

Aus dem Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung

an der Universität zu Lübeck

Leitung: Prof. Dr. Cornelius Borck

---

# **Psychiatrie im Wiederaufbau**

**Das Landeskrankenhaus Neustadt in Holstein**

**Zwischen Euthanasie-Aktion und Reform**

Inauguraldissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der Universität zu Lübeck

Dr. rer. biol. hum.

– Aus der Sektion Medizin –

Vorgelegt von

Bettina Schubert

aus Lübeck

Lübeck 2017

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Cornelius Borck
2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Fritz Hohagen

Tag der mündlichen Prüfung: 22.12.2017

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 22.12.2017

Promotionskommission der Sektion Medizin

## **Zusammenfassung:**

Mangelversorgung, Personalnot, jahrelange Verweildauern und dauerhafte Verwahrung sind u.a. grundlegende Kritikpunkte der Enquete-Kommission Mitte der 1970er Jahre zur Lage der institutionellen Psychiatrie in der BRD nach 1945. Auf Grundlage dessen wird auf der Mikroebene des Landeskrankenhauses Neustadt in Holstein der Wiederaufbau der Psychiatrie ab 1945 innerhalb einer heterogenen Krankenhausstruktur bis Ende der 1960er Jahre unter Berücksichtigung der NS-Euthanasie-Verbrechen und zwangsläufiger Personalkontinuitäten in ausgewählten Kategorien - bauliche Ausstattung, ärztliches Personal, Pflege, Therapie, Entlassung und Aspekte des Patientenalltags - analysiert.

Welchen Einfluss hatte die Krankenhausstruktur für den kontinuierlichen Ausbau der Psychiatrie? Wie entwickelten sich die Versorgungsstrukturen in den ausgewählten Kategorien im zeitlichen Längsschnitt? Welche politisch-ökonomischen und gesellschaftlichen Einflüsse setzten psychiatrischem Handeln Grenzen?

Die Auswertung serieller Quellen und quantitativer Datenerhebungen in Kombination mit einer qualitativen Analyse ausgewählter Patientenakten mit Ego-Dokumenten verdeutlicht, dass institutionelle Psychiatrieversorgung - in der medizinischen und pflegerischen Personalausstattung, der baulichen Unterbringung, der Pflegekosten und direkten Versorgungsleistungen für die Patienten - von rigiden gesundheitsökonomischen Vorgaben der schleswig-holsteinischen Landespolitik geprägt waren. Parallel zur Politik nahm das gesellschaftliche Umfeld der Psychiatriekranken - Familie und Angehörige - sowohl in der Einweisungs- und Entlassungspraxis als auch in der Kontrolle der ambulanten Neuroleptika-Therapie ab Mitte der 1950er Jahre direkten Einfluss auf psychiatrisches Handeln. Zwischen diesen beiden Polen nutzten Neustädter Psychiater mögliche Handlungsspielräume, deren Fokus auf das Therapiespektrum ausgerichtet war. Anstaltserziehung, Arbeitstherapie und Schockverfahren und Neuroleptika wurden für alle Patienten individuell angepasst, variiert und miteinander kombiniert. Ein Konzept, dass trotz aller bestehender Mängel in der Psychiatrieversorgung in den Kategorien „Verweildauer“ und „Wiederaufnahme“ im Gesamtbestand der archivierten Neustädter Patientenakten gegen eine vornehmlich auf Verwahrung ausgerichtete Psychiatrie steht.

# Inhalt

<b>1. Einleitung.....</b>	<b>1</b>
1.1 Leitende Fragestellungen und Aufbau der Arbeit.....	4
1.2 Methodisches Vorgehen und Quellenmaterial.....	9
1.3 Forschungsstand .....	15
<b>2. Historischer Rückblick - von der Zuckerfabrik zum Landeskrankenhaus 1893-1945.....</b>	<b>22</b>
2.1 Entwicklung der institutionellen Psychiatrie von 1893-1933 .....	22
2.2 Therapie und Forschung.....	26
2.3 Entwicklung der Geisteskrankenpflege.....	33
2.4 Die Neustädter Anstalt im Nationalsozialismus 1933-1941 Stigmatisierung und Zwangssterilisation .....	35
2.5 „Verlegt in andere Anstalt“ als planmäßiger Krankemord .....	45
2.6 Die „Aktion Brandt“ - Umwandlung in ein Landeskrankenhaus .....	51
<b>3. Bauentwicklung unter ökonomischen Zwängen - Die Neustrukturierung der psychiatrischen Unterbringung .....</b>	<b>57</b>
3.1 Kriegsende und Massenunterkunft.....	57
3.2 „Entzerrung“ der psychiatrischen Abteilungen zwischen Wunsch und Wirklichkeit – die Bauentwicklung der 1950er Jahre –.....	61
3.3 Reformkurs der psychiatrischen Landesplanung – die bau- und betriebliche Weiterentwicklung der 1960er Jahre .....	71
<b>4. Psychiatrische Leitung und medizinische Versorgung.....</b>	<b>78</b>
4.1 Vergangenheitsbewältigung vs. „Schlussstrichmentalität“ .....	79
4.2 Erbgesundheitswesen nach 1945 .....	91
4.3 Psychiatrische Leitung – Neubesetzung vs. hausinterne Kontinuitäten .....	95
4.4 Psychiatrische Leitungskompetenz – Institutionelle Abhängigkeiten und Protest.....	101
4.5 Stellenentwicklung des ärztlichen Personals .....	105

<b>5. Therapeutische Konzeptionen .....</b>	<b>111</b>
5.1 Erzieherische Ausrichtung – die Anstalt als Therapeutikum.....	111
5.2 „Arbeitstherapie“ – zwischen Ökonomie und Beschäftigung.....	116
5.3 Schockverfahren.....	124
5.4 Neuroleptika – (k)eine Erfolgsgeschichte?.....	134
5.5 Psychiatrische Familienpflege nach 1945 - Auslaufmodell außerklinischer Fürsorge? .....	140
<b>6. Wege aus der Anstalt.....</b>	<b>145</b>
6.1 Verweildauer - Bewahrung vs. Behandlung? .....	146
6.2 Entlassungs- und Verlegungspraxis.....	152
6.3 Wiederaufnahmepaxis – 1951, 1955 und 1960 im Vergleich.....	158
6.4 Beurlaubungspraxis – Resozialisierung als individueller Heilversuch? .....	160
6.5 Psychiatrische Todesfälle .....	165
<b>7. Psychiatrische Krankenpflege .....</b>	<b>168</b>
7.1 Die Neustrukturierung der Krankenpflege nach 1945 .....	168
7.2 Personalentwicklung - Kontinuitäten im Neuanfang .....	173
7.3 Qualifikation gegen den Mangel – Psychiatrische Ausbildung 1928, 1933, 1952 und 1955 - ein Vergleich .....	185
7.4 Psychiatrischer Pflegealltag - zwischen Theorie und Praxis.....	188
7.5 Beobachtung und Dokumentation.....	190
7.6 Sicherheit und Ordnung .....	194
<b>8. Rahmenbedingungen des psychiatrischen Patientenalltags.....</b>	<b>198</b>
8.1 Psychiatrische Verpflegung - zwischen Mangel und Mindestbedarf .....	198
8.2 Anstaltskleidung und Erstausrüstung .....	205
8.3 Taschengeld und „Arbeitsentlohnung“ .....	211
8.4 „Freigang“ und Besuchsregelung - Privilegien der Klinikstruktur? .....	216
8.5 Freizeitgestaltung - kollektive Ablenkung und Eigeninitiative .....	223

<b>9. Resümee .....</b>	<b>237</b>
<b>Quellen- und Literaturverzeichnis.....</b>	<b>247</b>
<b>Erklärung.....</b>	<b>266</b>
<b>Danksagung .....</b>	<b>267</b>
<b>Lebenslauf.....</b>	<b>268</b>

## 1. Einleitung

Die nationalsozialistische Gesundheitspolitik in der Provinz Schleswig-Holstein hatte für die „Landesheilanstalt“ Neustadt grundlegende Auswirkungen für die bis zu diesem Zeitpunkt rein psychiatrisch geführte Anstalt. Neben einer Neugestaltung des Heil- und Pflegeanstaltswesens wurde unter Vortäuschung „vermeintlicher Fürsorge“ die Deportation der Psychiatriekranken vorbereitet.

Zu diesem Zweck und aus zwingenden Gründen des Luftschutzes ist die Verlegung einer größeren Anzahl von Insassen aus den Heil- und Pflegeanstalten der Provinz Schleswig-Holstein in andere weniger luftgefährdete Anstalten erforderlich geworden. [...].<sup>1</sup>

Mit Ausnahme von ca. 200 psychiatrischen Patientenarbeitern zur Aufrechterhaltung des Versorgungsalltags wurde die Neustädter Anstalt 1941/42 komplett geräumt und rund 900 Psychiatriepatienten im Rahmen der T4-Aktion<sup>2</sup> in Zwischen- und Tötungsanstalten verlegt.<sup>3</sup> Die Patientendeportation schuf Platz für die vom Bombenkrieg bedrohte städtische Bevölkerung Hamburgs und Kiels. Mit der Umwandlung in ein Ausweichkrankenhaus wurde die seit 1928 als Neustädter „Landesheilanstalt“ geführte Einrichtung zum „Landeskrankenhaus“ mit nunmehr somatischen Fachabteilungen umgewidmet. Das düsterste Kapitel der deutschen Psychiatriegeschichte mit dem systematischen Patientenmord endete zwar formal mit der politischen Zäsur 1945, im kollektiven Gedächtnis der Deutschen dürfte die im „Dritten Reich“ gesundheitspolitisch propagierte Exklusion der als minderwertig eingestuftten Psychiatriekranken weit über das Kriegsende hinaus verankert gewesen

---

<sup>1</sup> 3.5.1941. Der Oberpräsident der Provinz Schleswig-Holstein als Beauftragter des Reichsverteidigungskommissars für den Wehrkreis X. Zit. nach: Koch, Festschrift, S. 51.

<sup>2</sup> Die interne Bezeichnung der Euthanasie-Zentrale zur Erfassung und planmäßigen Organisation der Patientenmorde in der Tiergartenstraße 4 in Berlin, die offiziell als „Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten“ geführt wurde. Zunächst unter der Leitung des „Reichsgesundheitsführers“ im Reichsinnenministeriums, Leonardo Conti, wurde die „Aktion T4“ den für die Kinder-Euthanasie Zuständigen, Karl Brandt und Philipp Bouhler, übertragen. Dem Leitungsgremium der Tötungsaktion gehörten u.a. die Professoren für Nervenheilkunde und Psychiatrie, Werner Heyde, Paul Nitsche und Max de Crinis, an. Vgl. Aly, Götz: Die Belasteten, „Euthanasie 1939-1945. Eine Gesellschaftsgeschichte. Frankfurt/M. 2013, S. 44f.

<sup>3</sup> Im September 1940 wurden gemäß Erlass des Reichsministers des Inneren vom April 1940 zunächst die jüdischen Psychiatriepatienten aus der HPA Neustadt nach Hamburg-Langenhorn verlegt, um anschließend in Brandenburg getötet zu werden. „Der am 23. September 1940 eingetretene Tod der aus der Landesanstalt Neustadt/ Holstein in die „Euthanasieanstalt“ Brandenburg gebrachten jüdischen Geisteskranken wurde ebenfalls vor dem Standesamt „Chelm“ oder „Cholm II“ beurkundet, wobei in allen Fällen fingierte, in der Zeit vom 4. Dezember 1940 bis zum 31. März 1941 liegenden Sterbedaten angegeben wurden.“ Verfahren Ks 1/69 GStA/ Frankfurt; Becker u. Lorent, Urteil vom 27.5.1970 (Abt. 631a Nr. 869a). Zit. nach Koch, Festschrift, S. 51; Die systematische Vernichtung psychisch Kranker kostete von Januar 1940 bis August 1941 70.273 Menschen das Leben. Vgl. Delius, Peter: Das Ende von Strecknitz. Die Lübecker Heilanstalt und ihre Auflösung 1941. Kiel 1988., S. 4.

sein. Zwölf Jahre einer rasseideologisch bestimmten Gesundheitspolitik haben Gesellschaft und Politik geprägt und haben im Kontext von mangelnden ökonomischer Ressourcen und fehlenden Personalalternativen in Therapie und Pflege zwangsläufig Kontinuitäten im psychiatrischen Anstaltsalltag nach 1945 aufrecht erhalten. Parallel dazu sah sich die Mehrheit der Bundesbürger selbst als Opfer des Bombenkrieges, der Flucht und Vertreibung. Im weitesten Sinne waren nun viele augenscheinlich psychisch krank, Flüchtlinge, Versehrte und andere Kriegsoffer, die Schleswig-Holstein prägten und im Wiederaufbau das Bild des verlorenen Krieges präsent hielten. Mit der Konsolidierung der Verhältnisse stand das nationale gesellschaftliche Bemühen im Zeichen von Arbeit statt Aufarbeitung, Zukunft statt Vergangenheit und eigenem Wohlstand statt dem Wohl anderer.<sup>4</sup> Die Nachkriegsgeschichte Deutschlands, die 1950er und 1960er Jahre waren gekennzeichnet von Begriffen wie *Wiederaufbau* und *Wirtschaftswunder*, deren Einfluss im Kontext psychiatrischer Versorgungsstrukturen im LKH Neustadt zu untersuchen sind. Vereinzelt Publikationen der frühen 1960er Jahre zeugen erstmals von Reformbestrebungen gegenüber den Missständen und z.T. menschenunwürdigen Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie nach 1945<sup>5</sup>, die ihren Niederschlag in der „Psychiatrie-Enquete“<sup>6</sup> Mitte der 1970er Jahre fanden. Der NS-Patientenmord und die „Psychiatrie-Enquete“ bilden die beiden großen Eckpfeiler der Psychiatriegeschichte des 20. Jahrhunderts. In der Zwischenzeit schien die deutsche Anstaltspsychiatrie in den ersten beiden Nachkriegsjahrzehnten neben vielversprechender Entwicklungen der Pharmakotherapie Mitte der 1950er Jahre weitgehend in einer Art Grauzone zu verharren. Über ein Vierteljahrhundert psychiatrischer Anstaltsversorgung von 1945 bis Ende der 1960er Jahre, die die

---

<sup>4</sup> Vgl. Frei, Norbert (Hg.): 1945 und wir. Das Dritte Reich im Bewußtsein der Deutschen. München 2009; Schildt, Axel: Deutschland in den 50er Jahren. Informationen zur politischen Bildung (IZPB). Bundeszentrale für politische Bildung. 23.12.2002. <http://m.bpb.de>

<sup>5</sup> Vgl. Häfner, H./ v. Baeyer, W./ Kisker, K. P.: Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenhausversorgung der Bundesrepublik. Helfen und heilen – Diagnose und Therapie in der Rehabilitation, Oktober 1965, Heft 4; Internationale und nationale Publikationen erreichten mit ihrer Kritik und Ursachenforschung des bestehenden Psychiatriesystems eine breitere Öffentlichkeit: z.B. Erving Goffmans „Asyle“ 1961, Thomas Szasz „Geisteskrankheit – ein moderner Mythos“, Michel Foucault „Wahnsinn und Gesellschaft“ alle ebenfalls 1961, David Cooper's „Antipsychiatrie-Konzept“ 1967 und Frank Fischer mit „Irrenhäuser. Kranke klagen an“ 1969.

<sup>6</sup> Enquete 1975 – Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. In dem 480 Seiten umfassenden Bericht der aus rund 200 Sachverständigen bestehenden Kommission wurden schwerwiegende Mängel der psychiatrischen Versorgung aufgezeigt. Als eine der wichtigsten Forderungen galt die Herstellung humaner Grundbedürfnisse, die Gleichstellung somatischer und psychiatrisch Kranker, Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Integration psychiatrischer Krankenversorgung in das bestehende System allgemeiner Gesundheitsvor- und -fürsorge. <https://www.dgppn.de>; Aktion Psychisch Kranke e.V. <https://www.apk-ev.de>.

LKH-Direktion 1993 in der Neustädter Festschrift in die vorwiegend „kustodiale Epoche“<sup>7</sup> der Anstaltsverwahrung einschloss und einen Aufschwung der Psychiatrie erst ab 1963 zuschrieb.

Die Psychiatrie hat in den vergangenen 30 Jahren einen gewaltigen Aufschwung erlebt. Sie hat sich durch die Entwicklung der Pharmakotherapie und der verschiedenen psycho- und sozio-therapeutischen Techniken und Behandlungsstrategien aus einer vorwiegend kustodial geprägten Epoche schrittweise gelöst und kann nunmehr als klinisches Fach, wie die anderen medizinischen Disziplinen auch, Heilung, Besserung und Wiedereingliederung bewirken.<sup>8</sup>

Mit dem Kriegsende 1945 blieb das Landeskrankenhaus Neustadt (LKH) für den Untersuchungszeitraum in seiner Struktur von somatischen und psychiatrischen Abteilungen zunächst erhalten und entsprach somit weitgehend einer der Forderungen der späteren „Psychiatrie-Enquete“ in Form einer Krankenhausstruktur für die Psychiatrie. Der Rückgang der somatischen Fachabteilungen zugunsten der Ausweitung der Psychiatrie als landeseigener Aufgabe erfolgte unterdessen kontinuierlich bis zur Eröffnung des Neustädter Krankenhausneubaus 1967 und führte von ehemals psychiatrischen Abteilungen nach 1945 wieder zur psychiatrischen Großanstalt mit 1.200 Patienten zurück.<sup>9</sup> Der weitere Ausbau des LKH Neustadt zu einem Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie schloss ab 1978 die Behandlung von Suchtkranken ein. Nach dem Gesetz über die Errichtung öffentlich-rechtlicher Fachkliniken änderte sich die Rechtsform zum 1.1.1969 in die einer Anstalt des öffentlichen Rechts. Diese wurde zum 1.11.1998 umbenannt in „Ostseezentrum für seelische Gesundheit“. Im Jahre 2003 fusionierte das Ostseezentrum mit dem ehemaligen Landeskrankenhaus Heiligenhafen zum sog. „Psychiatrikum Neustadt“, das im Jahr 2004 durch Verkauf an die Schweizer AMEOS-Gruppe als „AMEOS Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Neustadt“ privatisiert wurde.

---

<sup>7</sup> Direktion und Personalrat der Fachklinik Neustadt 1993. Festschrift Fachklinik Neustadt in Holstein, S. 7.

<sup>8</sup> Ebd., S. 7.

<sup>9</sup> Vgl. LASH: Abt. 377.

## 1.1 Leitende Fragestellungen und Aufbau der Arbeit

Die folgende Analyse psychiatrischer Versorgungsstrukturen im LKH Neustadt setzt in einem zeitlichen Längsschnitt von 25 Jahren mit dem Kriegsende 1945 an. Euthanasie-Verbrechen und erste Reformen, die schließlich 1975 in der „Psychiatrie-Enquete“ gipfelten, bilden den Rahmen für diese Untersuchung am Beispiel des schleswig-holsteinischen LKH Neustadt. Die Kritik der Enquete-Kommission an den Zuständen der institutionellen Psychiatrie in Deutschland richtete sich u.a. gegen Mangelversorgung, Personalnot, einen vornehmlich verwahrenden Charakter und lange Verweildauern der Psychiatriepatienten. Auf Grundlage dieser Kritikpunkte möchte die Studie die Versorgungsstrukturen von 1945 bis Ende der 1960er Jahre im psychiatrischen Wiederaufbau in Neustadt überprüfen und Entwicklungslinien aufzeigen. Trifft die Kritik einer vornehmlich auf Verwahrung ausgerichteten Psychiatrie für die psychiatrische Abteilung des LKH Neustadt innerhalb der heterogenen Krankenhausstruktur zu?

Parallel dazu sollen aufgrund politisch-ökonomischer und gesellschaftlicher Einflüsse die Handlungsgrenzen psychiatrischer Versorgung, aber auch mögliche Handlungsspielräume herausgearbeitet werden.

Für die Einordnung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen ist es unerlässlich, die Weichenstellungen der unter britischer Besatzung stehenden schleswig-holsteinischen Gesundheitspolitik zu prüfen und deren Einfluss in ausgewählten Kategorien zu untersuchen. Welche Folgen hatten die Entnazifizierungsverfahren für die Personalstruktur der Neustädter Psychiatrie, welche personellen Kontinuitäten hatten Bestand? Welche nationalen und lokalen gesundheitspolitischen Initiativen nahmen Einfluss auf die Versorgung psychisch Kranker bzw. behinderten diese? Unter Berücksichtigung der These, dass die Psychiatrie stärker als andere medizinische Fachbereiche dem Einfluss ihres sozialen und kulturellen Kontextes unterliegt<sup>10</sup>, werden die Faktoren Politik, Ökonomie und Gesellschaft und deren Einfluss auf die institutionelle Psychiatrie einbezogen.

Als landeseigene Anstalt waren die psychiatrischen Abteilungen in Neustadt den Weisungen der zuständigen Gesundheits- und Finanzministerien des Landes Schleswig-Holstein unterworfen. Psychiatrisches Handeln im Neustädter LKH war in ökonomische Aushandlungsprozesse eingebunden und Strukturveränderungen

---

<sup>10</sup> Helmchen, Hanfried (Hg.): *Psychiater und Zeitgeist. Zur Geschichte der Psychiatrie in Berlin*. Berlin 2009.

standen in direkter Abhängigkeit zu politischen Entscheidungen der schleswig-holsteinischen Landesregierung. Parallel dazu nahm der gesellschaftliche Faktor der Familie aufgrund fehlender kommunaler Nachsorgestrukturen in Schleswig-Holstein eine Monopolstellung als Nachsorge- und Kontrollinstanz ein. Unter der Arbeitshypothese, dass die Neustädter LKH-Struktur mit somatischen und psychiatrischen Fachabteilungen Handlungsspielräume im Wiederaufbau gegenüber vorwiegend kustodial-psychiatrischen Versorgungsstrukturen eröffneten, werden die elementaren Kategorien der LKH-Versorgung - im Bausektor, beim ärztlichen und pflegerischen Personal, den therapeutischen Konzeptionen und ausgewählte Rahmenbedingungen des psychiatrischen Patientenalltags - im zeitlichen Längsschnitt für die Psychiatrie im LKH Neustadt überprüft. Welche Handlungsspielräume nutzen Neustädter Psychiater in Therapie und Versorgung im LKH-Alltag und in welchem Maße zeigen gesellschaftspolitische und soziale Faktoren institutionellem Handeln Grenzen auf? Es ist ein Anliegen dieser Studie, die Versorgungsstrukturen aus der Perspektive der drei Akteurs-Gruppen - Patienten, Pflegepersonal und Ärzte - gleichermaßen herauszuarbeiten und deren jeweiligen Spielräume als Akteure zu untersuchen, um durch den Perspektivwechsel einer möglichst umfassenden Darstellung der Strukturen nahezukommen. Dabei soll es nicht darum gehen, die Patientenperspektive als Opferperspektive herauszustellen, sondern im Kontext der zeitgenössischen Bedingungen ebenso das Arbeitsmilieu des medizinischen und pflegerischen Personals einzubeziehen.

Für die Einordnung und zum besseren Verständnis der Kontinuitäten und Brüche der psychiatrischen Versorgung nach 1945 beginnt das 2. Kapitel zunächst mit dem historischen Rückblick der Neustädter Psychiatrie von der Gründung 1893 bis zum Kriegsende 1945. Die Entwicklung von einer ehemaligen Zuckerfabrik hin zur zweitgrößten Anstalt des Landes Schleswig-Holstein wird bis 1945 in der Bau- und Personalentwicklung für Ärzte und Pflege sowie den neuen therapeutischen Konzeptionen nachgezeichnet. In Hinblick auf die Eckpfeiler der deutschen Psychiatriegeschichte zwischen Euthanasie-Verbrechen und „Psychiatrie-Enquete“ wird dabei schwerpunktmäßig die Zeit des Nationalsozialismus von 1933-1945, die Sterilisationspraxis unter Zwang und die Patientendeportationen in den Fokus gerückt und mit der reichsweiten Praxis der nationalsozialistischen Gesundheitsvorgaben verglichen. So stellte beispielsweise die Räumung der Neustädter Psychiatrie von über 900 Patienten 1941/42 einen radikalen Bruch

psychiatrischer Versorgung dar. Lediglich 200 Patientenarbeiter verblieben in der psychiatrischen Abteilung und sicherten die Versorgung im LKH.

Die anberaumten Umbauarbeiten für das Allgemeinkrankenhaus litten zwar unter kriegsbedingter Material- und Personalknappheit, dennoch leistete das LKH Neustadt für die städtische Bevölkerung Hamburgs, Kiels und Neustadts die maximale medizinische Fachversorgung.

Vor diesem Hintergrund setzt die Studie für die Zeit nach 1945 an und beginnt im 3. Kapitel mit der Entwicklung der baulichen Unterbringung, die auf dem Stand eines Allgemeinkrankenhauses die Grundstruktur für die psychiatrische Versorgung abbildet. Für den Bausektor nach 1945 wird zwischen den Phasen der ersten Nachkriegsjahre, der psychiatrischen Bauentwicklung der 1950er Jahre und der schleswig-holsteinischen Landesplanung der 1960er Jahre in der Neuausrichtung der institutionellen Psychiatrie differenziert. Mit dem Kriegsende zunächst als Massenunterkunft für ehemalige KZ-Insassen und Soldaten belegt, etablierte sich die Psychiatrie in Neustadt neben den somatischen Abteilungen. In Erfüllung der landeseigenen Pflichtaufgabe in der Unterbringung und Versorgung psychisch Kranker mussten mit dem Zuwachs an Psychiatriepatienten aus dem ambulanten Bereich sukzessive somatische Abteilungen reduziert und aufgelöst werden. Deren Bauzustand galt bis Ende der 1950er Jahre als adäquate Unterbringung für Psychiatriepatienten, Renovierungen und Umbauten sind vor diesem Hintergrund zu beurteilen. Die Bauentwicklung wird anhand ökonomischer Zuweisungen der Landespolitik im Kontext von Massenunterkünften, Überbelegung und Mangelzuständen beleuchtet und anhand der Quellen und Baupläne auf ihre soziale Milieugestaltung hin im Wiederaufbau der Neustädter Psychiatrie überprüft.

Das 4. Kapitel untersucht schwerpunktmäßig die Kontinuitäten in der psychiatrischen Leitung und versucht anhand der Stellenbesetzung die medizinische Versorgung abzuleiten. Ähnlich dem Bausektor gilt es, die Phasen im zeitlichen Längsschnitt zu gliedern. Zunächst wird der unter britischer Besatzung eingeläutete Entnazifizierungsprozess für die leitenden Psychiater nachgezeichnet. Die Frage nach der Beteiligung an den Patientendeportationen spielt hierbei ebenso eine Rolle wie die juristische und politische Aufarbeitung der Landes- und Bundespolitik. Die Vergangenheitsbewältigung Neustädter Patientendeportationen wird im Kontext der „Schlussstrichmentalität“ der 1950er Jahre beleuchtet, Patientenanzeigen und Gerichtsverfahren gegen Neustädter Psychiater vor diesem Hintergrund dargestellt.

Das Kapitel „Erbgesundheitswesen nach 1945“ soll die Problematik der Sterilisationspraxis, die sich aus dem in der BRD weiterhin bestehenden „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (GzVeN) von 1934 für das LKH Neustadt ergab, aufzeigen.

Die psychiatrische Leitung im LKH Neustadt wechselt im Untersuchungszeitraum zweimalig. Es werden die personellen Kontinuitäten, die sich in Neustadt mit den hausinternen Nachfolgeregelungen ergaben, und deren Tätigkeitsbereiche im psychiatrischen Wiederaufbau untersucht. Anhand der Entwicklung des ärztlichen Stellenschlüssels in Abhängigkeit des Patientenbestandes lassen sich Versorgungskonzepte überprüfen und der Kritik einer verwahrenden Psychiatrie gegenüberstellen.

Um die Arbeitshypothese zu untersuchen, inwieweit die Krankenhausstruktur Handlungsspielräume gegenüber einer vorwiegend auf Verwahrung ausgerichteten psychiatrischen Versorgungsstruktur zuließ, wird im 5. Kapitel zunächst die Kernkompetenz psychiatrischen Handelns, die therapeutische Konzeption herausgearbeitet. Das Spektrum der psychiatrischen Therapieoptionen reichte von der LKH-Unterbringung mit einer streng geregelten Hausordnung als Erziehungsprinzip, dem vielfältigen Einsatz in der Arbeitstherapie, den Schockverfahren und ab Mitte der 1950er Jahre der medikamentösen Therapie mit Neuroleptika. Es gilt aufzuzeigen, welches Therapieregime für welche Patientengruppe gewählt wurde und in welcher Form Patienten davon profitierten. Zudem wird dem ehemals erfolgreichen Konzept der Familienpflege aus der Weimarer Zeit im Neustädter LKH nachgegangen und überprüft, ob es sich nach 1945 als Auslaufmodell außerklinischer Fürsorge entwickelte.

Therapiekonzepte, deren Erfolg sich anhand einer Entlassungs-, Verlegungs-, Beurlaubungs- und Wiederaufnahmepaxis zeigt und im 6. Kapitel auf die für die Resozialisierung der Psychatriepatienten entscheidende Verweildauer überprüft wird. Das Kapitel „Wege aus der Anstalt“ steht als Indikator für die Entlassung der Patienten aus der Psychiatrie. Ob sich damit die therapeutische Konzeption in Neustadt als Erfolgskonzept erweist, soll die Analyse herausarbeiten. Zunächst werden die Kategorien „Bewahrung“ und „Behandlung“ anhand der ausgewählten Patientenakten beispielhaft aufgezeigt. Vor dem Hintergrund der zu ermittelnden Verweildauern der Psychatriepatienten wird die „Verwahrthese“ für das LKH Neustadt überprüft. Darüber hinaus soll ein Vergleich der Wiederaufnahmepaxis

zwischen 1951, 1955 und 1960 die Nachhaltigkeit der Entlassungen vor und nach der Einführung der Neuroleptika im zeitlichen Längsschnitt darstellen. Abschließend werden die Sterbefälle im LKH sowohl mit den Vorkriegs-Quoten als auch im zeitlichen Längsschnitt nach 1945 überprüft und im Wiederaufbau der Psychiatrie als Spiegel der Handlungsgrenzen institutioneller Patientenversorgung interpretiert werden.

Die Neustrukturierung der Krankenpflege nach 1945 wird im 7. Kapitel behandelt und neben der Personalentwicklung die Rolle der Pflege herausarbeiten. Unter Berücksichtigung der Weichenstellungen der britischen Besatzungsmacht werden sowohl das Engagement zur Verbesserung der Psychiatriepflege in der Ausbildungs- und Pflegeverordnung als auch die personellen Kontinuitäten der Pflegeleitungen analysiert. Mit der in der „Psychiatrie-Enquete“ hervorgehobenen Forderung der psychiatrischen Aus- und Weiterbildung wird der Aspekt der Ausbildungsstruktur der Pflegekräfte gesondert in einem Vergleich zwischen Weimarer Republik, Nationalsozialismus und Bundesrepublik für das Neustädter LKH erfasst. Die psychiatrische Pflegeausbildung war traditionell Bestandteil in Neustadt und die Quellenlage lässt einen direkten Vergleich der verwaltungseigenen Prüfungen zu, die Kontinuitäten und Brüche eines Kernbereichs Neustädter Psychiatrie aufzeigen.

Der Pflege kam im LKH-Alltag die prägende Position zwischen Arzt und Patient zu. Der Pflegealltag wird in der Ambivalenz von Theorie und Praxis dargestellt und anhand der Kategorien „Beobachtung und Dokumentation“ und „Sicherheit und Ordnung“ die Aufgaben, Pflichten und Probleme der Pflegenden untersucht.

Neben den für den Versorgungsalltag relevanten Perspektiven der baulichen Unterbringung und der Therapie werden neben den ärztlichen und pflegerischen Akteuren zum Abschluss der Studie im 8. Kapitel ausgewählte Rahmenbedingungen des Patientenalltags aufgeführt. Vor dem Hintergrund der „Enquete“-Kritik einer Mangelversorgung und Verwahrung sollen die Interdependenzen zwischen Politik, LKH, Patienten und deren Familien herausgearbeitet werden und Grenzen bzw. Spielräume psychiatrischer Versorgungsstrukturen bis Ende der 1960er Jahre am Beispiel Neustadts aufzeigen. Während die Bereiche *Besuchsregelung*, *Freigang* und *Freizeitgestaltung* weitgehend im Kompetenzbereich des LKH lagen, werden zunächst die Kategorien *Verpflegung*, *Anstaltskleidung*, *Taschengeld* und *Arbeitsentlohnung* vor dem Hintergrund ökonomischer Zuweisungen der Landesregierung in ihrer Entwicklung geprüft.

## 1.2 Methodisches Vorgehen und Quellenmaterial

Unter kulturwissenschaftlicher Herangehensweise sind historische Ereignisse wie das Ende des 2. Weltkrieges und dessen Auswirkungen auf den Wiederaufbau der Psychiatrie im Neustädter LKH nach 1945 im Kontext sozialer und gesellschaftspolitischer Zeitströmungen zu analysieren, da diese immer auch institutionelle Denk- und Handlungsmuster bestimmen.

Vergangenheit als ein aus der Perspektive der Gegenwart gebildetes narratives Konstrukt ist prinzipiell an die gedanklichen, sprachlichen und kommunikativen Grundlagen ihrer Erzeugung gebunden, niemals also eine unabhängig von Subjekten und deren Handlungen unabhängige Realität.<sup>11</sup>

Unter Berücksichtigung dessen wurde für den zeitlichen Längsschnitt zwischen 1945 und Ende der 1960er Jahre auf der Mikroebene des Neustädter Landeskrankenhauses eine historiographische Analyse psychiatrischer Versorgungsstrukturen vorgenommen. In ausgewählten Kategorien - der baulichen Unterbringung, des medizinischen und pflegerischen Personals, der therapeutischen Konzeptionen und ihren Wirkungen sowie relevanten Aspekten des Psychiatriealltags für die Patienten - soll die Entwicklung im Wiederaufbau der Neustädter Psychiatrie von einer 200 Patientenarbeiter umfassenden Abteilung zu einem psychiatrischen Großkrankenhaus 1967 über einen zeitlichen Längsschnitt von ca. 25 Jahren zwischen Euthanasie-Aktion und ersten Psychiatriereformen untersucht werden.

Methodisch wurde die klassische Aktenanalyse mit der Auswertung serieller Quellen des Bundesarchivs Koblenz (BArch), des Landesarchivs Schleswig-Holstein (LASH) und des Verwaltungsbestandes des AMEOS Archivs Neustadt vorgenommen. Die Themenvorgaben zielten hierbei schwerpunktmäßig auf die britische Besatzungszeit 1945-1949, den Bausektor, die Personalentwicklung bei Ärzten und Pflege und das therapeutische Konzept ab. Zusätzlich zu dieser themenspezifischen Auswertung der seriellen Quellen wurde für einen möglichst umfassenden Einblick in die Neustädter LKH-Strukturen eine qualitative Patientenaktenanalyse (LASH) und eine quantitative Datenerhebung zur „Geisteskrankenbewegung“<sup>12</sup> im Neustädter LKH (LASH) ergänzend herangezogen und kombiniert. Der Zeitraum 1951-1960 wird für die

---

<sup>11</sup> Straub, Jürgen: Temporäre Orientierung und narrative Kompetenz. In: Rösen, Jörn: Geschichtsbewusstsein. Psychologische Grundlagen, Entwicklungskonzepte, empirische Befunde. Köln 2001, S. 15-44, hier S. 35. Zit. n.: Schrader, Viola: Geschichte als narrative Konstruktion. Berlin 2013, S. 39.

<sup>12</sup> Offizieller Ausdruck der monatlichen Datenerhebungen zur Aufnahme- und Entlassungspraxis im LKH Neustadt LASH: 611/ 1459, 611/ 1460, 611/ 1461.

quantitativ erfassten Daten zur „Geisteskrankenbewegung“ im Vergleich der Jahre 1951, 1955 und 1960 dargestellt.

Im Bundesarchiv Koblenz (BArch) wurden in der „Abteilung B“<sup>13</sup> Unterlagen aus den westlichen Besatzungszonen (1945–1949), ziviler Behörden und Gerichte seit 1949 gesichtet. Die Materialrecherche aus dem BArch beinhaltet die für Schleswig-Holstein relevanten Rahmenbedingungen der zuständigen britischen Besatzung nach 1945 und der bundespolitischen Instanzen ab 1949 zur Versorgung psychisch Kranker, die vornehmlich im Kompetenzbereich des „Bundesministeriums für Gesundheitswesen“ (Bestandssignatur B 142) und dem „Bundesministerium für Familie, Frauen, Jugend und Gesundheit“ (B 189) lagen.<sup>14</sup> Schwerpunktmäßig wurden im BArch Themen zunächst zur alliierten Weichenstellung und bundesdeutschen Handhabung der Unterbringung in Heil- und Pflegeanstalten, der Entwicklung der Kranken- und Geisteskrankenpflege, der Gesundheitsvor- und fürsorge für Psychiatriekranke, der Briefzensur in Heil- und Pflegeanstalten und der Bewahrungs- und Sterilisationsgesetzgebung eingesehen und herangezogen. Explizit länderspezifisch sind in diesem Kontext für Schleswig-Holstein die Krankenhaus-Pflegesätze<sup>15</sup> und die Stellungnahmen des Landes Schleswig-Holstein zur Sterilisationsproblematik<sup>16</sup> im BArch aufgeführt. In Ergänzung zur bundesdeutschen Entwicklung der Geisteskrankenversorgung im Gesundheitswesen wurde im schleswig-holsteinischen Landesarchiv (LASH) dazu ein themenspezifischer Abgleich vorgenommen. Umfangreiche Quellen zur landespolitischen Pflichtaufgabe der Geisteskrankenversorgung nach 1945 sind in den Beständen des Innenministeriums (LASH/Abt. 611) und des Sozialministeriums (LASH/Abt. 761) archiviert. Obwohl die Quellenlage zum LKH Neustadt vom LASH selbst als nicht umfangreich beurteilt wird, konnten allgemeine Grundstrukturen z.B. zur Fürsorge, zur Krankenpflege, zu den Pflegesätzen sowie Dienstvorgängen anhand der umfassenderen Quellenlage des größten schleswig-holsteinischen LKH Schleswig-Stadtfeld nachvollzogen werden, die u.U. Neustadt im Verteiler mit anführte und somit Auf- und Rückschlüsse zuließen. Sowohl der intensive Schriftwechsel der Neustädter LKH-Verwaltung mit den Landesbehörden als auch die schriftlich fixierten Aushandlungsprozesse der psychiatrischen LKH-Leitung zu

---

<sup>13</sup> Die Abteilung „B“ steht für Bundesrepublik Deutschland, beinhaltet jedoch auch die Besatzungszeit der Alliierten nach 1945.

<sup>14</sup> Die Abteilung B 149 „Arbeit und Soziales“ bezieht ferner Themen zum Gesundheitswesen ein.

<sup>15</sup> BArch B 142 3953/286-287, Bd.2.

<sup>16</sup> 7.9.1951. BArch B142 2119/194.

jeglichen ökonomisch begründeten Genehmigungsverfahren, z.B. beim Ärzte- bzw. Pflegeschlüssel, zur Verpflegung und im Bauwesen, sind ein Beleg für die Abhängigkeit der institutionellen Psychiatrie gegenüber den ökonomischen Zuweisungen der zuständigen Landesbehörden Schleswig-Holsteins. Neben den nationalen und lokalen Entscheidungen im psychiatrischen Gesundheitswesen ist es das Anliegen dieser Untersuchung, speziell die regionale psychiatrische Versorgungs- und Lebenssituation im LKH Neustadt herauszuarbeiten. Unterstützt wird dies sowohl durch eine quantitative Erhebung zur „Geisteskrankenbewegung“ im LKH Neustadt (LASH/ Abt. 611) als auch durch eine qualitative Patientenaktenanalyse (LASH/ Abt. 377) der im LASH nach 1945 archivierten Aktenbestandes. Für die quantitative Datenerhebung zur „Geisteskrankenbewegung“ muss zunächst einschränkend angeführt werden, dass die Quellenlage im LASH hierzu lediglich den Zeitraum 1951-1960 widerspiegelt. Aussagen, z.B. zum Patientenstand, zur Entlassungs- bzw. Verlegungspraxis, Wiederaufnahmequoten, Versichertenstatus und Altersstruktur können deshalb lediglich für dieses Zeitfenster der 1950er Jahre und nicht für die Zeit von 1945-1950 und die 1960er Jahre für Neustadt erhoben werden. Die weitere Recherche zur Beteiligung und Schuldfrage der leitenden Psychiater und Pflegekräfte an der Patientendeportation aus der damaligen Landesheilanstalt in Neustadt 1941/42 erfolgte in den im LASH archivierten Entnazifizierungsakten (LASH/ Abt. 460). Es konnten allerdings keine Akten über im LKH Neustadt tätigen Personen des medizinischen bzw. pflegerischen Personals ausfindig gemacht werden. Ebenso wenig konnten Akten von namentlich bekannten Amtspersonen, die vor 1945 u.a. für das Neustädter LKH im Nationalsozialismus, z.B. als Gutachter am Erbgesundheitsgericht bzw. -obergericht tätig waren und nach 1945 hohe Positionen im schleswig-holsteinischen Gesundheitsbereich innehatten, darin ermittelt werden.

Die historischen Quellen des BArch und des LASH, die für diese Untersuchung herangezogen und untersucht wurden, decken dagegen weitgehend die rechtlichen, gesundheitspolitischen und sozialen Aspekte der jeweils zuständigen nationalen und lokalen Institutionen ab. Individuelle Erfahrungen und Eindrücke lassen sich daran jedoch kaum ableiten. Ziel dieser Untersuchung der Versorgungsstrukturen zum Wiederaufbau der Psychiatrie im LKH Neustadt ist es deshalb, sich unter dem Aspekt der Alltagserfahrungen in Unterbringung, Versorgung und Therapie eng an

ausgewählten Patientenakten zu orientieren.<sup>17</sup> Dabei dienen die Akteneinträge des medizinischen Personals insgesamt als Spiegel des Neustädter Psychiatrie-Alltags, der Versorgungspraxis und möglicher Therapiekonzeptionen, die sowohl Handlungsgrenzen als auch Spielräume aller beteiligten Akteurs-Gruppen - Ärzte, Pflegepersonal, Patienten - einbeziehen. Vorbehaltlich der quellenkritischen Beurteilung dieser aus ärztlicher und pflegerischer Sicht verfassten und in bestimmter Intention hinterlegten Dokumentationen, z.B. von Kranken-, Pflege- und Egoberichten, sind sie der einzige zeithistorische Beleg und eine Möglichkeit der Annäherung an das individuelle Erleben der beteiligten Akteure und die spezifischen Neustädter Versorgungsstrukturen. Da die Akteneinträge nicht für spätere historische Analysen verfasst wurden, sondern der fachinternen Informationsvermittlung über den jeweiligen Patienten diente, werden die Einträge von und über Patienten ebenso objektiv gewichtet, wie es den Informationen zu Diagnosestellungen, Behandlungsmethoden und Medikamentendosierungen zukommt.

Im Rahmen eines von der AMEOS Klinik und dem Landesarchiv gemeinsam getragenen Archivprojektes sind ca. 11.650 Patientenakten der Neustädter Psychiatrie im LASH 2009 archiviert worden. Für den Zeitraum der Gründung 1893 bis zum Ende des 2. Weltkriegs 1945 wechselte der Bestand mit 10.800 Patientenakten vollständig ins LASH. Für die Zeit ab 1945 legte das Auswahlverfahren den zeitlichen Schwerpunkt vornehmlich bis Mitte der 1950er Jahre fest<sup>18</sup> und beschränkte sich auf die Archivierung jeder 10. Patientenakte. Somit stehen für die Zeit nach 1945 für das LKH Neustadt 841 Patientenakten zur Recherche zur Verfügung. Die Archivierung dieser Patientenakten erfolgte nach einem Kassationsprinzip, das vornehmlich den Bestand mit dem Buchstaben „D“ berücksichtigte.<sup>19</sup> Alle Neustädter Patientenakten, die nicht im LASH archiviert sind, wurden bis ins Jahr 1978 vollständig vernichtet. Die Sichtung des Archivbestands nach 1945 ergab darüber hinaus, dass es sich hierbei nicht ausschließlich um

---

<sup>17</sup> Vgl. Radkau, J.: Zum historischen Quellenwert von Patientenakten. Erfahrungen aus den Recherchen zur Geschichte der Nervosität. In: Gigswijt-Hofstra, Marijke/ Porter, Rpy (Hg.): Cultures of Neurasthenia. From Beard to the First World War. Amsterdam 2001, S. 73-102; Im Vergleich dazu das trialogische Webprojekt „Biographisches Archiv der Psychiatrie“, das der angloamerikanischen Forschung über publizierte subjektive Quellen nahesteht und in Anlehnung der „cultural studies“ die kulturelle und pragmatische Funktion dieser Quellen unterstreicht. Diese Forschung unterstützt demnach „eine den subjektiven Quellen angemessene historiographische Praxis“ und mindert die Stigmatisierung Betroffener. [www.biapsy.de](http://www.biapsy.de) (Zugriff: 13.5.2016)

<sup>18</sup> Lt. LASH erfolgte die Aktenauswahl nach 1945 bis Mitte der 1950er Jahre. In der Analysegruppe lassen sich hingegen Patientenakten mit einer Erstaufnahme 1960 und 1963 ausmachen.

<sup>19</sup> ¾ der Analysegruppe fallen mit ihrem Nachnamen unter den Buchstaben „D“.

Patientenakten, sondern ebenso um Verwaltungsakten mit verwaltungstechnischen Angaben, Hilfsmittel- und Fürsorgefragen handelte, die für diese Studie irrelevant waren.

Für die qualitative Patientenaktenanalyse wurden drei Auswahlkriterien vor der Patientenaktensichtung zu Grunde gelegt. Zum einen musste es sich um eine medizinisch geführte psychiatrische Patientenakte handeln, um Aussagen über Diagnosestellungen, therapeutische Verfahren und Verhaltensbeurteilungen in der Krankengeschichte nachvollziehen zu können. Zudem sollte, als weiteres Auswahlkriterium, die LKH-Verweildauer von vier und mehr Jahren gewährleistet sein. Der Patientenaktenbestand (LASH: Abt.377) listet die Patienten mit Vor- und Zunamen, Aufnahme- und Entlassungsjahr auf. Die vierjährige Jahrgangslistung wurde eingedenk des sogenannten „Drehtürprinzips“<sup>20</sup> der wiederholten Entlassungen und Wiederaufnahmen gewählt, um trotz der möglicherweise kurzen Aufenthalte innerhalb der Wiederaufnahmepaxis den Status der Langzeitpatienten zu sichern und einen umfassenden Einblick der einzelnen Aufenthalte im zeitlichen Längsschnitt zu ermöglichen. Als drittes Auswahlkriterium diente die Vorlage von Ego-Dokumenten von Psychatriepatienten und deren Angehörigen. Oftmals als Beleg des Krankheitsgeschehens der Akte beigefügt, soll der darin enthaltene individuelle Einblick für den Versorgungsalltag überprüft werden. Waren Ego-Dokumente z.B. durch Unlesbarkeit nicht einzubeziehen, musste alternativ ein somatisches Therapiekonzept als weiteres Kriterium vorliegen, damit die Patientenakte in der Analysegruppe verblieb. Obwohl diese Selbstzeugnisse aufgrund ärztlich-pflegerischer Selektion den Weg in die Patientenakte fanden, kommen sie - neben den als Patientenzitate angeführten Einträgen in der Krankengeschichte - der Patientengeschichte als unmittelbarer Quelle am nächsten. Entsprechend der jeweiligen Untersuchungsthemen wurden die ausgewählten Patientenakten gesichtet. Lagen themenspezifisch Ego-Dokumente vor oder spiegelten Einträge die Patientenperspektive als direktes oder indirektes Patientenzitat wieder, wurde es in die Analyse einbezogen.

Von den 841 Akten, die nach 1945 in den Findbüchern des LASH (Abt. 377) gelistet sind, entsprechen 162 Akten dem Auswahlkriterium der Jahrgangslistung von vier

---

<sup>20</sup> Vgl. Brink, Grenzen der Anstalt, S. 413-418, hier S. 417.

und mehr Jahren.<sup>21</sup> Abzüglich der Verwaltungsakten konnten von den verbliebenen medizinischen Patientenakten unter Berücksichtigung des Auswahlkriteriums „Ego-Dokument“ 16 Patientenakten (ca. 10% der 162 Patientenakten ab vierjähriger Jahrgangslistung) zur Analyse herangezogen werden. Die Parität der Geschlechter ist hierbei ebenso zufällig, wie der Umstand, dass die Psychiatrie-Aufenthalte der Analysegruppe den gesamten Untersuchungszeitraum umfassen: sieben Patienten wurden erstmals ab 1945 im LKH aufgenommen, sieben Patienten in den 1950er Jahren und zwei Patienten in den 1960er Jahren. Die Aktenauswahl hat ferner keine Selektion nach der Unterbringungsform – Selbstzahler der Klasse I.-III., Wohlfahrt bzw. Landesfürsorge und nach §42b gerichtlich Untergebrachte - oder der Einweisungsdiagnose vorgenommen, sondern alle Patientenklassen eingeschlossen, um ein umfassendes Bild der Versorgungsstrukturen und ihrer Entwicklung aufzeigen zu können.

Für die regionale Ebene des Neustädter LKH liefert das AMEOS Archiv Neustadt im Untersuchungszeitraum einen umfangreichen Bestand unsortierter Quellen des gesamten Verwaltungs- und Personalbereichs. Die Haushaltspläne der 1950er und 1960er Jahre gewähren anhand der differenzierten Haushaltstitel nicht nur Einblicke in die Entwicklung der Bauunterhaltungs- und Personalkosten, sondern lassen direkte Rückschlüsse auf die patientenrelevanten Verpflegungs-, Arbeitslohn- und Unterhaltungsetats zu.

Für den Wiederaufbau der Psychiatrie sind vor allem die politischen Weichenstellungen der Alliierten der ersten Nachkriegsjahre beim leitenden Personal von Interesse. In Ermangelung Neustädter Entnazifizierungsakten im LASH war es daher hilfreich, die Personalakten der leitenden Psychiater, weniger Ober- und Stationsärzte und leitenden Pflegekräften im Ameos Archiv Neustadt einsehen zu können, um das parteipolitische Engagement vor 1945 und den Personalaustausch nach 1945 individuell nachzeichnen zu können. Die Untersuchung zur Frage personeller Kontinuitäten muss anhand des Archivbestands für diese Arbeit auf die Neustädter Psychiatrieleitung, die 1946 und 1961 einen Wechsel erfuhr und das leitende Pflegepersonal in der Person der Oberin und des Oberpflegers beschränkt bleiben. Zwar bilden die untersuchten Personalakten nationalsozialistische Verflechtungen vor 1945 sowie Entnazifizierungsverfahren und Prozessbeteiligungen

---

<sup>21</sup> 40 Patienten (4,7%) waren über vier Jahrgänge gelistet, 52 Patienten (6,1%) über fünf und mehr Jahrgänge und 70 Patienten (8,3%) über acht und mehr Jahrgänge. Vgl. LASH: Abt. 377.

nach 1945 ab, können jedoch kein umfassendes Bild, z.B. zum parteipolitischen Organisationsgrad der gesamten LKH-Belegschaft zwischen 1930 und 1945 aufzeigen. Der Abgleich mit namentlich in den Patientenakten aufgeführtem Pflegepersonal blieb im Bestand der Personalakten im Ameos Archiv mit einer Ausnahme erfolglos.

Da es für den zeitlichen Längsschnitt keine kontinuierliche Datenlage im Ameos Archiv gibt, können die Angaben lediglich begrenzte Zeitabschnitte abbilden. Zudem sind die Quellen unsystematisch erhalten, entsprechen oftmals Zufallsfunden und können trotz intensiver Recherche keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

Hingegen lässt sich die strukturelle Entwicklung im Bereich der Pflege, der Pflegeausbildung, des Bausektors, der Belegungszahlen und der Personalbesetzung relativ konstant abbilden. Die Bauakten der 1950/60er Jahre umfassen Pläne von Neu-, bzw. Umbauten und Renovierungen und werden anhand von Antragstellungen bzw. Genehmigungen und Beschaffungslisten auf ihre soziale Milieugestaltung hin überprüft. Ausbildungs- und Prüfungsberichte des Psychiatriepersonals geben Aufschlüsse über therapeutisches Handeln und Anforderungen der Pflegeausbildung. Ein direkter Vergleich des Prüfungskonzepts der 1950er Jahre mit weiteren im Ameos Archiv archivierten Quellen der Ausbildungs- und Prüfungsunterlagen der Weimarer Zeit und des Nationalsozialismus konnte anhand der vorliegenden Quellen vorgenommen werden. Die Einbeziehung der Unterlagen aus den 1960er Jahre fiel der vereinheitlichten Notengebung zum Opfer und ließ keine Differenzierung nach thematischen Schwerpunkten mehr zu.

### **1.3 Forschungsstand**

Die Forschungsliteratur zum Gesamtspektrum der Medizin im Nationalsozialismus ist sehr umfangreich<sup>22</sup> und zeigt in der Bibliographie von Udo Benzenhöfer 1992 und vor allem aktualisiert im Forschungsbericht von Robert Jütte 2011 systematisch den

---

<sup>22</sup> Als Übersichtsarbeiten zur Thematik: u.a. Rütger, Martin: Ärztliches Standeswesen im Nationalsozialismus 1933-1945. In: Jütte, Robert (Hg.): Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. Und 20. Jahrhundert. Köln 1997, S. 143-193; Forsbach, Ralf: Medizin im Nationalsozialismus: Voraussetzungen, Verbrechen, Folgen. In: Bruchhausen, Walter/ Schott, Heinz (Hg.): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Göttingen 2008, S. 131-149; Eckart, Wolfgang: Geschichte der Medizin. Fakten, Konzepte, Haltungen. Heidelberg 2010.

Forschungsstand und die noch ausstehenden Forschungsderivate auf.<sup>23</sup> Neben dem bis heute auf die Rolle der Medizin im Nationalsozialismus gerichteten Blickwinkel hat sich das Forschungsinteresse erst allmählich auf die Psychiatrieentwicklung nach 1945 gerichtet. Diese Forschung ist vornehmlich im Kontext von Nationalsozialismus und Reformbestrebungen der 1960er Jahre einzuordnen, wie die Grundsatzarbeit zur Entwicklung der institutionellen Psychiatrie nach 1945 in „Psychiatriereform als Gesellschaftsreform“ unter der Herausgeberschaft von Franz-Werner Kersting anführt und die Reform der Psychiatrie nach 1945 in direktem Zusammenhang mit der Aufarbeitung der NS-Psychiatrie stellt.<sup>24</sup>

Daneben spannt die umfassende Überblicksanalyse Cornelia Brinks zur Psychiatrie den Bogen in einer Gesellschafts- und Kulturgeschichte von 1860-1980 und richtet u.a. den Fokus zur Rechtspraxis der Anstaltsunterbringung in der BRD auf die Jahre zwischen 1949-1969, die Psychiatriekritik und die Psychiatriereform 1969-1975.<sup>25</sup> Als wichtige Arbeiten zur unmittelbaren Nachkriegszeit und den 1950/1960er Jahren institutioneller Psychiatrieversorgung, die für diese Studie hilfreich waren, ist die quantitative Analyse des Patientenaktenbestandes der Wittenauer Anstalten zwischen 1919 und 1960 von Thomas Beddies<sup>26</sup> und der deutsch-deutsche Vergleich zwischen 1945 und 1964 von Sabine Hanrath zu nennen. Hanrath stellt die Anstaltspsychiatrie zweier Systeme in Westfalen und Brandenburg eindrucksvoll über Besatzungszeiten, Nachkriegsalltag, Mangel, Personal und Therapie gegenüber. Für den kapitalistischen Westen konnte sie darin eine stärkere Kontinuität vor und nach 1945 aufzeigen als es der „radikalere Traditionsbruch“<sup>27</sup> unter kommunistischem Einfluss für Ostdeutschland zuließ.<sup>28</sup>

Als Schwerpunkt psychiatrierelevanter Forschung nach 1945 muss das Gesamtspektrum der Therapie gelten. Dazu liefert der systematische Übersichtsband zur Rolle der deutschen Psychiatrie im internationalen Vergleich im Kontext

---

<sup>23</sup> Vgl. Benzenhöfer, Udo: Bibliographie der zwischen 1975 und 1989 erschienenen Schriften zur Geschichte der Psychiatrie im deutschsprachigen Raum. Tecklenburg 1992; Jütte, Robert/ Eckart Wolfgang/ Schmuhl, Hans-Walther/ Süß, Winfried: Medizin im Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung. Göttingen 2011.

<sup>24</sup> Kersting, Franz-Werner (Hg.): Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Die Hypothek des Nationalismus und der Aufbruch der sechziger Jahre. Paderborn 2003, S. 63-80.

<sup>25</sup> Brink, Cornelia: Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft 1860-1980. Göttingen 2010.

<sup>26</sup> Beddies, Thomas (Hg.): Die Patienten der Wittenauer Anstalten in Berlin 1919-1960. Husum 1999.

<sup>27</sup> Schwarz, Hans-Peter: Der Ort Bundesrepublik in der deutschen Geschichte. Opladen 1996, S. 51.

Zit.n.: Hanrath, Sabine: Zwischen „Euthanasie“ und Psychiatriereform. Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg. Ein deutsch-deutscher Vergleich (1945-1964). Paderborn 2002, S. 462.

<sup>28</sup> Vgl. Ebd.

„Heroischer Therapien“<sup>29</sup> zwischen 1918 und 1945 die Grundlage, indem u.a. die Entwicklung für die Malaria-, Insulin-, Cardiazol- und Elektrokrampftherapie der 1930er/1940er aufgezeigt wird. Darin wird deutlich, dass die neuen Schocktherapien und deren Einsatz im Kontext der Euthanasie-Verbrechen der Nationalsozialisten zu sehen und gemäß des Postulats von „Heilung und Vernichtung“ zu interpretieren sind.

Das aktuelle DFG-Projekt „Nach dem Krankenmord“ schließt zeitlich nahtlos an 1945 an und verfolgt das Ziel, alle Therapieoptionen für das erste Nachkriegsjahrzehnt im Vergleich der vier Besatzungsmächte unter der Arbeitshypothese, dass die „Normalisierung des Anstaltsalltags“<sup>30</sup> von unterschiedlicher Dauer war, zu analysieren. Erste Ergebnisse der vergleichenden Perspektive zu den Gemeinsamkeiten und Unterschieden der Therapieentwicklung und zur Funktionsweise der Anstalten unter dem Einfluss der jeweiligen Gesundheitspolitik der vier Besatzungszonen wurden auf dem DGPPN-Kongress 2015 in Berlin vorgestellt. Ein Forschungsdesiderat, das es ähnlich weiterer Regionalstudien für die ersten beiden Nachkriegsjahrzehnte für die Versorgungsstrukturen unter Berücksichtigung der Akteurs-Perspektiven zu erschließen gilt.

Darüber hinaus sind es ausgewählte Aspekte der psychiatrischen Therapie, die in jüngster Vergangenheit im Fokus der Forschung lagen, wie der 2015 erschienene Tagungsband zum „Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag“.<sup>31</sup> Auch hier wird grundlegend im zeitlichen Längsschnitt vom Kaiserreich bis zum Nationalsozialismus die Bedeutung von Arbeit als traditionell therapeutischem Konzept institutionalisierter Anstaltspsychiatrie multiperspektivisch untersucht. Aus historischer Perspektive wird ein vielfältig thematischer Überblick von Arbeit als Therapie unter ökonomischen, politischen, ethischen, leistungsabhängigen und selektiven Aspekten gegeben. Damit bildet diese aktuelle Publikation eine zeithistorische Vorbereitung des Themas Arbeitstherapie für die ebenfalls in der laufenden DFG-Studie „Nach dem Krankenmord“<sup>32</sup> behandelte Therapiethematik zwischen 1945 und 1955 am Beispiel

---

<sup>29</sup> Roelcke, Volker/ Schmuhl, Hans-Walter: „Heroische Therapien“. Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich 1918-1945. Göttingen 2013.

<sup>30</sup> DGPPN-Kongress 2015 Berlin.

<sup>31</sup> Ankele, Monika/ Brinkschulte, Eva: Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag. Arbeit als Therapie in der Psychiatrie vom frühen 19. Jahrhundert bis in die NS-Zeit. Stuttgart 2015.

<sup>32</sup> Rotzoll, Maike: Nach dem Krankenmord. Struktur und Alltagsleben ehemaliger Tötungsanstalten in den vier Besatzungszonen 1945-1955. Laufendes DFG-Projekt. Förderung seit 2012.

ausgewählter Anstalten der vier Besatzungszonen.<sup>33</sup> Neben weiteren Behandlungsmethoden kommt Ralph Höger zur Arbeitstherapie zu dem Ergebnis, dass Arbeit als „soziale Heilung“ in der unmittelbaren Nachkriegszeit weiterhin Bestand als diskursive Figur hatte, Patientenarbeit verstärkt ökonomisch denn therapeutisch ausgerichtet war und Arbeitstherapie aufgrund veränderter Patientengruppen und der Einführung der Neuroleptika ab 1953 einen Bedeutungsverlust erfuhr.

Für einen weiteren Teilbereich der Psychiatrietherapie, der Medikation, hat Viola Balz in ihrer Übersichtsarbeit von 2010 die Geschichte der Neuroleptika in der BRD von 1950-1980 nachgezeichnet und u.a. anhand von Patientenakten der Psychiatrischen Heidelberger Universitätsklinik die Akteurs-Perspektive der Patienten anhand von Einwilligungen und Nicht-Befolgen therapeutischer Maßnahmen untersucht. Balz stellt u.a. heraus, dass die neuroleptische Wirksamkeit im Kontext des Anstaltsalltags erzeugt und von den Bedeutungszuschreibungen von Ärzten, Angehörigen und Patienten abhängig war.<sup>34</sup>

Neben den therapeutischen Aspekten rückt die Rolle des medizinischen und pflegerischen Personals verstärkt in den Vordergrund. Die Aufarbeitung zur Rolle von Psychiatern und Neurologen im Nationalsozialismus und der Frage nach deren Beteiligungen an Deportationen und systematischen Ermordung der Patienten,<sup>35</sup> wurde von den deutschen Fachgesellschaften - „Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde“ (DGPPN) und „Deutsche Gesellschaft für Neurologie“ (DGN) – ab 2010 nach nunmehr über 70 Jahren<sup>36</sup> initiiert. Beide Fachgesellschaften haben es sich neben zeithistorischen

---

<sup>33</sup> Höger, Ralph: Arbeit als soziale Heilung – Arbeitstherapie in Ost- und Westdeutschland (1945-1955). Ebd.

<sup>34</sup> Balz, Viola: Zwischen Wirkung und Erfahrung – eine Geschichte der Psychopharmaka. Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland, 1950-1980. Bielefeld 2010.

<sup>35</sup> U.a. : Klee, Ernst: Was sie taten- was sie wurden. Ärzte, Juristen und andere Beteiligte am Kranken- oder Judenmord. Frankfurt/ M. 1986; Kersting, F.-W.: Anstaltsärzte zwischen Kaiserreich und Bundesrepublik. Das Beispiel Westfalen. Paderborn 1996.

<sup>36</sup> So beauftragten die beiden großen Fachgesellschaften - „Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde“ (DGPPN) 2010 und die „Deutsche Gesellschaft für Neurologie“ (DGN) ab 2014 führende Medizinhistoriker mit der Aufarbeitung der Entwicklung und Verflechtungen im Nationalsozialismus. Für die DGPPN hat Hans-Walther Schmuhl seine Monographie 2015 zum Jahreskongress vorgestellt und wurde zum Ehrenmitglied der DGPPN ernannt. Vgl. Schmuhl, Hans-Walter: Die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater im Nationalsozialismus. Berlin/ Heidelberg 2016; Für die DGN wurden Heiner Fangerau und Axel Karenberg vom Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität zu Köln mit ihren Arbeitsgruppen beauftragt, eine wissenschaftshistorische Analyse zur Rolle der deutschen Neurologie in der NS-Zeit auszuarbeiten. Prof. Dr. Grond, Vors. der DGN 2014: Eröffnungsrede anlässlich der Neurowoche September 2014 in München; Die DGPPN hält seit Jahren auf ihrem Jahreskongress psychiatriehistorische Sitzungen ab, die den neusten Forschungsstand zur Psychiatrie vorstellen und

Publikationen zur Auflage gemacht, auf ihren Jahreskongressen fortlaufend psychiatrie-historische bzw. neurologie-historische Sitzungen und Diskussionen anzubieten und aktuelle Forschungsergebnisse einzubeziehen.

Als weitere Arbeit zum psychiatrischen Teilbereich des Pflegepersonals ist die Studie von Sabine Braunschweig aus dem Jahre 2013 anzuführen, die mit der Berufsbildung und dem Arbeitsalltag der Psychiatriepflege, die Ambivalenz zwischen Kontrollierenden und Kontrollierten in einem System zwischen „therapeutischer Institution“ und „gesellschaftlicher Ordnungsmacht“ ausweist.<sup>37</sup> Der für diese Studie relevante Aspekt der Akteurs-Perspektiven wird bei Braunschweig für das Pflegepersonal durch umfangreiche Quellen und Zeitzeugeninterviews unterstützt und gleichzeitig eine Geschichte der Psychiatriepflege am Beispiel der Schweiz erzählt.

In den 1980er Jahren rückte mit dem Konzept des britischen Historikers Roy Porter von einer „history from below“<sup>38</sup> die psychiatrische Patientenperspektive in den Fokus der Geschichtsforschung. Auch in Deutschland wurde das Thema in den letzten Jahren zunächst im Kontext von Lebensgeschichten auf Basis der Euthanasie-Patientenakten<sup>39</sup>, der Verwendung von Ego-Dokumenten von Zwangssterilisierten des Nationalsozialismus<sup>40</sup> und anstaltsgeschichtlicher Aspekte in Akten von Opfern der „T4-Aktion“ bearbeitet.<sup>41</sup> Patientenakten als Aufzeichnungssystem beinhaltet u.a. auch die 2015 veröffentlichte Studie von Sophie Ledebur zur psychiatrischen Anstalt „Am Steinhof“ Anfang des 20. Jahrhunderts, die verdeutlicht, dass das Dokumentationssystem vornehmlich einer institutionell

---

inzwischen die Nachkriegszeit bis zur Psychiatriereform der 1970er Jahre umfasst. Die DGN hat sich diesem Beispiel zeitverzögert angeschlossen und weist ebenfalls seit 2015 zum Jahreskongress Neurologie-historische Sitzungen aus. Vgl. Grond, Martin/ Thiekötter, Thomas (Hg.): Neurologie und Neurologen in der NS-Zeit. Der Nervenarzt, Band 87, August 2016.

<sup>37</sup> Braunschweig, Sabine: Zwischen Aufsicht und Betreuung. Berufsbildung und Arbeitsalltag der Psychiatriepflege am Beispiel der Basler Heil- und Pflegeanstalt. Zürich 2013, S. 15.

<sup>38</sup> Porter, Roy: The Patient's View: Doing Medical History from Below. In: Theory and Society 14, (2) 1985, S. 175-198.

<sup>39</sup> Fuchs, Petra/ Hohendorf, Gerrit: Den Opfern ein Gesicht geben. In: Osten, Philipp (Hg.): Patientendokumente. Krankheit in Selbstzeugnissen. Stuttgart 2010, S. 237 ff.

<sup>40</sup> Westermann, Stefanie: „Ich hoffe [...], ich konnte Ihnen einen kleinen Einblick in unser Leben geben [...].“

Zur Verwendung von Ego-Dokumenten in der Medizingeschichte am Beispiel der Zwangssterilisierten des Nationalsozialismus. In: Ebd., S. 221 ff..

<sup>41</sup> Rotzoll, M. Ein Blick von Innen. Anstaltsgeschichtliche Aspekte in Krankenakten von Opfern der „Aktion T 4“. In: C. Wolters, C. Beyer, B. Lohff (Hg.): Abweichung und Normalität. Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit. Bielefeld 2013, S. 159-185.

geprägten Struktur folgte und weniger als direkte Quelle von Patientenerfahrungen dienen kann.<sup>42</sup>

Interaktionen der institutionellen Psychiatrie beschränkten sich nicht allein auf die Psychiatriepatienten. Vielmehr ermöglicht eine Patientenaktenanalyse, den Zusammenhang und die Bedeutung der Angehörigen im psychiatrischen Versorgungsalltag zu untersuchen. In diesem Zusammenhang kommt den Angehörigen, als Beteiligte des psychiatrischen Versorgungssystems, in der Forschung aktuell Bedeutung zu. Die Studie von Nicole Baur am Beispiel des Familieneinflusses und psychiatrischer Betreuung legt dar, dass Familie und Angehörige und die breite Öffentlichkeit einen erheblichen Einfluss auf eine Krankenhauseinweisung und Entlassung des Patienten ausübte und das therapeutische System Mitte des 20. Jahrhunderts ein Aushandlungsprozess zwischen Psychiatrie und Dritten war.<sup>43</sup>

Zur politischen Aufarbeitung der an schleswig-holsteinischen Psychiatriepatienten erfolgten NS-Verbrechen mit Deportationen in Zwischen- und Tötungsanstalten und der Rolle des daran beteiligten Personenkreises liefert die Studie von Uwe Danker anhand von Landtagsprotokollen u.a. Redebeiträgen und Verweisen auf die Vergangenheitsbewältigung in Schleswig-Holstein nach 1945 einen wichtigen Beitrag.<sup>44</sup> Eine 2016 erschienene Veröffentlichung zu Arzneimittelversuchen an psychiatrischen Heimkindern im LKH Schleswig-Holstein rückt psychiatrische Behandlung innerhalb der institutionellen Psychiatrie in Schleswig-Holstein für die 1950er-1970er Jahre aktuell in den Fokus. Erste Ergebnisse des Forschungsprojekts werfen einen neuen Blick auf den Einsatz von Medikamenten in der Kinderpsychiatrie und geben Hinweise darauf, dass Medikamentenstudien in einem größeren Ausmaß stattgefunden haben als bisher angenommen. Die Rolle der beteiligten Jugendpsychiater wird für den Untersuchungszeitraum neu zu bewerten sein.<sup>45</sup> Weitere aktuelle Studien zur Psychiatriegeschichte der Nachkriegszeit liegen

---

<sup>42</sup> Ledebur, Sophie: Zur Konstituierung der Grenze. Materialität und Medialität von Krankenakten in der Anstaltspsychiatrie. In: Ebd.: Das Wissen der Anstaltspsychiatrie in der Moderne. Zur Geschichte der Heil- und Pflegeanstalt Am Steinhof in Wien. Köln 2015, S. 143-174.

<sup>43</sup> Baur, Nicole: Family influence and psychiatric care: Physicla treatments in devon mental hospitals, since 1920 to the 1970s. Exeter 2013. Endeavour Vol. 37 No.3.

<http://dx.org/10.1016/j.endeavour.2013.06.005>

<sup>44</sup> Danker, Uwe: Der Landtag und die Vergangenheit. Das Thema „Vergangenheitsbewältigung“ im schleswig-holsteinischen Landtag 1947-1992. In: Demokratische Geschichte, 17 (2006).

<sup>45</sup> Wagner, Sylvia: Ein unterdrücktes und verdrängtes Kapitel der Heimgeschichte. Arzneimittelstudien an Heimkindern. In: Sozial. Geschichte online 19 (2016).

für Schleswig-Holstein nicht vor. Eine wissenschaftliche Aufarbeitung der Anstaltspsychiatrie erfolgte, mit Ausnahme von Beiträgen in Jubiläumsausgaben der Landeskrankenhäuser Schleswig und Neustadt und regionalen Heimatheften<sup>46</sup>, für die Zeit des Nationalsozialismus zumindest für die Lübecker Anstalt Strecknitz.<sup>47</sup> Dennoch ist den Vorarbeiten zum LKH Neustadt zu verdanken, dass sich ein umfassender Einblick zur Geschichte der institutionellen Psychiatrie in Neustadt daraus ableiten lässt. Es ist ein Anliegen dieser Studie, diese Lücke der psychiatrischen Entwicklung nach 1945 für das LKH Neustadt für die 1950er/ 1960er Jahre zu schließen.

---

<sup>46</sup> Für die beiden großen psychiatrischen Anstalten Schleswig-Holsteins, Schleswig-Stadtfeld und Neustadt, erfolgte die NS-Aufarbeitung als Zusammenfassung im Rahmen der Festschrift zum 100. Jubiläum und in den Abhandlungen von Dr. F. Struwe in den Jahrbüchern für Heimatkunde für Neustadt, für Schleswig erarbeitete Harald Jenner: „100 Jahre Krankenhaus Schleswig“. Neumünster 1990 und „Die Geschichte der psychiatrischen Klinik Schleswig-Stadtfeld“. Schleswig 1995. Für die Jugendpsychiatrie in Schleswig-Hesterberg fungierte das LASH als Herausgeber der Chronik. Landesarchiv Schleswig-Holstein (Hg.): Der Hesterberg. 125 Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie und Heilpädagogik in Schleswig. Schleswig 1997.

<sup>47</sup> Delius, Peter: Das Ende von Strecknitz. Die Lübecker Heilanstalt und ihre Auflösung 1941. Kiel 1988; Für die Anstalt Strecknitz stand Johannes Enge, der die HPA Lübeck-Strecknitz als Direktor von 1926-1942 leitete und 80 Patienten durch frühzeitige Entlassung 1941 vor der Verlegung in Zwischen- bzw. Tötungsanstalten rettete. Schepermann, Karin/ Dilling, Horst: Schicksale psychiatrischer Patienten der Lübecker Heilanstalt Strecknitz im Dritten Reich. Lübeck 2005; Darüber hinaus fanden zwei in Schleswig-Holstein tätige Psychiater der Nachkriegszeit Beachtung mit ihren Veröffentlichungen. Sie setzten sich einerseits früh mit der Rolle der Psychiatrie im NS auseinander und plädierten andererseits für Reformen der Psychiatrie. Das Buch „Selektion in der Heilanstalt“ von Gerhard Schmidt, ab 1947 Direktor der Psychiatrie am Krankenhaus Ost in Lübeck, entstand bereits nach Kriegsende 1945 und thematisierte den NS-Krankmord am Beispiel der Anstalt Egelfing-Haar. Das Manuskript sollte erst 20 Jahre später einen Verlag finden. Vgl. Schmidt, G.: Selektion in der Heilanstalt 1939-1945. Stuttgart 1965; 1957 sprach sich Manfred in der Beeck in „Praktische Psychiatrie“ für eine Reform der Anstalten hin zu gesellschaftlich anerkannten Krankenhäusern aus. Beeck arbeitete 1947-1949 im Krankenhaus Ost in Lübeck unter Gerhard Schmidt. Beeck kehrte nach Stationen in westfälischen Landesheilanstalten von 1959-1985 ins LKH Schleswig-Stadtfeld zurück. Beeck, M.i.d.: Praktische Psychiatrie. Berlin 1957.

## 2. Historischer Rückblick - von der Zuckerfabrik zum Landeskrankenhaus 1893-1945

### 2.1 Entwicklung der institutionellen Psychiatrie von 1893-1933

Die Landarmenverbände der preußischen Provinzen wurden per Gesetz im Juli 1891 verpflichtet, Anstalten für geistig Behinderte einzurichten.<sup>48</sup> Die wachsende Zahl der Patienten mit Geisteskrankheiten entwickelte sich in der Provinz Schleswig-Holstein gesundheitspolitisch zu einem Problem, da die bisher einzig große Anstalt dieser Art, die „Provinzial-Irrenanstalt“ in Schleswig-Stadtfeld, die benötigten Kapazitäten nicht mehr aufbringen konnte. Der Provinzialausschuss begegnete dieser Problematik mit dem günstigen Kauf eines vor Neustadt gelegenen Geländes von ca. 15 Hektar aus der Konkursmasse einer ehemaligen Zuckerfabrik. Deren Hauptgebäude wurde bereits 1892/93 für die Unterbringung von ca. 400 geistesschwachen Patienten umgebaut und am 1. Oktober 1893 als Neustädter „Provinzial-Pflegeanstalt“ eröffnet.<sup>49</sup> Erster ärztlicher Direktor der Neustädter Anstalt wurde Provinzial-Medizinalrat Dr. Theodor Kirchhoff.<sup>50</sup>

Die zunächst als Schleswiger Ausweichanstalt konzipierte Anstalt in Neustadt dehnte sich aufgrund des stetig steigenden Pflegebedarfs für Geisteskranke durch weitere Landkäufe auf der Halbinsel im Neustädter Binnenwasser bis 1915 auf eine Gesamtfläche von 119 Hektar aus<sup>51</sup> und steigerte durch Neubebauungen in den Jahren 1895/97, 1904/09 und 1912/15 die Kapazität auf 1.150-1.200 Patientenbetten. Ein anstaltseigener Friedhof wurde 1894 angelegt und 1911 durch eine Friedhofskapelle ergänzt. Die Entwicklung Neustadts zur zweiten großen Anstalt

---

<sup>48</sup> Das preußische Gesetz vom 11. Juli 1893 schuf in Abänderung eines Gesetzes aus dem Jahre 1871 mit dem §31 die Verpflichtung zur Anstaltsfürsorge für hilfsbedürftige Geisteskranke, Epileptiker, Idioten, Taubstumme und Blinde. Vgl. Koch, J.H.: Festschrift. Lokalhistorischer Teil. In: 100 Jahre Fachklinik Neustadt in Holstein 1893-1993. Hg.: Fachklinik für Psychiatrie, Neurologie und Rehabilitation. Neustadt in Holstein 1993, S. 24.

<sup>49</sup> Der Kostenaufwand incl. Kauf (100.000 Mark) und Umbau belief sich auf 650.000 Mark und lag deutlich unter den geschätzten Kosten einer Neuanlage an einem anderen Standort in Höhe von ca. 1,2 Mio. Mark. Im Haupthaus des ehemaligen Fabrikgebäudes wurden jeweils zwei Männerabteilungen im Südfügel und zwei Frauenabteilungen im Nordfügel auf zwei Etagen eingerichtet, im Mittelbau wurden Büroräume, Dienstzimmer des medizinischen Personals und Wohnungen untergebracht. Die für die „Arbeitstherapie“ in der Landwirtschaft benötigten Ställe für Kühe und Schweine wurden ebenso wie die Scheune 1893 neu errichtet. Koch (1993), S. 24 ff..

<sup>50</sup> Dr. Kirchhoff stand der Anstalt in den Jahren 1893-1902 als Ärztlicher Direktor vor und wechselte 1902 als Direktor an die Prov. Irrenanstalt nach Schleswig. Ebd., S.39; Sein Nachfolger im Amt des Direktors wurde von 1902-1919 der wiederum aus der Schleswiger Anstalt nach Neustadt wechselnde Sanitätsrat Dr. Dabelstein. Koch (1993), S.70.

<sup>51</sup> 86 Hektar/ha wurden landwirtschaftlich genutzt (davon 74 ha Ackerland, 12 ha Weiden); 33 ha standen für den Gartenbau zur Verfügung. Koch (1993), S. 29.

hinter Schleswig-Stadtfeld in der preußischen Provinz Schleswig-Holstein drückte sich 1905 in der Umbenennung zur „Provinzial-Irrenanstalt“ aus. Mit einer sich als eigenständiges Fach in der Medizin profilierenden Psychiatrie wurden zur bestehenden Pflegeanstalt zunehmend Abteilungen zur Behandlung heilbarer Geisteskrankheiten eröffnet. Diesen therapeutischen Veränderungen folgten die durch den Provinzial-Landtag verfügten weiteren Umbenennungen in „Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt“ 1914 und in „Landesheilanstalt“ 1928.<sup>52</sup>



Abb. 1: Die Landesheilanstalt Neustadt.<sup>53</sup>

Die Überbauung des ehemaligen Zuckerfabrikgeländes mit eigenem Bahnanschluss wurde im typischen Pavillonstil für Krankenanstalten Ende des 19. Jahrhunderts Anfang des 20. Jahrhunderts vorgenommen, deren einzelne Abteilungen funktional autark in einem parkähnlichen Gelände angelegt waren.

Es sei besonders erwähnt, daß weder um die Anstalt noch um die einzelnen Hausgärten Mauern gezogen wurden. Grüne Hecken und einfache Drahtzäune lassen überall den Blick in die schöne Umgebung offen. Nur bei dem „Festen Haus“ mußte bei dem Zweck des Hauses zur Sicherung eine Mauer geschaffen werden.<sup>54</sup>

---

<sup>52</sup> Die Umbenennung in eine Heilanstalt mag der therapeutischen Entwicklung in der Psychiatrie geschuldet gewesen sein. Nach wie vor gab es eine hohe Zahl von Pflegefällen in der Neustädter Anstalt. Vgl. Struwe F. E.: Kleine Geschichte der Neustädter Anstalt zwischen den Weltkriegen – Teil 1. In: Jahrbuch für Heimatkunde Oldenburg/ Ostholstein, Jg. 53, 2009-2010, S. 109-129, hier, S. 109, 122.

<sup>53</sup> Ohne Jahresangabe. Luftaufnahme als Postkarte der Landesheilanstalt Neustadt zwischen 1928 und 1941.

Dank an Ameos Neustadt.

<sup>54</sup> Veröffentlichung zur Landesheilanstalt Neustadt des Landeshauptmannes über die „Anstalten der schleswig-holsteinischen Provinzialverwaltungen“ 1930. Koch (1993), S. 47.

Bereits 1915 verfügte die Neustädter Anstalt über neun große sowie zwei kleine Häuser zur Behandlung geisteskranker Patienten und ein sogenanntes „Festes Haus“ zur Unterbringung von gemeingefährlichen Kranken. Eine Großküche (1912) und ein Waschhaus (1914) bildeten im Norden und Süden der Anlage zusammen mit dem technischen Betrieb den Abschluss der ringförmig angelegten Frauenhäuser auf der Ostseite<sup>55</sup> und den Männerhäusern auf der Westseite<sup>56</sup>. Auf der sogenannten „Achse“ dazwischen befanden sich Direktoren-, Ärzte- und Personalwohnungen, ein ärztlicher Konferenzsaal, das Verwaltungsgebäude, der Festsaal, die Werkstätten, die landwirtschaftlichen Gebäude und die Gärtnerei.<sup>57</sup> Neben dem traditionellen Konzept der Geschlechtertrennung erfolgte innerhalb der jeweiligen Patientenhäuser eine weitere Differenzierung in der Patientenunterbringung nach Krankheitsgruppe, Krankheitszustand und -verlauf in „zu beobachtende“, „ruhige“ und „unruhige“, „sicherheitsverwahrte“ und „gemeingefährliche“ Patienten, Epileptiker, Tbc-Kranke und Sieche.<sup>58</sup>

1899/1900	1915/16	1917/18	1920/21	1924/25	1927/28	1929/30	1931/32
690	1131	624	541	799	1118	1242	1409

Abb. 2: Patientenentwicklung der Neustädter Anstalt 1899-1932/ Stand 1.4.<sup>59</sup>

Politische und wirtschaftliche Umbrüche - der 1. Weltkrieg, die ersten Nachkriegsjahre und die Weltwirtschaftskrise 1929 - verschärften die Patientenversorgung in den Anstalten durch niedrige Pflegesätze, Mangelernährung, unzureichender Rohstoffzuteilung von Heizmaterialien und akutem Personalmangel drastisch. Hohe Sterberaten und rückläufige Neuaufnahmen konzentrierten den Patientenstamm zwischen 1917 und 1925 auf wenige Häuser, freie Raumkapazitäten wurden fremd belegt. Entgegen der gezielten Unterversorgung von Anstaltspatienten

<sup>55</sup> Stand 1928: Frauenaufnahmehaus (Haus K/ Beobachtung/ 1 Abt.), Frauenhaupthaus (ruhige Patientinnen/ 3 Abt.), „Blaues Haus“ (ruhige Patientinnen/Epileptikerinnen/ 4 Abt.), „Rotes Haus“ (unruhige Patientinnen/ Sicherheitsverwahrung/ 2 Abt.), sog. „Weißes Haus“ (Tbc-Kranke/ 1 Abt.) und die ehemalige „Kolonie“ (siehe Patientinnen/2 Abt.). Auf der Frauenseite waren es insgesamt 11 Abteilungen. Struwe (2009-2010), S. 123.

