedigung humanitärer Grundbedürfnisse. Zur Selbstverständlichkeit sollte ein eigener Bereich für persönliches Eigentum und Kleidung gehören sowie ausreichend wohnlich gestaltete Aufenthalts- und Gruppenräume. Diese Forderungen konnten nur durch eine Verkleinerung der Stationen erfüllt werden. Die Krankenhausleitung der Reichenau war 1973 auch davon überzeugt, dass man eine zeitgemäße, krankheitsspezifisches Therapieangebot sowie die Umsetzung humanitärer Grundbedürfnisse nur auf kleineren Stationen

42 Vgl. <http://hdl.handle.net/10900/48791>, Köster Margitta, Psychiatrische Institutsambulanzen in Baden-Württemberg: Behandlungsauftrag, Arbeitsweise, Evaluation, 2005, S. 10.

43 Die Beantragung der Zulassung bei der Kassenärztlichen Vereinigung führte aber noch zu erheblichen Problemen und rechtlichen Streitigkeit über den Umfang der Ermächtigung.

44 Vgl. Archiv Generalia Nr. 12.31.00, ZfP Reichenau: Jahresberichte des Psychiatrischen Landeskrankenhauses seit 1956, Jahresbericht 1981, S. 1f.

45 Vgl. Archiv Generalia Nr. 12.31.00, ZfP Reichenau: Jahresberichte des Psychiatrischen Landeskrankenhauses seit 1956, Jahresbericht 1983, S. 23.

mit einer Größe von ca. 20 Betten realisieren könne.⁴⁶ Damals lebten auf einer Station noch bis zu 100 Personen! Ab 1973 wurden mit notwendigen Sanierungen einzelner Häuser bei zeitgleichem Bettenabbau begonnen, sodass kleinere Stationen entstanden. Aber erst im Jahr 1976 kam das primäre Ziel der Krankenhausleitung einer Verkleinerung und Auflockerung der Stationen entscheidend voran. Im Dezember 1976 wurden zwei neue Atriumgebäude mit zusätzlich 144 Betten in Betrieb genommen. Die Betten wurden verteilt auf Vier-, Drei-, und Zweibettzimmer. Zudem gab es in den neuen Gebäuden Tages- und Gruppenräume.⁴⁷ Ein Arbeitskreis »Strukturfragen« in der Reichenau bereitete Anfang 1976 die Entflechtung der Stationen sowie die Um- und Neubelegungen vor. Dem Umstand der Inbetriebnahme von zwei neuen Gebäuden ist es zu verdanken, dass in der Reichenau einige Forderungen der Enquete bereits frühzeitig im Jahr 1976 umgesetzt werden konnten, etwa die Einrichtung von eigenständigen Funktionseinheiten wie z. B. Gerontopsychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen, Akutpsychiatrie sowie die Vorgaben von kleineren Stationen. Nach der Inbetriebnahme der Atriumgebäude hatte die größte Station 45 Betten und die kleinste 12 Betten. Gleichzeitig wurde die Unterteilung von PatientInnen nach Mann/Frau, offen/geschlossen, unruhig/ruhig abgeschafft. Außerdem wurden Funktionsbereiche eingerichtet: Akutpsychiatrie (111 Betten), Gerontopsychiatrie (137 Betten), Sucht (127 Betten), Rehabilitation (Langzeitbereich/ 268 Betten) und Psychiatrische Pflege (51 Betten). Es gab aber auch Stationen, die keinem Funktionsbereich zugeordnet werden konnten, wie zwei Stationen für Oligophrene, und eine Spezialstation mit 13 Betten für oligophrene Kranke mit schweren Verhaltensstörungen, eine Station mit 20 Betten für forensische PatientInnen und eine Station für Menschen mit Infektionen (36 Betten). Über die Einrichtung eines Funktionsbereiches Psychotherapie und Neurologie wurde in der Reichenau diskutiert.⁴⁸

Eine weitere zentrale Forderung der Enquete bestand darin, dass die Angebote der Psychiatrien gemeindenah sein sollten. Die drastische Verkleinerung des Versorgungsgebietes wurde erst 1986 erreicht. Mit der Umsetzung der Forderung der Enquete, die großen Versorgungsgebiete zu verkleinern

46 Vgl. Archiv Generalia Nr. 12.31.00, ZfP Reichenau: Jahresberichte des Psychiatrischen Landeskrankenhauses seit 1956, Jahresbericht 1973, S. 1.

47 Vgl. Rosbach, R. (2019): Abschied von der »Totalen Institution« – Zur Entwicklung der Psychiatrie in Reichenau (Baden) und Münsterlingen von 1945 bis 1996. In: Müller, T., Reichelt, B., Kanis-Seyfried, U. (Hg.): Wissenschaftliche Reihe Psychiatrie, Kultur und Gesellschaft in historischer Perspektive. Zwiefalten (Verlag Psychiatrie und Geschichte): S. 161.

48 Vgl. Archiv Generalia Nr. 12.31.00, ZfP Reichenau: Jahresberichte des Psychiatrischen Landeskrankenhauses seit 1956, Jahresbericht 1977, S. 2 f.

und damit den Belegungsdruck von der Reichenau zu nehmen, wurde zum 1. Januar 1973 begonnen, indem die Landkreise Rottweil und Schwarzwald-Baar an das psychiatrische Krankenhaus Rottenmünster abgegeben wurden. Parallel dazu begannen im Mai 1973 Gespräche darüber, den Landkreis Sigmaringen an die psychiatrische Abteilung am Krankenhaus Sigmaringen durch eine Übernahme zur Aufnahmeverpflichtung abzugeben. Hier erfolgte die Abgabe allerdings nicht reibungslos, da die vereinbarte Aufnahmeverpflichtung aufgrund des Ärztemangels und unzureichender baulicher und institutioneller Unterstützung im Krankenhaus Sigmaringen einige Zeit nicht erfüllt werden konnte.⁴⁹ 1980 war die Reichenau mit insgesamt 27 Stationen für die psychiatrische Versorgung einer Bevölkerung von ca. 800.000 Einwohnern in den Landkreisen Konstanz, Waldshut, Tuttlingen und Zollernalb zuständig.⁵⁰ Die von der Enquete angestrebte optimale Größe des Versorgungsgebietes mit 250.000 Einwohnern wurde damit noch weit verfehlt. Ein weiterer wichtiger Schritt zur Reduzierung des Versorgungsgebietes erfolgte dann in zwei Stufen zum 1. Januar 1985 und zum 1. Januar 1986 mit der Abgabe des Zollernalbkreis an das psychiatrische Krankenhaus Rottenmünster. Damit endete die Zeit des Großkrankenhauses unwiderprüflich. Die Reichenau war, wie bei seiner Gründung 1913, jetzt wieder zuständig für ihre unmittelbaren Versorgungsgebiete.⁵¹ Mit der Eröffnung des Psychiatrischen Behandlungszentrums im Januar 2012 mit zwei Stationen in Waldshut in unmittelbarer Nähe zum dortigen Krankenhaus, aber in funktioneller Zuordnung zur Reichenau, wurde auch die jahrzehntelange Idee der Einrichtung von Satellitenstationen zur gemeindenahen Versorgung im Landkreis Waldshut realisiert. Der Satellit soll in den nächsten Jahren zum Vollversorger für den Landkreis Waldshut ausgebaut werden.