<sup>56</sup> Stand 1928: Männeraufnahmehaus (Haus I/ Beobachtung/ 1 Abt.), Männerhaupthaus (ruhige und sieche Patienten, Tbc-Kranke/ 4 Abt.), Kleines Männernebenhaus (ruhige Patienten/ 1 Abt.), großes Männernebenhaus ( unruhige Patienten/ 2 Abt.), Doppelhaus (ruhige Patienten, Epileptiker, Sicherheitsverwahrung/ 4 Abt.) sog. „Festes Haus“ (gemeingefährliche Geisteskranke/ 4 Abt.). Ebd., S. 123.

<sup>57</sup> Vgl. Clasen, Martin: Jubiläumsschrift 1918 zum 25. Bestehen der Neustädter Anstalt. In: Koch (1993), S. 39.

<sup>58</sup> Vgl. Schulze, Bernhard: Aus ärztlicher Sicht. In: Festschrift (1993) S. 77-107, hier S. 84 ff.; Koch (1993), S. 43; Struwe (2009-2010), S. 123;

<sup>59</sup> Vgl. Koch (1993) S. 28ff.; Struwe (2009-2010), S. 137.

im 2. Weltkrieg entsprach die Sterblichkeitsrate im 1. Weltkrieg in der HPA Neustadt (27,6%) annähernd der Sterblichkeitsrate von 31 % der Gesamtbevölkerung des Deutschen Reiches. Unter Berücksichtigung der in den 31% ebenfalls eingeschlossenen direkten Kriegsoffer drückt die Anstaltsquote allerdings die besondere Form der Vernachlässigung und Verwahrlosung der Anstaltskranken aus.<sup>60</sup> Trotz der folgeschweren Unterbrechungen wurde ein kontinuierlicher Auf- und Ausbau der Neustädter Anstalt über die Jahre dahingehend fortgesetzt, dass Verwaltung (1920/21), Poliklinik (1921 u. 1925), Kraftwerk, Fernheizung, Warmwasserzuleitung (1926/27) und der Bau von Personalwohnungen (1927/28) die Alltagssituation von Mitarbeitern, medizinischem Personal und Patienten verbesserte.<sup>61</sup>

Die traditionell starke Führungsposition des ärztlichen Direktors in der Anstaltshierarchie war mit weitreichenden Befugnissen in allen Patienten- und Personalangelegenheit<sup>62</sup> sowie einer Vielzahl von Verwaltungsabläufen im Anstaltsalltag verbunden. Seine Persönlichkeit, sein Führungsstil und seine Menschenführung prägten das Anstaltsleben nachhaltig.<sup>63</sup> Die Besetzung der Position des Anstaltsdirektors erfolgte in der Provinz Schleswig-Holstein im engen Zusammenwirken der beiden Anstalten Schleswig und Neustadt. Von den vier Neustädter Direktoren wechselten in der Zeit von 1893-1945 drei als Provinzial Medizinal- Direktoren nach Schleswig oder wurden von dort nach Neustadt berufen.<sup>64</sup> Neben dem Direktor versahen vier beamtete Oberärzte und vier

---

<sup>60</sup> 1917/18 lag die Sterberate in der HPA Neustadt aufgrund erhöhter Infektanfälligkeit, Unterernährung und Kälte bei 27,6%. Im Winter 1919/20 waren nur noch drei Häuser mit ca. 500 Patienten belegt. Die freien Häuser wurden 1915 durch die Verlegung der Neurologischen Abteilung des Reserve-Lazarets Lübeck III als „Militär-Nerven-Erholungsheim für Kriegsbeschädigte“ genutzt. Vgl. Struwe (2009-2010), S. 111f.; Vgl. Walter, B.: Psychiatrie in Westfalen 1918-1945. Soziale Fürsorge - Volksgesundheit - Totaler Krieg. In: Teppe, K. (Hg.): Selbstverwaltungsprinzip und Herrschaftsordnung. Bilanz und Perspektiven landschaftlicher Selbstversorgung in Westfalen, Münster 1987, S. 115-134, hier S. 115 f.

<sup>61</sup> Struwe (2009-2010), S. 119 ff.

<sup>62</sup> Verletzungen der Dienstpflicht konnte der Anstaltsdirektor beim angestellten Personal direkt mit Verweisen, Entlassungen oder Geldstrafen ahnden, während beim beamteten Personal die Provinzialverwaltung hinzugezogen werden musste. Vgl. Hanrath, Sabine: Zwischen „Euthanasie“ und Psychiatriereform. Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg: Ein deutsch-deutscher Vergleich (1945-1964). Paderborn 2002, S. 26.

<sup>63</sup> Patientenentlassungen, -verlegungen, Beurlaubungen, Patientenvergünstigungen lagen ebenso im Zuständigkeitsbereich des Direktors wie die Gutachtertätigkeit oder die privatärztliche Patientenbetreuung. Vgl. Kersting, Franz-Werner: Anstaltsärzte zwischen Kaiserreich und Bundesrepublik. Das Beispiel Westfalen, Paderborn 1996, S. 57ff.; Hanrath (2002), S. 24 ff..

<sup>64</sup> 1. Prov. Med. Direktor Dr. Theodor Kirchhoff (1853-1922) war der Gründungsdirektor in Neustadt vom 1.10.1893-31.7.1902. Kirchhoff wechselte als Direktor nach Schleswig. 2. Prov. Med. Direktor Dr. Paul Dabelstein (1863-1947) war vom 1.8.1902-30.9.1919 in Neustadt. Wechsel als Direktor nach

Assistenzärzte für mehrere Abteilungen jeweils eigenständig ihren Dienst. Die Anfang der 1920er Jahre im Frauenhupthaus eingerichtete Poliklinik ermöglichte auch drei niedergelassenen Ärzten aus Neustadt die Mitnutzung und wurde nach deren Erweiterung 1925 für Röntgenuntersuchungen, zur Strahlen- und Elektrotherapie und kleinere chirurgische Eingriffe genutzt. Neben dem positiven Effekt, den der Wirtschaftsstandort „Anstalt“ für Neustädter Geschäftsleute und Handwerker brachte, ergab sich mit der Nutzung der Poliklinik eine weitere, durchaus positiv besetzte Verbindung zwischen Stadt und Anstalt.<sup>65</sup>

## 2.2 Therapie und Forschung

Wissenschaftliches Arbeiten wurde in den zu Beginn der 1920er Jahre eingerichteten Laboratorien z.B. zur Syphilisdiagnostik oder der Fiebertherapie der Progressiven Paralyse ermöglicht sowie finanziell und personell durch die Anstaltsdirektion unterstützt. Publikationen in anerkannten Fachzeitschriften 1927-1929 standen ebenso für die wissenschaftliche Reputation der Neustädter Anstalt wie eine 1932 für Norddeutsche Psychiater und Neurologen ausgerichtete Tagung.<sup>66</sup> Die von dem Gütersloher Psychiater Dr. Hermann Simon Mitte der 1920er Jahre konzipierte „aktivere Krankenbehandlung“ bzw. Beschäftigungstherapie wurde in der Neustädter Anstalt umgesetzt und wissenschaftlich begleitet.<sup>67</sup> Darüber hinaus ermöglichte die schleswig-holsteinische Provinzialverwaltung ihren Ärzten mit einer jährlich an die

---

Schleswig. 3. Prov. Med. Direktor Dr. Matthias Hinrichs (1870-1935) kam als Arzt aus Schleswig, vom 1.10.1919-30.9.1928 Direktor in Neustadt. Wechsel als Direktor nach Schleswig. 4. Prov. Med. Direktor Dr. Otto Paul Walther (1877-1947), Arzt in Neustadt von 1907-1928, Direktor vom 1.10.1928-31.12.1945. Vgl. Koch (1993), S. 70; Struwe, (2009-2010), S. 127 ff..

<sup>65</sup> Vgl. Struwe (2011), S. 131 f.

<sup>66</sup> Es gab folgende Laboratorien: Serologisches Labor, Photolabor, Anatomisches Labor, das sich zu einem Hirnforschungslabor unter dem Oberarzt Dr. Metz entwickelte. Dr. Grabow und Dr. F. Struwe publizierten in Fachzeitschriften ihre Forschungsergebnisse. Vgl. Struwe (2011), S. 132 f.; Vier Tagungsberichte der Neustädter Anstaltsärzte wurden in Allg.Z.Psychiat.22, S. 486-495 publiziert. Struwe (2011), S. 153.

<sup>67</sup> Simon stellte die „aktivere Krankenbehandlung“ erstmals bei der Vereinigung deutscher Anstaltsdirektoren 1923 vor und veröffentlichte diese 1927. Die Neustädter Ärzte Hinrichs und Grabow publizierten ihre therapeutischen Erfahrungen. Hinrichs, T. u. Grabow, C.: Erfolge der Dauerschlafbehandlung und Arbeitstherapie in der Landesheil- und Pflegeanstalt Neustadt i. Holstein. Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift 1927, 29, S. 410-413; Hinrichs, T.: Freie Behandlung der Geisteskranken und ihre Erfolge. Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift 1928, 30, S. 251-253.

Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie in München geleisteten finanziellen Unterstützung eine mehrmonatige Hospitanz.<sup>68</sup>

Die medikamentöse Therapie beschränkte sich in den ersten Anstaltsjahren lediglich auf „beruhigende Arzneien“<sup>69</sup>, nahm aber mit den Fortschritten der pharmakologischen Forschung einen erwartungsvollen Verlauf.<sup>70</sup> Nachdem zunächst die Dauerschlaftherapie mit Somnifen nach Klaesi 1922 bei „schwersten Fällen von unsozialem und gehemmten Verhaltens mit fest eingeschliffenen Wahnvorstellungen“ eingeführt wurde<sup>71</sup>, entwickelte sich die Neustädter Anstalt 1925 in Absprache mit der Nervenlinik Kiel und der Anstalt Schleswig-Staffeld für die gesamte Provinz Schleswig-Holstein federführend in der bereits 1917 durch Wagner-Jauregg eingeführten Behandlung der „Progressiven Paralyse“ durch die Malaria-Fiebertherapie.<sup>72</sup> Trotz einiger erfolgsversprechenden Behandlungsergebnisse in der Behandlung der „Progressiven Paralyse“ wurde nach Alternativen zur Malaria-Fiebertherapie gesucht und die Therapiehoffnungen richteten sich 1927/28 zunächst auf das Rückfallfieber (Recurrens) und konzentrierten sich dann auf das japanische Rattenbissfieber (Sodoku).<sup>73</sup>

Arbeitstherapeutische Beschäftigung psychiatrischer Anstaltspatienten in Landwirtschaft, Handwerk oder Haushalten lässt sich bis in die Anfänge des 19.

---

<sup>68</sup> Die Forschungsergebnisse wurden in einer Reihe von Veröffentlichungen 1928/29 publiziert. Der Neustädter Arzt und spätere Direktor in Schleswig-Holstein, Dr. Grabow, konnte aufgrund der erworbenen Kenntnisse in Methodik und Tierversuchen das Serologische Labor ausbauen und die Rattenbisskrankheit in die Therapie der Progressiven Paralyse einführen. Struwe (2011), S. 133.

<sup>69</sup> Vor allem Schlafmittel (Chloralhydrat), ab 1903 Barbiturate (Veronal) und ab 1910 Salvarsan (1. Injizierbares Arsenpräparat zur mikrobakteriellen Behandlung), die Produktion von Phenobarbital (Luminal) auch für die Epilepsiebehandlung lief seit 1912. Vgl. Colom Gottwald, C.: Therapieveränderung in der Heil und Pflegeanstalt Sachsenberg Schwerin von 1925-1950. Rostock 2012, S. 32f.

<sup>70</sup> Die Markteinführung von Somnifen, Voluntal, Noctal und Prominal erfolgte in der Weimarer Republik. Vgl. Colom Gottwald (2012), S. 33.

<sup>71</sup> Vgl. Schulze (1993), S. 93; Panse, F.: Das psychiatrische Krankenhauswesen. Stuttgart 1964, S. 67 f.

<sup>72</sup> Wagner-Jauregg (1857-1940) entwickelte die Malaria-Fiebertherapie bei der Progressiven Paralyse (Erkrankung des Zentralnervensystems mit entzündlichen Veränderungen in der Großhirnrinde nach nicht oder unzureichend behandelter Syphilis), die unbehandelt zur Verblödung/Demenz und zum frühzeitigen Tod führte. Das künstlich erzeugte Fieber konnte mit Hilfe von Chinin gut kontrolliert werden und führte zu deutlich verbesserten Verläufen und etablierte sich rasch als neues Behandlungsverfahren der Syphilis. Wagner-Jauregg erhielt 1927 als bisher einziger Psychiater den Nobelpreis. 1925 wurden bereits 70 Paralytiker in Neustadt behandelt. Vgl. Struwe (2009-2010), S. 117, 128.

<sup>73</sup> Die zur Malaria-Therapie angedachte Alternative der Recurrens-Therapie mit der Abschlussbehandlung mit Neo-Salvarsan führte zu heftigen, schwer kontrollierbaren Fieberschüben mit Schüttelfrost und Gelenkschmerzen. Zusätzlich wurden Versuche mit dem Rattenbissfieber durchgeführt, das sich ab 1928/29 als alternative Fiebertherapie durchsetzte. Vgl. Struwe (2009-2010), S. 121.

Jahrhunderts zurückführen. Dabei diene Arbeit als Therapie sowohl der geistigen und körperlichen Ermüdung als auch der Ablenkung von der psychiatrischen Symptomatik. Neben dem ökonomischen Aspekt der von den Patienten erbrachten Arbeitsleistung für die Anstalten stand die Rehabilitation der Kranken als „bürgerliche Subjekte“<sup>74</sup> im Vordergrund der Therapie, denn „sie gab dem Alltag Struktur und fungierte darüber hinaus als ein Mittel der Vergemeinschaftung“<sup>75</sup>. Mit den therapeutischen Maßnahmen vornehmlich der „Bettbehandlung“<sup>76</sup> und dem „Dauerbad“<sup>77</sup> trat die Arbeitstherapie Anfang des 20. Jahrhunderts zunehmend in den Hintergrund. Die Steigerung der Bettenkapazitäten, die Überfüllung der Anstalten und der Personalmangel führten zu einer verstärkten Ruhigstellung der Patienten mit Fixierungen.<sup>78</sup> Eine antipsychiatrische Bewegung formierte sich, kritisierte Internierungspraxis, Einweisungsdiagnosen und Entmündigungsverfahren und forderten eine überprüfbare Einweisungsbefugnis in einem reichsweit gültigen „Irrengesetz“.<sup>79</sup> Während die Arbeitstherapie im 1. Weltkrieg zunächst bei traumatisierten Soldaten mit einer symptomorientierten Behandlung zur Remission ihrer Kriegstauglichkeit führen sollte und nach Siemen die Psychiatrie „aus dem Schatten der Verwahrspsychiatrie“<sup>80</sup> trat, geriet die deutsche Anstaltspsychiatrie mit zunehmenden Patientenzahlen und steigenden Kosten bei gleichzeitig desolater Wirtschaftslage zur Frage ihrer Legitimation massiv in die Kritik.<sup>81</sup> Die Reaktivierung des arbeitstherapeutischen Konzepts folgte dem Anspruch der Weimarer Republik einer modernen Industriegesellschaft, die Arbeitsfähigkeit und Leistungsbereitschaft

---

<sup>74</sup> Ankele, Monika/ Brinkschulte, Eva: Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag. Arbeit in der Psychiatrie vom frühen 19. Jahrhundert bis in die NS-Zeit. Stuttgart 2015, S. 10.

<sup>75</sup> Ankele/ Brinkschulte (2015), S. 10; Weiterführende Literatur: Tönnies, Ferdinand: Gemeinschaft und Gesellschaft. Grundbegriffe der reinen Soziologie. Berlin 1926; Ulfing, Alexander (Hg.): Max Weber: Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie. Frankfurt 2005.

<sup>76</sup> Erstmals 1850 von Ludwig Meyer zur Behandlung akuter Psychosen empfohlen. Körperliche Ruhe sollte zur geistigen Beruhigung führen. Hinzu kamen ordnungsorganisatorische Aspekte. Vgl. Schott, H./ Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie – Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. München 2006.

<sup>77</sup> Als eines der wenigen Badeanwendungen behielt das Dauerbad seine hydrotherapeutische Bedeutung bis ins 20. Jahrhundert zur Beruhigung erregter Patienten. Besonders unruhige und erregte Patienten verblieben über Stunden und Tage in Warmwasserbädern. Hohe Personal- und Energiekosten gingen mit dieser Behandlung einher. Vgl. Rohnert-Koch, Friedgard: Hydrotherapie in der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts. Gießen 2009, S. 131 ff.

<sup>78</sup> Vgl. Schott, H./ Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie (2006), S. 251 ff.

<sup>79</sup> Vgl. Schmiedebach, H.-P.: Eine „antipsychiatrische Bewegung“ um die Jahrhundertwende. In: Dinges, M. (Hg.): Medizinkritische Bewegung im Deutschen Reich, Stuttgart 1996, S. 127-160.

<sup>80</sup> Siemen, H.-L.: Menschen blieben auf der Strecke... Psychiatrie zwischen Reform und Nationalsozialismus. Gütersloh 1987, S. 27.

<sup>81</sup> Vgl. Siemen (1987), S. 23-52.; Schmuhl, H.-W.: Reformpsychiatrie und Massenmord. In: Prinz, M./ Zitelmann, R. (Hg.): Nationalsozialismus und Modernisierung. Darmstadt 1991, S. 239-266.

zur Maxime erhob.<sup>82</sup> Die „Offene Fürsorge“<sup>83</sup>, ein ambulant-psychiatrisches Betreuungssystem des Erlanger Psychiaters Gustav Kolb oder die „Aktivere Krankenbehandlung“ des Gütersloher Psychiaters Hermann Simon versuchten Mitte der 1920er Jahre diesem Anspruch mit reformpsychiatrischen Konzepten zu begegnen. Simon entwickelte, trotz seiner Überzeugung der hirnorganisch bedingten Geisteskrankheiten, aus der bestehenden Arbeitstherapie heraus das Konzept einer symptomatischen Psychotherapie durch eine aktive Krankenbehandlung, die der Förderung der gesunden Persönlichkeitsmerkmale der psychisch Kranken dienen sollte. Beschäftigung als Teil der Erziehungsarbeit, ohne Zwangs- und Strafmaßnahmen mit einem Belohnungssystem bei guter Arbeitsleistung.<sup>84</sup> Das Zusammenwirken beider Konzepte vermochte sowohl den Anstaltsalltag als auch die gesellschaftliche Integration für die Patienten außerhalb der Anstalt gefördert haben, zumindest entsprachen sie dem 1924 verabschiedeten Erlass der „Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht“<sup>85</sup>, der die Forderungen nach Wiedereingliederung psychisch Kranker in den Arbeitsprozess stützte und Fürsorgeleistung und Arbeitsfähigkeit miteinander verband.<sup>86</sup>

---

<sup>82</sup> Vgl. Walter, Bernd: Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne. Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Westfalen zwischen Kaiserreich und NS-Regime. Paderborn 1996, S. 191-212; Ebd.: Fürsorgepflicht und Heilungsanspruch: Die Überforderung der Anstalt? (1870-1930). In: Kersting, Franz-Werner/ Teppe, Karl/ Walter, Bernd (Hg.): Nach Hadamar. Zum Verhältnis der Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert. Paderborn 1993, S. 66-97.

<sup>83</sup> Das von dem Erlanger Psychiater Gustav Kolb (1870-1938) bereits 1919 vertretende Konzept der „offenen Fürsorge“ sah ein psychosoziales Betreuungs- und Wiedereingliederungssystem durch Anstaltsärzte und Fürsorgerinnen in der Außenfürsorge vor, die mit Hausbesuchen und Sprechstunden der jeweiligen zur Anstalt zuständigen Gesundheitsämter angeboten werden sollten. Vgl. Ley, A.: Psychiatriekritik durch Psychiater. Sozialreformerische und professionspolitische Ziele des Erlanger Anstaltsdirektors Gustav Kolb. In: Fangerau, H./ Nolte, K. (Hg.): Moderne Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert: Legitimation und Kritik. Göttingen 2004, S. 195-220, hier S. 195 ff.

<sup>84</sup> Die „Aktivere Krankenbehandlung“ wurde vom Gütersloher Psychiater Hermann Simon (1867-1947) aus der bis dahin in Land- und Hauswirtschaft und Werkstätten üblichen Mitarbeit psychisch kranker Anstaltspatienten in einem Fünf-Stufen-Modell zur therapeutischen Beschäftigung systematisiert, 1927 als theoretisches Konzept publiziert und ab 1927 reichsweit rezipiert, sah das Modell die stufenweise Beschäftigung physisch gesunder Anstaltsinsassen je nach Aufmerksamkeit, Regsamkeit und Intelligenz vor. Dabei wurde bewusst auf geschlechter- und standesspezifische Differenzierung geachtet. Vgl. Simon, H.: Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. Berlin 1929, S. 115 ff.; Hanrath (2002), S. 29 ff.; Grütter, A.: Hermann Simon. Die Entwicklung der Arbeits- und Beschäftigungstherapie in der Anstaltspsychiatrie. Eine biographische Betrachtung. Murken-Altrogge, Herzogenrath 1995; Walter, B.: Hermann Simon – Psychiatriereformer, Sozialdarwinist, Nationalist? In: Der Nervenarzt. Bd. 73, Nr. 11, 2002, S. 1047-1054, hier S. 1047 ff.; Kersting, F.-W./ Schmuhl, H.-W.: Quellen zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie. Bd. 2 1914-1955. Paderborn 2004, S. 272-279.

<sup>85</sup> Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht vom 13.2.1924. Vgl. Ankele/ Brinkschulte (2015), S. 12.

<sup>86</sup> Vgl. Rothmaler, Christiane/ Glensk, Evelyn (Hg.): Kehrseiten der Wohlfahrt. Die Hamburger Fürsorge auf ihrem Weg von der Weimarer Republik in den Nationalsozialismus. Hamburg 1993; Walter, Bernd: Fürsorgepflicht und Heilungsanspruch: Die Überforderung der Anstalt? 1870-1930. In: Kersting, F.-W. u.a.(Hg.): Nach Hadamar. Zum Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert. Paderborn 1993, S. 66-97, hier S. 88 f.

Für das Konzept der offenen Fürsorge wurde die Voraussetzung für eine Frühentlassung aus der Neustädter Anstalt mit einer nachgehenden Fürsorge durch die zuständigen Wohlfahrtsämter der Neustädter Aufnahmebezirke<sup>87</sup> und deren sozialfürsorgerischer Beratung unter ärztlicher Leitung eingerichtet und 1930 in einer Abhandlung „Die gestaffelte Fürsorge für Nervöse und seelisch Abnorme“ vom Landeshauptmann für die Provinz Schleswig-Holstein herausgegeben.<sup>88</sup> Im Berichtsjahr 1930/31 steigerte sich die Zahl der entlassenden Anstaltspatienten, die in der Außenfürsorge betreut wurden auf nahezu 400 Patienten, wodurch sich die Wiederaufnahme ehemaliger Patienten rückläufig entwickelt hat.<sup>89</sup> Die Umsetzung des Konzepts Simons für die Beschäftigungstherapie wurde in praktischer wie auch wissenschaftlicher Weise in Neustadt durchgeführt. Neben der traditionellen Arbeit in der Landwirtschaft wurden diverse Gewerke von handwerklich geschultem Pflegepersonal geleitet, für besondere Fertigkeiten wurden Handwerksmeister von außerhalb herangezogen. In Arbeitstrupps und Einzelarbeiten wurden Patienten in der Landwirtschaft, Gärtnerei, Friedhofswesen, Wäscherei, Großküche, Nähstube und Stationsarbeit - dem Stufenmodell Simons entsprechend – zur Beschäftigung und Unterstützung der Anstaltsversorgung eingesetzt. Über die Auswahl der Beschäftigung und den Einsatz entschieden die Ärzte, Wünschen der Patienten auf Beschäftigungswechsel wurde gemäß Integration und Verhalten entsprochen.<sup>90</sup>

Als weitere therapeutische Option entwickelte sich die außerklinische Fürsorge der psychiatrischen Familienpflege für Langzeitpatienten der Neustädter Anstalt zwischen ihrer Einführung 1903 bis zur Machtergreifung der Nationalsozialisten 1933 kontinuierlich. In der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde mit zunehmender Professionalisierung der Psychiatrie in Deutschland zunächst die Asylierung psychisch Kranker gegenüber einem in Belgien<sup>91</sup> angewandten Reformmodell der

---

<sup>87</sup> Zu den Aufnahmebezirken der Neustädter Anstalt gehörten 1930 die Kreise Oldenburg, Plön, Segeberg, Stormarn, Pinneberg, Herzogtum Lauenburg und die Städte Altona und Wandsbek. Vgl. Koch (1993), S. 47.

<sup>88</sup> Ein Schaubild von 1930 macht den Vergleich der Anstaltsfürsorge „früher und „jetzt“ und benennt das Fünf-Stufen-Modell: 1. die Anstalt, 2. die Kolonie bzw. Bewahranstalt, 3. die ärztlich beaufsichtigte Familienpflege, 4. die offene Fürsorge als nachgehende Fürsorge mit Sprechstunden u. Beratung, 5. die psychische Hygiene als „Aufklärungs=Arbeit im Publikum“. Vgl. Jenner, H. Die Geschichte einer psychiatrischen Klinik Schleswig-Stadtfeld, Schleswig 1995, S. 89.

<sup>89</sup> In der Außenfürsorge wurden 193 Männer und 209 Frauen betreut. Struwe (2011), S. 137.

<sup>90</sup> Vgl. Struwe (2009-2010), S. 124f.; Koch (1993), S. 45ff.

<sup>91</sup> Als historisches Vorbild für psychiatrische Familienpflege dient die „Siedlung Gheel“, eine flämische Kleinstadt, deren Ruf als Pilgerort bis ins Mittelalter zurückreicht. Auf Heilung wartende Pilger kamen gegen ein Kostgeld bei Familien unter und arbeiteten dort in der Haus- und Landwirtschaft mit. Zunächst unter konfessioneller Regie wurde ab Mitte des 19. Jahrhunderts die medizinische

Familienpflege kontrovers diskutiert<sup>92</sup>, denn der drastische Anstieg der Patientenzahlen in den Heil- und Pflegeanstalten machte Alternativen zur geschlossenen Fürsorge dringend notwendig. In Deutschland etablierte sich das Konzept der Familienpflege als älteste außerklinische Versorgungsform u.a. durch Ferdinand Wahrendorff<sup>93</sup>, der 1880 mit deren Aufbau begann. Als Ergänzung zur Anstaltsunterbringung wurden Langzeitpatienten erfolgreich im Familienverbund mit dem Lebensalltag Gesunder konfrontiert, der so im Anstaltsalltag nicht vermittelbar war. In Schleswig-Holstein wurde erstmals 1892 in der Lübecker Anstalt Strecknitz die krankenhauszentrierte Familienfürsorge eingeführt. Ohne den Begleitaspekt der Hospitalisierung erzielte die Familienpflege schnelle Heilerfolge, die sich darüber hinaus für die Anstalten als kostengünstige Unterbringungsform anbot. Die Entlastung der Anstalt bei Überbelegung einerseits und die zur Anstaltsunterbringung kostengünstigere Versorgung in den Pflegefamilien andererseits dürften neben dem therapeutischen Aspekt durchaus eine übergeordnete Rolle gespielt haben. Die Einführung der Familienpflege mit zunächst vier Patienten aus Neustadt lässt sich auf einen Beschluss des Provinzialausschusses 1903 zurückführen.<sup>94</sup> Bereits Ende 1903 erfolgte eine Steigerung auf 22 und 1915 auf 100 Familienpflegestellen.<sup>95</sup> Während der Weimarer Republik sank der Anteil der Pflegestellen und die Familienpflege entlastete die überfüllten Häuser der Neustädter Anstalt 1928/29 lediglich mit 66 Familienpfleglingen bei 1.150 Patienten.<sup>96</sup> Im Folgejahr 1929/30 verdoppelte sich der Anteil bereits wieder auf bis zu 150 Familienpflegestellen bei 1.242 Patienten. Insgesamt waren ca. 7% der anstaltspflichtigen Psychiatriekranken 1932 in ca. 5.000 Familienpflegestellen in Deutschland untergebracht.<sup>97</sup> Bereits

---

Betreuung eingeführt. Das Modell hielt sich über alle gesellschaftspolitischen Wandlungsprozesse in Belgien und Frankreich ab dem 19. Jahrhundert bis in die Gegenwart. Vgl. Müller, T.: „Zu Debatte und Institutionalisierung der psychiatrischen Familienpflege im 19. Jahrhundert. Ein Vergleich der Therapieoptionen Deutschlands und Frankreichs“. DFG Forschungsprojekt MU 1804/ 1-2. Vortragsmanuskript, VSP Tagung Tübingen 24.-26.9.2008. [http://www.vsp-net.de/html/download/bwf-doku/Vortrag\\_Mueller.pdf](http://www.vsp-net.de/html/download/bwf-doku/Vortrag_Mueller.pdf).

<sup>92</sup> Vgl. Hecht, C.: Psychiatrische Familienpflege. Neues Konzept oder Auslaufmodell? Kiel 2006, S. 17-30. [http://www.bwf-info.de/bwf\\_e4/literatur/DA\\_08\\_Hecht\\_Kiel.pdf](http://www.bwf-info.de/bwf_e4/literatur/DA_08_Hecht_Kiel.pdf). 22.1.2016.

<sup>93</sup> Wahrendorff praktizierte das Konzept der Familienpflege in Ilten bei Hannover und galt zusammen mit Konrad Alt, Uchtspringe bei Magdeburg, zu den Pionieren der psychiatrischen Familienpflege in Deutschland. Vgl. Müller, VSP 2008.

<sup>94</sup> Zur historischen Entwicklung der psychiatrischen Familienpflege von 1850-1945 in 5 Phasen. Schmidt-Michel, P-O: Geschichte der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland, S. 41-76, hier S. 73. In: Konrad, M./ Schmidt-Michel, P-O (Hg.): Die zweite Familie. Psychiatrische Familienpflege – Geschichte, Praxis, Forschung. Bonn 1993.

<sup>95</sup> Vgl. Festschrift (1993), S. 90f.

<sup>96</sup> Das Geschlechterverhältnis von 30 Männern und 36 Frauen war zum 1.4. des Rechnungsjahres nahezu ausgeglichen. Vgl. Struwe (2009-2010), S. 125.

<sup>97</sup> Vgl. [http://www.bwf-info.de/bwf\\_e4/literatur/DA\\_08\\_Hecht\\_Kiel.pdf](http://www.bwf-info.de/bwf_e4/literatur/DA_08_Hecht_Kiel.pdf). 22.1.2016.

Anfang der 1930er Jahre warnten Anstaltspsychiater vor der Gefahr, dass „unter dem Einfluß radikal-kollektivistischer Strömungen aus einer falsch verstandenen Finanzpolitik heraus die segensreiche Einrichtung der Familienpflege zerschlagen werden könnte“.<sup>98</sup> Obwohl die Fluktuation der Patienten zwischen Pflegestelle und Anstalt lebhaft war, blieben die Anstalten bemüht, die zur Verfügung stehenden Familienplätze zur Entlastung des Anstaltsalltags stets erneut zu besetzen.<sup>99</sup> Mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten erfolgte die sukzessive Auflösung der Familienpflege zunächst durch ein Spardiktat, das u.a. das Versorgungsentgelt der Pflegefamilien kürzte und nicht zuletzt aufgrund der rassehygienischen NS-Propaganda gegen Psychiatriekranke.<sup>100</sup>

Die Fortschritte im pharmakologischen und therapeutischen Sektor und die Reform einer offenen Psychiatrie während der Weimarer Republik standen Ende der 1920er Jahre konträr zu den eingeschränkten ökonomischen Ressourcen und sinkenden Pflegesätzen.

In einer Zeit, in der die Lebenshaltung breiter Kreise der Bevölkerung, insbesondere des Mittelstandes und der Sozialrentner, stark abgesunken ist, den Erwerbslosen und ihren Familien kaum der notwendigste Lebensunterhalt gewährt werden kann, müssen sich auch die Anstaltsinsassen Einschränkungen gefallen lassen.<sup>101</sup>

Der ökonomische Aspekt der Geisteskrankenbehandlung - mit drastischen Kosteneinsparungen die Sozialkassen der Kommunen zu entlasten - trat in den Vordergrund und wurde als ethisches Problem thematisiert. Medizinischer Fortschritt einerseits und die Steigerung der Fürsorgeleistungen andererseits entfachten in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts heftige Diskussionen um Chancen und Lösungen therapierbarer bzw. nicht therapierbarer Geisteskrankheiten<sup>102</sup> und deren Auswirkungen auf die Volkswirtschaft. Vor diesem Hintergrund lag der Fokus der

---

<sup>98</sup> Schulz (1993), S. 91.

<sup>99</sup> Vgl. Struwe (2009-2010), S. 125; Struwe (2011), S. 147; Hanrath (2002), S. 113f.

<sup>100</sup> Vgl. Schmidt-Michel (1993), S. 73.

<sup>101</sup> Landeshauptmann Pahlke 1931. Struwe (2011), S. 137.

<sup>102</sup> Bereits 1920 wurden u.a. von Binding und Hoche sozialdarwinistische Ausführungen in „Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form“ publiziert oder die Forderungen zur Sterilisation von krankhaft Veranlagten durch die „Gesellschaft für Rassenhygiene“ unterstützt. Karl Lorenz Binding (1841-1920) als Strafrechtler und Alfred Erich Hoche (1865-1943) als Mediziner lieferten zunächst ein Konzept zur Sterbehilfe einwilligungsfähiger Kranker aus rechtlicher und medizinischer Sicht, weiteten dies aber auf nicht einwilligungsfähige Kranke und psychiatrische Patienten aus. Vgl. Binding, K./ Hoche, A.: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Berlin 2006, S. 86 ff. ; Die „Gesellschaft für Rassenhygiene“ wurde 1905 in Berlin gegründet und forderte bereits 1913 die Sterilisation psychisch Kranker und Behinderter, um Folgekosten des Staates zur Versorgung der „Minderwertigen“ zu vermeiden. Vgl. Weindling, P: Health, race, and German politics between national unification and Nazism 1870-1945. Cambridge 1989, S. 145; Colom Gottwald (2012), S. 39.

Fachwelt auf einem naturwissenschaftlichen Erklärungsmuster mit der sog. „Degenerationstheorie“<sup>103</sup>, die sich neben sozialdarwinistischen und eugenischen Theoremen auf psychisch Kranke, Behinderte, sozial und moralisch Verhaltensauffällige konzentrierte und in medizinisch-psychiatrischen Fachkreisen unter dem Begriff „Rassenhygiene“<sup>104</sup> rezipiert wurde.<sup>105</sup>

### 2.3 Entwicklung der Geisteskrankenpflege

Mit steigenden Patientenzahlen, der Behandelbarkeit von Geisteskrankheiten und neuen Therapieformen wurde die Notwendigkeit von geschultem Personal auch in den Heil- und Pflegeanstalten deutlich. Während bereits 1906 die „Staatliche Prüfung für Krankenpflegepersonen“ eingeführt wurde, blieb die sogenannte „Irrenpflege“ von gesetzlichen Ausbildungsordnungen ausgenommen.<sup>106</sup> Vor dem Hintergrund der wenigen Ausbildungslehrgänge für männliche Irrenpfleger im Land, verschärfte sich der Pflegenotstand durch Einzug des männlichen Personals zum Kriegsdienst 1914. Das Charakteristikum der Geschlechtertrennung, das auch den Arbeitsalltag des Pflegepersonals kennzeichnete, konnte nicht mehr aufrechterhalten werden. Das

---

<sup>103</sup> Die Degenerationstheorie betrachtete psychische Störungen als erblich bedingt und generationsübergreifendes Problem. Auch hier wurde zeittypisch einer sozial-ökonomische Problemstellung mit einem biologisch begründeten Erklärungsmuster begegnet. Vgl. Brückner, B.: Basiswissen: Geschichte der Psychiatrie. Bonn 2010, S. 104 f.

<sup>104</sup> Der Begriff „Rassenhygiene“ wurde 1895 von dem deutschen Mediziner Alfred Ploetz (1860-1940) als deutsches Synonym für Eugenik geprägt. Ploetz verstand darunter die Gesunderhaltung der Rasse und Vervollkommnung ihrer Anlagen, sprach auch von „Auslese“ und „Selektion“ des Minderwertigen, sollte aber nicht mit den lebensvernichtenden Maßnahmen der NS-Euthanasie gleichgesetzt werden. Vgl. Heesch, E.: Nationalsozialistische Zwangssterilisationen psychiatrischer Patienten in Schleswig-Holstein. In: Jahrbuch „Demokratische Geschichte“ Bd. 9 1995, S. 55-102, hier S. 58.

<sup>105</sup> Für die Psychiatrie war mit der humangenetischen und rassebiologischen Diskussion um psychiatrische Krankheiten die Möglichkeit gegeben, sich als eigenständige Disziplin innerhalb der Medizin zu etablieren. Bereits um die Jahrhundertwende wurde Eugenik vor dem Hintergrund des Sozialdarwinismus international und völlig unabhängig von politischen Systemen diskutiert und zunehmend wissenschaftlich rezipiert. Mit der Verwissenschaftlichung erzielte die Rassenhygiene in der Weimarer Republik eine breite gesellschaftliche Akzeptanz, die von konfessioneller Seite, Parteien und Teilen der Frauenbewegung unterstützt wurden. Vgl. Schmuhl, H.-W.: Eugenik und Rassenanthropologie. In: Jütte, R./Eckart, W./ Schmuhl, H.-W./ Süß, W.: Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung. Göttingen 2011, S. 24-38, hier S. 26 ff.; Hässler, F./ Hässler, G.: Geistig Behinderte im Spiegel der Zeit – Vom Narrenhäusl zur Gemeindepsychiatrie. Stuttgart 2006, S. 64; Schott, H./ Tölle, R. (2006), S. 109ff; Aly, Die Belasteten. (2013), S. 21 f.

<sup>106</sup> Vgl. Engelbracht, G. u. Tischer, A.: Das St. Jürgen Asyl in Bremen. Leben und Arbeiten in einer Irrenanstalt 1904-1934, Bremen 1990.

meist aus einfachen Dienstleistungsberufen stammende weibliche Pflegepersonal musste nun die Männerstationen mitbetreuen.

Die Klagen über das Pflegepersonal sind leider nur zu berechtigt, besonders auf der Frauenseite, wo außerdem die Wärterinnenstellen nur selten voll besetzt sind. Bei der Besichtigung waren z.B. 15 Stellen von im ganzen 67 unbesetzt. Eine Besserung wird nur von der Einführung von Schwesternschaften zu erhoffen sein.<sup>107</sup>

1922 erhielten die Provinzial-Anstalten Schleswig und Neustadt die Zulassung für die staatliche Prüfung von Krankenpflegern/innen und es wurde auf Betreiben der Anstaltsdirektoren aus Schleswig und Neustadt eine Provinzial-Schwesternschaft gegründet, deren Mutterhaus zunächst in Schleswig angesiedelt war, jedoch 1924 nach Neustadt übersiedelte und 1929 bereits 100 Schwestern umfasste. Die Anerkennung einer selbstständigen Krankenpflegeschule wurde Neustadt damit nicht gewährt. Voraussetzung für die Prüfungszulassung war der einjährige Besuch einer staatlichen Krankenpflegeschule (Flensburg, Kiel, Hamburg, Hannover) und eine einjährige praktische und theoretische Ausbildung in den betreffenden Anstalten.<sup>108</sup> Das Ausbildungskonzept entwickelte sich dahingehend, dass das Pflegepersonal 1928 mit 72% die größte Mitarbeitergruppe des Anstaltspersonals stellte, die 247 Mitarbeiter umfasste.<sup>109</sup> Die Machtübernahme der Nationalsozialisten hatte direkte Auswirkungen auf den LKH-Alltag. Pfleger, die bereits einer Parteiorganisation angehörten und die in einer anstaltseigenen SA-Sanitätsstaffel zusammengefasst waren, wurden zu Schulungen, Übungen und Musterungen regelmäßig herangezogen.<sup>110</sup> Für das weibliche Pflegepersonal, das im Vergleich zu den

---

<sup>107</sup> 25.1.1921. Stellungnahme der Neustädter Direktion an den Landeshauptmann. Durch den häufigen Wechsel besonders der weiblichen Wärterinnen und den Schwierigkeiten mit geeignetem Ersatzpersonal, wurden die vor 1920 abgehaltenen ärztlichen Unterrichtskurse in Kranken- und Irrenpflege wieder aufgegeben. 1920 bestand das weibliche Personal aus 2 Oberinnen, 5 Oberinnengehilfinnen und 52 Wärterinnen, während das männliche Pflegepersonal 3 Oberaufseher, 16 Stationswärter und 29 Pfleger aufwies. Koch (1993), S. 46.

<sup>108</sup> Vgl. Scharpenach, Karin: 70 Jahre Krankenpflegeschule. In: Festschrift (1993), S. 143-147, hier S. 143; Struwe (2009-2010), S. 116.

<sup>109</sup> Die hierarchische Struktur unterteilte das Pflegepersonal in Oberpfleger bzw. Oberschwestern, Fachpfleger bzw. Schwestern, Wärter/innen sowie Lernpfleger und -schwwestern. Aufgrund der unterschiedlichen Anforderungen in Pflege und Behandlung in den einzelnen Patientenhäusern wurde der Pflegeschlüssel jeweils entsprechend bemessen und lag 1928 bei 1:2,25 im „Festen Haus“, 1:4,6 auf den geschlossenen Abteilungen, 1:7,25 auf den halboffenen und 1:6,25 auf den offenen Stationen. 1928 arbeiteten jeweils drei Oberschwwestern bzw. Oberpfleger, 34 Schwestern, 60 Fachpfleger, 83 Wärterinnen, 49 Wärter und 15 Schwesternschülerinnen in der Neustädter Anstalt. 29 Krankenpflegeprüfungen (13 Pfleger/ 26 Schwestern) waren 1928/29 erfolgreich. Struwe (2009-2010), S. 120ff.

<sup>110</sup> Trotz abgelegter Krankenpflegeprüfung mussten 28 Anstaltspfleger einen SA-Sanitätsschein ablegen. Dieser war Grundlage für den Einsatz z.B. bei Reichsparteitagen. Ob die anderen Pfleger/ Wärter ebenfalls an weiteren Übungen teilnehmen mussten, geht aus der Literatur zur Neustädter Anstalt nicht hervor. Vgl. Struwe (2011), S.141.

männlichen Kollegen weniger in Parteiorganisationen vertreten war<sup>111</sup>, wurde die Gleichschaltung durch den 1936 agierenden „Fachausschuss für Schwesternwesen“ auf der inhaltlichen Ebene der Krankenpflege vor allem in Konkurrenz zu den konfessionellen Schwesternverbänden vorgenommen. Das medizinische Personal wurde durch die verpflichtende Teilnahme an Parteiveranstaltungen, Wehrübungen und NSDAP-Lehrgängen der überfüllten Anstalt entzogen, ab 1938 wurden zudem freie Pflegerstellen nicht wieder besetzt.<sup>112</sup>

In der Sitzung der Direktorenkonferenz der Landesheilanstalten in Schleswig-Stadtfeld am 11. November 1936 ist in eindringlichen Ausführungen zum Ausdruck gekommen, das unter allen Umständen danach hingestrebt werden müsse, [...] und nach und nach das Zahlenverhältnis des Pflegepersonals zu den Kranken zunächst auf 1:7 und weiterhin auf 1:10 zu bringen. [...] Dieses Ziel lässt sich d.E. nicht nur durch stärkere Belegung der Anstalten mit Kranken ohne Personaleinstellungen sondern auch durch entsprechende Einsparung von unbesetzten Pflegerstellen ermöglichen.<sup>113</sup>

## **2.4 Die Neustädter Anstalt im Nationalsozialismus 1933-1941**

### **Stigmatisierung und Zwangssterilisation**

Bereits Mitte der 1920er Jahre war in Deutschland ein von der psychiatrischen Fachwelt auch international anerkanntes, gesundheitspolitisches Deutungsfundament zur Therapierbarkeit von Geisteskranken geschaffen worden, dass der rasseideologisch begründeten Gesundheitspolitik der Nationalsozialisten 1933 die Grundlage bot, ihr Konzept von der „Reinheit der Rasse“ und der „Deutschen Volksgesundheit“ weiterzuentwickeln und psychisch Kranke, Behinderte, soziale und moralische Nonkonformisten unter dem Stigma der sogenannten „Ballastexistenz der Volksgemeinschaft“ auszugrenzen, zu sterilisieren und zu vernichten. Die

---

<sup>111</sup> In der PHA Gütersloh lag z.B. der politische Organisationsgrad des Pflegepersonals bei 30%, was am hohen Frauenanteil in dieser Berufssparte lag. Vgl. Hanrath (2002), S. 84; Zum geringeren parteipolitischen Organisationsgrad von Frauen im NS. Frevert, U.: Frauen auf dem Weg zur Gleichberechtigung – Hindernisse, Umleitungen, Einbahnstraßen. In: Broszat, M. (Hg.): Zäsuren nach 1945. Essays zur Periodisierung der deutschen Nachkriegsgeschichte. München 1990, S.113-130, hier S. 116; Weiterführende Literatur zur Krankenpflege im NS: Walter; B.: Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne. Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Westfalen zwischen Kaiserreich und NS-Regime. Paderborn 1996; Gaida, Ulrike: Zwischen Pflegen und Töten. Krankenschwestern im Nationalsozialismus, Frankfurt/ M. 2008.

<sup>112</sup> 1938 waren insgesamt 106 Frauen in der Pflege tätig (1 Oberschwester, 5 Hausschwester, 17 Vollschwester, 74 Pflegerinnen, 7 Schwesternschülerinnen) und 122 männliche Pflegekräfte (1 Ober- und 9 Abteilungspfleger, 2 Abteilungspfleger als Laboranten tätig, 48 Krankenpfleger, 12 Lernpfleger und 50 Wärter). Vgl. Struwe (2011), S. 148 f.

<sup>113</sup> 14.1.1937. Der Oberpräsident des Provinzialverbandes Schleswig-Holstein an den Direktor der Heilanstalt Neustadt. Personalakte Vogelsang. Archiv Aneos Neustadt.

Gleichschaltung öffentlicher Stellen und politischer Gremien<sup>114</sup> durch die Nationalsozialisten rückte deren Herrschaftsanspruch mit gezielten Gesetzen frühzeitig in den gesellschaftlichen Vordergrund, die die Auflösung kommunaler Selbstverwaltungen und Neubesetzungen hochrangiger Schlüsselpositionen mit Parteigenossen beinhaltete.<sup>115</sup> Die Führung der ehemaligen Selbstverwaltung der Provinz Schleswig-Holstein unterlag dem neuen Gauleiter der NSDAP, Hinrich Lohse, dessen Stellvertreter als Landeshauptmann weisungsgemäß die Geschäftsführung des Provinzialverbandes für die psychiatrischen Anstalten innehatte,<sup>116</sup> für die preußische Provinz Schleswig-Holstein ein gesellschaftspolitisch gewollter Umbruch, der sich in 51% der Wählerstimmen für die NSDAP zur Reichstagswahl 1932 ausdrückte.<sup>117</sup>

Die Psychiatrie stellte zur Umsetzung der gesundheitspolitischen Ziele der Nationalsozialisten den entscheidenden Bereich der Medizin dar. Aus standespolitischen Interessen heraus wurden Karrierechancen im NS-System durchaus gesucht und genutzt.<sup>118</sup> Viele Psychiater - besonders Anstaltspsychiater - agierten systemkonform, kooperierten mit dem NS-Regime als Mitläufer und Mittäter und nur wenige Psychiater und Anstaltsdirektoren, wie z. B. Werner Leibbrand<sup>119</sup>,

---

<sup>114</sup> Für den Gesundheitsbereich wurden die Strukturen dahingehend zentralisiert, dass sie durch die Reichsministerien (vorrangig durch das Reichsinnenministerium – Gesundheitsabteilung (bis 1938), danach Staatssekretariat für das Gesundheitswesen) kontrolliert wurden. Zusätzlich wurden neue Parteistrukturen mit dem Hauptamt für Volksgesundheit, dem Amt für Volksgesundheit, dem Amt für Gesundheit und Volksschutz, der nationalsozialistischen Volkswohlfahrt und der Deutschen Arbeitsfront geschaffen, die mit unterschiedlichen Machtbefugnissen ausgestattet teilweise in Konkurrenz zum öffentlichen Gesundheitsdienst standen und z.T. mit Sonderaufgaben durch direkte Führererlasse ermächtigt wurden wie z.B. Karl Brandt für die medizinische Versorgung während des Luftkrieges und der Organisation der Patientenmorde oder der Reichsbeauftragte der Heil- und Pflegeanstalten, Herbert Linden. Vgl. Süß, W.: Gesundheitspolitische Entscheidungsstrukturen, öffentlicher Gesundheitsdienst und Sozialversicherung. In: Jütte u.a.: Medizin und Nationalsozialismus (2011), S. 39-52, hier S. 40 f.

<sup>115</sup> Mit dem „Gesetz zur Behebung von der Not von Volk und Reich“ im März 1933 schuf die NSDAP weitreichende Machtbefugnisse zur Umsetzung ihrer totalitären Ziele. Mit dem „Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“ (GWB) wurde der kontrollierte Wechsel in Ämtern und Behörden legitimiert. Vgl. Klee, E.: Euthanasie im NS-Staat – die Vernichtung lebensunwerten Lebens. Frankfurt 1983, S. 34ff.; Hanrath (2002), S. 35.

<sup>116</sup> Hinrich Lohse (1896-1964) Gauleiter und Oberpräsident der Provinz Schleswig-Holstein. Die Stelle des Landeshauptmanns wurde 1938 mit dem persönlichen Vertreter Hinrich Lohses, Dr. Wilhelm Schow (1896-1946) besetzt. Struwe (2011), S. 141, S. 169.

<sup>117</sup> Im März 1933 lag der Wähleranteil der NSDAP bei 53%. Vgl. Struwe (2011), S. 140.

<sup>118</sup> Die Erbgesundheits- und Rassepolitik der Nationalsozialisten wirkte sich nahezu auf alle weiteren Politikbereiche, wie z.B. Sozial-, Wirtschafts- und Finanzpolitik, aus und schuf neue Stellen im Gesundheitsbereich in Parteiorganisationen, Wehrmacht und öffentlichen Stellen. Der Anteil der Medizinstudenten verdoppelte sich von 25% 1932 auf 53% 1939. Vgl. Süß, W.: Berufschancen und Sozialstruktur von Ärzten. In: Jütte, R.(2011), S. 179-189, hier 179 ff.

<sup>119</sup> Der Psychiater und Medizinhistoriker Werner Leibbrand (1896-1974) protestierte 1933 gegen den Ausschluss jüdischer Kollegen aus dem Berliner Standesverein und verlor daraufhin seine

Gottfried Ewald<sup>120</sup>, Hans Roemer<sup>121</sup> oder für Schleswig-Holstein der Lübecker Direktor Johannes Enge<sup>122</sup>, kritisierten vor 1945 offen gesundheitspolitische Vorgaben des NS-Regimes, nutzten die ihnen möglichen Handlungsspielräume oder setzten sich aktiv für die psychiatrische Patienten gegen NS-Weisungen ein. Die Sorge vor Konsequenzen aus einem systemkritischen Verhalten mag aus zeitgenössischer Sicht naheliegend gewesen sein, lässt sich für die oben genannten Psychiater u.a. nicht bestätigen. Die Handlungsspielräume von vorzeitigen Entlassungen, Diagnoseabänderungen und Bescheinigung erhöhter Arbeitsleistung, blieben ebenso wie Interventionsversuche gegen das Euthanasieprogramm auf allen gesundheitspolitischen Ebenen ohne Entlassung, Anklage oder Inhaftierung.<sup>123</sup> Die Ärzte der Neustädter Anstalt wurden zum Aufbau eines Sanitätsdienstes auf ortsansässige NS-Gruppen verteilt, Ärzte als Kriegsteilnehmer des 1. Weltkrieges wurden zu Reichswehrübungen rekrutiert und als Stabsärzte der Reserve zu Schulungen, Übungen und Musterungen ebenso regelmäßig herangezogen. Zur praktischen Umsetzung und Akzeptanz der rassepolitischen Zielsetzung im Verfahren der Zwangssterilisation waren die Schulungen des eingebundenen Anstaltspersonals für das Regime ebenso notwendig wie die von den Ärzten zu leistende wissenschaftliche Legitimation durch Forschungen. Die eingeschränkten ökonomischen Rahmenbedingungen und das rasseideologische Konzept der Nationalsozialisten wirkten sich ambivalent auf die psychiatrischen Patienten aus. Überbelegung, Personalmangel, Materialmangel und eine stagnierende Bautätigkeit

---

Kassenzulassung und öffentliche Funktionen im Gesundheitsbereich. Als Sachverständiger wurde Leibbrand als Zeuge der Anklage im Nürnberger Ärzteprozess 1947 berufen. Vgl. Seidel, R.: Werner Leibbrand als psychiatrischer Gegner des Nationalsozialismus. In: Der Nervenarzt Bd. 84, Heft 9, 2013, S. 1043-1048.

<sup>120</sup> Der Göttinger Psychiater und Klinikleiter Gottfried Ewald (1888-1963) verweigerte die Berufung als „T4“-Gutachter und verhinderte in seiner Funktion als Klinikleiter durch vorzeitige Entlassungen, Abschwächung der Diagnosen oder die Aufwertung der Arbeitsleistung für ca. ein Drittel der für den Transport bestimmten Patienten die Verlegung in Zwischen- bzw. Tötungsanstalten. Vgl. Beyer, C.: Gottfried Ewald und die „Aktion T4“ in Göttingen. Der Nervenarzt Bd. 84, Heft 9, 2013, S. 1049-1055.

<sup>121</sup> Hans Roemer (1878-1947) Direktor der HPA Illenau/ Baden trat als Befürworter der Zwangssterilisation und Eugenik entschieden gegen die Tötung von Erbkranken ein und versuchte ebenso die Verlegung von Kranken zu verhindern wie Bündnispartner unter psychiatrischen Kollegen gegen das Tötungsprogramm zu mobilisieren. Vgl. Roelke, V.: Hans Roemer. Überzeugter Eugeniker, Kritiker der Krankentötungen. Der Nervenarzt Bd. 84, Heft 9, 2013, S. 1064-1068.

<sup>122</sup> Johannes Enge leitete 1926-1942 die HPA Lübeck-Strecknitz als Direktor und rettete 80 Patienten durch frühzeitige Entlassung 1941 vor der Verlegung in Zwischen- bzw. Tötungsanstalten. Vgl. Schepermann, K./ Dilling, H.: Schicksale psychiatrischer Patienten der Lübecker Heilanstalt Strecknitz im Dritten Reich. Lübeck 2005, S. 24 ff.

<sup>123</sup> Vgl. Ley, Astrid: Zwangssterilisation und Ärzteschaft. Hintergründe und Ziele ärztlichen Handelns 1934-1945. Frankfurt/ M. 2004; Roelcke, V.: Politische Zwänge und individuelle Handlungsspielräume: Karl Bonhoeffer und Max di Crinis im Kontext der Psychiatrie im Nationalsozialismus. In: Schagen, U./ Schleiermacher, S. (Hg.): Die Charité im Dritten Reich. Zur Dienstbarkeit medizinischer Wissenschaft im Nationalsozialismus. Paderborn 2008, S. 67-84;

fürten einerseits dazu, dass arbeitstherapeutische Angebote weniger dem therapeutischen Aspekt unterlagen denn der Aufrechterhaltung des wirtschaftlichen Anstaltslebens, andererseits bedeuteten die erbbiologischen Beobachtungen, die Registrierung der Patienten sowie die intensive Betreuung der neuen Therapien einen erhöhten Aufwand und intensive Zuwendung durch die Ärzte.<sup>124</sup>

Mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (GzVeN) vom 14. Juli 1933 wurde die Legalisierung der eugenischen Sterilisation im Kontext der seit Beginn des 20. Jahrhunderts national und international geführten Fachdebatten von den Nationalsozialisten als staatliche Zwangsmaßnahme rechtlich verankert.<sup>125</sup>

Dass die psychiatrischen und neurologischen Kliniken Deutschlands, insbesondere aber die Heil- und Pflegeanstalten im kommenden Gesundheitsgeschehen große Aufgaben zu erfüllen haben, darüber dürfte ein Zweifel wohl nicht bestehen. [...] In der Hand der Anstalten sind an sich schon ein großer Teil der volksbiologisch minderwertigen Elemente vereinigt. [...] Die Anstalten müssen zu Sammelstellen alles erbbiologisch minderwertigen Menschenmaterials gemacht werden. [...] Die Vorbereitungen dazu können nur von den Heil- und Pflegeanstalten geleistet werden. Es handelt sich hierbei um weiter nichts als um eine registrierende Beobachtung und Materialsammlung.<sup>126</sup>

Begleitet von massiver medialer Propaganda<sup>127</sup> stellte die Durchführung der Zwangssterilisation in Bezug auf die Anstaltspatienten für breite Bevölkerungskreise eine logische Konsequenz dar.<sup>128</sup>

---

<sup>124</sup> Die Patientenzahlen lagen zwischen 1929 und 1939 bei ca. 1.200 bis 1.400. Vgl. Struwe (2011), S. 147.

<sup>125</sup> Bereits Ende der 1920er Jahre gab es vor dem Hintergrund der Weltwirtschaftskrise und den im Wohlfahrtsgesetz von 1924 geforderten Fürsorgeleistungen massive Bestrebungen für die Legalisierung der eugenischen Sterilisation, die der „Fachausschuss für Bevölkerungswesen und Eugenik“ des Preußischen Landesgesundheitsrates in einem ausgearbeiteten Gesetzesentwurf vorlegte. Während dieser Entwurf trotz breiter Zustimmung zunächst scheiterte, wurde er um die Möglichkeit der staatlichen Zwangsmaßnahme über die psychiatrischen Patienten der Anstalten hinaus von den Nationalsozialisten erweitert und trat zum 1. Januar 1934 in Kraft. Vgl. Benzenhöfer, Udo: Zur Genese des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Münster 2006 ; Bock, G.: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus.

<sup>126</sup> Kaldewey, W.: Stellung und Aufgabe der Heil- und Pflegeanstalten im neuen Reiche (1933). In: Ziel und Weg 20, 1933. Zeitschrift des Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebundes 1933, S. 655-658. Zit. nach: Kersting, F.-W./ Schmuhl, H.-W.: Quellen zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie in Westfalen. 1914-1955. Paderborn 2004, S. 495-502.

<sup>127</sup> Das „Rassenpolitische Amt der NSDAP“ unterstützte die Einführung des Sterilisationsgesetzes vorrangig durch zielgerichtete Propaganda gegen psychisch Kranke und Behinderte. Mit den Filmen „Die Sünden der Väter“ (1935), „Erbkrank“ (1936) und „Opfer der Vergangenheit“ (1937) ebenso wie mit Zeitschriften „Der Erbarzt“. Daneben wurde der Bevölkerung die Kostenrechnung psychisch Kranker gegenüber einer deutschen Normalfamilie in großformatigen Anzeigen und Plakaten vor Augen geführt. Vgl. Bastian, Furchtbare Ärzte, S. 47; Jenner, Schleswig, S. 89.

<sup>128</sup> Wie fragil die Akzeptanz des GzVeN in der Bevölkerung durch die Partei dennoch eingeschätzt wurde, drückt ein Rundschreiben des Reichsinnenministers zur Meldepflicht bei Todesfällen nach Sterilisationen aus. „Nach hier eingegangenen Berichten macht sich in einzelnen Gegenden des Reichs eine verschärfte Propaganda gegen das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses bemerkbar. Hierbei wird insbesondere auf vorkommende Todesfälle hingewiesen und behauptet, daß die Zahl der Todesfälle im Vergleich zur Zahl der Unfruchtbarmachung beträchtlich sei.“ Die

Über die für die LHA Neustadt zuständigen Amtsärzte wurden die vorliegenden Anträge an das Erbgesundheitsgericht weitergeleitet.<sup>129</sup> Für den Neustädter Amtsgerichtsbezirk erfolgte mit der Verwaltungsreform nach dem Groß-Hamburg-Gesetz 1937 eine Zuweisung vom vormals zuständigen Landgerichtsbezirk Kiel zum Landgerichtsbezirk Lübeck.<sup>130</sup> Den insgesamt 22 Kreisgesundheitsämtern in der preußischen Provinz Schleswig-Holstein kam im NS-Sterilisierungsprozess eine entscheidende Schlüsselrolle der Selektion zu, die von den leitenden Amtsärzten parteipolitische Treue und Überzeugung der rassehygienischen Ideale des NS-Regimes verlangte.<sup>131</sup> Die Personen, gegen die eine Anzeige auf Zwangssterilisation vorlag, wurden zunächst über deren Sinn und Zweck der Sterilisation im Sinne des GzVeN durch den Amtsarzt aufgeklärt und erhielten ein Merkblatt „Erbkranker Nachwuchs ist Volkstod“.<sup>132</sup> Als Gutachter am Erbgesundheitsgericht fungierte für die Landesheilanstalt (LHA) Neustadt ab 1936 Dr. Hetzer.<sup>133</sup> Die Sterilisationen in

---

Sterbeziffer bei Sterilisationen lag nach Angaben des Reichsinnenministeriums 1935 bei 0,29% (Anteil bei Frauen: 0,45%, Anteil bei Männern: 0,12%). Um weiteren Angriffen begegnen zu können, wurde ab dem 1.7.1935 eine Meldepflicht bei Todesfällen nach Sterilisationen reichsweit eingeführt. Nach Vorlage von Krankenblättern sollte jeder Einzelfall mit Leichenschau und ggf. Leichenöffnung unter besonderer Rücksichtnahme auf die Haltung der Angehörigen geprüft werden. Für Preußen bestand diese Meldepflicht bei Todesfällen nach Sterilisationen bereits mit dem Runderlaß III a II 2720/24 vom 21.8.1934. Unter Androhung von Dienstverweisen bei weiteren Verstößen wurde die exakte Umsetzung 1935 für Preußen explizit gefordert. LASH: Abt. 611/ Nr. 313; Schätzungsweise 5.000 Sterilisierte sollen an den Folgen des Eingriffs insgesamt verstorben sein. Vgl. Bastian, T.: Furchtbare Ärzte, München 1995, S. 47.

<sup>129</sup> In der Provinz Schleswig-Holstein gab es die vier Erbgesundheitsgerichte in Flensburg, Kiel, Lübeck und Altona. Vgl. Heesch, E.: Nationalsozialistische Zwangssterilisation psychiatrischer Patienten in Schleswig-Holstein. In: Demokratische Geschichte Bd.9 1995, S. 48-102, hier S. 73; Struwe (2011), S. 144.

<sup>130</sup> Der Antrag auf Sterilisation konnte durch einen beamteten Arzt oder im Falle der Anstaltsinsassen durch den Anstaltsdirektor gestellt werden. Zuständig für die unter Ausschluss der Öffentlichkeit gefällten Entscheidungen waren nach § 5 des GzVeN die Erbgesundheitsgerichte (EG), die an die bestehenden Amtsgerichte angegliedert waren. Neben einem vorsitzenden Amtsrichter bestimmte die oberste Landesbehörde einen beamteten Arzt, einen weiteren im Deutschen Reich approbierten Arzt und deren Stellvertreter für die Dauer von zwei Jahren. LASH: Abt.611/ Nr. 563.

<sup>131</sup> Auch die von der obersten Landesbehörde unterbreiteten Vorschläge zur Besetzung der Ärzte am Erbgesundheitsgericht bzw. Erbgesundheitsobergericht wurden von der NSDAP Gauleitung auf Parteimitgliedschaft und Kenntnis der Erbgesundheitslehre geprüft und ggf. abgelehnt. LASH: Abt.611/ Nr. 563.

<sup>132</sup> Bei der erstmaligen Aufforderung des Amtsarztes an Personen, die sich zur Vorbereitung des Antrages bei ihm einzufinden hatten, sollte zunächst noch der Hinweis auf die Anwendung auf Zwangsmaßnahmen ausdrücklich verzichtet werden. Einsprüche der Betroffenen konnten innerhalb eines Monats erhoben und an das Erbgesundheitsobergericht (EOG) zur endgültigen Beschlussfassung geleitet werden. 3.3.1938. Vertraulicher Bericht des Reichs- und Preußische Minister des Innern an u.a. die Ober- und Regierungspräsidenten, vorgesetzten Dienstbehörden der kommunalen Gesundheitsämter. LASH Abt. 611/ Nr. 313.

<sup>133</sup> Dr. Rücker-Embden wurde durch das Veto des Gauamtsleiters nach dem Vorschlag des Neustädter Medizinaldirektors für diese Position abgelehnt. Schreiben des Gauamtsleiters, Dr. Rinne, vom 22.12.1936 an den Regierungspräsidenten in Schleswig zur Neubesetzung der Erbgesundheitsgerichte; LASH: Abt. 611/ Nr. 563; Laut Personalakte Rücker-Embdens gehörte er

Neustadt erfolgten 1934 zunächst ausschließlich bei männlichen Patienten, die weiblichen Patientinnen wurden zunächst auswärts sterilisiert.<sup>134</sup> Bereits 1935 wurden die Sterilisationen an Patientinnen durch Gynäkologen aus Eutin oder Oldenburg direkt in der LHA Neustadt fachärztlich durchgeführt.<sup>135</sup> Insgesamt fielen 478 Neustädter Patienten zwischen 1934 und 1941 unter die Praxis der Zwangssterilisation.<sup>136</sup> Der Schwerpunkt der Neustädter Sterilisationswelle lag mit 408 Eingriffen zwischen 1934 und 1937.<sup>137</sup> Die systematische Erfassung zeigte ihre Wirkung und entwickelte sich von 1938 bis 1941 mit insgesamt 70 Eingriffen klar rückläufig.

Reichsweit bedeutet das GzVeN für nahezu 400.000 Menschen zwischen 1934-1945 die Zwangssterilisation. Unter den in § 1 des GzVeN aufgeführten Diagnosen war hier die Gruppe der Schwachsinnigen am stärksten von der Zwangssterilisation betroffen.<sup>138</sup> Die Erhebungen von Gisela Bock und Eckhard Heesch weisen

---

zwar der HJ als Parteiorganisation an, war jedoch nie als NSDAP-Mitglied registriert. Personalakte Rücker-Emden, Archiv AMEOS Neustadt.

<sup>134</sup> Entweder im Kreiskrankenhaus Oldenburg, anderen holsteinischen Krankenhäusern oder in Altona. Vgl. Struwe (2011), S.144.

<sup>135</sup> Lediglich 25 Patientinnen wurden noch außerhalb sterilisiert. Die Zahl der auswärtigen Sterilisationen bei den Neustädter Patientinnen entwickelte sich seit 1935 kontinuierlich rückläufig. Im Verhältnis 36:14 (1935), 51:10 (1936), 23:1 (1937). LASH: Abt. 761/ Nr. 9598.

<sup>136</sup> Von der Neustädter Anstalt wurden von den 478 durchgeführten Zwangssterilisationen nur 48 Anträge (ca.10%) durch den Anstaltsdirektor gestellt, eine Tatsache, die sich mit dem zeittypischen Verhalten der Anstaltsärzte deckte. Zwar wurden 40% der Anzeigen von Anstaltsärzten erstattet, allerdings wurden nur 10% der Anträge direkt durch Anstaltsärzte am EG gestellt. Bericht des Regierungspräsidenten an den Reichsinnenminister über die Durchführung des GzVeN in Schleswig-Holstein. LASH: Abt. 405/ Nr.257;

Als Anstaltsdirektor war Dr. Walther zwar antragsberechtigt, musste aber bei jedem Antrag seinen Namenseintrag in die Gerichtsakte befürchten. Indem die Anzeigen an das zuständige Gesundheitsamt weitergeleitet wurden, umging der Anstaltsdirektor eine namentliche Erwähnung als Antragsteller und erfüllte dennoch den Zweck des GzVeN. Vgl. Ganssmüller, C.: Die Erbgesundheitspolitik des Dritten Reiches. Planung, Durchführung und Durchsetzung. Köln/ Wien 1978, S. 47; Aber selbst bei den erfolgten Anzeigen, Zeugen- bzw. Sachverständigenaussagen am Erbgesundheitsgericht kam es durch Indiskretionen zur Bekanntgabe der Namen der Ärzte und führte zu massiven Beschwerden der Ärzte mit dem Hinweis auf die daraus für sie erwachsenen Nachteile. Mit dem Verweis auf § 15 des GzVeN wurden die Kreisgesundheitsämter angewiesen, keine Namen der anzeigenden Ärzte im Antrag auf Sterilisation zu vermerken. Schreiben des Reichs- und Preußische Minister des Innern II 1079 vom 26.11.1934 an alle Ober- und Regierungspräsidenten und Kreisärzte. LASH: Abt. 611/ Nr. 313.

<sup>137</sup> Zwischen 1934 und 1937 fanden 199 Eingriffe bei Frauen, 209 bei Männern statt. LASH: Abt. 761/ Nr. 9598.

<sup>138</sup> Als erbkrank galten: „angeborener Schwachsinn“, „Schizophrenie“, „zirkuläres (manisch-depressives) Irresein“, „erbliche Fallsucht“, „erblicher Veitstanz“ (Chorea-Huntington), „erbliche Blindheit“, „erbliche Taubheit“, „schwere erbliche körperliche Mißbildung“ und „schwerer Alkoholismus“. Vgl. Kersting, F.-W./ Schmuhl, H.-W.: Quellen zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie in Westfalen. 1914-1955. Paderborn 2004, S. 444; Die Grenze zwischen medizinischer und sozialer Indikation war oftmals fließend und erfasste unter den Diagnosen „angeborener Schwachsinn“ oder „schwerer Alkoholismus“ auch die sozial Auffälligen unter der Diagnose „moralischer Schwachsinn“. Vgl. Jütte: Medizin und Nationalsozialismus (2011), S. 204; Von allen Zwangssterilisationen wurden

reichsweit einen Zweidrittelanteil der Sterilisationen bei Schwachsinn aus, darunter einen Zweidrittelanteil bei Frauen.<sup>139</sup> Entgegen dieser Erhebung bildet die Aufstellung des Neustädter Medizinaldirektors Dr. Walther eine Sterilisationspraxis ab, die vorrangig und geschlechterunabhängig die Diagnose „Schizophrenie“ betraf.

Zudem bestätigt sich demnach keineswegs der reichsweit erhobene starke Frauenanteil der Zwangssterilisationen bei der Diagnose „Schwachsinn“. Mit einem zweidrittel Anteil lagen die Eingriffe hier bei den Männern deutlich über dem Anteil der Frauen. Die Diagnosen Epilepsie und manische Depression führten in 23 Fällen zur Zwangssterilisation, Alkoholismus spielte mit einer Ausnahme keine Rolle bei den positiven Gerichtsbeschlüssen in der LHA Neustadt.

	Schwachsinn	Schizophrenie	Epilepsie	Man. Depression	Alkoholismus	insgesamt
Frauen	30	167	10	13		220
Männer	94	155	7	1	1	258

Abb. 3: Sterilisationen nach Diagnosen in der LHA Neustadt 1934-1941<sup>140</sup>

Die deutliche Diskrepanz der Neustädter Sterilisationspraxis kann entgegen der bei Bock angeführten reichsweiten Praxis nicht abschließend geklärt werden. Ob ein Zusammenhang zur Behandelbarkeit der *Schizophrenie* durch die Therapieoptionen neuer Schockverfahren - „Cardiazol-Schock“ und „Insulinkomatherapie“ – für Neustadt bestand, kann nur vermutet werden. Die LHA Neustadt steht zumindest als Beispiel dafür, dass Therapiekonzepte der institutionellen Psychiatrie durchaus individuell entgegen einer reichsweiten Praxis gehandhabt werden konnten.

Parallel zur rasseideologisch ausgerichteten NS-Gesundheitspolitik und Gesetzgebung gegen psychisch Kranke in Deutschland entwickelten sich neben der bereits angewandten Malaria-Schocktherapie zwischen 1933 und 1938 drei weitere Schocktherapien zur Behandlung endogen-psychotischer Krankheitsbilder. Die

---

zwei Drittel an Schwachsinnigen vorgenommen, davon wiederum waren zwei Drittel Frauen. Vgl. Bock (1986), S. 90.

<sup>139</sup> Vgl. Bock (1986), S. 90; Vgl. Heesch (1995), S. 80 f.

<sup>140</sup> Die Auflistung des Anstaltsdirektors der HPA Neustadt, Dr. Walther, zur „Unfruchtbarmachung“ zwischen 1934 und 1941 erfolgte differenziert nach Diagnosen. Von der Anstalt selbst sind 48 Anträge auf Sterilisation gestellt worden, die übrigen Anträge verteilen sich auf Amtsärzte, Vormünder, Angehörige oder auf die Kranken selbst. LASH: Abt. 761/ Nr. 9598. Die Angaben zu den durchgeführten Sterilisationen zwischen 1934-1937 weisen einen z.T. deutlich höheren Anteil durchgeführter Sterilisationen auf als bei Struwe für diesen Zeitraum (ohne Differenzierung nach Diagnosen) von 109 Eingriffen bei Frauen/ 192 Eingriffen bei Männern (ohne Quellenangabe) angegeben. Vgl. Struwe (2011), S. 144.

„Cardiazol-Schocktherapie“<sup>141</sup> 1934, die „Insulinkomatherapie“ (IKT)<sup>142</sup> 1935 sowie die „Elektrokrampf- bzw. Elektrokonvulsionstherapie“ (EKT)<sup>143</sup> 1938. Forschungsinitiativen, die national wie international Aufsehen erregten, da diese neuen Verfahren der Psychiatrie erstmals aktive Therapieoptionen ermöglichten.<sup>144</sup> Während die Insulinkomatherapie zunächst auf verhaltene bis kritische Rezeption in Fachkreisen stieß, erreichte sie ihre psychiatrische Akzeptanz weltweit mit den Erkenntnissen der internationalen Tagungen in Pittsburgh/USA und Münsingen/Schweiz im Mai 1937<sup>145</sup>, die einen therapeutischen Erfolg u.a. von 40% Vollremissionen und bis zu 22% Besserungen bei Schizophrenen aufzeigten.<sup>146</sup> Dagegen nahm die Verbreitung der EKT reichsweit einen zügigeren Verlauf.<sup>147</sup> Die Gründe hierfür waren nicht allein fachintern zu sehen, sondern hatten darüber hinaus politische Ursachen. Zwar forcierte der zeitgenössische Diskurs der neuen psychiatrischen Therapiekonzepte und der Nachweis klinisch wirksamer Effekte die Verbreitung der kostengünstigeren EKT<sup>148</sup>, dennoch war es die politische Ebene, die mit der Anordnung des Reichsgesundheitsführers Leonardo Conti vom 4.2.1942, die Insulinkomatherapie wegen kriegsbedingter Versorgungsengpässe auszusetzen, die reichsweite Einführung der EKT als Alternative neben der Cardiazolschocktherapie propagierte.<sup>149</sup> Als einer der ersten Psychiater veröffentlichte Meggendorf aus

---

<sup>141</sup> Der ungarische Arzt, Ladislav von Meduna (1886-1964), entwickelte ein Verfahren, das nach Gabe von Cardiazol (Penetrazol) als starkem Kreislaufmittel, intravenös verabreicht, epileptische Anfälle auslöste. Vgl. ; Schmuhl, H.-W.: Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ 1880-1945. Göttingen 1992, S. 262.

<sup>142</sup> Der Arzt Manfred Sakel (1900-1957) entwickelte das Verfahren, in dem durch die Gabe von intravenös verabreichtem Insulin ein hypoglykämischer Schock ausgelöst wurde. Als Nebenwirkungen wurden hier Koma, Herzschwäche und Lungenödeme angeführt. Vgl. Hanrath (2002), S. 118ff.; Borck, Cornelius: Die Internationale der invasiven Therapien und die Diskussion in Deutschland. In: „Heroische Therapien“. Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich 1918-1945. Göttingen 2013, S. 131-148, hier S. 134 ff.

<sup>143</sup> Ein vom italienischen Psychiater Ugo Cerletti (1877-1963) und seinem Mitarbeiter Bini 1938 vom Tierversuch erstmals am Menschen angewandtes Elektroschockverfahren bei Schizophrenie, das mittels Wechselstrom epileptische Anfälle auslöste. Vgl. Hanrath (2002), S. 118ff.; Heintz, E.: Die Einführung der Elektrokrampftherapie an der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität München 1941-1945. München 2004, S. 12ff.

<sup>144</sup> Vgl. Borck (2012), S. 148.

<sup>145</sup> Vgl. Borck (2012), S. 140.

<sup>146</sup> Nach den Ergebnissen Skalweits, der als Arzt der Wittenauer Anstalten 1937 diese Ergebnisse für Schizophrenie-Patienten publizierte. Skalweit, Wolf: Schizophrenie. In: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete 8. 1937, S. 345.

<sup>147</sup> Borck (2012), S. 140.

<sup>148</sup> Ausführlich dazu: Borck (2012), S. 137 ff.

<sup>149</sup> Insulin sollte nur noch Diabetikern vorbehalten bleiben. Bereits 1940 untersagte das Oberkommando des Heeres und das Ministerium für Wissenschaft die Insulinbehandlung in den Reservelazaretten. Vgl. Trümmers, Henning: Fern der Berliner Basis. Tübinger Ärzte und ihre Handlungsspielräume im Umgang mit „Psychopathen“. In: Quinkert, B./ Rauh, P./ Winkler, U. (Hg): Krieg und Psychiatrie 1914-1950. Wallstein-Verlag. Göttingen 2010, S. 104-128.

Erlangen 1941 seine Ergebnisse von 155 Patienten zur EKT. Die Einstufungen „Vollremission“, „Besserung“ und „unbeeinflusst“ wiesen für die Diagnosegruppen „schizophrener Formenkreis“, „manisch-depressive Erkrankung“ und „psychische Störungen des höheren Lebensalters“ deutliche Erfolge aus. Von einer Vollremission profitierten demnach durchschnittlich 39% der Patienten, von einer Besserung durchschnittlich 45% der Patienten, während 23% der Patienten unbeeinflusst blieben.<sup>150</sup> Unliebsame Nebenwirkungen wie Frakturen, Luxationen, nachhaltige Schädigungen des Gehirns oder Lungenödeme wurden von den Befürwortern dem Therapieziel, eine Besserung akuter Krankheitsschübe und Sozialisierung chronischer Patienten, billigend untergeordnet.<sup>151</sup> 1939 verglichen japanische Forscher die Schock-Methoden anhand behandelter und nichtbehandelter Schizophrenie-Patienten<sup>152</sup> und wiesen erhöhte Remissionsraten gegenüber nichtbehandelten Patienten aus. Hingegen äußerten deutsche Psychiater vereinzelt Skepsis gegenüber den Schockverfahren allgemein, die lediglich „zur Abkürzung der Krankheitsschübe, zur Beruhigung der Kranken und Erleichterung der Pflege“<sup>153</sup> führen würden und warnten vor einem voreiligen Therapie-Aktivismus der neuen Schocktherapien.

Zu viele Heilmethoden sind in den letzten Jahrzehnten enthusiastisch angepriesen, sind mit scheinbarem Erfolg durchgeführt und dann schlicht fallengelassen worden. Es sei nur erinnert an die verschiedenen Reizfieberbehandlungen...<sup>154</sup>

Selbst nach der reichsweiten Einführung der Elektrokrampftherapie agierten psychiatrische Anstaltsleiter zurückhaltend in der klinischen Anwendung der neuen Methode.

---

<sup>150</sup> Vgl. Heintz, E.R. (2004), S. 18.

<sup>151</sup> Vgl. Heintz (2004), S. 17; Wirbelsäulenbrüche, Brüche an den Gliedmaßen, Zahn- und Kieferschäden sowie schwere Gedächtnisstörungen traten auf. Die vom Cardiazolschock bekannten Gedächtnisstörungen waren beim der EKT deutlich schwerer. Vgl. Panfilova, S.: Darstellung der Insulinbehandlung und der Elektrokrampftherapie im „Nervenarzt“ in den Jahren 1928 bis 1947 mit einer ergänzenden Übersicht über die heutige Anwendung der EKT. München 2005, S. 115.

<sup>152</sup> Es wurden 547 Behandelte mit 565 unbehandelten Schizophrenie-Patienten beobachtet. Bei den unbehandelten Patienten lag die Rate der Vollremission bei 22%, der Besserung bei 17%, während bei den Insulinkoma-Patienten 31% Vollremissionen, 41% Teilremissionen und Besserungen zu beobachten waren und die Cardiazolschock-Patienten 30% Vollremissionen festgehalten wurden. Im „Nervenarzt“ von 1940 erschien eine deutschsprachige Zusammenfassung dieser japanischen Ergebnisse. Panfilova (2005), S. 61.

<sup>153</sup> Manfred Bleuler. Zit. n.: Panfilova (2005), S. 64.

<sup>154</sup> Der Psychiater Schmorl aus der Anstalt Pirna-Sonnenstein kritisierte den Aktionismus bei ausbleibenden Erfolgen älterer Therapieverfahren. Schmorl, A.: Beobachtungen über die Einwirkung der Cardiazol-Krampfbehandlung auf das klinische Bild der Psychosen. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 1938, S. 328-342, hier S. 328; Dazu auch Shorter, der für das Insulinkoma keine höhere Erfolgsrate gegenüber dem „Barbiturschlaf“ aufzeigte. Vgl. Shorter, Edward: Geschichte der Psychiatrie. Reinbek 2003, S. 322.

[...] zeigten die Psychiater in den Anfangstagen der EKT nur eine geringe Bereitschaft die Methode anzuwenden. Der Göttinger Psychiater Gottfried Ewald verwendete für seine Versuchsreihe im Jahr 1942 nur geringe Ströme und vermied einen Vollkrampf. Friedrich Ruttner vom Universitätsklinikum Innsbruck erhöhte zwar 1944 die Stromintensität bis zum Vollkrampf, behandelte jedoch nur 21 Patienten, was zum damaligen Zeitpunkt, bei dem häufig drei und vierstellige Patientenzahlen beschrieben wurden, fremd anmutete. Walter von Baeyer vom Universitätsklinikum Heidelberg beschrieb die Methode im Jahr 1947 als exotisch und weit von einem etwaigen Durchbruch entfernt.<sup>155</sup>

In der Neustädter Anstalt kam vorrangig bis zum kriegsbedingten Insulinmangel die „Insulintherapie“ zum Einsatz. Das „Cardiazol-Schockverfahren“<sup>156</sup> wurde aufgrund der Nebenwirkungen weitgehend aufgegeben<sup>157</sup> und für die Durchführung der „Elektroschock-Therapie“ war das LKH Neustadt frühzeitig um die Anschaffung eines Konvulsators bemüht. 1942 hielt der Reichsbeauftragte für die Heil- und Pflegeanstalten, Dr. Linden, die reichsweite Anwendung der Elektrokrampftherapie für unerlässlich und forderte, „[...] daß diese Art der Therapie bei allen Fällen, die noch Aussicht auf Besserung haben, zur Anwendung kommt.“<sup>158</sup> Für das Ausweichkrankenhaus mit nunmehr weitgehend somatischen Kliniken und einer kleinen arbeitstherapeutisch geführten Patientengruppe zur Aufrechterhaltung des LKH-Betriebes eine wohl eher zukunftsorientierte Investition. Der Erhalt der Abteilungen von Nervenkranken in den Ausweichkrankenhäusern war zwar bewusst geplant, sicherte der Verbleib dieser Patienten, als dringend benötigte Arbeitskräfte, die Aufrechterhaltung der Versorgungsstrukturen in der Anstalt in den Jahren 1942-1945.<sup>159</sup> Die Option der EKT mochte für diese 200 Patientenarbeiter in Neustadt nur insofern relevant gewesen sein, als dass sie als Probanden zur Einführung und

---

<sup>155</sup> Ansari, Peter: Die Therapiegeschichte der Depression und die Einführung der antidepressiven medikamentösen Therapie in der BRD im Zeitraum 1945-1970. Hannover 2013, S. 122. <http://d-nb.info/1060673118/34>. Zugriff: 22.3.2016.

<sup>156</sup> Cardiazol ist der Handelsname von Pentetrazol, einem seit 1926 vollsynthetisch hergestellten bicyclischen Tetrazol-Derivats. 6-10 ml Lösung intravenös verabreicht, lösten zeitnah einen Anfall aus. Vgl. Ansari (2013), S. 124.

<sup>157</sup> Vgl. Struwe (2011), S. 145; Es wird von einer großen Vernichtungs- und Todesangst der Patienten vor Auslösung des Krampfes berichtet, deren Widerstand gegen die weitere Behandlung einen großen pflegerischen Einsatz erforderte. Shorter, Edward: Geschichte der Psychiatrie. Fest. Berlin 1999, S. 325; Shorter (2003), S. 324; Panfilova (2005), S.82.

<sup>158</sup> 24.8.1942. Rundschreiben an alle Landesregierungen, Reichsstatthalter, Oberpräsidenten und Oberbürgermeister von Berlin. Bundesarchiv Berlin: R 96/12 (Blatt 37).

<sup>159</sup> Nach Verlegung der 899 Patienten verblieben zunächst 198 arbeitsfähige Patienten in der HPA Neustadt. Vgl. Faulstich, Hungersterben, S. 447; Die 200 belegungsfähigen Betten der Abteilung für Psychiatrie waren zum 30.6.1943 mit 42 Psychiatriepatienten (145 Männern und 97 Frauen) überbelegt. LASH: Abt. 611/ Nr. 1425; Die Angabe von 200 Patienten, die der Anstalt erhalten blieben, findet sich in der Festschrift und wird sich vermutlich auf die belegungsfähigen Betten der Psychiatrie bezogen haben. Vgl. Koch (1993), S. 53; 144 Patienten wurden 1944 im Bettenplan zur Anfrage an den Gaugesundheitsführer vom 29.4.1944 angeführt. Vgl. Ameos Archiv Neustadt/ Holstein: Az.III A 21; Deren Unterbringung im Westflügel war somatischen Patienten nicht zuzumuten, da dort drei große Schläfsäle für bis zu 80 Personen vorhanden waren und die „Tagesräume“ nur erweiterte Gänge und Flure waren. LASH: Abt. 611/ Nr. 1425.

Handhabung des Konvulsators herangezogen werden konnten, um gegebenenfalls therapeutische Effekte zu beobachten. Dennoch lag die Anschaffung im Interesse der psychiatrischen Leitung, weil die innovative Therapieoption der EKT den Verbleib der stark reduzierten Psychiatrie in Neustadt insofern unterstützte, dass Maßgaben einer modernen Psychiatriebehandlung für die Nachkriegszeit vorgehalten wurden.<sup>160</sup> Um die flächendeckende Ausstattung mit Konvulsatoren zu erreichen, erfolgte eine reichsweite Sammelbestellung von insgesamt 88 Apparaten, die eine Serienproduktion bei Siemens rechtfertigte. In einer Aufstellung für den „Reichsausschuss zur wissenschaftlichen Erfassung von erb- und anlagebedingten schweren Leiden“ von 1943 wurde Neustadt erstmals aufgeführt.<sup>161</sup> Zum Zeitpunkt der Bestellung ergaben weitere Listen, dass u.a. auch in Neustadt das kostengünstigere Gerät (Gerät Elektra II der österreichischen Firma Reiner & Co) als Zweitapparat bereits vorhanden bzw. gesondert bestellt worden war.<sup>162</sup> Das „psychochirurgische“ Operationsverfahren, die „Leukotomie“,<sup>163</sup> fand im Nationalsozialismus und darüber hinaus für das LKH Neustadt keine Berücksichtigung.

## 2.5 „Verlegt in andere Anstalt“ als planmäßiger Krankenmord

Die rassenideologisch begründete, zunächst auf Exklusion, Anstaltsverwahrung und Zwangsterilisation psychisch Kranker<sup>164</sup> und Behinderter ausgerichtete NS-Gesundheitspolitik, die ihre Legitimation in hohem Maße auf die wissenschaftliche Expertise der Medizin stützte, gipfelte ab 1939 in Deportationen und planmäßiger

---

<sup>160</sup> Die Untersuchung über EKT-Behandlungen zwischen 1943-1945 an den verbliebenen Psychiatriepatienten wäre singulär zu untersuchen.

<sup>161</sup> 19.3.1943. Leiter Dr. v. Hegener. Bundesarchiv Berlin: R 96 I/ 12 (Blatt 28-33).

<sup>162</sup> Bundesarchiv Berlin: R 96 I/ 12 (Blatt 50-53); Der Siemens-Konvulsator kostete incl. Behandlungstechnik ca. 955,- RM.) Ebd. (Blatt 35).

<sup>163</sup> Der portugiesische Neurologen Egas Moniz (1874-1955) entwickelte ein operatives Verfahren, bei dem Nervenbahnen in der vorderen Hirnregion mittels einer Stahlschlinge durchtrennt wurden. Ein in Fachkreisen umstrittenes Verfahren, das durch die Verleihung des Nobelpreises für Medizin 1949 die Kritik zunächst zurückdrängte. Vgl. Fortner, R.: Egas Moniz (1874-1955). Leben und Werk unter besonderer Berücksichtigung der Leukotomie und ihrer ethischen Implikationen. Würzburg 2004, S. 57ff., S.88 ff.

<sup>164</sup> Die Schätzungen der Erbkranken in Deutschland differierten unter Fachleuten (Eugenische Tagung 1928 oder Deutsches Ärzteblatt 1932) zwischen 300.000-700.000 Erbkranken insgesamt. Die statistischen Zahlen 1932 wiesen 713.871 geistig und körperlich Gebrechliche, Blinde und Taubstumme aus, wovon 307.944 in öffentlichen oder privaten Anstalten verwahrt wurden. Zusätzlich wurde auf die Verhältnismäßigkeit der Zahlen verwiesen, da Nervenkranken, Nichterbkranken und Erbkranken oftmals nicht in Anstalten verwahrt wurden. Vgl. Bundesarchiv Koblenz: B142/ Nr. 2118/ 284.

Vernichtung tausender Patienten durch das NS-Regime.<sup>165</sup> Nach einem Bedeutungswandel des Begriffs Euthanasie etablierten sich die in den 1920er und 1930er Jahren diskutierten Formen der Sterbehilfe, der Tötung auf Verlangen sowie der „Vernichtung unwerten Lebens“ und mochten im Zusammenhang mit den neuen Schocktherapien der Psychiatrie neben der Heilung bzw. Besserung psychischer Erkrankungen eine Entlastung der überfüllten Anstalten mit chronischen Verwahrfällen suggerieren.<sup>166</sup> Anerkannte Psychiater<sup>167</sup>, die offen für sozialpsychiatrische Konzepte einstanden, entledigten sich wissentlich der „Unbehandelbaren“ mittels Medikamentenüberdosierungen und gezieltem Hungersterben und kamen der NS-Rasseideologie einer „gesunden Volksgemeinschaft“ - ausschließlich dem ökonomischen Druck folgend - nach. Der planmäßige Krankenmord des NS-Regimes lässt sich nicht eindeutig auf eine Datumsgrenze festlegen, auch wenn Hitler den Beginn der sogenannten „Aktion Gnadentod“ auf den 1. September 1939 zurückdatierte.<sup>168</sup> Mit der Meldepflicht für behinderte Kinder im August 1939 begann die planmäßige Erfassung der Jüngsten als „Ballastexistenzen der Volksgemeinschaft“ propagandistisch stigmatisierten Bevölkerungsgruppe, führte diese über Kinderfachabteilungen<sup>169</sup> und den dort

---

<sup>165</sup> Schätzungsweise nahezu 200.000 psychisch Kranke und geistig Behinderte wurden zwischen 1939 bis 1945 reichsweit planmäßig ermordet. Vgl. Faulstich, H.: Die Zahl der „Euthanasie“-Opfer. In: Frewer, A./ Eickhoff, C. (Hg.): „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik, Frankfurt/ M. 2000.S. 218-234; Schmuhl, H.-W.: Euthanasie und Krankenmord. In: Jütte, R u.a.. (2011), S. 214-255, hier S. 214.

<sup>166</sup> Vgl. Schmuhl, Euthanasie und Krankenmord. In: Jütte (2011), S. 215; Schmuhl, H.-W.: Das Dritte Reich als biopolitische Entwicklungsdiktatur- Zur inneren Logik der nationalsozialistischen Genozidpolitik. In: Kampmeyer, M.: Tödliche Medizin. Rassenwahn im Nationalsozialismus. Göttingen 2009, S. 8-21.

<sup>167</sup> Vgl. Kersting, F.-W: Anstaltsärzte zwischen Kaiserreich und Bundesrepublik. (1996), S. 268-338; Klee, E.: Was sie taten, was sie wurden, Frankfurt/ M. 1986; Bastian (1995); Jäckle, R.: Die Ärzte und die Politik, München 1988; Aly, G.: Die Belasteten, Frankfurt 2013, S. 54ff.

<sup>168</sup> Es wurde bereits in Eigenregie einiger psychiatrischer Anstalten in Hessen und Sachsen vor dem Zweiten Weltkrieg ebenso kalkulierter Patientenmord durchgeführt wie in den besetzten Ostgebieten Polens. Vgl. Schmuhl, Euthanasie und Krankenmord. In: Jütte (2011), S. 219; Faulstich, H.: Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949, Freiburg i. Br. 1998, S. 227-240.

<sup>169</sup> „Es fällt ihnen doch schwer, das Todesurteil über ihr eigen Fleisch und Blut zu bestätigen. Wenn es aber hieße, es wäre an einer x-beliebigen Krankheit gestorben, da gibt sich jeder zufrieden. [...] Gern will man sich selbst und vielleicht auch das Kind von der Last befreien, aber man will seine Gewissensruhe haben. [...] Der Arzt mag es tun, wenn er seiner Sache sicher ist, und mag uns dann benachrichtigen, dass das Kind an der oder jener Krankheit gestorben ist; wir aber wollen unsere Hände in Unschuld waschen.“ Auszüge der 1920 durchgeführten Elternbefragung der insgesamt 200 schwachsinnigen Kinder der sächsischen Landespflegeanstalt Großhennersdorf zum „Problem der Abkürzung unwerten Lebens“ durch den Obermedizinalrat Ewald Meltzer (1869-1940). 162 Fragebögen wurden ausgewertet, von denen nur 10% der Befragten die „schmerzlose Abkürzung des Lebens“ uneingeschränkt und ausdrücklich ablehnten. 1925 publizierte Meltzer seine Befragung, die von den Nationalsozialisten in der Diskussion zum Ablauf und zur Gesetzmäßigkeit der Euthanasiemorde als Legitimation herangezogen wurde. Vgl. Meltzer, E.: Das Problem der Abkürzung „lebensunwerten“ Lebens, Halle/ Saale 1925, S. 92. Zit. n.: Aly (2013), S. 30.

stattfindenden medizinischen Experimenten in die Vernichtungsanstalten.<sup>170</sup> Die Erfassung der erwachsenen Psychatriepatienten folgte – wenn auch mit zeitlich verzögerter Umsetzung in einzelnen Regionen - für sämtliche Geisteskrankenanstalten im Reichsgebiet offiziell ab dem 9. Oktober 1939. Alle dauerhaft verwahrten Patienten wurden in Form eines Meldebogens u.a. zu Diagnose, Aufenthaltsdauer, Arbeitsfähigkeit, Pflegeaufwand und Verhaltensauffälligkeiten erfasst.<sup>171</sup> Für die LHA Anstalt Neustadt führte Dr. Rücker-Embden nach 1945 dazu aus:

Der Vordruck hatte den Umfang einer Aktenseite. Es war darauf außer den Personalien die Diagnose, die wesentlichen Krankheitsmerkmale, frühere Krankheiten und frühere Aufenthalte in Anstalten sowie kurze Bemerkungen über die Arbeitsfähigkeit und die Art der Beschäftigung für jeden einzelnen Kranken anzugeben.<sup>172</sup>

Sah die Zielsetzung der Zwangssterilisationen weiterhin den Erhalt der Arbeitsfähigkeit der „heilungsfähigen“ Erbkranken vor, so galt es mit dem „Euthanasie“-Programm der „Aktion T4“<sup>173</sup> die Volksgemeinschaft vor potenziellen

---

<sup>170</sup> Die Einstellung zur Euthanasie reichte bei den betroffenen Eltern von Akzeptanz sprich Erlösung, über Ablehnung bis hin zu aktiven Rettungsversuchen. Der Aspekt der staatlich-medizinischen Entscheidungsinstanz war für die Eltern vielfach elementar und schuf in Zusammenhang mit den diversen Verlegungsstationen ein System der bewussten Verschleierung. Während die Zahl der ermordeten Kinder durch das „Reichsausschussverfahren“ zwischen 5.000 und 10.000 Fälle grob eingeschätzt wird, wurden durch die „T4-Aktion“ schätzungsweise 4.200 Kinder und Jugendliche ermordet. Vgl. Lutz, P.: NS-Gesellschaft und Euthanasie. Die Reaktionen der Eltern ermordeter Kinder. In: Mundt, C./ Hohendorf, G./ Rotzoll, M. (Hg.): Psychiatrische Forschung und NS-Euthanasie. Beiträge zu einer Gedenkveranstaltung an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg, Heidelberg 2001, S. 97-113; Lutz, P.: Mit Herz und Vernunft. Angehörige von Euthanasie-Opfern im Schriftwechsel mit den Anstalten. In: Fangerau, H./ Nolte, K. (Hg.): Moderne Anstaltspsychiatrie im 19. Jahrhundert. Legitimation und Kritik, Stuttgart 2006, S. 143-167; Lutz, P.: „Eine reichlich einsichtslose Tochter“. Die Angehörigen einer in Hadamar ermordeten Patientin. In: George, U. u.a. (Hg.): Hadamar. Heilanstalt – Tötungsanstalt – Therapiezentrum, Marburg 2006, S. 293-304; Fuchs, P.: Zur Selektion von Kindern und Jugendlichen nach dem Kriterium der „Bildungsunfähigkeit“. In: Rotzoll, M. u.a. (Hg.): Die nationalsozialistische „Euthanasie“-Aktion „T4“. Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart, Paderborn 2010, S. 287-296; Aly (2013), S. 39f.

<sup>171</sup> Ebenfalls wurden das Verhältnis zur Familie und die Besuchshäufigkeit der Angehörigen abgefragt. Ein Indiz dafür, dass auch hier die öffentliche Meinung für die NS-Maßnahmen wichtig war und sich durch die Intervention der Angehörigen, Patienten selbst aus Tötungsanstalten heraus noch retten zu können, untermauern lässt. Vgl. Aly (2013), S. 39 ff.; Rüdenburg, B.: Die „Rückkehrer“ aus Grafeneck in der Heil- und Pflegeanstalt Zwiefalten. In: Rotzoll, Die nationalsozialistische „Euthanasie“-Aktion „T4“ (2010), S. 152-155; Hinz-Wessels, A. u.a.: Zur bürokratischen Abwicklung eines Massenmords. Die „Euthanasie“-Aktion im Spiegel neuer Dokumente. In: Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte 53, 2005, S. 79-107; Hinz-Wessels: Neue Dokumentenfunde zur Organisation und Geheimhaltung der „Aktion T4“. In: Rotzoll, Die nationalsozialistische „Euthanasie“ Aktion „T4“ (2010), S. 77-82.

<sup>172</sup> 4.6.1946. Bericht des geschäftsführenden Direktors, Prov. Med. Rat. Dr. Rücker-Embden, an den Herrn Oberpräsidenten des Provinzialverbandes in Kiel. Zit. n.: Koch (1993), S. 52.

<sup>173</sup> Interne Bezeichnung der „Euthanasie“-Zentrale zur Erfassung und planmäßigen Organisation der Patientenmorde in der Tiergartenstraße 4 in Berlin. Offiziell als „Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten“ geführt. Zunächst unter der Leitung des „Reichsgesundheitsführers“ im Reichsinnenministeriums, Leonardo Conti, wurde die „Aktion T4“ den für die Kinder-„Euthanasie“ Zuständigen, Karl Brandt und Philipp Bouhler, übertragen. Dem Leitungsgremium der Tötungsaktion

„Unnützen“ aus rein ökonomischer Sicht zu schützen bzw. durch Tötung zu entlasten. Auf dem Deutschen Gemeindetag 1940 in Berlin wurde das Programm allen Oberbürgermeistern und kommunalen Leitungsbeamten detailliert vorgestellt, was einen breiten Informationsgrad der zuständigen Stellen bis in die Provinz markiert.<sup>174</sup> Nachdem Schleswig-Holstein den Stand von insgesamt 7.000 Betten in insgesamt 33 Einrichtungen<sup>175</sup> am 11. Oktober 1939 nach Berlin melden konnte, erfolgte die Verteilung der Meldebögen an die Anstalten im Juni 1940. Bereits Mitte September 1940 wurden elf jüdische Patienten aus der LHA Neustadt auf Weisung des Reichsinnenministeriums in die Sammelanstalt Hamburg Langenhorn deportiert.<sup>176</sup> Im Jahr 1941 erfolgte im Rahmen der „Aktion T4“ zwischen dem 20.5.1941 und dem 13.6.1941 zunächst die planmäßige Verlegung von 237 Patienten (109 Frauen und 128 Männer) aus der LHA Neustadt nach Königslytter.<sup>177</sup> Der Bahnanschluss der ehemaligen Zuckerfabrik wurde zur Verlegung der Patienten in die Zwischenanstalten genutzt, als Transportsystem, das in den Folgejahren reichsweit für KZ-Transporte millionenfach zum Einsatz kommen sollte.

Die Verlegungen wurden in der Weise durchgeführt, daß einige Eisenbahnwagen auf das Sondergleis, welches zum Kraftwerk der hiesigen Anstalt führt, geschoben wurden, so daß die Kranken hier auf dem Anstaltsgelände die Wagen besteigen konnten. Die Transporte wurden von der Gemeinnützigen Transportgesellschaft ausgeführt.<sup>178</sup>

Im Rahmen der „Aktion T4“ wurden reichsweit 70.273 Anstaltspatienten zwischen Januar 1940 und August 1941 in der ersten Phase des Programms über die Selektion in die Gaskammern der Tötungsanstalten geführt.<sup>179</sup> Der abrupte Stopp der

---

gehörten u.a. die Professoren für Nervenheilkunde und Psychiatrie, Werner Heyde, Paul Nitsche und Max de Crinis, an. Vgl. Aly (2013), S. 44 f.

<sup>174</sup> 200 Vertreter aus Gemeindeverwaltungen und kommunalen Spitzenverbänden wurden durch den Leiter der Abteilung III (Sozialpolitik und Anstaltswesen) über die praktische Durchführung der Aktion und deren Geheimhaltung gegenüber Kirche und Öffentlichkeit informiert. Protokoll des Oberbürgermeisters aus Plauen. Vgl. Aly (2013), S. 49 ff.

<sup>175</sup> Unter den Einrichtungen subsummierte sich die größte Anstalt in Schleswig mit 1.687 Betten als auch die kleinste Pflegeeinrichtung mit nur 6 Betten. Vgl. Jenner (1995), S. 101; Bei Struwe findet sich hingegen die Auflistung von 5.622 Pflegeplätzen. Vgl. Struwe (2012), S. 117.

<sup>176</sup> Insgesamt wurden 56 jüdische Patienten (24 Männer/ 35 Frauen) in acht Heil- und Pflegeanstalten in Schleswig-Holstein gemeldet. Nach der Zwischenstation in Langenhorn wurden sie nach Brandenburg a.d. Havel verlegt und vergast. Vgl. Struwe (2012), S. 117 ff.

<sup>177</sup> Vgl. Koch (1993), S. 53.

<sup>178</sup> Bericht des geschäftsführenden Prov. Med. Dir. Dr. Rücker-Emden vom 4.6.1946. Zit.n.: Koch (1993), S. 52.

<sup>179</sup> Die 6 Tötungsanstalten waren: Grafeneck, Brandenburg/ Havel, Bernburg/ Saale, Hadamar, Pirna Sonnenstein und Hartheim/ Linz. Vgl. Hohendorf, G.: Die Selektion der Opfer zwischen rassenhygienischer „Ausmerze“, ökonomischer Brauchbarkeit und medizinischem Erlösungsideal. In: Rotzoll, die nationalsozialistische „Euthanasie“-Aktion „T4“ (2010), S. 310-324; Colom (2012).

„Aktion T4“ am 24. August 1941 auf direkten Befehl Hitlers<sup>180</sup> läutete die zahlenmäßig bedeutsamere und dezentral ablaufende zweite Phase, die sogenannte „wilde Euthanasie“, mit der „Aktion Brandt“<sup>181</sup> gegenüber psychiatrischen Anstaltspatienten ein.

Bestand/Verlegung nach:	Männer	Frauen	ings.
19.05.1941	614	567	1.181
<b>Königslutter</b> 20.05.1941	<b>70</b>	<b>70</b>	<b>140</b>
12.06.1941	552	505	1.057
<b>Königslutter</b> 13.06.1941	<b>58</b>	<b>39</b>	<b>97</b>
25.09.1941	480	434	914
<b>Sorau</b> 26.09.1941	<b>79</b>	<b>0</b>	<b>79</b>
<b>Branitz</b> 26.09.1941	<b>0</b>	<b>219</b>	<b>219</b>
<b>Landsberg</b> 26.09.1941	<b>0</b>	<b>68</b>	<b>68</b>
27.09.1941	401	147	548
<b>Neuruppin</b> 28.09.1941	<b>280</b>	<b>70</b>	<b>350</b>
31.05.1941	133	70	203
<b>Meseritz</b> 1.06.1942	<b>18</b>	<b>0</b>	<b>18</b>
1.06.1942	115	70	185

Abb. 4: Verlegungspraxis 1941/1942 Neustadt<sup>182</sup>

Während die Verlegungen nach Königslutter und Neuruppin für männliche und weibliche Patientengruppen vorgenommen wurden, erfolgten Verlegungen nach Sorau, Branitz, Landsberg und Meseritz geschlechtsspezifisch. Die Gruppengröße variierte z.T. beträchtlich, in der Summe blieb das Geschlechterverhältnis in der Verlegungspraxis jedoch nahezu ausgewogen. Insgesamt 971 Psychatriepatienten (505 Männer/ 466 Frauen) wurden ab Mai 1941 bis Juni 1942 aus der LHA Neustadt deportiert, um infolge der Ausweichmaßnahmen für Schleswig-Holstein und

<sup>180</sup> Neben dem öffentlichen Druck der Kirche durch Bischof von Galens Predigt, von Seiten der Bevölkerung und der ausländischen Presse wurden auch interne Machtkämpfe und der Russlandfeldzug als Faktoren für die offizielle Beendigung der „T4-Aktion“ angeführt. Vgl. Schmuhl, Euthanasie und Krankenmord. In: Jütte (2011), S. 229.

<sup>181</sup> Die Umsetzung nach dem Stopp der „T4-Aktion“, Ersatzbauten und Betten für kriegsbeschädigte Krankenhäuser aus den Ballungszentren in den umliegenden Heil- und Pflegeanstalten zu schaffen, wurde nach Prof. Brandt, Arzt Hitlers, benannt, der den Führerbefehl weiterleitete. Die technische Umsetzung der baulichen Maßnahmen oblag der „Organisation Todt“. Vgl. Koch (1993), S. 54 f.

<sup>182</sup> Auflistung der Verlegungen aus dem LKH Neustadt in Zwischenanstalten anlässlich des Ermittlungsverfahrens des Generalstaatsanwalts im Ermittlungsverfahren gegen Prof. Dr. Heyde wegen Mordes - Az. Js 17/59 (GSTA) – vom 28.11.1960. Darüber hinaus wurden demnach am 23.3.1944 12 gerichtlich untergebrachte „männlich geisteskrank Kriminelle“ nach § 42b StGB gemäß Verfügung des Generalstaatsanwalts in Kiel (Az: 4424/2.5.) vom 23.2.1944 durch die Kieler Kriminalpolizei von Neustadt nach Kiel überführt sowie weitere 7 kriminelle Geistesranke am 19.5.1944 nach Meseritz verlegt. Ob ein Zusammenhang dieser beiden Transporte zu den großen Verlegungsaktionen bestand, konnte nicht ermittelt werden. Eine Aufschlüsselung nach Art der Erkrankung und Zweck der Unterbringung der verlegten Patienten konnte ebenfalls nicht erfolgen, da die Patienten- und Verwaltungsakten den Patienten mitgegeben worden sind. Vgl. LASH: Abt. 761/ 9598.

Hamburg die Bereitstellung von Betten zu gewährleisten.<sup>183</sup> Vor dem Hintergrund der medizinisch desolaten städtischen Infrastruktur während des Luftkrieges modifizierte die bisherige Tötungsstrategie dahingehend, dass die Verlegungspraxis der psychisch Kranken zugunsten der somatisch Kranken der Ballungsgebiete über Zwischenanstalten genau in jene Anstalten erfolgte, die aufgrund der variierten Tötungspraktiken - Medikamentenüberdosierung, Mangelernährung und Unterversorgung - am ehesten über freie Raumkapazitäten verfügten.<sup>184</sup> Der Erhalt von Abteilungen von Psychatriekranken in den Ausweichkrankenhäusern war bewusst geplant, sicherte der Verbleib einer begrenzten Zahl dieser Patienten, als dringend benötigte Arbeitskräfte, die weitere Aufrechterhaltung der Versorgungsstrukturen in der Anstalt in den Jahren 1942-1945.<sup>185</sup>

In der Anlage übersende ich eine Darstellung über die Einteilung und Verwendung der hiesigen Anstalt als Krankenhaus, wobei ich besonders darauf aufmerksam mache, daß man versucht, unsere Geistes- und Nervenkranken aus der Anstalt zu verdrängen. Da es nach meinem Dafürhalten ohne den Rest unserer Kranken unmöglich ist, eine auch nur einigermaßen ordentliche Bewirtschaftung einmal der Hauswirtschaften und zweitens der Gärtnerei und Landwirtschaft zu gewährleisten, muß unter allen Umständen die Inanspruchnahme des Hauses VII und VIII vermieden werden und die Baracke für diesen Zweck für uns bereitgestellt werden.<sup>186</sup>

Zeitgleich kamen die Verlegungspraxis und die Aufwertung zu einem Landeskrankenhaus der Anstaltsdirektion mit dem Konzept einer „bereinigten Psychiatrie“ durchaus entgegen und psychiatrische Zukunftsmodelle wurden bereits im Frühjahr 1942 für die Nachkriegszeit überdacht.

Ich denke z.B. daran, daß mit Rücksicht auf die jetzige Tätigkeit unseres Prov. Med. Rats Dr. Hetzer in einem Hirnverletzten-Lazarett in Frankfurt, wir uns hier eine solche Abteilung schaffen und wir ganz besonders gut in der Lage sein würden, handwerkliche und gärtnerische bzw. landwirtschaftliche Umschulung und Erlernung zu betreiben, zumal uns ja zu diesem Zweck entsprechende Lehrer (Blinden-, Taubstumm- und Schwachsinnigenlehrer) zur Verfügung stehen würden. Ich denke ferner daran, daß aus dem gleichen Gesichtspunkt der Beschäftigung Kranke, die eine länger dauernde Behandlung und Gewöhnung an Arbeit notwendig haben (Zuckerkranken, Herzkranken u.ä.) sich hier betätigen können.<sup>187</sup>

Die Angabe der verbleibenden Psychiatriepatienten in der 1942 zum Landeskrankenhaus Neustadt umgewandelten ehemaligen Landesheilanstalt Neustadt differiert in den Jahren 1942-1944 zwischen 242 (145 Männer und 97

---

<sup>183</sup> Vgl. Koch (1993), S. 53.

<sup>184</sup> Vgl. Schmuhl, Euthanasie und Krankenmord. In: Jütte (2011), S. 231f.; Colom (2012), S. 89 ff.;

<sup>185</sup> Vgl. Faulstich (1998), S. 447; LASH: Abt. 611/ Nr. 1425; Koch (1993), S. 53; Ameos Archiv Neustadt: Az.III A 21.

<sup>186</sup> 13.3.1942. Bericht des Neustädter Direktors Dr. Walther zur Umwandlung der LHA Neustadt in ein Landeskrankenhaus an den Oberpräsidenten des Provinzialverbandes. LASH: Abt. 611/ Nr. 1425.

<sup>187</sup> Ebd. LASH: Abt. 611/ 1425.

Frauen) und 144 Personen. Als Begründung kann die Überlegung und weitere Verlegungen der Psychiatriepatienten herangezogen werden.

Mit Direktor Walther wurde die Verlegung aller weiblichen Geisteskranken aus Neustadt besprochen. Unter der Voraussetzung, daß die z.Zt. in der Landwirtschaft, Gärtnerei und Hauswirtschaft eingesetzten Arbeitskräfte ersetzt würden, konnte Direktor Walther vom betrieblichen Standpunkt aus hiergegen nichts einwenden. Er betonte auch, daß er selbst ja schon die Verlegung von 30 weiteren Geisteskranken vorgeschlagen habe, die bisher daran gescheitert sei, daß Schleswig-Stadtfeld keine Unterbringungsmöglichkeit habe.<sup>188</sup>

Für 30 sicherheitsverwahrte Patienten im „Festen Haus“<sup>189</sup>, die als arbeits- und leistungsfähige Patienten in Neustadt eingesetzt wurden, sicherte die Einstufung der „Arbeitsfähigkeit“ - im Gegensatz zu dem Bestand der 242 arbeitsfähigen Anstaltspatienten - 1943 keineswegs das Überleben. Nach dem Beschluss des Justizministeriums von 1942, „die Auslieferung asozialer Elemente aus dem Strafvollzug an den Reichsführer zur Vernichtung durch Arbeit“<sup>190</sup> umzusetzen, sollten im März 1944 weitere 12 arbeitsfähige sicherungsverwahrte Patienten des Landeskrankenhauses Neustadt den Weg über die Auslieferung an die Kieler Kriminalpolizei ins Konzentrationslager genommen haben.<sup>191</sup>

## **2.6 Die „Aktion Brandt“<sup>192</sup> - Umwandlung in ein Landeskrankenhaus**

Nach der Deportation psychisch Kranker aus dem LKH Neustadt erlitten die zur Umgestaltung in ein Ausweichkrankenhaus notwendigen Maßnahmen der „Aktion Brandt“ infolge der kriegsbedingten Anspannung der Bauwirtschaftslage bereits 1942 einen Dämpfer. Die desolante Lage in der Materialbeschaffung zur Instandsetzung und Reparatur der einstigen Heilanstalt auf Krankenhausniveau zeigte sich 1942/43

---

<sup>188</sup> O. Datum. Aktenvermerk zur Baubesprechung zum Thema Schaffung eines Personalheims im „Roten Haus“. Daraus geht hervor, dass „aus den Schlafsälen die in der Ecke vorhandenen Nachtklosetts entfernt werden“. Archiv Ameos Neustadt: Az. III A 21.

<sup>189</sup> Bettenplan „Festes Haus“ Stand 30.6.1943. Die 30 Sicherheitsverwahrten wurden extra aufgeführt und nicht den psychiatrischen Patienten zugerechnet. LASH: Abt. 611/ Nr. 1425.

<sup>190</sup> Der Kieler Zahnarzt, Dr. Richard R., wurde als Insasse des „Festen Hauses“ nach Meseritz-Obrawalde aus Neustadt deportiert. Als Überlebender wurde er von den russischen Besatzern vorübergehend zum kommissarischen Anstaltsdirektor bestimmt. Vgl. Jenner (1995), S. 93.

<sup>191</sup> Anhand von Listen, die für Sicherungsverwahrte nach Ermessen der begutachtenden Ärztekommision mit dem Vermerk „KZ“ versehen wurden, selektierte man die Patienten der LHA. PA Naujoks StA Kiel, 2Js393/49. Vgl. Aly (2013), S. 216; Die Sichtung weiterer Akten des Bestandes der Staatsanwaltschaften in Kiel oder Lübeck zur Überprüfung würde sich ggf. für eine weitere Studie zum Verbleib sicherungsverwahrter Anstaltspatienten ab 1942 eignen.

<sup>192</sup> Die Umsetzung nach dem Stopp der „Aktion T4“, Ersatzbauten und Betten für kriegsbeschädigte Krankenhäuser aus den Ballungszentren in den umliegenden Heil- und Pflegeanstalten zu schaffen, wurde nach Prof. Brandt, Arzt Hitlers, benannt, der den Führerbefehl weiterleitete. Die technische Umsetzung der baulichen Maßnahmen oblag der „Organisation Todt“. Vgl. Koch (1993), S. 54f.

umso drastischer, da notwendige Reparaturen aufgrund von Arbeitskräftemangel nicht in Angriff genommen werden konnten. Während sich 1943 die Belegung in den einzelnen Fachabteilungen mit insgesamt 616 Betten zunächst zögerlich entwickelte, steigerten sich die Probleme der baulich-technischen Umsetzung für die „Organisation Todt“ 1944 mit dem höheren Anspruch der Versorgung somatisch Kranker und steigenden Patientenzahlen<sup>193</sup>.

Der Bedarf und der Umbau der somatischen Abteilungen geben einen Einblick in eine vormals für Psychatriekranke als ausreichend erachtete Unterbringung. Neben der Fertigstellung des früheren „Haus K“ (nunmehr „Haus 1“) Ende 1943<sup>194</sup>, gestaltete sich der Bezug dringend benötigter 120t Eisen für neue Wasserleitungen zur Frischwasserversorgung problematisch und die Hoffnung ruhte auf notwendigen „Eisen-Bezugsscheinen“.<sup>195</sup> Als Kernprojekt für 1943 wurde die Erweiterung des anstaltseigenen Kraftwerkes eingestuft. Die Umstellung der Küche auf Dampf und weitere dampfverbrauchende Einrichtungen in den einzelnen Abteilungen machten die doppelte Leistung erforderlich. Die Heizungsanlagen entsprachen nicht dem Standard allgemeiner Krankenhäuser, der Wärmebedarf steigerte sich mit der Umwandlung um ein Vielfaches, die Warmwasserversorgung auf den Stationen war unzureichend, der Wäscheverbrauch und die Küchenleistung verdoppelten sich.<sup>196</sup>

Für eine Irrenanstalt seien sie ausreichend gewesen, bei der ein großer Teil der Schlafsäle zum Beispiel nur auf 15 Grad und weniger beheizt worden war. Jetzt sei der Wärmebedarf aber von 2,5 Millionen auf 4 Millionen Kcal/h angestiegen durch Verstärkung der Heizung in vielen Räumen, Beheizung der Treppenhäuser, Ausbau von Dachgeschossen, Aufstellung von zwei großen Baracken usw. Die Warmwasserbereitung reiche nicht aus. Früher hätte sich außer Bad und Küche auf jeder Abteilung durchweg nur 1 Warmwasserhahn befunden, heute seien es dutzende. [...].<sup>197</sup>

Das Patientenhaus „Haus 7“ war für die Psychiatrie so konzipiert worden, dass die beiden Seitenflügel die Auslegung der schmalen Patientenzimmer zur Nordseite und die Korridore zur Südseite vorsahen. Für einen freundlicheren Eindruck der somatischen Abteilungen sollten die schmalen Zweibettzimmer nunmehr mit Tischen,

---

<sup>193</sup> Vgl. Koch (1993), S. 54 f.

<sup>194</sup> 9.11.1943. Schreiben des Landeshauptmann Schow an den Direktor des LKH Neustadt zur Bettenreserve im Katastrophenfall. Vgl. Koch (1993), S. 55.

<sup>195</sup> 14.7.1943. Baurat Brodersen an Landesrat Dr. Illing nach einer Baubesprechung mit Architekt Hinrichs im LKH Neustadt. LASH: Abt. 611/ 1425

<sup>196</sup> Die Raumtemperatur für die Schlafsäle der psychisch Kranken war auf 15 Grad ausgerichtet und ein Warmwasserhahn pro Abteilung vorgesehen. Mit dem Umbau zum Landeskrankenhaus wurden Flure, Räume, Dachgeschosse, Bäder, Barackenneubauten ausgebaut und mussten zusätzlich beheizt werden. Vgl. Koch (1993), S. 56.

<sup>197</sup> Koch (1993), S. 56.

Nachttischen, Schränken, Gardinen und Bildern versehen werden und zur besseren Belichtung wurde die Fällung der hohen Bäume vor den Zimmern im Nordflügel veranlasst.<sup>198</sup> Die Frage der Unterbringung der Inneren Klinik, der männlichen Geisteskranken, der Nervenabteilung und der chirurgischen Patienten der Universität Kiel wurde aufgrund der Gebäudeausstattung kritisch geprüft. Während die „Organisation Todt“ „Haus 9“ für die Innere Klinik vorsah, hielt Anstaltsdirektor Dr. Walther den Westteil für „innere Kranke“ als ungeeignet, da dort in den zwei Abteilungen im Erdgeschoss und im erstem Stock je drei große Schlafsäle mit bis zu 80 Patienten je Station untergebracht waren. Zudem verfügten beide Stationen über keine geeigneten Tagesräume, sondern lediglich über erweiterte Flure und Gänge. „Diese beiden Stationen, also der ganze Westflügel des Gebäudes, wird am besten durch Belegung mit rund 100-200 Geisteskranken ausgenutzt“.<sup>199</sup> Diese für somatische Patienten als ungeeignet erklärte Abteilung, schien für psychisch Kranke zu genügen, die zur Aufrechterhaltung des Anstaltsbetriebes in der sogenannten Arbeitstherapie eingesetzt waren und lediglich einen Schlafplatz benötigten. „100 psychiatrische Fälle (Männer)“ sollten neben „50 nervenkranken Frauen und Männern mit Lähmungen und Folgezuständen“ im „Haus 9“ der Inneren Klinik untergebracht werden, während die „100 psychiatrischen Fälle (Frauen)“ in Haus 11 (ehemals „Rotes Haus“) Platz finden sollten.<sup>200</sup> Aus einem weiteren Aktenvermerk geht hervor,

das ursprünglich für die innere Klinik bestimmt gewesene große Gebäude des Männerhauptauses soll, wie mir Direktor Walther sagte, nunmehr wieder umgebaut werden, um Nervenranke aufnehmen zu können. (Es sollen kleine Räume eingerichtet werden).<sup>201</sup>

Der Versuch Dr. Walthers, die psychiatrisch-neurologische Abteilung im LKH Neustadt aus Sorge vor einer reinen Verwahranstalt für chronische Psychatriepatienten mit der Behandlung Nervenkranker zu erhalten, wurde mit „ich habe das Gefühl, als wenn Herr Direktor Walther eine etwas eigensüchtige Politik zugunsten seiner Nervenkranken-Abteilung betreibt,“<sup>202</sup> negativ kommentiert. Und obwohl das Gebäude für die „Innere Klinik“ aufgrund der nach Norden ausgerichteten dunklen Einzelzimmer, fehlenden Steckdosen, Lampen, Gardinen und Tagesräumen

---

<sup>198</sup> Koch (1993), S. 56.

<sup>199</sup> 29.10.1943. O.V.: Aktenvermerk zur Aussage des Direktors Dr. Walther des LKH Neustadt. LASH: Abt. 611/ 1425.

<sup>200</sup> 11.9.1943. O.V.: LASH: Abt. 611/ 1425.

<sup>201</sup> Ebd.

<sup>202</sup> Ebd.

als wenig geeignet eingestuft wurde, plädierte man für die Beibehaltung der ursprünglichen Planung.

[...] ich bin der Meinung, daß an dem ursprünglichen Plan, daß Männer-Haupthaus zur Inneren Klinik zu machen, festgehalten werden sollte. Ich glaube, daß dieses Gebäude sich für diesen Zweck am besten eignet und glaube auch nicht, daß von der Bauleitung der Organisation Todt abweichend von den ursprünglichen Plänen entschieden worden ist.<sup>203</sup>

Im Herbst 1943 hatte die Generalplanung für die einzelnen Häuser eine Umbenennung vorgenommen. Die Verwaltungs- und Wirtschaftsgebäude wurden nunmehr nach ihrem Verwendungszweck benannt, die Stationen am Eingang des LKH Neustadt im Uhrzeigersinn beginnend nummeriert.<sup>204</sup> Zeitgleich entschied die Provinzialverwaltung, dass die „Geisteskrankenabteilung“ im LKH Neustadt letztlich ihre bisherigen Stationen beibehalten sollte. Die Frauenseite mit 100 Patientinnen verblieb im ehemaligen „Roten Haus“ (Haus 11), die Männer wurden weiterhin im Erdgeschoss und 1. Stock des Westflügels in „Haus 9“ untergebracht und sollten auf 100-120 Patienten verringert werden. Mit Ausnahme eines Saales für Akutfälle wurde die Anschaffung von 70 Doppelbetten zur besseren Raumnutzung genehmigt, da „es nicht anhängig scheint, wegen Mangels an Pflegern die Unterbringungsmöglichkeit einzuschränken“.<sup>205</sup> Die „Nervenkranken-Abteilung“ wurde hingegen aufgelöst, die Kranken nach Schleswig-Stadtfeld verlegt und z.T. von der Inneren Klinik übernommen. Diese erhielt das ganze „Haus 7“ mit 90 Betten, das obere Stockwerk im Ostflügel von „Haus 9“ mit 50 Betten und das untere Stockwerk von „Haus 1“ als Privatstation mit 25 Betten.<sup>206</sup> Somit umfasste die Innere Klinik 165 Betten.<sup>207</sup>

Das Anstaltsgelände in Neustadt ist nunmehr überbaut. Halbwegs erträgliche Zustände werden erst nach Beseitigung der Gebäude der Landwirtschaft sowie des Saalbaus zu erreichen sein. Es steht zu hoffen, daß durch den Ausbau der 4gleisigen Bahn, der Verlegung des Bahnhofs und der Verlegung der Autostraße nicht eine Verstümmelung der Anlage vorgenommen wird.<sup>208</sup>

---

<sup>203</sup> 25.10.1943. O.V.: Vermerk an den Landeshauptmann Dr. Schow. LASH: Abt. 611/ 1425.

<sup>204</sup> Vgl. LASH: Abt. 611/ 1425.

<sup>205</sup> Dr. Cornils, Direktor des LKH Neustadt, an den Oberpräsidenten des Provinzialverbandes Schleswig-Holstein im Oktober 1944 mit einem angehängten Schreiben des ehemaligen Direktors und derzeitigen Leiters der psychiatrischen Abteilung, Dr. Walther, der wegen Mangels an Aufsichtspersonal auf der Männerseite die Aufstellung von Mehrbetten ablehnte, hingegen einen Saal im Katastrophenfall mit 40 Doppelbetten einzurichten empfahl. Für die Frauenseite lehnte Walther wegen fehlender Nebenräume (Aborte) eine stärkere Belegung ebenfalls ab. LASH: Abt. 611/ Nr. 1426.

<sup>206</sup> Die Fertigstellung der Privatstation der Inneren Klinik im Haus 1 war für Dezember 1943 vorgesehen. Das Ordinationszimmer des Chefarztes im 1. Stk. von Haus 7. Nach Herstellung der Arztwohnungen sollten die drei bisher von Ärzten bewohnten Zimmer im 1. Stock von Haus 9 im Mittelbau der „Inneren“ zugewiesen werden. Vgl. LASH: Abt. 611/ 1425.

<sup>207</sup> Ebd.

<sup>208</sup> Ebd.

Kriegsbedingt blieb die weitere Bauplanung für das Neustädter LKH eingeschränkt. Während noch im Juli 1944 notwendige Reparaturen und Neuverlegungen von Entwässerungs-, Kaltwasser- und Dampfleitungen durch eine Tiefbaufirma teilweise ausgeführt wurden<sup>209</sup>, blieben Anträge für eine neue Kesselanlage und Turbine im letzten Kriegsjahr hingegen unerledigt. Die Aufstockung der KÜcheneinrichtung erfolgte verspätet und defekte elektrische Installationsanlagen im Großküchenbereich führten 1944 aufgrund mangelnder Kessel- und Apparatenutzung vermehrt zu Patientenbeschwerden über eine mangelnde Verpflegung. Zudem verzögerten aufwendige Genehmigungsverfahren die notwendigen baulichen Ausführungen.<sup>210</sup> Die Belegungssituation verschärfte sich ab Frühjahr 1944 drastisch, denn wegen der Kälte waren in der Medizinischen Klinik 20 Betten nicht belegbar und eine medizinische Versorgung nur notdürftig gewährleistet.<sup>211</sup> Die Bettenpläne führten nunmehr auch vorhandene Strohlager an, benannten statt „vorhandene Betten“ vielmehr von „belegten Lagerstätten“ oder „freien Lagerstätten“ und sprachen in der psychiatrischen Abteilung von 60 Notlagern bei insgesamt 1.513 Unterbringungsmöglichkeiten. Dennoch drängten die zuständigen Behörden

[..] daß die schon bei der normal vorgesehenen Belegungszahl von 1.000 Betten bisher erhöhte Zahl von 1.500 Betten jetzt auf 2.000 erhöht werden müsse, wobei das Fehlen von Betten und zusätzlichen Einrichtungen durch primitive Einrichtungen auszugleichen sei.<sup>212</sup>

Im Mai 1944 meldete das Neustädter LKH in den sieben Fachabteilungen der Chirurgie (305 Betten), der Medizinischen Abteilung (223 Betten incl. 22 Betten der Neurologischen Abteilung und 15 Betten der Privatabteilung), der Infektionsabteilung für Kinder (125 Betten), der Frauenklinik (195 Betten incl. Privatabteilung), der Lungenabteilung (90 Betten), der Psychiatrischen Abteilung (144 Betten) und den

---

<sup>209</sup> 26.7.1944. Landesbauinspektor Hahn an die Landeshochbauverwaltung in Kiel. LASH: Abt. 611/1425.

<sup>210</sup> Die Organisation Todt (OT) wurde 1938 als eine nach militärischem Vorbild organisierte Baugruppe gegründet und nach dem Leiter Fritz Todt (1891-1942) benannt. Unter Einsatz von Kriegsgefangenen, Zwangsarbeitern und KZ-Häftlingen wurden zunächst Bauprojekte in den deutschen Besatzungsgebieten wie z.B. Bunkeranlagen durchgeführt. Ab 1943 erfolgten Baumaßnahmen zum Schutz der Zivilbevölkerung. Vgl. Seidler, Franz: Die Organisation Todt – Bauen für Staat und Wehrmacht 1938 – 1945. Bonn 1998.

<sup>211</sup> Die vom Landeshauptmann alle vier Tage eingeforderten Bettenpläne enthielten aufgrund der hohen Patientenfluktuation und der nicht zu leistenden Kontrolle der freien Betten dauernde Fehlerquellen. Eine Auflistung vom 17.8.1944 versprach einen kontrollierten Ist-Bestand von 1.201 Krankenbetten, 81 Kinderbetten, 74 Reservebetten, 373 Personalbetten und 145 fremden Betten der Kieler Kliniken. Diese dürfte mit zunehmenden Patientenzahlen, Aufnahme von Wehrmachtangehörigen und KZ-Kranken ab Mai 1945 weitere Fehlmeldungen veranlasst haben. LASH: Abt. 611/ Nr. 1425.

<sup>212</sup> 1.5.1945. Besuchskommission des Innenministeriums im LKH Neustadt. Zit.n.: Koch (1993), S. 58.

drei zusätzlichen Fachabteilungen aus Kiel (Chirurgische Klinik mit 100 Betten/ Augenklinik mit 27 Betten/ Hautklinik mit 25 Betten) insgesamt 1.049 Planbetten. Durch eine Überbelegung von 185 Patienten insgesamt (davon 34 Patienten in der psychiatrischen Abteilung) wies der Bettenplan vom 10. Mai 1944 bereits eine tatsächliche Patientenzahl von 1.234 Patienten aus, die zunächst weiterhin zunahm. Erst die im Bettenplan angeführten Not- und Strohlager erfüllten die Kapazitäten gegenüber dem tatsächlichen Patientenbestand. Der Steigerung der Belegungszahlen um das Dreifache gegenüber 1943 konnte die Erhöhung des Ärzteschlüssels im Mai 1945 nur unzureichend begegnen.<sup>213</sup>

Die LHA Neustadt entsprach bis zu ihrer Umwandlung in ein Landeskrankenhaus 1941/42 weitgehend der zeitgenössischen Konzeption institutioneller Psychiatrie in Therapie und Versorgung. Psychiatrisches Handeln war aktiv an Forschung und Wissenschaft beteiligt und offen für neue therapeutische Konzepte in der Patientenversorgung. Therapie, offene Fürsorge und intensive Familienpflege sprechen gegen einen vornehmlich verwahrenden Charakter institutioneller Psychiatrie in Neustadt vor 1933. Mit der Machtergreifung der Nationalsozialisten wurde den rassepolitischen Zielsetzungen nach dem GzVeN entsprochen, allerdings verhielten sich sowohl Indikation als auch Geschlechterpräferenz bei Zwangssterilisationen konträr zu reichsweiten Erhebungen. Mit der Deportation von 971 Patienten ab 1941 in Zwischen- und Vernichtungsanstalten und dem Verbleib von lediglich ca. 200 psychiatrischen Patientenarbeitern verlor die Neustädter Psychiatrie ihren Alleinstellungsstatus und wurde somatischen Abteilungen im Landeskrankenhaus Neustadt subsumiert. Der Ausbau auf Krankenhausniveau ehemaliger psychiatrischer Abteilungen litt kriegsbedingt unter Materialmangel, Personalnot und steigenden Patientenzahlen.

---

<sup>213</sup> 1943 waren bei 620 belegten Betten insgesamt 11 Ärzte tätig, 1945 lediglich 17 Ärzte bei 1736 belegten Betten. Die Anzahl der Ärzte lässt sich für die Fachbereiche nicht differenzieren. Darunter waren auch die als Reservisten zur ständigen Bereitschaft gelistet. Inwieweit diese dem LKH entzogen worden sind, geht aus den Listen nicht hervor. Der hohe Anteil weiblicher Ärzte von ca. 50% weist den verstärkten Wehrmachtseinsatz der männlichen Kollegen auf. LASH: Abt. 301/ Nr. 6158.

### **3. Bauentwicklung unter ökonomischen Zwängen - Die Neustrukturierung der psychiatrischen Unterbringung**

Die Grundstruktur psychiatrischer Versorgung wird durch die bauliche Unterbringung geprägt. Mit Kriegsende 1945 blieb das LKH Neustadt für den Untersuchungszeitraum bis zum Neubau eines Neustädter Krankenhauses 1967 in seiner Struktur von somatischen und psychiatrischen Abteilungen erhalten. Erst mit dem kontinuierlichen Rückgang der somatischen Fachabteilungen zugunsten der Ausweitung der Psychiatrie als landeseigener Aufgabe entwickelte sich die aus 200 psychiatrischen Mitarbeiter bestehenden psychiatrische Abteilung sukzessive wieder zur psychiatrischen Großanstalt mit 1.200 Patienten. Nachdem die Umwandlung in ein Ausweichkrankenhaus und der Ausbau für die somatischen Abteilungen 1942 auf Krankenhausniveau kriegsbedingt nur unvollständig umgesetzt werden konnte, bleibt zu untersuchen, unter welchen baulichen Voraussetzungen der Ausbau der Psychiatrie ab 1945 stattfand. Welchen Einfluss hatte die heterogene Krankenhausstruktur für die psychiatrische Unterbringung? Lässt sich die Kritik der Enquete-Kommission von Massenunterkünften und Überbelegung im Wiederaufbau der Psychiatrie im LKH Neustadt bestätigen? Welche Weichenstellungen erfolgten im Bausektor im zeitlichen Längsschnitt durch die schleswig-holsteinische Landespolitik des LKH Neustadt für die psychiatrische Patientenversorgung?

#### **3.1 Kriegsende und Massenunterkunft**

Die Zustände im LKH Neustadt nach dem Zusammenbruch im Mai 1945 entsprachen mit akuter Raumnot, Hunger, Kälte, mangelnder Hygiene und den sich daraus entwickelnden Folgeerkrankungen der gesamtgesellschaftlichen Situation der ersten Nachkriegsjahre.<sup>214</sup> Die Ursachen im LKH waren jedoch nicht nur kriegsbedingt, sondern bereits im Spardiktat der 1920er Jahre begründet, das Bausubstanz und

---

<sup>214</sup> Der Gesundheitsbericht des Landes Schleswig-Holstein wies für die ersten Nachkriegsjahre 1946-1948 die katastrophalen Zustände für die Allgemeinbevölkerung aus. Aufgrund von Mangel- und Unterernährung, Kälte und Nässe in völlig unzureichenden Wohnverhältnissen der Massenunterkünfte, Barackenlagern, Erdbunkern und Kellerunterkünften wurde die anhaltende Verbreitung ansteckender Krankheiten befürchtet. Mangelnde Hygiene durch fehlende sanitäre Einrichtungen, Seife und Bekleidung führten zur schnellen Ausbreitung der Lungentuberkulose. Mit Ausnahme der Tbc und Geschlechtskrankheiten blieb der Stand an Neuerkrankungen bei anderen ansteckenden Erkrankungen 1948 niedrig. In Lübeck kam es hingegen Ende Mai/ Anfang Juni 1948 zu einer Typhus-Epidemie mit 325 Erkrankungen. Vgl. LASH: Abt. 611/ 307.

Inventar bei ständiger Überbelegung stark in Mitleidenschaft gezogen hatte.<sup>215</sup> Eine bauliche Neuausrichtung der psychiatrischen Anstalten in Schleswig-Holstein blieb zunächst illusorisch, da selbst Neubauten der öffentlichen Hand für die Zivilbevölkerung der Nachfrage nicht entsprechen konnten.<sup>216</sup>

Anfang Juli 1945 wurde vom Neustädter LKH ein Krankenstand von 1.200 Patienten einschließlich 280 ehemaliger KZ-Insassen an das zuständige Ministerium gemeldet.<sup>217</sup> Die Pflege der Patienten wurde unterstützt durch ziviles und militärisches Hilfspersonal. Das Arbeitsamt Lübeck stellte als zivile Hilfskräfte für die Krankenversorgung insgesamt 24 Frauen, die in zwei Trupps umschichtig jeweils Dienst zwischen 7 und 14 Uhr zu leisten hatten.<sup>218</sup> „Frauen und Mädchen aus besten Familien Neustadts“<sup>219</sup> wurden auf Anordnung des britischen Brigadekommandeurs ebenfalls zum Anstaltsdienst angefordert. „Infolge der Besatzungsmaßnahmen mit allen Begleiterscheinungen waren in Neustadt ziemlich schwierige Verhältnisse eingetreten“<sup>220</sup>. Die zusätzliche Belegung des LKH mit 870 Häftlingen war Ende Mai bereits auf 600 gesunken und sollte nach 1-2 Monaten zu vollständigen Entlassungen führen. Der für Neustadt zuständige Baurat führte in seiner Bestandsaufnahme im Juni 1945 die notwendigsten Instandhaltungs- und Baumaßnahmen zur Aufrechterhaltung des Krankenhausbetriebes an.

Die von der Bauleitung der Aktion Brandt in Angriff genommene Kläranlage für die Beseitigung der Abwässer ist nicht fertiggestellt worden, so daß die schmutzigen Abwässer einschl. der Fäkalien ungereinigt in das Neustädter Binnenwasser fließen (ein ganz unmöglicher Zustand wegen der damit verbundenen Seuchengefahr).<sup>221</sup>

Die britische Militärregierung genehmigte umgehend die Fertigstellung und der zuständige Baurat hoffte auf die zeitnahe Beschaffung der Pumpen und des Installationsmaterials, um die Anlage innerhalb der nächsten zwei Monate in Betrieb nehmen zu können.<sup>222</sup> Bereits im Herbst 1945 wurde unter dem Vorsitz des Landesrats Billian über die zukünftige Gestaltung des LKH Neustadt diskutiert.

---

<sup>215</sup> Vgl. Ankele/ Brinkschulte (2015); Brink, Cornelia: Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft 1860-1980. Göttingen 2010, S. 360ff.

<sup>216</sup> Der Andrang von Heimkehrern und Ost-Vertriebenen verschärfte die Wohnungsproblematik akut. Einzelwohnungen wurden zwar durch Umnutzung größerer Gebäude geschaffen, die Massenquartiere blieben zunächst erhalten. LASH: Abt. 611/ 307.

<sup>217</sup> Vgl. Ameos Archiv Neustadt.: Az. III A21.

<sup>218</sup> Vgl. Az. III A21.

<sup>219</sup> Vgl. Koch (1993), S. 58.

<sup>220</sup> 28.5.1945. Baurat Brodersen an Landesoberverwaltungsrat Dr. Mühling. LASH: Abt. 611/ 1426.

<sup>221</sup> 23.6.1945. Baurat Brodersen an Landesoberverwaltungsrat Dr. Mühling. Ebd.

<sup>222</sup> Eine Umsetzung bzw. Anschaffung ging nicht aus den Akten hervor.

Es sei zu entscheiden, ob das Landeskrankenhaus als allgemeines Krankenhaus in seinem jetzigen oder in einem verkleinerten Umfange aufrecht erhalten bleiben könne oder ob es mit Rücksicht auf die Schwierigkeiten der öffentlichen Finanzen umgewandelt werden müsse in eine Einrichtung, die sich auf die Durchführung von Pflichtaufgaben des Provinzialverbandes beschränke.<sup>223</sup>

Mit Rücksicht auf die öffentlichen Finanzen sollten die zu erwartenden hohen und dringend notwendigen Bau- bzw. Sanierungskosten des LKH, dem Niveau eines zukünftigen Allgemeinkrankenhauses entsprechend, vermieden werden. In der Anstaltsbetreuung psychiatrischer Patienten als Pflichtaufgaben des Provinzialverbandes hingegen wurde die räumliche Unterbringung zunächst als ausreichend angesehen bzw. mit einem deutlich geringeren Kostenaufwand in der Zukunft eingeschätzt.<sup>224</sup> Unterstützend wurde hierbei in der Argumentation auf die ca. 5 Mio. Reichsmark<sup>225</sup> verwiesen, die für die Um- und Ausbauten der allgemeinen Abteilungen im LKH Neustadt 1942 investiert worden waren und weiterer Investitionsbedarf mit dem Verweis auf ein Vorzeige-Krankenhaus von der Landesregierung zunächst konstant abgelehnt wurde. Die Kommission plädierte zur Erfüllung der landeseigenen Aufgaben in der Geisteskranken- und Krüppelfürsorge im Oktober 1945 zunächst für den Erhalt der Psychiatrie in Neustadt unter Beibehaltung von 500 Allgemeinbetten.<sup>226</sup> Dass sich die Neustrukturierung zunächst verzögerte und die Psychiatrie 1947 lediglich über ein begrenztes Kontingent von 250 Betten inklusive der Patienten des „Festen Hauses“ verfügen konnte, weist der Anteil der somatischen Abteilungen von 840 Betten aus.<sup>227</sup> Mit der Schließung eines Ausweichkrankenhauses für Kinder in Grömitz wurde 1948 die Kinderklinik<sup>228</sup> in Neustadt eingerichtet und 1949 folgte die Eröffnung der sogenannten „Landeskrüppelklinik“ auf dem LKH-Gelände. Ungeachtet der politischen

<sup>223</sup> 10.10.1945. Zit. n.: Sitzungsprotokoll über die zukünftige Gestaltung des LKH Neustadt in Schleswig-Stadtfeld. LASH: Abt. 611/ 1426.

<sup>224</sup> Vgl. LASH: 761/ 10644; Faulstich verweist für Schleswig-Holstein am Beispiel der evangelischen Einrichtung Rickling auf das Spardiktat der Landesregierung, das für alle Anstalten galt. Kostenersparnis hatte oberste Priorität hinsichtlich der Notwendigkeit von Aufnahmen, Verweildauer und Verpflegungssatz. Vgl. Faulstich (1998), S. 711;

<sup>225</sup> 1968 wurden die Kosten von Verwaltungsdirektor Steffen auf lediglich 3,6 Mio. RM beziffert. Vgl. Koch (1993), S. 61.

<sup>226</sup> Zunächst galt jedoch vorrangig die Tuberkulosebekämpfung als landeseigene Aufgabe. Vgl. Koch (1993), S. 61.

<sup>227</sup> Über insgesamt 1.090 Betten verfügte das LKH Neustadt Mitte 1947. Davon stellte die Med. Klinik incl. Infektionsabteilung 250 Betten, die Chirurgie 225 Betten, die Lungenklinik 175 Betten, die Frauenklinik 150 Betten und die Säuglingsstation 40 Betten. Die Anlage gliederte sich in 10 Häuser und einer Baracke für insgesamt sieben Fachabteilungen. Zudem waren als Sondereinrichtungen eine Röntgenabteilung, eine Bäderanlage mit Stanger-, Suda- und Schlammbad, eine Kranken- und Säuglingspflegeschule, eine heilgymnastische Abteilung, eine Vollapotheke und Prosektur für Histologie, Serologie, Bakteriologie und klinisch-medizinische Untersuchungen vorhanden. Vgl. LASH: Abt. 611/ 457-I; Koch (1993), S. 62.

<sup>228</sup> 1953 verfügte die Kinderklinik in Neustadt über 60 Betten. Vgl. LASH: Abt. 611/ 457- I.

Weichenstellungen zur zukünftigen Nutzung des LKH blieb die Belegungssituation zunächst vor allem für Psychatriepatienten angespannt. Patientenaufnahmen in den ersten Nachkriegsmonaten wurden nicht zuletzt aufgrund der räumlichen Enge nach Möglichkeit vermieden, vor allem, wenn ein höherer gesellschaftlicher Status zu Grunde lag.

Sollte dennoch eine sofortige Verlegung notwendig sein, so müßte die Patientin sich mit größter Raumbeschränkung abfinden. Auf der Abteilung, die normalerweise 70 Patientinnen faßt, liegen z.Zt. 81, die zuletzt aufgenommenen auf Liegestühlen, ein Zustand, der der Patientin wohl kaum zusagen würde.<sup>229</sup>

Nur sukzessive schritt der Ausbau der Psychiatrie mit dem Bettenabbau der allgemeinen Abteilungen voran. Zunächst wurde mit der Reduzierung von 40 Betten – der Chirurgie, der Haut-, Augen- und HNO-Klinik - der während des Krieges in Neustadt untergebrachten universitären Kliniken aus Kiel begonnen, was bis 1953 für die Medizinische Abteilung von 233 auf 65 Betten, die Chirurgische Abteilung von 175 auf 80 Betten und für die Frauenklinik von ca. 150 auf 100 Betten zur allmählichen Bettenreduzierung führte.<sup>230</sup> Der Neustrukturierung des Neustädter LKH unterlag auch die zugehörige Landwirtschaft. Eine erste Planfeststellung im Juni 1945 konstatierte, dass die Landwirtschaft aus rein bäuerlichen Gesichtspunkten betrieben wurde und sich dadurch aus dem „Interessenkreis des Krankenhauses“<sup>231</sup> herausgelöst hatte. „Sie wird künftig wieder sehr stark mit dem Landeskrankenhaus verbunden werden müssen und ein wichtiger Versorgungszweig sein“.<sup>232</sup> Für die zum LKH Neustadt zugehörige Landwirtschaft wurden 1947 120 ha landwirtschaftliche Nutzfläche mit 13 Pferden, 100 Rindern, 44 Schweinen und 7 Schafen angeführt.<sup>233</sup>

Die Neustrukturierung sah in den ersten Nachkriegsjahren grundsätzlich die Beibehaltung der heterogenen Krankenhausstruktur vor. Mit der sukzessiven Reduktion ehemals somatisch genutzter Stationen konnte die psychiatrische Abteilung ihre Aufnahmekapazitäten zunächst nur geringfügig steigern. Mit der Ausweitung der Psychiatrie wurden der bauliche Zustand und die sanitäre

---

<sup>229</sup> 27.11.1945. Schreiben des LKH Neustadt an den Hausarzt der Patientin Katharina B. LASH: Abt. 377/ 10482.

<sup>230</sup> Entwicklungsbericht LKH Neustadt 1953. Vgl. LASH: Abt. 611/ 457-I.

<sup>231</sup> 11.6.1945. Wirtschaftsplanung zur zukünftigen Entwicklung des LKH Neustadt. Vgl. LASH: 611/ 1426.

<sup>232</sup> Die Verwalterstelle sollte vorrangig mit einem für Gemüsebau interessierten Landwirt besetzt werden. Von 1946 bis 1968 nahm diese Position der Landwirtschaftsinspektor Rudolf Jenssen ein. Vgl. Ameos Archiv Neustadt: Az. 620-5; Die Anbaufläche für Gemüse wurde nach 1.500 Portionen berechnet und sollte aus der landwirtschaftlichen Nutzfläche (LN) zur Verfügung gestellt werden. LASH: 611/ 1426.

<sup>233</sup> Vgl. Koch (1993), S. 62 ff.

Ausstattung übernommen, die vormals allgemein Kranken genügen mussten und somit als ausreichend für Psychiatriekranke eingeschätzt wurden. Die zuständigen Landesbehörden verwiesen auf die 1942 getätigten Investitionen und lehnten weitere zunächst ab.

### **3.2 „Entzerrung“ der psychiatrischen Abteilungen zwischen Wunsch und Wirklichkeit – die Bauentwicklung der 1950er Jahre –**

Die britische Besatzung schätzte die bauliche Ausstattung der schleswig-holsteinische LKH als unzureichend ein und erwirkte am 16.2.1949 einen Erlass, der deren Instandsetzungsmaßnahmen vordringlich behandelte und Kürzungen des für die Bauunterhaltung im Verrechnungshaushalt angesetzten Betrags ausschloss.<sup>234</sup> Der schleswig-holsteinische Landesausschuss für Finanzen hingegen hob diesen Erlass 1950 auf und setzte rückwirkend zum Beginn des Rechnungsjahres eine Kürzung um 25% von 2% auf 1,5% der Gebäudewerte von 1914 durch. Für das Neustädter LKH mit einem Bauwert von 5,6 Mio. DM beliefen sich die 1,5% für die allgemeine Bauunterhaltung somit auf 84.000 DM, für Umbaumaßnahmen, Neu- und Erweiterungsbauten auf 66.200 DM.<sup>235</sup> Als Zusatz wurden einmalige Mittel für bauliche Ergänzungen und außergewöhnliche Instandsetzungen in Höhe von 51.700 DM gewährt. Proteste des Neustädter Verwaltungsdirektors wegen der Nichtberücksichtigung nichtverwendeter Mittel in Höhe von 40.000 DM aus den Rechnungsjahren 1948/49 verhallten. Seine Argumentation gegen die Kürzung des „ohnehin unzulänglichen Bauunterhaltungssatzes“<sup>236</sup> verwies u.a. auf den untragbaren Zustand, eine Krankenhausanlage mit allen sanitären und hygienischen Einrichtungen und der starken Beanspruchung durch die Fluktuation der Patienten mit demselben Bauunterhaltungssatz eines Verwaltungsgebäudes zu veranschlagen. Dringend notwendige Renovierungsarbeiten im inneren Klinikbereich konnten somit nicht durchgeführt werden.<sup>237</sup> Die anstaltsinternen Planungen<sup>238</sup> zu den baulichen Maßnahmen gegen die Überbelegung, eine Erweiterung der psychiatrischen

---

<sup>234</sup> 6.6.1950. Landessozialminister (Abt. Bauwesen) der Landesregierung Schleswig-Holstein zum Verrechnungshaushalt für die LKH Neustadt und Heiligenhafen. Vgl. LASH: Abt. 611/ 1399.

<sup>235</sup> Im September 1950 erfolgte die rückwirkend geltende Kürzung der Mittel zur Bauunterhaltung. Ebd.

<sup>236</sup> Ohne Datum. Verwaltungsdirektor Steffen LKH Neustadt. Vgl. LASH: Abt. 611/1399.

<sup>237</sup> Ebd.

<sup>238</sup> Neben dem Verwaltungs- und Medizinaldirektor waren auch Oberin, die leitenden Pflegeschwestern und der Pflegevorsteher aktiv an den Planungen beteiligt. Vgl. Ameos Archiv Neustadt.: Az. 200-1

Patientenversorgung, die Verbesserung der Wohnverhältnisse des Schwesternpersonals, die arbeitstherapeutische Erweiterung der Werkstätten und die Freizeitgestaltung der Patienten und des Personals zeichneten sich durch mehrjährige Planungsphasen und zögerliche Freistellung der Finanzmittel in aufwendigen und zeitraubenden Aushandlungsprozessen zwischen dem LKH, dem Bauamt und der Landesregierung aus.

Bereits im Jahr 1951 hatte sich die Gesamtbettenzahl der psychiatrischen Abteilung im LKH gegenüber 1948 (Gesamtbettenzahl 249)<sup>239</sup> um etwa 170 Betten auf durchschnittlich 420 Betten erhöht. Die Renovierung der Stationen bzw. ganzer Häuser gestaltete sich aufgrund der hohen Belegungszahlen problematisch und erste Pläne zur Auflockerung der überbelegten Stationen konzentrierten sich Anfang der 1950er Jahre auf die Räumung des als Schwesternheim genutzten „Haus 11“, das offiziell unter seiner alten Bezeichnung „Rotes Haus“ in den Bauakten geführt wurde. Es muss davon ausgegangen werden, dass die Zustände für die psychiatrischen Patienten in den einzelnen Häusern bis zur Auflösung der Frauenklinik Ende 1954 mit 100 Betten unter den bestehenden baulichen Gegebenheiten und Sanitäreinrichtungen extrem beengt waren. Wie unhaltbar diese Zustände selbst von den zuständigen Gesundheitsabteilungen eingeschätzt wurden, lässt sich anhand der relativ konstanten Patientenzahl der Psychiatrie zwischen 1955 und 1958 von rund 500 Patienten unter Inanspruchnahme der ehemals 150 Betten der Frauenklinik ableiten, die einen wichtigen Schritt in Richtung Entzerrung widerspiegelt. Ein Zustand, der sich nicht lange halten ließ. Die signifikante Patientenzunahme um 200 Patienten Ende 1958 machte weitere Baumaßnahmen dringend erforderlich.<sup>240</sup> Zunächst ergab sich mit der Schließung der Lungenklinik im März 1958, deren Patienten nach Heiligenhafen verlegt wurden, eine weitere bauliche Erweiterung der Psychiatrie. Das LKH war bestrebt, „Haus 4“ möglichst zügig für ca. 90 männliche Psychiatriepatienten herzurichten. Im Frühjahr 1958 wurden alle erforderlichen Umbau-, Ergänzungs- und Erneuerungswünsche vom leitenden Pflegepersonal eingefordert, um in Absprache zwischen Verwaltung und Klinikleitung den Katalog an das Landesbauamt weiterleiten zu können. Die Umbaumaßnahmen konnten nicht umfangreich gewesen sein, wurde „Haus 4“

---

<sup>239</sup> Vgl. Koch (1993), S. 62 ff.

<sup>240</sup> Vgl. LASH: Abt. 611/1459; Abt. 611/1460; Abt. 611/1461.

bereits drei Monate später im Juni 1958 bezogen, um hier vor allem die im Arbeitseinsatz befindlichen Patienten unterbringen zu können.<sup>241</sup>

Die Freimachung des als Schwesternhaus genutzten „Roten Hauses“ für Psychiatriepatienten konnte mit dem Neubau eines Schwesternwohnheimes erfolgen, dessen Planung bereits 1953 mit einem Raumkonzept von zunächst 60-Einbett-, 10-Zweibett- und 5 Vierbett-Zimmern begann.<sup>242</sup> Die Erstellung eines neuen Wohnheimes sollte Schwestern, Pflegerinnen und Schülerinnen, die bisher in einem ehemaligen Bettenhaus und weit verstreuten Einzelzimmern in Klinikgebäuden untergebracht waren, ein von den Arbeitsplätzen ungestörtes und getrenntes Eigenleben ermöglichen. Man versuchte, nicht zuletzt mit verbesserten Wohnbedingungen, dem chronischen Personalmangel entgegenzuwirken und erhoffte sich durch die gesamtgesellschaftliche Wohnungsnot Anfang der 1950er Jahre einen positiven Effekt, der den Pflegeberuf attraktiver machen sollte. 1956 wurden erste Kostenvoranschläge eingeholt, allerdings ließ die Bereitstellung der Landesmittel zunächst auf sich warten. Erst nach der öffentlichen Kritik am verzögerten Baubeginn durch Oppositionspolitiker<sup>243</sup> erteilte die Kieler Baudirektion der „Neuen Heimat“<sup>244</sup> zügig den Bauauftrag.

Das Land weiß, was es den Schwestern und dem Pflegepersonal schuldig ist, die zu den Mangelberufen gehören, harte und sorgfältige Arbeit leisten müssen und deshalb auch auf ein Heim Anspruch haben, in dem sie ihre Freizeit losgelöst von der Tagespflicht und Mühen verbringen können.<sup>245</sup>

Im Juni 1958 gerichtet, konnte das neue Schwesternwohnheim<sup>246</sup> im Februar 1959 nach ca. 6-monatiger Verzögerung bezogen werden. Das Bauvorhaben wurde medienwirksam begleitet und mit prominenter Gästeliste offiziell eingeweiht. Dennoch gab es Misstöne, die vor allem die Innenausstattung betraf: „Baulich

---

<sup>241</sup> 26.6.1958. Verwaltungsdirektor Steffen an Pflegevorsteher Vogelsang. Ameos Archiv Neustadt.: Az. 200-1.

<sup>242</sup> Die Endplanung sah 99 Einzelzimmer und 32 Doppelzimmer mit insgesamt 164 Betten vor. Die Mehrbettzimmer der Erstkonzeption Anfang der 1950er Jahre entsprachen 1957 nicht mehr den Bedürfnissen. Vgl. Ameos Archiv Neustadt.: Az. 272-0.

<sup>243</sup> 9.8.1957. Der Oppositionsführer im Kieler Landtag, Käber, kritisierte die Bauverzögerung, obwohl die Mittel längst bewilligt seien. Neustädter Tageblatt; Kieler Nachrichten. Ameos Archiv Neustadt: Az. 200-1.

<sup>244</sup> 21.8.1964. Gemeinnützige Wohnungs- und Siedlungsgesellschaft in Schleswig-Holstein. Zunächst blieb die Wohnungsbaugesellschaft Eigentümer des Schwesternwohnheimes und das LKH Neustadt zahlte eine jährliche Kostenmiete. Vgl. Erhebungsbogen über Baumaßnahmen in Krankenhäusern. Ameos Archiv Neustadt: Az. 200-0.

<sup>245</sup> 15.9.1957. „Geschenk für Neustadts Schwestern“ in N. Gek.Z. Ameos Archiv Neustadt: Az. 272-0.

<sup>246</sup> Die Gesamtkosten beliefen sich auf ca. 1,5 Mio DM. Der Gesamtkomplex umfasste 3.169 qm mit 164 Zimmern, einem Tagesraum von 150 qm und einem Sport- und Lehrräume. Ameos Archiv Neustadt: Az. 200-0.

ausgezeichnet, Inneneinrichtung unter aller Sau“<sup>247</sup>. Die Zimmer verfügten lediglich über eine Mindestgröße und waren stereotyp einfach und qualitativ minderwertig möbliert. Viele Schwestern verweigerten ihren Umzug und bevorzugten ihre bisherigen Zimmer in den alten Klinikgebäuden, da sie dort eigene Möbel mitbringen konnten und ihren Hausstand beim Umzug ins neue Heim nicht aufgeben wollten. Bereits 1960 beklagte die Verwaltung die steigende Zahl freier Wohnheimbetten und begründete dies mit einem Mangel an ledigem Personal und der Zunahme von verheiratetem Personal, das außerhalb wohnte.<sup>248</sup>



Abb. 5: Das Schwesternwohnheim 1959<sup>249</sup>

Unsere Hoffnung ist, im April 1961 einen großen Schülerinnenkurs und Vorschülerinnen zusammen zu bekommen und damit einmal die 48-Std.-Woche einzuführen und zum anderen das Schülerinnenheim wieder auszulasten. Die Belegung des Schwesternwohnheimes ist davon abhängig, ob es uns gelingt, mehr lediges Pflegepersonal zu gewinnen, die Aussichten sind hier allerdings denkbarst schlecht. Für die Werbung von Lernschwestern wäre eine Beschleunigung der Festsetzung der neuen Taschengeldsätze durch das Finanzministerium sehr zu wünschen.<sup>250</sup>

Mit der Fertigstellung des Schwesternwohnheimes konnte das „Rote Haus“ nach Überplanung der Inneneinrichtung zur Auflockerung der überbelegten Stationen Mitte April 1959 mit weiblichen Psychatriepatienten belegt werden. Somit wurden aus dem als Männerhaus bezeichneten „Haus 9“ alle Frauen ins „Rote Haus“ verlegt. Die

---

<sup>247</sup> 6.2.1959. Oberregierungsrat Dr. Kiessig nach der Besichtigung des Neubaus incl. der Zimmer und der Innenausstattung. Ameos Archiv Neustadt: Az. 272-0.

<sup>248</sup> 1960 standen 42 Betten leer (20 Einzelzimmer/11 Zweibettzimmer), 1962 waren es 46 Betten (25 Einzelzimmer/ 16 Doppelzimmer + 1 Bett). Vgl. Archiv Ameos Neustadt.: Az.272-0.

<sup>249</sup> Fotokopie vom Schwesternwohnheim aus dem Fotoalbum der Oberin Meta Heumann. Dank für die Einsicht an Dr. Freudenberg. Ameos Neustadt.

<sup>250</sup> 22.11.1960. Oberin Heumann an Verwaltungsdirektor Steffen. Ameos Archiv Neustadt: Az. 272-0.

einzig erhaltenen Baupläne zeigen die Raumaufteilung des Ober- und Dachgeschosses für das Pflegepersonal im ehemaligen Schwesternhaus.

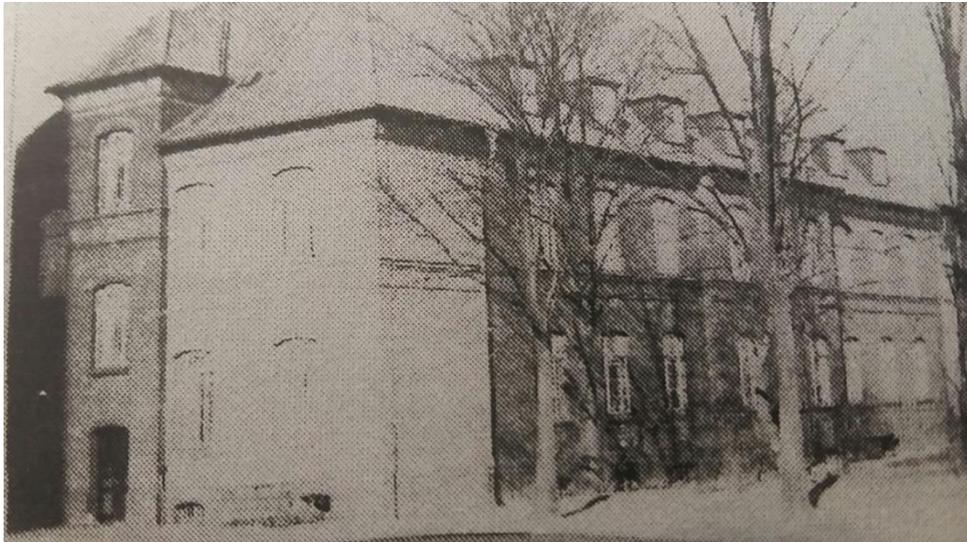


Abb. 6: Das „Rote Haus“<sup>251</sup>

Entsprechend der Einträge in der Bauzeichnung bildet sich die mögliche Bettenplanung des LKH für eine zukünftige psychiatrische Nutzung von 2-Bett-Zimmern, 4-Bett-Zimmern und 6-Bett-Zimmern ab. Im Dachgeschoss kamen zuvor 24 Schwestern in jeweils 6-Bett-Zimmern unter, zwei Tagesräume dienten der Freizeitgestaltung. Mit der drastischen Zunahme des psychiatrischen Patientenbestandes 1958 konnte trotz der Ausweitung der psychiatrischen Stationen die Problematik der psychiatrischen Unterbringung jedoch keineswegs gelöst werden.

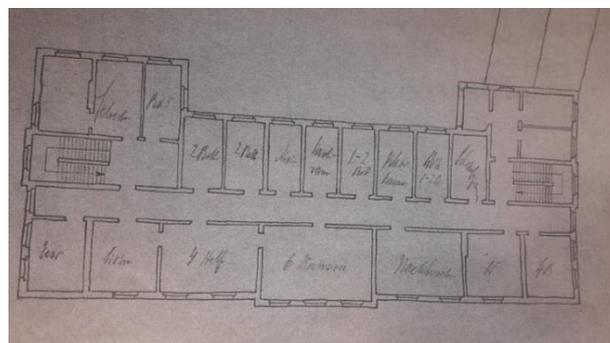


Abb. 7: Bauplan Obergeschoss „Rotes Haus“<sup>252</sup>

<sup>251</sup> Kopie aus dem Fotoalbum der Oberin Meta Heumann. Dank für die Einsicht an Dr. Freudenberg. Ameos Neustadt.

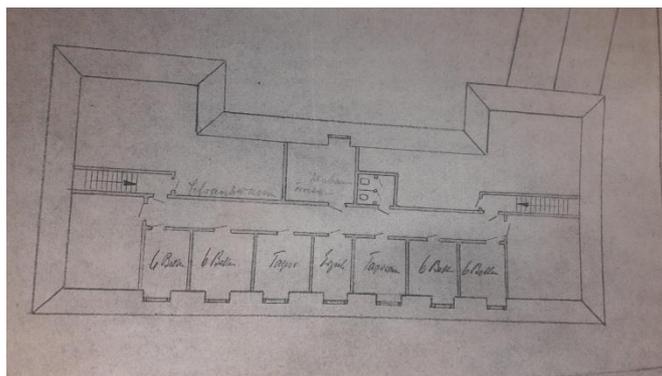


Abb. 8: Bauplan Dachgeschoss „Rotes Haus“<sup>253</sup>

Wie weit man sich von dem ursprünglichen Ziel der 80 Bettenplanung zur Auflockerung und Entzerrung der bereits überfüllten Stationen entfernt hatte, mochte die Bitte der Verwaltung auf Berücksichtigung von nur 110 statt 123 möglichen Betten im Haushaltsplan 1959 und 1960 für das „Rote Haus“ verdeutlichen. Aufgrund der „akuten Raumnot“<sup>254</sup> erklärte Verwaltungsdirektor Steffen indessen, „daß es gelungen ist, insgesamt 123 Betten einwandfrei aufzustellen - 33 Betten im Erdgeschoss, 53 Betten im 1. Stock und 37 Betten im Dachgeschoss“.<sup>255</sup> 43 zusätzliche Betten entgegen der ursprünglichen Planung im „Roten Haus“, nunmehr 37 psychiatrische Patientinnen im Dachgeschoss statt vormals 24 Schwestern zeugen nicht nur vom Ende des Entzerrungsprozesses Ende der 1950er Jahre, sondern bestätigen Kontinuitäten in der LKH-Unterbringung, dem Kleiderschränke, Tagesräume und der Ausbau der sanitären Einrichtungen zum Opfer fallen mussten. Auffällig sind die zwei Treppenhäuser an den Stirnseiten des „Roten Hauses“, die zu den Fluren und Krankenzimmern durch Stahltüren abzuriegeln waren. Die Fenster (Abb.10) waren vergittert, allerdings muss offen bleiben, ob dieser Zustand bereits bei der Nutzungsänderung bestanden hatte oder 1959/60 nachträglich hergestellt wurde.

Nach kurzen Renovierungsphasen folgten weitere Übernahmen der Psychiatrie ehemaliger somatisch belegter Häuser. Während „Haus 5 unten“ für ca. weibliche 100 Psychatriepatienten überplant und aufgrund umfangreicherer Baumaßnahmen

<sup>252</sup> LKH-Baupläne 1942-1947. LASH: 611/ 1426.

<sup>253</sup> LASH: 611/ 1426.

<sup>254</sup> 4.2.1959. Presseerklärung des LKH Verwaltungsdirektors Steffen gegenüber dem akuten Bettenmangel, der fast einem „Notstand“ gleich käme. Kieler Nachrichten.