Eine andere Empfehlung der Enquete bestand in der Einrichtung von komplementären kleineren Wohnheimen, die den Klienten längerfristig optimale Entfaltungsmöglichkeiten in einem geschützten Rahmen ermöglichen sollten. Zudem sollten geistig Behinderte in speziell auf ihre Bedürfnisse ausgerichteten Wohnheimen ausgegliedert werden. Durch die Initiative von Hermann Pecher (21.12.1940–26.2.2019, Ärztlicher Leiter der Akutpsychiatrie und stellvertretender Ärztlicher Direktor in Reichenau, tä-

49 Vgl. Archiv Generalia Nr. 12.31.00, ZfP Reichenau: Jahresberichte des Psychiatrischen Landeskrankenhauses seit 1956, Jahresbericht 1973, S. 1ff.

50 Vgl. Genser, B. (2010): Nachrichten aus einer psychiatrischen Klinik, Norderstedt, S. 197.

51 Vgl. Archiv Generalia Nr. 12.31.00, ZfP Reichenau: Jahresberichte des Psychiatrischen Landeskrankenhauses seit 1956, Jahresbericht 1984, S. 1ff.

tig von 1974 bis 1997), wurden schon ab 1968 chronisch schizophrene PatientInnen, Alterskranke und geistig Behinderte in Heime verlegt. Zwischen 1968 und 1975 betraf das insgesamt 834 PatientInnen.⁵² Die Verlegung der LangzeitpatientInnen erfolgte in Südbaden vorwiegend in leerstehende Lungsanatorien im Schwarzwald, da die Zahl der Tuberkuloseerkrankungen seit den 1970er Jahren rückläufig war. Die Bewohner wurden über einen Konsiliardienst von Psychiatern aus Freiburg ärztlich betreut. Über den Erfolg dieser ersten Verlegungen gab es in der Reichenau unterschiedliche Meinungen. Viele glaubten, mit einer Verlegung in einen schön gelegenen Ort sei das Problem gelöst. Zuerst gab es Schwierigkeiten mit der qualifizierten Betreuung, da das aus dem Ausland angeworbene Pflegepersonal in den ehemaligen Sanatorien der deutschen Sprache kaum mächtig war. Diese Sprachbarrieren verhinderten den Aufbau von Beziehungen zwischen PatientInnen und Personal.⁵³ Eine im Rahmen meiner Untersuchung interviewte Mitarbeiterin, die die verlegten PatientInnen in den neuen Heimen besucht hatte, berichtete, dass sie einen überwiegend positiven Eindruck gewonnen habe.⁵⁴ Ein von mir interviewter Arzt, der für die Verlegung zuständig war, berichtete ebenfalls, dass es den in diese kleinen Heime Verlegten sehr viel besser ging, da dort nur etwa 10 bis 30 Bewohner lebten. Verglichen mit dem Landeskrankenhaus würden sie sich dort freier fühlen. Für die Reichenau bedeuteten die Verlegungen eine große Entlastung. Es gab jetzt mehr Platz auf den Stationen und das morbide Verhalten, das die LangzeitpatientInnen an den Tag legten⁵⁵ war nicht mehr so dominierend. Die gleiche Mitarbeiterin aus dem Sozialdienst berichtete dagegen aber auch, dass man gerade in den Anfangszeiten (ab 1968 wurde mit den Verlegungen begonnen) nicht immer die Patientinnen mit »gutem Gewissen« in Heime verlegt hatte, da es ihnen dort zuweilen auch nicht viel besser ergangen sei als auf der Reichenau. Aber die konsequente Verlegung in Heime und die Verkleinerung des psychiatrischen Krankenhauses waren in der Zeit der Enquete wichtige Ziele der ärztlichen Führungskräfte in Reichenau.⁵⁶ Ende der 1970er Jahre hatte man dann aus den Fehlern gelernt und die Heimauswahl verbessert sich, in dem ungeeignete Heime nicht mehr belegt wurden.

52 Vgl. Faulstich, H. (1988): Die Geschichte des Landeskrankenhauses Reichenau, S. 13

53 Vgl. Interview mit Herrn F vom 8.1.2010, Zeile 426–440.

54 Vgl. Interview mit Frau Sauer vom 23.4.2013, Minute 6:05.

55 Vgl. Interview mit Herrn Z vom 13.7.2011, Zeile 202–211.

56 Vgl. Interview mit Frau Sauer vom 23.4.2013, Minute 6:05.

Therapeutischer Behandlungsstil

Eine andere zentrale Forderung der Enquete betraf den kustodialen Behandlungsstil, der zugunsten eines vom PatientInnen aktiv mitgetragenen therapeutischen Programm zu ersetzen war (Therapeutischer Behandlungsstil). Mit der Ernennung des reformorientierten Psychiaters Heinz Faulstich im Jahr 1973 zum stellvertretenden Direktor der Reichenau gingen von ihm wichtige Impulse für die Umsetzung dieser Forderung aus. Faulstich implementierte Behandlungsformen differenziert nach Diagnosen. Die ab 1972 eingeführten Zusammenfassungen der PatientInnen nach verschiedenen Krankheitsbildern (wie Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Alterserkrankungen sowie geistige Behinderung) auf verschiedenen spezialisierten Stationen sind Indikatoren für den einsetzenden Veränderungsprozess. So wurden auf der Station für jüngere oligophrene Kranke, PatientInnen mit der damals so genannten Diagnose »Schwachsinn« – das sind solche, die meist auf der Grundlage eines frühkindlichen Hirnschadens oft schwerste aggressive bzw. dissoziale Verhaltensstörungen zeigen – verhaltenstherapeutisch behandelt. Ziel der therapeutischen Arbeit auf dieser Station war deren Eingliederung in Heime für geistig Behinderte oder die Rückführung in die Familie. Die Voraussetzung für eine Verlegung bestand in der Reduktion der Verhaltensstörungen und dem Erlernen sozial angepasster Verhaltensweisen. Aufnahmekriterium für die Station für jüngere oligophrene Kranke war eine positive Einschätzung, dass eine Verbesserung des Status Quo durch den aufwendigen therapeutischen Einsatz zu erreichen war. Allerdings sollte keine Hospitalisierung erfolgen. Neben der Verhaltenstherapie gab es weitere Behandlungsformen, dazu gehören:

- Therapiebegleitende und unterstützende medikamentöse Therapie,
- Gruppentherapie, Arbeit- und Beschäftigungs- Physiotherapie sowie
- ein breites Angebot an sozialisations- und rehabilitationsfördernden Aktivitäten außerhalb des Klinikbereiches, wenn ausreichend Personal zur Verfügung stand.