<sup>255</sup> 2.4.1959. Im Dachgeschoss wurden zusätzliche Sicherungsmaßnahmen wie Fenstergitter und Stahltüren eingebaut. Man hoffte, nach Behebung der starken Überbelegung hier mehr Nebenräume als bisher zur Verfügung stellen zu können. Verwaltungsdirektor Steffen an den Innenminister des Landes Schleswig-Holstein. Ameos Archiv Neustadt: Az. III A2.

erst im Februar 1962 bezogen werden konnte, wurde „Haus 5 oben“, das vormals als Personalunterkunft diente, bereits im Mai 1960 in Benutzung genommen. Der ehemalige Personalflur im „Haus 5 oben“ wurde in Krankenzimmer umgestaltet, mit Fenstersicherungen versehen und zum Treppenhaus hin durch Stahltüren gesichert.<sup>256</sup> Das ehemals als Werkstätten genutzte „Weiße Haus“ (Haus 14) sollte mit dem Neubau eines Werkstattgebäudes ebenfalls wieder als Bettenhaus für psychiatrische Patienten genutzt werden. Die Zimmer- und Wohnungsnot war 1956 im LKH bereits so erheblich, dass jede Möglichkeit zur Schaffung von Wohnraum für Patienten aber auch das Personal genutzt werden musste. Grundsätzliche Erläuterungen zum Wiederaufbau des „Weißen Hauses“ beinhalteten vor allem die zu erzielende Steigerung des Bettenraums.

Die Verlängerung der Flure bringt, wie leicht nachzuprüfen, keinen Verlust an Bettenraum, sondern gestattet im Gegenteil eine bessere Raumnutzung unter der Voraussetzung, daß einige leichte Zwischenwände neu eingezogen oder versetzt sowie einzelne Türöffnungen z.T. geringfügig verschoben werden. Werden diese geringfügigen Veränderungen nicht durchgeführt, so kann die Bettenzahl nicht erreicht werden.<sup>257</sup>

und den erstmals Mitte der 1950er Jahre erwähnten baupolizeilichen Verordnungen für Krankenhäuser, die den verfügbaren Luftraum pro psychiatrischem Krankenbett einbezog.

Der je Krankenbett verfügbare Luftraum überschreitet in allen nicht tagsüber genutzten Schlafräumen die für Geistesranke vorgesehene Mindestmenge von 15 cbm z.T. recht erheblich. In dem auch tagsüber belegten Wachsaaal ist der Luftraum mehr als 20 cbm je Bett. Auch bei Ausnutzung der Reservebetten wird der vorgeschriebene Luftraum nur im Wachsaaal geringfügig, in allen anderen Räumen überhaupt nicht unterschritten.<sup>258</sup>

Am Beispiel der detaillierten Beschreibung der Bauplanung zum Aus- bzw. Umbau des ehemaligen Werkstattgebäudes, des sogenannten „Weißen Hauses“, Ende der 1950er Jahre wird ein Einblick in die Unterbringungssituation der Psychiatriepatienten gegeben. Vergitterte Fenster und Wachsäle blieben weiterhin fester Bestandteil der Bauplanung. Allerdings war man bei diesem Umbau bestrebt, nahezu alle Schlafräume mit Waschbecken zu versehen, allerdings „ohne daß hierdurch für Betten nutzbarer Raum geopfert werden musste“.<sup>259</sup> Lediglich zwei Räume im Erdgeschoss blieben zugunsten von Bettenplatz ohne Waschbecken. Separate Waschräume waren in der Planung nicht vorgesehen.

---

<sup>256</sup> Ameos Archiv Neustadt: Az. 200-1.

<sup>257</sup> O.V. Ameos Archiv Neustadt: Az.271-0.

<sup>258</sup> O.V. Ameos Archiv Neustadt: Az.271-1

<sup>259</sup> O.V. Ebd.



Abb. 9: Das „Weiße Haus“<sup>260</sup>

Für die Schlafräume ohne Waschbecken wurden „in unmittelbarer Nähe im Durchgangsraum zum Zellenflügel und zu den Toiletten Waschplätze angebracht“<sup>261</sup>. Die Personalräume lagen im Dachgeschoss und waren mit Alarm- und einer Haustelevonanlage mit dem Wachsaa verbunden. Eine einfache Lichtrufanlage für jedes Krankenzimmer wurde installiert und als Rundfunkanlage genügte ein „einfacher Empfänger mit starker Endröhre und 2-3 Lautsprechern im Tagesraum und Wachsaa.“<sup>262</sup> Die Inventarliste der Inneneinrichtung wies Ende der 1950er Jahre erstmals einen Bestand von 45 Kleiderschränken für die insgesamt 90 Patienten- und Personalbetten aus, während alle 90 Betten einen Nachtschrank erhielten. Zudem waren 90 neue Betten mit verstellbarem Kopfteil für Patienten und Personal incl. Matratzen und neuem Bettzeug vorgesehen.

Der z.Zt. noch notwendige, häufige Möbeltransport von einem Haus ins andere muss unbedingt künftig ausgeschaltet werden. Hinzu kommt, dass unser gesamtes Inventar stark überaltert ist.<sup>263</sup>

Bereits 1957 geplant, wurden die Haushaltsmittel in Höhe von 249.000 DM 1960 zur Wiederherstellung des „Weißen Hauses“ gewährt, wobei selbst der Anstrich einiger Krankenzimmer „die neuesten klinischen Erfahrungen betr. Wirkung der Farben auf

---

<sup>260</sup> Kopie aus dem Fotoalbum der Oberin Meta Heumann. Dank für die Einsicht an Dr. Freudenberg. Ameos Neustadt.

<sup>261</sup> 5.8.1957. Verwaltungsdirektor Heinrich Steffen an den Innenminister des Landes Schleswig-Holstein. Vgl. Ameos Archiv Neustadt: Az. 211-0; 271-2.

<sup>262</sup> Ebd.

<sup>263</sup> Ebd.

Patienten“<sup>264</sup> berücksichtigen sollte. Obwohl nun ein saniertes Haus mit 90 Betten der akuten Raumnot in der Psychiatrie begegnen konnte, musste das „Weiße Haus“ zunächst unbelegt bleiben. Akuter Raumnot folgte ein akuter Personalmangel bei Ärzten, Schwestern und Hausmädchen, der keine Belegung zuließ. Das LKH Neustadt war bemüht, zumindest Teile des „Weißen Hauses“ im Laufe des Jahres 1962 zu belegen, sollte genügend Personal rekrutiert werden.<sup>265</sup>

Neben dem Aus- bzw. Umbau der psychiatrischen Patientenhäuser bezog die Planung die Werkstätten zur Beschäftigung der psychiatrischen Patienten und den Freizeitbereich ein. 1952 begann die Planung zur Renovierung des ehemaligen Saalgebäudes auf dem Gelände des LKH Neustadt mit einem geschätzten Volumen von 90.000 DM.

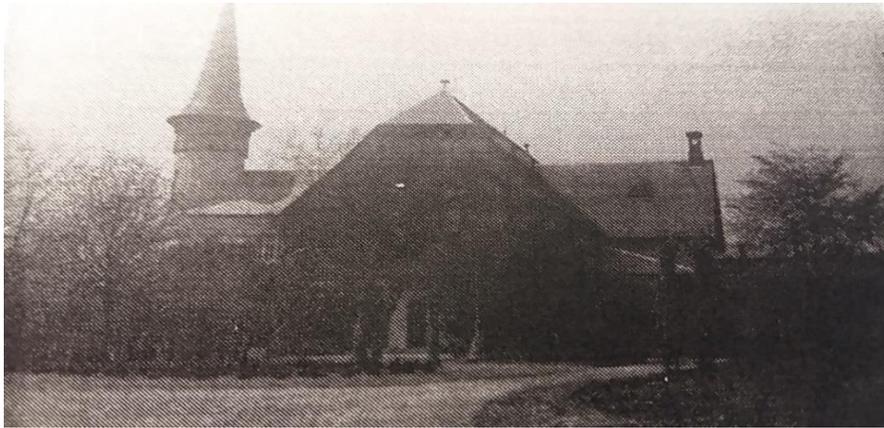


Abb. 10: Das Festsaal-Gebäude<sup>266</sup>

1956 konkretisierte die Verwaltungsdirektion des LKH Neustadt. in Zusammenarbeit mit dem Landesbauamt die Umbaupläne mit der Unterbringung der Anstaltswerkstätten im Erdgeschoss des ehemaligen Festsaalgebäudes. Demnach sollten zumindest einige Gewerke wie Tischler, Maler, Sattler, Schneider und Schuhmacher dort Platz finden, im Obergeschoss sollte der Saal als eigentlicher Festsaal für Patienten-Veranstaltungen, Patienten-Kino, kirchliche Veranstaltungen und Vortragssaal ausgebaut werden. Die Kosten-Nutzungsberechnung<sup>267</sup> führte

---

<sup>264</sup> 6.3.1961. Verwaltungsdirektor Steffen an das Landesbauamt in Eutin. Ameos Archiv Neustadt: Az. 271-1.

<sup>265</sup> 5.5.1962. „Das „Weiße Haus“ steht noch immer leer“. Neustädter Tageblatt. Ameos Archiv Neustadt: Az. 200-1.

<sup>266</sup> Kopie aus dem Fotoalbum der Oberin M. Heumann. Dank für die Einsicht an Dr. Freudenberg. Ameos Neustadt.

<sup>267</sup> Der Ausbau des Obergeschosses gestaltete sich in der Planung durch Verbreiterung und Austausch der bisherigen Holz-Treppenhäuser, Errichtung von Patienten- und Personal-Toiletten als

1957 dazu, einen gesonderten Neubau aller Werkstätten incl. Nebenräume wie Toiletten und Aufenthaltsräume mit insgesamt 550 qm und geschätzten 150.000 DM zu planen und die einfache Renovierung des ehemaligen FestsaaIs für Veranstaltungszwecke vorzunehmen. Dieser Plan wurde allgemein favorisiert, wenn auch keine finanziellen Einsparungen gegenüber der ursprünglichen Planung zu erwarten waren, ergab sich eine betriebliche Verbesserung aus diesem Vorhaben.<sup>268</sup> Die Renovierung des eigentlichen Festsaal-Gebäudes zog sich aufgrund anderer, dringlicheren Bauvorhaben hinaus und noch 1959 drängte der Kultusminister des Landes Schleswig-Holstein darauf:

Ich halte die ausreichende gottesdienstliche Versorgung der ständig wachsenden Patientenzahl des Landeskrankenhauses Neustadt für unbedingt notwendig. Wenn bisher die Gottesdienste lediglich auf den Stationen in den Tagesräumen des Krankenhauses gehalten worden sind, so kann dieser Zustand nicht weiter als tragbar angesehen werden. [...].<sup>269</sup>

Bisher nahmen ca. 200 Patienten an hohen Festtagen gemeinschaftlich an einem Gottesdienst in einem Saal der Wäscherei teil. Nach Fertigstellung des FestsaaIs rechnete die Oberin 1960 mit ca. 300 Patienten und wies in einem gesonderten Schreiben noch einmal auf das Bedürfnis der Patienten nach gemeinsamen kirchlichen Feiern hin.<sup>270</sup> Allerdings ließ die Akustik des FestsaaIs schon in den 1920er Jahren zu wünschen übrig und die Bühne war für einen Teil der Besucher nicht einsehbar. Die ebenfalls im Festsaalgebäude untergebrachte Ärztekasino-Küche sollte auf Wunsch des LKH Neustadt erhalten bleiben, da sie doch für die Festivitäten der Psychiatrie-Patienten wie Erntefeste, Vogelschießen und Weihnachtsfeier als Vorbereitungsraum und Anrichte zur Verköstigung der Teilnehmer unentbehrlich sei. Die Inneneinrichtung umfasste neben dem Altarraum und einer Sakristei für die amtierenden Geistlichen den Einbau einer Orgel.<sup>271</sup> Für die Kino-Vorführungen wurde Gestühl für geschätzte 325 Personen<sup>272</sup> eingeplant. An den psychiatrischen Festen nahmen Patienten, Pflegepersonal und Ärzte teil und das

---

schwierig und kostenintensiv, zudem konnten im Erdgeschoss durch die baulichen Vorgaben nicht alle Sicherheitsabstände in den Arbeitsräumen mit Maschinen eingehalten werden und eine durchgehende Belichtung war ebenfalls nicht gegeben. Vgl. Ameos Archiv Neustadt: Az. 271-0; 272-0.<sup>268</sup> Der Neubau eines Werkstattgebäudes hätte eine allgemeine Belichtung für alle Gewerke beinhaltet. Bei einem geeigneten Bauplatz in der Nähe von Heizung und Wäscherei hätte man die Betriebstätten zusammengefasst und die Energiewege reduziert. Vgl. Ameos Archiv Neustadt: Az. 271-0.

<sup>269</sup> 24.2.1959. Vertreter des Kultusministers an den Innenminister des Landes Schleswig-Holstein. V 14 – 563/59. Ameos Archiv Neustadt: Az. 271-0.

<sup>270</sup> 28.4.1960. Oberin Heumann. Ameos Archiv Neustadt: Az. 271-0.

<sup>271</sup> 1961 wurde die Orgel für einen Preis von 13.200 DM bestellt. Ameos Archiv Neustadt: Az. 271-0.

<sup>272</sup> Die Verwaltung errechnete insgesamt 325 Personen: 180 Männer, 120 Frauen als Patienten und 25 Begleiter des Pflegepersonals. Ameos Archiv Neustadt: Az. 271-0.

Raumangebot sollte hier Platz für 375 Personen bieten, die ebenfalls für die Betriebsfeste des Personals eingeplant waren. 50 Tische für jeweils 6 Personen, eine Lautsprecher- und Lichtanlage, Verdunklungsmöglichkeiten und eine Fernsehantenne wurden in Absprache von Medizinaldirektor, Oberin und Pflegevorsteher und geschätzten Kosten von 31.000 DM geplant.

### **3.3 Reformkurs der psychiatrischen Landesplanung – die bau- und betriebliche Weiterentwicklung der 1960er Jahre**

1960 äußerte sich der Vorsitzende des Ausschusses für Volksgesundheit im Schleswig-Holsteinischen Landtag besorgt über die Gesundheitspolitik in Schleswig-Holstein und sah die schleswig-holsteinischen Landeskrankenhäuser „weit hinter den anderen Ländern des Bundes zurückstehen.“<sup>273</sup> Bausubstanzverfall und Investitionsstau als Folge ökonomischer Sparinteressen der Landesregierung richteten sich gegen psychiatrisches Patientenwohl. Die mit Betten belegte Veranda von „Haus 9“ war 1960 ärztlicherseits stark beanstandet worden, da sie im Winter trotz verbesserter Heizung als zu zugig und kalt galt. Die beantragten Doppelfenster wurden aufgrund von Kürzungen der Bautitel nicht genehmigt und der Bitte nach Verlegung der Patienten zumindest im Winter konnte aufgrund von Überbelegung oder Personalnot auf anderen Stationen nicht entsprochen werden.<sup>274</sup> Neben diesen aus Sicht der Klinikärzte unhaltbaren Unterbringungszuständen für die Psychiatriepatienten blieben die Folgen der ebenso schwierigen Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals zunächst unberücksichtigt. Starke Personalfluktuationen und Mangel an qualifizierten Kräften traten zunehmend in den Vordergrund. Zur Frage der erfolgten Baumaßnahmen machte der Neustädter Verwaltungsdirektor für den Zeitraum 1950-1963 deutlich, dass die umfangreichen Sanierungsmaßnahmen im Wesentlichen die technischen Anlagen der Anstalt wie das eigene Kraftwerk, die Großwäscherei, die eigene Trinkwasserbeförderung und -aufbereitung, die Straßeninstandsetzung und die Verlegung von Leitungen umfassten und Um- und Erweiterungsbauten an Klinikgebäuden nicht durchgeführt wurden. Die im „Weißen Haus“ für 249.000 DM durchgeführten Arbeiten wurden als Renovierung eingestuft.

---

<sup>273</sup> 13.9.1960. Kurt Semprich in einer ÖTV-Versammlung im Schwesternkasino des LKH Neustadt zur Absicht der SPD-Landtagsfraktion zur Einbringung eines Krankenhausgesetzes. Neustädter Tageblatt. Aneos Archiv Neustadt: Az. 204-3.

<sup>274</sup> 5.12.1960. Verwaltungsdirektor Steffen. Aneos Archiv Neustadt: Az. 200-1.

Unter „laufende Baumaßnahmen“ wurde die „laufende Bauunterhaltung“ von 1950-1963 mit insgesamt 1.9 Mio. DM berechnet.<sup>275</sup>

Dem Kabinett ist bekannt, dass in den letzten Jahren in steigendem Umfange Massnahmen zur Verbesserung des Gesundheitswesens im Lande Schleswig-Holstein getroffen werden mussten. Erwähnt seien die grossen Aufwendungen, die für die Sanierung und den Neubau der allgemeinen Krankenhäuser erforderlich wurden und die auch die nächsten Jahre noch eine wesentliche Belastung darstellen werden. [...] gegenüber diesen sehr vordringlichen Massnahmen konnten die psychiatrischen Landeskrankenhäuser nicht in dem an sich erforderlichen Masse gefördert werden.<sup>276</sup>

Auf Initiative des Finanzausschusses des Landtages erstellte das Deutsche Krankenhaus-Institut Düsseldorf (DKI) 1962 ein Gutachten zur baulichen und betrieblichen Entwicklung der Landeskrankenhäuser in Schleswig-Holstein. Ergänzend lag dem Kabinett ein Gutachten der Anstaltsärzte vor, das die Weiterentwicklung der psychiatrischen Krankenversorgung aus medizinischer Sicht beinhaltete. Beide Gutachten kamen unabhängig voneinander zu dem Schluss, dass der Bauzustand und die Ausstattung der schleswig-holsteinischen LKH unzureichend seien. Infolgedessen beanstandeten sie die unrationelle Arbeitsweise, das Fehlen erforderlicher Einrichtungen für eine zeitgemäße Behandlung und eine daraus resultierende Überbelegung.

Ferner wurde das LKH Heiligenhafen als psychiatrisches Landeskrankenhaus vom DKI nur bedingt tauglich eingestuft und ein viertes Landeskrankenhaus im Bereich der Westküste präferiert. Als Empfehlung wurde der systematische Ausbau der LKH Schleswig und Neustadt durch umfangreiche Neubauten, Sanierungen und Modernisierungen mit einem Investitionsbedarf von ca. 40 Mio. DM propagiert, da an beiden Standorten trotz des völlig veralteten und unzureichenden Zustandes die baulichen Voraussetzungen vorhanden waren. Auf Anregung des Kabinetts wurde 1962 ein Arbeitsausschuss beauftragt, die Gesamtkonzeption für die Weiterentwicklung der Landeskrankenhäuser auszuarbeiten.<sup>277</sup> Anfang der 1960er Jahre belief sich die Patientenzahl der drei Landeskrankenhäuser in Schleswig-Holstein auf ca. 4.700 Patienten, 1.500 mehr als noch 1953. Der jährliche Zuwachs

---

<sup>275</sup> 21.8.1964. Verwaltungsdirektor Steffen zum Erhebungsbogen über Baumaßnahmen in Krankenhäusern der „Arbeitsgemeinschaft Deutsches Krankenhaus“. Archiv Ameos Neustadt: Az. 200-0.

<sup>276</sup> 7.12.1963. Kabinettsvorlage Nr. 143/63 des Innenministers des Landes Schleswig-Holstein. LASH: 761/ 10329.

<sup>277</sup> Unter Federführung des Innenministeriums waren im Ausschuss weitere Vertreter des Finanz-, Sozial-, und Kultusministeriums sowie des Landtagsausschusses für Volksgesundheit, des DKI, des Landschaftsverbandes Rheinland und der Ärztekammer Schleswig-Holsteins beteiligt. Vgl. LASH: 761/ 10329.

an Psychatriepatienten wurde für das kommende Jahrzehnt auf 120-150 pro Jahr geschätzt und demnach wären bis 1974 insgesamt 5.900 Psychatriebetten erforderlich, die den Neubau eines 4. Landeskrankenhauses mit 850 Betten einschloss.

Für das LKH Neustadt sah der Ausschuss die Erhöhung der Bettenkapazität von bisher 1.070 Betten auf 1.200 Betten für erwachsene, psychisch Kranke, Schwachsinnige, Süchtige und geriatrische Fälle sowie das „Feste Haus“ für § 42b-Fälle vor<sup>278</sup> und sprach sich entgegen der bisherigen Neustädter LKH-Ausrichtung einer heterogenen Krankenhausstruktur für eine homogene psychiatrische Großanstalt aus. Die verbliebenen klinischen Einrichtungen sollten nach Errichtung des städtischen Krankenhauses in Neustadt aufgelöst werden und die orthopädische Landesklinik solange im LKH Neustadt verbleiben, bis andere Einrichtungen dafür geschaffen worden waren.<sup>279</sup> Die ärztlich-pflegerische Zielsetzung legte 1963 demnach den Schwerpunkt der großen Psychiatrie für akute und chronische Geisteskranke für die Landeskrankenhäuser fest. Daneben sollten zunehmend psychiatrisch-neurologische Abteilungen an größeren allgemeinen Krankenhäusern an Bedeutung gewinnen. Weiterhin wurde der Großteil der geriatrischen Patienten den Landeskrankenhäusern zugewiesen, es sollten aber verstärkt kommunale und karitative Einrichtungen geschaffen und gefördert werden, die wohnortnah in der Nähe eines Krankenhauses liegen sollten. Akute Suchtfälle sollten weiterhin in den LKH behandelt werden. Für Chroniker wurde die Schaffung karikativer Sondereinrichtungen gefordert. Obwohl die WHO für die bestmögliche psychiatrische Patientenversorgung lediglich 600-800 Betten für psychiatrische Krankenhäuser vorsah, ging der Ausschuss bewusst „an die äusserste Grenze des Vertretbaren“<sup>280</sup>, da eine Reduzierung der Bettenzahl in den LKH den sofortigen Neubau eines weiteren LKH erforderlich machte und bei der zu erwartenden Zuwachsrate ein weiteres 5. LKH angedacht werden müsste. „Damit würden die finanziellen Kräfte des Landes so stark in Anspruch genommen, dass die so dringend notwendige

---

<sup>278</sup> Für die anderen Landeskrankenhäuser in Schleswig-Holstein sah die Landesplanung folgende Steigerung der Bettenkapazität vor: LKH Schleswig-Stadtfeld von vormals 1.637 auf 1.650 Betten; LKH Schleswig-Hesterberg (Jugendpsychiatrie) verblieb bei 500 Betten; LKH Heiligenhafen von 1.470 auf 1.700 Betten. Der Neubau eines 4. LKH war mit 850 Betten eingeplant. Vgl. LASH: 761/ 10329.

<sup>279</sup> In Planung waren derzeit bereits ein Heim in Rickling und die medizinische Akademie in Lübeck. Vgl. LASH: 761/ 10329.

<sup>280</sup> Ebd.

Sanierung der bestehenden Häuser infrage gestellt wäre“.<sup>281</sup> Die Entwicklung der psychiatrischen Patientenzahlen, die Auslastung der Bettenkapazitäten von 107% im Jahre 1964 im LKH Neustadt und die kontinuierliche Zunahme der Verweildauer der Psychiatriepatienten zwang zu strukturellen Maßnahmen, die in ihrer Umsetzung jedoch Jahre benötigten sollten.

Das Mitteilungsblatt der Deutschen Vereinigung für Fürsorge im Krankenhaus verwies bereits 1961 auf die unzureichende Situation bestehender Einrichtungen hin und führte Beispiele einer außerklinischen Sektorenversorgung in Amsterdam mit Psychiatern, Fürsorgerinnen und Assistenzärzten im 24-Std. Dauerdienst an.<sup>282</sup> Weitere Publikationen setzten sich kritisch mit der 1.000 Betten-Rentabilität psychiatrischer Großanstalten auseinander und kritisierten das außer Acht lassen des therapeutischen Aspekts.

Von einem übergeordneten gesundheitspolitischen und volkswirtschaftlichen Gesichtspunkt aus ist die therapeutische Leistungsfähigkeit des PsLKH maßgeblich, also ein Vermögen, möglichst viele Kranke möglichst rasch wieder in die Gesellschaft einzuordnen. [...] Es ist aufs Ganze gesehen besser und billiger, psychiatrisch Kranke mit größerem Aufwand kurz, als möglichst mit geringem Aufwand lange behandeln und versorgen zu müssen.<sup>283</sup>

Von den 1963 insgesamt für den Ausbau der 3 Landeskrankenhäuser veranschlagten 66 Mio. DM entfielen 21. Mio. DM auf das Neustädter LKH.<sup>284</sup> 20-25% der Baukosten wurden zusätzlich für die Innenausstattung in Höhe von insgesamt 14 Mio. DM für die bestehenden LKH veranschlagt.<sup>285</sup> Der Ausschuss schlug ein Sofortprogramm für die beiden LKH in Schleswig und Neustadt vor, das zusätzlich für Neustadt die Aufgabe der Landwirtschaft und den Abriss der landwirtschaftlichen Gebäude vorsah.

Eine Erhaltung des Landwirtschaftsbetriebes im bisherigen Umfange wäre nur mit Rücksicht auf eine gesicherte Versorgung der Anstalt im Falle eines länger anhaltenden Notstandes zu vertreten.<sup>286</sup>

---

<sup>281</sup> LASH: 761/ 10329.

<sup>282</sup> Mitteilungsblatt Dt. Vereinigung für Fürsorge im Krankenhaus, Nr. 6, August 1961. BAK 142/ 1978/69-70.

<sup>283</sup> Prof. Kuhlenkampf (Frankfurt/ M.), NDV 9/ 63, S. 415ff. Zit. nach: Ärztliche Fragen II: Mitteilungsblatt Deutsche Vereinigung für Fürsorge im Krankenhaus, Nr. 5/6, Dezember 1963. BAK 142/ 1978/ 234.

<sup>284</sup> 7.12.1963. Kabinettsvorlage. Für das LKH Schleswig-Stadtfeld sah die Planung Ausgaben in Höhe von 30 Mio. DM, für das LKH Schleswig-Hesterberg 10 Mio. DM und für das LKH Heiligenhafen 5 Mio. DM vor.

LASH: 761/ 10329.

<sup>285</sup> Ebd.

<sup>286</sup> 7.12.1963. Zit. n.: Arbeitsausschuss zur Gesamtkonzeption der Weiterentwicklung der LKH in Schleswig-Holstein. LASH: 761/ 10329.

Dabei sollte aufgrund des Rückgangs der arbeitstherapeutischen Beschäftigung durch Patienten in der Landwirtschaft lediglich Flächen für eine erweiterte Gärtnerei von ca. 10 ha beibehalten werden und die verbliebene landwirtschaftliche Nutzfläche von ca. 82,5 ha verpachtet werden.<sup>287</sup> Die gutachterliche Stellungnahme der Landesbauverwaltung sah gegenüber der Belegung aus dem Jahre 1964 von 1.137 Betten zukünftig lediglich 860 Betten vor.<sup>288</sup> Die Pläne der Landesbauverwaltung sahen „wegen abbruchreifen oder völlig überalterten Bauzustandes“<sup>289</sup> den Abriss von „Haus 3“, „Haus 12“ und des Küchengebäudes vor. Die Gebäude 8, 9, 10 und 47 lagen zudem im Planungsraum der Aufnahmeklinik und sollten gegebenenfalls aufgegeben werden. „Haus 7“ und „Haus 8“ sollten neben „Haus 6“ für „abzusehende Kriminelle“ incl. der erforderlichen Arbeitsräume umgestaltet werden. Die geplante Entzerrung der nach Um- und Ausbau verbliebenen Häuser auf 860 Betten erforderte zur Erfüllung der angestrebten Sollbettenzahl von 1.200 Betten Neubauten einschließlich einer geplanten Aufnahmeklinik (120 Betten) von insgesamt 340 Betten erforderlich.<sup>290</sup> Beibehalten werden sollten nach der Sanierung das Kesselhaus, die Wäscherei<sup>291</sup>, das Verwaltungsgebäude und die Apotheke. Diese 1963 erstellte gutachterliche Stellungnahme des Landesbauamtes ließ sich in vielen Bereichen erst 1968 und später umsetzen. 10 ha der landwirtschaftlichen Nutzfläche wurden 1968 der neuen Großgärtnerei zugeschrieben, die 50-100 Patienten in der Arbeitstherapie Beschäftigung sicherte. Die restlichen landeseigenen Flächen wurden verpachtet, die Rinder 1968 abgeschafft und lediglich die Schweinemästerei bis 1985 aufrechterhalten. Die verbliebenen landwirtschaftlichen Gebäude wurden 1970 abgerissen und schufen Platz für weitere Neubauten.<sup>292</sup>

1965 umfasste die Patientenzahl in Neustadt für die landeseigenen Aufgaben der Psychiatrie (1.108 Betten) und der Orthopädie (112 Betten) 1.220 Betten. Bis zur Fertigstellung des Neustädter Krankenhauses 1967 verblieben 170 Betten für die Allgemeinen Abteilungen von Medizinischer Abteilung, Kinderklinik und Chirurgie, die

---

<sup>287</sup> Vgl. Koch (1993), S. 63 ff.

<sup>288</sup> LASH: 761/ 10329.

<sup>289</sup> Gutachterliche Stellungnahme der Landesbauverwaltung 1964. LASH: 761/ 10329.

<sup>290</sup> Ebd.

<sup>291</sup> Die Wäscherei wurde 1968 erweitert und mit einer Jahresleistung von 1.200 t Wäsche zukunftsweisend so modernisiert, dass die Wäsche des Neustädter Krankenhauses und des LKH Heiligenhafen mit bearbeitet werden konnte. Vgl. Koch (1993), S. 65.

<sup>292</sup> Vgl. Koch (1993), S. 62 ff.

in Folge dann für die psychiatrischen Patienten genutzt werden konnten. 1969 erfuhr „Haus 5“ mit 135 Betten eine Sanierung, weiteres Baugelände konnte erst 1970 durch den Abriss der ehemaligen landwirtschaftlichen Gebäude erschlossen werden. Auf dem Gelände begann 1971 mit „Haus 18“ (75 Betten) und „Haus 19“ (70 Betten) die Bautätigkeit, 1973 wurden die Häuser in Betrieb genommen. Für die Zukunft der LKH über 1965 hinaus wurde den Einrichtungen des Vorfeldes der Krankenhäuser eine besondere Bedeutung zugemessen.

So sind „Übergangsheime“ für psychisch Kranke in loser Anlehnung an die Landeskrankenhäuser geplant. Desgleichen sollen für ältere Menschen, die an leichteren Störungen leiden, Einrichtungen geschaffen werden, die eine gemeinschaftsnahe Behandlung und Fürsorge in den Heimatkreisen der Kranken gewährleisten.<sup>293</sup>

Strukturänderungen, die parallel zu den von führenden Psychiatern erstmals geforderten „dringlichen Reformen“<sup>294</sup> politisch bereits Jahre vor der Enquete länderübergreifend auf Ministerialebene diskutiert wurden. Die Umsetzung Mitte der 1960er Jahre scheiterte an der Bereitstellung der Haushaltsmittel und daran, dass „die finanzielle Seite erst mit Fortschreiten der Planungsarbeiten erörtert und geregelt werden [wird].“<sup>295</sup> Aus ökonomischen Gründen wurden politisch bekannte und benannte Missstände 1965 zu Lasten der Psychiatriepatienten toleriert und dringende Reformen um mehr als ein Jahrzehnt hinausgezögert. Aufgrund wissenschaftlicher Studien aus England präferierte das Kieler Kabinett 1969 die dezentrale psychiatrische Versorgung der Bevölkerung. Die geschätzte jährliche Steigerungsrate von 120 Patienten in der psychiatrischen Versorgung auf Grundlage der vorausgegangenen 10 Jahre ließ sich zwischen 1964-1967 durch „den Ausbau der sozialtherapeutischen Aktivitäten der Landeskrankenhäuser“<sup>296</sup> auf 77 Patienten senken.

Der damalige Entschluss, die erforderlichen 850 Betten im Rahmen eines einzigen psychiatrischen Krankenhauses zu erstellen, ging von der überlieferten Vorstellung aus, dass die stationäre psychiatrische Versorgung der Bevölkerung ausschließlich durch psychiatrische Grosskrankenhäuser mit einem entsprechenden Einzugsgebiet am zweckmässigsten und billigsten sei. Es setzt sich aber immer mehr die Erkenntnis durch, dass viele psychisch Kranke durch Berücksichtigung der Prinzipien einer gemeinschaftsnahen Behandlung besser

---

<sup>293</sup> 23.9.1965. Der Innenminister des Landes Schleswig-Holstein an das Innenministerium Baden-Württemberg. LASH: 761/ 10678.

<sup>294</sup> Häfner, H./ v. Baeyer, W./ Kisker, K. P.: Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenhausversorgung der Bundesrepublik. Helfen und heilen – Diagnose und Therapie in der Rehabilitation, Oktober 1965, Heft 4.

<sup>295</sup> 23.9.1965. Der Innenminister des Landes Schleswig-Holstein an das Innenministerium Baden-Württemberg. LASH: 761/ 10678.

<sup>296</sup> Anlage 1 zur Kabinettsvorlage Nr. 29 in Schleswig-Holstein 1969. LASH: Abt. 761/ 10329.

dezentralisiert in psychiatrischen Abteilungen allgemeiner Krankenhäuser, in Nacht- und Tageskliniken sowie in psychiatrischen Pflegeheimen behandelt werden können.<sup>297</sup>

Die rigiden gesundheitsökonomischen Vorgaben der schleswig-holsteinischen Landespolitik zeigten für den Bausektor des LKH Neustadt klare Handlungsgrenzen der psychiatrischen Versorgung auf. Die 1941/42 getätigte Umwandlung in ein somatisches Ausweichkrankenhaus setzte einen Standard, der für die Allgemeinbevölkerung z.T. bis weit in die 1960er Jahre ausreichen musste. Die sukzessive Übernahme somatischer Abteilungen durch die Psychiatrie wurde bereits als eine Verbesserung deren Versorgungsstrukturen angesehen. Der Überbelegung begegnete das LKH zwischen 1955-1958 mit der Entzerrung überfüllter Stationen durch die Aufgabe somatischer Abteilungen bei nahezu konstantem Patientenbestand. Zwar wurde bereits 1962 - 10 Jahre vor der Erhebung der „Psychiatrie-Enquete“ - ein Konzept zur zukünftigen Entwicklung der LKH in Schleswig-Holstein von der Landesregierung in Auftrag gegeben, die Verbesserung bekannter Missstände und Mängel der psychiatrischen Patientenversorgung mit einem Investitionsvolumen von ca. 40 Millionen wurden allerdings von der Landespolitik aus ökonomischen Gründen weit über den Untersuchungszeitraum hinausgeschoben.

---

<sup>297</sup> Anlage 1 zur Kabinettsvorlage Nr. 29 in Schleswig-Holstein 1969. LASH: Abt. 761/ 10329.

#### 4. Psychiatrische Leitung und medizinische Versorgung

Die Leitungsfunktionen einer psychiatrischen Anstalt blieben zwangsläufig mangels Alternativen mit dem Ende des Zweiten Weltkrieges in der Personalkontinuität ehemals bereits im Nationalsozialismus tätiger Psychiater in Schleswig-Holstein erhalten. Die erste Entnazifizierungswelle bezog sich auf die Direktorenposten, rangniedrigere Ärzte blieben nicht zuletzt aufgrund des Ärztemangels weitgehend unbehelligt im Dienst.<sup>298</sup> Für die psychiatrische Abteilung des LKH Neustadt bot sich mit dem Erreichen des Pensionsalters des im Dritten Reich als Anstaltsdirektor tätigen Medizinal-Direktors Dr. Walther 1945 ein herkömmlicher Generationswechsel mit dem Oberarzt Dr. Fritz Rücker-Embden an, der ohne die Gefahr öffentlichen Aufsehens durch ein Entnazifizierungsverfahren vollzogen werden konnte.<sup>299</sup> Walther schied bereits zum 1.4.1944 offiziell als Direktor des Landeskrankenhauses Neustadt mit Erreichen des Ruhestandes aus, blieb aber auf Ersuchen des Landeshauptmannes als leitender Arzt der psychiatrisch-neurologischen Abteilung bis 1945 zunächst tätig.<sup>300</sup> Sein Nachfolger als Ärztlicher Direktor des Neustädter LKH, Dr. Cornils, blieb mit dem Ende des 2. Weltkrieges bis zu seiner Entlassung durch die britische Militärbesatzung am 31.10.1945 für die Anstalt zuständig und hatte zunächst die Zwangsräumung dreier Häuser und die Verteilung der Patienten abzuwickeln, um kranke, ehemalige KZ-Insassen aufzunehmen.<sup>301</sup> Nach den Neustädter Patientendeportationen bleibt zunächst zu untersuchen, welche

---

<sup>298</sup> Vgl. Kersting, Anstaltsärzte (1996), S. 343f.; Hanrath (2002), S. 73ff.

<sup>299</sup> Vgl. LASH: Abt. 301/6156; Abt. 611/ 1426.

<sup>300</sup> Dies erklärte sich aus dem akuten Mangel an Ärzten trotz des massiv betriebenen Austausches jüngerer, wehrtauglicher und bisher ungedienter Ärzte des Jahrgangs 1905 und jünger gegen ältere Kollegen. Reichsärztekammer Schleswig-Holstein am 30.10.1944. LASH: Abt. 301/ Nr. 6155; In diesem Kontext wurde im März 1944 die UK-Stellung des Oberstabsarztes Dr. F. Struwe, der im Reserve Lazarett Ostrow-Maz. eingesetzt war, auf Betreiben der Verwaltung des Provinzialverbandes im Austausch mit Dr. Rücker-Embden gegenüber der Reichsärztekammer und dem Generalkommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesens gefordert, da „dieser am Landeskrankenhaus entbehrlich sein soll“. „Den jetzigen Direktor des Landeskrankenhauses Dr. Walter, der bei seinem vorgerückten Alter von 67 Jahren bisher einen verhältnismäßig rüstigen Eindruck gemacht hat, an anderer Stelle einzusetzen, wird nicht möglich sein“. Die Tatsache, zwei tätige Ärzte, darunter der Direktor, in die Überlegung der UK-Stellung Dr. Struwes im Austausch einzubeziehen, musste parteipolitischen Motiven geschuldet gewesen sein, da Rücker-Embden kein NSDAP-Mitglied war. Den Direktor einzubeziehen, stützt die Vermutung, dass Dr. F. Struwe als ehemaliger kommissarischer Direktor in die Leitungsposition zurückgeholt werden sollte. In der Folge wurde Rücker-Embden am 1.4.1944 zur Sanitätsgruppe des Res. Laz. Niendorf/ Ostsee eingezogen, Dr. Struwe erhielt keine UK-Stellung. LASH: Abt. 301/6156; Dr. Struwe wurde im LKH Neustadt bis September 1946 unter „noch im Wehrdienst“ und ab Oktober 1946 unter „Wiedereinstellung noch nicht genehmigt“ geführt. Ameos Archiv Neustadt.: Az. A 6.

<sup>301</sup> Von der Räumung waren die Häuser 9,12 und 10 und somit auch psychiatrische Patienten betroffen. Am 13.5.1945 betrug die Zahl der „Lagerkranken“ 867, diese Anzahl sank aber im Juni bereits auf 500 Personen. Vgl. Koch (1993), S. 58.

Konsequenzen sich für die Neustädter Psychiater aus der Aufarbeitung der NS-Patientendeportationen durch die britische Militärregierung bzw. der schleswig-holsteinischen Landesregierung ergeben hatten. Welcher Einfluss kam den personellen Kontinuitäten im Wiederaufbau der Psychiatrie zu und wie entwickelte sich die medizinische Versorgung der psychiatrischen Abteilungen?

#### 4.1 Vergangenheitbewältigung vs. „Schlussstrichmentalität“

Auf Antrag der SPD-Fraktion des Schleswig-Holsteinischen Landtages wurde 1946 die Untersuchung zur NS-Euthanasie in Schleswig-Holstein und die Mitwirkung zuständiger Ärzte eingeleitet.

Dem Provinzial-Landtag ist mit größter Beschleunigung ein ausführlicher Bericht zu unterbreiten, aus dem hervorgeht, wie weit die Insassen der Schleswig-Holsteinischen Landesanstalten von der sogenannten Euthanasie, d.h. Tötung von Geisteskranken, betroffen wurden und welche Ärzte bei der Auswahl der Kranken und der Durchführung der Euthanasie mitgewirkt haben.<sup>302</sup>

Zwischen 1945 und 1950 ermittelten deutsche Staatsanwälte auf der Grundlage von Anzeigen innerhalb des ihnen durch die alliierten Besatzungsmächte eingeräumten juristischen Verfügungsrahmens u.a. auch im Rahmen der sogenannten „Euthanasie-Aktion“ über Verlegungspraxis und Ermordung von Psychatriepatienten.<sup>303</sup> Am 13.1.1948 machten die Ärztlichen Direktoren der LKH Schleswig-Stadtfeld und Neustadt und deren Stellvertreter ihre Aussagen zur Verlegungspraxis von Anstaltspatienten in Zwischen- bzw. Tötungsanstalten während der NS-Zeit vor dem Euthanasie-Ausschuss des Landtagsausschusses für Gesundheitswesen<sup>304</sup>. Der Vorgänger Rücker-Embdens im LKH, Direktor Dr. Walther, unterstrich in seinen Ausführungen deutlich, dass in Neustadt keine Euthanasie durchgeführt worden war. Erstmals 1941 wurde die Krankenverlegung im Zuge der Umwidmung in ein Ausweichkrankenhaus für die städtische Bevölkerung

---

<sup>302</sup> 5.4.1946. I.A. W. Kuklinski. Antrag der SPD-Fraktion. LASH: Abt. 611/ 484.

<sup>303</sup> Ende 1950 wurden vor deutschen Gerichten - mit Ausnahme der sowjetischen Zone - 5.228 Personen wegen NS-Verbrechen mehrheitlich in minderschweren Fällen verurteilt. Eine Verurteilung wegen „Verbrechen mit Todesfolge“ fand nur in 100 Fällen statt. Diese Urteile richteten sich gegen „Endphasendelikte“, Beteiligte der „Euthanasie-Aktion“ und Personal von Konzentrationslagern. Vgl. Rückerl, NS-Verbrechen (1984), S. 121 f.

<sup>304</sup> 1948 unterlag der Ausschuss noch dem Ministerium für Arbeit, Wohlfahrt und Gesundheitswesen. Anwesend bei der Anhörung waren die Vertreter des „Euthanasie“-Ausschusses Karl Feldmann (Vors. und Sonderbeauftragter für Entnazifizierung) und Josef Cierocki, für das Ministerium für Arbeit, Wohlfahrt und Gesundheitswesen Minister Pohle und Referent Schulz, für das LKH Neustadt Dir. Dr. Rücker-Embdens und Dir. Dr. Walther. LASH: Abt. 761/ 9598; Vgl. Sitzung des Hauptausschusses für Gesundheitswesen am 10.10.1947 im LKH Neustadt LASH: Abt. 611/ 699.

angeordnet.<sup>305</sup> Die bis dahin übliche Verlegungspraxis in andere Anstalten kleinerer Patientengruppen hätte bei diesem Vorgang keinerlei Verdacht aufkommen lassen. Erst die Berichte der bei der Verlegung beteiligten Pfleger hätten dortige Anstaltsgerüchte um unnatürliche Todesumstände der Patienten geliefert. Ob mit dem Wissen um die Vorgänge in den Zwischenanstalten bewusst oder lediglich den Gerüchten zufolge mit der medikamentösen Ruhigstellung durch die ärztliche Leitung Rechnung getragen wurde, muss offen bleiben. Der ehemalige Patient, Dr. Richard R.<sup>306</sup>, gab als Zeuge unter dem Hinweis auf die Zeugenbestätigung des Neustädter Oberpflegers Voss zur Verlegungspraxis der Patienten deren Ruhigstellung bei der Staatsanwaltschaft zu Protokoll:

Es wurden den Patienten Medinal 3 gehäufte Esslöffel auf ein Glas Wasser gegeben und ausserdem Morphinum Scopulatin. Bei Weigerung der Patienten wurde dasselbe mit einem Schlauch durch die Nase eingeführt.<sup>307</sup>

Zusammenfassend kam der Ausschuss allerdings nach der Anhörung zu dem Urteil, dass der Ärzteschaft im LKH Neustadt kein Verschulden nachgewiesen werden konnte, da sie lediglich nach den vorgelegten Unterlagen auf Anweisung gehandelt hätten. Erst die vermehrten Todesanzeigen der ehemaligen Patienten in der Tagespresse hätten verdeutlicht, „dass sie belogen worden sind“.<sup>308</sup> Der Abschlussbericht des Ausschusses 1948 an den Landesminister für Arbeit, Wohlfahrt und Gesundheitswesen machte den Euthanasie-Vorgang dann auch zu einem exklusiven Ereignis der nationalsozialistischen Führung.

Ein Adolf Hitler hat in dem ihm eigenen Bestreben, alle seine Massnahmen mit dem Mantel der Rechtmäßigkeit zu decken, in einem von den Alliierten aufgefundenen geheimen Erlass vom 1. September 1939 in zynischer Weise von einem „Gnadentod“ gesprochen.<sup>309</sup>

Auf Grundlage des wissenschaftlichen Diskurses der 1920er Jahre um die Ausführungen zur Vernichtung lebensunwerten Lebens von Karl Binding und Alfred Hoche<sup>310</sup> wurde den Wissenschaftlern und Ärzten zugestanden, dass sie „die

---

<sup>305</sup> 3.5.1941. Die Verlegungen waren generell angeordnet durch Verfügung des Oberpräsidenten der Provinz Schleswig-Holstein in seiner Eigenschaft als Beauftragter des Reichsverteidigungskommissars für den Wehrkreis X in Kiel. Vgl. LASH: Abt. 761/ 9598.

<sup>306</sup> Der Kieler Zahnarzt, Dr. Richard R., wurde als Insasse des „Festen Hauses“ nach Meseritz-Obrawalde aus Neustadt deportiert. Als Überlebender wurde er von den russischen Besatzern vorübergehend dort zum kommissarischen Anstaltsdirektor bestimmt. Vgl. Jenner (1995), S. 93.

<sup>307</sup> Dr. Richard R., Mündliches Verhör Staatsanwaltschaft Lübeck. LASH: Abt. 761/9598.

<sup>308</sup> 8.1.1948. Niederschrift des „Euthanasie“-Ausschusses. Protokollant Schulz. LASH: Abt. 761/ 9598.

<sup>309</sup> 15.1.1948. „Euthanasie“-Abschlussbericht für den Landtag an Landesminister Pohle. LASH: Abt. 761/ 9598.

<sup>310</sup> Karl Binding (1841-1920) als Jurist und Alfred Hoche (1895-1943) als Psychiater verfassten 1920 gemeinsam das Werk „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form“

Möglichkeit, dass eine spätere Staatsführung diese Theorie in grausamster, verbrecherischster und menschenunwürdigster Weise in die Tat umsetzen würde, nicht ins Auge fassen konnten.“<sup>311</sup> Darüber hinaus wurde den schleswig-holsteinischen Ärzten der LKH Schleswig-Stadtfeld und Neustadt keinerlei Verschulden an der „Gesamtkonzeption der Euthanasie“<sup>312</sup> und deren Durchführung zugemessen. Vielmehr hätten die beteiligten Ärzte „aus ihrer gegnerischen Einstellung zu dem Gesamtproblem keinen Hehl gemacht“<sup>313</sup>. Vorbehaltlich der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen wurde dem Landtag der Abschluss des Euthanasie-Vorgangs als Beschlussvorlage für den Landtag empfohlen. Damit entsprach der Euthanasie-Ausschuss dem bereits seit 1946 vorherrschenden Tenor aller Fraktionen im schleswig-holsteinischen Landtag, einen Schlusstrich unter „diese Dinge der Vergangenheit“<sup>314</sup> zu ziehen, wie Uwe Danker es anhand von Wortprotokollen des Schleswig-Holsteinischen Landtags ab 1946 nachweisen konnte.<sup>315</sup> Zwischen 1946 und 1948 äußerten die Parlamentarier verstärkt den Willen zur Beendigung des Entnazifizierungsprozesses, „dass dem deutschen Volke der größte Dienst getan würde, wenn [...] eine Generalamnestie erlassen würde“<sup>316</sup> oder selbst durch die SPD und ehemals aktive Gegner des Nationalsozialismus angeregt wurde.

Die Dinge müssen beschleunigt werden, damit sie hinter uns liegen, damit wir an Aufgaben herangehen können, die wichtiger sind, nämlich an den Aufbau des Wirtschaftslebens und des Staates.<sup>317</sup>

---

aus juristischer und ärztlicher Perspektive. Hoche plädierte u.a. für die Tötung unheilbar Kranker mit deren Einwilligung. Das Werk wurde kontrovers im Kontext der Krise nach dem 1. Weltkrieg und den Zuständen in deutschen Psychiatrieanstalten unter Medizinern und Juristen diskutiert. Es diente in vielerlei Hinsicht, obwohl sich der Thematik schon früher angenommen wurde, als Diskussionsgrundlage der „Euthanasie“-Debatte in Fachkreisen. Vgl. Biographisches Archiv der Psychiatrie. <http://www.biapsy.de>. (letzter Abruf 16.5.16)

<sup>311</sup> 15.1.1948. „Euthanasie“-Abschlussbericht für den Landtag an Landesminister Pohle. LASH: Abt. 761/ 9598.

<sup>312</sup> Ebd.

<sup>313</sup> Ebd.

<sup>314</sup> Synonym der 1940/ 1950er Jahre als Umschreibung der Gewalt des NS-Regimes. Von Danker als verbreitetste „Nachkriegsformel“ bezeichnet, die ein „Nichtertragen-können“ statt eines Verdrängungsprozesses widerspiegelte. Vgl. Danker, Uwe: Der Landtag und die Vergangenheit. In: Demokratische Geschichte: Jahrbuch für Schleswig-Holstein. Malente 2006, S. 187-208, hier S. 191.

<sup>315</sup> Danker (2006), S. 190 ff.

<sup>316</sup> 20.12.1946. FDP-Abgeordneter Oberberg. Wortprotokoll des Schleswig-Holsteinischen Landtags. Zweiter Ernannter Landtag. 2. Sitzung, S. 38. Zit. nach.: Danker (2006), S. 191.

<sup>317</sup> Andreas Gayk als Kieler Oberbürgermeister und SPD-Fraktionsvorsitzender sprach sich für die Beendigung des Entnazifizierungsprozesses aus. Wortprotokoll des Schleswig-Holsteinischen Landtags. Erster Ernannter Landtag, 4. Sitzung vom 6./7.5. 1946, S. 42. Zit. nach: Danker (2006), S. 191.

Bezugnehmend auf ein Urteil des Obersten Gerichtshofs für die britische Zone in Köln verzögerte sich der schnell herbeigeführte Abschluss durch die Politik in Schleswig-Holstein und die Verantwortlichen drängten aus Sorge vor Kritik an einer unsauberen Aufarbeitung durch den Euthanasie-Ausschuss und der Landesregierung auf eine Abstimmung mit den staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsergebnissen.

Es ist unter allen Umständen zu vermeiden, dass im Landtag den Anstalten bzw. den für die seinerzeitigen Vorgänge verantwortlichen Personen eine offizielle Entlastung erteilt wird und nachher ggf. seitens der Staatsanwaltschaft Verfahren gegen diese Personen eingeleitet werden. Dem Ausschuss bzw. der Regierung könnten daraus ggf. Vorwürfe einer nicht gründlichen Überprüfung gemacht werden.<sup>318</sup>

Die Politik war aus Sorge um die Außenwirkung sensibilisiert und schaute auf vergleichbare Verfahrensweisen in der britischen Zone. Um in der Frage der NS-Euthanasie beim exklusiv nationalsozialistischen Vorgehen bleiben zu können, durfte kein Zweifel an vorschnellen und möglicherweise fehlerhaften Entscheidungen aufkommen. Das Zögern sollte sich als berechtigt erweisen, denn schon Ende 1949 erfolgte die Anklageerhebung des Landesjustizministers u.a. gegen die Ärztlichen Direktoren aus Neustadt/ i.H., Dr. Walther, und Schleswig-Stadtfeld, Dr. Grabow, wegen „Tötungsmaßnahmen gemäss Weisung“.<sup>319</sup>

Die Aufarbeitung der Beteiligung und Schuldfrage leitender Psychiater und des Pflegepersonals der Landesanstalten Schleswig-Holsteins an der Verlegung und Ermordung psychiatrischer Patienten in Zwischen- und Tötungsanstalten muss nach 1945 im Kontext des juristischen Umgangs mit den NS-Gewaltverbrechen<sup>320</sup> durch die Besatzungsmächte und der ihnen untergeordneten deutschen Gerichte<sup>321</sup> gesehen werden, weil vor dem Hintergrund personeller Kontinuitäten in Schlüsselfunktionen muss dieser Prozess durch die Justiz der Bundesrepublik und

---

<sup>318</sup> 16.5.1949. Anschreiben des Justitiariats an Oberregierungsrat Domabyl. LASH: Abt. 761/ 9598.

<sup>319</sup> Des Weiteren wurden der frühere Oberpräsident und Gauleiter Lohse und sein Stellvertreter Sieh angeklagt. Vgl. Schreiben des Landesministers der Justiz an das Ministerium des Innern, Abt. Gesundheit. LASH: Abt. 761/ 9598.

<sup>320</sup> Der Begriff „nationalsozialistische Gewaltverbrechen“ wurde synonym mit „NS-Kriegsverbrechen“ für alle NS-Straftaten verwendet und subsumierte die Vernichtung von Juden, Geisteskranken und politischen Gegnern ohne Differenzierung nach politischer, militärischer und krimineller Intention. Jacobczyk, Mandy: Das Verfahren ist einzustellen. Staatsanwaltliche Ermittlungen wegen nationalsozialistischer Gewaltverbrechen in Schleswig-Holstein bis 1965. Malente 2003, S. 241.

<sup>321</sup> Weiterführende Literatur zu „Euthanasie“-Urteilen: Mildt, Dirk Welmoed de (Hg.): Tatkomplex: NS-Euthanasie. Die ost- westdeutschen Strafurteile seit 1945, Amsterdam 2009; Ebbinghaus, Angelika: Strategien der Verteidigung. In: Ebbinghaus, Angelika/ Dörner, Klaus: Vernichten und Heilen. Der Nürnberger Ärzteprozess und seine Folgen, Berlin 2001; Bauer, Fritz: Justiz und NS-Verbrechen. Sammlung deutscher Strafurteile wegen nationalsozialistischer Tötungsverbrechen 1945-1966, 22. Bde, Amsterdam 1968-1981.

der politisch Verantwortlichen ab 1949 auf Bundes- und Landesebene kritisch beurteilt werden.<sup>322</sup> Die zunächst durch die Alliierten und die für Schleswig-Holstein zuständige britische Besatzung angestrebte Entnazifizierung der Verwaltung, Justiz und Politik<sup>323</sup> vollzog sich mit der Gründung der Bundesrepublik Deutschland demnach für den Zeitraum von 1945-1965 in mehreren Phasen.

In der ersten Phase von 1945-1950 erfolgte die strafrechtliche Verfolgung direkt durch die Alliierten bzw. auf Basis der alliierten Kontrollratsgesetzgebung (KRG) durch deutsche Gerichte. In einer zweiten Phase zwischen 1950-1955 erfuhr die strafrechtliche Verfolgung der NS-Gewaltverbrechen zunehmend eine ablehnende Haltung in Politik und Gesellschaft, der die Straffreiheitsgesetze von 1949 und in Ergänzung 1954 entsprachen. Zeitgleich endeten in dieser Phase die alliierten Rechtsbestimmungen. Die Ahndung nach dem deutschen Strafrecht führte zu einem deutlichen Rückgang der Verurteilungen.

In einer dritten Phase zwischen 1955 und 1960 wurden etliche Defizite in der NS-Strafverfolgung bundesweit aufgedeckt und in Folge deren medialen Verbreitung eine gesellschaftliche Empörung ausgelöst. Daraufhin beschlossen die Justizminister der Länder 1958 die Systematisierung der an Zivilisten begangenen NS-Tötungsverbrechen in der „Zentrale Stelle zur Verfolgung nationalsozialistischer Gewaltverbrechen“. Ab 1960 begann die vierte Phase mit der Verjährung aller NS-Verbrechen mit der Ausnahme von „Mord“.<sup>324</sup>

---

<sup>322</sup> Ausführlich dazu: Smiatacz, Carmen: Ein gesetzlicher „Schlussstrich“?. Der juristische Umgang mit der nationalsozialistischen Vergangenheit in Hamburg und Schleswig-Holstein 1945-1960. Münster 2015.

<sup>323</sup> Mit der „Erklärung von St. James“ 1942 bekannten sich bereits während des Krieges die Vertreter der neun von Deutschland besetzten Länder ebenso wie in der von den USA, Großbritannien und der Sowjetunion verfassten „Moskauer Erklärung“ von 1943 zu der Verantwortlichkeit und internationalen gerichtlichen Bestrafung der Verantwortlichen der im Krieg begangenen Verbrechen. Vgl. Steinbach, Peter: Nationalsozialistische Gewaltverbrechen. Die Diskussion in der Öffentlichkeit nach 1945. Berlin 1981, S. 21; Nach dem „Londoner Abkommen über die Bestrafung der Hauptkriegsverbrecher der europäischen Achse“ vom August 1945 wurde den vier Siegermächten USA, Frankreich, Großbritannien und der Sowjetunion von 23 unterzeichnenden Staaten der Auftrag zur Bildung eines Internationalen Gerichtshofes erteilt. Dieser Internationale Militärgerichtshof sprach die 22 Hauptverantwortlichen des NS-Regimes 1945/1946 mit dem „Nürnberger Hauptkriegsverbrecherprozess“ in seinem Urteil mehrheitlich für schuldig und verhängte Todesstrafen, langjährige Haftstrafen und drei Freisprüche. Nach dem Urteil von Nürnberg oblag die Strafverfolgung jeder einzelnen Besatzungsmacht nach dem Kontrollratsgesetz Nr. 10 vom Dezember 1945. Vgl. Steinbach, a.a.O., S. 28; Rückerl, Adalbert: Die Strafverfolgung von NS-Verbrechen 1945-1978. Eine Dokumentation, Heidelberg 1979, S. 26 ff.; Ders.: NS-Verbrechen vor Gericht. Versuch einer Vergangenheitsbewältigung, Heidelberg 1984, S. 105 ff.;

<sup>324</sup> Vgl. Jacobczyk (2003), S. 289.

1947 forderte das zuständige Public Health Branch/ HQ vom Ministerium für Arbeit, Wohlfahrt und Gesundheitswesen in Schleswig-Holstein als Aufsichtsbehörde der Krankenanstalten nach einer Besuchsreise durch die Anstalten einen Erfassungsbogen über 10% der in den jeweiligen Häusern untergebrachten psychisch Kranken zu regelmäßigen Untersuchungen und Nachuntersuchungen sowie eine regelmäßige offizielle Visitation der Anstalten. Für alle Länder der britischen Zone sollten Fragen zur Einweisungs- und Entlassungspraxis, zum Umgang mit Entlassungswünschen der Patienten, zur Besetzung des gerichtsärztlichen Ausschusses und zum Umgang mit Patientenbeschwerden beantwortet werden. Für Schleswig-Holstein lehnte der Leiter der größten psychiatrischen Anstalt in Schleswig-Staffeld, Dr. Grabow, aufgrund der zusätzlichen Arbeitsüberlastung den Erfassungsbogen für 10% (204 Patienten) der in Schleswig-Staffeld befindlichen Patienten ab und wurde darin vom zuständigen Landesminister – nachfolgend für alle öffentlichen Anstalten bindend - unterstützt. Der Forderung der Briten lag der begründete und durch Visitationen und Patientenbeschwerden immer wieder erhärtete Verdacht zu Grunde, dass auch geistesgesunde Personen rechtswidrig in den Anstalten untergebracht sein könnten. Die offizielle Ablehnung des Ministers 1948 entsprach der Ignoranz der jüngsten Psychiatriegeschichte und der Verkennung der Anstaltsrealität einerseits, wies aber andererseits auf eine politisch unterstützte „Schlussstrich-Mentalität“ und ein erstarktes Selbstverständnis deutscher Behörden gegenüber den britischen Besatzern hin.

Zusammenfassend wird betont, dass die in Deutschland bestehenden gesetzlichen Bestimmungen, der Stand der Anstaltspsychiatrie und das Berufsethos der an den Anstalten tätigen Ärzte sowie der staatlichen Beaufsichtigung völlig ausreichen, um den notwendigen Schutz der in den Anstalten untergebrachten Menschen zu gewährleisten. Das Ministerium für Arbeit, Wohlfahrt und Gesundheitswesen ist daher leider nicht in der Lage, dem von dort ergangenen Vorschlag nachzukommen.<sup>325</sup>

Als eines der ersten Gesetze wurde 1949 mit der Gründung der Bundesrepublik Deutschland das „Gesetz über die Gewährung von Straffreiheit“<sup>326</sup> erlassen. Anfang

---

<sup>325</sup> 6.1.1948. Landesminister Pohle an die Militärregierung – Public Health Branch – HQ 312 in Kiel. LASH: Abt. 611/ 484.

<sup>326</sup> Straftaten wurden nicht geahndet und Ermittlungen waren demnach einzustellen, wenn eine Strafe unter 6 Monaten oder eine Geldstrafe unter 5.000 DM anzunehmen war. Unter eine Begnadigung fielen nach dem Straffreiheitsgesetz z.B. auch Straftaten wie Körperverletzung und Totschlag in minderschweren Fällen. Vgl. Frei, Norbert: Vergangenheitspolitik. Die Anfänge der Bundesrepublik und die NS – Vergangenheit, München 1999, S. 3-51.

1951 fielen insgesamt 790.000 Fälle unter das Straffreiheitsgesetz.<sup>327</sup> Die Signalwirkung des Straffreiheitsgesetzes verfehlte ihre Wirkung keineswegs und ermöglichte

den Einstieg in eine rasch fortschreitende Delegitimierung der Verfolgung von NS-Straftaten – und in ständig weiter ausgreifende Amnestieforderungen bis hin zum unverblühten Ruf nach einer selbst schwerste Kriegsverbrecher einschließenden „Generalamnestie“.<sup>328</sup>

Zwischen 1945 und Anfang 1965 erfolgten in Schleswig-Holstein insgesamt 837 Ermittlungs- bzw. Strafverfahren wegen NS-Verbrechen.<sup>329</sup> Ein Urteilsspruch erfolgte in 135 Verfahren.<sup>330</sup> Lediglich acht Ermittlungsverfahren fielen im Rahmen der Euthanasie verübten NS-Verbrechen darunter, Urteile wurden hier in keinem Fall gefällt.<sup>331</sup> Auch wenn der Anteil der in Schleswig-Holstein Strafverfolgten zwischen 1945 und 1965 mit knapp 120 Verurteilungen gegenüber dem Bundesgebiet äußerst gering ausfiel, entsprach die Urteilspraxis der „zeitigen Freiheitsstrafen“ durch schleswig-holsteinische Gerichte durchaus bundesdeutschem Standard. Bedenkt man die personellen Kontinuitäten in der Justiz Schleswig-Holsteins unter der britischen Besatzungsmacht - lediglich 30% der Richter und Staatsanwälte schieden in Zuge der Entnazifizierung aus dem Amt<sup>332</sup> und die Rückkehr eines Großteils der im Entnazifizierungsprozess entlassenen Justizbeamten erfolgte nach dem „131er-Gesetz“<sup>333</sup> in das vormals im Nationalsozialismus bekleidete Amt - so schien die

---

<sup>327</sup> Frei (1999), S. 50 f.

<sup>328</sup> Frei (1999), S. 53. Zit. nach: Jacobczyk (2003), S. 249.

<sup>329</sup> Von den bundesweit 61.761 der Beteiligung an NS-Verbrechen beschuldigten Personen fielen in Schleswig-Holstein zwischen Mai 1945 und Ende 1964 insgesamt nur 1.903 Personen (1649 Männer und 110 Frauen). Bei 144 Personen (7,6%) konnte keine Geschlechterunterscheidung vorgenommen werden. Vgl. Jacobczyk (2003), S. 259.

<sup>330</sup> Vgl. Ruckerl, Strafverfolgung (1979), S. 76.

<sup>331</sup> Vgl. Danker, Uwe: Verantwortung, Schuld und Sühne – oder, „...habe ich das Verfahren eingestellt.“ Staatsanwaltschaftliche Ermittlungen in Sachen „Euthanasie“ 1945 bis 1965. In: Landesarchiv Schleswig-Holstein (Hrsg.): Der Hesterberg. 125 Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie und Heilpädagogik in Schleswig- Eine Ausstellung zum Jubiläum der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie des Heilpädagogikums in Schleswig, Schleswig, 1997, S. 75-94; Von den 15 angeführten Deliktgruppen lagen nach den Erhebungen der Ludwigsburger Zentralstelle in Schleswig-Holstein zwischen 1945-1965 an erster Stelle „Denunziationen“ mit 239 Verfahren und 45 Urteilen, gefolgt von „Verbrechen an politischen Gegnern nach der Machtübernahme“ mit 155 Verfahren und 55 Urteilen und „Sonstige“ ( subsumiert unspezifisch „Nötigung und Erpressung“, „Ermordung an Zuchthausinsassen“, „Verbrechen gegen die Menschlichkeit“, „Misshandlung von Ausländern“ und „die Verfolgung von politischen Gegnern und Juden“) mit 131 Verfahren und 9 Urteilen. Jacobczyk (2003), S. 258 f.

<sup>332</sup> Ruckerl, NS-Verbrechen (1984), S. 106.

<sup>333</sup> Der 1951 in Artikel 131 GG festgelegte Personenkreis umfasst alle „Personen einschließlich der Flüchtlinge und Vertriebenen, die am 8. Mai 1945 im öffentlichen Dienst standen (und) nicht aus anderen als beamten- oder tarifrechtlichen Gründen ausgeschieden sind [...]“. Bundeszentrale für politische Bildung, Grundgesetz Art. 131, S. 84; Das sogenannte „131er-Gesetz“ ermöglichte ehemaligen Beamten nach ihrer aufgrund des Entnazifizierungsverfahrens erfolgten Entlassung die Rückkehr in den Dienst. Vgl. Ruckerl, NS-Verbrechen (1984), S. 130; Steinbach (1981), S. 38 f.

Voraussetzung zumindest für wohlwollende Beurteilungen, Verfahrenseinstellungen, Verfahrensverzögerungen und milde Urteile durch die schleswig-holsteinische Justiz durchaus gegeben.

Bereits ab 1946/47 sah sich der Ende 1945 frisch eingesetzte Ärztliche Direktor des Neustädter Landeskrankenhauses, Dr. Rücker-Emden, neben der Aufarbeitung des „Euthanasie-Vorgangs“ und der Frage nach einer direkten Beteiligung der schleswig-holsteinischen Landesanstalten durch den Landtagsausschuss für Gesundheitswesen<sup>334</sup> mit schwerwiegenden Anschuldigungen durch ehemalige Patienten konfrontiert, deren Anzeigen staatsanwaltliche Ermittlungsverfahren eröffneten. Der Oberstaatsanwalt des Landgerichts Lübeck verwies im Februar 1951 in einer Stellungnahme an die Landesregierung Schleswig-Holstein, Abt. Gesundheitswesen, auf diverse Ermittlungsverfahren.<sup>335</sup> Erstmals wurde Dr. Rücker-Emden zusammen mit zwei Neustädter Pflegern im August 1946 als Kriegsverbrecher angezeigt und verhaftet. Ein in den Akten nicht näher beschriebener Vorgang, der lediglich durch einen Bericht Rücker-Emdens in seiner Personalakte die Rechtfertigungsstrategie im Umgang mit Patientenanzeigen im Zusammenhang mit den Verlegungen psychiatrischer Patienten in Zwischenanstalten 1941/42 bzw. 1944 darstellte. Seine Rechtfertigung stützte sich auf die Vermutung, es müsse sich dabei um einen Patienten des „Festen Hauses“, „einem kriminellen Geisteskranken“<sup>336</sup>, aus dem Transport nach Meseritz-Obrawalde handeln. Dieser Transport sei „auf Anordnung einer übergeordneten Dienststelle“<sup>337</sup> erfolgt und durch die Polizei ausgeführt worden. Ein namentlich benannter Pfleger sei als Transportbegleiter dabei gewesen, der jedoch sofort zurückgekehrt sei. Dass Rücker-Emden diese erste Anzeige und die sich daraus möglicherweise ergebenden Konsequenzen einer Verhaftung oder Suspendierung 1946 durchaus fürchtete, belegen die eiligst zur Entlastung herangeführten Zeugenaussagen, die seinen über jeden Zweifel erhabenen guten Ruf belegen sollten.

Ich bestätige hiermit, daß in der Zeit von 1933 bis zu meinem Abtransport in das Todeslager Obrawalde ich über Herrn Direktor Rücker-Emden (s.Zt. Oberarzt an der damaligen Landesheilanstalt Neustadt) nur das Beste sagen kann, daß er gegenüber hilflosen Kranken stets wohlwollend hervorgetreten ist und so manchem Kranken nach bestem Wissen und

<sup>334</sup> 5.4.1946. Auf Antrag der SPD wurde der Landtagsausschuss für Gesundheitswesen mit einer Untersuchung zur „Euthanasie in Schleswig-Holstein“ beauftragt. Vgl. LASH: Abt. 761/ 9598.

<sup>335</sup> Vgl. Az: 14 Js 380/49, LASH: Abt. 761/ 9598.

<sup>336</sup> 6.8.1946. Bericht Rücker-Emdens zu seiner Verhaftung. Personalakte Rücker-Emden, Ameos Archiv Neustadt.

<sup>337</sup> 6.8.1946. Ebd.

Gewissen geholfen hat. Dr. R.E. hat keine Spritzen, die irgendwie nachteilige Folgen für die Kranken hatten, verabfolgt und hat für die Kranken stets alles getan, was in seinen Kräften stand. Wie mir bekannt, hat Dr. Rücker-Embden sich dem nationalsozialistischem Regime gegenüber stets ablehnend verhalten. Dr. R.E. hat s. Zt. keiner politischen Organisation angehört.<sup>338</sup>

Diese detaillierten Angaben eines ehemaligen Patienten des „Festen Hauses“ zum Verhalten und politischen Organisationsgrads des Medizinal-Direktors Dr. Rücker-Embden wurden in ihrer Aussagekraft durch die Tätigkeit des Zeugen im Hauptausschuss „Opfer des Faschismus“ in Berlin unterstützt. Die noch am Tag der Verhaftung Rücker-Embdens am 6. August 1946 durch den früheren Direktor im LKH Neustadt, Dr. Walther, eilig gemachte Aussage, dass

Dr. Rücker-Embden auf die Verlegung von Kranken in andere Anstalten, insbesondere auch auf den Transport krimineller Geisteskranker nach Meseritz-Obrawalde, der seinerzeit wegen Überfüllung des hiesigen Festen Hauses ausgeführt worden ist, keinen Einfluss gehabt hat“<sup>339</sup>,

legt den Schluss nahe, dass die leitenden Anstaltspsychiater mit dem Wissen um die Vorgänge bei der Verlegungspraxis in die Zwischen- bzw. Tötungsanstalten der psychiatrischen Patienten aus Neustadt die juristischen Konsequenzen für die beteiligten Ärzte der psychiatrischen Anstalten nach 1945 durch die britische Besatzungsmacht in der Frühphase des Aufarbeitungsprozesses zunächst durchaus fürchteten. Wie gering diese Furcht begründet war, zeigten die späteren Verläufe weiterer Ermittlungsverfahren<sup>340</sup> und die bewährte Rechtfertigungsstrategie der „übergeordneten Anordnung“<sup>341</sup> in der Verlegungspraxis psychiatrischer Anstaltspatienten im Kontext personeller Kontinuitäten in politischen Schlüsselfunktionen des Landes.<sup>342</sup> Noch 1961 verwies der schleswig-holsteinische

---

<sup>338</sup> 11.5.1946. Abschrift der Bestätigung in Neustadt; W. R., ehemaliger politischer Häftling in der HPA Neustadt als Magistratsangestellter der Stadt Berlin – Hauptausschuss Opfer des Faschismus - . Personalakte Rücker-Embden, Ameos Archiv Neustadt; Anm. der Verf.: Um welchen Transport nach Meseritz-Obrawalde es sich hierbei handelte (18 Männer 1942/ 7 Männer 1944), ließ sich nicht ermitteln.

<sup>339</sup> 6.8.1946. Bescheinigung Dr. Walthers, Direktor des LKH Neustadt Personalakte Rücker-Embden. Ameos Archiv Neustadt.

<sup>340</sup> Anm. d. Verf.: In der Personalakte Rücker-Embdens lassen sich keine weiteren Unterlagen zu späteren Ermittlungsverfahren nachweisen.

<sup>341</sup> Ein im Prozess der Aufarbeitung häufig benutzter Begriff, der die Verantwortlichkeit der NS-Gewaltherrschaft auf einen direkten Täterkreis um Hitler reduzierte. Vgl. Danker (2006), S. 191; Kersting, Franz-Werner: Anstaltsärzte zwischen Kaiserreich und Bundesrepublik. Die Anstaltsärzte des Provinzialverbandes Westfalen. In: Kersting, F.-W./ Teppe, Karl/ Walter, Bernd (Hg.): Nach Hadamar. Zum Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert, Paderborn 1993, S. 253-272.

<sup>342</sup> Das Kabinett der bürgerlichen Koalition aus CDU, FDP, Deutsche Partei und BHE des schleswig-holsteinischen Landtages bestand 1950 mit einer Ausnahme ausschließlich aus ehemaligen Parteigenossen. Während der Deutsche Bundestag 1949 mit dem „Straffreiheitsgesetz“ die juristische Aufarbeitung und damit die Strafverfolgung vieler NS-Verbrechen aufhebt, beschließt der schleswig-

Landtagsabgeordnete und ehemalige Beisitzer am Volksgerichtshof, Dr. Gille (BHE)<sup>343</sup>, in der Plenardebatte zur öffentlichen Kritik am Entnazifizierungsprozess in Schleswig-Holstein in einem „hämischen Gesetzesvorschlag“<sup>344</sup> auf die Kontinuität der im Landtag vertretenen ehemaligen Parteigenossen:

Jeder, der einmal SS- und Polizeiführer oder Ministerialrat im Dritten Reich gewesen ist, verliert sofort sämtliche Pensionsansprüche, und wenn er noch irgendwo sitzt, hat er sofort herauszugehen! [...] Dann gibt es vielleicht ein Rennen, meine Damen und Herren!<sup>345</sup>

Die weiteren juristischen Ermittlungsverfahren verliefen in Folge auch für Dr. Rücker-Embden ohne jegliche Konsequenzen. Neben einem Verfahren wegen widernatürlicher Unzucht, das aufgrund einer Zeugenaussage von Amts wegen eingeleitet und 1950 wegen Falschaussage eingestellt wurde, musste sich Dr. Rücker-Embden einem weiteren Verfahren wegen Körperverletzung im Amt stellen. Die unter Angabe mehrerer namentlich aufgeführter Zeugen<sup>346</sup> erstattete Anzeige des ehemaligen Patienten Dr. Richard R. richtete sich gegen Misshandlungen an Anstaltsinsassen in den Jahren 1938-1942. „Herr Dr. Rücker-Embden schlug die Patienten und behandelte sie zynisch und schlimmer wie man Tiere behandelt.“<sup>347</sup> Dieses Verfahren wurde am 27.3.1950 wegen Verjährung der Strafverfolgung eingestellt. Ein weiteres Ermittlungsverfahren wegen Totschlags gegen Dr. Rücker-Embden in Zusammenarbeit mit Pflegern wurde ebenfalls angeführt, stand jedoch vor seinem Abschluss mit dem Hinweis auf „voraussichtliche Einstellung“.<sup>348</sup> Ein

---

holsteinische Landtag 1950 mit den „Richtlinien zur Beendigung der Entnazifizierung“ und 1951 mit dem „Gesetz zur Regelung der Rechtsverhältnisse der unter Art. 131 des Grundgesetzes fallenden Personen“ die Wiedereinstellung bei voller Altersversorgung der 300.000 ehemaligen Angestellten des Öffentlichen Dienstes und Berufssoldaten der NS-Zeit. Die Rehabilitation ehemaliger Richter, Verwaltungsbeamte und Ärzte erfolgten auf Basis von Bundes- und Landesgesetzgebung und stieß auf breite Zustimmung in der Bevölkerung. Vgl. Danker (2006), S. 192 f.

<sup>343</sup> BHE konstituierte sich als „Block der Heimatvertriebenen und Entrechteten“ nach der Aufhebung des 1946 für Vertriebene erlassenen Koalitionsverbots und der Parteienlizenzierung am 8. Januar 1950 in Kiel. Die Partei, die für die Interessenwahrung der durch Krieg und Nachkriegsereignisse Geschädigten eintrat, war im Deutschen Bundestag zunächst mit vier Abgeordneten ab Oktober 1950 vertreten. <http://www.kas.de/wf/de/71.9382/> letzter Abruf: 11.3.2015.

<sup>344</sup> Zit. nach: Danker (2006), S. 197.

<sup>345</sup> 16.1.1961. Stenographische Berichte des Schleswig-Holsteinischen Landtages. 4. Wahlperiode (1958-1962) 1961, S. 1909 ff. Vgl. Danker (2006), S. 196.

<sup>346</sup> Dr. R. wandte sich bei der Auflistung der fünf Zeugen (3 Männer/ 2 Frauen) und deren Adressen direkt an die Landtagsabgeordnete Frau Dr. Lena Ohnesorge, die als Vorsitzende des Landtagsausschusses für Gesundheitswesen fungierte. LASH: Abt. 761/ 9598. Anm. d. Verf.: Ein in der Nachkriegszeit gängiges Verfahren, sich als Betroffener direkt an demokratisch gewählte Entscheidungsträger zu wenden, da vermutlich das Vertrauen in das Beamtensystem von Justiz und Verwaltung durch die nationalsozialistische Willkürpraxis nachhaltig erschüttert war.

<sup>347</sup> Dr. Richard R., mündliches Verhör der Lübecker Staatsanwaltschaft., Aktennotiz ohne Datumsangabe. LASH: Abt. 761/ 9598.

<sup>348</sup> 3.2.1951. Der Oberstaatsanwalt des Lübecker Landgerichts an die Landesregierung Schleswig-Holstein - Der Landesminister des Innern – Abt. Gesundheitswesen z. Hd. Herrn Oberregierungsrat Domabyl. LASH: Abt. 761/ 9598.

Verfahren gegen die Menschlichkeit war 1951 nach den Ausführungen der Staatsanwaltschaft gegen Dr. Rücker-Embden nicht anhängig. Obwohl bereits im Landtagsausschuss für Gesundheitswesen im Januar 1948 im Zuge des Euthanasie-Ausschusses die Zahl der aus Neustadt verlegten Patienten beziffert wurde, sprach die Staatsanwaltschaft noch 1951 lediglich von

dem Verdacht, dass in der Heilanstalt Neustadt/ Holst. untergebrachte Geisteskranke während des Krieges zum Zwecke der „Euthanasierung“ von dort in andere Anstalten verlegt worden und in diesen tatsächlich den Euthanasie-Massnahmen zum Opfer gefallen seien, ist von der Staatsanwaltschaft Kiel unter dem Verfahren II Js 393/49 mit nachgegangen worden.<sup>349</sup>

Dr. Rücker-Embden wurde während der Beurlaubung und drohenden Amtsenthebung des Ärztlichen Direktors in Schleswig-Stadtfeld, Dr. Grabow, als dessen Vertreter im Januar 1950 bestellt. Die ärztliche Leitung im Neustädter LKH übernahm für die Dauer der Abordnung Dr. Rücker-Embdens nach Schleswig, der Leiter der Frauenklinik, Dr. Giesecke, die Leitung der psychiatrischen Abteilung Oberarzt Dr. Weiland.<sup>350</sup> Am 28.10.1950 folgte aus Mangel an hinreichenden Beweisen auch der Einstellungsbeschluss des Oberstaatsanwalts zum Thema Euthanasie und die Bestrafung Mitverantwortlicher. Der Ausschuss für Justiz erklärte in seiner Sitzung am 12.8.1952 zum Thema „Euthanasie in Schleswig Holstein“ seine Bedenken gegen eine Wiederaufnahme eines Verfahrens und verwies darauf, aus einem Verfahren gegen die Mitverantwortlichen aus dem Euthanasie-Vorgang kein Verfahren gegen die Justiz zu machen.

Der Ausschuss erklärt den negativen Ausgang der Aufklärung der sogenannten Euthanasie-Vorgänge in Schleswig-Holstein für menschlich zutiefst bedauerlich. Nach eingehender Prüfung verspricht sich der Ausschuss von weiteren über die bisher gründlichen Ermittlungen der Staatsanwaltschaft hinaus anzustellende Erhebungen keinen Erfolg. Er stellt daher ebenso wie der Landtagsausschuß für Gesundheitswesen seine weitere Nachprüfung der Angelegenheit ein.<sup>351</sup>

Die Ergebnisse der unter Ausschluss der Öffentlichkeit stattfindenden Ausschusssitzungen über die Vorgänge der Euthanasie im Dritten Reich und deren politische und juristische Aufarbeitung nach 1945 erreichte die Öffentlichkeit

---

<sup>349</sup> Trotz der dem Landesausschuss für Gesundheitswesen seit 1948 bekannten Verlegungszahlen aus dem LKH Neustadt z.B. nach Meseritz-Obrwalde oder Bernburg wurde die Verdachtsformulierung durch die Staatsanwaltschaft Lübeck angeführt, die im Wortlaut vom zuständigen Leiter im Landesministerium des Innern/ Abt. Gesundheitswesen, Oberregierungsrat Domabyl, wörtlich übernommen wurde; Dr. Domabyl, Oberregierungsrat im Landesministerium des Innern, Abt. Gesundheitswesen. Schreiben an Dr. Lena Ohnesorge, Landtagsabgeordnete und Vorsitzende des Landtagsausschusses für Gesundheitswesen. LASH: Abt. 671/ 9598.

<sup>350</sup> 29.12.1949. Persönliche Mitteilung des Landesministers der Justiz, Küber, 1949. LASH: Abt. 761/ 9598.

<sup>351</sup> 12.8.1952. 17. Sitzung des Ausschusses für Justiz des 4. Schleswig-Holsteinischen Landtages. Landtagsvorlage Nr. 109/4. LASH: Abt. 761/ 9598.

zeitverzögert. Ob politisch zurückgehalten oder bewusst lanciert, lässt sich nicht mehr nachvollziehen, Presseberichte griffen die Einstellung der Ermittlungsverfahren um die Euthanasie-Vorgänge mit Schlagzeilen wie „Der Massenmord an Geisteskranken“<sup>352</sup> oder „Gemeinnützige Krankentransporte-GmbH – 1600 kranke Menschen aus Schleswig-Holstein in der Nazizeit getötet“<sup>353</sup> erst im Sommer 1953 auf.<sup>354</sup>

1960 wurde dem Generalstaatsanwalt im Zusammenhang um die Mord-Ermittlungen gegen den NS-Euthanasie-Chefgutachter, Prof. Dr. Heyde<sup>355</sup>, durch die zuständigen Gesundheitsbehörden des Landes Schleswig-Holstein mitgeteilt, dass die Aktenunterlagen des für die Landeskrankenhäuser zuständigen und weisungsbefugten Oberpräsidenten durch den Bombenangriff 1944 vernichtet worden waren. Mit der notwendigen Verlegung des Verwaltungssitzes ins LKH Schleswig sollten auf Weisung des inzwischen verstorbenen Landeshauptmanns in den Tagen des Zusammenbruchs 1945 die Akten zur „Verlegungsaktion im Zuge planwirtschaftlicher Massnahmen in den Heil- und Pflegeanstalten“ vollständig vernichtet worden sein.<sup>356</sup> Ungeachtet dessen, führte die mediale Entrüstung über die sich häufenden Justizskandale der 1950er Jahre in Schleswig-Holstein selbst in konservativen Zeitungen bundesweit zu Schlagzeilen über die „sich häufenden Unbegreiflichkeiten schleswig-holsteinischer Justiz“, die „Schlupfwinkel für die braune Pest“ oder „brauner Patronage in Schleswig-Holstein“ und veranlassten den amtierenden Ministerpräsidenten von Hassel (CDU) in einer Regierungserklärung

---

<sup>352</sup> 12.6.1953. Schleswig-Holsteinische Volkszeitung. Pressestelle der Landesregierung Schleswig-Holstein. LASH: Abt. 761/ 9598.