Das verhaltenstherapeutische Konzept wurde zweigleisig umgesetzt, einerseits durch ein differenziertes, abgestuftes Münzverstärkungssystem, und andererseits durch einzeltherapeutische Trainings- und Verhaltenskontrollprogramme. Die Einführung von verhaltenstherapeutischen Methoden im Stationsbetrieb führte dazu, dass nun eine größere Zahl von PatientInnen behandelt werden konnte, die zudem für die Konsequenzen ihres Verhaltens sensibilisiert wurden. Mithilfe dieser neuen Methode

konnten die Verweildauern Schritt für Schritt reduziert werden. Psychoanalytische Behandlungskonzepte wurden erst ab 1981 mit der Eröffnung einer Spezialstation für depressive PatientInnen eingeführt.⁵⁷ Das Personal war für diese Aufgabe gut vorbereitet, da der damalige Stationsarzt Haisch das Pflegepersonal schon seit Mitte der 1960er Jahre an die Psychoanalyse angelehnte Psychotherapeutische Konzepte herangeführt hatte. Bei den Arztgesprächen waren immer Pflegekräfte dabei. So lernten die Mitarbeiter die Bedeutung der Gesprächsführung kennen und konnten Erfahrungen in den verschiedenen Therapieformen wie Gruppentherapie, Gesprächsgruppen, Rollenspielen, autogenes Training und Bezugspflege sammeln.⁵⁸ Ein anderes Beispiel für den Beginn der therapieorientierten Ära ist die von Cohen (einem Mitglied der Enquete-Kommission) geleitete klinisch-psychologische Forschungsstation in Reichenau. Hier wurde ab September 1973 eine Therapiestation für alkoholabhängige Frauen zur psychotherapeutischen Behandlung neu eingerichtet, nachdem die Behandlung schwerstbeeinträchtigter Schizophrener mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen eingestellt worden war. Bevor diese Station existierte, wurden die Suchtkranken zusammen mit Patientinnen mit anderen Diagnosen auf einer allgemeinen Aufnahmestation behandelt. Die Mitarbeit von Cohen in der Enquete wirkte sich hier positiv aus, denn die neu eingerichtete Station verfügte über zwölf Betten in Zwei-Bett-Zimmern und lag damit bereits unter der empfohlen Stationsgröße der Psychiatrie-Enquete. Nicht zu vergessen ist, dass gleichzeitig 40- Betten-Stationen in Reichenau noch an der Tagesordnung waren. Auf dem Behandlungsplan dieser Frauen standen Arbeitstherapie, Sport und hydrotherapeutische Maßnahmen, Gruppentherapie, Stationsversammlungen, autogenes Training sowie Informationsveranstaltungen. Zudem wurden Selbstsicherheitstrainingseinheiten und ein Alkoholverweigerungsprogramm durchgeführt. Jede Patientin erhielt eine Stunde Einzeltherapie pro Woche. Ein weiterer wichtiger Bestandteil des Therapieplanes waren sogenannte »Belastungsurlaube«. Ab Beginn des zweiten Behandlungsmonats sollten die Patientinnen anhand von vierzehntägigen Wochendurlaube den Kontakt zur sozialen Umwelt wiedergewinnen und erweitern. Nach Behandlungsabschluss bot

57 Vgl. Archiv Generalia Nr. 12.31.00, ZfP Reichenau: Jahresberichte des Psychiatrischen Landeskrankenhauses seit 1956, Jahresbericht 1981, S. 4f.

58 Vgl. Archiv Generalia Nr. 12.31.00, ZfP Reichenau 1989–1995: Neef, Ivanka: Therapeutische Aufgaben des Pflegepersonals auf der Depressionsstation, in: *Psychoanalyse in der stationären Psychiatrie, Schriftenreihe des Zentrums für Psychiatrie Reichenau Heft 2*, 2001, S. 22.

die Station eine Nachsorge in Form von regelmäßigen Gesprächen an.⁵⁹ 1976 wurden die Behandlungsergebnisse zwischenevaluiert, danach bleiben 39,7% der behandelten Patientinnen im nachfolgenden Jahr abstinent, 8,6% konnten als gebessert bezeichnet werden, 3,4% tranken nunmehr kontrolliert. 43,1 blieben unverändert. Lediglich bei 5,2% hatte sich der Zustand verschlechtert. Die Behandlungserfolge waren trotz erheblich kürzerer Behandlungsdauer (drei Monate gegenüber sechs bis neun Monaten) nicht schlechter.⁶⁰ In dieser Zeit (1974) wurde auch eine Drogenstation mit speziellen Behandlungskonzepten sowie eine Rehabilitationsstation für chronisch Kranke eingerichtet. Die fehlende Ausbildung in der sozialpsychiatrischen Arbeit und Personalmangel behinderten den Aufbau einer therapeutischen Struktur in der Abteilung. Die ständige Abwesenheit des Pflegepersonals über mehrere Tage und der wechselnde Schichteinsatz in der Woche führte zu Informationslücken beim Personal über die Probleme der PatientInnen und deren klinischen Zustand. Man hätte das Problem mit einem Ganztagesdienst, bei dem kontinuierlich persönliche Beziehungen zwischen Personal PatientInnen entstehen, lösen können.⁶¹ Weil das unterblieb, scheiterte das Projekt zunächst. Ungelöst verblieb das Problem der undifferenzierten Unterbringung psychotischer, depressiver, sucht- oder alterskranker Menschen in der Aufnahmestation noch im Jahr 1974.⁶² Fazit: Die fehlende Ausbildung im Bereich der Sozialpsychiatrie und die nicht vorhandene Flexibilität der Institution in Organisationsfragen hemmten die Entwicklung hin zur therapeutischen Ära. Auf den Rehabilitationsstationen gab es kaum neue Pflegemitarbeiter, so dass sich tradierte Verhaltensweisen aus den Zeiten der Verwahrspsychiatrie noch lange hielten. Die Reha-Stationen wurden 1996 mit Einführung der Pflegeversicherung in den Heimbereich umgewandelt. Hier berichteten Mitarbeiter aus dem Heimbereich, dass es eine Hauptaufgabe der Führungskräfte war, mit den Instrumenten des Qualitätsmanagement den bei älteren Pflegemitarbeitern noch vorhandenen Denkweisen mit neuen Betreuungskonzepten zu begegnen. Während der Zeit der Enquete 1970 bis 1975 wurde auf den Stationen mit differenzierten Behandlungsangeboten dagegen