<sup>353</sup> 18.7.1953. Hamburger Echo. Pressestelle der Landesregierung Schleswig-Holstein. LASH: Abt. 761/ 9598.

<sup>354</sup> Neben diesen Presseberichten erregten die politische und juristische Auseinandersetzung der 1950er Jahre über die für Schleswig-Holstein geltenden Pensionsansprüche des ehemaligen Gauleiters der Provinz Schleswig-Holstein, Lohse, und des Generalstaatsanwalts am Volksgerichtshof, Lautz, ebenso öffentliches Interesse wie das Schadensersatzbegehren des ehemaligen SS- und Polizeiführers Schröder aus Lübeck für durch die Briten beschlagnahmte Raubgüter und die Besetzung des „Kindereuthanasie“-Gutachters Catel als Chefarzt der Kieler Uniklinik. Vgl. Danker (2006), S. 194 f.

<sup>355</sup> Prof. Dr. Werner Heyde lebte mit dem Wissen von Richtern, Ministerialbeamten und Arztkollegen unter dem Pseudonym „Dr. Sawade“ nach 1945 weiterhin als Gutachter bis zur Enttarnung seiner Doppelidentität 1959 in Flensburg. Vgl. Godau-Schüttke, Klaus-Detlev: Die Heyde/ Sawade-Affäre. Wie Juristen und Mediziner den NS-Euthanasieprofessor Heyde nach 1945 deckten und straflos blieben. Baden-Baden 1998.

<sup>356</sup> Aus den Akten des LKH Neustadt geht lediglich hervor, dass die Verwaltung des Provinzialverbandes die entsprechenden Weisungen bzgl. der Verlegungsaktion gegeben hatte und die Krankenakten der verlegten Patienten dem Transport mitzugeben waren. Vgl. LASH: Abt. 761/ 9598.

eine Plenardebatte vor nationaler und internationaler Presse einzuläuten.<sup>357</sup> Darin verwies er die Kritik am Entnazifizierungsprozess in Schleswig-Holstein auf lediglich ein oder zwei Dutzend Fälle, deren Identität als ehemalige nationalsozialistische Funktionäre und deren Verstrickungen schwer erkennbar gewesen seien und das politische Ziel für die Belange der 4,8 Millionen in Schleswig-Holstein lebenden Bürger in Ruhe und Aussöhnung bestand.

Das Werk der Aussöhnung, das Ziel der Wiedergewinnung aller Deutschen zu aufrichtigen und vorbehaltlosen Mitarbeit an unserem demokratischen Staat darf nicht gefährdet werden.<sup>358</sup>

Die parlamentarische Argumentation des schleswig-holsteinischen Landtages auf Neuausrichtung, Aussöhnung und die Reduktion der NS-Verbrechen auf einige wenige Verantwortliche führte im Kontext juristischer Freisprüche vor dem Hintergrund fehlender Alternativen der zu besetzenden psychiatrischen Leitungspositionen zur Fortführung personeller Kontinuitäten in den psychiatrischen Anstalten.

## **4.2 Erbgesundheitswesen nach 1945**

Nationalsozialistisches Unrecht in der Medizin erhielt nach 1945 seinen Niederschlag in sogenannten „Wiedergutmachungs-Verfahren“, die den Opfern - bei positivem Bescheid - neben der juristischen Rehabilitation auch eine materielle Entschädigung ermöglichen sollten. Diese Verfahren gestalteten sich für die Betroffenen zwischen den Aspekten der Eugenik der 1920/ 1930er Jahre, den bevölkerungspolitischen Zielsetzungen der Medizin und dem rassistischen Charakter der NS-Gesundheitspolitik problematisch und stellten in den Anforderungen des Antragsverfahrens eine große Hürde dar. Neben der psychischen Belastung detaillierter Beschreibungen körperlicher Folgeschäden, z.B. nach traumatisierenden pseudomedizinischen Menschenversuchen ließen sich die Nachweise der

---

<sup>357</sup> Die „Frankfurter Rundschau“ initiierte die bundesweite Berichterstattung, „FAZ“ und „Rheinischer Merkur“ folgten. Vgl. Danker, a.a.O., S. 196; Zur Beteiligung von Ärzten am Euthanasieprogramm der Nationalsozialisten erschien im Magazin „Der Spiegel“ eine Serie, die 1961 als Buch erschien. Vgl. Honalka, Berndt: „Die Kreuzelschreiber. Ärzte ohne Gewissen. Euthanasie in Dritten Reich“, Hamburg 1961.

<sup>358</sup> 16.1.1961. Ministerpräsident von Hassel. Stenographische Berichte des Schleswig-Holsteinischen Landtages. 4. Wahlperiode (1958-1962), S. 1900. Zit. nach: Danker (2006), S. 196.

Folgeschäden oftmals schwer erbringen.<sup>359</sup> Zudem stellten die personellen Kontinuitäten ehemaliger, im NS tätiger Gutachter aus Justiz und Medizin in Verbindung mit „veralteten medizinischen Konzeptionen, die bereits in der Zwischenkriegszeit etabliert waren und eine kriegs- oder verfolgungsbedingte „Traumatisierung strikt ablehnten“<sup>360</sup> zu einer restriktiven Gutachterpraxis.<sup>361</sup>

Im Falle der im NS durchgeführten Zwangssterilisationen blieb das GzVeN durch den Alliierten Kontrollrat im Herbst 1945 erhalten, denn die westlichen Alliierten erkannten das GzVeN nicht als nationalsozialistisches Unrechtsgesetz an. Urteile der NS-Erbgesundheitsgerichte hatten bis in die 1960er Jahre Rechtsbestand, obwohl die Erbgesundheitsgerichte formal durch die Alliierten abgeschafft worden waren. Eine Anfrage der Frauenklinik des LKH Neustadt 1947 auf „Wiederherstellung der Tubendurchgängigkeit auf Wunsch der Patientin“,<sup>362</sup> die „aufgrund der nationalsozialistischen Gesetze wegen einer Nervenkrankheit bzw. Nervenzusammenbruchs sterilisiert wurde“,<sup>363</sup> „machte die Unklarheit der Mediziner im Umgang mit dem GzVeN nach 1945 deutlich. Die Stellungnahme der zuständigen Gesundheitsbehörde des Landes Schleswig-Holstein zur Klärung verdeutlichte:

1. Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses gehört nicht zu den Gesetzen, die durch die Militär-Regierung außer Kraft gesetzt sind. Es ist nach wie vor in Kraft.
2. Bevor der Versuch gemacht werden darf, auf operativem Wege eine auf Beschluss der Erbgesundheitsgerichte durchgeführte Unfruchtbarmachung rückgängig zu machen, muss von dem Erbgesundheitsobergericht der anordnende Beschluss des Erbgesundheitsgerichtes aufgehoben werden.

---

<sup>359</sup> Bis 1960 wurden nach Süß von 1.700 Anträgen nur ca. 850 positiv beschieden. Opfer pseudomedizinischer Versuche galten seit 1951 als entschädigungsbedürftig und erhielten aus einem Fonds des Bundesfinanzministeriums eine Einmalzahlung von 5.800 DM ohne Anerkennung eines weiteren Rechtsanspruches, wie sie im Bundesentschädigungsgesetz von 1956 für andere Opfergruppen vorgesehen waren. Vgl. Süß, : Versuche der „Wiedergutmachung“. Jütte (2011), S. 285.

<sup>360</sup> Vgl. Jütte (2011), S. 284.

<sup>361</sup> Vgl. Pross, Christian: Wiedergutmachung. Der Kleinkrieg gegen die Opfer, Frankfurt/ M. 1988; Goltermann, Svenja: Kausalitätsfragen. Psychisches Leid und psychiatrisches Wissen in der Entschädigung. In: Frei, Norbert/ Brunner, Josè/ Goschler, Constantin (Hg.): Die Praxis der Wiedergutmachung. Geschichte, Erfahrung und Wirkung in Deutschland und Israel, Göttingen 2009, S. 427-451; Eckardt, Wolfgang: Traumatisierung durch körperliche und seelische Gewalt im Nationalsozialismus – Die Debatte um Schädigung und Entschädigung seit den 1950er Jahren. In: Jütte (2011) S. 295-310.

<sup>362</sup> 16.4.1947. Schreiben des Chefarztes der Frauenklinik im LKH Neustadt, Dr. Giesicke an den Amtsarzt in Oldenburg/ H. Dieser leitete die Anfrage direkt an die Landesregierung - Ministerium für Gesundheitswesen – mit der Bitte um Stellungnahme weiter. Vgl. LASH: Abt. 611/ 563.

<sup>363</sup> Ebd.

3. Patienten, die mit entsprechenden Anträgen kommen, sind darauf hinzuweisen, dass ein solcher Antrag zunächst an das Erbgesundheitsobergericht in Kiel zu richten ist.<sup>364</sup>

Aufgrund einer allgemeinen Rechtsunsicherheit und Diskussionen um Zuständigkeiten zwischen Ländern und Besatzern veranlasste das Zentral-Justizamt für die britische Zone am 28.7.1947 die „Verordnung über die Wiederaufnahme von Verfahren in Erbgesundheitssachen.“<sup>365</sup> Amtsgerichte übernahmen mit dem 1.8.1947 die Tätigkeit der ehemaligen Erbgesundheitsgerichte. Die Verordnung schaffte das GzVeN nicht ab, ließ aber keine Neuaufnahmen von Sterilisationsverfahren zu.<sup>366</sup> Für die Amtsgerichte in Flensburg, Itzehoe, Kiel und Lübeck sowie das Erbgesundheitsobergericht in Kiel wurden durch die Landesärztekammer Schleswig-Holstein jeweils ein in der Erbgesundheitslehre besonders vertrauter Arzt und ein Stellvertreter als ärztliche Beisitzer benannt. Mit Zustimmung der Landesärztekammer und des Ministeriums für Arbeit, Wohlfahrt und Gesundheitswesen der schleswig-holsteinischen Landesregierung blieb die personelle Kontinuität der im Nationalsozialismus tätigen ärztlichen Beisitzer der Erbgesundheitsgerichte- bzw. Obergerichte erhalten. Dr. Habernoll vom Landesgesundheitsamt Kiel und Prof. Dr. Creutzfeld von der Psychiatrischen Klinik in Kiel waren schon im NS für das Erbgesundheitsobergericht tätig und wurden auch 1947 weiterhin benannt.<sup>367</sup> Der angestrebte, turnusmäßige Wechsel der Beisitzer<sup>368</sup> nach zwei Jahren ließ sich aus Mangel an geeigneten Kandidaten nicht aufrecht halten und führte oftmals zu dauerhaften Berufungen.<sup>369</sup> Dabei wurden Ablehnungen der Berufungen z.B. aus gesundheitlichen Gründen sowie inneren Bedenken<sup>370</sup>, Ärzte gegen ihren Willen zur Rechtsprechung heranzuziehen<sup>371</sup> durchaus als Begründung anerkannt. Von Seiten der Justiz gab der Oberlandgerichtspräsident für Schleswig-Holstein gegen die Besetzung von vier Gerichten im Lande seinen Zweifel

---

<sup>364</sup> 22.4.1947. Landesregierung Schleswig-Holstein – Ministerium für Gesundheitswesen – an das LKH Neustadt – Frauenklinik -. LASH: Abt. 611/ 563.

<sup>365</sup> Verordnungsblatt für die Britische Zone, Nr. 14, 1947, S. 110. LASH: Abt. 611/563.

<sup>366</sup> Hanrath verweist auf ein nach wie vor bestehendes Interesse sowohl der britischen Besatzer als auch der psychiatrischen Fachkreise nach einem „eugenisch motiviertem Sterilisationsgesetz“ und spricht sich für einen Fortbestand des eugenisch-rassenhygienischen Paradigmas über 1945 hinaus aus. Vgl. Hanrath (2002), S. 99-110.

<sup>367</sup> Vgl. LASH: Abt. 611/563.

<sup>368</sup> 1948 wurde Dr. Grabow, Ärztlicher Direktor aus Schleswig-Stadtfeld und als Vertretung der Lübecker Amtsarzt, Medizinalrat Dr. Glawatz, als ehemalige NS-Gutachter abermals berufen. Vgl. LASH: Abt. 611/563.

<sup>369</sup> 26.19.1949. Die 1949 bestellten ärztlichen Beisitzer wurden 1950/51 wiederum als Beisitzer vorgeschlagen. Schreiben Dr. Habernoll an Landesärztekammer. LASH: Abt. 611/563.

<sup>370</sup> 21.1.1950. Landgerichtspräsident an den Präsidenten des Oberlandgerichts Schleswig-Holstein. LASH: Abt. 611/ 563.

<sup>371</sup> Ebd.

an der Kompetenz und Erfahrung in Erbgesundheitsangelegenheiten der zum Vorschlag gebrachten Richter an den Amtsgerichten Itzehoe, Flensburg und Lübeck zu bedenken.<sup>372</sup>

[...] Ich möchte gerade das Amtsgericht in Kiel mit dem Wiederaufnahmeverfahren betraut wissen, weil es zentral gelegen ist und weil es auch im Kriege aufgrund der AV des ReichJM vom 16.11.1944 a l l e Erbgesundheitssachen des Oberlandgerichtsbezirks bearbeitet hat.<sup>373</sup>

In Folge urteilte ausschließlich das Amtsgericht Kiel in den Wiederaufnahmeverfahren in Erbgesundheitssachen in Schleswig-Holstein und die jeweils sechs ärztlichen Beisitzer und Stellvertreter wurden zumeist aus den Gesundheitsämtern der Gerichtsbezirke Flensburg, Itzehoe, Lübeck und Kiel berufen. Für das Erbgesundheitsobergericht in Kiel wurden jeweils 4 ärztliche Beisitzer und Vertreter berufen, von denen Dr. Grabow aus Schleswig und Dr. Glawatz aus Lübeck bereits als NS-Gutachter am Erbgesundheitsober- bzw. Erbgesundheitsgericht tätig waren.<sup>374</sup>

Für Schleswig-Holstein ergab eine Abfrage über die „Gesetzliche Regelung der Wiederaufnahme des Verfahrens in Erbgesundheitssachen“ 147 gestellte Wiederaufnahmeanträge.<sup>375</sup> Wie vielen Anträgen stattgegeben wurde, konnte nicht ermittelt werden. Bundesweite Daten weisen aus, dass nur einem Viertel der 4.000 Anträge auf Wiedergutmachung zwischen 1947 und 1965 im Wiederaufnahmeverfahren stattgegeben wurde.<sup>376</sup>

---

<sup>372</sup> 26.11.1947. Damit folgte der schleswig-holsteinische Oberlandgerichtspräsident dem Beispiel anderer Oberlandgerichtsbezirke der Britischen Zone. Der Justizminister in Nordrhein-Westfalen hatte bereits angeordnet, in jedem Oberlandesgerichtsbezirk nur ein Amtsgericht mit dem Wiederaufnahmeverfahren zu betrauen. Vgl. Schreiben des Oberlandgerichtspräsidenten an den Ministerpräsidenten – Abt. für Justizwesen – in Schleswig-Holstein. LASH: Abt. 611/ 563.

<sup>373</sup> 26.11.1947. Oberlandgerichtspräsident Dr. Kuhnt an den Ministerpräsidenten von Schleswig-Holstein. LASH: Abt. 611/ 563.

<sup>374</sup> Vgl. LASH: Abt. 611/ 563.

<sup>375</sup> 19.4.1956. Abfrage in den westlichen Besatzungszonen bzw. Bundesländern zur Antragspraxis in Wiederaufnahmeverfahren in Erbgesundheitsangelegenheiten zwischen 1947-1954. Demgegenüber lagen die Anträge in Hamburg (1.003), Niedersachsen (933) und Nordrhein-Westfalen (975) deutlich höher. Vgl. BAK B 142, Nr. 2123; Für Hamburg lässt sich die hohe Zahl der Anträge erklären, da das Amtsgericht Hamburg nach einer Verordnung des Präsidenten des Zentraljustizamtes für die Britische Zone ebenfalls für die Fälle der Wiederaufnahmeverfahren zuständig war, die vor 1945 östlich der Oder-Neiße-Linie verhandelt worden waren. Vgl. Hanrath (2002), S. 99-110; Davon mögen auch die in Schleswig-Holstein wohnhaften Flüchtlinge betroffen gewesen sein, was möglicherweise den niedrigen Gesamtwert in Schleswig-Holstein trotz des hohen Flüchtlingsanteils erklären könnte.

<sup>376</sup> 1974 wurde das GzVeN formell außer Kraft gesetzt, 1988 erfolgte die Anerkennung der Zwangssterilisationen als NS-Unrecht und die Urteile der Erbgesundheitsgerichte verloren ihre Gültigkeit. Vgl. Westermann, Stefanie: Verschwiegenes Leid. Der Umgang mit den NS-Zwangssterilisationen in der Bundesrepublik Deutschland, Köln 2010.

Hingegen wurde der Bitte um Sterilisation einer an Schizophrenie leidenden Frau mit einem bereits erbkranken Kind durch ihren behandelnden Arzt vom zuständigen Gesundheitsamt wegen Unklarheit bereits 1947 von der Landesregierung eine klare Absage erteilt.

Mit Erlass vom 1.8.1947 haben die Amtsgerichte die Tätigkeit der früheren Erbgesundheitsgerichte aufgenommen, jedoch nur in solchen Verfahren, bei denen es sich darum handelt, frühere Urteile der Erbgesundheitsgerichte wieder aufzuheben. Die Stellung von neuen Anträgen ist z.Zt. nicht möglich. Der Durchführung der Unfruchtbarmachung würde daher z.Zt. die gesetzliche Grundlage fehlen.<sup>377</sup>

#### **4.3 Psychiatrische Leitung – Neubesetzung vs. hausinterne Kontinuitäten**

Dem Ziel der britischen Militärregierung, in der ersten Entnazifizierungsphase 1945/46 die Direktorenposten von ehemaligen Parteimitgliedern mit unbelasteten Ärzten zu besetzen, konnte im LKH Neustadt für Schleswig-Holstein in der Person des Oberarztes Dr. Rücker-Embden als Nicht-NSDAP-Mitglied entsprochen werden, obwohl der Entnazifizierungsausschuss Rücker-Embden erst 1948 als „Entlasteten der Kategorie V“<sup>378</sup> einstuft. Für das LKH Neustadt<sup>379</sup> entsprach die britische Militärregierung und der Provinzialverband Schleswig-Holstein damit dem bei Kersting und Hanrath für Westfalen erhobenen Befund, dass aus Pragmatismus und Ärztemangel die Entnazifizierungsverfahren auf die Direktoren beschränkt blieben, die nachgeordneten Ärzte auch als NSDAP-Mitglieder zur Sicherung der Patientenversorgung z.T. zwar in andere Anstalten versetzt, aber weitgehend im Dienst blieben.<sup>380</sup> Ebenso blieb die Ebene des leitenden Pflegepersonals aufgrund fehlender Alternativen zur Aufrechterhaltung der Patientenversorgung weitgehend erhalten.

---

<sup>377</sup> 9.12.1947. Schreiben der Landesregierung Schleswig-Holstein – Ministerium für Arbeit, Wohlfahrt und Gesundheitswesen – an die Kreisverwaltung – Gesundheitsamt – in Pinneberg.

LASH: Abt. 611/ 563.

<sup>378</sup> Personalakte Rücker-Embden. Ameos Archiv Neustadt.

<sup>379</sup> Für das LKH Schleswig-Stadtfeld verblieb der Medizinal-Direktor Dr. Grabow hingegen auf seinem Direktorenposten.

<sup>380</sup> Der langjährig in Neustadt tätige Arzt, Dr. Struwe, hatte im Krieg die UK-Stellung im Austausch zu Dr. Rücker-Embden angestrebt. Dr. Struwe wurde im LKH Neustadt bis September 1946 unter „noch im Wehrdienst“ und ab Oktober 1946 unter „Wiedereinstellung noch nicht genehmigt“ geführt. Vgl. Ameos Archiv Neustadt: Az. A 6; Das Wohnhaus auf dem Gelände des LKH wurde von den britischen Besatzern für deren Eigenbedarf als hygienische Abteilung der Englischen Wehrmacht beansprucht und musste binnen 20 Stunden geräumt sein, wobei die Familie ihr Mobiliar teilweise den Briten zur Verfügung stellen musste. Dr. Struwe wurde an das LKH Schleswig-Stadtfeld versetzt. Vgl. LASH: Abt. 611/ 1426.

Es bleibt zu klären, welchen Einfluss die personellen Kontinuitäten im zeitlichen Längsschnitt ab 1945 für die Entwicklung der Neustädter Psychiatrie nehmen konnten. Der bis 1961 für die psychiatrische Abteilung im LKH Neustadt zuständige Medizinaldirektor, Fritz Emil Rücker-Embden (Jg.1896) studierte zwischen 1914 und 1921 Medizin in Freiburg, Kiel und Hamburg.<sup>381</sup> Nach seinem Examen leitete er neben seiner klinischen Tätigkeit in Kiel auch das dortige hirnanatomische Labor, unterbrochen durch eine siebenmonatige Fortbildung in der Abteilung für Hirnanatomie am Deutschen Forschungsinstitut für Psychiatrie in München bei Prof. Spielmeyer. Als Hilfsarzt trat Rücker-Embden 1931 in der Landesheil- und Pflegeanstalt für Jugendliche in Schleswig-Hesterberg in den Provinzial-Dienst über und erhielt bereits ein Jahr später als Oberarzt die Festanstellung auf Lebenszeit. In gleicher Eigenschaft wechselte er 1935 in die Heil- und Pflegeanstalt nach Neustadt, wo er den erbbiologischen Dienst leitete und einen großen Anteil des erbbiologischen Außendienstes leistete.<sup>382</sup> Mit der Abberufung des im Nationalsozialismus im LKH Neustadt tätigen Geschäftsführenden Direktors, Dr. Cornils, durch die britische Besatzungsmacht, wurde Rücker-Embden am 14.11.1945 als Medizinal-Direktor mit der Wahrnehmung der Geschäfte des Ärztlichen Direktors beauftragt und zudem Leiter der Nerven- und Psychiatrischen Abteilung. Sein Vorgänger, Dr. Walther, musste nach der Rückkehr Rücker-Embdens auf Bescheid der Provinzialverwaltung ausscheiden.<sup>383</sup>

---

<sup>381</sup> Der Kriegseinsatz vom 21.7.1915 bis zum 15.3.1919 unterbrach das Studium, im August 1922 erhielt er die Approbation. In der Folge arbeitete Rücker-Embden sechs Monate als Volontär am Physiologischen Universitätsinstitut in Frankfurt/ M. bei Prof. G. Embden, zwei Jahre als planmäßiger Assistent bei Prof. Schottmüller in Hamburg-Eppendorf, sechs Monate als stellvertretender Assistent in der Neurologischen Abteilung Hamburg-Barmbek bei Prof. Embden, 15 Monate in der Inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses Hildesheim bei Dr. v Griegern wiederum als planmäßiger Assistent, um dann vier Jahre an der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel bei Prof. Stertz weiterhin als planmäßiger Assistent zu arbeiten. Vgl. Personalakte Rücker-Embden. Ameos Archiv Neustadt.

<sup>382</sup> Personalakte Rücker-Embden. Ameos Archiv Neustadt.

<sup>383</sup> 21.7.1945. Aktennotiz zur Besprechung zwischen Landesoberverwaltungsrat Dr. Mühling und dem geschäftsführenden Direktor Dr. Cornils. LASH: Abt. 611/ 1426.



Abb. 11: Medizinal-Direktor Dr. Fritz Rücker-Embden<sup>384</sup>

Im Fragebogen des „Military Government of Germany“ verneinte Rücker-Embden 1945 die Mitgliedschaft in der NSDAP und führte seine HJ-Mitgliedschaft von 1934-1935 als ärztlicher Scharführer an. Vom Hauptentnazifizierungsausschuss in Oldenburg/ H. 1948<sup>385</sup> wurde er als nominelles Mitglied der NSDAP (Opferring) von 1937-1945 eingestuft. Seine weitere Mitgliedschaft im „Reichsbund der deutschen Beamten“ seit 1934 und der „Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt“(NSV) ab 1935 als angeschlossene Verbände der NSDAP, spielten im Entnazifizierungsverfahren keine Rolle. Mit Rücksicht auf die Tatsache, dass sich sein HJ-Dienst lediglich auf seine ärztliche Tätigkeit beschränkte, wurde Rücker-Embden ungeachtet schwebender Ermittlungsverfahren als „Entlasteter der Kategorie V“ eingestuft. Als Nicht-Mitglied der NSDAP beantragte Rücker-Embden im Zuge des Erlasses des Oberpräsidenten der Provinz Schleswig-Holstein - Amt für Inneres - bezüglich der Behandlung der Nicht-Parteigenossen unter den Beamten und Angestellten des Oberpräsidiums im Februar 1946, als finanziell Benachteiligter des NS-Regimes anerkannt zu werden.

Ich nahm die Stellung an der Landesheilanstalt Schleswig-Hesterberg an, nachdem mir vom damaligen Direktor der Anstalt in Aussicht gestellt worden war, in absehbarer Zeit sein Nachfolger zu werden. Im Zuge der Einführung nationalsozialistischer Neuerungen verlor ich jedoch zunächst meine Gehaltszulage und wurde später nach Neustadt versetzt. Hier war ich

---

<sup>384</sup> Fotokopie aus dem Fotoalbum der Oberin Meta Heumann. Dank für die Einsicht an Dr. Freudenberg. Ameos Neustadt.

<sup>385</sup> 1948 wurde der Entnazifizierungsprozess durch die Britische Militärregierung bereits weitgehend in die Hände deutscher Behörden gelegt und unterlag keineswegs mehr der zunächst durch die Briten durchgeführten strikten Säuberung. Vielmehr lag es 1948 im Ermessen deutscher Behörden, Recht über nationalsozialistische Parteiaktivitäten zu sprechen. Vgl. Vollnhals, Clemens: Entnazifizierung. Politische Säuberung und Rehabilitierung in den vier Besatzungszonen 1945-1949. München 1991, S. 25 ff.

der einzige Arzt, der nicht in die Partei eintrat, so daß ich keine Aussichten hatte, beruflich weiter zu kommen. Die hiesige Obermedizinalratsstellung erhielt ein Nationalsozialist, der ursprünglich, als wir noch beide in der gleichen Gehaltsgruppe waren, ein geringeres Besoldungsalter hatte als ich.<sup>386</sup>

Die Beschwerde wurde mit dem Hinweis, dass der Erlass auf Rücker-Embdens keine Anwendung finden würde, abgelehnt, da der erwähnte Arzt, der seinerzeit die Obermedizinalrat-Stellung erhalten hatte, ein ungünstigeres Besoldungsdienstalter, aber ein bedeutend günstigeres Rangdienstalter aufweisen konnte. Einen Monat später entsprach der Oberpräsident der Provinz Schleswig-Holstein - Amt für Volkswohlfahrt - dann dem Gesuch Rücker-Embdens auf Ausübung einer privatärztlichen Tätigkeit. Darin forderte Rücker-Embdens für den Chefarzt der psychiatrisch-neurologischen Abteilung das gleiche Recht auf Honorarforderungen für stationäre und ambulante Behandlungen gegenüber Patienten der 1. und 2. Klasse und Selbstzahlern der 3. Klasse, wie es durch Chefärzte der anderen Abteilungen im LKH Neustadt üblich war.

Es schadet dem Ansehen des Nervenfacharztes und dem Ruf der psychiatrisch-neurologischen Abteilung, wenn z.B. bei der Verlegung eines Selbstzahlers von einer der anderen Abteilungen auf die neurologisch-psychiatrische Abteilung plötzlich die Arztkosten für ihn wegfallen.<sup>387</sup>

Die finanziell berechtigte Begründung erscheint plausibel, die vermeintliche Sorge um den Imageschaden seines Berufsstandes bei der Zivilbevölkerung erscheint aus heutiger Sicht in Anbetracht des Wissens um den Patientenmord an psychiatrischer Patienten zynisch, entsprach aber durchaus der durch Politik und Justiz vermittelten „Schlussstrichmentalität“ der Deutschen nach dem 2. Weltkrieg. Auf Vorschlag des Innenministers wurde Rücker-Embdens 1954 erstmals für das LKH Neustadt als nicht beamteter Stellvertreter als ärztliches Mitglied für die Jahre 1954/55 des 4. Zivilsenats des Schleswig-Holsteinischen Oberlandgerichts für die Wiederaufnahme in Erbgesundheitssachen bestellt. 1956/57 blieb Rücker-Embdens in dieser Stellvertreterfunktion tätig und wurde 1960 als nunmehr beamtetes ärztliches Mitglied erneut bestellt. Mit dem Ruhestand Rücker-Embdens folgte 1961 der Vorschlag Dr. Glawatz' an die Ärztekammer Schleswig-Holstein, Dr. Werner Pulst als Nachfolger im LKH Neustadt, als ärztliches Mitglied in Erbgesundheitssachen am Amtsgericht Kiel zu berücksichtigen. Im Beisein verantwortlicher Politiker des Landes Schleswig-Holstein, des Kreises Oldenburg und der Stadt Neustadt, vieler Kollegen

---

<sup>386</sup> 19.2.1946. Dr. Rücker-Embdens an den Oberpräsidenten des Provinzialverbandes in Schleswig-Stadtfeld. Personalakte Rücker-Embdens, Ameos Archiv Neustadt.

<sup>387</sup> Personalakte Rücker-Embdens, Ameos Archiv Neustadt.

und des Personals wurde Medizinal-Direktor Dr. Rücker-Embden als der große Reorganisator des Hauses 1961 in den Ruhestand verabschiedet.

Die personelle Kontinuität ehemaliger NS-Gesundheitsfunktionäre im bundesdeutschen Gesundheitswesen bestätigte sich auch Anfang der 1960er Jahre am Beispiel des ehemaligen NS-Amtsarztes im Lübecker Gesundheitsamt, Dr. Glawatz, der nunmehr als Medizinalrat im Kieler Ministerium für die Landesregierung die Verabschiedung vornahm. Zeitgleich erfolgte die Amtseinführung von Dr. Pulst als Nachfolger Rücker-Embdens als neuem ärztlichen Direktor mit gleichzeitiger Ernennung zum Medizinal-Direktor. Mit dem Leitungswechsel entsprach das Innenministerium dem Bemühen Rücker-Embdens um Arbeitsentlastung seines Nachfolgers in der Funktion des Ärztlichen Direktors in Kombination mit der Leitung der gesamten psychiatrisch-neurologischen Abteilung. Ab 1.8.1961 wurde der Ärztliche Direktor von den Leitungsaufgaben der gesamten psychiatrischen Abteilung entlastet und es entstanden zwei selbstständige Abteilungen - die psychiatrisch-neurologische Männerabteilung unter der Leitung des aus Schleswig-Stadtfeld versetzten Medizinalrats Dr. Neumann und die psychiatrisch-neurologische Frauenabteilung unter der Leitung von Medizinaldirektor Dr. Pulst.<sup>388</sup>

Mit Dr. Werner Pulst (Jg. 1912) entsprach die Nachfolgeregelung (1961-1975) der hausinternen Kontinuität. Eine Ausschreibung für externe Psychiater der Nachfolgeneration ließ sich nicht nachweisen und war mit dem Vorschlag aus dem Landesgesundheitsministerium von Dr. Glawatz nicht angedacht. Pulst trat nach seinem Medizinstudium in Tübingen und Rostock 1938 als Beamter auf Widerruf eine Assistenz in der Landesheilanstalt Neustadt an. Studienbegleitend absolvierte er in der väterlichen Apotheke in Lübeck eine pharmazeutische Lehre. Mit Kriegsbeginn wurde Pulst zum Militärdienst eingezogen, dessen Einsatz als Regimentsarzt in Russland 1943/44 nach fünfjähriger Internierung in russischer Gefangenschaft 1949 endete. Eine Parteizugehörigkeit in der NSDAP verneinte Pulst in einem Fragebogen<sup>389</sup>, die Zugehörigkeit zum NSKK<sup>390</sup> seit September 1938 führte

---

<sup>388</sup> Vgl. Ameos Archiv Neustadt.: Az.: 200-1.

<sup>389</sup> Im Gegensatz zum 3-seitigen Entnazifizierungsbogen der Briten 1945 am Beispiel Rücker-Embdens 1945, umfasste der Fragebogen 1949 lediglich 1 Seite. Vgl. Personalakten Rücker-Embden/Pulst. Ameos Archiv Neustadt.

<sup>390</sup> NSKK: Das „Nationalsozialistische Kraftfahrkorps“ wurde am 30.6.1934 aus der SA abgekoppelt und erhielt den Status einer eigenen Gliederung innerhalb der NSDAP. Das NSKK war nicht nur Exekutivorgan der NSDAP, sondern übte in den Gesellschaftsbereichen Motorsport, Automobilindustrie, im Vereinswesen und im Verkehr Macht aus. Unter Beteiligung des NSKK wurde

er an. Als Spätheimkehrer versah Pulst mit einer 30%igen Erwerbsminderung aufgrund einer durch Eiweißmangelschaden und Malaria bedingten Körperschädigung seinen Dienst auf der neurologisch-psychiatrischen Abteilung des Neustädter LKH. Im April 1951 wurde er als Medizinalrat und Beamter auf Lebenszeit ernannt und erhielt im Oktober 1951 seine Anerkennung als Facharzt für Nerven- und Geisteskrankheiten. Im kollegialen Verhältnis zu seinem direkten Vorgesetzten, Dr. Rücker-Emden, lobte dieser vor allem Pulst's Einsatz im „Festen Haus“, in der Arbeitstherapie, der Mehrzahl der psychiatrischen Gerichtsgutachten und als Sachverständiger bei Gericht.

Seine Fachkenntnis, seine Qualitäten, sein gleichbleibend sicheres, ruhiges und überzeugendes Verhalten sowie seine Gründlichkeit und sein Arbeitseifer und hohes Pflichtbewusstsein befähigen Dr. Pulst besonders gut für sein jetziges Arbeitsgebiet, so dass er in Zukunft für die Vertretung des leitenden Abteilungsarztes der Psychiatrisch-neurologischen Abteilung in gegebenen Fällen vorgesehen ist.<sup>391</sup>

Am 1.10.1955 wurde Dr. Pulst zum Ober-Medizinalrat ernannt, mit der Pensionierung Rücker-Emdens<sup>392</sup> 1961 in Folge zum Medizinal-Direktor und im September 1969 zum leitenden Medizinal-Direktor. Bis zum 30.9.1975 blieb Pulst offiziell im Amt, war aber weiterhin bis zum 30.6.1976 als Arzt im Angestelltenverhältnis in Neustadt tätig. Als besonderer Verdienst Werner Pulst muss die Initiative zu psychiatrischen Fortbildungsveranstaltungen bundesweit angesehen werden. Ein Großteil der Personalakte wird von dementsprechenden Anträgen und Reisekostenzuschussabrechnungen ausgefüllt. Die Anträge zur Freistellung und finanziellen Unterstützung mussten zunächst über den Schreibtisch des Medizinal-Direktors an das bewilligende Ministerium weitergeleitet werden. Oftmals begleitete ein weiterer Facharzt des LKH Neustadt das psychiatrische Leitungsteam, Rücker-Emden und Pulst, zu regelmäßig stattfindenden Fortbildungsveranstaltungen der „Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde“ (DGPN), der „Allgemein ärztlichen

---

die Verfolgung und Ermordung der Juden und anderen Kriegsverbrechen durchgeführt und zerstört den Mythos des NSKK sowohl vom unpolitischen Krafftahrtreff als auch einer untergeordneten Parteigliederung. Vgl. Hochstetter, Dorothee: Motorisierung und „Volksgemeinschaft“. Das Nationalsozialistische Krafftahrtkorps 1931-1945. München 2005; Seidler, F.: Miscelle. Das Nationalsozialistische Krafftahrtkorps und die Organisation Todt im Zweiten Weltkrieg. Institut für Zeitgeschichte München-Berlin. In: Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte 1984, Jg. 31, Heft 4, [http://www.ifz-muenchen.de/heftarchiv/1984\\_4\\_5\\_seidler.pdf](http://www.ifz-muenchen.de/heftarchiv/1984_4_5_seidler.pdf). Letzter Abruf: 13.6.2015.

<sup>391</sup> Medizinaldirektor Dr. Rücker-Emden. Entwurf eines Befähigungsberichts zu Medizinalrat Dr. Werner Pulst LKH Neustadt vom 18. September 1954. Der abschließende Befähigungsbericht erfolgte verkürzt mit dem deutlicheren Verweis auf die Vertretung des Medizinaldirektors am 25.8.1955. Personalakte Dr. Pulst. Ameos Archiv Neustadt.

<sup>392</sup> Dr. Fritz Rücker-Emden starb im Alter von 79 Jahren im September 1974 in Aumühle/ Kreis Herzogtum Lauenburg. Personalakte Rücker-Emden. Ameos Archiv Neustadt.

Gesellschaft für Psychotherapie“ der Nordwestdeutschen Psychiater, des „Ärztlich wissenschaftlichen Beirats des Verbandes der Heimkehrer, Kriegsgefangenen und Vermisstenangehörigen Deutschlands e.V.“, dem „Deutschen Jugendgerichtstag“<sup>393</sup> oder den Veranstaltungen der Ärztekammer Schleswig-Holstein<sup>394</sup>. In seiner Funktion als Vorsitzender des Landesverbandes der DGPN Ende der 1950er Jahre war es jedoch Pulst, der vorrangig zu den Tagungen oder Ausschusssitzungen, z.B. des „Ständigen Ausschusses für Anstaltsfragen in der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde“, freigestellt wurde.

#### **4.4 Psychiatrische Leitungskompetenz – Institutionelle Abhängigkeiten und Protest**

In Erfüllung der landeseigenen Aufgaben der schleswig-holsteinischen Landesregierung unterlagen LKH-Verwaltung und Leitung der psychiatrisch-neurologische Abteilung deren Weisungen. Abhängigkeiten, die nahezu alle Bereiche des LKH umfassten und im Bausektor, der Personalentwicklung im medizinischen und pflegerischen Bereich, dem Wirtschaftsbetrieb, in der unmittelbaren Versorgung der Patienten bis hin zur Teilnahmegenehmigung von Fortbildungsveranstaltungen nachzuweisen sind. Generell lässt sich festhalten, dass die ökonomischen Diskussionen um Haushaltsfragen und -titel mit Gesundheits- und Finanzministerium psychiatrisches Handeln beschränkten und die von den LKH-Psychiatern und LKH-Verwaltung als notwendig erachteten Neuerungen hinauszögerten. Die Verbesserung der psychiatrischen Patientenversorgung war permanent politisch-ökonomischen Sachzwängen und langwierigen Aushandlungsprozessen unterworfen, die Abhängigkeiten und Einschränkungen psychiatrischer Handlungskompetenz bedeuteten. In Anbetracht dieser ökonomischen Abhängigkeiten der jeweiligen Landespolitik scheuten sich Anstaltspsychiater bundesweit hingegen nicht, ihre ureigene Kompetenz der psychiatrischen Anstaltsversorgung gegenüber den Behörden zu verteidigen und letztlich durchzusetzen. Die Anfrage der Landesjustizverwaltung Hamburg an den Justizminister des Bundes und der Länder

---

<sup>393</sup> Der in sechs Arbeitskreisen tagende Jugendgerichtstag hatte u.a. 1959 das Thema „Der Sachverständige in der Jugendkriminalrechtspflege“ auf der Tagesordnung. Vgl. Personalakte Dr. Pulst, Ameos Neustadt.

<sup>394</sup> Die Veranstaltungsreihen der Ärztekammer Schleswig-Holstein fanden an unterschiedlichen Orten im Lande statt. Bei einer Fortbildung im Krankenhaus Ost in Lübeck konnte das LKH Neustadt einen Patienten vorstellen und war somit direkt eingebunden. Vgl. Personalakte Dr. Pulst, Ameos Neustadt.

setzte das Thema „Briefzensur in Heil- und Pflegeanstalten“ bereits 1951 auf die Tagesordnung der Justizministerkonferenz. Die Argumentation der Ärzte, „die Aufrechterhaltung von Ruhe und Ordnung erfordere die Briefzensur“<sup>395</sup> umfasste auch die Befürchtung vor „den schädlichen Einfluss unvernünftiger Inhalte auf den Heilungsprozess“.<sup>396</sup> Dass „es allein im ärztlichen Ermessen liege, ob die Kenntnisse der Poststücke für den Patienten gesundheitliche Schäden nach sich ziehen könne“<sup>397</sup>, sollte die Behauptung der Ärzte unterstreichen. Die Justizminister berücksichtigten die Argumentation der Fachleute, gaben hingegen die fehlende rechtliche Grundlage der Briefzensur mit dem Hinweis auf laufende Prozesse wegen Freiheitsberaubung, Presseberichten und öffentlichem Aufsehen zu bedenken. Ein Bedenken, das in der alltäglichen Praxis der psychiatrischen Anstaltsversorgung am Beispiel der psychiatrischen Abteilung des LKH Neustadt keinen Nachhall erfuhr. „Um Ämter zu entlasten“<sup>398</sup> und „Porto zu sparen“<sup>399</sup> baten die Neustädter Behandler die zuständigen Betreuer, die Patientenpost zu kontrollieren bzw. gegebenenfalls abzufangen, um die sich nachziehenden erforderlichen ärztlichen Stellungnahmen zu den Patientenbeschwerden gegenüber Gerichten und Behörden einzugrenzen. „Der Vormund gab dem Stationsarzt seine Einwilligung, dass Briefe, die nicht die Vormundschaft berühren, von diesem zurückgehalten werden“<sup>400</sup>. Mit diesem Vorgehen und einer zusätzlichen anstaltseigenen Briefzensur waren Proteste außerhalb von Vormundschaftsfragen, z.B. gegen ärztliches Verhalten, die Unterbringung und Personalübergriffe erschwert, weitgehend unterbunden und konnten nur inoffiziell umgangen werden. (Vgl. Kap.8.5) In der Praxis hatte sich der Protest der Anstaltspsychiatrie gegen juristische Vorbehalte durchgesetzt.

1958 ergriffen norddeutsche Anstaltsleiter nach Jahren der Rechtfertigung der nationalsozialistischen Anstaltspraxis gegenüber Politik, Justiz und Öffentlichkeit erstmals direkt und geschlossen die Initiative gegen die Politik der schleswig-holsteinischen Landesregierung. Im Zusammenhang mit dem Gesetzesentwurf über den Freiheitsentzug bei Geisteskrankheit, Geistesschwäche und Süchtigkeit erfolgte

---

<sup>395</sup> 13.9.1951. BAK: B 142/4085/21.

<sup>396</sup> Ebd.

<sup>397</sup> Ebd.

<sup>398</sup> 21.12.1956. LASH: 377/ 10157.

<sup>399</sup> Ebd.

<sup>400</sup> 20.4.1957. LASH: 377/ 9807.

eine Appellation der Psychiater an den Justiz- und Innenminister.<sup>401</sup> Der Vorwurf richtete sich gegen die Kenntnisnahme des Gesetzentwurfs aus der Presse, die Nichtbefassung psychiatrischer Sachverständiger und den Inhalt des in 1. Lesung bereits verabschiedeten Gesetzesentwurfs. Der Protest der Psychiater gegenüber der Ignoranz ihrer psychiatrischen Fachkompetenz fruchtete und in Folge wurden alle Chefärzte und ärztlichen Mitarbeiter der Landeskrankenhäuser und der Nervenlinik Kiel zu einer Diskussion mit Justiz- und Innenministerium im Beisein eines Oberamtsrichters geladen.<sup>402</sup> Medizinal-Direktor Rücker-Embden vertrat laut Protokoll vehement den Standpunkt, im Gesetzestext - ungeachtet juristischer Einwände nach Festlegung der Begrifflichkeiten - nicht von „Geisteskranken“ oder „Geistesschwachen“, sondern vom „psychisch Kranken“ zu sprechen, da sich aus psychologischer Sicht neue Begriffe für die Kranken als schonender und glücklicher erwiesen. Mit der Änderung der Begrifflichkeit von „geisteskrank“ zu „psychisch krank“ wurde der Versuch unternommen, das eigene Patientenkontingent in die Gruppe der allgemein Kranken einzuordnen. In einer weiteren Passage des Gesetzesentwurfs entzündete Rücker-Embden aus Sicht der Psychiater eine Debatte zur bisherigen Formulierung zur Unterbringung „ohne oder gegen ihren Willen“<sup>403</sup> Die Kritik der Psychiater an der bisherige Formulierung „ohne ihren Willen“ im Gesetzesentwurf wurde später rein praktisch begründet und richtete sich keineswegs dagegen, dass Geisteskranken demnach kein eigener Wille zugesprochen wurde. Die von Seiten der Psychiater präferierte Formulierung „gegen ihren Willen“ gestand dem psychisch Kranken grundsätzlich einen eigenen Willen zu, was mit einem Praxisbeispiel untermauert wurde.

Diese Frage sei einmal wegen der vielen Personen wichtig, die in den Landeskrankenhäusern untergebracht seien, ohne daß sie um ihre Zustimmung gefragt zu werden brauchten, zum anderen aber auch deshalb, weil bei einer Einlieferungsmöglichkeit gegen den Willen des Kranken befürchtet werden müsse – und Erfahrungen in anderen Ländern hätten diese Befürchtungen bestätigt -, daß Kranke von ihren Angehörigen in die Landeskrankenhäuser gebracht würden, obwohl die Kranken in der häuslichen Pflege bleiben könnten.<sup>404</sup>

Rücker-Embden verwies ferner darauf, dass bei Beibehaltung des bisherigen Wortlauts aus juristischen Gründen zumindest für alle Beteiligten der Begriff „ohne

---

<sup>401</sup> Anm. der Verfasserin: Es werden hier nur die für diese Arbeit relevanten Aspekte der Debatte angeführt.

<sup>402</sup> Aus dem LKH Schleswig und der Nervenlinik Kiel nahmen jeweils vier Vertreter, aus den LKH Neustadt und Heiligenhafen jeweils 2 Vertreter teil. Vgl. LASH: Abt. 611/ 484.

<sup>403</sup> Vgl. LASH: Abt. 611/ 484.

<sup>404</sup> 25.6.1958. Dr. Rücker-Embden zum §1 des „Unterbringungsgesetzes“ in der Ausschusssitzung. LASH: Abt. 611/ 484.

ihren Willen“ genau kommentiert werden müsste, damit nicht die Gefahr einer verschiedenartigen Auslegung gegeben sei. Ebenso wurde auf Anregung Rücker-Embdens die in §1 des sog. „Unterbringungsgesetzes“ gemachte Formulierung,

es sei vom ärztlichen Standpunkt aus zu begrüßen, das Wort „gemeingefährlich“ wegzulassen und zu sagen: Personen, die wegen psychischer Krankheit oder wegen Rauschgift- oder Trunksucht für sich und andere eine Gefahr bilden, [...]“<sup>405</sup>,

geändert und weitgehend in weitere Überarbeitungen übernommen. Die Übernahme der Gesamtkosten für die Zwangseingewiesenen wurde ebenso kritisch durch die Psychiater zur Diskussion gestellt, wie der Wunsch nach einem größeren Ermessensspielraum für den zuständigen Richter vor Ort, der, nicht zum Schaden des Patienten, den Kreis der Beteiligten und Zeugen bei der Anhörung begrenzen sollte. Für die Abschlussberatungen des Rechtsausschusses des Landtages wurde Dr. Rücker-Embden als Sachverständiger und rangältester Psychiater eines LKH aus den Reihen der teilnehmenden Psychiater Schleswig-Holsteins benannt.<sup>406</sup> 1958 berieten die Ausschüsse für Justiz, Innere Verwaltung und Gesundheitswesen in ihren Sitzungen im April und Juni im Beisein des psychiatrischen Sachverständigen Rücker-Embden aus dem LKH Neustadt letztmalig über den einzigen Tagesordnungspunkt „Gesetz für die Unterbringung von Geisteskranken und Süchtigen (Unterbringungsgesetz)“<sup>407</sup>. Auf erneuten Vorschlag Rücker-Embdens wurden zwei Neufassungen der Überschriften im Wortlaut „Unterbringung von Geisteskranken“ bzw. „Unterbringung von psychisch Kranken“ bis zum Abschluss der materiellen Beratung des Entwurfs zurückgestellt. Schließlich einigten sich die drei beteiligten Ressorts nach langen Formulierungsdebatten und brachten den abgekürzten Titel „Unterbringungsgesetz“ mit dem ausführlicheren Untertitel „Gesetz zur Unterbringung psychisch Kranker und Süchtiger“ zum Vorschlag.

---

<sup>405</sup> 11.4.1958. Dr. Rücker-Embden, gemeinsame Sitzung der Ausschüsse für Justiz, Innere Verwaltung und Gesundheitswesen des Schleswig-Holsteinischen Landtages. LASH: Abt. 611/ 484.

<sup>406</sup> 10.3.1958. Besprechung in der Univ.-Nervenlinik Kiel zum Gesetz über Freiheitsentziehung bei Geisteskrankheit, Geistesschwäche und Süchtigkeit. Das Protokoll der dreistündigen Diskussion umfasste nur die strittigen Punkte zwischen Psychiatern und Juristen. Vgl. LASH: Abt. 611/ 484.

<sup>407</sup> Statt der Formulierung „Freiheitsentziehung“ übernahm der Ausschuss die von Berlin verwendete Formulierung „Unterbringung“. Vgl. LASH: Abt. 611/ 484.

## 4.5 Stellenentwicklung des ärztlichen Personals

Die Personalaufstellungen des LKH Neustadts weisen für 1945/46 keine genaue Personalbestimmung des ärztlichen Personals der einzelnen Abteilungen aus. Von den fünf Planstellen für Beamte der Provinzialverwaltung waren nur zwei besetzt. Die als Beamte der Provinzialverwaltung geführten Psychiater Dr. Hetzer, Dr. Pulst und Dr. Struwe wurden im September 1946 als „noch im Wehrdienst“ gelistet. Dr. Struwes Rückkehr aus der Wehrmacht erfolgte bereits im Oktober 1946, seine Wiedereinstellung in den Provinzialdienst durch die britische Militärregierung stand bis Februar 1947 aus.<sup>408</sup> Im September 1946 oblag Dr. Rücker-Embden - neben seiner Funktion des Ärztlichen Direktors im LKH Neustadt - ausschließlich mit dem Assistenzarzt Dr. Schübl die Versorgung der psychiatrischen Patienten, die Anfang 1947 mit dem Volontärarzt Dr. Reid unterstützt wurde. Erst im Oktober 1947 wurde der Stellenplan von den Vertretern des Finanz- und Innenministeriums sowie des Ministeriums für Arbeit, Wohlfahrt und Gesundheitswesen neu aufgestellt. Demnach wurden die Planstellen für alle Berufsgruppen nach den für das Krankenhauswesen anerkannten Umrechnungszahlen ermittelt und im Entwurf zum Haushaltsplan 1948 festgelegt. Nach diesen Berechnungen wurde das Verhältnis von Arzt am Krankenbett zu Patient bei 1:60 festgelegt. In einer Stellungnahme des LKH Neustadt wurde um eine vorzeitige Freigabe von zwei im Haushaltsjahr 1948 ausgewiesenen Arztstellen gebeten, da der Arztschlüssel 1947/48 statt der berechneten 1:60 bei 1:77 lag und der allgemeine Richtsatz mit 1:45-50 in jedem Fall überschritten und als nicht mehr tragbar angesehen wurde.<sup>409</sup>

Welche Entwicklung nahm die ärztliche Stellenbesetzung für die psychiatrische Patientenversorgung? 1949 bestand das Ärzteteam auf der neurologisch-psychiatrischen Abteilung im LKH Neustadt aus vier Ärzten.<sup>410</sup> In einem Schreiben an den Ärztlichen Direktor wurde bereits 1948 durch die angestellten Ärzte aller Fachabteilungen im LKH Neustadt die Weiterleitung an die zuständigen Stellen zur Stellenplanerhöhung gefordert. Darin argumentierte man für die psychiatrische Abteilung:

---

<sup>408</sup> Eine Rückkehr nach Neustadt erfolgte nicht, Dr. Struwe wurde ans LKH Schleswig-Stadtfeld versetzt.

<sup>409</sup> Vgl. LKH Neustadt an die Landesregierung Schleswig-Holstein, Ministerium für Arbeit, Wohlfahrt und Gesundheitswesen vom 10. April 1948. LASH: Abt. 611/ 485.

<sup>410</sup> Dr. Rücker-Embden, der gleichzeitig in der Funktion des Medizinaldirektors des LKH Neustadt tätig war, Oberarzt Dr. Weilandt, Assistenzarzt Dr. Reid und Volontärarzt Dr. Langenscheidt Vgl. Ameos Archiv Neustadt: Az. III B3.

Der Richtsatz von 150 Betten ist offensichtlich für die Zustände einer Heil- und Pflegeanstalt, die auf die Unterbringung von Pflegefällen eingerichtet ist, zugeschnitten. Da es sich hier in Neustadt aber nur um klinische Behandlungsfälle handelt und Pflegefälle nach Heil- und Pflegeanstalten weiterverlegt werden, erscheint das Einsetzen des Richtsatzes von 75 Betten auf je 1 Assistenz- und 1 Hilfsarzt gerechtfertigt, so sich ein Soll von 3,5 Assistenz-, 3,5 Hilfsärzten und 1 Oberarzt ergeben würde.<sup>411</sup>

Die Argumentation gegenüber der Direktion und Provinzialverwaltung grenzte sich gegenüber einer auch Bewahrfälle einschließenden Anstaltspsychiatrie deutlich ab und richtete sich in ihrer therapeutisch ausgerichteten Position für die zukünftig angestrebte Rolle einer klinisch-psychiatrischen Abteilung in einem Landeskrankenhaus ein. Dass die Abgrenzung zu den Bewahrfällen im Ausbau der psychiatrischen Abteilung durch fehlende Nachsorgeeinrichtungen und Heime nicht aufrechtzuhalten war, sollte die Entwicklung der nächsten Jahre zeigen. (Vgl. Kap.6.1)

Nicht nur der Stellenplan beschäftigte die Assistenzärzte, sondern auch ihre unzulängliche Besoldung und Unterbringung. Ein Teil der Ärzte erhielt seinen Lohn in Form von Naturalien wie Wohnung und Verpflegung, wobei sich Wohnung auf meist spärlich möblierte Zimmer beschränkte. Der Unmut äußerte sich darin, dass man

trotz langjähriger teurer Ausbildung und trotz längster und unregelmässiger Arbeitszeit bei Tag und Nacht schlechter gestellt [ist], als jeder Hilfsarbeiter oder jede 20 Jahre alte Stenotypistin. [...] Nach Aufbrauchen der letzten Reserven ist es einfach unmöglich, mit Familie und vielleicht mehreren Kindern bei mehrjähriger ärztlicher Vorbildung von RM 100,- im Monat zu leben.<sup>412</sup>

Die Personalsituation blieb über die nächsten Jahre angespannt und in einem allgemeinen Bericht des Neustädter LKH wurde im Jahr 1953 auf die exponierte Stellung des Psychiaters verwiesen:

Es ist ein Erfordernis der Humanität, die therapeutischen Errungenschaften der modernen psychiatrischen Wissenschaft nicht nur den in großstädtischen Krankenhäusern oder in Universitätskliniken untergebrachten Patienten zugute kommen zu lassen, sondern sie überall da anzuwenden, wo durch fachärztliche Behandlung bedürftige psychisch Kranke betreut werden. [...] Entscheidend für den Erfolg der psychiatrischen Heilkunst ist der persönliche ärztliche Einfluss. [...] Das therapeutische Niveau hängt zugleich mit dem wirtschaftlichen Erfolg der sehr erheblichen Verweildauerverkürzung davon ab, ob hochqualifizierte ärztliche Kräfte und Pflegepersonal in der erforderlichen Anzahl zur Verfügung stehen.<sup>413</sup>

Unermüdlich nutzte Rücker-Emden über die Jahre die sich bietenden Gelegenheiten, um eine Stellenplanerhöhung im zuständigen Innenministerium zu

---

<sup>411</sup> 2.8.1948. Schreiben von 14 angestellten Ärzten des LKH Neustadt an den Ärztlichen Direktor. Ameos Archiv Neustadt: Az. III B3.

<sup>412</sup> Ebd.

<sup>413</sup> O.V. Bericht zum LKH Neustadt 1953. LASH: Abt. 611/ 457-I.

erwirken. Die Ausweitung der psychiatrischen Betten um zunächst 75 Betten durch die Aufgabe der Fachabteilung Gynäkologie 1953 veranlasste Rücker-Embden mit dem Verweis auf die vom Innenministerium festgesetzten Richtwerte des Ärzteschlüssels<sup>414</sup> in Krankenanstalten zum erneuten Antrag:

Um eine den Richtlinien des Ministeriums entsprechende Besetzung der Psychiatrischen Abteilung zu erreichen und damit einer ordnungsgemäßen Versorgung gerecht zu werden, wird gebeten, die unbesetzte Assistenzarztstelle (frühere Frauenklinik) zu erhalten und auf die Psychiatrie zu übertragen. Der Antrag vom 27.7.1953 auf Besetzung dieser Stelle schon zum 1.8.53 bleibt bestehen.<sup>415</sup>

Erst dem sprunghaften Anstieg der Patientenzahlen 1958 folgte die personelle Aufstockung des ärztlichen Personals von ehemals fünf auf elf Psychiater bei einem Patientenzuwachs von ca. 250 Patienten.<sup>416</sup> Seit 1957 war eine Psychiaterin für die Frauenabteilung tätig. Dass die medizinische Patientenversorgung in den Landesanstalten Schleswig-Holsteins selbst vom zuständigen Innenministerium als unzureichend bis mangelhaft angesehen wurde, machte eine Anfrage 1958 deutlich:

[...] Gleichzeitig bitte ich mir mitzuteilen, ob nach dortiger Auffassung der Ärzteschlüssel entsprechend dem derzeitigen Stand der Wissenschaft und der Heilkunde verbessert werden sollte und bis zu welchem Grade (getrennt für psychiatrische und allgemeine Krankenabteilungen).<sup>417</sup>

In einer weiteren Stellungnahme verdeutlichte Rücker-Embden als Medizinal-Direktor der Psychiatrie für das LKH Neustadt, dass der Ärzteschlüssel 1958 (1:175 Pflegefälle, 1:175 Behandlungsfälle) keineswegs zeitgemäß war, die Arbeitszeitverkürzung von 60 über 54, 51 auf 45 Stunden beim Ärzteschlüssel stets unberücksichtigt blieb und die Unterscheidung nach Pflege- und Behandlungsfall aus medizinischer Sicht als unglücklich angesehen wurde.<sup>418</sup> Die Differenzierung der

---

<sup>414</sup> Demnach sollten in einer psychiatrischen Abteilung 1. Assistenzarzt auf 50-75 Betten (bei Behandlungsfällen) und 1 Ass.-Arzt auf 150 Betten (bei Bewahr- bzw. Pflegefällen) eingesetzt werden. Waren mehr als 3 Ass.-Ärzte in einer Abteilung tätig, musste ein Oberarzt eingestellt werden. Für das LKH und seine psychiatrische Abteilung bedeutete dies: für 150-200 Behandlungsbetten: 50-75 = 3 Ärzte, für 425 Bewahrbetten (incl. 115 für gerichtliche Patienten): 150 = 3 Ärzte. Den insgesamt 6 Ärzten wurde Dr. Pulst als Oberarzt hinzugefügt. Vgl. Ameos Archiv Neustadt: Az III A2.

<sup>415</sup> 18.8.1958. Schreiben Dr. Rücker-Embden an den Innenminister des Landes Schleswig-Holstein. Ameos Archiv Neustadt: Az. III A2.

<sup>416</sup> Vgl. Ebd.; LASH: Abt. 611/1459; Abt. 611/1460; Abt. 611/1461; Ameos Archiv Neustadt: Az. III A21; Az. 200-0.

<sup>417</sup> 17.10.1958. Anfrage des Innenministeriums des Landes Schleswig-Holstein an die Ärztlichen Direktoren der Landeskrankenhäuser Schleswig, Neustadt und Heiligenhafen. Ameos Archiv Neustadt: Az. III A2.

<sup>418</sup> Um den tatsächlichen Bestand an Ärzten zu ermitteln, wurden 2 Vorschläge unterbreitet. Zum einen sollte ohne Unterschied zwischen Pflege- und Behandlungsfällen die Ärztequote mit 1:80 niedrig angesetzt werden, zum anderen sollte der Durchschnittsbestand + Aufnahmen nach dem Fachkomitee für geistige Gesundheit der WHO bei 1:150 liegen, die Aufnahmezahlen pro Jahr 300 Patienten überstiege, dann pro 100 Kranken 1 zusätzlicher Arzt eingestellt werden. Der Direktor, sein

„Bewahr- und Behandlungsfälle“ endete in der Dokumentation der „Geisteskrankenbewegung“ an das Gesundheitsministerium im Oktober 1955. Ab 1956 wurden psychiatrische Patientenaufnahmen lediglich um die Rubrik „Neurologische Fälle“ ergänzt und differenziert. Im Januar 1956 wurden von den 93 Aufnahmen ca. 1/3 (29 Patienten) als „Neurologische Fälle“ in der Monatsstatistik eingestuft. Die 64 übrigen Aufnahmen wurden der Psychiatrie allgemein unterstellt. Die Meldebögen lagen im Zuständigkeitsbereich des beteiligten Ministeriums und dienten in der Neuausrichtung der Dokumentation gesundheitspolitischen Aspekten der Beurteilung von Anstaltspatienten. Darüber hinaus verwies die neue Kategorisierung auf den Anspruch der psychiatrischen Anstalten auf eine betont neurologische Ausrichtung und möglicherweise auch auf eine ökonomisch begründete Aufwertung der Psychiatriepatienten gegenüber den Kostenträgern.

Auf der Psychiatrisch-neurologischen Abteilung ist ausserdem eine Verbesserung des Ärzteschlüssels infolge der Fortschritte der psychiatrischen Therapie erforderlich. Die erhebliche Abkürzung der durchschnittlichen Verweildauer, die zugleich die wirkungsvollste Sparmassnahme darstellt, konnte nur erreicht und kann nur weiter gefördert werden durch intensive ärztliche Qualitätsarbeit. Der Unterschied zwischen einst und jetzt liegt Wesentlichen darin, dass der Arzt sich mit dem einzelnen Kranken heute viel eingehender und intensiver befasst als früher. Zu den erheblich verbesserten klinischen Behandlungsmethoden und zur planvolleren Gestaltung der Arbeitstherapie unter ärztlicher Führung sind noch die sehr zeitraubenden psychotherapeutischen Massnahmen hinzugekommen ( [...] ärztliche Psychagogik, nicht gleichbedeutend mit der Psychoanalyse nach Freud). Die heute zum Rüstzeug jedes Psychiaters gehört. [...] <sup>419</sup>

Mit dem deutlichen Verweis auf die verstärkte Dokumentation und Schreibearbeit, die Lehrtätigkeit der Ärzte in der Krankenpflegeschule und die zusätzlichen Anstrengungen der im Wiederaufbau befindlichen Familienpflege endete die Stellungnahme mit einer Forderung auf Basis der Stellenplanberechnung des „Fachkomitees für geistige Gesundheit“ der WHO von 16 Ärzten für die Psychiatrisch-neurologische Abteilung im LKH Neustadt<sup>420</sup> Dem wurde zwar nicht vollständig entsprochen, doch führte eine Stellenplanerhöhung immerhin zu einer deutlichen Aufstockung des ärztlichen Personals. Mit dem Verweis auf die WHO Regelung machte Neustadt seinen Anspruch auf ein klinisch ausgerichtetes Haus mit

---

Stellvertreter bzw. Oberarzt sollten ebenso in dieser Berechnung keine Berücksichtigung finden, wie mindestens ein Funktionsarzt (Unterricht, EEG etc.) Vgl. Ameos Archiv Neustadt.: Az. III A2.

<sup>419</sup> 28.10.1958. Stellungnahme Direktor Rücker-Embdens zur Anfrage des Innenministers. Ameos Archiv Neustadt.: Az. III A2.

<sup>420</sup> Demnach sollte der Durchschnittsbestand + Aufnahmen bei 1:150 liegen und die Aufnahmezahlen pro Jahr 300 Patienten übersteigen, sollte pro 100 Kranken 1 zusätzlicher Arzt eingestellt werden. Der Direktor, sein Stellvertreter bzw. Oberarzt sollten ebenso in dieser Berechnung keine Berücksichtigung finden, wie mindestens ein Funktionsarzt (Unterricht, EEG etc.) Bei 915 Betten gab die Berechnung des LKH Neustadt 6,1 Ärzte an, bei 700 Aufnahmen im Jahr 7 Ärzte plus der 3 Ärzte (Direktor, Stellvertreter und Funktionsarzt). Vgl. Ameos Archiv Neustadt: Az. III A2.

einem vermehrten Patientendurchgang und damit verbundener Mehrbelastung der Ärzte im Gegensatz zu Häusern mit einem verstärkten Anteil von Dauerpatienten geltend und versuchte sich so in die Riege der Psychiatrischen Abteilungen der Universitätskliniken einzureihen<sup>421</sup>, denen die WHO-Regelung eher entsprach. Die vom Ministerium zuerkannten sechs zusätzlichen Arztstellen auf insgesamt 11 Ärzte 1958 entsprachen somit eher dem in Württemberg praktiziertem Verfahren, nachdem die Ärztequote ohne Differenzierung zwischen sogenannten Pflege- bzw. Behandlungsfällen auf 1:80 herabgesetzt wurde.<sup>422</sup> 1964 konnte die Psychiatrisch-neurologische Abteilung in Neustadt auf insgesamt 12 Ärzte bei einem Bestand von ca. 1.000 Patienten zurückgreifen.<sup>423</sup> Aber nicht nur die Stellenplanerhöhung an sich, sondern auch die Übernahme in das Beamtenverhältnis gewann zunehmend an Bedeutung. Abwerbungen von eingearbeiteten Ärzten aus anderen Kliniken mit dem Angebot der Übernahme in das Beamtenverhältnis bereiteten Sorgen.

Es ist dem Haus keineswegs dienlich, zu einem nicht ausreichenden Teil mit beamteten Ärzten und zum Teil mit immer wechselnden Nachwuchskräften zu arbeiten. Daß dabei das Niveau sinken muß, liegt auf der Hand. Die Erfahrung hat gezeigt, daß guter Nachwuchs sich nur dann finden läßt, wenn sichere Aussicht auf eine in absehbarer Zeit erreichbare Lebensstellung geboten wird.<sup>424</sup>

Die Stellenbesetzung, aber auch das Halten eingearbeiteter Assistenzärzte wurde zunehmend kritisch gegenüber dem zuständigen Innenministerium thematisiert. Die leitenden Psychiater der LKH Schleswig-Holstein verwiesen auf Besonderheiten gegenüber anderen Assistenzen in anderen Fachabteilungen, denen Dienstaufsicht und Anleitung eines leitenden Abteilungsarztes zustand, was in den LKH Schleswig-Holsteins mit einer psychiatrischen Bettenzahl zwischen ca. 500-2.000, ca. 800 Aufnahmen und reger Verlegungspraxis innerhalb einzelner Abteilungen praktisch unmöglich war. Die Aufgliederung in Aufnahme- und Behandlungsabteilungen einerseits und großen Pflegeabteilungen andererseits stellten notwendigerweise

---

<sup>421</sup> Zwischen dem LKH Neustadt und der Universitätsnervenklinik in Kiel bestand mit Ausnahme von Einladungen zu Vortragsveranstaltungen während des Wintersemesters in 6-wöchigen Abständen nach Kiel kein Meinungsaustausch. Das LKH war aber sichtlich an einem Austausch von Assistenzärzten zwischen den Häusern interessiert. Vgl. Ameos Archiv Neustadt: Az. III A2.

<sup>422</sup> Vgl. Ebd..

<sup>423</sup> Neben Dr. Pulst als Medizinaldirektor dem Obermedizinalrat Dr. Neumann und weiteren 6 Medizinalräten waren noch 4 Assistenzärzte im LKH Neustadt tätig. : Ameos Archiv Neustadt: Az. III A21; Az. 200-0.

<sup>424</sup> 9.9.1958. Haushaltsentwurf LKH Neustadt 1959 an den Innenminister des Landes Schleswig-Holstein. Ameos Archiv Neustadt: Az. III A2; Obwohl Rücker-Embden drei weitere Beamtenstellen forderte, verwies er besonders auf den Verbleib Dr. Regens hin, der bereits eine Beamtenstelle in einem anderen Bundesland in Aussicht hatte.

einen selbstständigeren Arbeitseinsatz der Assistenten gegenüber Allgemeinabteilungen dar.<sup>425</sup>

Die personellen Kontinuitäten der Psychiatrie blieben im LKH Neustadt nach 1945 weitgehend erhalten. Ein Wechsel der psychiatrischen Leitung erfolgte 1945/46 altersgemäß mit Erreichen des Pensionsalters. Der Entnazifizierungsprozess der britischen Militärbehörden blieb mangels Alternativen auf die psychiatrische Führungsebene beschränkt. Die Aufarbeitung der Euthanasie-Verbrechen erfolgte für das Neustädter LKH durch die schleswig-holsteinische Landespolitik verspätet und fiel der „Schlussstrich- Mentalität“ der 1950er Jahre zum Opfer. Gerichtsverfahren gegen leitende LKH-Ärzte aufgrund ihrer Beteiligung an den Patientendeportationen oder Misshandlungen an Patienten wurden eröffnet, jedoch wegen Verjährung oder Falschaussagen von Zeugen eingestellt. Dem Wiederaufbau der Psychiatrie und dem für die Psychiatrie eingeforderte Handlungsspielraum der Therapie wurden in der Besetzung des Stellenplans zwar klare Grenzen durch die Landespolitik aufgezeigt, dennoch folgte die Politik 1958 der begründeten Argumentation der Psychiater einer qualitativ erfolgreichen Therapie und ihren Personalanforderungen mit einem adäquaten Personalschlüssel. Die ehemals an Patientendeportationen beteiligten Neustädter Psychiater richteten die medizinischen Versorgungsstrukturen nach 1945 mit ihren Forderungen nach einem adäquaten Ärzteschlüssel auf therapeutisches Handeln aus. Ausreichend medizinisches Personal für therapeutisches Handeln in der Psychiatrie, das der späteren „Enquete“-Kritik von institutioneller Verwahrung entgegen steht, allerdings von ökonomischen Aushandlungsprozessen der zuständigen Landesregierung abhing.

---

<sup>425</sup> Vgl. Ameos Archiv Neustadt: Az. III B4.

## 5. Therapeutische Konzeptionen

Therapie als Kernkompetenz psychiatrischen Handelns wurde in der Stellenplanbesetzung bzw. dem Ärzteschlüssel gegenüber den gesundheits- und finanzpolitischen Zuweisungen der schleswig-holsteinischen Landespolitik eingefordert. Die Argumentation der Neustädter LKH-Psychiatrie zielte in ihrer Forderung auf ein therapeutisches Konzept ab, das Verweildauern und Wiederaufnahmen reduzieren sollte und sich gegen Verwahrung ausrichtete. Vor dem Hintergrund einer heterogenen Krankenhausstruktur bleibt für die psychiatrische Abteilung zu untersuchen, wie sich das therapeutische Konzept im Wiederaufbau der Psychiatrie ab 1945 für die 1950/1960er Jahre widerspiegelte. Welche Therapiekonzepte konnten umgesetzt werden? Welche Patienten profitierten von welcher Therapie und wie erlebten Patienten die einzelnen Therapiekonzepte?

### 5.1 Erzieherische Ausrichtung – die Anstalt als Therapeutikum

Mit 200 verbliebenen psychiatrischen Patientenarbeitern zielte das therapeutische Konzept der Neustädter LKH-Psychiater neben der Beschäftigung in der Arbeitstherapie zunächst weiterhin auf das herkömmliche Erziehungskonzept von „Belohnen und Strafen“ zur Beruhigung und Disziplinierung innerhalb einer straffen Alltagsstruktur ab. Dabei kam bereits der Unterbringung im Wachsaal bei der Aufnahme eine Bedeutung zu, die in Folge auf den überfüllten Abteilungen, der mangelnden Privatsphäre, der Kontrolle und Aufsicht durch das Pflegepersonal und in der Interaktion mit den Mitpatienten eine disziplinierende Wirkung auf die Patienten ausübte.<sup>426</sup> In der Umsetzung ärztlicher Anordnungen und der Einhaltung anstaltsinterner Hausordnung hatte das Pflegepersonal neben der Aufsicht und Fürsorge den entscheidenden Einfluss im anstaltsinternen Erziehungskonzept und nahm im täglichen Anstaltsalltag die für die Patienten prägende Position ein. „Wenn Sie verlangen, als Irre behandelt zu werden, dann wird das Personal sie entsprechend behandeln. [...]“<sup>427</sup> In Abhängigkeit ihres Krankheitsverlaufs lernten psychiatrische Patienten die Mechanismen des Anstaltsalltags unmittelbar kennen. Sowohl Ruhe, Ordnung und Sauberkeit im Erscheinungsbild von Körper und Kleidung, Freundlichkeit und Höflichkeit gegenüber Patienten und Personal „macht

<sup>426</sup> Vgl. Brinck, Grenzen der Anstalt (2010), S. 13.

<sup>427</sup> 3.7.1948. Stationsarzt zur Patientin Katharina B. LASH: 377/ 10482.

pflegerisch keine Schwierigkeiten“<sup>428</sup> oder „ruhig und freundlich dem Personal gegenüber“<sup>429</sup> als auch Fleiß und Pünktlichkeit dienten als Kriterien in der internen Beurteilungspraxis. Die aus dem Quellenmaterial der Patientenakten überlieferten Kommentare und Einschätzungen des Personals machen diese Vorgänge für den heutigen Betrachter transparent, für die Psychatriepatienten damals hieß es, den Erfahrungsprozess selbst oder durch Fremdbeurteilung zu reflektieren und sich, wenn möglich, dementsprechend zu verhalten. Anpassung und Kooperation der Patienten in Erfüllung dieser Erwartungshaltung „Frau D. verhält sich ruhig und ordentlich. Frau D. befolgt genau die Anordnungen des Personals. Verlegung nach St. 13“<sup>430</sup> folgte eine in diesem Fall zunächst positive Reaktion. Dabei wurde vom medizinischen Personal, in Abhängigkeit des Krankheitszustandes, durchaus Rücksicht auf die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten genommen. „Bittet um die Erlaubnis spazierengehen zu dürfen. Wird nach Haus 3 verlegt unter der Bedingung, dass sie zu den Mahlzeiten und zur Visite zu Haus ist.“<sup>431</sup> Im Umkehrschluss führte unangepasstes und als krankhaft eingeschätztes Verhalten umgehend zu einer Milieuschlechterung. Nachdem die Patientin diese Auflage missachtet, „wird [sie] aus disziplinarischen Gründen wieder nach Haus 9 (Wachsaal) verlegt.“<sup>432</sup> Geschlossene Räume erleichterten die Überwachungsfunktion, während die den Patienten zugestandenen Freiräume für das Personal zunächst einmal eine verstärkte Aufmerksamkeit, Kontrolle und somit eine höhere Arbeitsbelastung bedeuteten. Dennoch war die psychiatrische Abteilung in Abhängigkeit des Krankheitsverlaufs und Verhaltens kontinuierlich bestrebt, die Freiräume dementsprechend zu eröffnen.

Bittet um Verlegung in ein Einzelzimmer, damit sie ihre Ruhe vor den „bösen Weibern habe“. In ein Zweierzimmer verlegt, wo sie aber sofort beginnt bettflüchtig zu werden. Kann nicht auf offener Station gehalten werden. Verlegung nach Haus 9.<sup>433</sup>

Neustädter Psychatriepatienten unterlagen kontinuierlich diesen Anpassungsprozessen, die nicht nur in der internen Verlegungspraxis ausschlaggebend waren, sondern auch über die Einteilung in der Arbeitstherapie - z.B. im Außenbereich als Einzel- oder Trupparbeiter, als Küchenfahrer oder

---

<sup>428</sup> 6.5.1965. LASH: 377/ 10123.

<sup>429</sup> 19.8.1965. LASH: 377/ 10123

<sup>430</sup> 6.10.1963. LASH: 377/ 10157.

<sup>431</sup> 7.8.1948. LASH: 377/ 10157.

<sup>432</sup> 10.8.1948. Ebd.

<sup>433</sup> 28.2.1948. LASH: 377/ 10470.

Hauskalfaktor - entschieden. Unabhängig vom weiteren Therapieregime galt konformes Wohl- und Einsichtsverhalten als Schlüssel zur Entlassung aus dem LKH. Es entschied über den gestaffelten Prozess der Verlegung auf eine offene Station oder Freigänge, die von Spaziergängen auf dem Gelände im Trupp oder einzeln, Stadtausgängen mit und ohne Begleitung, Tagestouren oder der Möglichkeit, mit dem Fahrrad zum Baden zu fahren,<sup>434</sup> differenziert wurden, bis hin zu Beurlaubungen und Entlassungen nach Hause. Das Wissen um diese anstaltsinterne Kategorisierung nutzte z.B. der Patient Günther L. für eine günstige Beurteilung zur Aufhebung der Unterbringung in seiner schriftlich vorgebrachten Bitte beim ärztlichen Personal. So war ihm bekannt, dass ein Aufhebungsgesuch seiner Unterbringung positiver beurteilt würde, wenn er als Einzel- statt als Trupparbeiter seine Zuverlässigkeit unter Beweis stellen würde.

Ich beabsichtige im Frühjahr ein Gesuch, zwecks Aufhebung meiner Unterbringung einzureichen, und bitte um Ihre Unterstützung. Da ich keine Trupparbeiten mehr leisten möchte, bitte ich Sie mir 1. Einzelposten zu übertragen zu wollen, vielleicht Kartoffelkeller Hauptküche bei Herrn K. Ich werde meine Arbeitsleistung genau wie bisher ausführen, ohne einer Klage Anlaß zu geben, ich bitte um wohlwollende Unterstützung.<sup>435</sup>

Die Ärzte kamen im Rahmen der Möglichkeiten den Wünschen der Patienten nach und ließen in Einzelfällen selbst dann Milde walten, wenn Verstöße gegen die Hausordnung eigentlich Konsequenzen hätten nach sich ziehen müssen. Reflektierten die Patienten ihr Verhalten kritisch und zeigten sich reumütig, einsichtig und schuldbewusst, wurde von Strafen abgesehen.

Ich bitte sie mir es nicht zu hart entgelten zu lassen, ich weiß das ich Strafe verdint habe, aber ich bitte sie mir nicht das schönste zu nehmen, das nur einmal im Jahr forkommt, das Erntefest. Denn ich tanze doch so gerne.<sup>436</sup>

Der Akteneintrag „sollte zur Strafe nicht zum Erntefest für die Patienten, schrieb beil. Zettel und bat höflich und kleinlaut, ihm das doch zu gestatten. Ging zum Erntefest und hat sich ordentlich benommen“<sup>437</sup>, spiegelt den erzieherischen Effekt, aber auch das wohlwollende Entgegenkommen der behandelnden Ärzte wieder. Die Einhaltung der Vorgaben des medizinischen Personals hatte Priorität in der Verhaltensbeurteilung. Nur so konnte die Pflege bei mangelndem Pflegeschlüssel die Umsetzung der Hausordnung in Verbindung mit Fürsorge und Betreuung der Patienten gewährleisten. Eine pünktliche Rückkehr vom Heimurlaub war - gepaart

---

<sup>434</sup> 15.5.1949. LASH: 377/10482

<sup>435</sup> 10.1.1951. LASH: 377/ 7069.

<sup>436</sup> 27.9.1957. Ebd.

<sup>437</sup> 27.9.1957. Ebd.

mit der von ärztlicher Seite geforderten Reflexion des eigenen Krankheitsverhaltens - die Vorstufe zur erfolgreichen Entlassung.<sup>438</sup>

Von diesen psychotischen Erlebnissen distanziert, sogar ein wenig kritisch. Erhebt nicht wie früher voller Entrüstung Einwände, daß es sich nicht um Krankheitserscheinungen gehandelt habe.<sup>439</sup>

Das Wissen um das anstaltsinterne Erziehungskonzept in der Einhaltung der Hausordnung schürte in der Hoffnung auf Vergünstigungen durch das Pflegepersonal als Nebeneffekt hingegen das Denunziantentum unter den Patienten. „Berichtet heute „unter 4 Augen“, um anderen Patienten eins auszuwischen und um sich etwas „Tabak zu verdienen“ über Weizendiebstähle.“<sup>440</sup> Die interne LKH-Kontrolle erfolgte demnach nicht nur durch das Pflege- und LKH-Personal, sondern durch Mitpatienten selbst. Das Personal nutzte derartige Informationen von Mitpatienten wiederum gezielt, um somit Verstößen gegen die Hausordnung, Diebstählen oder Ausbrüchen vorzeitig entgegenwirken oder zu deren Aufklärung beizutragen.<sup>441</sup>

Äquivalent zum Belohnungssystem bei Wohlverhalten griff Strafe als internes Erziehungskonzept. Verstöße gegen die Hausordnung, Nachweis von Fehlverhalten, Uneinsichtigkeit, Arbeitsverweigerung, Handgreiflichkeiten oder Querulanz<sup>442</sup> wurden auf Grundlage von Beobachtungen des Pflegepersonals über den Untersuchungszeitraum dokumentiert und je nach Schwere geahndet. Diese Vorgehensweise war zumeist ärztlicherseits legitimiert.<sup>443</sup> „Die mir von Dr. Pulst angekündigte Verlegung in ein offenes Haus wurde dadurch auf unabsehbare Zeit, wahrscheinlich für immer, verschoben“.<sup>444</sup> Schwere Vergehen wie Diebstahl und Hehlerei konnten für die überführten Patienten die Einzelzelle im „Festen Haus“ und „zur Strafe isoliert“<sup>445</sup> bedeuten. Meist folgte der Isolierung die anschließende

---

<sup>438</sup> Vgl. LASH: 377/ 10157; 377/ 10123; 377/ 10143.

<sup>439</sup> 17.2.1958. LASH: 377/ 10157.

<sup>440</sup> LASH: 377/ 9753.

<sup>441</sup> Vgl. LASH: 377/ 9753; 377/ 9807.

<sup>442</sup> Allgemein: Querulatorisches Verhalten mit krankhafter Steigerung des Rechtsgefühls. [www.duden.de](http://www.duden.de) abgerufen am 24.6.2015; Der „Querulantenwahn“ wurde aus dem juristischen Sprachgebrauch in die Psychiatrie übernommen und Anfang des 20. Jahrhunderts durch die Kraepelin-Hitzig-These als psychiatrisches Krankheitsbild anerkannt. Weiterführende Literatur: Garderer, R.: Querulanz. Hamburg 2012; Saß, H.: Der Exzess einer Tugend: Querulanz zwischen Persönlichkeit, Strukturverformung und Wahn. In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 4, S. 223-232.

<sup>443</sup> 20.9.1948. Bei Beschwerden über das Pflegepersonal rechtfertigten Ärzte zumeist deren Verhalten. LASH: 377/ 10482; 377/ 9807;

<sup>444</sup> LASH: 377/ 9807.

<sup>445</sup> 7.12.1950. LASH: 377/ 9807; 21.2.1954. 377/ 7069.