59 Vgl. Archiv Generalia Nr. 12.31.00, ZfP Reichenau: Jahresberichte des Psychiatrischen Landeskrankenhauses seit 1956, Jahresbericht 1974, S. 15ff.

60 Vgl. Archiv Generalia Nr. 12.31.00, ZfP Reichenau: Jahresberichte des Psychiatrischen Landeskrankenhauses seit 1956, Jahresbericht 1976, S. 12f.

61 Vgl. Archiv Generalia Nr. 12.31.00, ZfP Reichenau: Jahresberichte des Psychiatrischen Landeskrankenhauses seit 1956, Jahresbericht 1976, S. 30ff.

62 Vgl. Faulstich, H (1988): Die Geschichte des Landeskrankenhauses Reichenau, S. 14.

gut ausgebildetes Krankenpflegepersonal eingestellt. Als entwicklungshemmend für patientInnenorientierte Behandlungskonzepte erwies sich der Umstand, dass die Mehrzahl des zum Teil mit leitenden Aufgaben betrauten Pflegepersonals in einer Zeit seine Ausbildung absolviert hatte, in der die Anstaltspsychiatrie vom kustodialen Denken und einer neuropsychiatrischen Sichtweise psychiatrischer Krankheiten geprägt war. Fehlende Fortbildungsmittel und langwierige Zusatzausbildungen führten dazu, dass 1975 ein hausinternes Fortbildungsprogramm für examinierte Pflegekräfte aufgelegt wurde, um deren psychiatrische Kenntnisse zu aktualisieren. So konnte eine große Anzahl von Mitarbeitenden innerhalb eines überschaubaren Zeitraums geschult werden.⁶³

Aufbau komplementärer sozialpsychiatrischer Angebote

Eine andere zentrale Forderung der Enquete betraf die Vermeidung bzw. Verringerung von stationären Krankenhausaufenthalten zugunsten der Förderung von ambulanten und komplementären Angeboten. Dazu gehören der Aufbau von Tages- und Nachtkliniken, Übergangswohnheimen, Wohnheimen, beschützten Wohnungen, Tagesstätten, PatientInnenclubs und rehabilitativen Diensten (z. B. Werkstätten für behinderte Menschen, beschützte Arbeitsplätze). Zudem empfahl sie eine bessere Kooperation und Koordination aller Angebote, um Fehlplatzierungen und Mehrfachbetreuungen zu vermeiden. Alle Dienste sollten gemeindenah sein.

Doch auch nach 1975 fehlten solche komplementären Einrichtungen. Die finanzielle Besserstellung von stationären Betreuungsangeboten im Heimsektor führte zu einer schleppenden Etablierung ambulant betreuter Wohnformen. Demgegenüber wurden eher neue stationäre Heimangebote implementiert. Erst mit Einführung des § 13 SGB XII im Jahr 2003 wurde die Priorität von ambulanten vor teil- und vollstationären Versorgungsangeboten in die Sozialgesetzgebung ausdrücklich festgeschrieben.

Die Einrichtung gemeindenaher Betreuungsformen in kleinen Wohngemeinschaften bei chronifizierten PatientInnen wurden in Reichenau zunächst verpasst. Schwierige und therapieresistente PatientInnen wurden stattdessen in den Langzeitbereich der Reichenau bzw. in Heime »abgeschoben«. Es kam also nur zu einer Verlegung in andere größere Heime bei jenen LangzeitpatientInnen in diesen Jahren. Anfang der 1970er

63 Vgl. Archiv Generalia Nr. 12.31.00, ZfP Reichenau: Jahresberichte des Psychiatrischen Landeskrankenhauses seit 1956, Jahresbericht 1975, S. 12 ff.

Jahre waren Mitarbeiter in Reichenau noch der Ansicht, PatientInnen würden mit der Befreiung aus der autoritären Bevormundung gesünder.⁶⁴

1970 wurde in Konstanz ein Übergangsheim mit Unterstützung von Ärzten der Reichenau gegründet, das die ihm zugedachte Funktion allerdings nie erfüllte, denn es wurde zu einem Langzeitwohnheim mit schützender Werkstatt.⁶⁵ Die ersten Ideen zur Umsetzung einer gemeindenahen Psychiatrie in Form von Wohngemeinschaften in Konstanz wurde von den therapeutischen Führungskräften der Reichenau erst Ende der 1970er Jahre entwickelt. Die Mittel für Miete und Teile der Verpflegung stellte das Landeskrankenhaus zur Verfügung, doch erwies sich die ärztlich-psychotherapeutische Betreuung der Bewohner als problematisch. Zu Beginn standen die niedergelassenen Psychotherapeuten und Psychiater der Stadt Konstanz einer Kooperation mit der Reichenau misstrauisch gegenüber, was sich erst im Laufe der Zeit änderte. Ein weiteres Problem betraf aufgrund der damaligen schlechten Konjunkturlage die fehlende Aussicht, in Konstanzer Betrieben Dauerarbeits- oder Trainingsplätze für extramural lebende psychisch Kranke zu schaffen. Positiv muss man hervorheben, dass die Mitarbeitenden jener Jahre in Reichenau, ermuntert durch die Ideen der Enquete, eine recht ausgeprägte Bereitschaft zeigten, sich bei sinnvoll erscheinenden Projekten auch außerhalb ihres Arbeitsbereiches zu engagieren. Die ersten Projekte scheiterten daher nicht an den personellen Ressourcen, sondern an der nicht geklärten Mischfinanzierung durch Land und Kommune sowie vor den Ängsten der Kommunalpolitik vor den Folgekosten. So fehlten Anfang der 1980er Jahre noch eine Tag-/Nachtklinik, Übergangsheime, Wohngemeinschaften, eine beschützende Werkstatt, eine Ambulanz, ein sozialpsychiatrischer Dienst.⁶⁶ Später richteten aber die freien Wohlfahrtsverbände PatientInnenclubs, psychosoziale Dienste und ähnliche Einrichtungen ein, nachdem der Landkreis seine Unterstützung versagt hatte. Im April 1983 nahm der Sozialpsychiatrische Dienst Konstanz im Rahmen eines Landesmodellprojektes seine Arbeit auf. Die Reichenau gab einen Diplom-Psychologen und eine Krankenschwester an den Dienst ab. Die »personellen Opfer« zahlten sich aber durch eine optimale Kooperation mit dem neuen Angebot aus.⁶⁷ Auf Initiative der Reichenau