Degradierung in der Arbeitstherapie, z.B. vom Hauskalfaktor zum Kartoffelschäler oder Müllarbeiter.<sup>446</sup> Interne Verlegungen als erzieherische Milieuveränderung oder Isolationshaft in der Einzelzelle des „Festen Hauses“ waren neben Bettruhe und Ausgehverbot probate Erziehungsmethoden vorwiegend für die männlichen Patienten. „D. bestreitet alles trotz aller Nachweise. Wird ins feste Haus verlegt“ oder „wird zu Bett gelegt, da er auch noch lügt.“<sup>447</sup> Handgreiflichkeiten und Schlägereien auf den Männerabteilungen zwischen Patienten und gegenüber dem Personal wurden sofort geahndet. „Ich kam darüber hinzu, habe sie getrennt und den Vorfall gemeldet. M. wurde zu Bett gelegt.“<sup>448</sup> Bei weiblichen Aggressionen gegen das Personal und Mitpatienten „geht etwas gegen ihren Willen, so schreit, kratzt und kneift sie, oder wirft ihr Eßgeschirr auf den Boden“<sup>449</sup> erfolgten entweder Ermahnungen, Ausgehverbote oder die Verlegung auf die geschlossene Station oder den Wachsaal. Die in den Patientenakten dokumentierten Patientendrohungen oder Tätlichkeiten gegenüber dem Personal „heute wurde L. grob unverschämt gegen das Personal und musste isoliert werden. [...] u.a. drohte er, er könne auch ein zweiter D. werden (Pflegermörder!)“<sup>450</sup> wurden als Beleg einer für das Personal gefährlichen Situation gewertet. Gewalttätigkeiten, denen nicht nur Patienten zum Opfer fielen, sondern auch das Pflegepersonal. Während die Übergriffe des Personals von den betroffenen Patienten bei der Stationsleitung angezeigt werden mussten, um in einer Anhörung beurteilt werden zu können, folgten Gewalttätigkeiten der Patienten gegen das Personal zur Disziplinierung im Einzelfall eine bis zu 3-wöchige Isolationshaft oder eine Elektroschockbehandlung.

Einige Tage vorher hat L. den neuen Zugängen erklärt, er hätte einmal vor einiger Zeit Herrn P., den Stationspfleger mit einem Stuhl niedergeschlagen. Dafür hätte er nur einmal Schock erhalten, und dann war wieder alles vorbei.<sup>451</sup>

Derart auffällige Dauerpatienten, die Mitpatienten und Neuzugänge aufwiegelten und über interne Anstaltsgepflogenheiten informieren konnten, wurden in unregelmäßigen Abständen in kleinen Patientengruppen transinstitutionell von Neustadt in die LKH Schleswig und Heiligenhafen verlegt.<sup>452</sup> Inoffiziell versprach sich

---

<sup>446</sup> 20.3.1955. LASH 377/ 7069.

<sup>447</sup> 8.10.1958. LASH: 377/ 9753.

<sup>448</sup> 11.8.1948. Mit der Umschreibung „zu Bett gelegt“ war in derartigen Fällen die Fixierung oder Sedierung des Patienten verbunden. LASH: 377/7088.

<sup>449</sup> 11.1.1950. LASH: 377/ 10470.

<sup>450</sup> 21.2.1954. LASH: 377/ 7069.

<sup>451</sup> 25.6.1948. Beschwerde des Franz M. über Verhalten von Mitpatienten an den Ärztlichen Direktor.

<sup>452</sup> 7.11.1961. Z. B. Sammeltransport nach Heiligenhafen. LASH: 377/ 10052.

die Anstaltsleitung von der Milieuänderung eine Beruhigung des Anstaltsalltags.

## 5.2 „Arbeitstherapie“ – zwischen Ökonomie und Beschäftigung

Nach 1945 kam der nicht-medikamentösen Therapie in Form der Arbeitstherapie weiterhin eine zentrale Rolle zu. Unabhängig von weiteren Therapien und des begleitenden ökonomischen Effekts galt der Einsatz in der Arbeitstherapie singulär oder in Kombination mit weiteren Therapieoptionen als wichtiger Gradmesser des Krankheitsprozesses bzw. der Reintegration in die Gesellschaft. Jegliche Art von Therapie zielte tendenziell auf die Verbesserung des Krankheitsverlaufes ab, die die Behandlungsfähigkeit des Patienten und eine Behandlungswilligkeit voraussetzte.<sup>453</sup> Demgegenüber führte fehlende Behandlungseinsicht gepaart mit der Renitenz gegenüber endividualisierten Zwängen und Abläufen der psychiatrischen Abteilung des LKH und den dort Tätigen zu einer restriktiveren Entlassungspraxis. Der Wiederaufbau der Psychiatrie gründete 1945 auf den 200 mit der Umwandlung in ein Ausweichkrankenhaus 1942 verbliebenen Stellen für psychiatrische Patientenarbeiter, deren Zahl kontinuierlich blieb und 1955 bei einem Patientenbestand von 564 Psychatriekranken (Stand 1.12.) erstmals diese 200 Stellen für Patientenarbeiter im Haushaltsplan aufgeführt wurden<sup>454</sup> und einen finanziellen Ausgleich der Patientenarbeiter vorsah. Der Anteil der Neustädter Patienten in der Arbeitstherapie lag demnach bei ca. 35%,<sup>455</sup> 1960 tendierte die Arbeitstherapie bei zunehmenden Patientenbestand rückläufig, der anteilige Einsatz sank bei insgesamt 929 Psychatriepatienten und nunmehr 245 arbeitstherapeutisch Beschäftigten, die einen Lohn erhielten, auf 26%. Damit entspricht die Neustädter Arbeitstherapie keineswegs dem bei Höger erhobenen Befund des arbeitstherapeutischen Einsatzes

---

<sup>453</sup> Zur Rolle der Familie in der Zustimmung bzw. Ablehnung neuer Therapieverfahren. Baur, Nicole: Family influence and psychiatric care: Physikal treatments in Devon mental hospitals, c. 1920 to the 1970s. Endeavour Vol. 37 No 3; <http://dx.doi.org/10.1016/j.endeavour.2013.06.005>. (April 2016)

<sup>454</sup> 1955 wurden unter dem Titel „kulturelle Betreuung“ erstmals 200 in der Arbeitstherapie beschäftigten Psychatriepatienten aufgeführt und 5.200 DM im Haushalt als „Arbeitsbelohnung“ veranschlagt. Das machte einen Pro-Kopf-Betrag von 26 DM im Jahr aus, der wöchentlich mit 0,50 DM ausgegeben wurde. 1960 erhielten 245 Patienten diese Arbeitsbelohnung. Vgl. Aneos Archiv Neustadt: Az. 212-0.

<sup>455</sup> Für die Wittenauer Anstalten lag der Anteil der in der Arbeitstherapie eingesetzten Patienten im Zeitraum 1945-1960 im Vergleich bei durchschnittlich 18,6%. Bei diesem Wert muss allerdings die durchschnittliche Verweildauer der Patienten und die Struktur des Hauses bedacht werden. Vgl. Beddies, Thomas/ Dörries, Andrea (Hg.): Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin. 1919-1960. Husum 1999, S. 381.

von ca. 50% der Patienten für die psychiatrischen Anstalten in der britischen, französischen und sowjetischen Besatzungszone zwischen 1945-1955.<sup>456</sup>

Arbeitstherapeutische Beschäftigung muss unter den Aspekten der verfügbaren Arbeitsstellen, der Arbeitsfähigkeit und auch der Arbeitswilligkeit der Patienten beurteilt werden. Nahezu jedem Patienten, der psychisch und physisch in der Lage war, wurde Arbeit zugeteilt. Wurde die Arbeit zur Zufriedenheit erledigt, konnten Patienten durchaus um bevorzugte Arbeitsstellen bitten und mit einem Stellenwechsel rechnen. Aus der Analysegruppe wurden neun der 16 Patienten im Zeitraum 1945 bis 1968 arbeitstherapeutisch behandelt, niemand wurde zur Arbeitstherapie gezwungen und Arbeitsangebote konnten durchaus abgelehnt werden, „[...] sie sei doch nicht zum Arbeiten hier, das hätte noch kein Arzt von ihr verlangt“.<sup>457</sup> Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Diagnose und Arbeitstherapie konnte aufgrund der kleinen Patientenzahl für diese Arbeit nicht repräsentativ erhoben werden,<sup>458</sup> jedoch wurden hiernach 3/4 der in der Arbeitstherapie eingesetzten Patienten mit den Diagnosen „Schizophrenie“ und „Angeborener Schwachsinn“ geführt.<sup>459</sup>

Zwei weitere Aspekte gilt es zu berücksichtigen. Zum einen ist der Versichertenstatus bzw. der höhere Pflegesatz von drei Patientinnen der Analysegruppe zu beachten, die nicht der Arbeitstherapie zugeführt wurden. Der arbeitstherapeutische Einsatz blieb den Psychatriepatienten vorbehalten, die aufgrund ihres Sozialversicherungsstatus und des einhergehenden verminderten Kost- und Pflegesatzes schlechter versorgt werden konnten. Hingegen wurden Patientinnen wie Katharina B. und Ilse v. E. zwischen 1945 und 1951 als Selbstzahler der II. und III. Klasse nicht in die gemeinwohlorientierte arbeitstherapeutische Behandlung einbezogen. Für sie galt es - nicht zuletzt aufgrund ihres höheren Sozial- und Versichertenstatus - sich auf Empfehlung des

---

<sup>456</sup> Die Beschäftigungsquote wurde in den Anstalten Wehnen/ Oldenburg (Britische Zone), Klingenmünster/ Pfalz (Französische Zone), Hadamar/ Hessen (Amerikanische Zone) und Großschweidnitz/ Sachsen (Sowjetische Zone) für den Zeitraum 1945-1955 erhoben. In Wehnen, Klingenmünster und Großschweidnitz lag die Quote bei ca. 50%, während in Hadamar ca. 70% der Patienten beschäftigt waren. Höger, Ralph: Arbeit als soziale Heilung (2012).

<sup>457</sup> 7.7.1958. LASH: 377/ 9251.

<sup>458</sup> Höger zeigt am Beispiel Hadamars einen signifikanten Zusammenhang zwischen Diagnose und Arbeitstätigkeit auf. Höger, Arbeit als soziale Heilung (2012).

<sup>459</sup> Höger weist am Beispiel Hadamars den Anteil der Patienten (N=189) in den diversen Arbeitsbereichen nach Diagnosen aus. Danach war der Anteil der Patienten mit den Diagnosen „Schwachsinn“ und „Schizophrenie“ in Nähstube, Haus- und Außenarbeit am stärksten vertreten. Vgl. Ebd.

medizinischen Personals subjektorientiert in Form von Lesen, Briefeschreiben, privaten Handarbeiten, Stadtgängen und der Aufforderung zum Fahrradfahren und Baden im See neben den anderen Therapieverfahren eigeninitiativ zu beschäftigen.<sup>460</sup> „Versprach in den letzten Tagen mehrfach am Nachmittag zum Baden fahren zu wollen, blieb dann aber doch im Hause.“<sup>461</sup> Ähnliches galt für Minna D., die als AOK-Patientin während ihres Aufenthaltes in den 1960er Jahre in Neustadt ebenfalls zu keiner arbeitstherapeutischen Behandlung herangezogen wurde. Lediglich ihre freiwilligen Aktivitäten gegen die Eintönigkeit und Langeweile „hilft gern freiwillig auf Station. Geht täglich mit in den Garten“<sup>462</sup> wurden aktenmäßig kommentiert und in die Verhaltensbeurteilung mit einbezogen.

Zum anderen wurden die nach § 42b i. V. m. § 51 StGB<sup>463</sup> untergebrachten männlichen Psychatriekranken mit den Diagnosen „Angeborener Schwachsinn“ und „Symptomatische Psychose“ ausschließlich in der Arbeitstherapie eingesetzt.<sup>464</sup> Mit Ausnahme des Epileptikers Emil D., dessen arbeitstherapeutische Leistung erst unter medikamentöser Behandlung der Epilepsie erfolgen konnte, wurden keine weiteren Therapieoptionen herangezogen. Die hieraus resultierende Frage nach einem Zusammenhang zwischen Einweisung und Arbeitstherapie kam für die zur Analyse herangezogenen Patientenakten zu folgendem Schluss: bei den Patienten (N=7), die nicht der Arbeitstherapie zugeführt wurden, erfolgte die Einweisung ins Neustädter LKH mit einer Ausnahme durch Haus- bzw. Fachärzte. Hingegen wurden die in der Arbeitstherapie eingesetzten Patienten (N=9) nur in zwei Fällen durch

---

<sup>460</sup> Vgl. LASH: 377/ 10482; 377/ 10632.

<sup>461</sup> 31.7.1950. LASH: 377/ 10482.

<sup>462</sup> 25.7.1964. LASH: 377/ 10169.

<sup>463</sup> § 42b StGB regelt zum Schutz der Allgemeinheit die Unterbringung gefährlicher Geisteskranker durch einen Strafrichter. Zusätzlich regelt das 1958 für Schleswig-Holstein erlassene Unterbringungsgesetz die zwangsweise Unterbringung ohne oder gegen den Willen des Betroffenen. § 42b in Verbindung mit § 51 regelt die Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt, wenn „eine mit Strafe bedrohte Handlung, die im Zustand der Zurechnungsunfähigkeit (§§ 51 I, 55 I) oder der verminderten Zurechnungsunfähigkeit (§§ 51 II, 55 II) begangen“ wurde. Schmidt, Andreas: Probleme der Kriminalität geisteskranker Täter. Dargestellt am Krankengut des Landes Schleswig-Holstein. Berlin 1970, S. 18.

<sup>464</sup> Vgl. LASH: 377/ 9798; 377/ 7088; 377/ 7069; 377/ 9753; Für die Jahre 1956-1962 ermittelte das Statistische Landesamt Schleswig-Holstein 132 nach § 42b i. V. m. § 51 StGB untergebrachte kriminelle Geisteskranken in Schleswig-Holstein. Aus den davon zur Verfügung stehenden 102 Gerichtsakten konnten wiederum 3 Hauptgruppen der kriminellen Geisteskranken herausgebildet werden: 46% mit endogenen, exogenen und Alterspsychosen, 43% mit einer angeborenen oder erworbenen Form des Schwachsinn und 11% mit Suchterkrankungen. Vgl. Ebd., S. 58ff.

Haus- bzw. Fachärzte eingewiesen.<sup>465</sup> Ein Zusammenhang von Einweisungspraxis und Arbeitstherapie liegt demnach nahe und müsste in einer quantitativen Erhebung eines größeren Patientenkollektivs gegebenenfalls untersucht werden.

Mit dem kontinuierlichen Ausbau der Psychiatrie nach 1945 behielt die Arbeitstherapie vor allem im landwirtschaftlich-, gärtnerisch- und handwerklichen Bereich ihre Bedeutung für das LKH Neustadt. Diese nicht zuletzt aus ökonomischen Gründen wichtigen Versorgungsbereiche wurden vornehmlich mit Patienten der psychiatrischen Männerabteilungen besetzt. Während den im LKH eingesetzten Handwerksbetrieben kleinere Patienteneinheiten zugewiesen wurden<sup>466</sup>, standen - vorbehaltlich einer aufgrund des Erziehungskonzepts starken Fluktuation in der Arbeitstherapie - dem Bereich Landwirtschaft für den Untersuchungszeitraum kontinuierlich 15-20 Psychatriepatienten zu, die von zwei abgestellten Psychiatrie-Pflegekräften, sogenannten Trupp-Pflegern, beaufsichtigt wurden.<sup>467</sup> Die Zahl der in den Werkstätten, der Gärtnerei und Landwirtschaft arbeitstherapeutisch eingesetzten männlichen Psychiatriepatienten machte lediglich 25% der ab 1955 unter dem Titel „kulturelle Betreuung“ entlohnten 200 in der Arbeitstherapie eingesetzten Psychiatriekranken aus (Vgl. Kap.8.3).<sup>468</sup>

Weitere Arbeitsbereiche, die im Wirtschaftsbetrieb nicht offiziell erfasst wurden und lediglich den Patientenakten zu entnehmen sind, fielen für die männlichen Psychiatriepatienten im Transportwesen, z.B. als Küchen- und Leichenfahrer<sup>469</sup>, dem Kohlen-, Müll-, Friedhofs-, Wege- und Bautrupps<sup>470</sup> oder dem auch für weibliche Patienten geeigneten „Dauerkartoffelschälkommando“<sup>471</sup>, an. Zudem konnten männliche Patienten als Stationshilfen, Hauskalfaktoren, Einzelarbeiter in diversen Bereichen und als Küchenhilfen eingesetzt werden.

---

<sup>465</sup> In fünf Fällen erfolgte die Einweisung nach § 42b i.V.m. § 51 StGB, in einem Fall durch den Amtsarzt bzw. das Ordnungsamt und in einem Fall als Verlegung aus dem KH Ochsenzoll HH. LASH: Abt. 377.

<sup>466</sup> Patienteneinsatz in den LKH-Handwerksbetrieben: Gartenbau 7-10, Schuhmacher 2-1, Elektriker 1, Maschinenführung 2-3, Lager und Schlosserei 1, Wäscherei 3-4, Sattler 4-5, Schneiderei 1-2 und Tischlerei 3-4. 28.10.1959. LASH: 761/ 10668; Ameos Archiv Neustadt: Az. III A17.

<sup>467</sup> 5.6.1956. Ergebnisse der Wirtschaftsführung im Rechnungsjahr 1955 für den Landwirtschaftsbetrieb des LKH Neustadt. Ameos Archiv Neustadt: Az. 620-5 (1956-1962).

<sup>468</sup> 1955 wurden unter dem Titel 411 für die 200 Psychiatriepatienten in der Arbeitstherapie 5.200 DM im Haushalt veranschlagt. Das machte einen Pro-Kopf-Betrag von 26 DM aus. Ob das Geld ausgezahlt oder anteilig für „kulturelle Maßnahmen“ eingesetzt wurde, muss offen bleiben. Ameos Archiv Neustadt: Az. 212-0.

<sup>469</sup> LASH: 377/ 9807.

<sup>470</sup> LASH: 377/ 9753.

<sup>471</sup> 4.3.1959. LASH: 377/ 9262.

In den letzten Jahren ist bei L. eine gewisse Nachreife eingetreten. Er ist von Frühjahr 1949 im Rahmen der Arbeitstherapie öfter als Einzelarbeiter eingesetzt gewesen, hat dann regelmäßig im Anfang fleißig und ordentlich gearbeitet, um nach kurzer Zeit nachzulassen, liederlich und unbeständig zu werden und Schwierigkeiten zu machen. [...] Zu Anfang d. J. mußte L. infolgedessen wieder in einem Trupp unter pflegerischer Aufsicht eingesetzt werden.<sup>472</sup>

Es muss offen bleiben, welche dieser nicht offiziell geführten Arbeitsbereiche unter die Arbeitsbelohnung fielen und ob z.B. der passagere Hilfs- und Strafdienst des Kartoffelschälens neben dem „Dauerkartoffelschälkommando“ für beide Geschlechter als arbeitstherapeutische Maßnahme anerkannt und belohnt wurde.

Die Bewertung der erbrachten Arbeitsleistung war in den Akten der männlichen Patienten deutlich stärker repräsentiert. Zum einen mögen fünf Arbeitsbeurteilungen bei sechs Akteneinträgen<sup>473</sup> für den nach §42b untergebrachten Patienten Günther L. ein Beispiel des rein arbeitstherapeutischen Wertes der Unterbringung für diese Patientengruppe gewesen sein. Zum anderen war die Differenzierung der Arbeitsbereiche für die psychiatrischen Männerabteilungen um ein Vielfaches höher, so dass Versetzungen, Beförderungen und Degradierungen und die damit verbundenen Fluktuationen das Thema Arbeit in den Patientenakten stärker repräsentierte als es für die Frauenabteilungen im hauswirtschaftlichen Bereich und der Nähstube möglich war. Von „fleissiger Hausarbeiter“<sup>474</sup>, „wurde zum Aufräumen des Festsaaes eingesetzt“<sup>475</sup> bis hin zu „arbeitet jetzt im Mülltrupp“<sup>476</sup> zeigten die Einträge den jeweiligen Bereich und die erbrachte Arbeitsleistung auf und gaben anhand der Einsatzgebiete Rückschlüsse auf Fehlverhalten, das nicht immer zusätzlich aufgeführt wurde, da eine Degradierung oder Beförderung Fehl- bzw. Wohlverhalten implizierte. Entgegen der anderen Therapieverfahren griff das erzieherische Anstaltskonzept direkt in die Arbeitstherapie ein. Fehlverhalten, Unzuverlässigkeit, Renitenz oder Verstöße gegen die Hausordnung wirkten sich unmittelbar auf das Arbeitsfeld aus und führten zu Ablösungen und Degradierungen.

Arbeitet recht fleissig auf dem Friedhof als Einzelarbeiter. [...] Wurde mit einer Patientin aus Haus 12 (Orthopädie) hinter Haus 6 küssenderweise gesehen. [...] L. wird im Trupp eingesetzt und seine Besuche in H 12 unterbunden.<sup>477</sup>

---

<sup>472</sup> 19.10.1950. Nervenärztliche gutachterliche Äußerung. LASH: 377/ 7069.

<sup>473</sup> Sechs Akteneinträge zwischen dem 12.12.1955 und 1.9.1955. Vgl. Ebd.

<sup>474</sup> 12.2.1955. Ebd.

<sup>475</sup> 8.3.1955. Ebd.

<sup>476</sup> 20.3.1955. Ebd.

<sup>477</sup> 20.3.1958. LASH: 377/ 7069.

Demgegenüber führten Zuverlässigkeit, Konstanz und Arbeitsfleiß zu Beförderungen in begünstigtere Arbeitsbereiche, wie z.B. die Küche, vom Trupp- zum Einzelarbeiter oder zu Ausgängen bis hin zu Beurlaubungen. „Arbeitet seit einigen Monaten im Landwirtschaftstrupp. Macht seine Arbeiten ordentlich“<sup>478</sup> und „wird – nachdem er sich ganz ordentlich geführt hat und auch die Ausgangserlaubnis nicht missbraucht hat als Einzelarbeiter zur Hauptküche gegeben.“<sup>479</sup> Der Patient Emil D. arbeitete als Epileptiker zunächst als Hausarbeiter zur vollen Zufriedenheit einer Arztfamilie. Der Tauschhandel mit gestohlenen Kohlen führte zu seiner Ablösung und Isolierung. „Danach half er fleissig beim Kartoffelschälen. Er ist ruhig, geordnet und voll beherrscht.“<sup>480</sup> Trotz gehäufter Krampfanfälle wurde Emil D. in Folge der Pathologie als Leichenfahrer zugeteilt, aufgrund der Bedenken eines Arztes bezüglich der Krampfanfälle dort jedoch wieder abgezogen und erneut als Hausarbeiter beschäftigt.<sup>481</sup> Das erzieherische Konzept der Arbeitstherapie war den Patienten bewusst: „Heute ist sein Ausgang in die Stadt nicht erlaubt, darauf D., dann kann ich die Arbeit ja unterlassen.“<sup>482</sup> und führte auch schnell zu Demotivationen bei ausbleibender Belohnung. Unter Berücksichtigung der z.T. starken Fluktuation in der Besetzung der diversen Arbeitsfelder des LKH Neustadt und einer durch die jeweilige Ein- und Unterweisung in die Arbeitsgebiete eingeschränkten Arbeitsleistung muss der ökonomische Effekt für die Wirtschaftsbetriebe des LKH über eine unterstützende Funktion hinaus kritisch differenziert werden. Nicht zuletzt aus diesem Grund war das LKH Neustadt bemüht, die Leistungsbereitschaft und Motivation der Patienten in der Arbeitstherapie aufrecht zu erhalten und den Wünschen der Patienten nach einer anderen Arbeit zu entsprechen. „Drängt auf Aussenarbeit“<sup>483</sup>, „Soll bei der Kläranlage eingesetzt werden.“<sup>484</sup> Das Entgegenkommen gegenüber derartigen Wünschen barg allerdings auch das Risiko, dass Patienten bewusst um Versetzung in einen Arbeitsbereich baten, der ihnen günstige Fluchtchancen bot. Die Bitte des Patienten Erich D. um Versetzung

---

<sup>478</sup> 10.8.1955. LASH: 377/ 7069.

<sup>479</sup> 1.9.1955. Ebd.

<sup>480</sup> 3.1.1951. LASH: 377/9807.

<sup>481</sup> 16.3.1951. Ebd.

<sup>482</sup> 26.5.1960. LASH: 377/ 9753.

<sup>483</sup> 20.6.1955. 377/ 9807.

<sup>484</sup> 8.7.1955. Ebd.

Kommt heute spontan und bittet vom Kalfaktorposten abgesetzt zu werden, er wolle sich da nicht so viel kommandieren lassen, er wolle lieber im Trupp arbeiten. [...] Soll wieder mit zu Trupp Behrens.<sup>485</sup>

führte bereits zwei Tage später nach dortigem Einsatz zur Flucht.<sup>486</sup> Auch in diesem Fall folgte nach der Rückführung die Degradierung zum Kartoffelschälen. Während die Männer in der Arbeitstherapie vorwiegend im Außenbereich der Stationen tätig waren, beschränkten sich die Tätigkeitsbereiche für die weiblichen Psychatriepatienten auf die Haus- bzw. Stationsarbeit und die Nähstube.<sup>487</sup> Auf Initiative der Stationsärztin, Frau Dr. Jacobi, wurde für eine Vielzahl von unbeschäftigten, aber arbeitstherapeutisch geeigneten Patientinnen das Wäsche- und Strümpfstopfen, Flicken und Stricken als Heimarbeit auf der Station angeregt, da die räumliche Begrenzung der Nähstube keine weiteren Patientinnen zuließ, demgegenüber aber „[...] unsere Nähstube die anfallenden Arbeiten gar nicht mehr bewältigen kann und auch die gestopften Strümpfe nicht schnell genug zurückkommen“.<sup>488</sup> Der Vorschlag des Ankaufs von Spinnrädern zur sinnvollen Beschäftigung der Patientinnen wurde hingegen von der Verwaltung abgelehnt, „weil nicht genug Rohwolle aus der eigenen Landwirtschaft anfällt und der Zukauf sehr teuer wird“<sup>489</sup>.

Anfang der 1960er Jahre wurde erstmals ein Bedeutungswechsel der Arbeitstherapie für das Neustädter LKH thematisiert. „[...] eben weil die Arbeitstherapie im Umbruch ist und die Zahl der einsatzfähigen Patienten sich gegenüber früher wesentlich verkleinert hat [...]“.<sup>490</sup> Die Initiative der Stationsärzte, ihre Patienten in den Betrieben des LKH unterzubringen, scheiterte zum einen vermehrt an der Ablehnung mancher Gewerke „mit dem Hinweis auf Unfallgefahr oder weil man doch glaubte, die Patienten seien nur hinderlich“<sup>491</sup> oder einzelne Handwerksbetriebe forderten im Gegensatz dazu die Arbeit der Psychatriepatienten als soziale Verbesserung des Lohnes ein. Offensiv versuchten die Neustädter Ärzte letzterer Entwicklung entgegenzutreten.

---

<sup>485</sup> 4.9.1951. LASH: 377/ 9753.

<sup>486</sup> 6.9.1951. LASH: 377/ 9753.

<sup>487</sup> Vgl. Beddies/ Dörries (1999), S. 381 ff.; Höger, Arbeit als soziale Heilung (2012).

<sup>488</sup> 8.11.1956. Verwaltungsdirektor an die Pflegeleitung des LKH. Ameos Archiv Neustadt: Az. 200-1.

<sup>489</sup> Ebd.

<sup>490</sup> 21.10.1963. Verwaltungsdirektor des LKH Neustadt an den Schlosser Fritz M. Ameos Archiv Neustadt: Az. 200-1.

<sup>491</sup> Oktober 1963. Galt für die Betriebe Kesselhaus, Schlosserei und Maschinenführung. O.V. Ameos Archiv Neustadt: Az.200-1.

Psych.-Pat. sind nicht zur Lohnverbesserung von Angestellten da und keine Schachfiguren, die irgendwo hingestellt werden. Die Bereitschaft zur Betreuung von Patienten allein genügt nicht, die Persönlichkeit des Betreuers spielt immerhin auch eine Rolle. Es werden aus diesem Grunde nicht alle „Bewerber“ geeignet sein.<sup>492</sup>

Das LKH Neustadt verwies in seinem Antwortschreiben 1963 auf die zunehmende Differenzierung von Arbeits- und Beschäftigungstherapie. Während die Arbeitstherapie Patienten im Gegensatz früherer Intentionen zukünftig verstärkt berufsbezogen einbeziehen oder möglicherweise an eine Umschulung heranführen sollte, zielte die Beschäftigungstherapie auf die „Beeinflussung des Innenlebens des Patienten“<sup>493</sup> ab.

Hierbei spielen Farbsinn, Formgebung, Gestaltung, Musik u.ä. eine große Rolle. Für die Verwaltung und die Wirtschaftsbetriebe steht damit eindeutig fest, daß produktive Arbeit hierbei weitgehend ausscheidet.<sup>494</sup>

In den bis in die 1960er Jahre geführten Patientenakten (N=8) lässt sich kein Hinweis auf diese Art der Beschäftigung nachweisen. Für die ausschließlich in der Arbeitstherapie eingesetzten nach § 42b untergebrachten Patienten blieben wie im Falle des Patienten Erich D., der als Einziger der nach § 42b Untergebrachten der Analysegruppe bis in die 1960er Jahre im LKH Neustadt untergebracht war, die Arbeitsbereiche nahezu identisch. In der Personalaufstellung 1965 wurden dementsprechend 7 männliche und 10 weibliche Krankenpflegekräfte und 23 „sonstige Dienstkräften (Handwerker, Gärtner, pp.) zur Überwachung und Betreuung arbeitsfähiger Patienten bei der Arbeitstherapie“<sup>495</sup> angeführt. Auch unterschied sich die im obigen Zitat angeführte Interpretation von Beschäftigung von der LKH-Realität, die im Falle Erich D's. weiterhin die Produktivität von Arbeit beurteilte.

Nachdem er eine Zeit lang sich an keiner Beschäftigung beteiligte, ist er jetzt, nachdem ihm gesagt wurde, dass ein derartiges Verhalten nicht gerade zur Befürwortung eines Entlassungsantrages führen würde, schnell bereit, mit anzufassen. Zupft jetzt Grünkohl.<sup>496</sup>

Einen Monat später arbeitete Erich D. bereits als Hauskalfaktor, um die Überprüfung seiner Unterbringung gegenüber dem Amtsgericht Neustadt mit einer positiven gutachterlichen Äußerung der Neustädter Ärzte zu begünstigen.<sup>497</sup> Die Aussagekraft

---

<sup>492</sup> Oktober 1963. Argumentation gegen den Antrag auf Zuweisung von Patienten von 20 Bediensteten des Kraftwerks. O.V. Ameos Archiv Neustadt: Az.200-1.

<sup>493</sup> 21.10.1963. Verwaltungsdirektor des LKH Neustadt an den Schlosser Fritz M. Ameos Archiv Neustadt: Az. 200-1.

<sup>494</sup> 21.10.1963. Ebd.

<sup>495</sup> 22.12.1966. Anlage zum Schreiben des Senators für Inneres Berlin. Ameos Archiv Neustadt: Az. 200-0.

<sup>496</sup> 18.1.1962. LASH: 377/ 9753.

<sup>497</sup> 20.2.1962. Ebd.

über die Entwicklung der Arbeitstherapie der bis in die 1960er Jahre allgemein geführten psychiatrischen Patientenakten ist aufgrund der geringen Zahl (N=4) begrenzt und kann ebenfalls nur als Einzelfall herangeführt werden. Bei den männlichen Patienten, die bis in die 1960er Jahre neben weiteren Therapieverfahren in der Arbeitstherapie eingesetzt waren, ließen sich keinerlei Veränderungen der Arbeitsbereiche aufzeigen, so wurde Rudolf D. bis 1966 im Außentrupp arbeitstherapeutisch eingesetzt.<sup>498</sup> Bei den Frauen kann nur insofern am Beispiel der Patientin Meta D. festgehalten werden, dass der wiederholte Arbeitseinsatz in der Nähstube in den 1950er Jahren bei ihrer 5-wöchigen Wiederaufnahme 1963 nicht zur Diskussion stand bzw. als Akteneintrag vermerkt war.

### 5.3 Schockverfahren

Im Wiederaufbau der Neustädter Psychiatrie nach 1945 zeigt sich anhand der untersuchten Patientenakten, dass an das vor der Umwandlung in ein Ausweichkrankenhaus 1942 durchgeführte Therapiekonzept nahtlos angeknüpft wurde. Von den zwischen 1945 und 1968 zur Analyse herangezogenen 16 Patienten wurden 7 mit Schockverfahren therapiert. Vier Patienten wurden mit jeweils einem Schockverfahren behandelt, davon drei Patienten mit der Elektrokrampftherapie (EKT)<sup>499</sup> und eine Patientin mit der Insulinkomatherapie (IKT)<sup>500</sup>. Zwei Patientinnen wurden jeweils mit zwei Verfahren therapiert: EKT und gesonderte IKT<sup>501</sup> und EKT mit anschließender Cardiazol-Behandlung<sup>502</sup>. Eine Patientin erhielt eine kombinierte Insulin-EKT-Behandlung.<sup>503</sup>

Das Diagnosespektrum der Schocktherapien lag für die Analysegruppe vornehmlich bei „Schizophrenien“ (N=3) und „Psychosen“ (N=3). Aufgrund der klinischen Symptomatik kam die Schocktherapie zudem bei der Diagnose „Pseudo-Neurose“ (N=1) zur Anwendung. Indikationskriterien, die die Wahl des angewandten

---

<sup>498</sup> 18.2.1966. LASH: 377/ 10070.

<sup>499</sup> LASH: 377/ 9262; 377/ 10470; 377/ 9807; 377/10157.

<sup>500</sup> LASH: 377/ 10143.

<sup>501</sup> Die Insulintherapie wurde während der Aufdosierungsphase von der Patientin abgebrochen. LASH: 377/ 10632; Die Erhebung der Wittenauer Heilstätten bei der Kombination von Schockverfahren - 5 der 13 Insulinschockpatienten erhielten eine EKT – konnte keine zeitliche Abfolge der therapeutischen Einsatzkriterien aufzeigen. Vgl. Beddies/ Dörries, Wittenauer Heilstätten (1999), S. 427.

<sup>502</sup> LASH: 377/ 10482.

<sup>503</sup> Bei der Patientin Minna D. wurde 1961 einmalig 4 E Insulin in Kombination mit einer EKT unter 2,5 ccm Evipan und 0,8 ccm Succinyl eingesetzt. LASH: 377/ 10169.

Verfahrens verdeutlichten, ließen sich aus der Aktendokumentation nur in Einzelfällen nachzeichnen. Die Akteneinträge zur EKT waren über den Untersuchungszeitraum in ihrer Ausführlichkeit und Aussagekraft heterogen, individuell vom Behandler abhängig und für eine Auswertung der Dokumentation scheinbar irrelevant. Während sich 1947 die Aufzeichnung der EKT unter „0,1 i.v. Evipan“<sup>504</sup> in Stromstoßstärke, Dauer und einem „+“ für die Krampfauslösung nachzeichnen ließ - „3er Block 350 MA/ 100 V/ 0,6 Sek. +“<sup>505</sup> - fehlten diese Angaben für die Analysegruppe zur EKT der 1950er Jahre weitgehend. Eine 9er-Serie der EKT erfolgte für die Patientin Meta D. 1953, nachdem ein „Luminaldämmerschlaf“<sup>506</sup> und die weitere Behandlung mit einer reduzierten Dosis Luminal nicht die erwünschte Wirkung zeigte und die Patientin „sofort wieder gespannt wurde, schimpfte und paranoid war“.<sup>507</sup> Nach einer weiteren „Sedierung mit SEE“<sup>508</sup> wurde in der Fieberkurve sowie im Krankenblatt lediglich der Behandlungsbeginn dokumentiert. Es erfolgten in der Aktenaufzeichnung weder Angaben zur Stromstärke, Dauer, zur Gabe von Muskelrelaxantien, zum Krampfgeschehen oder Begleiterscheinungen. Dass es hingegen eine begleitende Muskelrelaxans für die Patientin gab, fand lediglich in einem Arztbrief Erwähnung. „Ist nach 3 Schocks (in Blockform unter Succinylschutz) ruhiger und lenkbarer. Lässt sich nach anfänglichem Widerstand jetzt ohne Schwierigkeiten behandeln.“<sup>509</sup> Ruhiges Verhalten, Lenkbarkeit, Freundlichkeit, Hilfsbereitschaft, der Kontakt zum Personal und zu den Mitpatienten waren die Kriterien, die zur Beurteilung des Behandlungserfolges herangezogen wurden. Die dem Vormund nach der 5. EKT in Aussicht gestellte Entlassung bei anhaltender Besserung des Gesundheitszustandes erfolgte vier Wochen später, nachdem Meta D. mit Beendigung der EKT-Serie die Beurteilung „ordnet sich weiterhin gut ein. Macht Handarbeiten, hilft auf der Station“<sup>510</sup> erhalten hatte.

Die beschränkte Wirksamkeit der EKT führte zu Kombinationsbehandlungen. Die Patientin Katharina B. blieb 1949 nach einem 3er-Block der Elektrokrampftherapie in

---

<sup>504</sup> Evipan oder Hexobarbital gehört als Injektionsnarkotikum mit kurzer Wirkdauer zur Gruppe der [Barbiturate](#).

<sup>505</sup> 12.12.1947. LASH: 377/ 10482.

<sup>506</sup> 22.12.1952. LASH: 377/ 10157.

<sup>507</sup> 28.12.1953. LASH: 377/ 10157.

<sup>508</sup> 3.4.1953. Ebd.

<sup>509</sup> 11.5.1953. Ebd.

<sup>510</sup> 28.5.1953. Ebd.

ihrem Verhalten weiterhin „wenig verändert, stuporös und abweisend, ißt wenig, völlig mutistisch“<sup>511</sup> und man entschied sich am Folgetag für den zusätzlichen Cardiazolschock.<sup>512</sup> Warum die Wahl auf Cardiazol und nicht auf Insulin fiel, wurde nicht kommentiert. Für die Cardiazoltherapie sprachen in der Nachkriegszeit möglicherweise noch die Erfahrungen aus der insulinfreien Behandlungszeit. Zudem mochte die kürzere Behandlungsdauer von durchschnittlich 10-15 Behandlungen gegenüber ca. 40-50 Insulinbehandlungen<sup>513</sup>, die geringere Mortalitätsrate von 0,22% gegenüber 2-10% der Patienten<sup>514</sup>, die unter der Insulinkomatherapie verstarben und der ökonomische Aspekt der kostengünstigeren Therapie gegenüber der teuren Insulinbehandlung für das Cardiazol gesprochen haben.<sup>515</sup> Katharina B. war einen Tag später „völlig verändert, kontaktbereit, im Gespräch leitbar“.<sup>516</sup> Weitere Angaben zum Zustand nach der Behandlung und möglichen Nebenwirkungen wurden 1949 nicht dokumentiert, erst 1951 wurde nach einem erneuten Cardiazolschock bei Katharina B. „im Anschluß Dämmerzustand mit jammeriger psychomotorischer Erregung“<sup>517</sup>, guter Appetit und starkes Erbrechen als Begleitwirkungen der Behandlung in der Akte notiert. Die bei Shorter/ Healy benannte Häufigkeit der durchschnittlich 10-15 Cardiazol-Behandlungen wurde im Falle von Katharina B. in Neustadt abhängig vom klinischen Bild modifiziert und lediglich einmalig 1949 nach erfolgtem 3er-Block der EKT und zweimalig 1951 durchgeführt. Von weiteren Cardiazol-Behandlungen wurde bei Katharina B. 1949 aufgrund des ersten Behandlungserfolgs abgesehen, was der Patientin „15 bis 20 unangenehme Minuten“<sup>518</sup> vor Eintritt des Krampfanfalls ersparte.

Mit Einführung der Neuroleptika diente deren begrenzte Wirksamkeit bzw. das Nichtansprechen als Kriterium für die EKT bei unruhigen und störenden Patienten. „Auch unter sehr hohen Dosen Megaphen, komb. mit Luminal bleibt sie weiterhin unruhig. Es war beabsichtigt eine ES-Therapie einzuleiten“.<sup>519</sup> Beginnend mit einem

---

<sup>511</sup> 15.6.1949. LASH: 377/ 10482.

<sup>512</sup> Katharina B. erhielt 6 ccm Cardiazol und 6 ccm Traubenzucker. Ebd.

<sup>513</sup> Shorter, Edward/ Healy, David: Shock therapy: a history of electroconvulsive treatment in mental illness. New Brunswick 2007, S. 29.

<sup>514</sup> Panfilova (2005), S. 62.

<sup>515</sup> Die Insulintherapie war viermal so teuer wie die Cardiazoltherapie. Vgl. Ansari (2013), S. 116.

<sup>516</sup> 16.6.1949. LASH: 377/ 10482.

<sup>517</sup> 21.3.1951. Ebd.

<sup>518</sup> Zit. n.: Ansari (2013), S.119.

<sup>519</sup> 19.8.1955. LASH: 377/ 10157.

„Abortivschock“<sup>520</sup> folgten weitere EKT „unter Succinyl 1,8 i.v.“, deren erwünschte Wirkung jedoch ausblieb. „War schließlich wieder so unerträglich laut und störend geworden, daß eine längere anhaltende Beruhigung durch Elektrobehandlung versucht werden mußte“.<sup>521</sup> Die medikamentöse Tages- und Nachttherapie blieb beibehalten und wurde lediglich zur EKT-Behandlung ausgesetzt, was den Patienten die Schockbehandlung am Folgetag signalisierte. „Jetzt weiß ich es, wenn ich keine Tabletten bekomme, werde ich ja morgen wieder behandelt, dann kann ich ja wohl Weihnachten hier verbringen.“<sup>522</sup> Es muss offen bleiben, ob der Leitungswechsel der psychiatrischen Abteilung zur detaillierteren EKT-Dokumentation führte. Ab den 1960er Jahren lässt sich eine deutlich differenziertere Dokumentation der EKT in den Akten nachzeichnen. Stromstoßstärke, Dauer und Krampfverhalten „8. Convulsio +. Heute nach Vorbereitung mit 0,25 Inaktin und 10 mg Succinyl erst nach 55 Sek. Stromstoßstärke 3, Dauer 2,5 Sek. Ergiebiger Krampf“<sup>523</sup>, Besonderheiten „ergiebiger Krampf mit Zyanose und verzögerter Rückkehr der Spontanatmung“<sup>524</sup> und Verhaltensbeurteilungen „ausgeglichen, beschäftigt sich fleissig auf Station, redet gerne“<sup>525</sup> wurden konsequent im Krankenblatt festgehalten. Die Wirksamkeit der EKT behielt allerdings auch im Zusammenspiel mit den seit Mitte der 1950er Jahren zur Verfügung stehenden Neuroleptika in den beispielhaften Patientenfällen ihren begrenzten Erfolg. Das therapeutische Ziel der langfristigen Beruhigung „bei Urlauben zu Hause unauffälliges Verhalten, so dass die Mutter sich bereit erklärt ihre Tochter wieder aufzunehmen“<sup>526</sup> und die angestrebte Resozialisierung durch die den Psychiatern zur Verfügung stehenden Therapieoptionen verfehlten allerdings oftmals ihre Wirkung. Aufgrund fehlender Alternativen in der Außenfürsorge blieb der gesellschaftliche Faktor Familie und dessen Beziehungsverhältnis zum Patienten in der Nachsorge als unkalkulierbare Größe relevant.

Ist inzwischen 2 x geschockt worden. Ruhiger. Will immer wieder darauf hinaus, daß es zu Hause wegen der Mißhelligkeiten in der Familie nicht gegangen ist. Ist ganz schön aggressiv gewesen. Verlangte bei der Einlieferung nach einem Gewehr, um ihre Mutter zu erschießen.<sup>527</sup>

---

<sup>520</sup> 19.8.1955. Ebd.

<sup>521</sup> 22.1.1957. Ebd..

<sup>522</sup> 9.12.1962. LASH: 377/ 9262.

<sup>523</sup> 28.8.1962. Ebd.

<sup>524</sup> 27.8.1962. Ebd.

<sup>525</sup> 7.9.1962. Ebd.

<sup>526</sup> 17.4.1959. Ebd.

<sup>527</sup> 28.2.1964. Ebd.

Probates Mittel der behandelnden Psychiater war die Kombination und Modifizierung aller zur Verfügung stehenden Therapieoptionen bis zur Erreichung des erwünschten Therapieziels einer verbesserten Symptomatik. Dabei lassen sich ähnlich der Cardiazol-Behandlung bei der Patientin Katharina B. Modifizierungen bei der Insulinbehandlung nachzeichnen. Während Saker<sup>528</sup> die Insulinkomatherapie in vier Phasen beschrieb, die zunächst dreimal täglich geringe Insulindosen bis zum somatisch sichtbaren hypoglykämischen Zustand vorsah, darauf die Steigerung der täglichen Insulindosis bis zum Eintritt eines schweren hypoglykämischen Schocks, anschließend eine Ruhephase und schließlich die erneute Gabe geringer Insulineinheiten mehrmals täglich vorsah<sup>529</sup>, wurde im LKH Neustadt oftmals lediglich die erste Phase mit geringer Insulindosis angewandt. Im Zeitraum 1945-1950 wurde die Patientin Ilse v. E. mit der Diagnose „Pseudoneurose“ bei „Multipler Sklerose“ als einzige Patientin der Analysegruppe zunächst mit Sedativa, Liegekur und autogenem Training behandelt und erhielt erstmals 1949 niedrigschwellig 16 E Altinsulin über 14 Tage. Zwei Monate später wurde das Insulinverfahren mit 24 E Altinsulin beginnend eingeleitet, dem die Patientin zunächst als „medikamentöser Beruhigung mit Insulin“ zustimmte, die Behandlung jedoch nach Dosissteigerung auf 32 E Altinsulin eigenmächtig abbrach, „da sie auf jeden Fall einen klaren Kopf behalten muß“.<sup>530</sup> Noch am selben Tage verließ Ilse v. E. das LKH, da sie „entgegen den Zusicherungen des Arztes vom Vortage d o c h „Insulin-geschockt“ werden sollte.“<sup>531</sup> Derartige Insulingaben ließen sich hier nur der Fieberkurve entnehmen, während bei der Patientin Aster D. für die Insulinkomatherapie 1952 ein gesondertes Insulin-Protokoll von der intensiven Überwachung der Patienten im eigens für diese Behandlung vorgesehenen Insulinzimmer zeugt. Aster D. erhielt kurz nach ihrer Aufnahme 1952 unter der Diagnose „Schizophrenie“ über zwei Monate die Insulinkomatherapie. Beginnend mit 36 E Insulin führte das Insulinprotokoll über vier Tage die Gabe einer trinkbaren Zuckerlösung bei steigender Dosierung auf, bis sie „mit 116 E komatös“<sup>532</sup> wurde. Wegen des „späten Eintritts des Koma auf 124 E Insulin erhöht“<sup>533</sup> und über den gesamten Behandlungszeitraum beibehalten. Ca. drei Stunden nach der Insulingabe setzte der komatöse Zustand bei Aster D. ein, der eine

---

<sup>528</sup> Vgl. FN 143.

<sup>529</sup> Vgl. Ansari (2013), S. 107.

<sup>530</sup> 26.11.1950. LASH: 377/ 10632.

<sup>531</sup> 26.11.1950. Ebd.

<sup>532</sup> 20.10.1952. LASH: 377/ 10143.

<sup>533</sup> 3.11.1952. Ebd.

Stunde beibehalten und mit der Magensonde durch Zufuhr einer Traubenzuckerlösung beendet wurde. Die Protokollangaben erfassten Uhrzeit der Insulingabe, zunächst den Zeitpunkt der Gabe der trinkbaren Zuckerlösung, nach vier Tagen den Zeitpunkt des Komaeintritts, den Zeitpunkt der Traubenzuckerzufuhr per Sonde und die Art des Erwachens. Mit „langsameres Erwachen“ oder „ruhiges Erwachen“ wurde das Ende des jeweiligen Komas beurteilt. Nach 29 Komata erschien Aster D. aufgelockerter und freier und zeigte „in einem korrigierenden Gespräch Distanz von ihren Inhalten, wenigstens bezüglich der Gegenwart, die Vergangenheit wird weiter mit den gleichen Inhalten gefüllt.“<sup>534</sup> Mit 47 Komata wurde die Insulinkur beendet und die Patientin in der Bastelstube arbeitstherapeutisch beschäftigt.<sup>535</sup> Das Verhalten bei der nach Beendigung der IKT stattfindenden Weihnachtsfeier wurde mit „war aber doch nicht affektiv voll mitgehend“<sup>536</sup> beurteilt, führte Anfang 1953 jedoch vorerst zur Entlassung, der sechs Wiederaufnahmen bis 1959 folgen sollten. Der therapeutische Erfolg dieses Verfahrens, der bei Schizophrenie-Patienten vor 1945 u.a. von 40% Vollremissionen und bis zu 22% Besserungen<sup>537</sup> sprach, muss differenziert betrachtet werden. Spätere Studien zur Langzeitwirkung von Schockverfahren relativierten deren Erfolge gegenüber Behandlungen der Präneuroleptika-Phase und bewerteten den therapeutischen Erfolg der Schockbehandlungen gegenüber unspezifischen Behandlungsmethoden deutlich kritischer.<sup>538</sup>

Vergleicht man nun den Verlauf bei denen, die mit Elektrokrampf (6,5%), mit Insulin-Koma (12,5%) oder überhaupt nicht spezifisch behandelt wurden, stellt sich heraus, daß der Ausgang durch die Therapie kaum beeinflusst wurde.<sup>539</sup>

Belastbare Aussagen zum Behandlungserfolg der Schocktherapien im LKH Neustadt können aufgrund der kleinen Patientengruppe (N=7) nicht getroffen werden. Festzuhalten bleibt jedoch, dass die als Behandlungserfolge der Schockverfahren geltende Ruhe, Ausgeglichenheit und Lenkbarkeit der Patienten oftmals eine kurze

---

<sup>534</sup> 22.11.1952. LASH: 377/ 10143.

<sup>535</sup> 15.12.1952. Ebd.

<sup>536</sup> 22.12.1952. Ebd.

<sup>537</sup> Nach den Ergebnissen Skalweits, der als Arzt der Wittenauer Anstalten 1937 diese Ergebnisse für Schizophrenie-Patienten publizierte. Skalweit, Wolf: Schizophrenie. In: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete 8. 1937, S. 345.

<sup>538</sup> Vgl. Beddies/ Dörries, Wittenauer Heilstätten (1999), S. 426.

<sup>539</sup> Dieser Befund bezog sich auf 1940-1950 hospitalisierte Schizophrene, der aufgrund der zugrundeliegenden Fehlerquellen kritisch bezüglich des Ergebnisses der jeweiligen Methode eingeordnet werden sollte. Retterstol, N.: Schizophrenie – Verlauf und Prognose. In: Schizophrenien (Psychiatrie der Gegenwart 4), bearb. Von P. Baumann u.a. Berlin u.a. 1987, S. 88. Zit. nach: Beddies/ Dörries, Wittenauer Heilstätten (1999), S. 426.

Wirkungsphase überstand, die im Kontext weiterer Therapieoptionen und dem u.U. komplizierten Beziehungsgeflecht der familiären Fürsorge nach der Entlassung gesehen werden muss, das zur Wiederaufnahme und weiteren Therapieversuchen führte. „Es ging nicht mehr zu Hause, ich wurde von allen Leuten beobachtet [...]“.<sup>540</sup>

Bei den Schockverfahren lässt sich für das Neustädter LKH eine eindeutig geschlechtsspezifische Ausrichtung ausmachen.<sup>541</sup> Alle schocktherapierten Patienten (N=7) der Analysegruppe waren weiblich. Es muss fraglich bleiben, ob eine bessere Ansprache der weiblichen Patienten auf die Schocktherapien durch die Behandler vermutet wurde oder weibliche Psychatriekranke leichter von der Sinnhaftigkeit dieser Eingriffe überzeugt werden konnten.<sup>542</sup> Bei der 30-jährigen Irene D. wurde die Mutter nach erfolgloser Megaphen/ Luminal-Therapie in die Entscheidung zur EKT miteinbezogen. „Die Mutter spricht in Gegenwart der Patientin mit dem Stationsarzt wegen einer Schockbehandlung.“<sup>543</sup> Eine detaillierte Aufklärung wurde nicht dokumentiert, Mutter und Patientin mussten sich jedoch einverstanden erklärt haben, denn die 11er-EKT-Serie begann zeitnah. Demgegenüber stand das Aufklärungsverhalten der Ärzte bei der Patientin Ilse v. E. in der Auswahl des Therapieverfahrens.

Der sehr erheblichen Verstimmung wegen, die Pat. weint viel, hat dafür keine plausiblen Gründe, ist obstipiert, schläft ungenügend, heute Versuch einer Umstimmung durch Narkoanalyse (Sod. Penthanol, 10ccm, 2,5%Lösung, 1 Std.) und abschließend Elektro-Absence.<sup>544</sup>

Der anschließenden Amnesie nach dem Erwachen folgte die Bitte der Patientin nach Aufklärung der Behandlungsweise. Der behandelnde Arzt informierte über die Schlafanalyse und erklärte die sich anschließende Elektrobehandlung als „Kurzwellenbestrahlung vegetativer Zentren“<sup>545</sup>. Die Patientin wurde vor Beginn der Schlafanalyse nicht über diese mögliche und u.U. nötige Therapieoptionen aufgeklärt. Als Erklärung ließe sich die vorausgehende, inhaltlich unergiebigere Analyse anführen, die „lediglich zu einem eruptiven depressiven Ausbruch von

---

<sup>540</sup> 4.5.1965. LASH: 377/ 9262.

<sup>541</sup> In den Wittenauer Heilstätten wurden Kuren und Schockbehandlungen mehr als doppelt so häufig an schizophrenen Frauen als an Männern durchgeführt. Vgl. Beddies/ Dörries, Wittenauer Heilstätten, S.428.

<sup>542</sup> Beddies schlussfolgert für die Wittenauer Heilstätten, dass sich individuelle Präferenzen der Behandler in der Therapiewahl bei weiblichen Patienten deutlicher gegenüber männlichen Patienten abbildeten, was in der Korrelation von Forschung und Publikationen der auf Frauenstationen tätigen Ärzte zu sehen ist. Vgl. Beddies/ Dörries, Wittenauer Heilstätten(1999), S. 429.

<sup>543</sup> 3.8.1962. LASH: 377/ 9262.

<sup>544</sup> 8.8.1950. Ebd.

<sup>545</sup> 9.8.1950. Ebd.

offensichtlich lösender Wirkung<sup>546</sup> führte, deren Erfolg nicht abgewartet bzw. als nicht ausreichend angesehen wurde und sich angesichts einer sedierten Patientin Kritik, Widerstand bzw. Ablehnung zur Behandlung erübrigte.

Eine zeitliche Zuordnung der Schockverfahren kann im zeitlichen Längsschnitt für die Patientengruppe (N=7) lediglich für die Cardiazolbehandlung 1949/ 1951<sup>547</sup> und die kombinierte Insulin-EKT 1961<sup>548</sup> erfolgen. Das EKT-Verfahren wurde im Untersuchungszeitraum durchgehend angewandt. Vorbehaltlich der heterogenen EKT-Dokumentation ließ sich 1947 die EKT unter einer Evipan-Narkoseinjektion nachweisen<sup>549</sup>, eine gezielte Muskelrelaxans, EKT-begleitend, fand sich als „E-Schocks unter Succinylschutz“<sup>550</sup> erstmals 1953 im Arztbrief der Patientin Minna D. Ein Fieberkurveneintrag mit der Angabe einer Dosis lag nicht vor, der Verweis stand zusammenfassend für eine 9er-EKT-Serie.

Obwohl keinerlei Angaben zu möglichen Komplikationen der EKT in Bezug auf Wirbelfrakturen und Luxationen in den eingesehenen Quellen dokumentiert wurden, orientierte sich das LKH Neustadt zeitnah an der pharmakologischen Entwicklung des vollsynthetischen Mittels „Suxamethoniumchlorid“<sup>551</sup> aus dem Jahr 1952, modifizierte die EKT dahingehend und reduzierte somit das Nebenwirkungsrisiko hinsichtlich Frakturen und Luxationen für die Patienten. Dass es trotz Muskelrelaxans zu Prellungen, Verstauchungen oder Ergüssen unter der EKT gekommen sein musste, lässt sich einmalig durch den Verweis auf eine „1 ccm Traumeel-Injektion“<sup>552</sup> in der Fieberkurve der Patientin Minna D. nach der EKT ausmachen. Derartige Behandlungszwischenfälle der EKT blieben aktenmäßig ansonsten unerwähnt und beschränkten sich Anfang der 1960er in der Aktendokumentation in Einzelfällen auf Erbrechen<sup>553</sup>, Zyanose und verzögerter Rückkehr der Spontanatmung.<sup>554</sup> Die Verwendung eines Trachealtubus zur permanenten Sauerstoffversorgung während der atemlosen Phase wurde nicht dokumentiert.

---

<sup>546</sup> 9.8.1950. Ebd.

<sup>547</sup> LASH: 377/ 10482.

<sup>548</sup> LASH: 377/ 10169.

<sup>549</sup> 8.9.1947. LASH: 377/ 10482.

<sup>550</sup> 16.6.1953. LASH: 377/ 10157.

<sup>551</sup> Suxamethonium ist ein depolarisierendes Muskelrelaxans, das auch als Succinylcholin oder Succinylidicholin bekannt ist. Es führt zu einer vorübergehenden Muskellähmung.

<sup>552</sup> 20.12.1961. LASH: 377/ 10169.

<sup>553</sup> Als Nebenwirkung der EKT in Fieberkurve dokumentiert. 17.-20.12.1963/ 30.1.1964/ 11.2.1964. LASH: 377/ 9262.

<sup>554</sup> 11.8.1962. Ebd.

In Abhängigkeit des klinischen Bildes der Patienten erfolgte die EKT in Serien von 7, 9 und 11 Behandlungen<sup>555</sup>, einem einmaligen 2er oder 3er-EKT-Block<sup>556</sup> oder einer einmaligen EKT<sup>557</sup>, mal mit eintägiger oder dreitägiger Pause. In den ersten Nachkriegsjahren war Muskelrelaxation keine Option, jedoch erhielt die Patientin Katharina B. bei ihren ersten drei EKT im September 1947 als Narkose-Injektion „Evipan 0,1 i.v.“<sup>558</sup>. Bei den im November 1947 folgenden EKT und im sogenannten „3er-Block“<sup>559</sup> im Dezember dreimal täglich wurde keine Narkose-Injektion protokolliert. Die 3er-Block-Abfolge um 9:30 Uhr, 14 Uhr und 18:30 Uhr musste bei 300 MA, 95 bis 100 Volt über jeweils 0,6 Sekunden ohne Muskelrelaxation als enorme Belastung von der Patientin empfunden worden sein, wie anhand der Beschreibung Shorters und dem notwendigen Personal- und Kraftaufwand während der EKT deutlich wird.

Eine [Krankenschwester] hielt seine Füße [des Patienten]zusammen, eine andere stemmte sich auf seine Hüfte, zwei weitere, eine auf jeder Seite, drückten mit einer Hand die Schulter und mit der anderen den Arm des Patienten herunter, und eine hielt mit einer Hand den Kopf des Patienten fest, während sie mit der anderen sein Kinn nach oben drückte.<sup>560</sup>

Torturen, die die Neustädter Patientinnen zu heftiger Gegenwehr veranlassten. „[...]zur Behandlung ließ sie sich nur mit Widerstand führen“<sup>561</sup> oder bat flehentlich „zuvor liegt Pat. still in ihrem Bett und flüstert: Bitte keinen Schock mehr!“<sup>562</sup> oder Willkür des Verfahrens unterstellend „ihr wollt mich doch für meine Freude über meinen Besuch nicht wieder schocken“<sup>563</sup> veranlasste, beurteilten die beteiligten Psychiater das Verfahren vom erwarteten Behandlungserfolg her.

Wenn Sie uns weiterhin die Verrückte vorspielen, spielen wir eben mit und behandeln Sie wie eine Verrückte, die Wohltat des Elektroschocks werden wir Ihnen aber nicht wieder gewähren.<sup>564</sup>

Das bei Einführung der Methode hinsichtlich der Anwendungshäufigkeit kritisch diskutierte Nebenwirkungsprofil der schweren Gedächtnisstörungen<sup>565</sup> wurde

---

<sup>555</sup> Vgl. LASH: 377/ 10482; 377/ 9262; 377/ 10157.

<sup>556</sup> Vgl. LASH: 377/ 10470.

<sup>557</sup> Vgl. LASH: 377/ 10632; 377/ 9807; 377/ 9262; 377/ 10157; 377/ 10169.

<sup>558</sup> Unter 400 MA/ 100 V/ 0,6 Sek. Erhielt die Patientin am 8./9.9. und 12.9.1947 0,1, Evipan i.v. LASH: 377/ 10482.

<sup>559</sup> 12.12.1947. Der EKT-3er-Block erfolgte bei 350 MA/ 100 V/ 0,6 +. Ebd.

<sup>560</sup> Shorter, Geschichte der Psychiatrie 1999, S. 334. Zit. n.: Ansari (2013), S. 120.

<sup>561</sup> 19.8.1955. LASH: 377/ 10157.

<sup>562</sup> 19.7.1948. LASH: 377/ 10482.

<sup>563</sup> 24.3.1951. Ebd.

<sup>564</sup> 30.6.1948. Ebd.

angesichts der Vorteile einer direkten Krampfauslösung, einer damit einhergehenden Bewusstlosigkeit und Behandlungsamnesie nachrangig bewertet. Deutliche Verhaltensänderungen bei der Patientin nach der ersten Behandlung der angesetzten EKT-Serie bestärkten die Neustädter Ärzte in ihrer Einschätzung.

[...] zeigt sie alle Register einer intakten Affektivität, klagt allerdings über Vergesslichkeit (was als Nebenerscheinung der Elektrokrampftherapie oft beobachtet wird und rasch vorüberzugehen pflegt.<sup>566</sup>

Katharina B. gab nach der Behandlung völlig klare Auskunft über alle Vorgänge während ihres Stupors, wusste an welchem Platz der Arzt während der Visite gestanden hatte und „sie weiß, welches Datum heute ist (!).“<sup>567</sup> und „berichtet den Pflegerinnen, zu deren großen Erstaunen Details aller Maßnahmen, die in der Zeit ihres Stupors mit ihr vorgenommen wurden.“<sup>568</sup>, kamen als Zitat ins Krankenblatt.

Anfang der 1960er Jahre sah die Durchführung der EKT für die 30-jährige Irene D. eine Vorbereitung mit „0,5 mg Atropin i.m., 0,25 Inaktin i.v. und 10 mg Succinol i.v. bei Stromstärke 3, Dauer 2,5 Sek.“<sup>569</sup>, die sich deutlich zur Ausführung Ende der 1940er Jahre für die Patienten unterschied. Die EKT war für die sedierten und muskelrelaxierten Patienten besser auszuhalten, das Nebenwirkungsprofil wies für die Patienten unter Sedierung und Muskelrelaxation Anfang der 1960er Jahre Zyanose, verzögerter Rückkehr der Spontanatmung und z.T. starkes Erbrechen nach dem Erwachen auf. Die Einwilligung in die medizinische Behandlung erfolgte mit einem in den Quellen seit 1957 nachweisbaren Vordruck.<sup>570</sup> Mit der Einweisung ins LKH Neustadt wurde Neustädter Patienten eine Einverständniserklärung mit folgendem Wortlaut vorgelegt:

Ich bin mit meiner Behandlung in der psych.-neurologischen Abteilung des LKH Neustadt (Holst.) einverstanden und will hierbleiben, bis meine Gesundheit wieder hergestellt ist.<sup>571</sup>

Eine Einwilligung, die dem Patienten keinen Entscheidungsspielraum zubilligte und den Behandlern das jeweilige Therapieverfahren, die Behandlungs- und Aufenthaltsdauer überließ. Dass es zusätzliche Einwilligungen zum jeweiligen

---

<sup>565</sup> So berichtete der Psychiater Krauss aus Göppingen bei derartiger Anwendung von schweren, irreversiblen Schädigungen des Gehirns und warnte vor deren Anwendung. Vgl. Panfilova (2005), S. 110.

<sup>566</sup> 21.7.1948. LASH: 377/ 10482.

<sup>567</sup> 21.7.1948. Ebd.

<sup>568</sup> 22.7.1948. Ebd.

<sup>569</sup> 11.8./6.10.1962. Ebd.

<sup>570</sup> 27.3.1957. LASH: 377/ 9251.

<sup>571</sup> Einverständniserklärung für 1960, 1962, 1963 und 1965. LASH: 377/ 9262.

Therapieverfahren mit Angehörigen und dem Patienten selbst gegeben hatte, belegt der Eintrag: „Nachdem Mutter und Pat. selbst sich mit der Schockbehandlung einverstanden erklärt haben, wird diese jetzt begonnen.“<sup>572</sup> Deutlich wurde der Hinweis zwischen der Einwilligung der Angehörigen zum einen und der Patientin selbst hervorgehoben. In den Fällen, in denen Angehörige im LKH präsent waren und eine familiäre Beziehung zum Patienten bestand, versicherten sich die LKH-Behandler deren Unterstützung und bezogen Angehörige aktiv in das therapeutische Regime mit ein. In diesen Fällen mochte die Hoffnung der Familie verstärkt in neuen Therapieoptionen zur Resozialisierung ihrer psychisch kranken Angehörigen gelegen haben.<sup>573</sup> Fragen nach Behandlungserfolgen, Nebenwirkungen und Verlaufsprognosen für die Patienten konfrontierten die behandelnden Ärzte mit ihren jeweiligen Therapieentscheidungen und mussten reflektiert werden. In diesem Kontext nahmen Angehörige im Zusammenspiel mit der psychiatrischen Abteilung neben der Einweisungs- und Entlassungspraxis auch bei den Therapieoptionen eine wichtige Funktion ein.<sup>574</sup>

#### 5.4 Neuroleptika – (k)eine Erfolgsgeschichte?

Als erstes Neuroleptikum wurde Chlorpromazin<sup>575</sup> unter dem Namen „Megaphen“ ab Juli 1953 in Deutschland vermarktet.<sup>576</sup> Als Beispiel der in den 1950er Jahren weiter eingeführten Neuroleptika wird sich in dieser Arbeit schwerpunktmäßig auf Megaphen beschränkt, das im LKH Neustadt für die Analysegruppe weitgehend zum Einsatz kam.<sup>577</sup> Obwohl der spezifisch therapeutische Wert von Neuroleptika in

---

<sup>572</sup> 11.8.1962. LASH: 377/ 9262.

<sup>573</sup> Vgl. Hierzu Kap. 8.4 zur Besuchsregelung und Arzt-Angehörigen-Gespräche.

<sup>574</sup> Zur Rolle und Bedeutung der Familie in der Interaktion mit der Anstalt zum Vergleich auch Kap. (6.2, 6.4. und 8.4 dieser Arbeit; Des Weiteren: Baur, Family influence and psychiatric care (2013).

<sup>575</sup> 1950 von dem Chemiker [Paul Charpentier](#) bei der Firma [Rhône-Poulenc](#) synthetisiert. Megaphen hatte neben einem [antihistaminischen](#) Effekt eine stark sedierende Wirkung und wurde zunächst in der Chirurgie eingesetzt. Als wichtigste Indikation galt die spezifische Wirkung gegen psychomotorische Unruhe. Megaphen wurde zunächst unspezifisch bei psychiatrischen Erkrankungen angewendet und nicht nur bei Schizophrenien und Psychosen als wirksam betrachtet. Vgl. Balz, Viola: Zwischen Wirkung und Erfahrung – eine Geschichte der Psychopharmaka. Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland 1950-1980. Bielefeld 2010.

<sup>576</sup> 1958 wurde z.B. Haloperidol eingeführt. Mit der Entwicklung weiterer Substanzen unterschied man die Psychopharmakagruppen: Antidepressiva, Tranquilizer und Antipsychotika. Vgl. Balz, Wirkung und Erfahrung (2010), S. 17f.

<sup>577</sup> Die Vielzahl der seit den 1950er Jahren eingeführten Neuroleptika wiesen nur Abwandlungen bekannter Wirkprofile aus. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) deklarierte drei Neuroleptika – Chlorpromazin (in Deutschland als Megaphen im Handel) Haloperidol und Fluphenazin-Deconat als Depotneuroleptikum als unentbehrliche Medikamente. Ebd. (2010), S. 18.

Bezug auf psychiatrische Krankheitsbilder in der Forschung bis heute als umstritten gilt<sup>578</sup>, wurde deren weitere Entwicklung in den ersten Jahrzehnten nach der Einführung oftmals als „pharmakologische Revolution“ angesehen. Letztlich diente die klinische Beobachtung der Entwicklung effektiver psychiatrischer Behandlungsmethoden<sup>579</sup> und eröffnete vorrangig psychiatrischen Großanstalten mit der neuen Therapieoption der Neuroleptika im Kontext von Aufenthaltsdauer, Belegungszahlen und Rückfallquoten neue Perspektiven für einen Behandlungserfolg mit einer Symptomverbesserung und möglichen Resozialisierung der Patienten.<sup>580</sup> Mit einer auch ambulant weiterzuführenden Medikation erlangten Haus- und Fachärzte, aber vor allem Familie und Angehörige wiederum eine erweiterte Funktion, die in der häuslichen Nachsorge in Kontrolle, Beobachtung, Verlässlichkeit und Konstanz der Medikamentengabe lag. Für die nach Einführung der Neuroleptika therapierten Patienten der Analysegruppe kam die neue Therapie diagnoseabhängig in Kombination mit Sedativa und Schocktherapien zum Einsatz.<sup>581</sup> Als Monotherapie verfehlten die Neuroleptika ihre Wirkung in der analysierten Patientengruppe, die Mehrheit von ihnen profitierte von der Kombination mehrerer Therapieverfahren. Wie das Therapieregime der Analysegruppe aufzeigt, erhielten sieben der acht Patienten der Analysegruppe das neue Medikament. Das Diagnosespektrum umfasste hierbei die Krankheitsbilder der Schizophrenie (N=4), der Psychose/ Psychopathie (N=2), Manie (N=1) und Progressive Paralyse (N=1). Zusätzlich wurden zur Nacht oder bei Unruhezuständen vereinzelt Sedativa (N=4) eingesetzt. Bei mäßigem Erfolg der Neuroleptika-Behandlung wurde bei sechs der acht Patienten zusätzlich eine Kombination der Schockverfahren bzw. Kuren der Elektro- und Insulintherapie durchgeführt.

---

<sup>578</sup> Vgl. Ebd. (2010), S. 19.

<sup>579</sup> Vgl. Helmchen, Hanfried: Therapiemöglichkeiten in der Psychiatrie. Modellfall Psychopharmakotherapie. In: Holderegger, A. (Hg.): Hirnforschung und Menschenbild: Beiträge zur interdisziplinären Verständigung. Basel 2007a, S. 377-397, hier S. 379.

<sup>580</sup> Die überwiegende Zahl der zeitgenössischen Studien der 1960er Jahre sprachen den Neuroleptika geringe Effekte auf die Versorgungsstrukturen aus. Sie schlossen allerdings - ohne eindeutigen Nachweis - direkte Veränderungen auf den Enthospitalisierungsprozess nicht aus. Vgl. Niemann, Peter: Psychiatrische Transformationsprozesse und die Enthospitalisierung im Kontext der Einführung der Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland. Hamburg 2008, S. 166.

<sup>581</sup> Als Sedativa kamen im LKH Neustadt Somnifen, Paraldehyd, Liminal und Scophedas (SEE) und als Neuroleptika vornehmlich Megaphen, Phasein, Halperidol, Benperidol zum Einsatz. Vgl. LASH: 377: 10482, 10070, 10169, 9262, 9251, 10052, 10123, 10143, 10157; Die Markteinführung von Somnifen, Voluntal, Noctal und Prominal erfolgte in der Weimarer Republik. Vgl. Colom (2012), S. 33; Somnifen nach Klaesi wurde 1922 eingeführt und bei „schwersten Fällen von unsozialem und gehemmten Verhaltens mit fest eingeschliffenen Wahnvorstellungen“ eingesetzt. Schulz, Festschrift (1993), S. 93; Panse, F.: Das psychiatrische Krankenhauswesen. Stuttgart 1964, S. 67f.

Die Einführung des Megaphens zog im Untersuchungszeitraum für Neustadt keine Entlassungswellen mit einem radikalen Bettenabbau nach sich, wie in der Studie von Henry Brill und Robert Patton 1957 dargestellt.<sup>582</sup> Auch die bei Scull<sup>583</sup> für eine Entlassungswelle verantwortlichen Faktoren klinischer Finanzengpässe bei gleichzeitigem Ausbau einer Gemeindepsychiatrie trafen in dieser Form für Neustadt im Untersuchungszeitraum nicht zu. Vielmehr eröffnete die Option der kontinuierlichen und ambulanten Gabe von Neuroleptika Handlungsspielräume, die Neustadt - in Ermangelung einer gemeindenahen ambulanten psychiatrischen Nachsorge der Patienten - ab Ende der 1950er Jahre mit einem Wandel der bisherigen Entlassungspraxis hin zu einer verstärkten Beurlaubungspraxis nutzte (Vgl. Kap.6.4). Ähnlich der Einweisungs- und Entlassungspraxis wurde die Familie in die medikamentöse Therapie aktiv eingebunden. In den Fällen, in denen eine Familienanbindung bestand, wurde in der Interaktion von Patient, Angehörigen und LKH subjektorientiert der individuelle Versuch unternommen, den Resozialisierungsprozess einzuleiten. Die wiederholt zwei- bis dreiwöchigen Urlaubseinheiten ermöglichten allen Beteiligten, das häusliche Miteinander und die Möglichkeit einer gesellschaftlichen Reintegration unter der ambulanten Gabe von Neuroleptika zu testen. Familienangehörige wurden insofern von der psychiatrischen Abteilung des LKH eingebunden, als sie die medikamentöse Therapie zu Hause zu kontrollieren, Verhaltensbeobachtungen vorzunehmen und bei Rückkehr ins LKH darüber zu berichten hatten. Wurde das Konzept der Beurlaubungspraxis von den Angehörigen als positiv bzw. das Patientenverhalten während der Beurlaubung als unauffällig eingeschätzt, konnte eine endgültige Entlassung ausgesprochen werden. Nach insgesamt acht Wochen Beurlaubung nach Hause führte der Prozess für die Patientin Irene D. 1959 zur Entlassung. „Die Mutter berichtet, daß sich die Pat. zu Hause unauffällig benommen hat. [...] Die Mutter ist bereit, die Kranke zunächst einmal wieder zu sich nach Hause zu nehmen.“<sup>584</sup>

Am Beispiel der kaufmännischen Angestellten Aster D. soll die Entlassungs- und Wiederaufnahmepaxis der 1950er Jahre vor und nach Einführung der Neuroleptika

---

<sup>582</sup> Vgl. Brill, Henry/ Patton, Robert: Analysis of 1955-1956. Population Fall in New York State Mental Hospitals in First Year of Large-Scale Use of Tranquilizer Drugs. In: Am J Psychiatry 114, 1957, S. 509-517.

<sup>583</sup> Scull, Andrew: Die Anstalten öffnen? Decarceration der Irren und Häftlinge. Frankfurt/ M. 1980.

<sup>584</sup> Die Patientin Irene D. wurde bis zu ihrer Entlassung im August 1959 insgesamt vier Mal für zwei bis drei Wochen nach Hause beurlaubt. LASH: 377/ 9262.

aufgezeigt werden. Aster D. wurde als 25-jährige mit der Verdachtsdiagnose Schizophrenie zum ersten Mal 1952 im LKH Neustadt als Patientin aufgenommen. Unter der Insulinbehandlung mit 47 Komata war sie „aufgelockerter und freier geworden“<sup>585</sup>, zeigte „Distanz von ihren Inhalten wenigstens bezüglich der Gegenwart [...]“<sup>586</sup> und wurde nach gut drei Monaten entlassen. Den Angehörigen wurde zum Entlassungstermin ein Abschlussgespräch angeboten: „Sie erreichen mich am 27.1. den ganzen Tag auf Station Haus 2 oben, bzw. kann ich telefonisch benachrichtigt werden [...].“ Eineinhalb Jahre später kam es 1954 zur Wiederaufnahme und die Patientin erhielt erstmals „Bettruhe mit Megaphen“<sup>587</sup>. Die medikamentöse Therapie musste am 1.9.1954 wegen eines Ekzems abgebrochen werden, was den Zustand Aster D's. keineswegs verschlechterte, so dass die Entlassung am 20.11.1954 angedacht wurde. Die Aussicht auf Entlassung nach Hause vor Augen, verschlechterte ihren Zustand prompt, so dass zunächst geringe Insulingaben gegeben wurden, die in Folge „in Kombination mit E-Schocks“<sup>588</sup> geplant wurden. „Nachdem sich die paranoiden Inhalte weiter gebildet haben, Beginn mit E-Schock unter Succinyl.“<sup>589</sup> Nach acht Schocks wurde die Behandlung beendet und die Patientin arbeitete zunächst in der Nähstube bis zur erneuten Verschlechterung ihres Zustandes. Mit Bettruhe unter 225mg Megaphen konnte die Dosis im Februar 1955 herabgesetzt werden und Aster D. bat im März 1955 selbständig um Arbeit. Dabei wurden ihr Zuverlässigkeit, Regelmäßigkeit und Gewissenhaftigkeit bescheinigt und führten im Juni 1955 zur erneuten Entlassung. Zwei Tage später kam sie aus dem Elternhaus zur Wiederaufnahme „sie sei sich hilflos, alleine und verlassen vorgekommen“<sup>590</sup> und wurde erneut mit Megaphen behandelt. Bereits im Juli 1955 äußerte sie den Entlassungswunsch, „der auch demnächst als letzter Versuch erfolgen soll.“<sup>591</sup> 1956 kam es für vier Wochen erneut zur Wiederaufnahme.

Psychisch war Fr. D. überheblich, arrogant und uneinsichtig[...]. Nach einer Schlafkur mit Megaphen wurde sie wesentlich gelöster und zugewandter. Mit einer weiteren Verordnung von 3x2 Tbl. Megaphen (3x50mg) blieb sie weiterhin im Verhalten unauffällig, war viel kritischer und einsichtiger, offen und zugewandt, aber doch affektiv nivelliert. Sicher hat der eigenmächtige Abbruch der hausärztlichen Megaphenbehandlung zu einer Verschlechterung

---

<sup>585</sup> 22.11.1952. LASH: 377/ 10143.

<sup>586</sup> 22.11.1953. Ebd.

<sup>587</sup> 25.6.1954. Kein Verweis auf die Dosis. Ebd.

<sup>588</sup> 10.12.1954. Ebd.

<sup>589</sup> 21.12.1954. Ebd.

<sup>590</sup> 13.6.1955. Ebd.

<sup>591</sup> 1.7.1955. Am 7.7.1955 wurde Aster D. erneut entlassen. LASH: 377/ 10143.

des Zustandsbildes geführt. FrI. D. wird heute auf eigenen dringenden Wunsch in Ihre hausärztliche Weiterbehandlung entlassen.<sup>592</sup>

Ein signifikanter Effekt des Megaphens für eine endgültige Entlassung war in diesem Fall gegenüber den herkömmlichen Therapieverfahren nicht zu beobachten, vielmehr wurde die Kombination aller Therapieverfahren zur Verbesserung des Krankheitsverlaufs eingesetzt. Mit dem beschriebenen Negativeffekt des vermutlichen Absetzens wurde der außerklinischen Versorgungsebene der Patientin und ihrer Familie die Verantwortung im Therapieregime im Falle einer Verschlechterung zugeschrieben und auch aktenmäßig festgehalten.

Die Patientin und die Angehörigen wurden darauf aufmerksam gemacht, daß die Fortführung der Megaphenbehandlung ohne die mindeste Unterbrechung unbedingt notwendig ist, wenn man eine neue Katastrophe verhindern will.<sup>593</sup>

Das häusliche Therapieregime erforderte eine z.T. enge wechselseitige Kommunikation zwischen LKH-Ärzten und Angehörigen. Die klinische Verhaltensbeobachtung legte die jeweilige Dosis fest, Schwankungen im Verhalten führten zu Aufdosierungen, sogenannte Verhaltensaufflockerungen zur Dosisreduzierung. Beim „Verdacht, daß sie seit Tagen das Megaphen heimlich ausspuckt“<sup>594</sup> wurde die Dosis erhöht, intramuskulär oder flüssig verabreicht, die Patientin zur Beobachtung in den Wachsaal verlegt und die Eltern telegraphisch informiert. Hingegen konnten die Angehörigen auf derartige Maßnahmen nicht zurückgreifen und suchten bei Symptomverschlechterung in ihrer Überforderung die direkte Kommunikation mit dem LKH, die hier nicht durch den Hausarzt erfolgte.

[...] daß meine Tochter [...] plötzlich in sich verschlossen und abweisend wurde. Um unsere Tochter vor einem völligen Zusammenbruch zu bewahren, hielten unser Hausarzt u. wir es für gegeben wieder eine Kur zu machen. Somit besteht vielleicht die Möglichkeit einen längeren klinischen Aufenthalt zu verhüten.<sup>595</sup>

Auch die Kommunikation über die Marktzulassung neuer Medikamente entwickelte sich zwischen der klinischen und häuslichen Versorgungsebene. Die Angehörigenfrage nach „Reserpin“<sup>596</sup>, das 1954 auf den Markt kam, „ist das Medikament welches durch die Offerte angepriesen wird in Deutschland schon

---

<sup>592</sup> 23.4.1956. Assistenzarzt Dr. Hartwig an den behandelnden Hausarzt. LASH: 377/ 10143.

<sup>593</sup> 15.10.1956. Ebd.

<sup>594</sup> 16.4.1957. Ebd.

<sup>595</sup> 28.3.1957. Vater der Patientin Aster D. an den Stationsarzt. Ebd.

<sup>596</sup> 1954 wurde Reserpin für die Behandlung von Psychosen eingesetzt, konnte sich aber gegenüber Megaphen als Mittel bei schizophrenen Psychosen nicht durchzusetzen. Möller, Hans-Jürgen/ Laux, Gerd / Deister, Arno: Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart 2005, 492.

zugelassen? Es mutet uns wie ein Lichtschein an, könnte es einer sein!?'<sup>597</sup> wurde differenziert dahingehend beantwortet, dass die Hoffnung auf positive Effekte neuer Neuroleptika-Zulassungen keineswegs immer berechtigt waren.

Auch wir haben auf unserer Abteilung das von Ihnen genannte Medikament Reserpin schon angewandt. Leider haben wir nur in einzelnen Fällen einen günstigen Erfolg gesehen. Bei der Gruppe der Schizophrenen hat es sich bei uns als völlig wirkungslos erwiesen, so daß wir bisher bei Ihrer Tochter auf eine Anwendung verzichtet haben.<sup>598</sup>

Die Einführung weiterer Neuroleptika wie dem Reserpin erweiterte vermeintlich das Therapiespektrum. Als Option gegenüber einer begrenzten Wirksamkeit des Megaphens im klinischen Alltag an den Psychatriepatienten getestet, verfehlte es für die Schizophrenie seine Wirkung. Die Hoffnung der neuen Therapieoptionen auf eine nachhaltige Wirkung im Kontext verkürzter Verweildauern und frühzeitiger Resozialisierung erwies sich für das LKH Neustadt langfristig als trügerisch.<sup>599</sup> Unabhängig vom Einsatz traditioneller Therapieoptionen nahm die durchschnittliche Verweildauer der Psychatriepatienten in den 1960er Jahren in der stationären Behandlung unter Neuroleptika in Neustadt kontinuierlich zu und steigerte sich 1964 von 196 Tagen innerhalb von zwei Jahren auf 278 Tage 1966.<sup>600</sup>

Eine Absage an den Wirkungseffekt der neuen Medikamente? Zumindest konnte die Neuroleptika-Therapie nicht allein dem erhofften Effekt von kurzen Verweildauern und einer schnelleren Resozialisierung nachkommen. Diesem Umstand zufolge und mit dem Wissen um die Grenzen des monokausalen Wirkungseffekts der Neuroleptika begegnete das LKH ab 1960 mit dem Wandel der Entlassungspraxis hin zu einer Beurlaubungspraxis, die den familiären Nachsorgeprozess nachhaltig zu gestalten versuchte. Eine in der psychiatrischen Fachwelt durchaus verbreitete Meinung:

Die Psychopharmakotherapie führt zu einer rascheren Teilresozialisierung des Kranken. Ob sie für den Einzelnen in Form einer Entlassung nutzbar gemacht werden kann, hängt vorwiegend von Umweltbedingungen ab. In jedem Falle sollte auf eine ausreichende

---

<sup>597</sup> 17.12.1957. LASH: 377/ 10143.