64 Vgl. Interview mit Herrn Z vom 13.7.2011, Zeile 208.

65 Vgl. Generalia Nr. 12.31.15, ZfP Reichenau: Außerstationäre Psychiatrische Versorgung 1970–1982, Vorantrag neue Versorgungsmodelle in der Psychiatrie.

66 Vgl. Archiv Generalia Nr. 12.31.00, ZfP Reichenau: Jahresberichte des Psychiatrischen Landeskrankenhauses seit 1956, Jahresbericht 1978, S. 13ff.

67 Vgl. Archiv Generalia Nr. 12.31.00, ZfP Reichenau: Jahresberichte des Psychia-

wurde im Februar 1984 der Verein zur Förderung von Wohngemeinschaften gegründet, der WG-Plätze in Konstanz einrichtete. Ein weiterer Verein namens Hilfsverein für Psychisch Kranke, engagierte sich ab 1983 im außerstationären Bereich durch die Gründung einer PatientInnenfirma, denn psychisch Kranke hatten in den 1980er Jahren keine Chance auf dem ersten Arbeitsmarkt. Das betraf vor allem diejenigen, die schon vor ihrer Behandlung arbeitslos waren. Die Werkstatt hatte 20 Arbeitsplätze in der industriellen Produktion und eine Holzwerkstatt, die Spiele und Möbel herstellte. Bei voller Leistungsfähigkeit konnten die PatientInnen, die in einem sozialversicherungsrechtlichen Anstellungsverhältnis standen, bis zu 1.400 DM monatlich verdienen.⁶⁸

1986 wurde der Sozialpsychiatrische Dienst in Singen gegründet, mit dessen Genehmigung der Ausbau der außerstationären Psychiatrie im Landkreis Konstanz als abgeschlossen betrachtet wurde. Dieser Einschätzung widersprach der damalige stellvertretende Direktor der Reichenau, Heinz Faulstich, vehement. Er argumentierte vielmehr, dass die Träger des Landkreises im 1985 erstellten Gesamtkonzept bewusst im Gegensatz zur Maximalforderung der Psychiatrie-Enquete nur ein Minimum des für die Betreuung psychisch kranker Notwendigen gefordert hätten.⁶⁹ Die Diskussion mit dem damaligen Landrat des Landkreises über die außerstationäre Betreuung und deren Folgekosten zeigt, wie schwer sich der Landkreis noch 1987 mit der Umsetzung der Empfehlungen der Enquete tat. Dahinter stand die Befürchtung, als Finanzier für andere Kostenträger missbraucht zu werden. Die finanzielle Verantwortung für die Versorgung psychisch Kranker sah der Landkreis vielmehr bei den Krankenkassen und anderen Kostenträgern. Der Landrat behauptete, dass die Wiederaufnahme von psychisch Kranken aus den außerstationären Angeboten in die Reichenau den Mangel an Qualität der außerstationären Versorgung aufzeigen würde und bezweifelte damit den Sinn dieser Angebote. Der damalige Ärztliche Direktor Peter Gerking widersprach dem Landrat vehement, indem er argumentierte, dass psychisch Kranke trotz bester außerstationärer Versorgung immer wieder schwer erkranken können. Daraus dürfe man nicht auf die mangelnde Effizienz dieser Versorgung schließen.⁷⁰

trischen Landeskrankenhauses seit 1956, Jahresbericht 1983, S. 23.

68 Vgl. Archiv Generalia Nr. 12.31.00, ZfP Reichenau: Jahresberichte des Psychiatrischen Landeskrankenhauses seit 1956, Jahresbericht 1984, S. 2 f.

69 Vgl. Archiv Generalia Nr. 12.31.00, ZfP Reichenau: Jahresberichte des Psychiatrischen Landeskrankenhauses seit 1956, Jahresbericht 1986, S. 34.

70 Vgl. Archiv Generalia Nr. 12.31.00, ZfP Reichenau: Jahresberichte des Psychia-

Dieser Schlagabtausch zeigt, wie argwöhnisch der Aufbau einer gemeindenahen Psychiatrie vom Landkreis Konstanz betrachtet wurde. Die Integration von psychisch Kranken verursachte zwangsläufig höhere Kosten für die Gesellschaft als nur das Verwahren. 1989 nahm die Werkstatt für psychisch Kranke in Radolfzell ihren Betrieb auf, dies bedeutete aber gleichzeitig das Aus für die PatientInnenfirma (1992), da die Zuschüsse des Landkreises nun der Werkstatt zugutekamen. Aufgrund dieser Entwicklung war die Reichenau gegen Ende der 1980er Jahre nicht mehr der alleinige Ort für die Versorgung psychisch Kranker.

Welche Ziele der Enquete konnten Ende der 1980er Jahre in Reichenau bereits oder teilweise realisiert werden?

Ein Erfolg der Umsetzung der Enquete bestand in der Verkleinerung des psychiatrischen Großkrankenhauses durch die Abgabe von Versorgungsgebieten. Dies ermöglichte es der Reichenau, sich im Kerneinzugsgebiet am Aufbau einer gemeindenahen Versorgung zu beteiligen. Das Risiko des Hospitalismus konnte im Landkreis Konstanz verringert werden, da die Verweildauer durch eine Verringerung der Distanz zwischen Wohn- und Behandlungsort gesenkt werden konnte und die Eingliederungschancen entsprechend stiegen. Für Sucht- und Alterskranke wurden neue Angebote eingeführt. Eine Aufteilung der Reichenau in überschaubare Funktionseinheiten erfolgte. Betrachtet man die 1988 durchschnittlich belegten Betten, dann wurde die empfohlene Höchstgrenze von 600 mit 540 durchschnittlich aufgestellten Betten sogar unterschritten. Dennoch konnte die begonnene Neuordnung der psychiatrischen Versorgung im Versorgungsgebiet der Reichenau bis 1988 nur teilweise einige der schwerwiegenden Versorgungsmängel lindern. So mussten behandlungsbedürftige PatientInnen aufgrund fehlender ambulanter und teilstationärer Angebote noch immer stationär ins Krankenhaus aufgenommen werden. Außerdem fehlten noch Tageskliniken,⁷¹ psychiatrische Ambulanzen. Zudem gab es noch keine gemeindenahe stationäre Satelliteneinheit im Landkreis Waldshut, der auch zum Versorgungsgebiet der Reichenau gehört. Weiterhin fehl-

trischen Landeskrankenhauses seit 1956, Jahresbericht 1987, S. 36.