<sup>598</sup> 27.12.1957. Stationsarzt an Eltern der Patientin Aster D. Ebd.

<sup>599</sup> Vgl. Niemann, Psychiatrische Transformationsprozesse (2008), S. 149-166.

<sup>600</sup> 22.12.1966. Bei 1.108 Psychatriebetten lag die Ausnutzung der Bettenkapazität bei 107,7%. Die Patientenaufnahmen lagen 1965 bei 3.984 gegenüber 3.874 Aufnahmen 1966. Aus den Quellen waren diese Daten lediglich für die Jahre 1964-1966 auszumachen. Es fand sich keine Differenzierung nach Diagnosegruppen. Ameos Archiv Neustadt: Az. 200-0.

stationäre Behandlung gedungen werden, sofern nicht die Voraussetzungen für eine befriedigende ambulante Fortführung der Therapie gegeben sind. [...]<sup>601</sup>

Die Neuroleptika ermöglichten die ambulante Weiterbehandlung in der engmaschigen Kontrolle von Familie, Haus- und Fachärzten im Zusammenspiel mit dem LKH dort, wo die Bereitschaft und Gegebenheit von Familie bestand. Beurlaubungen nach Hause waren aufgrund des stabil eingeschätzten Verhaltens der Patienten unter Beibehaltung der medikamentösen Therapie möglich und zielten mit dieser patienten- und angehörigorientierten Staffelung des temporären Resozialisierungsprozesses auf eine nachhaltige Entlassung ab.

## **5.5 Psychiatrische Familienpflege nach 1945 - Auslaufmodell außerklinischer Fürsorge?**

Für Neustadt hatte sich das Konzept der psychiatrischen Familienpflege mit der Umwandlung in ein Ausweichkrankenhaus 1942 erübrigt und konnte nach dem Krieg in keiner Weise an die Tradition der Weimarer Zeit anschließen. Diese Entwicklung der Familienpflege ist nach 1945 in beiden deutschen Staaten auffällig und ist vornehmlich als Folge nationalsozialistischer Ideologie und Gesundheitsgesetzgebung, denn als Konsequenz mangelnder Qualität der Familienpflege zu interpretieren.<sup>602</sup>

Dieser Befund spiegelte sich auch in den Familienpflegestellen des LKH wieder. Ab 1951 lässt das Quellenmaterial erstmals Aussagen zur Entwicklung der Familienpflege in Neustadt mit einem Überhang von 10 Patienten aus dem Jahr 1950 zu. Im weiteren Verlauf konnten 1951 lediglich 2 Patienten zusätzlich in Familienpflege untergebracht werden, wobei drei der insgesamt 12 Patienten im Laufe des Jahres wieder in die Anstalt zurückkehrten.<sup>603</sup> Trotz der geringen Zahl an Pflegeplätzen war die Anstalt bemüht, geeignete Familien zu finden, um Langzeitpatienten die Wiedereingliederung zu ermöglichen.

Nur für den Fall, daß man für L. einen Arbeitsgeber auf dem Lande findet, der gleichzeitig bereit ist, die pädagogische Aufsicht zu übernehmen und den Patienten über längere Zeit bei

---

<sup>601</sup> Auch, Wolfgang: Leiter des Rheinischen Landeskrankenhauses Bonn in seiner Studie von 1963 zum Einfluss der Psychopharmakotherapie auf Aufnahmeentwicklung, Behandlungsdauer und Verlauf endogener Psychosen 1946-1960. Zit. nach: Niemann, Psychiatrische Transformationsprozesse (2008), S. 152.

<sup>602</sup> Müller, VSP Tagung Tübingen 2008.

<sup>603</sup> LASH: 611/ 1459

sich zu behalten und unter der Bedingung, daß man ihn unter Vormundschaft stellt, wäre die Entlassung im jetzigen Stadium seiner Entwicklung zu verantworten.<sup>604</sup>

Die Unterbringung psychisch Kranker in Familienpflege stellte für die Patienten oftmals die Vorstufe für eine endgültige Entlassung in die Arbeitswelt außerhalb der Anstalt oder ins häusliche Umfeld dar und war durchaus begehrt unter den Patienten. Die für den Patienten Günther L. 1950 unter Vormundschaft angedachte Entlassung in eine Bauernstelle erfolgte im Juni 1952. Straffällig kehrte Günther L. Ende 1953 ins LKH zurück und wurde 1958 als Familienpflegling erneut auf eine mögliche Entlassung vorbereitet. „Wird heute zum Bauern K. nach Logeberg in Pflege gegeben, soll sich dort bewähren und dann evtl. in ½ Jahr entlassen werden.“<sup>605</sup> Günther L. bewährte sich nicht, fühlte sich ungerecht behandelt und verließ die Familienpflegestelle ungefragt.

Die weiterhin als LKH-Patienten geführten Pfleglinge arbeiteten für Kost und Logis meist in land- bzw. hauswirtschaftlichen Bereichen der umliegenden Region bei Bauern, in Haushalten oder in der Gastronomie und wurden durch die Anstalt regelmäßig kontrolliert. „[...] habe ich gestern, 13.6.1950, im Rahmen der Familienpflege bzw. Aussenfürsorge Frau B. in ihrer Wohnung [...] besucht.“<sup>606</sup> Die Pflegefamilien erhielten von der Anstalt ein entsprechendes Versorgungsentgelt für die Betreuung, Kleidung, Medikation und Tabak. Die medizinische Betreuung oblag weiterhin der Anstalt. Regelmäßige Kontrollen erfolgten an bestimmten „Pflegetagen“<sup>607</sup> in der Anstalt zum Baden, Wiegen und zur Untersuchung oder durch Besuch des Pflegepersonals in der Pflegefamilie. Die gestreifte Anstaltskleidung blieb den Patienten in der Familienpflege anhaften. „Beschwerden nach Einzug der Stationsbekleidung, die während seiner Pflingzeit stark gelitten hat“<sup>608</sup>. Die sichtbare Stigmatisierung blieb in der außerklinischen Versorgung der psychiatrischen Familienpflege für den Patienten Günther L. 1958 erhalten. Unstimmigkeiten zwischen Pflegling und Familie führten zur Rückkehr in die Anstalt mit der Ablehnung der weiteren Familienpflege. Der jeweilige Standpunkt beider Parteien, die zur Beendigung der Familienpflege geführt hatten, wurde dokumentiert.

---

<sup>604</sup> Nervenärztliche gutachterliche Äußerung zum Patienten Günther L. vom LKH Neustadt an den Oberstaatsanwalt beim Landgericht Kiel vom 19.10.1950. LASH: 377/ 7069.

<sup>605</sup> 20.11.1958. LASH: 377/ 7069.

<sup>606</sup> Katharina B. lebte nach ihrer Entlassung allein und stand in brieflichem und persönlichem Kontakt zum leitenden Klinikpersonal. LASH: 377/ 10482.

<sup>607</sup> 3.12.1958. LASH: 377/ 7069.

<sup>608</sup> 26.1.1959. LASH: 377/ 7069.

Ansonsten klagt der Bauer über seine freche Art [...], andererseits ist aber auch der Jungbauer aufbrausend und soll ihm vorgehalten haben, „er vergesse wohl, wo er herkomme. Wenn er nicht spure, käme [er] ins Krankenhaus zurück“. L. war daraufhin schwer beleidigt.<sup>609</sup>

Im Verhältnis der psychiatrischen Belegungszahlen zeugten die 10 Pflegeplätze 1951 gegenüber den Vergleichsjahrgängen zunächst von dem Versuch, Familienpflege als ergänzende Therapieform zaghaft wieder zu etablieren. 1955 waren es 8 Patienten aus dem Überhang der Vorjahre und 1955 selbst nur 3 Patienten, die in Familienpflege untergebracht werden konnten, wovon lediglich ein Patient in die Anstalt zurückkehrte. Der Anstieg auf 16 Patienten, die 1960 in Familienpflege untergebracht werden konnten, könnte schon von dem in der Landwirtschaft vorherrschenden Trend der Landflucht profitiert haben, der billige Arbeitskräfte gegen Kost und Logis vornehmlich auf gering mechanisierten Betrieben wieder interessant werden ließ.<sup>610</sup> Der Versuch der Anstalt, das Angebot der Familienpflege immer wieder zu nutzen, zeigte sich in den wiederholten Ansätzen, die offenen Stellen bei rückläufigen Patienten immer wieder mit geeignet erscheinenden Patienten neu zu besetzen. Die Zahl der in Familienpflege unterbrachten Patienten blieb laut den Aufzeichnungen der Geisteskrankenbewegung zwischen 1951 und 1960 monatlich nahezu konstant, die Rückläufe der Pfleglinge in die Anstalt nahmen 1960 hingegen zu.

Die außerklinische Psychiatrieversorgung in der Familienpflege konnte nach 12 Jahren nationalsozialistischer Gesundheitspolitik gegenüber Psychiatriekranken nach 1945 nicht wieder an den Stand der Weimarer Zeit anknüpfen und erneut etabliert werden. Geeignete Familienpflegestellen blieben trotz der Bemühungen des LKH Neustadt Mangelware, die meist bäuerlichen Pflegestellen im Umland des LKH waren durch die Einquartierung der Flüchtlinge belastet. Es fehlte das Interesse und Angebot der meist land- und gastwirtwirtschaftlichen Betriebe, die zusätzliche

---

<sup>609</sup> 4.1.1959. LASH: 377/ 7069.

<sup>610</sup> Der Anteil der in der Land- und Forstwirtschaft Beschäftigten machte in Schleswig-Holstein Anfang der 1950er Jahre insgesamt noch 27% der Erwerbstätigen aus, sank aufgrund der besseren Arbeitsbedingungen und höherer Löhne in den Industriebereichen, mit der Einführung der Bundeswehr und nicht zuletzt aufgrund der Mechanisierung im Agrarsektor Ende der 1950er Jahre auf 16% ab. Statistisches Landesamt Schleswig-Holstein (Hg.): Lange Reihen der Bevölkerungs- und Wirtschaftsentwicklung Schleswig-Holstein 1950-1975, S. 34; Schmitt, Günther: Der Strukturwandel der deutschen Landwirtschaft. In: Kötter, Herbert u.a.: Auf dem Lande leben. Stuttgart 1983, S. 24-42, hier S. 31.

Verantwortung für Unterkunft, Arbeit, Betreuung und Versorgung zu übernehmen.<sup>611</sup> Mit einem Anteil unter 1% des Patientenbestandes über die Vergleichsjahrgänge hatte die psychiatrische Familienpflege als außerklinische Versorgungsform im LKH Neustadt deshalb keine Zukunft. Insgesamt waren 1960 in Schleswig-Holstein 284 Personen in Familienpflege untergebracht.<sup>612</sup> Für das LKH Neustadt lief das Modell Familienpflege 1970 mit sieben in der Landwirtschaft untergebrachten Patienten langsam aus und 1986 wurde der letzte als Familienpflegling geführte Patient ins Altenpflegeheim entlassen.<sup>613</sup>

In der institutionellen Psychiatrie Neustadts nutzten die Psychiater ihre fachlich legitimierte Therapiefreiheit als Handlungsspielraum aus. Dabei galten die Therapieangebote des „heilenden Effekts der Anstaltsunterbringung“<sup>614</sup> und der Arbeit als ebenso probate Behandlungskonzepte, wie die somatischen Verfahren. Schockverfahren wurden im Neustädter LKH - in der Analysegruppe lediglich an weiblichen Patientinnen - unter Sedierung und Muskelrelaxans durchgeführt, z.T. kombiniert, modifiziert und auch unter Neuroleptika zur Erreichung des Behandlungsziels individuell angewandt. Der „Erfolg“ der Neuroleptika muss differenziert gewertet werden und ist in Hinblick auf die Entlassungspraxis nicht losgelöst vom Faktor der familiären Nachsorge zu betrachten. Mit der Entwicklung der Entlassungspraxis Ende der 1950er Jahre begegnete die Neustädter Psychiatrie den offensichtlich aufgezeigten Handlungsgrenzen der Familie in der Nachsorge. Die neue Pharmakotherapie korrelierte mit veränderten Familien- und Arbeitsstrukturen in der bundesdeutschen Aufbaugesellschaft. Wiederaufnahmen und eine Zunahme der durchschnittlichen Verweildauern in den 1960er Jahren waren die Folge. Die Relevanz der Familie als ambulante Nachsorge- und Kontrollinstanz wurde bereits Mitte der 1950er Jahre erkannt, verstärkt ins Therapiekonzept einbezogen und als

---

<sup>611</sup> Im Kreis Rendsburg-Eckernförde lag die Zahl der Vertriebenen pro landwirtschaftlichen Betrieb bei 9,9 Personen. Majewski, Rut: Zum Alltag von Landfrauen von 1945-1960. MA. Kiel 1992, S. 14ff. ; Die Evakuierten aus dem Hamburger Raum als auch die Flüchtlingsströme aus dem Osten machten Schleswig-Holstein zum Flüchtlingsland Nr.1. Statistisches Landesamt Schleswig-Holstein (Hg.): Volkszählung vom 13. September 1950. Heft 8. Kiel 1953, S. 8. Die Bevölkerungszahl zwischen 1939 und 1945 erhöhte sich in Schleswig-Holstein um 63 %. Der Anteil der Flüchtlinge lag in Schleswig-Holstein mit einem Anteil von 27% deutlich über dem Westdeutschlands mit 16%. Vgl. Jewski, Katja: Stiefkinder des Fortschritts? Ländliche Jugend und Jugendkultur in Schleswig-Holstein in den 50er Jahren. Diss. Lüneburg 2003, S. 84 ff.; Holtmann, Eberhard: Flüchtlinge in den 50er Jahren. Aspekte ihrer gesellschaftlichen und politischen Integration. In: Schildt, Axel/ Sywottek, Arnold: Modernisierung im Wiederaufbau. Die westdeutsche Gesellschaft der 50er Jahre. Bonn 1993, S. 349-361, hier S. 360.

<sup>612</sup> 31.12.1960. LASH: 761/ 10668.

<sup>613</sup> Schulze, Festschrift (1993), S. 91.

<sup>614</sup> Brink, Grenzen der Anstalt (2010), S. 13.

entscheidender Faktor einer nachhaltigen Reintegration der Psychatriepatienten interpretiert. Das traditionelle Konzept der Familienpflege konnte nach 1945 mangels ausreichender Pflegestellen nicht wieder etabliert werden.

## 6. Wege aus der Anstalt

Das Spektrum der aufgezeigten therapeutischer Optionen der Neustädter LKH-Psychiatrie steht für die Psychiatriepatienten der Analysegruppe konträr zur Kritik einer vornehmlich verwahrenden institutionellen Psychiatrie. Der Begriff „Verwahrung“ wird assoziiert mit überfüllten Stationen, Massenschlafsälen, Ausbildungsdefiziten beim pflegerischen Personal, Personalnot auch im ärztlichen Bereich und einer daraus resultierenden therapeutischen Mangelversorgung für die institutionelle Psychiatrie.<sup>615</sup> Die Kritik führender, z.T. in Schleswig-Holstein tätiger Psychiater<sup>616</sup> an der Anstaltspsychiatrie richtete sich ab Ende der 1950er Jahre in deren Forderungen nach Reformen gegen inhumane Lebensverhältnisse, geringe Behandlung und institutionelle Willkür gegenüber Patienten, deren Exklusion und Stigmatisierung einer institutionszentrierten Versorgung geschuldet war.<sup>617</sup> Lässt sich diese Kritik einer weitgehend auf Verwahrung ausgelegten Psychiatrie - über den Befund der Analysegruppe hinaus - für den Wiederaufbau der Psychiatrie im LKH Neustadt mit sowohl somatischen als auch psychiatrischen Abteilungen bestätigen? Als Parameter nachweisbarer Erfolge therapeutischen Handelns werden dazu im Folgenden Verweildauern und Entlassungspraxis für den gesamten Patientenbestand anhand der nachweisbaren Quellen für die Zeit von 1951-1960 untersucht.

Wie die Übersichtstabelle (Abb. 12) der Vergleichsjahrgänge 1951, 1955 und 1960 der Neustädter „Geisteskrankenbewegung“<sup>618</sup> ausweist, entwickelte sich die Entlassungspraxis konträr zum steigenden Patientenbestand bzw. den

---

<sup>615</sup> Vgl. Kersting/ Schmuhl, Quellen zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie (2004), S. 60.

<sup>616</sup> Aus Schleswig-Holstein waren es zwei Psychiater, die sich einerseits früh mit der Rolle der Psychiatrie im NS auseinandersetzten und andererseits für Reformen der Psychiatrie plädierten. Das Buch „Selektion in der Heilanstalt“ von Gerhard Schmidt, ab 1947 Direktor der Psychiatrie am Krankenhaus Ost in Lübeck, entstand bereits nach Kriegsende 1945 und thematisierte den NS-Krankenmord am Beispiel der Anstalt Egelfing-Haar. Die Rezeption war geprägt von Ablehnung bis Ignoranz, das Manuskript sollte erst 20 Jahre später einen Verlag finden. Vgl. Schmidt, Selektion in der Heilanstalt (1965); 1957 sprach sich Manfred in der Beeck in „Praktische Psychiatrie“ für eine Reform der Anstalten hin zu gesellschaftlich anerkannten Krankenhäusern aus. Beeck arbeitete 1947-1949 im Krankenhaus Ost in Lübeck unter Gerhard Schmidt. Beeck kehrte nach Stationen in westfälischen Landesheilstätten 1959-1985 ins LKH Schleswig-Stadtfeld zurück. Beeck, Praktische Psychiatrie (1957); Als führende Psychiater auf Bundesebene sind seit Anfang der 1960er Jahre mit der Auseinandersetzung der NS-Psychiatrie und notwendigen Reformen der Psychiatrie Namen wie Kuhlenkampff, Kisker und Häfner sowie Schulte verbunden. Vgl. Kersting, F.-W.: Vor Ernst Klee. Die Hypothek der NS-Medizinverbrechen als Reformimpuls. In: Kersting, F.-W. (Hg): Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre. Paderborn 2003, S. 63-80.

<sup>617</sup> Aktion psychisch Kranke e.V.: Kritik und Ziele der Psychiatrie-Enquete. Eröffnungsveranstaltung Kongress der DGPPN 2015 in Berlin zu „40 Jahre Psychiatrie-Enquete“.

<sup>618</sup> In den Quellen des LASH sind lediglich die Daten zur „Geisteskrankenbewegung“ 1951-1960 erhalten.

Aufnahmezahlen. Ein Verweis auf eine zunehmende Verwahrung im Wiederaufbau der Psychiatrie im LKH Neustadt?

	<b>1951</b>	<b>1955</b>	<b>1960</b>
Patientenbestand 1.1.	352	540	822
Aufnahmen insg.	871	799	1082
<b>Entlassung insg.</b>	<b>666</b>	<b>623</b>	<b>558</b>
Todesfälle	121	156	190
<b>Beurlaubungen</b>	<b>31</b>	<b>57</b>	<b>298</b>

Abb. 12: Bestand, Aufnahmen und Abgänge im LKH Neustadt zwischen 1951-1960<sup>619</sup>

Parallel zum kontinuierlichen Rückgang der Entlassungen ab 1955 zeichnete sich bis 1960 ein massiver Anstieg der Beurlaubungen ab. Worauf gründete dieser Wechsel? Im Folgenden sollen die Faktoren, die der Entlassungs- bzw. Beurlaubungspraxis zu Grunde lagen und zum Wechsel geführt haben, herausgearbeitet werden. In diesem Kontext bleibt die durchschnittliche Verweildauer der Psychatriepatienten im Untersuchungszeitraum zu analysieren, die als Parameter der therapeutischen Konzeption und Nachsorge zu interpretieren ist. Als abschließende Kategorie des Kapitels „Wege aus der Anstalt“ werden zusätzlich die psychiatrischen Todesfälle untersucht. Sind die Sterbefälle als Indiz einer auf Verwahrung ausgerichteten Psychiatrie zu interpretieren? Welche Ursachen kennzeichnen die Entwicklung der Sterbefälle im zeitlichen Längsschnitt?

## 6.1 Verweildauer - Bewahrung vs. Behandlung?

Die Unterbringung in einer psychiatrischen Anstalt war neben der Einweisungspraxis von der Binnendifferenzierung zwischen „Behandlungs- und Bewahrfällen“<sup>620</sup> abhängig. Ungeachtet weiterer Differenzierungen zwischen akut und chronisch, ruhig

<sup>619</sup> In der Erfassung der Patientenbewegung wurden unter „Abgänge“ die Kategorien „Entlassungen“ „Beurlaubungen“, „Familienpflege“ „Entweichungen“ und „Todesfälle“ subsumiert. Für die Kategorie „Beurlaubungen“ muss in der Monatsaddition auf Überlappungen in Einzelfällen und auf Mehrfachbeurlaubung einzelner Patienten im Jahr verwiesen werden. Vgl. LASH: Abt. 611/ 1459; 611/ 1460; 611/1461.

<sup>620</sup> Im Untersuchungszeitraum wurden für die Unterbringung von psychisch Kranken, die Fürsorge bedurften, in der offiziellen Amtssprache Begriffe wie „Bewahrung“ und „Bewahrfall“ bis Mitte der 1950er Jahre im LKH Neustadt verwendet, die sich bis in die Gesetzgebung in der Diskussion um ein eigenes Bewahrgesetz niederschlug. Vgl. Willing, M.: Das Bewahrgesetz. Eine rechtshistorische Studie zur Geschichte der deutschen Fürsorge. Tübingen 2003; Brink, C.: Grenzen der Anstalt, S. 392-409.

und unruhig oder nach §42b StGB untergebrachten Patienten<sup>621</sup>, erfolgte die Einstufung der Aufnahmeärzte als Behandlungsfall nach der Behandlungsfähigkeit und Behandlungswilligkeit mit dem Ziel einer Therapie des Patienten. Hingegen galt als Bewahrfall derjenige, der wegen außergewöhnlicher Willens- und Verstandesschwäche, „Stumpfheit des sittlichen Empfindens“, zum Selbstschutz vor Verwahrlosung und zum Schutz der Allgemeinheit Fürsorge bedurfte.<sup>622</sup> Im Untersuchungszeitraum wurde diese Kategorisierung der Patienten im LKH Neustadt für das erste Nachkriegsjahrzehnt, zu einem Zeitpunkt, als in Deutschland über die Bewahrung psychiatrischer Patienten und die Notwendigkeit eines neues Bewahrgesetzes diskutiert wurde, im Herbst 1955 beendet.<sup>623</sup>

Bis Mitte der 1950er Jahre z.T. wurden weit über die Hälfte der Neustädter Patienten als sogenannte „Bewahrfälle“ mit extensiven Pflegesätzen geführt. Fürsorgefälle zeichneten sich durch einen deutlich niedrigeren Pflegesatz aus als allgemein krankenversicherte Patienten der Reichsversicherungsordnung (RVO) und Selbstzahler der Kategorie I., II. und III.<sup>624</sup>

Die Abgrenzung zu den „Behandlungsfällen“ impliziert deutlich den auf Bewahrung ausgerichteten Charakter der Anstaltsunterbringung gegenüber den Patienten, denen als Behandlungsfall eine Therapie zukam.

---

<sup>621</sup> Für Schleswig-Holstein lag die Zahl der kriminellen Geisteskranken zwischen 1956 und 1962 insgesamt bei 102 Personen. Vgl. Schmidt, Andreas: Probleme der Kriminalität geisteskranker Täter. Dargestellt am Krankengut des Landes Schleswig-Holstein. Berlin 1970, S. 102; 1973 befanden sich für die gesamte BRD 3.437 Personen nach § 63 StGB (vormals § 42b StGB) in Heil- und Pflegeanstalten mit einer rückläufigen Tendenz bis 1977 um ca. 400 Personen. Für Hamburg lag die Zahl bei 40 Personen. Vgl. Kammeier, Heinz: Behandlung im Maßregelvollzug? Probleme und Tendenzen. In: Dörner, Klaus (Hg.): Behandeln oder Handeln in der Psychiatrie – Woraus besteht der psychiatrische Alltag? 33. Gütersloher Fortbildungswoche 1981. Loccum 1982, S. 67-89, hier, S. 70.

<sup>622</sup> Zur Diskussion um ein Bewahrungsgesetz in den 1950er Jahren: BA Koblenz: B142/ 4084; B 142/ 4085.

<sup>623</sup> Brink, Grenzen der Anstalt (2010), S. 392-409; Auf Initiative des Bundesinnenministeriums wurde 1956 die Idee eines eigenen Bewahrungsgesetzes verworfen und 1961 im Bundessozialhilfegesetz integriert. Vgl. Willing, Bewahrungsgesetz (2003).

<sup>624</sup> Die in den Quellen ab 1956 aufgeführten Pflegesätze für das Neustädter LKH differenzierte zwischen I., II., III.-Klasse und RVO-Patienten der Reichsversicherungsordnung aller Fachabteilungen. Die RVO-Sätze lagen 1956 (1.2.) bei 11,45 DM, 1960 bei 19,05 DM, 1965 (1.10.) bei 30,05 DM. Die III.-Klasse 1956 bei 12,60 DM, 1960 bei 20,00 DM und 1965 bei 31,55 DM. Um 5,- bis 10,- DM lagen die Pflegesätze der II. (17,20 DM) und I.-Klasse (22,90 DM) 1956 über den genannten Pflegesätzen. Die entsprechenden Anhebungen 1960 auf 27,95 der II. Klasse und 34,95 DM der I.-Klasse steigerte sich 1965 auf 45,90 DM/ II.-Klasse und 57,65 DM/ I.-Klasse. Dagegen blieben die Sätze für die auf Kosten des Landesfürsorgeverbandes Schleswig-Holstein untergebrachten Psychiatriepatienten durch das Landeswohlfahrtsamt (LWA) 1956 auf 6,- DM für die allgemeine Psychiatrie und 9,- DM für Patienten des „Festen Hauses“ deutlich unter den allgemeinen Pflegesätzen. Eine Anhebung erfolgte 1960 auf 7,50 DM bzw. 11,50 DM und 1965 auf 13,75 DM bzw. 19,- DM.

Ist die These der „Verwahrspsychiatrie“ für die Mehrzahl der Neustädter Patienten bis Mitte der 1950er Jahre für das LKH somit belegt? Was bedeutete die ökonomische Binnendifferenzierung für die Patienten im Anstaltsalltag?

Am Beispiel ausgewählter Patientenakten soll im Folgenden aufgezeigt werden, dass sich Bewahrung und Behandlung im LKH Neustadt keineswegs ausschlossen, sondern die Bandbreite des therapeutischen Konzepts zur Wirkung kam.

So wurde z.B. der Patient Emil D. 1948 als straffälliger Epileptiker aus der Haftanstalt nach Neustadt überführt.

Nach Aufhebung der Haftstrafe musste D. auch weiterhin zu seinem eigenen und zum Schutze der Gemeinschaft in einer geschlossenen Abteilung einer psychiatrischen Klinik oder Heil- und Pflegeanstalt verbleiben.<sup>625</sup>

Als Beispiel eines klassischen Bewahrfalls konnte der Patient Emil D. dennoch nicht gelten. Seit 1948 im LKH Neustadt wurde er als Epileptiker mit „Zentropil“<sup>626</sup> medikamentös behandelt: „Unter der hier durchgeführten Behandlung gelang es, die Anfälle wesentlich zu verringern, so daß er schließlich einer Arbeitstherapie zugeführt werden konnte.“<sup>627</sup> Die Notwendigkeit einer Unterbringung auf einer geschlossenen Abteilung auf unabsehbare Zeit wurde 1955 erneut in der Akte vermerkt, dennoch arbeitete Emil D. als bezahlter Hausarbeiter bei mehreren Anstaltsärzten, als Einzel- oder Trupparbeiter und genoss Bewegungsfreiheit bis hin zu Stadtausgängen. Da seine Familie die Fürsorge für ihn ablehnte und Emil D. wiederholt kleinere Diebstahlsdelikte nachgewiesen wurden, strebte die Anstaltsleitung die Entmündigung an, „um bei seiner Uneinsichtigkeit eine Handhabe zu haben, die erforderliche Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt rechtswirksam durchzusetzen.“<sup>628</sup> Eine mit der Entmündigung angedachte Familienpflegschaft kam nicht zustande und somit verblieb Emil D. als Bewahrfall bei medikamentöser Behandlung und regelmäßigem Einsatz in der Arbeitstherapie bis zu seiner Verlegung ins LKH Heiligenhafen im Juli 1957 in Neustadt. Bewahrung und Behandlung schlossen sich folglich nicht aus, sondern wurden in Abhängigkeit des Krankheitsgeschehens parallel durchgeführt.<sup>629</sup> Zumindest wurden Patienten, die „infolge minderer seelisch-geistiger Fähigkeiten auf die Dauer als

---

<sup>625</sup> 23.2.1949. LASH: 377/ 9807.

<sup>626</sup> 30.6.1949. Zentropil enthält den Wirkstoff Phenytoin, der bei diversen Formen der Epilepsie eingesetzt wurde. LASH: 377/ 9807.

<sup>627</sup> 30.6.1949. LASH: 377/ 9807.

<sup>628</sup> 12.4.1952. Nervenärztliche gutachterliche Äußerung. LASH: 377/ 9807.

<sup>629</sup> Vgl. LASH: 377/ 9251

anstellungspflegebedürftig anzusehen“<sup>630</sup> waren, im LKH Neustadt arbeitstherapeutisch beschäftigt. Abhängig von einem therapeutischen Erfolg bzw. einer Besserung des Krankheitsverlaufs konnte die Daueranstaltsbewahrung unter Vormundschaft zu Beurlaubungen, Familienpflege und endgültigen Entlassungen führen.<sup>631</sup> (Vgl. Kap. 6.2).

Der Verzicht der Kategorisierung der Patientenaufnahmen in „Bewahr“- und „Behandlungsfälle“ ab Oktober 1955 mochte zum einen der Hoffnung auf verstärkte Therapieerfolge mit der Etablierung der Neuroleptika gemäß „Heilung statt Verwahrung“<sup>632</sup> geschuldet gewesen sein. Zum anderen dürfte der ökonomische Aspekt des höheren Pflegesatzes bei einer Behandlungsfähigkeit eine Rolle gespielt haben.<sup>633</sup> Mit dem Verzicht dieser Binnendifferenzierung und der nunmehr gesamtpsychiatrischen Erfassung der Patienten fielen alle Patienten zunächst unter die Behandlungsfähigkeit, die einen höheren Pflegesatz offerierte. In der Diskussion um Pflegesätze und Ärzteschlüssel sollte das Thema „Bewahr“- und „Behandlungsfälle“ in den Folgejahren für die gesamtpsychiatrisch erfassten Aufnahmen erneut eine Rolle spielen, jedoch wurde nunmehr die Differenzierung zwischen „Behandlungs“- und „Pflegefall“ vorgenommen. 1957 startete der Landesrechnungshof auf Forderung der Gesundheitsabteilung eine Anfrage an die LKH in Schleswig-Holstein bezüglich der gespaltenen Pflegesätze und forderte: „für die LWA-Fälle <sup>634</sup>ist zur klaren Abgrenzung von „Pflegefällen“ eine genaue Definition des Begriffs: „Behandlungsfall“ erforderlich.“<sup>635</sup> In Anlehnung an die Vereinbarungen mit den Krankenkassen sollte bei längerer stationärer Unterbringung die zeitliche Begrenzung von „Behandlungsfällen“ festgelegt werden. Der Verwaltungsdirektor verwies auf die Vereinfachung, „jede Neuaufnahme grundsätzlich für einen von vornherein bestimmten Zeitraum als „Behandlungsfall“ zu deklarieren (3 Monate?, 6

---

<sup>630</sup> Vgl. LASH: 377/ 9798; 377/ 7069.

<sup>631</sup> LASH: 377/ 9798; Unter bestimmten Voraussetzungen sah das schleswig-holsteinische Unterbringungsgesetz (UG) aus dem Jahre 1958 in §16 I UG Beurlaubungen aus der Anstalt vor. Für den Zeitraum von 14 Tagen konnte dies nach §16 III UG auch durch den Anstaltsleiter erfolgen. Vgl. Schmidt, Probleme der Kriminalität (1970), S. 17.

<sup>632</sup> Bericht des Medizinaldirektors Dr. Wotschak als Repräsentant der Regierung von Schwaben über die zunehmende Abkehr des Verwahrungs- und Sicherungscharakters der schwäbischen Heil- und Pflegeanstalten aufgrund neuer Behandlungsmethoden. Süddeutsche Zeitung vom 3.8.1962: BAK: B 189/ 21924 Bd. 2.

<sup>633</sup> Vgl. Brink, Grenzen der Anstalt (2010), S. 418.

<sup>634</sup> Anm. d. Verf.: LWA-Fälle sind die Patienten, die über das Landeswohlfahrtsamt abgerechnet wurden.

<sup>635</sup> 3.12.1957. Ameos Archiv Neustadt: Az. 200-1.

Monate?).<sup>636</sup> Somit hätte man sich nach Meinung Neustadts in Fällen, die während der Dauer der stationären Unterbringung eine wiederholte Behandlung in gewissen Zeitabständen erforderten, die Abrechnungsschwierigkeiten zwischen den Pflegesätzen mit jeweiliger ärztlicher Stellungnahme erspart.<sup>637</sup> Der Verlauf dieses Vorgangs muss aufgrund fehlender Quellenangaben offen bleiben, eine Differenzierung in der Krankenstatistik unterblieb weiterhin.<sup>638</sup>

Zeitgleich zum Verzicht auf die Differenzierung in „Bewahr“- und „Behandlungsfälle“ wurde die Kategorie der „neurologischen Fälle“ in die Aufnahme- und Entlassungsdokumentation aufgenommen. Die Kategorie „neurologische Fälle“ kam vorrangig den neurologischen Krankheitsbildern der LKH-Patienten in Neustadt nach, deren Behandlung und Unterbringung sich zunächst keineswegs von denen der psychiatrischen Patienten unterschied. Von den Patienten der Analysegruppe, die nach 1955 zur Erstaufnahme kamen, weist niemand eine neurologische Grunderkrankung auf. Dass diese Differenzierung jedoch bereits vor 1955 vorgenommen wurde, belegen hingegen Patientenakten der Analysegruppe, die mit der Diagnose „hyperkinetisches Defektsyndrom einer geheilten Multiplen Sklerose mit funktionellen Überlagerungen“<sup>639</sup> 1949 oder „es handelt sich um einen Endzustand nach Hirnentzündung (Encephalitis) mit starker Kontrakturbildung [...]“<sup>640</sup> im LKH behandelt wurden. Es liegt nahe, dass die für die Anstalt Gütersloh bereits Ende der 1940er Jahre aufgezeigte Forderung der Notwendigkeit einer neurologischen Abteilung einer für Nachwuchsärzte erforderlichen neurologischen als auch psychiatrischen Facharztausbildung in Anstalten auch für Schleswig-Holstein Mitte der 1950er Jahre entsprach.<sup>641</sup> Der sprunghafte Anstieg des ärztlichen Personals von ehemals fünf auf elf Psychiater 1958 ist neben einer verbesserten Patientenversorgung dafür ein Beleg und steht u.a. für einen verbesserten Ärztewechsel zwischen Universitäts- und Anstaltspsychiatrie. Bei steigenden Aufnahme- und Patientenzahlen entwickelten sich die „neurologischen Fälle“ ab 1955 mit zunächst 160 Patienten konstant auf 190 Patienten bis 1960.

Die Klärung der Begrifflichkeiten von „Bewahr“- und „Behandlungsfällen“ und die beispielhaft skizzierte Therapie sogenannter „Bewahrfälle“ kann die Kritik an der

---

<sup>636</sup> 3.12.1957. Ameos Archiv: Az. 200-1.

<sup>637</sup> Ebd.

<sup>638</sup> Vgl. LASH: 611/ 1459, 611/ 1460, 611/ 1461.

<sup>639</sup> 24.8.1949. LASH: 377/ 10632.

<sup>640</sup> 17.12.1948. LASH: 377/ 10470.

<sup>641</sup> Vgl. Hanrath (2002), S. 125 f.

Verwehrpraxis institutioneller Psychiatrie nach 1945 jedoch nicht grundsätzlich widerlegen.

Erst die Durchsicht der nach 1945 gelisteten Psychatriepatienten in den Findbüchern des LASH ermöglicht - vorbehaltlich der nach 1945 zunächst stark begrenzten Psychiatrieplätze im LKH Neustadt - eine Aussage zur These einer vornehmlich auf Verwahrung ausgerichteten Anstaltspsychiatrie.

Auflistung über	841 Akten	%
<b>1 Jahr</b>	<b>412</b>	<b>49%</b>
<b>2 Jahre</b>	<b>212</b>	<b>25%</b>
3 Jahre	59	7%
4 Jahre	40	5%
5 Jahrgänge	52	6%
8+ Jahrgänge	70	8%

Abb. 13: Psychiatrische Patientenakten nach 1945 aus dem LKH Neustadt<sup>642</sup>

Nahezu 50% der nach 1945 im LASH gelisteten 841 Psychatriepatienten hatten sich jeweils nur einmal in Neustadt aufgehalten und - als wesentlicher Aspekt hierbei - darüber hinaus keine Wiederaufnahme erfahren. Weitere 25% waren über 2 Jahre gelistet, wobei für diese Arbeit offen bleiben muss, ob sich der Aufenthalt über wenige Tage, Wochen, Monate, einmalig oder als Wiederaufnahme repräsentierte. Vorbehaltlich der zunächst begrenzten Bettenkapazität der Psychiatrie - 249 Betten 1948, 575 Betten 1953 - und der 8,3% Patienten, die über 8 Jahrgänge und länger als Dauer- oder Drehtürpatienten gelistet waren, unterstreichen die 75% der über 1-2 Jahre gelisteten Patienten nach 1945 keineswegs die These einer reinen Verwehrpsychiatrie im Sinne einer jahrelangen Unterbringung zum Schutz vor Selbst- bzw. Fremdgefährdung für die Mehrzahl der Neustädter Anstaltspatienten.<sup>643</sup> Die zur Verfügung stehenden 841 Patientenakten decken zwar lediglich ca. 10% des tatsächlichen Patientenbestandes nach 1945 ab, für die lokale Mikroebene des LKH Neustadt sind sie dennoch ein Beleg, dass die Mehrheit der psychiatrischen Patienten in einem deutlich kürzeren Behandlungszeitraum entlassen werden

<sup>642</sup> Die %-Zahlen wurden auf- bzw. abgerundet. LASH: Findbücher Abt. 377.

<sup>643</sup> Die %-Zahlen wurden auf- bzw. abgerundet. Vgl. LASH: Findbücher Abt. 377.

konnte, als es der deutschen Anstaltspsychiatrie nach der Zustandsanalyse der „Psychiatrie-Enquete“ 1973 für den Untersuchungszeitraum zugeordnet wurde, der 1/3 der Patienten über 10 Jahre, 1/3 zwischen 1-10 Jahren und 1/3 unter 1 Jahr erfasste.<sup>644</sup>

## 6.2 Entlassungs- und Verlegungspraxis

Die Ergebnisse repräsentieren mit den geringen Verweildauern von bis zu einem Jahr bzw. zwei Jahren ohne Wiederaufnahme eine Entlassungspraxis, die zunächst für den Erfolg des breiten Therapieangebots der Neustädter LKH-Psychiatrie spricht. Stellvertretend für Patienten mit Langzeitaufenthalten von mindestens vier und mehr Jahren steht die Auswahl psychiatrischer Patientenakten der Analysegruppe. Das Deckblatt zur Patientenakte erfasste zur Übersicht u.a. die Kategorien „Entlassungen“ mit Datumsangabe und differenzierte Entlassungen nach geheilt, gebessert, ungeheilt, gestorben und disziplinarisch. Während das Entlassungsdatum konstant eingetragen wurde, wurden die einzelnen Entlassungskriterien nur vereinzelt unterstrichen. „Ungeheilt“ oder „verlegt nach“<sup>645</sup> standen als Entlassungsgrund für die Verlegung ins LKH Heiligenhafen,<sup>646</sup> in „gebessert entlassen“<sup>647</sup> oder „als geheilt entlassen“<sup>648</sup> unterschieden sich die Abschlusseinträge der Patientenakten bei allgemeinen Entlassungen.<sup>649</sup>

Unter „Entlassungen“ geführte Verlegungen<sup>650</sup> aus dem LKH Neustadt in gleichartige Anstalten fielen im Jahresschnitt gering aus. 1951 wechselten nachweislich 34 Patienten bundesweit in Heil- und Pflegeanstalten, meist handelte es sich um Einzelfälle. Dass es eine bundesweite Verlegungspraxis seit Gründung der BRD zwischen den psychiatrischen Anstalten gegeben hat, belegt der Antrag des hessischen Landeswohlfahrtsverbandes 1964 auf Rückverlegung der 1950 u.a. nach

---

<sup>644</sup> 130 psychiatrische Fachkliniken mit durchschnittlich 1.000 Betten wurden zur Analyse herangezogen. Kuhlenkamp, 25 Jahre Psychiatrie-Enquete (2001), S. 39.

<sup>645</sup> 24.10.1954. LASH: 377/ 10470.

<sup>646</sup> 23.7.1957. LASH: 377/ 9807.

<sup>647</sup> 23.6.1952. LASH: 377/ 7069; 15.11.1955. LASH: 377/ 9251; 6.11.1954. LASH: 377/ 10123.

<sup>648</sup> 30.6.1949. LASH: 377/ 10482.

<sup>649</sup> Vgl. LASH: 377/ 10169; 377/ 10632; 377/ 10482; 377/ 9251.

<sup>650</sup> 7.11.1961. Die Deckblatteinträge können keineswegs den Anspruch auf eine vollständige Dokumentation erheben, da sie sich vereinzelt von den Abschlusseinträgen in der Krankengeschichte unterscheiden. Entlassung als „gebessert“ im Deckblatt versäumt die in der Krankenakte aufgeführte Verlegung nach Heiligenhafen zu erwähnen. LASH: 377/ 10052.

Hessen verlegten 6 Lübecker Patienten.<sup>651</sup> Diese „auf Ihre Kosten in unseren Psychiatrischen Krankenhäusern untergebrachten Kranken“<sup>652</sup> wurden 1950 zunächst in die Anstalt nach Herborn verlegt und Anfang der 1960er Jahre in das Psychiatrische Krankenhaus Weilmünster weiterverlegt. Eine scheinbar gängige Praxis, da sich der Antrag aus Hessen an die Wohlfahrtsbehörden von Niedersachsen, Westfalen, Bremen, Hamburg, und Schleswig-Holstein richtete. Ein bundesweiter Notstand der psychiatrischen Anstaltsbelegung Anfang der 1950er Jahre, der 10 Jahre später zumindest fünf Lübecker Patienten zu Objekten einer erneuten Verlegungspraxis werden ließ und nur selten patientenorientiert war, wie im Fall des 83-jährigen Arthur S.:

Zu diesem Personenkreis zählt auch der Patient S. In Anbetracht des hohen Alters des Herrn S. und seines langen Hierseins möchten wir bitten, von der Verlegung dieses Patienten Abstand zu nehmen. Er wird sich in einem anderen Krankenhaus nicht mehr eingewöhnen können.<sup>653</sup>

Entlassungen bzw. Verlegungen ganzer Patientengruppen in gleichartige Anstalt in Schleswig-Holstein erfolgten nachweislich für das LKH Neustadt ab Juni 1951 mit insgesamt 26 Patienten ins LKH Heiligenhafen. Zwei Gruppen von insgesamt 80 Patienten wechselten 1955 aus Neustadt ins LKH Heiligenhafen. Die Verlegungspraxis aus Neustadt mit Sammeltransporten nach Heiligenhafen lässt sich für den Untersuchungszeitraum bis 1961 nachweisen.<sup>654</sup> Mit dem Verweis auf Verhaltensauffälligkeiten „Großer Schmierfink mit Sammeltrieb“<sup>655</sup> und „ärgert und provoziert gelegentlich“<sup>656</sup> wurde beim Patienten Siegmund D. auch die Unterbringung „braucht keinen Wachsaalplatz“<sup>657</sup> und ein möglicher Arbeitseinsatz „Kann mit einem Zettel zum Einkaufen geschickt werden“<sup>658</sup> an das LKH Heiligenhafen übermittelt. Während sich das LKH Heiligenhafen insbesondere für Langzeit- und Pflegepatienten als Verlegungseinrichtung in Schleswig-Holstein

---

<sup>651</sup> 7.3.1964. Landeswohlfahrtsverband Hessen zur Rückverlegung von Kranken. Ob diese aus dem Lübecker Krankenhaus Ost oder aus dem LKH Neustadt verlegt wurden, muss offen bleiben. LASH: 761/ 10678.

<sup>652</sup> Ebd.

<sup>653</sup> 7.3.1964. Landeswohlfahrtsverband Hessen zur Rückverlegung von Kranken. Ob diese aus dem Lübecker Krankenhaus Ost oder aus dem LKH Neustadt verlegt wurden, muss offen bleiben. LASH: 761/ 10678.

<sup>654</sup> Im Frühjahr 1957 wechselten zwei Sammeltransporte mit insgesamt 37 Frauen, im Juli mit 18 Männern ins LKH Heiligenhafen, im November 1958 folgte ein weiterer Sammeltransport mit 19 Frauen, 1960 mit 8 Patienten, 1961 mit 35 männlichen Patienten ins LKH Heiligenhafen. LASH: 761/10678.

<sup>655</sup> 28.10.1950. LASH: 377/ 10052.

<sup>656</sup> Ebd.

<sup>657</sup> 6.11.1961. LASH: 377/ 10052.

<sup>658</sup> Ebd.

etablierte, fanden Verlegungen ganzer Patientengruppen zwischen dem LKH Schleswig-Stadtfeld und dem LKH Neustadt zur Entlastung und zur sozialen Milieuveränderung statt. „Die Angehörigen geben höchst selten eine Einwilligung zur *Verlegung*“<sup>659</sup> und Verlegungen wurden meist ohne Rücksicht auf das familiäre Umfeld der Patienten oder Wohnortnähe vorgenommen. Zum einen begegnete das LKH somit der gravierenden Überbelegung<sup>660</sup>, zum anderen erhoffte sich die LKH-Leitung durch einen Milieuwechsel der auffälligen Langzeitpatienten eine Beruhigung des anstaltsinternen Sozialgefüges. Das Einverständnis bzw. die Ablehnung der Patienten zur Verlegung oder die Rücksichtnahme auf den Standort der Familie wurden in der Akte nicht thematisiert. Gegenüber den in den analysierten Patientenakten auszumachenden Beziehungen zwischen Angehörigen und LKH muss davon ausgegangen werden, dass diese Sammelverlegungen vornehmlich in den Fällen erfolgten, in denen es keine Familienanbindung gab, keine Kommunikation zwischen Angehörigen und LKH durch Besuche oder Anfragen bestand und Proteste der Familie nicht zu erwarten waren. Demgegenüber hatte auch Neustadt Sammeltransporte aus dem LKH Schleswig-Stadtfeld unterzubringen. Die Zuweisungen nach Neustadt erfolgten meist in größeren Sammeltransporten per Bus mit bis zu 80 Patienten in Begleitung eines Arztes, Pflegevorstehers und bis zu 10 Krankenpflegern.<sup>661</sup>

Wie hat sich die Entlassungspraxis unter dem Therapiekonzept im zeitlichen Längsschnitt im LKH Neustadt entwickelt? Welchen Einfluss nahm die Einführung der Neuroleptika Mitte der 1950er Jahre auf die Entlassungspraxis?

Der Vergleich der drei Jahrgänge zur Geisteskrankenbewegung im LKH Neustadt 1951, 1955 und 1960 zeugt ab 1955 zunächst von einem leichten Rückgang der Entlassungen, der sich bis 1960 massiv steigerte.<sup>662</sup> Ein Befund, der die pharmakologische Revolution als therapeutischen Erfolg in Frage stellte? Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, unter welchen Voraussetzungen

---

<sup>659</sup> 8.2.1960. LASH: 761/ 10678.

<sup>660</sup> 23.4.1957. Sammeltransport aus dem LKH Neustadt nach Heiligenhafen mit der Begründung „wegen Platzmangel“. LASH: 671/ 10678.

<sup>661</sup> 21.7.1958. LASH: 761/ 10678.

<sup>662</sup> Eine genaue Datenerhebung zu den Patientenentlassungen aus dem LKH Neustadt lässt sich aus den erhaltenen Quellen zum LKH Neustadt lediglich für den Zeitraum 1951-1960 nachweisen. Die monatlichen Entlassungszahlen schwankten 1951 zwischen 26 bis zu 115 Entlassungen, 1955 wiesen die Quellen monatliche Entlassungen zwischen 26 bis 84 aus und entwickelten erst 1960 eine relative Konstanz zwischen 61 bis 75 Entlassungen pro Monat. Vgl. LASH: 611/ 1459, 611/1460, 611/ 1461.

zwischen 1945 und 1953/54 entlassen wurde und ob sich die Entlassungskriterien ab ca. 1954 veränderten. Die Patientenaktenanalyse zeigt, dass Krankheitseinsicht und kritische Distanz zum Verhalten Grundlage der Entlassungen im gesamten Untersuchungszeitraum waren. In Abhängigkeit des Aufnahmezustand - der Überweisung durch Fach-, Hausarzt oder durch Zwangseinweisung - des Krankheitsverlaufs und sofern eine gesicherte Familienanbindung im häuslichen Umfeld gewährleistet war, erfolgten die Entlassungen: „[...] zugestimmt wird unter der Bedingung einer Übernahme der Verantwortung durch die Schwester, die diese zu übernehmen in etwas grossspuriger Weise bereit ist“.<sup>663</sup> Daneben konnten Entlassungen „auf eigenen Wunsch“<sup>664</sup> der Patienten und selbst „gegen ärztlichen Rat“ durchgesetzt werden.<sup>665</sup> Kassenpatienten und Selbstzahlerinnen verfügten somit über Entscheidungsfreiräume, die psychiatrische Abteilung nach ihrem Ermessen zu verlassen und jederzeit bei Bedarf als Wiederaufnahmen in das LKH zurückzukehren.<sup>666</sup> Nachdem Katharina B. zu Hause „wieder stuporös verändert sei und sie „alles verrückt“ gemacht habe“<sup>667</sup>, wurde der LKH-Leitung mitgeteilt: „[...] Sie sei jetzt entmündigt und werde demnächst zurückkehren“<sup>668</sup>. Die Familie griff aktiv in den Behandlungsverlauf ein und entschied das Vorgehen. Mit der Entmündigung verlor die Patientin ihre Entscheidungsbefugnis und eine Entlassung unterlag nunmehr der Absprache zwischen LKH, Vormund und Familienangehörigen. Darüber hinaus unterstützte das LKH bei stabilen Familienkonstellationen aktiv den Entlassungsprozess

In der Anlage übersenden wir Ihnen eine Bescheinigung, auf die Sie zwischen Hamburg und Neustadt eine Fahrkarte für den halben Preis lösen können. Auch die ärztliche Bescheinigung sollten Sie bei sich führen, da Sie sonst u.U. Schwierigkeiten haben können. Für die Omnibusfahrt von Hamburg nach Schönningstedt können wir Ihnen leider keine Ermäßigung verschaffen. Ein entsprechender Antrag für die Rückfahrt für Sie und Ihre Tochter zum halben Preis liegt auf der Station für Sie bereit.<sup>669</sup>

und war in Zusammenarbeit mit den für das gesamte LKH zuständigen ein bis zwei Fürsorgerinnen auch um ein nachhaltiges Entlassungsmanagement bei Psychatriepatienten bemüht. Nachdem eine Patientin nach Entmündigung und Scheidung durch ihren LKH-Aufenthalt ihre Wohnung verlor, deren Nachweis zur

<sup>663</sup> 14.8.1948. LASH: 377/ 10482.

<sup>664</sup> 12.7.1947. Ebd.; 23.9.1963. LASH: 377/ 10169.

<sup>665</sup> 6.12.1945. LASH: 377/ 10482; 26.11.1950. LASH: 377/ 10632; 25.7.1956. LASH: 377/ 10143.

<sup>666</sup> Ilse v. E. kam zwischen 1945 und 1950 viermal, Katharina B. sechsmal zwischen 1945 und 1951 zur Wiederaufnahme. Vgl. LASH: 377/ 10632; LASH: 377/ 10482.

<sup>667</sup> 31.8.1948. LASH: 377/ 10482.

<sup>668</sup> 31.8.1948. Ehemann der Patientin Katharina B. an die Klinikleitung. Ebd.

<sup>669</sup> 21.1.1953. LASH: 377/ 10143.

anstehenden Entlassung jedoch erbracht werden musste, schalteten sich Klinikleitung, Fürsorgerin und Vormund gleichermaßen ein. Da „ein längerer Aufenthalt sowohl ärztlich als auch menschlich nicht mehr zu rechtfertigen ist, bitten wir um umgehende Mitteilung, wohin wir Frau B. entlassen können“<sup>670</sup> und drohten der zuständigen Gemeindeverwaltung mit einem öffentlichen Skandal. „Wenn das Schlimmste und ein damit verbundener öffentlicher Skandal größten Ausmaßes verhindert werden soll, so bitte ich, meinem Antrage noch heute stattzugeben.“<sup>671</sup>

Bei der zwangsweisen Unterbringung von Patienten wurde auf Grundlage einer medizinischen Stellungnahme der Anstaltsärzte alle zwei Jahre der Zweck der Unterbringung von den zuständigen Gerichten geprüft, gegebenenfalls als nicht erreicht angesehen bzw. aufgehoben. Gutes Benehmen, Zuverlässigkeit in der Anstaltsarbeit und Pünktlichkeit bei den versuchsweise gewährten Freigängen waren Grundbedingungen für eine positive Beurteilung im medizinischen Gutachten gegenüber dem Gericht. Zudem war auch hier eine gesicherte Familienanbindung ausschlaggebend, die im Zweifelsfall bei Patienten wie Hans D. über einen jahrelangen Verbleib als Anstaltspatient entschied.

Andererseits sind die Eltern nicht in der Lage, ihren schwachsinnigen Sohn ständig zu beaufsichtigen und zu unterhalten. Deswegen kann der Zweck der Unterbringung vorläufig nicht als erreicht angesehen werden.<sup>672</sup>

Im Falle des Patienten Günther L. erfüllte dieser seit seiner Unterbringung 1946 ärztlicherseits erstmals 1952 die Bedingungen von Ordnung, Pünktlichkeit und Verlässlichkeit „[...]Benimmt sich in letzter Zeit sehr ordentlich, kommt von dem ihm gewährten Einzelausgang pünktlich zurück. Hat ein Entlassungsgesuch geschrieben“.<sup>673</sup> Auf Grundlage des medizinischen Gutachtens der Anstalt an das Kieler Landgericht

Es ist nicht zu verkennen, dass er gerade im letzten Jahr sich charakterlich wesentlich gebessert hat. [...]In Anbetracht dieser Umstände ist trotz der zweifelhaften Prognose anzunehmen, dass sich L. auch ausserhalb der Anstaltsdisziplin straffrei halten kann, wenn er

---

<sup>670</sup> 22.5.1951. Stationsarzt Dr. Reid an den Vormund der Patientin Katharina B. LASH: 377/ 10482.

<sup>671</sup> 24.8.1951. Vormund von Katharina B. an die zuständige Gemeindeverwaltung. Der Wohnungsmarkt blieb bis weit in die 1950er Jahre angespannt und entlassene Psychatriepatienten erfuhren mehrfache Ablehnungen; 17.11.1951. Katharina B. wurden zwei Zimmer mit Küchenbenutzung bei einer ebenfalls wegen einer Nervenkrankheit entmündigten Vermieterin zugewiesen. LASH: 377/ 10482.

<sup>672</sup> 30.3.1951. LASH: 377/ 9798.

<sup>673</sup> 12.5.1952. LASH: 377/ 7069.

eine Arbeitsstelle hat, z.B. bei einem Bauern, der bereit ist, noch eine gewisse Aufsicht zu übernehmen. Eine solche Arbeitsstelle kann hier ggf. vermittelt werden.<sup>674</sup>

wurde der Zweck der Unterbringung als erreicht angesehen und Günther L. zeitnah entlassen. Zeitgleich wurde über die Anstaltsfürsorgerin beim Arbeitsamt eine Arbeitsstelle beim Bauern ermittelt, die Günther L. antrat. Obwohl nunmehr kein Patient des LKH Neustadt, wurde die Akte Günther L. zunächst weitergeführt. „Referent [Arzt] traf L. heute beim Zirkus in Neustadt. L. berichtet, dass es ihm bei K. [Bauer] gut gefalle. Jetzt würde er auch nie mehr rückfällig.“<sup>675</sup> Fünf Monate später hatte Günther L. nach Aktennotiz diese Stelle verlassen mit dem Eintrag „Soll jetzt bei Kiel sein.“<sup>676</sup> Dass das LKH Neustadt an einer nachhaltigen Integration seiner ehemaligen Patienten interessiert war und die bei fehlender Familiennachsorge drohende Obdachlosigkeit vermeiden wollte, belegt weiteres Vorgehen, denn Günther L. sucht selbst das LKH als Zufluchtsort in einer für ihn durchaus misslichen Situation auf und bittet in der Selbstreflexion um vorübergehende Unterkunft.

L. erscheint im Krankenhaus und bittet um Obdach, da er erst am 15.2.1953 wieder bei einem Bauern in der Nähe eine Arbeitsstelle bekäme. Um ihm – da er z.Zt. ohne festen Wohnsitz ist – nicht der Strasse preiszugeben, wird ihm gastfreundlich eine Schlafstelle in Haus 10 zur Verfügung gestellt. Soll dafür bis zum 15.2. etwas in der Gärtnerei arbeiten.<sup>677</sup>

Die anstaltsinternen Entlassungsprozesse dauerten vor allem für zwangseingewiesene Patienten im Untersuchungszeitraum meist viele Wochen bis Monate - „erst dann kann, etwa nach Ablauf eines halben Jahres, ärztlicherseits entschieden werden, ob der Zweck der Unterbringung erreicht ist“<sup>678</sup> - und erforderten von den betroffenen Patienten Geduld. Hingegen verzögerten Verfahrenskritik, unablässige Nachfrage, Unmut und depressive Verstimmungen der Patienten bereits angedachte Entlassungen oder wurden mit dem Argument „stand zweifellos in ursächlichem Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung“<sup>679</sup> abgelehnt. Vornehmlich wurden Entlassungen dann ausgesprochen, wenn die Anpassung an den Anstaltsalltag soweit als erfolgreich beurteilt wurde und die Familie die Nachsorge begleitete.

Die therapeutische Konzeption der Neustädter LKH-Psychiatrie richtete sich auf ein nachhaltig erfolgreiches Entlassungsmanagement. Die Entlassungsquoten 1951 und

---

<sup>674</sup> 16.5.1952. Nervenärztliches Gutachten an das Landgericht Kiel. LASH: 377/ 7069.

<sup>675</sup> 20.7.1952. LASH: 377/ 7069.

<sup>676</sup> 20.12.1952. Ebd.

<sup>677</sup> 5.2.1953. LASH: 377/ 7069.

<sup>678</sup> 15.7.1949. LASH: 377/ 7088.

<sup>679</sup> 28.6.1958. Ebd.

1955 unterstreichen die Zielsetzung und sprechen gegen den vornehmlich verwahrenden Charakter institutioneller Psychiatrie in Neustadt. Parallel zur gesellschaftlichen Wohlstandsentwicklung der 1950er Jahre entwickelte sich die Entlassungspraxis trotz neuer Therapieoptionen bis 1960 stark rückläufig. Entlassungen, als Erfolg institutioneller Therapie, standen in direkter Abhängigkeit zu sozialen Bindungen für die ambulante Nachsorge. Familie blieb bei fehlender psychiatrischer Außenfürsorge der Kommunen und rückläufigen Beschäftigungsmodellen im Rahmen der Familienpflege in der Nachsorge konkurrenzlos und wurde aktiv vom LKH einbezogen. Bestand keine Familienbindung, Psychiatriekranke ins häusliche Umfeld einzubeziehen, blieb bei fehlender Außenfürsorge und ohne berufliche Perspektive kaum eine Alternative zur LKH-Unterbringung.

### **6.3 Wiederaufnahmepaxis – 1951, 1955 und 1960 im Vergleich**

Der Erfolg psychiatrischer Therapie im Neustädter LKH erweist sich in einer nachhaltigen Entlassungspraxis. Die Wiederaufnahme psychiatrischer Patienten steht hingegen für eine gescheiterte Integration und Resozialisierung und gilt im Kontext gesellschaftlicher, medizinischer und sozialer Aspekte im Untersuchungszeitraum als ein Maßstab für die institutionelle Psychiatrie. Der Quellenbestand zur „Geisteskrankenbewegung“ im LKH Neustadt weist einen Gesamtüberblick zur Wiederaufnahmequote im zeitlichen Längsschnitt lediglich von 1951 bis 1960 aus. Im Vergleich der Jahre 1951, 1955 und 1960 lag die Quote der Wiederaufnahmen im Verhältnis der Gesamtaufnahmen bereits 1951 bei einem Wert von 24%, der sich 1955 geringfügig auf 27% steigerte. Der leichte Anstieg der Wiederaufnahmen auf 31% im Jahre 1960 ist insofern auffallend, da Entlassungen aus dem LKH Neustadt 1960 gegenüber einer präferierten Beurlaubungspraxis einem deutlichen Wandel unterworfen waren und seltener ausgesprochen wurden.

Die Analyse der 16 Patientenakten ermöglicht, Wiederaufnahmen vor und über den Zeitraum von 1951-1960 hinaus nachzuzeichnen und im Kontext der therapeutischen Konzeptionen zu analysieren. Dass bei Cornelia Brink im Zusammenhang mit der Einführung der Neuroleptika Mitte der 1950er Jahre erstmals angeführte Phänomen

der sogenannten „Drehtürpsychiatrie“<sup>680</sup> lässt sich anhand der psychiatrischen Langzeitpatienten der Analysegruppe für Neustadt nicht auf die Zeit der Neuroleptika beschränken. Die Analysegruppe, der mit LKH-Aufenthalten vor vier und mehr Jahren erfassten Psychiatriepatienten, vermag aufgrund ihrer kleinen Anzahl nicht repräsentativ sein, im Ergebnis jedoch stehen  $\frac{3}{4}$  (N=12) der 16 Langzeitpatienten mit ein- bis siebenmaligen Wiederaufnahmen<sup>681</sup> im gesamten Untersuchungszeitraum für eine „Drehtürpsychiatrie“ unter allen Therapieoptionen, 1945-1953 vor Einführung der Neuroleptika und 1954-1968 nach Einführung der Neuroleptika. Das restliche  $\frac{1}{4}$  (N=4) der zur Analyse herangezogenen Patienten verblieb als nach §42b-Untergebrachte über einen Zeitraum von 4 – 10 Jahren dauerhaft im LKH Neustadt.<sup>682</sup>

Das Therapiespektrum institutioneller Psychiatrie verfehlte zwischen 1951-1960 für ca.  $\frac{1}{4}$  -  $\frac{1}{3}$  der Neustädter Patienten in der Wiederaufnahmepaxis seine Wirkung. Ein Faktum, das die außerklinische Nach- und Fürsorge in der Zuständigkeit der Familie, deren Belastung und Überforderung mit psychiatriekranken Angehörigen in den Fokus rückte. Während in den ersten Nachkriegsjahren traumatisch bedingte Verhaltensauffälligkeiten durch die Erfahrungen des Krieges noch vermehrt auf allgemein gesellschaftliches Verständnis stießen,<sup>683</sup> veränderte die boomenden Wirtschaftswunder-Mentalität der bundesrepublikanischen Gesellschaft Arbeits- und Familienstrukturen. Ein Trend, der sich im Wandel der Entlassungspraxis hin zur Beurlaubungspraxis und dem weiteren Anstieg der Wiederaufnahmequote 1960 bestätigt. Die familiäre Nach- und Fürsorge Psychiatriekranker blieb durch eine fehlende kommunale Außenbetreuung weitgehend auf sich gestellt und überforderte

---

<sup>680</sup> Brink greift den Begriff „Drehtürpsychiatrie“ erstmals in ihrem Kapitel „Neue Therapien in alten Strukturen“ auf. Vgl. Brink, Grenzen der Anstalt (2010), S. 413-418, hier S. 417.

<sup>681</sup> Jeweils ein Patient wies eine einmalige und siebenmalige Wiederaufnahme aus. Bei jeweils zwei Patienten kam es zu zwei- bzw. sechsmaligen Aufnahmen, bei jeweils drei Patienten zu drei- bzw. viermaligen Wiederaufnahmen.

<sup>682</sup> Eine Patientenakte umfasst durchgehend die Jahre 1946-1949, zwei Patientenakten umfassen den Zeitraum 1947-1957 bzw. 1958, die vierte Patientenakte die Zeit 1950-1961. Vgl. LASH: 377/ 7088, 377/ 9798, 377/ 9807, 377/ 10052.

<sup>683</sup> Die öffentliche Auseinandersetzung mit den psychosozialen Folgen der Traumatisierungen des Zweiten Weltkrieges galt hingegen noch Jahrzehnte nach Kriegsende als Tabuthema. Weiterführende Literatur: Glaesmer, H./ Brähler, E.: Die Langzeitfolgen des Zweiten Weltkrieges in der deutschen Bevölkerung: Epidemiologische Befunde und deren klinische Bedeutung. Ärzteblatt Sachsen-Anhalt. ISSN 0938-9261, Bd. 23. 2012, 3, S. 24-58; Die Kinder des Zweiten Weltkrieges in Deutschland – Ein Rahmenmodell für die psychosoziale Forschung. Glaesmer, H.: In: Traum & Gewalt. Bd. 6, 2012, 4, S. 318-328.

Angehörige und Patienten in der Nachsorge, so dass die LKH-Psychiatrie durchaus zum Schutzraum für einige Patienten auch vor deren Familien wurde.<sup>684</sup>

Nach mehrmonatiger vorzüglicher arbeitstherapeutischer Einordnung bei selbstständige Beschäftigung haben wir die Patientin am 11.6.1955 entlassen, sie kehrte jedoch am 13.6.1955 schon wieder in unsere Behandlung zurück, weil sie sich zu Hause nicht habe gewöhnen können und dauernd ratlos herumgesessen habe.<sup>685</sup>

Die Intervalle zwischen den Anstaltsaufenthalten waren individuell sehr unterschiedlich und differierten zwischen Wochen und Jahren. Bei der erstmals für 1960 nachzuweisenden Geschlechterdifferenzierung in der Aufnahmebilanz für die Jahre 1951-1960 ließ sich darüber hinaus ein leicht erhöhter Frauenanteil von 40 Patientinnen bei den Wiederaufnahmen bei nahezu identischen Erstaufnahmezahlen aufzeigen. Das, was im Schutzraum des strukturierten Anstaltsalltags gelang, war im gesellschaftlichen Alltagsleben für die Patienten oftmals schwer umzusetzen.<sup>686</sup>

Frau D. wird wohl auch in Zukunft keine Neigung haben, auf Dauer wieder zu ihrem Ehemann zurückzukehren. [...] Es hat also wenig Sinn eine solche Entlassung vorzunehmen, zumal sich auch gezeigt hat, daß Frau D. von kurzfristigen Urlauben in jeweils deutlich schlechterem Zustand wieder zurückkehrte.<sup>687</sup>

#### **6.4 Beurlaubungspraxis – Resozialisierung als individueller Heilversuch?**

Als Folge gescheiterter Integration und Resozialisierung nahmen Wiederaufnahmen im LKH Neustadt trotz rückläufiger Entlassungsquoten seit Mitte der 1950er Jahre kontinuierlich zu. Nachdem die außerklinische Nachsorge der Psychatriepatienten überwiegend im Zuständigkeitsbereich der Angehörigen lag und diese oftmals überforderte, reagierte die Neustädter LKH-Psychiatrie und begegnete dieser Entwicklung ab 1960 mit einem drastischen Kurswechsel der vormaligen Entlassungspraxis hin zu einem Modell einer individuell angepassten Beurlaubungspraxis. Mit Hilfe der ambulant durchzuführenden Neuroleptika-Therapie wurde im Zusammenspiel von LKH und Familie ein Nachsorge-Konzept etabliert, das

---

<sup>684</sup> Vgl. Bericht des zuständigen Regierungsdirektors der schwäbischen Heil- und Pflegeanstalten zum neuen Bild der Heil- und Pflegeanstalten. Für die erhöhte Wiederaufnahme der Patienten machte er die Überforderung der Angehörigen und Gesellschaft verantwortlich. „Heilung statt Verwahrung“. In: Süddeutsche Zeitung vom 3.8.1962. BAK: B 189, 21924 Bd.2.

<sup>685</sup> 7.7.1955. LASH: 377/ 10143.

<sup>686</sup> Vgl. DGPPN Symposium 2015. Referat Geschichte der Psychiatrie: Therapie nach dem Krieg – Behandlungsmethoden in psychiatrischen Anstalten der vier Besatzungszonen. Arbeit als soziale Heilung - Arbeitstherapie in Ost- und Westdeutschland (1945-1955).

<sup>687</sup> 8.1.1963. LASH: 377/ 9251.

Patienten und deren Angehörigen über befristete Intervalle individuelle Resozialisierungsversuche ermöglichen sollte.

Die Urlaubsregelung im LKH Neustadt blieb 1951 mit 31 Beurlaubungen bei ca. 420 psychiatrischen Betten<sup>688</sup> sehr begrenzt, lediglich die Feiertagsregelung zu Weihnachten und Ostern zeigte in der Jahresbilanz leicht erhöhte Werte an. Obwohl die Beurlaubungspraxis zunächst nur in einem geringen Maße für wenige Patienten umgesetzt wurde, setzte sich die Klinikleitung entgegen der gesetzlichen Vorgaben auch für gerichtlich untergebrachte Patienten ein.

Zur Frage der Beurlaubung ist zu bemerken, daß in der letzten Zeit auch von anderen Gerichten bei untergebrachten Patienten zu Festzeiten gelegentlich ein kurzfristiger Urlaub anstandslos gewährt worden ist, wenn er ärztlicherseits befürwortet wurde, obwohl die Beurlaubung aus der Unterbringung gesetzlich nicht vorgesehen ist.<sup>689</sup>

Erst das für Schleswig-Holstein 1958 in Kraft getretene Unterbringungsgesetz (UG) regelte unter bestimmten Voraussetzungen nach § 16 I UG die Beurlaubung der von Amtswegen untergebrachten Psychatriepatienten. Schon in den Jahren zuvor konnte eine Beurlaubung der von Amtswegen untergebrachten Patienten mit Genehmigung des zuständigen Gerichts, sofern die ärztliche Stellungnahme dies befürwortete, erfolgen. Im Falle des gerichtlich untergebrachten Patienten Hans D. agierte das LKH Neustadt 1951 patientenorientiert und bekräftigte in einer ärztlichen Stellungnahme dem Gericht gegenüber „gegen einen 8-tägigen Osterurlaub für den o.G., der sich in der letzten Zeit tadellos geführt hat, bestehen ärztlicherseits keine Bedenken“.<sup>690</sup> Im Laufe des Jahres 1951 wurde Hans D. am Wochenende nach Hause beurlaubt<sup>691</sup> und „es würden auch keine Bedenken bestehen, D. den kurzen Weg von Neustadt nach Ratekau und zurück alleine zurücklegen zu lassen.“<sup>692</sup> Die Klinikleitung folgte dem bewährten Verfahrensstandard und befürwortete in seinem Antrag die Beurlaubung:

Wir bitten, dem Ärztlichen Direktor des Landeskrankenhauses die Vollmacht zu erteilen, D. in geeigneten größeren Zeitabständen für 2 oder 3 Tage zu seinen Angehörigen zu beurlauben.<sup>693</sup>

---

<sup>688</sup>Tatsächlicher Ist-Bestand an Patienten ohne Beurlaubungen, Entweichungen und Familienpfleglinge. 1951: 1.1.= 352/ 1.12.= 444; 1955: 1.1.= 540/ 1.12.= 564/ 1960: 1.1.= 822/ 1.12. = 929. Vgl. LASH: Abt. 611/1459; Abt. 611/1460; Abt. 611/1461.

<sup>689</sup> 30.3.1951. LASH: 377/ 9798.

<sup>690</sup> 9.3.1951. Ebd.

<sup>691</sup> 2.7.1951. Ebd.

<sup>692</sup> 30.3.1951. Ebd.

<sup>693</sup> Ebd.

Erstmals erfuhr ein von der Klinikleitung befürworteter Antrag 1952 eine Absage. Die Einhaltung der Rechtsnorm lag somit im Ermessensspielraum der zuständigen Staatsanwaltschaft, die entgegen früherer Entscheidungen das Gesuch trotz ärztlicher Befürwortung in diesem Fall ablehnte.

Ich sehe mich aus grundsätzlichen Erwägungen zu meinem Bedauern nicht in der Lage, den Herrn ärztlichen Direktor zu ermächtigen, den Untergebrachten in geeigneten größeren Zeitabständen für 2 oder 3 Tage zu seinen Angehörigen zu beurlauben. Im Übrigen ist die Beurlaubung aus der Unterbringung mit deren Zweck unvereinbar.<sup>694</sup>

Ein Ermessensspielraum, der die juristischen und psychiatrischen Kompetenzen in der Unterbringung psychiatrischer Patienten aufzeigt und verdeutlicht, dass ärztliche Stellungnahmen der geltenden Rechtsauffassung der zuständigen Staatsanwaltschaft unterlagen. Das LKH Neustadt entsprach dem Ablehnungsbescheid des Gerichts, genehmigte Hans D. hingegen für gerichtlich Untergebrachte ebenfalls nicht rechtmäßig vorgesehenen Kinobesuche und Stadtausgänge<sup>695</sup>, nutzte intern patientenorientierte Handlungsspielräume als Alternative und setzte sich letztlich über rechtliche Normen hinweg. Die juristische Entscheidung unterlag der individuellen Rechtsauslegung der zuständigen Staatsanwaltschaft, bereits ein Jahr später wurden Urlaubsgesuche aufgrund der positiven ärztlichen Stellungnahme bei gleicher Rechtsgrundlage zu Gunsten des Hans D. wieder genehmigt.<sup>696</sup>

Darüber hinaus kam es nur vereinzelt zu Beurlaubungen, meist zur Regelung von Familienangelegenheiten, Beerdigungen etc. „Beurlaubung ab 14.8.-28.8.48 wird gegen ärztlichen Rat und unter Verantwortung der Schwester gestattet“,<sup>697</sup> galt für nicht gerichtlich untergebrachte Patienten, aber war auch für die im Maßregelvollzug untergebrachte Patientengruppe möglich. Vorzugsweise wurde in den Fällen beurlaubt, in denen ohnehin bereits ein Vormund bestellt war, der auf Grundlage der ärztlichen Empfehlung die Verantwortung für die Beurlaubung trug.

Auch 1955 fiel die Beurlaubungspraxis noch sehr begrenzt aus. Die LKH-Unterbringung wurde sowohl von der Anstalt als auch der Familie oftmals vorgezogen.

---

<sup>694</sup> 8.8.1952. Ebd.

<sup>695</sup> 15.8.1952. LASH: 377/ 9798.

<sup>696</sup> 26.5.1953; 8.4.1955; 28.5.1955. Ebd.

<sup>697</sup> 14.8.1948. LASH: 377/ 10482.

Ref. erklärt, dass keiner der Familienangehörigen den Pat. zu sich nehmen könne. Die Angehörigen wollen alle, dass er in der Anstalt bleibt, sie sind davon überzeugt, dass Pat. pflegebedürftig ist. Er habe schon genügend Schwierigkeiten gemacht. Es wird dem Bruder des Pat. geraten, einen Entmündigungsantrag zu stellen.<sup>698</sup>

Für die drei Vergleichsjahrgänge 1951, 1955 und 1960 kann bei steigenden Patientenzahlen zwischen 1951 und 1960 in der Kategorie „Beurlaubungen“ erst 1960 von einem deutlichen Wandel gesprochen werden. Während die jährliche Zahl der Entlassungen über die 3 Vergleichsjahrgänge bei steigenden Patientenzahlen mit 600 Patienten nahezu konstant blieb, erfolgte gegenüber den Vergleichsjahrgängen 1951 und 1955 bereits ab 1956 ein allmählich abzeichnender Wandel der Beurlaubungspraxis, der sich bis 1960 auf ca. 300 Patienten steigerte.<sup>699</sup> Eine Praxis, die den Patienten und ihren Angehörigen für einen individuell festgesetzten Zeitrahmen den Versuch einer Reintegration in die Gesellschaft ermöglichte. Die beurlaubten Patienten hatten die Pflicht, zum festgesetzten Termin, aber auch das Anrecht, frühzeitig ins LKH zurückzukehren. Während ihrer Beurlaubungen wurden die Patienten offiziell weiter als Anstaltsinsassen geführt. Ein Anspruch auf Rückkehr auf die vormalige Station bzw. das alte Zimmer bestand nicht. Die Rücklaufquote der beurlaubten Patienten war durchweg hoch, 1960 kehrten die Patienten nahezu vollständig ins LKH zurück, was für das Konzept der schrittweisen Annäherung im Zusammenspiel mit den Familienangehörigen sprach.<sup>700</sup> Allerdings kehrten Patienten in einigen Fällen auch frühzeitig zurück, weil das Experiment „Freiheit“ für die hospitalisierten Patienten nicht nahtlos glückte, familiäre Konflikte aufbrachen und die LKH-Psychiatrie als vermeintlicher Schutzraum für die Patienten durchaus Berechtigung hatte. Andererseits war die pünktliche Rückkehr vom Urlaub in den Augen der medizinischen Akteure auch ein wichtiger Aspekt für eigenverantwortliches Handeln der Patienten und ihrer Angehörigen, nicht zuletzt für und über die Beurteilung zur endgültigen Entlassung.

[...] Nach ärztlicher Ansicht wird daher die Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt gem. § 42b STGB für notwendig gehalten. Da die Patientin aber einen Vormund hat und eine Besserung unter den therapeutischen Maßnahmen während der Beobachtungszeit festzustellen war, wird empfohlen, Frau D. aus der Unterbringung gerichtlich zu beurlauben mit der Auflage, daß sie sich in regelmäßige Betreuung des von ihr angegebenen Hausarztes begibt.<sup>701</sup>

---

<sup>698</sup> 24.3.1957. LASH: 377/ 9807.

<sup>699</sup> Ab 1956 wurden zunehmend Patienten beurlaubt: 1956: 70 Patienten; 1957: 78 Patienten; 1958: 158 Patienten und 1959 266 Patienten. Vgl.: LASH: Abt. 611/ 1459, 611/1460; 611/ 1461.

<sup>700</sup> Vgl. LASH: 611/ 1459; 611/ 1460; 611/1461.

<sup>701</sup> 22.11.1963. LASH: 377/ 10157.

Die Wandlung der Beurlaubungspraxis muss im Kontext von steigenden Wiederaufnahmen, dem Nachsorgeaspekt der Familienanbindung und der ambulant weiterzuführenden Neuroleptika-Therapie bewertet werden. Ein sicherlich aus den Erfahrungen ab 1956 bewährtes Konzept, das 1958 mit dem Patientenzuwachs von 200 Patienten der Anstalt entgegengekommen sein mochte. Zum einen vermochte diese Praxis - für Patienten, deren Familien und die Anstalt selbst - mit dem gestaffelten Beurlaubungsprozess ein verlässlicher Gradmesser für eine mögliche Integration gewesen sein, zum anderen wurde der durch Überbelegung und beschränkte Raumkapazitäten belastete Anstaltsalltag somit für Personal und verbliebene Anstaltspatienten entspannt. Dass sich unter der medikamentösen Behandlung selbst für die Ärzte des LKH eine gewisse Sicherheit in der Beurlaubungspraxis einstellte, macht das Beispiel des Patienten Rudolf D. 1965 deutlich. Nach Besserung seines Gesundheitszustandes wurde er nach Ausgängen in die Stadt mit Aussicht auf Entlassung nach Hause beurlaubt. Rudolf D. kam vom Urlaub nicht zurück, da er aber „bei recht vernünftig erscheinenden Angehörigen ist“<sup>702</sup>, wurde der Urlaub zunächst verlängert. Eine Rückkehr nach Neustadt lehnte der Patient ab und wurde unter medikamentöser Therapie in die Obhut seiner Schwester und des behandelnden Hausarztes rückwirkend mit dem Tag der Beurlaubung offiziell entlassen.<sup>703</sup>

Neben der Familie war eine Vormundschaft in vielen Fällen Voraussetzung für einen gestaffelten Entlassungsprozess, über Freigang, eine Beurlaubung ins häusliche Umfeld, die Unterbringung in Familienpflege bis zur endgültigen Entlassung bei Bewährung. Dies galt auch für die nach § 42b StGB untergebrachten Patienten bei gebessertem Verhalten. War hingegen kein Vormund bestellt und die familiäre Fürsorge aus Gründen der Ablehnung oder Überforderung nicht gewährleistet, bedeutete dies bei fehlender Außenfürsorge für gerichtlich untergebrachte Patienten z.T. die lebenslange Unterbringung. „Er bedarf immer der Führung und einer gewissen Beaufsichtigung, sodass er anstaltsbedürftig bleiben wird, zumal auch seine Eltern ihn nicht nach Hause nehmen können.“<sup>704</sup>

---

<sup>702</sup> 3.4.1966. LASH: 377/ 10070.

<sup>703</sup> Die Beurlaubung erfolgte am 18.3.1966. Da der Patient Rudolf D. nicht zurückkehrte, wurde die Entlassung am 23.4.1966 auf den Zeitpunkt der Beurlaubung zurückdatiert. Ebd.

<sup>704</sup> 7.4.1953. LASH: 377/ 9798.

Die Beurlaubungspraxis entwickelte sich bei fehlender kommunaler Außenfürsorge und familiärer Überlastung ab 1960 als probates Instrumentarium eines gestaffelten Entlassungsprozesses. Dieser erschien notwendig, da familiäre Überforderung in der Nachsorge psychiatrischer Angehöriger die Wiederaufnahmen steigerten. Die Beurlaubungspraxis entlastete kurzzeitig den Anstaltsalltag, schaffte Raum und unterstützte Patienten und Angehörige im zeitlich limitierten Versuch einer möglichen Reintegration.

## 6.5 Psychiatrische Todesfälle

Die exakten Sterberaten der ersten Nachkriegsjahre wurden für das Neustädter LKH nicht erfasst und lassen sich nur vereinzelt in den Quellen nachweisen. So wurden im ersten Nachkriegsmonat Sterbefälle „von täglich 10-15 Lagerkranken“<sup>705</sup> gemeldet, darunter auch psychiatrische Patienten. „Bis zum 12. Juni waren 5 der 14 an Fleckfieber erkrankten geisteskranken Arbeiter des LKH verstorben.“<sup>706</sup> Die bei Faulstich für die schleswig-holsteinischen Anstalten Rickling und Schleswig-Stadtfeld erfassten Sterberaten lagen 1945/46 in Rickling bei ca. 30%, in Schleswig-Stadtfeld bei ca. 20%.<sup>707</sup> Das LKH Neustadt wurde bei Faulstich nicht aufgeführt, obwohl es durchaus Patientenaufnahmen in der unmittelbaren Nachkriegszeit gab, wie sich in den LASH-Findbüchern (LASH/ Abt. 377) und der Aktenanalyse der Neustädter Patienten nachweisen lässt.<sup>708</sup> Als Erklärung für die Sterberate wurden für die unmittelbare Nachkriegszeit neben den Mangel- und Infektionskrankheiten wie Typhus und Tuberkulose, strenge Winter bei unzureichender Ernährungslage, mangelnde Heizung sowie ärztliche und pflegerische Unterversorgung angeführt.

Der Jahrgangsvergleich im LKH Neustadt weist zwischen 1951 und 1960 anhand der jeweilig durchschnittlichen Belegungszahlen und Aufnahmen hingegen eine konstante Sterbequote von ca. 10% auf, die somit über dem Vorkriegsniveau von durchschnittlich 7% lagen.<sup>709</sup> Eine deutliche Zunahme der Sterberate in den

---

<sup>705</sup> Ärztlicher Direktor des LKH Neustadt, Dr. Cornils am 13.5.1945. Zit. n.: Koch, Festschrift, a.a.O., S. 59.