71 Die ersten eigenen Tageskliniken der Reichenau wurden erst 2004 (Suchtmedizinische Tagesklinik) und 2005 (Psychiatrische Tagesklinik mit Institutsambulanz in Singen) eröffnet. Vgl. 13.12.2020: <https://www.zfp-reichenau.de/unternehmen/wer-wir-sind/geschichte/>

te es aufgrund des damals angespannten Wohnungsmarktes an betreuten Wohnangeboten in Konstanz. Werkstätten für Behinderte Menschen (WfBM) und Tagesstätten für psychisch Kranke mit Betreuungsangeboten befanden sich gerade im Aufbau.⁷² Die Erhöhung der ärztlichen Stellen (1968: 1 Arzt auf 68 PatientInnen, 1989: 1 Arzt auf 16,59 PatientInnen)⁷³ und die Differenzierung der Stationen führten in der Gesamtklinik bereits Anfang der 1980er Jahre zu einer deutlichen Verbesserung der Behandlung. Die Reichenauer Klinik war für ihre verhaltenstherapeutischen Angebote in der Psychosenbehandlung bekannt. Sie arbeitete schon sehr früh spezialisiert, gemeindenah und eng vernetzt mit anderen psychiatrischen Institutionen und deren medizinisch/sozialen Einrichtungen. Psychisch schwer Kranke erhielten durch die Betreuungskonstanz eine adäquate und gleichbleibende psychiatrische Grundversorgung (Sektorisierung). Diese Sektorisierung hatte den Vorteil, dass bei direkten Wiederaufnahmen oder bei Aufnahmen von extramuralen ambulanten sozialpsychiatrischen Einrichtungen immer die Betreuung durch das gleiche Pflegepersonal, Psychologen und Sozialpädagogen gewährleistet werden konnte.⁷⁴ Seit den 1980er Jahren fand eine nach Diagnosen differenzierte Einstellung auf Medikamente statt. In der Behandlung wurden zudem verstärkt sozialpsychiatrische Konzepte eingesetzt. Nach der Psychiatrie-Enquete gewannen psychotherapeutische Behandlungsansätze an Bedeutung. Parallel dazu wurde die Ausbildung der Pflegekräfte mit einer qualifizierten Fachausbildung seit den 1980er Jahren kontinuierlich verbessert.⁷⁵

Eine Gleichstellung von psychisch Kranken mit somatisch Kranken in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht war bis Ende der 1980er Jahre noch immer nicht komplett erfolgt. Das Fortbestehen des Halbierungserlasses⁷⁶ aus der Zeit des Nationalsozialismus, der bis zum 1. Juli 1982 immer

72 Vgl. Archiv Generalia Nr. 12.31.00, ZfP Reichenau: Jahresberichte des Psychiatrischen Landeskrankenhauses seit 1956, Jahresbericht 1989, S. 41f.

73 Vgl. Rosbach, R. (2019): Abschied von der »Totalen Institution«- Zur Entwicklung der Psychiatrie in Reichenau (Baden) und Münsterlingen von 1945 bis 1996. In: Müller, T.; Reichelt, B.; Kanis-Seyfried, U. (Hg.): Wissenschaftliche Reihe Psychiatrie, Kultur und Gesellschaft in historischer Perspektive. Zwiefalten (Verlag Psychiatrie und Geschichte): S. 299.

74 Vgl. Interview mit Herrn U vom 8.6.2012, Zeile 13–60.

75 Vgl. Interview mit Herrn O vom 16.2.2016, Zeile 285–298.

76 Dieser »Halbierungserlass« von 1942 regelte, dass die Kosten für die Unterbringung von Krankenversicherten psychisch Kranken, wenn sie von anderen staatlichen Einrichtungen in ein Landeskrankenhaus eingewiesen wurden, nur zu 50% zu tragen waren. Dabei blieben die Gründe für die Unterbringung unberücksichtigt. Die anderen 50% mussten dann die Fürsorgeverbände tragen. Vgl. Fangerau, Heiner; Topp,

noch Gültigkeit hatte, zeigt dies deutlich. Die durch den Halbierungserlass erfolgte Aufteilung in »Behandlung« (Heilung) und Verwahrung (Pflege) hatte weiterhin Gültigkeit. Demgemäß forderten die Krankenkassen von der Reichenau eine räumliche Aufteilung der Stationen nach Behandlungs- und Pflegefällen. Die Ärzte waren damals gegen diese Trennung, da jetzt die PflegefallpatientInnen (die chronisch Kranken und die LangzeitpatientInnen) nicht mehr von den differenzierten Therapieangeboten, sportlichen Angeboten und Freizeitangeboten des Krankenhauses profitieren konnten. Sie befürchteten, dass die Pflegefälle ohne diese Angebote noch stärker auf ihren Stationen chronifiziert würden, da für sie kein gezieltes Betreuungsprogramm existierte. Damals hat man nicht bedacht, auch auf diesen Stationen eine Tagesstrukturierung, Freizeitgestaltung und eine bessere therapeutische Betreuung einzurichten.⁷⁷ Anfangs reagierten die Therapeuten auf die angeordnete Trennung mit der Umwandlung von behandlungsintensiven Pflegefällen (hier steht die Pflege im Vordergrund, da keine Heilung mehr zu erwarten ist) in Behandlungsfälle (hier steht die Heilung durch Therapie im Vordergrund) und leisteten damit Widerstand gegen die Vorgaben. Dies verursachte wiederum einen erheblichen bürokratischen Mehraufwand, da die Krankenkassen immer neue und ausführlichere Berichte anforderten.⁷⁸ Ein therapeutischer Mitarbeiter hielt in der Rückschau den damaligen Widerstand gegen die Trennung für falsch, da Entwicklungen im Pflegefallbereich »verschlafen« worden seien. Man hätte sich besser darum gekümmert, für diese PatientInnengruppen neue Betreuungsformen außerhalb der Klinik zu entwickeln, wie es andere Landeskrankenhäuser in Baden-Württemberg wie z. B. die Weissenau vormachten. So bemühte sich die Weissenau um Fördermittel für Modellprojekte und Außenwohngruppen, anstatt gegen eine Entwicklung zu opponieren, die nicht aufzuhalten war.⁷⁹ In der rückschauenden Bewertung des therapeutischen Mitarbeiters führte die Trennung letztendlich doch zu Verbesserungen der Behandlungen im Krankenhaus. Die beschriebene Trennung der Kosten nach verschiedenen Leistungsträgern⁸⁰ führte

Sascha, Schepker, Klaus (Hrsg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit*, 2017, Springer, Seite 487–487.

77 Vgl. Interview mit Herrn U vom 8.6.2012, Zeile 730–751.

78 Vgl. Archiv Generalia Nr. 12.31.00, ZfP Reichenau: Jahresberichte des Psychiatrischen Landeskrankenhauses seit 1956, Jahresbericht 1983, S. 22.

79 Vgl. Interview mit Herrn P vom 13.7.2011, Zeile 524–536.

80 Leistungsträger im sozialrechtlichen Sinn sind die Behörden oder juristischen Personen des öffentlichen Rechts, die für die Sicherstellung der zu erbringenden Sozialleistung verantwortlich sind (z. B. Sozialämter, Krankenkassen).

aber auch dazu, dass die chronisch Kranken, die nicht als krankenhausbehandlungsbedürftig eingestuft worden waren in den sich gerade neu formierenden Heimbereich der Eingliederungshilfe transinstitutionalisiert⁸¹ wurden. Man könnte dies auch so interpretieren, dass die zugrundeliegenden diskriminierenden Ideen des Halbierungserlasses aus der NS-Zeit in das damalige neue Sozialrecht seit den 1980er Jahren übernommen wurden und damit in anderer Form weitergeführt wurden. Erst das Inkrafttreten der 3. Stufe des Bundesteilhabegesetzes mit im Jahr 2020 führt zu einer wirklichen Gleichstellung von psychisch mit somatisch Kranken. Genau wie somatisch Kranke haben jetzt auch psychisch Kranke nach einer Krankenhausbehandlung Rechtsanspruch auf rehabilitative Leistungen.

Literatur

Literatur/Drucksachen

- Cohen, R., Rockstroh, B., Watzl, H. (2013): Universität Konstanz und Zentrum für Psychiatrie Reichenau: Die Zusammenarbeit 1969 -2012. In: Seelos, H.-J., Hoffmann, K. (Hg.): 100 Jahre Zentrum für Psychiatrie, Köln (Psychiatrie Verlag GmbH).
- Dt. Bundestag 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4200: Unterrichtung durch die Bundesregierung Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BR Deutschland – zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung.
- Faulstich, H. (1988): Die Geschichte des Landeskrankenhauses Reichenau. Daten, Fakten und Entwicklungen, in: Psychiatrisches Landeskrankenhaus Reichenau (Hg.): 75 Jahre Psychiatrisches Landeskrankenhaus Reichenau, 1913–1988, Reichenau.
- Faulstich, H. (1993): Von der Irrenfürsorge zur »Euthanasie«: Geschichte der badischen Psychiatrie bis 1945, Freiburg i. Brsg (Lambertus Verlag) .
- Faulstich, H. (2013): NS-Psychiatrie in der Heil- und Pflgeanstalt bei Konstanz. In: Seelos, H.-J., Hoffmann, K. (Hg.): 100 Jahre Zentrum für Psychiatrie, Köln (Psychiatrie Verlag GmbH).
- Genser, B. (2010): Nachrichten aus einer psychiatrischen Klinik, Books on Demand, Nordstedt.
- Haisch, E. (1964): Schlusswort, in *Ärztblatt für Baden-Württemberg*, Heft 2, S.49–51.
- Haisch, E. (1963): Not im Psychiatrischen Landeskrankenhaus. Ein Beispiel, in: *Ärztblatt für Baden-Württemberg*, Heft 10, S. 300–304.
- Haisch, E. (1965): Reform der Anstaltspsychiatrie, ein Aufgabe, in: *Ärztblatt für Baden-Württemberg*, Heft 36, S. 346–349.
- Hermanns, L. M. (2019): Wer war Erich Haisch?, Editorische Vorbemerkungen zum Reprint seines Überblicks über den internationalen Stand der Gruppenpsychotherapie aus dem Jahre 1955, in: *Zeitschrift Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 55. Jahrgang, 4/2019, S. 370–375.

81 Transinstitutionalisierung bedeutet, dass eine Institution von anderen Institutionen ersetzt wird. Ziel muss es aber sein, bei der psychiatrischen Versorgung den institutionenzentrierten Hilfeansatz durch einen personenzentrierten Ansatz abzulösen.

- Hoffmann, K. (2013): Die Gründung der Anstalt bei Konstanz –ihre Vernetzung mit den benachbarten schweizerischen Kliniken Münsterlingen und Sanatorium Bellevue in Kreuzlingen. In: Seelos, H.-J., Hoffmann, K. (Hg.): 100 Jahre Zentrum für Psychiatrie, Köln (Psychiatrie Verlag).
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg: Psychiatrie-Plan Baden-Württemberg, Stuttgart 1974.
- Rosbach, R. (2019): Abschied von der »Totalen Institution«- Zur Entwicklung der Psychiatrie in Reichenau (Baden) und Münsterlingen von 1945 bis 1996. In: Müller, T., Reichelt, B., Kanis-Seyfried, U. (Hg.): Wissenschaftliche Reihe Psychiatrie, Kultur und Gesellschaft in historischer Perspektive. Zwiefalten (Verlag Psychiatrie und Geschichte).
- Sautter, G. E. (1964): Not im Psychiatrischen Landeskrankenhaus. Wege zur Abhilfe, im Ärzteblatt für Baden-Württemberg, 1964, Heft 2.

Archivalien

Archiv des Zentrums für Psychiatrie (ZFP) Reichenau:

- Archiv Generalia Nr. 10.01.00 Bd 1, ZfP Reichenau: Geschichte des Krankenhauses, Jubiläen, Aktennotiz zur Historie der Anstalt anlässlich der 50 Jahrfeier.
- Archiv Generalia Nr. 12.31.00: Jahresberichte des Psychiatrischen Landeskrankenhauses seit 1956, Jahresbericht 1970, 1971, 1973–1978, 1981, 1983, 1984, 1986–1989. Archiv Generalia Nr. 12.31.00, ZfP Reichenau 1989-1995: Neef, Ivanka: Therapeutische Aufgaben des Pflegepersonals auf der Depressionsstation, in: Psychoanalyse in der stationären Psychiatrie, Schriftenreihe des Zentrums für Psychiatrie Reichenau Heft 2, 2001.
- Archiv Generalia Nr. 12.31.10. ZfP Reichenau, Nachlass Haisch, Denkschrift über die Einführung der psychotherapeutischen Behandlungsmethoden in den Heil- Pflegeanstalten vom 30.5.1951.
- Archiv Generalia Nr. 12.31.10. ZfP Reichenau, Nachlass Haisch, Aktenvermerk Gespräch Haisch mit hohen Vertretern der Ministerialbürokratie des Gesundheitswesens in Baden Württemberg.
- Archiv Generalia Nr. 12.31.10. ZfP Reichenau, Nachlass Haisch, Schreiben Regierungspräsidium Südbaden an PLK Reichenau, AZ I3M/28/4701/67 vom 13.11.1963.
- Archiv Generalia Nr. 53.46.00, ZfP Reichenau, Außerstationäre Psychiatrische Versorgung 1970–1982, Abschrift Erlass des Innenministeriums über die psychiatrische Außenfürsorge.
- Archiv Generalia Nr. 53.46.00, ZfP Reichenau, Außerstationäre Psychiatrische Versorgung 1970–1982, Schreiben an die Direktoren der öffentlichen Psychiatrischen Krankenhäuser in der Bundesrepublik vom 24.10.1974 Umfrage zur Außenfürsorge.

Interviews

- Interview mit Herrn B vom 7.10.2009
- Interview mit Frau C vom 9.9.2010
- Interview mit Herrn F vom 8.1.2010
- Interview mit Herrn G vom 15.7.2011
- Interview mit Herrn O vom 16.2.2016
- Interview mit Herrn U vom 8.6.2012
- Interview mit Frau Sauer vom 23.4.2013, Minute 6:05.
- Interview mit Herrn Z vom 13.7.2011,

<https://publikationen.uni-tuebingen.de/xmlui/handle/10900/48791>Köster Margitta, Psychiatrische Institutsambulanzen in Baden-Württemberg: Behandlungsauftrag, Arbeitsweise, Evaluation, 2005, 13.12.2020

Zusammenfassung: Diese Arbeit befasst sich mit der Fragestellung: »Welchen Einfluss hatte die Psychiatrie-Enquete mit ihren geforderten Mindeststandards bei der Neuordnung der psychiatrischen Versorgung im Psychiatrischen Landeskrankenhaus Reichenau (das heutige Zentrum für Psychiatrie Reichenau)?« Die Psychiatrie-Enquete stellte in ihrem im Jahr 1975 erstellten Abschlussbericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland schwerwiegende Mängel in der psychiatrischen Versorgung fest, die sich auch in Reichenau nachweisen lassen. Das Fallbeispiel Reichenau zeigt aber auch, dass sich bereits viele Jahre vor der Enquete der Psychiater Erich Haisch in seinem Artikel 1963 »Not im psychiatrischen Landeskrankenhaus – Ein Beispiel«⁸² kritisch mit der Situation der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland auseinandersetzte. Er wollte schon Mitte der 1960er Jahre mit seinem Artikel »Reform der Anstaltspsychiatrie – Eine Aufgabe« (1965)⁸³ eine Reform der Anstaltspsychiatrie anregen. So war es seine Absicht, das Selbstbestimmungsrecht der PatientInnen in den Anstalten durch die Einführung der therapeutischen Gemeinschaft auf den Stationen zu stärken, was er nur auf den von ihm als Oberarzt in Reichenau geleiteten Stationen realisieren konnte. Seine Veröffentlichung des Artikels »Not im psychiatrischen Landeskrankenhaus – Ein Beispiel« führte dazu, dass sich das Innenministerium des Landes Baden-Württemberg als verantwortliche Behörde für das Landeskrankenhaus durch seinen Bericht direkt angegriffen fühlte. Seine Offenheit schadete seinem beruflichen Lebensweg, auch musste er alle späteren Publikationen vorab seinen Vorgesetzten vorlegen. Nach der Psychiatrie-Enquete wurden bis Ende der 1980er Jahre viele Ideen, wie z. B. die Verkleinerung der Stationen und des Versorgungsgebietes sowie der Aufbau von vereinzelt gemeindenahen ergänzenden psychiatrischen Angeboten realisiert.

Summary: 50 years of the Psychiatrie-Enquete – the impact of the Enquete on the development of Reichenau institutional psychiatry up to 1988. This thesis deals with the question of what influence did the Psychiatrie-Enquete with its required minimum standards have in the reorganization of psychiatric care in the Reichenau State Psychiatric Hospital (today's Center for Psychiatry Reichenau)? In its final report on the situation of psychiatry in the Federal Republic of Germany in 1975, the Psychiatry Enquete found serious deficiencies in psychiatric care, which can also be proven in Reichenau. The Reichenau case study also shows, however, that many years before the survey the psychiatrist Haisch from Reichenau was critically examining the situation of psychiatry in the Federal Republic of Germany with his article 1963 »Distress in the state psychiatric hospital – an example«. As early as the mid-1960s, he wanted to stimulate reform of institutional psychiatry with his article »Reform of institutional psychiatry – a task« (1965). It was his intention to strengthen the patients' right to self-determination in the institutions by introducing the therapeutic community on the wards, which he was only able to achieve on the wards headed by him as senior physician in Reichenau. His publication of the article »Misery in the State Psychiatric Hospital – An Example« led the Ministry of the Interior of the State of Baden-Württemberg, as the

82 Vgl. Haisch, E. (1963): Not im Psychiatrischen Landeskrankenhaus. Ein Beispiel, in: *Ärztblatt für Baden-Württemberg*, Heft 10, S. 300–304.

83 Vgl. Haisch, E. (1965): Reform der Anstaltspsychiatrie, einen Aufgabe, in: *Ärztblatt für Baden-Württemberg*, Heft 36, S. 346–349.

authority responsible for the state hospital, to feel directly attacked by its report. His openness harmed his professional life, and he had to submit all later publications to his superiors in advance. After the psychiatry questionnaire, many ideas but not all ideas such as the downsizing of the wards and the supply area premises.

E-Mail d. Verf.: ralf_rosbach@hotmail.com