<sup>706</sup> Dr. Cornils. Zit. n.: Koch, Festschrift (1993), S. 59; Vgl. zur Patientensterblichkeit in Schleswig-Holstein: Faulstich, Hungersterben (1998), S. 709 ff.

<sup>707</sup> Ebd., S. 709.

<sup>708</sup> Aufnahme im LKH Neustadt 1945-1948: 377/ 10475, 377/ 7088, 377/ 7069, 377/ 10482.

<sup>709</sup> Sterberate für die Rechnungsjahre 1928/29 - 1938/39. Struwe (2011), S. 147.

Wintermonaten gegenüber den Sommermonaten bildet sich in der monatlichen Auflistung der Geisteskrankenbewegung 1951-1960 nicht ab.

Sterben im LKH Neustadt blieb unabhängig von der Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgungsstrukturen eine konstante Größe. Weder die stabilen Belegungszahlen zwischen 1955-1958, die deutliche Verbesserung des Ärzteschlüssels 1958, die Qualifikation des Pflegepersonals noch die Erweiterung des Therapieangebots hatten direkte Auswirkungen auf die Sterberate 1951 bis 1960.<sup>710</sup> Welche Patientengruppe vornehmlich unter den Todesfällen anzutreffen war, ließ sich anhand der Quellen nicht nachvollziehen. Insgesamt blieb die Todesursache bei der Auswahlziehung der Patientenakten unerwähnt, jedoch sollte der Aspekt des Patientensuizids nicht gänzlich außer Acht gelassen werden.

Es ist meine traurige Pflicht, Ihnen mitzuteilen, dass Ihr Schwiegervater, Herr Franz M., am 10.10.49 durch einen Autounfall ums Leben gekommen ist. Die Umstände des Ereignisses lassen mit hoher Wahrscheinlichkeit den Schluss zu, dass Ihr Schwiegervater freiwillig den Tod gesucht hat. Diese Tatsache ist umso trauriger, als ihm bekannt war, dass ärztlicherseits die Absicht bestand, ihn zum Jahresende nach Hause zu entlassen und die Aufhebung der Unterbringung erwirken zu lassen. [...] <sup>711</sup>

Die Annahme, dass vorrangig die Patientengruppe der chronischen Bewahrfälle von der Personalknappheit, den baulichen Mängeln und einer medizinischen Mangelversorgung betroffen war, kann darüber hinaus nicht belegt werden. Einerseits wies das Geschlechterverhältnis bei den Todesfällen einen höheren Frauenanteil auf, andererseits waren Frauen nach der Differenzierung 1951, 1953 und 1955 in der Gruppe der Bewahrfälle weniger stark vertreten als Männer.

Als ein Erklärungsansatz für den höheren Frauenanteil unter den Todesfällen kann der nach dem Krieg vorherrschende Single-, Scheidungs- und Witwenstatus vieler Frauen dienen, deren fehlende Familienstruktur u.a. eine Entlassung ins häusliche Umfeld und eine Reintegration in die Gesellschaft erschwerte, unmöglich machte und den Verbleib im LKH zur Folge hatte. Während männliche Psychatriekranke in der Nachsorge oftmals von ihren Ehefrauen betreut wurden, konnte die außerklinische Versorgung weiblicher Psychatriepatienten von ihren Ehemännern nicht immer in

---

<sup>710</sup> Vgl. LASH: 611/ 1459; 611/ 1460; 611/1461. Für den Zeitraum 1961-1965 waren keine Quellen nachweisbar.

<sup>711</sup> 13.10.1949. LASH: 377/ 7088.

geeigneter Form gewährleistet werden. „Am 14.7.58 wurde die Patientin von ihrem Ehemann abgeholt, der es noch einmal mit ihr versuchen will.“<sup>712</sup>

Wenn man andeutet, daß sie wohl auch gelegentlich entlassen werden könne, wehrt sie mit beiden Händen ab: „Mein Mann will mich nicht haben und ich bin zu Hause ja doch gleich wieder krank, nein, nein, Herr Doktor, das hat keinen Zweck“. Da mit Sicherheit zu Hause eine neue Dekompensation der asthenisch-hypochondrischen Psychopathin zu erwarten wäre, wird der Entlassung nicht ernsthaft nähergetreten.<sup>713</sup>

Auch die Altersstruktur der Psychatriepatienten lässt keinen eindeutigen Schluss auf die konstant verlaufende Sterberate bis 1960 zu. Der höhere Anteil der Frauen in der Altersgruppe „51-60“ und „über 65“ könnte allerdings ein weiteres Indiz für die Todesfälle sein. Über die Todesursachen der durchschnittlich ca. 150 Fälle pro Jahr kann nur spekuliert werden. Es ist aber anzunehmen, dass darunter neben Akutfällen und Suiziden vornehmlich Langzeitpflegefälle subsumiert wurden, die aufgrund fehlender Heimplatzsorge oder Familienbetreuung im LKH dauerhaft verbleiben mussten. Für diese Pflegefälle galt der Personalschlüssel von 1:6,3 auf den Pflegestationen und 1:5,3 auf den geriatrischen Stationen<sup>714</sup>, der im Zusammenhang mit verringerten Pflegesätzen und mangelnden Bau- und Unterbringungsbedingungen die Todesrate unterstützt haben könnte.

---

<sup>712</sup> 18.7.1958. LASH: 377/ 9251.

<sup>713</sup> 15.4.1959. Ebd.

<sup>714</sup> 19.5.1965. Der Pflegeschlüssel für die Aufnahme- und Behandlungsstationen und Suchtkranken lag bei 1:5, für die 200 Kriminellen Männer ein Pflegeschlüssel von 1:3. Eine weitere Aufteilung des Pflegeschlüssels speziell für Epileptiker, Schwachsinnige oder Defektkranke war nicht möglich, da diese nicht getrennt voneinander untergebracht werden konnten. Ameos Archiv Neustadt: Az. III A2a.

## 7. Psychiatrische Krankenpflege

Pflege, als Bindeglied zwischen Arzt und Patient nimmt in der Psychiatrie eine besondere Rolle ein. Im Zusammenspiel der Umsetzung ärztlicher Anordnungen und der Einhaltung der strengen LKH- Hausordnung war sie die entscheidende Bezugsgröße im LKH-Alltag für die Psychiatriepatienten. Der Psychiatriepflege blieb aufgrund der Vorbehalte gegenüber der Arbeit mit Geisteskranken und des Mit-Wohnens in den Anstalten die gesellschaftliche Anerkennung meist verwehrt, Personalmangel und starke Personalfluktuationen waren bei einer hohen Wochenarbeitszeit bei niedriger Entlohnung und geringen Aufstiegschancen die Folge und ein chronisches Problem für die Anstalten.<sup>715</sup> Im Wiederaufbau der Psychiatrie wurde der Ausbildungsqualifikation ein hoher Stellenwert eingeräumt, um die angestrebte Verbesserung der Patientenversorgung nachhaltig gewährleisten zu können. Welche grundsätzlichen gesundheitspolitischen Weichenstellungen nahmen Einfluss auf die Psychiatriepflege nach 1945? Welche Entwicklung nahm die Psychiatriepflege im Personalbereich? Einen Schwerpunkt in der Pflege legte das LKH Neustadt auf die verwaltungseigene Ausbildung. Um die Qualifikation der Pflege nach 1945 beurteilen zu können, wird der Vergleich zu Prüfungen und Ausbildungskonzepten aus der Weimarer Republik von 1928 und dem Beginn des nationalsozialistischen Regimes 1933 gezogen und deren Umsetzung in der Pflegepraxis überprüft. Eine Pflegepraxis, deren Aufgaben, Pflichten und Problemstellungen für den psychiatrischen Pflegealltag in der Versorgung psychiatrischer Patienten untersucht wird.

### 7.1 Die Neustrukturierung der Krankenpflege nach 1945

Die Sorge für die Gesundheit des ganzen Volkes löst sich stets auf in die Sorge für Einzelschicksale. Man kann nicht durch Gesetze Leben und Gesundheit eines Volkes verbessern, welche auf den natürlich berechtigten Wunsch des einzelnen zu Glück und Frieden keine Rücksicht nehmen. Das war ein schwerwiegender Fehler der nationalsozialistischen Gesundheitsgesetze. Sehr oft allerdings muss sich der einzelne Grenzen auferlegen um der Allgemeinheit, d.h. um seines Nächsten willen. Ihm diese Einordnung klarzumachen und ihn zur freiwilligen Anerkennung seiner Verpflichtung für die Allgemeinheit zu führen, ist eine wichtige Aufgabe der Schwester in der Kranken- und Gemeindepflege.<sup>716</sup>

---

<sup>715</sup> Vgl. Koch, Festschrift (1993), S. 46; Struwe (2011), S. 148.

<sup>716</sup> Hagen, W./ Hübner, A./ v. Kress, H./ Neubert, R.: Krankenpflege-Lehrbuch 1951, 18. Aufl., Berlin 1951. Zit. nach: Schweikardt, Christoph: Zur Popularisierung nationalsozialistischer Erb- und Rassenlehren in den amtlichen Krankenpflegebüchern zwischen 1933 und 1945. In: Westermann,

Die Neustrukturierung der Krankenpflege nach 1945 erfolgte in der britischen Zone durch den Zonenberatungs-Ausschuss für Krankenpflege, der die Belange des Krankenpflegeberufes zu beraten und gegenüber der britischen Militärregierung und den deutschen Behörden zu vertreten hatte. Neben den Vertreterinnen der britischen Militärregierung - Abteilung Gesundheitswesen - waren die fünf anerkannten Spitzenverbände der Schwesternschaften Agnes-Karll-Verband, Caritas, Innere Mission, Rotes Kreuz und für Hamburg die Freie Schwesternschaft Hamburg, vertreten.<sup>717</sup> In den ersten Sitzungen der Kommissionen zur Neustrukturierung der Krankenpflege nach 1945 wurde die Geisteskrankenpflege weitgehend ausgespart. Zunächst unabhängig von dem Bemühen um eine geeignete Pflegeausbildung in der Geisteskrankenversorgung, ordnete die britische Militärregierung für die Provinz Schleswig-Holstein im Juni 1946 die Verlängerung der Ausbildungszeit allgemein ausgebildeter Schwestern von zwei auf drei Jahre an.<sup>718</sup> Die Neustrukturierung der Pflege auch in der psychiatrischen Abteilung im LKH Neustadt nach 1945 bezog sich somit auf die Schwestern, die vor 1942 in der Psychiatrie der Neustädter Anstalt tätig gewesen waren und im Landeskrankenhaus die Pflege in anderen Fachabteilungen übernommen hatten. Bis 1941 bildete die Krankenpflegeschule in der damaligen Landesheilanstalt Schwestern aus. Danach ruhte die Ausbildung bis 1945, konnte aber im August 1945 mit 30 Krankenpflegeschülerinnen den theoretischen und praktischen Ausbildungsbetrieb wieder aufnehmen.<sup>719</sup>

Es war die Vertreterin der britischen Gesundheitsabteilung, Miss F. A. Rowe, deren besonderes Interesse der Geisteskrankenpflege galt, da

---

Stefanie/ Kühl, Richard/ Groß, Dominik (Hg.): Medizin im Dienst „Erbgesundheit“. Beiträge zur Geschichte der Eugenik und „Rassenhygiene“. Berlin 2009, S. 127-141, hier S. 138.

<sup>717</sup> Unter der Führung des NS-Innenministeriums und der Parteiaufsicht wurde 1936 der „Fachausschuß für Schwesternwesen“ mit den fünf Schwesternverbänden 1. NS-Schwesternschaft, 2. Reichsbund freier Schwestern und Pflegerinnen, 3. Schwesternschaft des Deutschen Roten Kreuzes, 4. Diakoniegemeinschaft, 5. Caritasverband eingerichtet. Vgl. Jütte, R.: Krankenpflege. In: Jütte (2011), S. 94-105, hier S. 94f.; Scharpenack, Festschrift (1993), S. 143f; Nach 1945 konnte jeder Spitzenverband zwei Vertreterinnen für den Zonenberatungs- Ausschuss für Krankenpflege benennen. Die erklärte Zielsetzung der britischen Militärregierung bestand in der Hinführung zur Selbstständigkeit dieses Gremiums. Die Einberufung der Sitzungen, die Tagesordnung und Leitung der Ausschusssitzungen oblag den deutschen Schwesternverbänden. Vertreterinnen der britische Militärregierung und der zuständigen Länderministerien konnten jederzeit auf eigenen Wunsch teilnehmen. Die Protokolle der ersten Sitzungen 1946/47 weisen die Teilnahme der Britischen Vertreterinnen aus. Zudem mussten die Protokolle in deutscher und englischer Fassung an die jeweilige Public Health Branch Militär Government versandt werden. Vgl. LASH: Abt. 611/ 1508.

<sup>718</sup> Anordnung der Militärregierung – 312/ PH/ 516/ 2/ 521 vom 25.6.1946. Die Verordnung galt rückwirkend ab dem 1.4.1946. Ameos Archiv Neustadt: Az. III C1.

<sup>719</sup> Vgl. Ameos Archiv Neustadt: z. III C1; Als Leiter fungierte Dr. Cornils, Ärztlicher Direktor, den Unterricht übernahmen der Arzt Dr. Pauselsius und Schwester Grete Carl für die insgesamt 30 Schülerinnen, von denen 12 ihr Examen 1946 ablegten. Vgl. LASH: Abt. 611/ 1426.

sie fühlt, daß der geistesranke Mensch den Ärzten und Pflegepersonal besonders preisgegeben ist. Es ist nicht ihre Absicht, daran zu erinnern, daß die Behandlung von Geisteskranken in Deutschland vor kurzem die ganze Welt schockiert hat. Sie hat einige Anstalten für Geistesranke besucht und gibt zwei Fälle bekannt: In einem traf sie drei Männer auf dem Boden liegend an, die mit einem Messer ihre Kartoffeln schälten. Dieses ist in einer Irrenanstalt sehr ungewöhnlich. Es wurde ihr daraufhin gesagt, daß diese drei Männer nicht geistesranke wären, sondern eine Tbc hätten. Sie wären eingeliefert worden, weil sie auf die Straße gespuckt hätten. In einem anderen Fall war die Patientin mit Kindbettfieber in eine Anstalt eingeliefert worden. Diese Patientin lag auf dem bloßen Fußboden.<sup>720</sup>

Sie nahm ihre Eindrücke zum Anlass, diese als unhaltbare Zustände der Geisteskrankenpflege für die britische Besatzungszone bereits im November 1946 zu thematisieren und drängte auf verstärkte Berücksichtigung der Psychiatrie durch den Ausschuss. Sie betonte die völlige Neugestaltung dieses Bereiches und die genaue Überprüfung der z.Zt. herrschenden Zustände.

Ein genauer Überblick über den Stand der Pflege von Geisteskranken konnte vom Ausschuss nicht vorgelegt werden. Aus diesem Grund sollten sachverständige Ärzte und Schwestern hinzugezogen werden, um die Schwesternausbildung in der Geisteskrankenpflege neu auszuarbeiten und gesetzlich zu regeln. In der Folge beschloss der Länderrat für Krankenpflege am 21.1.1947 die Einrichtung eines Sonderausschusses,<sup>721</sup> um „die Richtlinien und Lehrpläne für eine bessere und gründliche Ausbildung für das in Pflege von Geistes- und Gemütskranken beschäftigten Personals“ festzulegen.<sup>722</sup> Neben Vertreterinnen aus Bethel, Kiel, Hamburg und Gütersloh nahm Oberschwester Meta Heumann aus dem LKH Neustadt an der Sitzung teil.

OS Meta Heumann, Neustadt, schilderte noch kurz ihre Erfahrung und Erfolge, die in der Ausbildung von Schwestern in der Psychiatrie gemacht wurden, als dies noch die Ausbildungsstätte des Provinzial-Schwesternverbandes von Schleswig-Holstein war.<sup>723</sup>

Die Themen der Tagesordnung behandelten vorrangig die Ausbildungsdauer und Ausbildungsform. Die Themenschwerpunkte konzentrierten sich darin an der allgemeinen Krankenpflege, einer Spezialausbildung mit Staatsexamen, der Ausbildung sowie Lehrplänen und dem zukünftigen Lehrmaterial.

---

<sup>720</sup> 10.12.1946. Protokoll der 7. Zusammenkunft des Zonenberatungs-Ausschuss für Krankenpflege in Bünde am 28./29. 11.1946. LASH: Abt. 611/ 1508.

<sup>721</sup> Der Zonen-Beratungsausschusses für Krankenpflege für die britische Zone wurde auf Betreiben der britischen Militärregierung geschaffen. Dieser „Z.B.A.“ tagte monatlich im Beisein britischer Gesundheitsvertreterinnen unter wechselndem Vorsitz der Länder der britischen Zone, Niedersachsen, Westfalen, Nordrhein, Schleswig-Holstein, Hamburg und Celle. Aus diesem seit Mai 1946 tätigen Zonenberatungs-Ausschuss ging der „Sonderausschuss von Fachkräften in der Geistes- und Gemütskrankenpflege“ hervor, der im Februar 1947 erstmals tagte. LASH: Abt. 611/ 1508.

<sup>722</sup> 26.2.1947. Protokoll der 1. Sitzung des Sonderausschusses von Fachkräften in der Geistes- und Gemütskrankenpflege in Hamburg-Langenhorn. Ebd.

<sup>723</sup> Ebd.

Übergangsregelungen für langjährig tätiges Pflegepersonal sollten verhindern, dass diese sich den neuen Prüfungsbestimmungen unterziehen mussten, um einen Pflegenotstand in der Geisteskrankenpflege nicht per Prüfungsneuordnung heraufzubeschwören. Vielmehr galt es, die Minderwertigkeit der sogenannten „Irrenpflege“ abzubauen.

Die bei Inkrafttreten eines Irrenpflegegesetzes in den Anstalten für Geisteskranke beschäftigten Pflegepersonen haben das Recht, die staatliche Anerkennung als Irrenpflegeschwester, resp. –pfleger zu erwerben, wenn sie acht Jahre ununterbrochener Anstaltstätigkeit nachweisen können und ihr Gesuch von der Leitung der Anstalt befürwortet wird.<sup>724</sup>

In Zeiten des allgemeinen Pflegenotstands ein im Interesse einer Anstalt liegendes Verfahren. Die Zielsetzung bestand vorrangig darin, dass in der „Irrenpflege“ tätige Personal durch fachliche Ausbildung und berufsethische Erziehung den anderen Pflegesparten zukünftig gleichrangig zu stellen, um allgemeine Anerkennung zu finden. Zudem sollte die Bezeichnung der „Irrenpflegerin“ in „psychiatrische Schwester“ geändert werden.<sup>725</sup> Die Psychiatrische und Nervenklinik der Universität Kiel bildete bereits seit 1946 staatlich geprüfte Krankenschwestern in einjährigen Kursen auf dem Spezialgebiet der Psychiatrie weiter und warb auch im LKH Neustadt um Teilnehmerinnen, „da die Anforderungen auf diesem Gebiete sehr gestiegen sind und die Heilanstalten und andere einschlägige Betriebe vielleicht Bedarf an sehr gut ausgebildeten Kräften haben.“<sup>726</sup>

Bereits in den nächsten Sitzungen des Sonderausschusses für Krankenpflege im April und Juni 1947 nahmen zwei Schwestern als Vertreterinnen aus Neustadt teil. Vorrangiges Bemühen bestand in einer bundesweit einheitlichen Ausbildungsregelung und der Ausarbeitung eines Gesetzesentwurfs in Anlehnung an das Kranken-, Kinder- und Säuglingsgesetz. Der Entwurf zu einer Nerven- und Gemütskrankenpflegeverordnung sah einen zweijährigen Ausbildungslehrgang<sup>727</sup> ab dem 18. Lebensjahr mit einer abgeschlossenen Volksschulbildung vor. Die politische

---

<sup>724</sup> Protokoll der 2. Sitzung des Sonderausschusses von Fachkräften in der Geistes- und Gemütskrankenpflege vom 10.4.1947 in Gütersloh. LASH: Abt. 611/ 1508.

<sup>725</sup> Vgl. 2. Sitzung des Sonderausschusses vom 10.4.1947 in Gütersloh. LASH: Abt. 611/ 1508.

<sup>726</sup> 5.9.1949. Oberin der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel an das Sozialministerium der Landesregierung in Kiel mit einer Kopie an das LKH Neustadt LASH: Abt. 611/ 1508.

<sup>727</sup> Bereits im Juni 1946 diskutierte der Hauptausschuss für das Gesundheitswesen des Provinzial-Landtages den Vorschlag der Britischen Militärregierung auf eine Ausbildungsverlängerung in der Krankenpflege von zwei auf drei Jahre. Der Hauptausschuss leitete den Vorschlag der zweijährigen Ausbildung an die jeweiligen Fraktionen zur Abstimmung weiter und forderte die dreijährige Ausbildung nur für freie Schwestern. Vgl. LASH: Abt. 611/ 699.

Unbedenklichkeitserklärung war in § 3 des Entwurfs für die Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung der Pflege von Nerven- und Gemütskranken oberste Voraussetzung, konnte aber nur für die neuen Ausbildungslehrgänge geltend gemacht werden, da für langjährig tätiges Personal Übergangsregeln vorgesehen waren. § 15 des Entwurfs sah demnach vor:

Wer in sittlicher, geistiger und körperlicher Beziehung den Anforderungen des Berufes einer Nerven- oder Gemütskrankenschwester entspricht, kann in dem nach Inkrafttreten dieser Verordnung folgenden Jahre von der für seinen Wohnsitz zuständigen höheren Verwaltungsbehörde die Erlaubnis erhalten, wenn er bis zum Inkrafttreten dieser Verordnung nachweislich 8 Jahre ununterbrochen in der Pflege Nerven- und Gemütskranker tätig gewesen ist.<sup>728</sup>

Der Lehrplan sah nach dem Entwurf im ersten Jahr einen theoretischen Teil von 50 Stunden durch einen Arzt und einen praktischen Teil mit ebenfalls 50 Stunden Unterricht durch eine Lehrschwester in der allgemeinen Krankenpflege vor, während im zweiten Jahr mit gleicher Stundenzahl im praktischen wie theoretischen Teil Neurologie und Psychiatrie unterrichtet werden sollten. Der theoretische Komplex umfasste neben der Hirnanatomie des gesunden und kranken Nervensystems, neurologische Erkrankungen, ihre Erscheinungen und Pflege, Grundbegriffe der Psychologie, die Erscheinung von Geisteskrankheiten im Allgemeinen und im Besonderen, ihr Ablauf und ihre Pflege, sowie die Arbeitstherapie, Fürsorge und Familienpflege. Die praktische Ausbildung beinhaltete Themenschwerpunkte rund um die Anstalt, ihre besonderen Einrichtungen und den inneren Dienst mit den Kategorien Hausordnung, Schlüssel, Aufnahme und Entlassung. Die Krankenpflege unter besonderer Berücksichtigung von Nerven- und Geisteskranken, Hilfe bei Punctionen aller Art (Lumbal- und Hirnpunction, Encephalogramm), das Anfassen und der Transport selbst-, gemein- und fluchtgefährlicher Kranker stand ebenso auf dem Lehrplan wie Dauerbäder und Packungen, Krankenbeobachtung, Berichterstattung und Berufserziehung.<sup>729</sup> Die 1. Fortbildungstagung für das psychiatrische Pflegepersonal des LKH Neustadt fand an der Universitäts-Nervenlinik in Göttingen im März 1959 statt. Mit dem Verweis auf die „dringenden

---

<sup>728</sup> Entwurf zu einer Nerven- und Gemütskrankenpflegeverordnung 1948. LASH: Abt. 611/ 1508.

<sup>729</sup> Vgl. Ebd.

Erfordernissen unserer Zeit“<sup>730</sup> wurde für drei Pflegekräfte aus Neustadt die Reisekostenübernahme beantragt.

## **7.2 Personalentwicklung - Kontinuitäten im Neuanfang**

Das Pflegepersonal stand als Bindeglied zwischen Arzt und Patient. Als Weisungsempfänger ärztlicher Anordnungen übermittelte das Pflegepersonal diese an die Patienten und führte sie an ihnen aus. Gegenüber den Patienten waren sie in der Umsetzung der ärztlichen Anordnungen weisungsberechtigt. In Anlehnung der traditionell starken Position des Anstaltsdirektors mussten auch die Leitungsfunktionen der Pflege, repräsentiert durch Oberin und Oberpfleger, als dominant beurteilt werden. Ihnen oblag die Aufsicht und Führung der stärksten Personalgruppe im LKH Neustadt, in ihrer Funktion wurden sie in anstaltsinterne Prozesse, z.B. in die Bauplanung einbezogen, waren aktiv in die Pflegeausbildung eingebunden und zumindest die Neustädter Oberin konnte als Vertreterin im Sonderausschuss von Fachkräften in der Geistes- und Gemütskrankenpflege gesundheitspolitischen Einfluss nehmen. Ärztliche und pflegerische Leitung waren in der Organisation des Anstaltsalltags unabdingbar aufeinander angewiesen.

Die leitende Oberschwester Meta Heumann (1944-1967) verpflichtete sich im Alter von 26 Jahren als Schülerin der Provinzial-Schwesternschule Schleswig-Holstein in der Landesheilanstalt Neustadt. Mit Ausnahme ihres Einsatzes als OP- und Stationsschwester in Bad Oldesloe (2.10.1929-10.12.1932) blieb sie als Haus-, OP- und Unterrichtsschwester von 1932 bis 1941 der Neustädter Anstalt verbunden. Ab 1941 zunächst als Oberschwester im Wehrmachts-Sanitätsdienst im Kriegslazarett 528/R der Heeresgruppe B tätig, wurde sie dort Feldoberin. Mit einem erfolgreich abgeschlossenen Lehrgang an der „Werner-Schule“<sup>731</sup> in Göttingen kehrte sie als Leitende Oberschwester der DRK-Schwesternschaft Hamburg Altona Helenen-Stift 1944 nach Neustadt zurück und wurde dort am 1.10.1953 zur Oberin ernannt. Schon früh bescheinigten Vorgesetzte der jungen Schwester:

---

<sup>730</sup> Antrag des Medizinaldirektors Rücker-Emden an den Innenminister des Landes Schleswig-Holstein vom 31. Januar 1959 für die beiden Pfleger Vogelsang und Schmidtke und Unterrichtsschwester Stier. Vgl. Personalakte Vogelsang. Archiv Ameos Neustadt.

<sup>731</sup> DRK Werner-Schule, Abteilung I: Schule zur Ausbildung von Schwestern für leitende Stellungen. Vgl. Personalakte Meta Heumann, Ameos Archiv Neustadt.

Sie hat vom 1.10.1929-1.12.1932 die Männerstation im Kreiskrankenhaus Oldesloe geleitet, und zwar stets zu unserer grossen Zufriedenheit. Sie hatte stramme Ordnung und bald die Sicherheit einer alten Stationsschwester, die durch taktvolles Eingreifen in dringenden Krankheitszuständen das Richtige traf, und dadurch dem Arzt die Arbeit erleichterte.<sup>732</sup>

Der Personalfragebogen der britischen Alliierten zur Parteizugehörigkeit fand sich nicht in der Personalakte. Ob Meta Heumann als beförderte Pflegeleitung eines Provinzialverbandes nach einer NS-Fortbildung Mitglied der NSDAP gewesen war, muss offen bleiben. Der Organisationsgrad des Pflegepersonals am LKH Neustadt innerhalb der NSDAP oder Parteiuntergruppen ließ sich bei der Archivrecherche der Personalakten nur in wenigen Einzelfällen nachweisen. Für den Organisationsgrad des Pflegepersonals kann auf die Aufstellung bei Hanrath aus der Gütersloher Anstalt verwiesen werden, die für das Pflegepersonal eine Parteizugehörigkeit von 30% nachweist. Eine deutliche Geschlechter-Differenzierung beim einfachen Pflegepersonal konnte zwischen Pflegern mit 45% Parteizugehörigkeit zu Schwestern mit 3% aufgezeigt werden.<sup>733</sup> Meta Heumann, als Oberin früh in die Entwicklung der Geisteskrankenpflege involviert, lobte die Ausbildung in der Geisteskrankenpflege zu Zeiten des Provinzialverbandes vor 1933 und konnte im Vergleich der Prüfungsthemen in der Krankenpflege zwischen 1928, 1933, 1952 sowie 1955 (Vgl. Kap.6.3) nachweislich wenig Einfluss auf eine Intensivierung der psychiatrischen Prüfungsthemen, z.B. zur Pflege nehmen.

Hingegen unterstützte sie bereits 1945 den Aufbau einer eigenen Schwesternschaft im LKH Neustadt, da Neustadt als Außenstation des DRK-Mutterhauses Altona von der dortigen Schwesterneinteilung abhängig war und Altona den Schwesternbedarf im LKH Neustadt langfristig nicht abdecken konnte.

Es wäre zu wünschen, daß eine so große Anlage wie das Landeskrankenhaus Neustadt sich den Nachwuchs seiner Schwestern selbst heranbildet. Größere Krankenhäuser haben darum fast überall eigene Schwesternschaften, denn ein so großes Krankenhaus kann als Außenstation auf die Dauer nicht mit Schwestern versorgt werden. Eine eigene Schwesternschaft setzt allerdings voraus, daß für die Schwestern ein Schwesternhaus vorhanden ist, in dem sämtliche Schwestern und Schülerinnen wohnen.<sup>734</sup>

Bei ihrer Verabschiedung in den Ruhestand wurde 1967 der besondere Verdienst um den Wiederaufbau des Schwesternwesens gewürdigt.

---

<sup>732</sup> 1.12.1932. Zeugnisseintrag des Ltd. Arztes des Kreiskrankenhauses Bad Oldesloe.. Personalakte Meta Heumann, Ameos Archiv Neustadt.

<sup>733</sup> Zum parteipolitischen Engagement der Mitarbeiter der Gütersloher Anstalt: Hanrath (2002), S. 69-73, hier S. 72.

<sup>734</sup> Stellungnahme der Oberschwester Meta Heumann zur Versorgung des Landeskrankenhauses mit weiblichen Pflegekräften am 22.11.1945. Vgl. Archiv Ameos Neustadt: Az. III C1.

Ihr sei es gelungen, den Krankenpflagedienst funktionsfähig zu halten. Dank ihrer hervorragenden Persönlichkeit und ihres großen Einfühlungsvermögens, gepaart mit Takt und Weitsicht, habe sie auch in schwierigen Fällen immer einen Ausgleich gefunden. Ihrer Initiative sei es zu danken, daß am Landeskrankenhaus eine Krankenpflegeschule mit Schwesternvorschule entstand, deren Existenz dazu geführt hat, daß es am Landeskrankenhaus keine Nachwuchssorgen im Schwesternberuf gab.<sup>735</sup>

Für den männlichen Pflegebereich stand Jan Hindrik Vogelsang (1937-1959<sup>736</sup>) in der Funktion des leitenden Oberpflegers. Nach der Ausbildung zum Landwirt und Erzieher arbeitete Vogelsang zunächst als geprüfter Pfleger in der Heil- und Pflegeanstalt Rotenburg (1931-1937). Seinem Wunsch nach Versetzung in die Neustädter Anstalt wurde 1937 entsprochen. Im Juli 1939 erfolgte die Einberufung zur Wehrmacht, der er als Sanitätsgefreiter bis zum 1.9.1945 angehörte. Ungeachtet der Tatsache, dass Vogelsang bereits 1934 Mitglied der SA<sup>737</sup>, des DAF und NSV und 1937 Mitglied der NSDAP wurde, stufte ihn der Entnazifizierungsausschuss des Landkreises Oldenburg/ H. Anfang 1949 als Entlasteten der Kategorie V ein. Auch in Schleswig-Holsteins Anstalten musste ein nach Hanrath für Westfalen belegtes „genuines Interesse“<sup>738</sup> am Erhalt qualifizierten Personals bestanden haben, wie im Falle Vogelsangs deutlich wird. Die nach Vollhals aufgezeigten Entnazifizierungsphasen der Briten<sup>739</sup> entlasteten Vogelsang vor dem Oldenburger Kreisausschuss 1949 und entsprachen somit dem gesellschaftspolitischen Klima der „Schlussstrichmentalität“. Wenige Monate später wurde Vogelsang im Einvernehmen mit dem Betriebsrat am LKH Neustadt zum Stellvertreter des Oberpflegers bestellt. 1951 wurde er Oberpfleger. Die Vertrauensstellung des Oberpflegers zeichnete sich durch eine enge Zusammenarbeit mit der ärztlichen Leitung aus, die sich nicht allein auf die Patientenversorgung beschränkte.

Der Besuch einer dreiköpfigen Abordnung aus der in der Sowjetzone gelegenen Anstalt Uchtspringe im LKH Neustadt 1955 machte die Einbindung des leitenden

---

<sup>735</sup> Zit. nach: Neustädter Tageblatt vom 5.4.1967. In: Personalakte Meta Heumann. Aneos Archiv Neustadt.

<sup>736</sup> Das Jahr 1959 findet sich als letzter Eintrag in der Personalakte. Ein Dienstverhältnis bis in die 1960er Jahre ist aufgrund des Alters Vogelsangs durchaus anzunehmen, ließ sich aber nach Aktenlage über 1959 nicht nachweisen. Vgl. Personalakte Jan H. Vogelsang. Aneos Archiv Neustadt.

<sup>737</sup> Ab 1938 als Sturmmann. Personalakte Jan H. Vogelsang. Aneos Archiv Neustadt.

<sup>738</sup> Hanrath (2002), S. 86.

<sup>739</sup> Bezugnehmend auf die auf der Konferenz von Jalta im Februar 1945 festgelegte Säuberung der deutschen Wirtschaft und Verwaltung, galten die strikten Entlassungen ohne Anhörung und Widerspruchsrecht unter britischer Besatzung zunächst all denjenigen, die vor dem 1.4.1933 NSDAP-Mitglied oder ein höheres Amt in SA, SS, HJ oder Reichsdienst bekleidet hatten. Ab 1946 erfolgte unter Einbeziehung deutscher Behörden auf Kreis- und Bezirksebene die Anhörung, die den Briten Empfehlungen der Kategorien „muss entlassen werden“, „kann entlassen werden“ oder „einwandfrei“ zur abschließenden Beurteilung vorlegten. Ab Mitte 1947 wurden die Verfahren verstärkt deutschen Behörden überlassen. Vgl. Vollhals, Entnazifizierung (1991), S. 25 ff.

Pflegepersonals selbst in anstaltspolitische Bereiche deutlich. Ein Dankeschreiben der Uchtspringer Anstaltsabordnung bezog sich auf einen zukünftigen Austausch:

[...] Ich würde es begrüßen, wenn sich durch unseren dortigen Besuch für die Zukunft eine gute Verbindung zwischen Euch und uns herstellen würde. Des weiteren würde ich mich persönlich freuen, wenn einige Kolleginnen und Kollegen einmal zu uns kämen, um sich von unseren Errungenschaften, unserer Arbeit wie auch unserem gesellschaftlichen Leben überzeugen würden. Ich bin der festen Überzeugung, daß wir in fachlicher, finanzieller und auch in arbeitsschutzmäßiger Hinsicht Euch einen guten Eindruck vermitteln könnten.<sup>740</sup>

Oberpfleger Vogelsang leitete dieses Schreiben zur Überprüfung durch das Amt für Verfassungsschutz direkt an die Verwaltung des LKH Neustadt weiter. Damit griff er nur das Misstrauen Dr. Rücker-Embdens gegenüber dieser deutschen Abordnung aus der Sowjetzone auf, der zunächst im zuständigen Ministerium nachfragte, ob diesem Besuch stattgegeben werden sollte.<sup>741</sup> Obwohl die Abordnung bereits aus dem Krankenhaus Lübeck-Ost telefonisch angekündigt worden war und auch die Schleswiger Anstalt besichtigen wollte, vermerkte Rücker-Embden: „Aus Uchtspringe ist im Ganzen eine Abordnung von 20 Mann hier, die nach außen als Sportler getarnt sind. Der Lübecker Senat soll diese Sache finanziell unterstützt haben.“<sup>742</sup>

Eine lückenlose Personalbestimmung kann für das LKH Neustadt aufgrund fehlender Verwaltungsnachweise für die Zeit 1945-1950 nicht nachgezeichnet werden. Der Personalbestand an Pflegekräften ließ sich erstmals im Februar 1946 - ohne die noch in der Wehrmacht befindlichen Gefolgschaftsmitglieder - für Neustadt ermitteln. Demnach blieben 30% der insgesamt 274 Planstellen im gesamten Pflegebereich Anfang 1946 im LKH unbesetzt.<sup>743</sup> Deshalb sah der künftige Bedarf bereits nach Kriegsende 1945 unter Zugrundelegung der Normalbelegung eines Landeskrankenhauses im Bereich des männlichen Pflegepersonals drastische Kürzungen vor.

Durch Pensionierung infolge Erreichung der Altersgrenze oder durch Krankheit werden 6-8 Pfleger in Abgang kommen, so daß 35-40 Pfleger in ihrem Beruf nicht unterzubringen sind. Diese Zahl befindet sich z.Zt. noch bei der Wehrmacht, darunter ein Teil als vermißt. Ob durch den politischen Fragebogen grössere Ausfälle zu erwarten sind, ist noch nicht zu übersehen. [...]Die Weiterbeschäftigung zu den bisherigen Anstellungsbedingungen ist in wirtschaftlicher

---

<sup>740</sup> 15.9.1955. Kurt Kretschmer aus der Anstalt Uchtspringe an den Neustädter Kollegen Freitag. Ob es sich bei diesen Personen um Ärzte oder Pfleger gehandelt hat, kann aus den Akten nicht abgeleitet werden und muss offen bleiben. Ameos Archiv Neustadt: Az.: 21 C7.

<sup>741</sup> Der Verfassungsschutz genehmigte den Besuch der Abordnung aus Uchtspringe im LKH Neustadt mit dem Verweis, politische und standesrechtliche Fragen zu vermeiden. Ameos Archiv Neustadt: Az. C 21.

<sup>742</sup> 24.9.1955. Dr. Rücker- Embden an den Innenminister in Schleswig-Holstein. Ameos Archiv Neustadt: Az. 21 C7.

<sup>743</sup> Vgl. Ameos Archiv Neustadt: Az. A6.

Hinsicht nicht tragbar. Wir sind an sich bereit, Arbeitsplätze im Betrieb mit diesen Kräften zu besetzen. Es handelt sich aber ausnahmslos um Stellen, die nur zu Lohnbedingungen für ungelernete Arbeiter in Frage kommen.<sup>744</sup>

Nach ihrer Rückkehr aus dem Krieg führte das männliche Pflegepersonal z.T. die Arbeiten aus, die vormals psychiatrische Patienten zur Aufrechterhaltung des Versorgungsalltags zwischen 1942 und 1945 zu leisten hatten. Der Personalbestand blieb auch aufgrund der hohen Personalfuktuation problematisch. So schieden vermehrt Schwestern auf eigenen Wunsch aus, wurden von ihren Schwesternschaften abgezogen<sup>745</sup> oder ein erhöhter Krankenstand des Pflegepersonals erschwerte die Versorgungssituation.<sup>746</sup> Dazu kamen die im Entnazifizierungsverfahren verzögerten Wiedereinstellungen ab 1946 oder die Entlassungen durch die britische Militärbehörde.<sup>747</sup> Zwischen Dezember 1945 und Dezember 1946 lassen sich ohne Angabe weiterer Gründe die Entlassungen von vier Pfleger aus Neustadt durch die britische Militärregierung nachweisen,<sup>748</sup> die in der ersten Phase der säuberungspolitischen Intervention unter Ausschluss deutscher Behörden ohne Anhörung und Widerspruchsrecht entschied.<sup>749</sup> In weiteren Phasen wurden deutsche Behörden zunächst ab 1.1.1946 stärker in den Entnazifizierungsprozess eingebunden,<sup>750</sup> um bis zur allgemeinen Amnestie der Militärregierung zum 1.6.1948 ausschließlich von deutschen Stellen überprüft zu werden. Für den 1949 bestellten Abteilungspfleger und 1951 zum Oberpfleger bestellten Jan Hindrick Vogelsang hatte die Mitgliedschaft in der NSDAP (1937-1945) und der SA (1934-1945) selbst als Sturmmann 1938 im

---

<sup>744</sup> 30.8.1945. Direktor Dr. Cornils an den Oberpräsidenten des Provinzialverbandes. Entgegen der 96 Stellen 1945 sah die Planung weiterhin lediglich 50 Pfleger in Beschäftigung vor. Essenfahren, Botendienste, Geländewache, Pfortnerdienst oder Geländepflege fielen unter diesen Arbeitsbereich. Ameos Archiv Neustadt: Az. III A21.

<sup>745</sup> Viele der DRK-Schwestern waren von anderen Mutterhäusern aus dem ehemaligen Reichsgebiet nach Neustadt ausgeliehen worden und wurden nach kürzerem oder längerem Arbeitseinsatz abgezogen. Ameos Archiv Neustadt: Az. III C1.

<sup>746</sup> Im November 1945 schieden 3 Schwestern und ein Pfleger auf eigenen Wunsch aus dem Dienst im LKH Neustadt aus. Der krankheitsbedingte Ausfall lag bei den Schwestern im selben Monat bei 17 Kräften, wobei ein Krankenstand von über 14 Tagen zugrunde gelegt wurde. Vgl. Ameos Archiv Neustadt: Az. A6.

<sup>747</sup> Zwei derartige Personalentlassungen wurden erstmals im November 1945 ohne Angaben des Berufsgrades dokumentiert. Vgl. Ameos Archiv Neustadt: Az. A6.

<sup>748</sup> 2 Pfleger wurden im Dezember 1945 entlassen, zwei weitere Pfleger im Oktober und Dezember 1946. Weitere Angaben zu diesen namentlich aufgeführten Pflegern ließen sich nicht recherchieren, da die Personalakten der Pfleger nicht im Verwaltungsarchiv hinterlegt sind. Ameos Archiv Neustadt: Az. A6.

<sup>749</sup> Als Entlassungsgründe galten die NSDAP-Parteizugehörigkeit vor dem 1.4.1933, ein Parteiamt oder die Mitgliedschaft in NS-Gruppierungen wie SS, SA, HJ. Vgl. Vollnhals, Entnazifizierung (1991), S. 25ff.

<sup>750</sup> Vgl. Kontrollratsdirektive Nr. 24 vom 12.1.1946. Hanrath (2002), S. 68.

Entnazifizierungsausschuss im Februar 1949 somit keine Auswirkungen.<sup>751</sup> Ohne Angabe von Gründen weisen die Quellen zwei Suspendierungen durch die Provinzialverwaltung aus. Ein bei Hanrath für die PHA Gütersloh beschriebenes Entgegenkommen der Provinzialverwaltung Schleswig-Holsteins gegenüber den Urteilen der Militärregierung als vertrauensbildende Maßnahme, der sich für das LKH Neustadt im Falle eines Pflegers einer zusätzlich zur Entlassung ausgesprochene Suspendierung durch die Provinzialverwaltung bestätigt.<sup>752</sup> Dass die Provinzialverwaltung lediglich Suspendierungen aussprach, mochte der Möglichkeit einer späteren Wiedereinstellung geschuldet gewesen sein, generelle Entlassungen erfolgten ausschließlich durch die britische Militärbehörde.

Die insgesamt 91 Planstellen des männlichen Pflegepersonals konnten 1946 zunächst nur zu ca. 60% besetzt werden. Zum einen befanden sich Pfleger noch im Wehrdienst, warteten auf die Wiedereinstellungsgenehmigung der britischen Behörden oder konnten zum anderen aufgrund von z.B. Tbc-Erkrankungen ihren Dienst nicht antreten. Bei den Vollschwestern wurde die Planstellenerfüllung von 90 Stellen nahezu erreicht und schloss die Nachtwachen mit ein. Wie knapp die Besetzung der Nachtwachen mit sechs Stellen insgesamt auch in den Folgejahren organisiert war, machte die Eingabe eines Abteilungsarztes der Psychiatrie 1948 gegenüber dem Ärztlichen Direktor deutlich, der offen Kritik an der Pflegedienstleitung übte:

Von den Patienten, sowie von der Stationsschwester der neurologischen Station wird in zunehmendem Masse Klage geführt über die unzureichende Betreuung der Patienten bei Nacht. Die für das gesamte Haus 3 (Frauenklinik und Neurologie) nachts eingesetzte Nachtwache ist entgegen der Ansicht der Oberschwester nicht in der Lage, beide Seiten zufriedenstellend zu versorgen. Eine bereits vor mehreren Monaten diesbezüglich unsererseits geführte Beschwerde bei der Oberschwester wurde als unbegründet zurückgewiesen. Die Nachtwache gibt an, dass die Versorgung frischoperierter Frauen und die Versorgung der Kleinkinder auf der Frauenabteilung sie dermassen in Anspruch nehmen, dass es ihr nicht möglich sei, jederzeit für die Nervenabteilung zur Verfügung zu stehen.<sup>753</sup>

---

<sup>751</sup> H. Vogelsang wurde als Entlasteter der Kategorie V eingestuft. Vgl. Personalakte Jan H. Vogelsang. Ameos Archiv Neustadt.

<sup>752</sup> Die zuständige Landesverwaltung in Westfalen wies die Gütersloher Anstaltsleitung darauf hin, die Entnazifizierungsanweisungen der britischen Besatzer gewissenhaft umzusetzen und ggf. Kündigungen auszusprechen seien. Für Schleswig-Holstein lassen sich durch die Landesverwaltung nur Suspendierungen nachweisen. Vgl. Hanrath (2002), S. 86.

<sup>753</sup> 23.9.1948. O.V. an den Ärztlichen Direktor des LKH Neustadt Auf der psychiatrischen Abteilung wurden Patienten mit Epilepsie, Gelähmte, Patienten im Dauerschlaf, leicht unruhige Patienten, aber auch sehr unruhige, halbwüchsige Kinder demnach nur unzureichend betreut und konnten keine pflegerische Soforthilfe in Anspruch nehmen. Die leitende Oberschwester war zu diesem Zeitpunkt Schwester Meta Heumann, die 1953 Oberin wurde. Archiv Ameos Neustadt: Az.: III A21.

Offene Kritik des medizinischen Personals, das für die psychiatrischen Patienten nachts eine verbesserte Pflege einforderte. Dass die ärztliche Stationsleitung die Missstände entgegen der Einschätzung der Oberschwester schriftlich an den Ärztlichen Direktor leitete, spricht für eine unzureichende Versorgungslage der psychiatrischen Patienten in der Nacht, die Präferenz somatisch Kranker in der Pflege und zeigt das starke Machtgefüge der Pflegeleitung gegenüber Kritik von Patienten, Pflegepersonal und selbst Ärzten auf.

Für die drei Häuser der psychiatrischen Abteilung waren 1947 vier Schwestern, 12 Pflegerinnen und 28 Pfleger beschäftigt. 1953 hatte sich die Pflegesituation dahingehend entwickelt, dass 105 Pflegekräfte insgesamt für die ca. 500 Patienten der psychiatrischen Abteilungen tätig waren.<sup>754</sup> Wie die Übersicht Abb.14 veranschaulichen soll, ergaben sich Schwankungen des Personalbestands in der Psychiatriepflege zwischen 1953-1957 vor allem beim weiblichen Personal. Der deutliche Rückgang des in der sogenannten „Irrenpflege“ tätigen Pflegepersonals wurde 1960 und 1963 durch die in den Quellen erstmals aufgeführten Hilfskräfte in der Psychiatrie kompensiert. Auffällig muss der deutliche Rückgang der Pflegeausbildung gewertet werden, der die zukünftige Qualifikation des psychiatrischen Pflegepersonals gegenüber zunehmend ungelernten Hilfskräften in Frage stellt. Obwohl bereits Ende 1949 der Plan bestand, die im Neustädter LKH arbeitenden DRK-Schwwestern durch die Einstellung von freien Schwestern zu ersetzen, argumentierte das DRK-Mutterhaus Helenenstift zunächst erfolgreich dagegen und verwies auf einen mit dem Neustädter Betriebsrat gültigen DRK-Schwwesternvertrag:

Vereinzelt hier aufgetretene freie Schwestern sind hinsichtlich ihrer Leistungen, ihrer Arbeitsfreudigkeit und Ausdauer hinter DRK-Schwwestern zurückgeblieben. Ein Wechsel der gesamten Schwesternschaft wäre für das Landeskrankenhaus eine Katastrophe. Es würde mit der Gefahr eines unerwünscht häufigen Wechsels der Schwestern gerechnet werden müssen.<sup>755</sup>

---

<sup>754</sup> Der psychiatrische Patientenbestand 1953 betrug am 1.1.1953 476 Patienten, am 1.12.1953 521 Patienten. Vgl. LASH: Abt. 611/ 1459; 611/ 1460; 611/ 1461; Ameos Archiv Neustadt: Az. III A21; Az. 200-0.

<sup>755</sup> Zit. n. : Oberin Heumann an das Innenministerium - Abt. Gesundheit - vom 25.11.1949. Ameos Archiv Neustadt. : Az.: III C1.

LKH	31.12.1953	31.12.1954	31.12.1956	31.12.1957	1960	1963
„Irrenpflege“	69 m/36 w	82 m/44 w	76 m/29 w	79 m/ 36 w	51 m/28 w	66 m/ 26 w
„Irrenpflegeausbildung“		16 m/13 w	14	21 m/ 8w	5 w	
Hilfskräfte Psychiatrie					63m/ 42w	71m/ 78w
Sozialdienst/Fürsorge		ja	2 w	ja	2 w	2w

Abb. 14: Stellenplan des Pflegepersonals 1953-1963<sup>756</sup>

1953 wurde die Verwaltung mit einem differenzierten Erhebungsformblatt des Statistischen Landesamts Schleswig-Holstein für den Jahresbericht der Landesgesundheitsabteilung des Ministeriums des Innern zur Krankenanstaltsstatistik aufgefordert. Detaillierte Beschreibungen zum Krankenbestand, Behandlungs- und Verpflegungstage sowie zum Personal differenzierten für den Pflegebereich erstmals zwischen Verbands- und freien Schwestern, trennten Kinder-, Kranken- und Irrenpflege und fragten nach erfolgter staatlicher Prüfung des Pflegepersonals. Von den 1953 angeführten 105 in der „Irrenpflege“ beschäftigten Pflegekräften (69 Männer/36 Frauen) verfügte keiner über eine staatliche Prüfung. Wie viele der 79 freien Schwestern, der drei Verbands- und fünf Mutterhausschwestern über Erfahrungen in der Geisteskrankenpflege verfügten, zeigte der Bericht nicht auf. 1954 konnten 29 Pflegekräfte ausgebildet werden, die vor dem Medizinal-Direktor, der Pflegedienstleitung und einem ärztlichen Kollegen aus einem weiteren LKH in Schleswig-Holstein eine verwaltungseigene Prüfung ablegten. Diese Differenzierung der „Irrenpflege“ ließ sich für 1955 bereits nicht mehr nachweisen, vielmehr wurde im Erhebungsbogen nach der „Irrenpflege mit verwaltungseigener Prüfung“ gefragt. Demnach gab es im LKH Neustadt nur noch staatlich geprüfte Irrenpfleger. 1956 erfragte das zuständige Innenministerium in einem gesonderten Formblatt nach dem Prüfungsstatus des Pflegepersonals und korrigierte den amtlichen Erhebungsbogen dahingehend. Eine nunmehr mögliche Differenzierung wurde von der LKH-Verwaltung für den statistischen Erhebungsbogen wiederum nicht vorgenommen. Den 1956 mittlerweile 625 psychiatrischen Betten stand ein Pflegepersonal von insgesamt 126 Kräften zur Verfügung: 11 mit staatlicher Prüfung, 83 mit verwaltungseigener Prüfung und 39 Pflegekräfte ohne verwaltungseigene Prüfung, darunter 14 Personen des Lernpflegepersonals.<sup>757</sup> 1956

<sup>756</sup> Vgl. Archiv Ameos: Az. III A2; Az. III A21; Az. 21 C7; Az. A6.

<sup>757</sup> Während die staatliche Prüfung zu 90 % von Frauen abgelegt wurde, lag der Anteil der Männer bei der verwaltungseigenen Prüfung bei 70%. Abzüglich des Lernpflegepersonals lag der Anteil des nichtgeprüften Pflegepersonals bei Frauen und Männern nahezu gleich. Eine für 1956 erfolgte Altersaufstellung der Pflegekräfte nach ihrem Geburtsjahr wies insgesamt 56 Pflegekräfte der Jahrgänge 1901-1910 und 44 Pflegekräfte der Jahrgänge 1931-1938 aus. Der männliche Anteil der Mitte 40-50-jährigen Pfleger lag bei 90%. Vgl. Ameos Archiv Neustadt: Az.: 21 C 7.

gab es keine unbesetzten Planstellen in der Pflege mehr. 1957 standen von den 115 in der Psychiatriepflege Tätigen 71 „staatlich Geprüfte“<sup>758</sup> und 44 „verwaltungseigene Geprüfte“<sup>759</sup> gegenüber. Diesen Angaben entsprechend wäre das LKH Neustadt 1957 nahezu mit 100% geprüftem Pflegepersonal in der Geisteskrankenpflege ausgestattet gewesen. Eine Entwicklung, die im Kontext des Entzerrungsprozesses mit der Ausweitung der psychiatrischen Abteilungen bei nahezu gleichbleibendem Patientenbestand zwischen 1955-1958 eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Patientenversorgung und Pflege bedeutete. Mit dem drastischen Patientenanstieg Ende 1958 endete dieser Zustand, 1960 war die Zahl der ausgebildeten Pflegekräfte stark rückläufig und die Verwaltung versuchte mit Hilfskräften massiv Abhilfe zu schaffen, um die psychiatrische Pflege zu gewährleisten.

Trotz bestandener verwaltungseigener Prüfung standen dem in der psychiatrisch-neurologischen Abteilung tätigen Pflegepersonal keineswegs die gleichen Rechte wie Krankenpflegepersonal zu, das z.B. an allgemeinen Krankenhäusern geschult wurde, obwohl im LKH Neustadt allgemeine Abteilungen vorhanden waren.<sup>760</sup> Geprüftes Pflegepersonal in Allgemeinen Krankenhäusern erhielt zudem auch je nach Trägerschaft ein deutlich höheres Einstiegsgehalt und Gehaltserhöhungen gegenüber geprüftem Personal in der Geisteskrankenpflege.<sup>761</sup> Der direkte Kontakt des Pflegepersonals zwischen Psychiatrie und somatischen Stationen im LKH Neustadt untereinander dürfte diesen Tatbestand deutlich gemacht haben und der Attraktivität der psychiatrischen Pflege in Neustadt nicht zuträglich gewesen sein. Für Dienste außerhalb des pflegerischen Tagesdienstes bemühte sich das LKH 1960, die Nachtwachen aus dem Bettenschlüssel ganz auszusparen. Sogenannte

---

<sup>758</sup> Ebd.

<sup>759</sup> Ebd.

<sup>760</sup> 26.2.1957. Antwortschreiben von Direktor Rücker-Embsen auf die Umfrage des Bayrischen Landesverbandes der Beamten und Angestellten an den Bayrischen Heil- und Pflegeanstalten. Vgl. Ameos Archiv Neustadt: Az. 21 A 17.

<sup>761</sup> So lag 1954 das Einstiegsgehalt der öffentlichen Träger bei dem geprüften weiblichen Pflegepersonal in der Allgemeinen Krankenpflege bei 315,- DM ggü. 289,- DM für die geprüften Schwestern in der Geisteskrankenpflege. Zwischen öffentlicher Hand, privaten Trägern und Innerer Mission differierten die Gehälter abermals sehr stark. In der Inneren Mission erhielt die geprüfte Schwester der Allgemeinen Krankenpflege 222,- DM Einstiegsgehalt und lag mit dem Höchstgehalt unter dem Einstiegsgehalt der Öffentlichen Hand von 315,- DM. Lediglich die privaten Träger wiesen in den Einstiegs- und Höchstgehältern die geringsten Unterschiede zwischen Allgemein- und Geisteskrankenpflege von 10,- DM auf. Vgl. BAK B 142, Nr. 757.

„Schlafwachen“<sup>762</sup> waren aufgrund der vielen gerichtlich eingewiesenen Patienten neben den Nachtwachen vor allem auf den psychiatrischen Männerabteilungen notwendig. Für die weiblichen Psychatriepatienten wurde wegen des ungünstigen Bettenschlüssels auf Schlafwachen verzichtet, da diese wegen des geregelten Freizeitausgleichs den Tagesdienst zu sehr belasteten.<sup>763</sup>

Im zeitlichen Längsschnitt wurde für die Psychiatrie im Neustädter LKH durchgehend ein Pflegenotstand beklagt. Zwar waren die Stellen planmäßig besetzt, jedoch wurde der Pflegeschlüssel als unzureichend angesehen und als Personalmangel titulierte. Anfang der 1950er Jahre verwies der Medizinal-Direktor Rücker-Embsen wiederholt in Schreiben an den Landesinnenminister auf den für das LKH festgelegten, aber völlig unzureichenden Pflegeschlüssel von 1:8 hin. Unter der besonderen Erschwernis eines 1.100 Bettenhauses mit 7 Fachabteilungen auf 11 Häuser verteilt, getrennt auf 16 Abteilungen (21 Abteilungen unter Berücksichtigung der Geschlechtertrennung) war die Möglichkeit einer gegenseitigen Vertretung und des Ausgleichs innerhalb des Pflegebestandes kaum möglich. Für die Psychiatrie machte Rücker-Embsen ein Pflegedefizit von 8 vollen Stellen aus, wobei krankheitsbedingte Ausfälle unberücksichtigt blieben. Gerade in der Psychiatrie sei Pflegepersonal als Urlaubsvertretung kaum ersetzbar und urlaubs- und krankheitsbedingte Ausfälle beim Personal würde zu 58-60 Stunden-Wochen bei gleichzeitiger Überforderung des Personals führen. Außerdem erhöhten Dienstzeiten von 6:30 Uhr bis 20 Uhr einschließlich zwei Freistunden, ein freier Nachmittag pro Woche ab 14 Uhr, vierzehntätig ein freier Sonntag, Urlaubszeiten für Vollschwwestern von 28 Tagen und Schwesternschülerinnen von 14 Tagen<sup>764</sup> keineswegs die Attraktivität des Pflegeberufes im Vergleich zu anderen Berufsgruppen. Nach den gesetzlichen Bestimmungen hatte die 60-Std. Woche für Pfleger entgegen der Arbeitszeitverkürzung für andere Berufsgruppen im Mai 1946 noch Gültigkeit.<sup>765</sup> Die Anpassung an die 48-Stunden-Woche auch in der Pflege gestaltete sich in der Praxis

---

<sup>762</sup> Anm.d. Verf.: Eine Schlafwache kann während des Dienstes im Haus schlafen und ist ggf. über eine Rufanlage zu erreichen. Im Gegensatz zur Nachtwache, die ihren Dienst durchgehend ohne Schlafpausen versieht.

<sup>763</sup> Die Zahl der Schlaf- und Nachtwachen war auf ein erforderliches Mindestmaß festgesetzt. Dennoch litt der Tagesdienst, da Nachtwachen immer noch in den bescheidenen Bettenschlüssel einbezogen wurden und Ausfälle durch Urlaub und Krankheit nicht annähernd durch teure Aushilfskräfte (aus Mangel an ledigem Personal wurden „teurere“, verheiratete Kräfte eingestellt) aufgefangen werden konnten. Vgl. Ameos Archiv Neustadt: Az.: III C5.

<sup>764</sup> Dienstzeiten und Urlaub für Schwestern im LKH Neustadt, Mai 1946. Vgl. Ameos Archiv Neustadt: Az. 21 A 19.

<sup>765</sup> Ebd.

des Anstaltsalltags schwierig und die reine Arbeitszeit belief sich weiterhin auf neun Stunden pro Tag, um den Anforderungen in der Pflege der Patienten überhaupt nachkommen zu können. Nachdem der Mangel an geeigneten Schwestern als Ersatz für ausscheidende Kräfte selbst durch die Mutterhäuser der Schwesternschaft nicht mehr gedeckt werden konnte, verwies der nunmehr für das Gesundheitswesen zuständige Innenminister im April 1952 auf die Unterstützung unbeschäftigter Schwestern und Reservekräften durch die Arbeitsämter, um die Patientenversorgung nicht weiter zu gefährden.<sup>766</sup> Der Bitte um eine Weihnachtsgratifikation der im LKH Neustadt zuständigen DRK-Schwernerschaft Helenenstift wurde trotz großer Unterstützung des Medizinal-Direktors Rücker-Embden vom Innenministerium hingegen nicht entsprochen. Rücker-Embden zeichnet eine Vergütungs-Schiefelage nicht nur innerhalb des Anstaltspersonals, sondern auch zwischen Schwesternschaften und freien Schwestern auf<sup>767</sup>.

Im Schreiben vom 21.11.52 bat ich, bei der diesjährigen Weihnachtszuwendung auch die Schwestern einzubeziehen. Nach soeben mündlich eingeholter Auskunft werden die Schwestern, Volontärärzte und Pflichtassistenten nicht beteiligt. Ich halte mich für verpflichtet, darauf hinzuweisen, daß hierdurch die ohnehin bestehende Mißstimmung noch vergrößert wurde und nunmehr auf die Öffentlichkeit übergreift.[...] Betrieblich gesehen ergibt sich der groteske Zustand, daß alle Arbeiter, Angestellte und Beamte bis zur höchsten Eingruppierung die Weihnachtszuwendung erhalten, während die Schwestern und Schwesternschülerinnen leer ausgehen. Alle Nachtwachen, Pflegerinnen und Hausmädchen erhalten diese einmalige Weihnachtszuwendung.<sup>768</sup>

Die berechtigte Befürchtung Rücker-Embden vor Unfrieden des Personals innerhalb des LKH richtete sich zudem auch auf die zukünftige Stellenbesetzung durch die DRK-Schwernern für sein Haus. Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen stand einer höheren Arbeitszeit, einem schlechteren Einkommen zudem die Ungleichbehandlung innerhalb der Schwesternverbände gegenüber. Da der Bitte um angemessene Stellenvermehrung in Neustadt in den Haushaltsentwürfen 1950-1952 nicht entsprochen wurde, sollte ein erneuter Appell an das zuständige Ministerium Änderungen herbeiführen. Für die 400 psychiatrischen Betten wurde der

---

<sup>766</sup> 28.4.1952. Schreiben des Innenministers an das LKH Neustadt Vgl. Ameos Archiv Neustadt: Az. III C1.

<sup>767</sup> Das DRK-Mutterhaus erhielt an Gestellungsgeldern ca. 100.000 DM weniger als vergleichsweise für „freie Schwestern“ aufgewendet werden musste. Die war für die im LKH Neustadt tätigen DRK-Schwernern umso bitterer, da die „freien Schwestern“ in Heiligenhafen nicht nur ein höheres Gehalt bezogen, sondern auch die Weihnachtsgratifikation erhielten. Vgl. Ameos Archiv Neustadt: Az. III C1.

<sup>768</sup> Für die 127 Schwestern ergab sich ein Betrag von 3.810 DM, für die 8 Volontärärzte und Pflichtassistenten ein Betrag von 405 DM. Der Direktor des LKH Neustadt an den Innenminister des Landes Schleswig-Holstein am 11.1.1952. Ameos Archiv Neustadt: Az. III C1.

Pflegeschlüssel von 1:6,5 und 62 Pflegeeinheiten angesetzt, für die 100 Betten der gerichtlich Untergebrachten einschließlich der 30 Plätze im Festen Haus ein Pflegeschlüssel von 1:2,5 und 40 Pflegeeinheiten. Um dem Pflegenotstand zu begegnen, forderte das LKH bereits 1950 erfolgreich die mangels freier Stellen im eigenen Haus nach Heiligenhafen versetzten vier Pfleger nach Neustadt zurück.

1954 ergab sich mit der Auflösung der Gynäkologie die Ausweitung der Psychiatrie auf 575 Betten. Der Verweis auf die Zunahme von Behandlungsfällen und die zusätzliche Besetzung der Wachsäle mit Pflegepersonal schlug sich in einer Forderung nach 6 neuen Stellen nieder. Bei inzwischen 115 gerichtlich Untergebrachten ergab sich bei einem Verhältnis von 1:3 der Bedarf von 38 Pflegeeinheiten, bei 150 Behandlungsfällen (75 Männer/ 75 Frauen) bei einem Verhältnis von 1:5 der Bedarf von 30 Pflegeeinheiten und bei den 310 Bewahrfällen (115 Männern/ 195 Frauen) bei einem Verhältnis von 1:8 der Bedarf von 39 Pflegeeinheiten. In Anlehnung der Bestrebungen für die Ärzte der Psychiatrisch-neurologischen Abteilung im LKH sah die Klinikleitung im Laufe der 1950er Jahre in der Übernahme in den Beamtenstand eine Aufwertung des Pflegeberufes. Das männliche Pflegepersonal der psychiatrisch-neurologischen Abteilung verlor mit der Machtergreifung der Nationalsozialisten 1933 durch das Beamtenänderungsgesetz vom 30.6.1933 seinen bis dahin generellen Beamtenstatus. Den bereits ernannten planmäßigen Pflegern wurde der Dienst zum Zwecke der Änderung des Dienstverhältnisses (Übernahme in das Angestelltenverhältnis) gekündigt. Neueinstellungen nach 1945 erfolgten nur im Angestelltenverhältnis. Das Verhältnis zwischen beamtetem und angestelltem Personal hatte sich für die psychiatrische Abteilung verschoben, die Stellenbesetzung insgesamt blieb unter Berücksichtigung der Arbeitszeitverkürzungen bei fast halbierten Bettenzahl gegenüber den 1930er Jahren nahezu konstant.<sup>769</sup>

Entgegengesetzt zu den für die Opfer der NS-Psychiatrie langwierigen und oftmals vergeblichen Wiedergutmachungsverfahren machten insgesamt 29 Neustädter

---

<sup>769</sup> 1930 waren bei 1153 Betten 9 Ärzte, 1 Oberin, 2 Oberpfleger, 56 Pfleger, 2 Abt. Pflegerinnen und 17 nichtplanmäßige Pfleger verbeamtet; 40 Lernpfleger, 1 Abt. Pflegerin, 47 Pflegerinnen und 66 Schwestern angestellt/ 1935 waren bei 1158 Betten 8 Ärzte, 1 Oberin, 4 Oberpfleger, 54 Pfleger und 1 Abt. Pflegerin verbeamtet; 71 Pfleger, 43 Pflegerinnen und 63 Schwestern angestellt/ 1955 waren bei 625 Betten 2 Ärzte, 2 Oberpfleger und 23 Pfleger verbeamtet; 5 Ärzte und 199 Pfleger, Pflegerinnen und freie Schwestern angestellt. Aufstellung des Verwaltungsdirektors des LKH Neustadt an den Innenminister des Landes Schleswig-Holstein vom 20.11.1954. Vgl. Ameos Archiv Neustadt: Az. III A2.

Psychiatrie-Pfleger in den Jahren 1956/57 sogenannte „Wiedergutmachungsanträge zur Regelung der Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts für Angehörige des öffentlichen Dienstes“<sup>770</sup> für sich geltend und forderten die Übernahme in das Beamtenverhältnis:

In der Ernennung zum nicht planmässigen Beamten sahen wir eine Zusicherung, uns bei normalem Verlauf unseres Dienstverhältnisses als Beamte auf Lebenszeit anzustellen. Diese Zusicherung ist u.E. vom damaligen Staat einseitig und rechtswidrig aufgehoben worden. Diese einseitige Massnahme stellt einen Verstoss gegen Treu und Glauben dar.[...] Sollte uns vorgeworfen werden, dass wir durch Eintritt zur N.S.D.A.P. oder Gliederungen den damaligen Staat aktiv unterstützten, so möchten wir von vornherein darauf hinweisen, dass es hinlänglich bekannt ist, unter welchem Zwang Angehörige des öffentlichen Dienstes seiner Zeit standen.<sup>771</sup>

Da von der Änderung des Angestelltenverhältnisses auch diejenigen erfasst wurden, die dem NS-Regime nahe standen, galt das Beamtenrechtsänderungsgesetz von 1933 für sämtliche in Betracht kommenden Bediensteten ohne Ansehen ihrer politischen Einstellung. Eine politische Schädigung war somit keineswegs erfüllt und aufgrund bundesweit übereinkommender Einstellungen wurden Beamtenstellen lediglich für das Oberpflegepersonal als vertretbar angesehen.<sup>772</sup>

### **7.3 Qualifikation gegen den Mangel – Psychiatrische Ausbildung 1928, 1933, 1952 und 1955<sup>773</sup> - ein Vergleich**

Die Bemühungen von ärztlicher und pflegerischer Leitung zur Verbesserung der Patientenversorgung lagen u.a. in der Pflegequalifikation. Um eine Entwicklung in diesem Bereich nachvollziehen zu können, wird anhand der zur Verfügung stehenden Prüfungsunterlagen im Folgenden untersucht, wie sich psychiatrische Ausbildung und Prüfungen vor, während und nach der Zeit des Nationalsozialismus im Neustädter LKH entwickelt bzw. verändert haben. Spiegelt sich die 1948 im Gesetzesentwurf zur Nerven- und Gemütskrankenpflegeverordnung vorgesehene Gleichrangigkeit der zweijährigen theoretischen und praktischen Ausbildung von allgemeiner Krankenpflege und Geisteskrankenpflege in den Prüfungen wieder? Die verwaltungseigenen Prüfungen in der 1942 zum Landeskrankenhaus umgewidmeten ehemaligen Heil- und Pflegeanstalt erfolgten im Beisein der Anstaltsleitung, eines

<sup>770</sup> 14.12.1956. Ameos Archiv Neustadt: Az. III A2.

<sup>771</sup> 14.12.1956. Antrag von 4 Pflegern an das Landesentschädigungsamt in Kiel. Ebd.; weitere 25 Wiedergutmachungsanträge von Pflegern folgten im April 1957. Ebd.

<sup>772</sup> 4.5.1957. Stellungnahme des Landesinnenministeriums an das LKH Neustadt. Vgl. Ameos Archiv Neustadt: Az. III A2.

<sup>773</sup> Für weitere Jahrgänge des Untersuchungszeitraums lagen keine differenzierten Prüfungsunterlagen vor. Lediglich die Gesamtnoten des Pflegeexams wurden ab 1956/57 dokumentiert.

Vertreters einer weiteren Anstalt des Provinzialverbandes, der Pflegedienstleitung<sup>774</sup> und beteiligter Unterrichtsärzte. Diese Prüfungen blieben für die zu untersuchenden Jahrgänge in den Prüfungskategorien nahezu identisch. 1928 bestand die Prüfung in der rein psychiatrisch belegten Landesheilanstalt Neustadt aus einer schriftlichen Arbeit zur allgemeinen Krankenpflege, lediglich ein Thema befasste sich mit der Geisteskrankenpflege.<sup>775</sup> Es folgte die psychiatrische Krankenbeobachtung und die mündliche Prüfung mit je zwei Fragen zur allgemeinen und psychiatrischen Krankenpflege.

Die Prüfungsunterlagen 1933 erweiterten den schriftlichen Teil um einen praktischen Teil. Für beide Prüfungsteile standen den Prüflingen jeweils zwei Stunden Zeit zur Verfügung. Im direkten Anschluss an diesen ersten Prüfungsblock folgte die Krankenbeobachtung über 24 Stunden, am Folgetag die mündliche Prüfung. Die Geisteskrankenpflege spielte mit Ausnahme der psychiatrischen Krankenbeobachtung im Prüfungsteil 1933 eine untergeordnete Rolle. 1933 enthielten die 15 Prüflinge in der schriftlichen, praktischen und mündlichen Prüfung gegenüber der allgemeinen Krankenpflege insgesamt fünf Fragen zur Geisteskrankenpflege.<sup>776</sup> Gegenüber den Pflegeprüfungen von 1928 lässt sich ein geringerer Bezug der Prüfungsfragen auf die auch 1933 ausschließlich psychiatrischen Patienten in der Neustädter Anstalt ausmachen. Das für die Ausbildung des Pflegepersonals unverzichtbare Krankenpflegelehrbuch von 1909 wurde in seiner 11. Auflage 1937 grundlegend gemäß NS-Ideologie neu bearbeitet und in weiteren vier Auflagen zwischen 1939-1943 den Kapiteln Volk und Rasse, Erb- und Rassenpflege und Maßnahmen der Rassenpflege oberste Priorität eingeräumt.<sup>777</sup> Auch wenn diese Themenbereiche nach 1945 in der Ausbildung

---

<sup>774</sup> Für die angeführten Jahrgänge waren immer der Medizinaldirektor – 1928 und 1933 Dr. Walther, 1952 und 1955 Dr. Rücker-Emden – 1928 und 1933 ein Abteilungspfleger, 1952 und 1955 die Pflegedienstleitung – Oberin Heumann und Oberpfleger Vogelsang – als Prüfungskommission tätig.

<sup>775</sup> Neben den Themen der allgemeinen Krankenpflege: Sinnesorgane, Blut, Muskeln und Bau der Knochen oder „Weshalb kann ich den Menschen mit einer Dampfmaschine vergleichen“ lautete die Prüfungsfrage im schriftlichen Teil zur Geisteskrankenpflege für einen Prüfling: „Wie habe ich mich bei der Aufnahme eines Geisteskranken zu verhalten“? Vgl. Ameos Archiv Neustadt: Az. 21 C7.

<sup>776</sup> Der psychiatrisch relevante Fragenkomplex beinhaltete 1933 die Prüfungsbereiche Gehirn, Pflege der unruhigen und gewalttätigen Geisteskranken, zweimal die Frage Verhalten bei Suizid durch Erhängen und zum Nervensystem. Ameos Archiv Neustadt: Az. 21 C7.

<sup>777</sup> Vgl. Schweikardt, C.: Zur Popularisierung nationalsozialistischer Erb- und Rasselehren in den amtlichen Krankenpflegebüchern zwischen 1933 und 1945. In: Westermann, S./ Kühl, R./ Groß, D. (Hg.): Medizin im Dienst der Erbgesundheit (2009), S. 127-141, hier S. 127.

ausgeklammert wurden, blieb das Lehrbuch bis zur Überarbeitung zunächst bis in die 1950er Jahren erhalten.

1952 kehrte die Prüfungskommission wieder zum Prüfungsmodus des Jahres 1928 zurück, neben der psychiatrischen Krankenbeobachtung gab es eine schriftliche und mündliche Prüfung, der praktische Prüfungsblock entfiel. Zunächst vereinheitlichte sich der schriftliche Prüfungsblock 1952 dahingehend, dass alle Prüflinge ein Zentralthema zur allgemeinen Krankenpflege und zur psychiatrischen Krankenpflege abhandeln mussten.<sup>778</sup> Die mündliche Prüfung umfasste insgesamt 4-5 Fragen, wobei 1-2 Fragen der Psychiatrie zuzuordnen waren. 1955 blieb das Prüfungsschema weitgehend erhalten.<sup>779</sup> Die mündliche Prüfung umfasste drei Fragen, davon eine zur Psychiatrie. Als Veränderung zu den vorherigen Prüfungsfragen bezogen sich die Themen nun verstärkt direkt auf psychiatrische Krankheitsbilder. Schwachsinn, endogene und exogene Psychosen, Schizophrenie, Epilepsie, Paralyse und Fragen zur Gesetzgebung z.B. aus dem Betäubungsmittelbereich waren u.a. Themen der mündlichen Prüfung.<sup>780</sup> Weitere Themenbereiche der eigentlich psychiatrischen Krankenpflege aus dem therapeutischen Bereich, wie z.B. die Arbeits- und Beschäftigungstherapie, die Schock- oder Insulintherapie oder der Umgang mit schwierigen und unruhigen Patienten, kamen in der Prüfung nicht vor.

Ein verändertes Bewusstsein der psychiatrischen Krankenpflege anzunehmen, dass durch genaue Kenntnisse der jeweiligen psychiatrischen Krankheitsbilder ein besseres Verständnis gegenüber den betroffenen Patienten zur Folge haben könnte, lässt sich aus dem insgesamt geringen Anteil der psychiatrischen Prüfungsthemen zur Pflegepraxis nur schwer herleiten. Die allgemeine Krankenpflege blieb als gleichrangiger Bestandteil in der Geisteskrankenpflege mit der Neuordnung der Nerven- und Gemütskranken-pflegeverordnung ab 1948 im Ausbildungsgang integriert. Die Prüfungsthemen der 1950er Jahre kamen diesem Anspruch nach, die im Lehrplan des Gesetzesentwurfs aufgeführten Themenkomplexe der praktischen Psychiatriepflege spiegelten sich in den Prüfungsthemen hingegen nicht wider. Möglicherweise passten sich die Prüfungsthemen der allgemeinen Krankenpflege an,

---

<sup>778</sup> Die Zentralthemen 1952 umfassten für die allgemeine Pflege den Verdauungsapparat, für die Geisteskrankenpflege die Rückenmarkspunktion. Aneos Archiv Neustadt: Az. 21 C7.

<sup>779</sup> Die beiden Zentralthemen 1955 umfassten die Bereiche Verdauung und Ernährung sowie Atmung und Kreislauf. Ebd.

<sup>780</sup> Aneos Archiv Neustadt: Az. 21 C7.

um eine Aufwertung der Geisteskrankenpflege gegenüber den Kollegen der allgemeinen Pflege zu erzielen. Die Leistungen der Prüflinge wiesen allerdings 1955 für den Bericht der psychiatrischen Krankenbeobachtung und der mündlichen Prüfung einen deutlich besseren Wert gegenüber dem allgemeinen Teil der schriftlichen Prüfung aus.<sup>781</sup> Während die Inhalte der Prüfungsthemen zu Beginn der 1950er Jahre zunächst keine Entwicklung einer intensivierten psychiatrischen Pflegeausbildung abbildeten<sup>782</sup>, konnte ab Mitte der 1950er Jahre zumindest eine verstärkte Berücksichtigung psychiatrischer Krankheitsbilder im Prüfungsblock nachgewiesen werden.



Abb. 15: Schwesternausbildung im neuen Schwesternwohnheim ab 1959<sup>783</sup>

#### 7.4 Psychiatrischer Pflegealltag - zwischen Theorie und Praxis

Die Diskussionen um Pflegeschlüssel, unzureichende Personalausstattung und eine entsprechende Pflegequalifikation zeigten sich als Konstante im Wiederaufbau der Neustädter Psychiatrie. Themen, die unmittelbaren Auswirkungen auf den psychiatrischen Pflegealltag hatten. Nicht nur die Versorgungsqualität für die

<sup>781</sup> Diese Differenzierung der Benotung der einzelnen Prüfungsblöcke lässt sich nur für 1955 aufzeigen. Die anderen Prüfungsjahrgänge weisen lediglich Gesamtnoten aus.

<sup>782</sup> Dazu im Vergleich die Kritik der Oberschwester Eva Maria Anna von Gadow aus der Gütersloher Anstalt zur Ausbildung der Pflegekräfte. Vgl. Hanrath (2002), S. 288 ff.

<sup>783</sup> Kopie aus dem Fotoalbum der Oberin Meta Heumann. Dank für die Einsicht an Dr. Freudenberg. Ameos Neustadt.

Patienten, sondern die Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal selbst waren maßgeblich davon betroffen. Während Pflegeschlüssel und Personalausstattung u.a. von landespolitischen Entscheidungen abhängig waren, konnte das LKH auf die Qualifikation des in Neustadt ausgebildeten Pflegepersonals selbst direkten Einfluss nehmen. Für die Kernkompetenzen der psychiatrischen Pflege in Aufsicht, Fürsorge, Beobachtung, Dokumentation, Sicherheit und Ordnung stellt sich die Frage nach der Umsetzung psychiatrischer Lehrinhalte in der Praxis des psychiatrischen Pflegealltags. Traditionell unterlag das Fachgebiet der Psychiatrie sowohl dem medizinischen Anspruch der Behandlung und Betreuung der Patienten als auch dem gesellschaftlichen Anspruch zur Einhaltung einer sozialen Ordnung. Diesem Anspruch musste vor allem die Psychiatriepflege im täglichen Umgang mit den Kranken gerecht werden.<sup>784</sup> Das Pflegepersonal stand als Mittler zwischen Arzt und Patient in der Betreuung und Fürsorge, aber auch als Kontrollinstanz der ärztlichen Anordnungen und der anstaltsinternen Hausordnung, im direkten Bezug zu den Patienten.

Für alle psychiatrischen Abteilungen in Neustadt bestand das gemeinsame Pflegeziel in der Aufsicht und Fürsorge psychiatrischer Patienten. Diesem Ziel wurde Mitte der 1950er Jahre verstärkt Aufmerksamkeit zuteil, wie die Einführung eines Beurteilungsbogens für das Neustädter Stationspersonal ausweist. Ob sich dieser Bogen aus den z.T. aus der Personalnot heraus getroffenen Personaleinstellungen nichtausgebildeter Kräfte notwendigerweise ergeben hatte oder es sich hier um einen nicht zuletzt patientenorientierten Vorgang handelte, muss offen bleiben. Auffällig jedoch bleibt, dass nicht nur Arbeitsfreudigkeit, Sauberkeit, Umsicht und Zuverlässigkeit beurteilt wurden, sondern auch das jeweilige Verhalten Kollegen und Patienten gegenüber. Zwar rangierte die Beurteilung des Verhaltens gegenüber der Stationsschwester und Mitarbeiterinnen noch vor den Patienten, aber in der Quelle wurde neben dem allgemein als mürrisch“ und unhöflich beurteiltem Verhalten der Pflegenden nur das unfreundliche Verhalten gegenüber den Patienten dokumentiert.<sup>785</sup> Ein patientenorientierter Befund, der auch als Reaktion der bei Sabine Braunschweig thematisierten „berufsbedingten Erkrankungen“<sup>786</sup> zu werten

---

<sup>784</sup> Vgl. Braunschweig, , Sabine: Zwischen Aufsicht und Betreuung. Berufsbildung und Arbeitsalltag der Psychiatriepflege am Beispiel der Basler Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt, 1886-1960. Zürich 2013, S. 15.

<sup>785</sup> Beurteilungsbogen 1954. Vgl. Ameos Archiv Neustadt: Az. 21 C7.

<sup>786</sup> Braunschweig, Zwischen Aufsicht und Betreuung (2013), S. 168.

ist, die sich beim Pflegepersonal in Depressionen, erhöhtem Alkoholkonsum bis hin zu sadistischem Verhalten gegenüber den Patienten widerspiegelten.<sup>787</sup> Aus den wenig erhaltenen Personalakten aus dem LKH Neustadt ließen sich keine derart individuellen Arbeitskrisen des Pflegepersonals ermitteln. Allerdings müssten Übergriffe auf Patienten durchaus unter diesem Aspekt betrachtet werden.

## 7.5 Beobachtung und Dokumentation

Der Anstaltsalltag der Psychatriepatienten wurde durch Beobachtungen des Pflegepersonals in den Kategorien Verhalten, Ordnung, Sauberkeit und Kontakt zu Mitpatienten und Personal regelmäßig dokumentiert und diente den Ärzten als verlässliche Quelle für deren Dokumentation der Krankengeschichte, Gutachten und Arztbriefe. Der enge Kontakt zwischen Patienten und Pflegenden ermöglichte vor allem Aussagen über das Sozialverhalten der Patienten und umfassende Verhaltensentwicklungen, die kurz und knapp mit „Pat. steht wieder auf. Gibt Antwort und ist ruhig“<sup>788</sup>, „weiterhin jammernd und klagend“<sup>789</sup> oder „hat guten Kontakt zur Umgebung, Nahrungsaufnahme und Schlaf sind gut“<sup>790</sup> im Pflegebericht eingetragen und der Krankenakte beigefügt wurden. Obwohl die Akteneinsicht nur Ärzten und dem leitendem Pflegepersonal vorbehalten war, wurde neben den knappen Verhaltensbeschreibungen ein besonderer, anstaltsinterner Sprachduktus gepflegt. Die Sedierung oder Fixierung unruhiger Patienten wurde im gesamten Untersuchungszeitraum mit „zu Bett gelegt“ dokumentiert, bei deren Aufhebung lauteten die Einträge „Pat. ruhig und lenkbar, ab heute aufgestanden“.<sup>791</sup> Dass diese Beobachtungen und pflegerischen Maßnahmen teils in stereotypen Formulierungen als Pflegeberichte in die Krankenakte einfließen, kann als Beleg für das bei Sabine Braunschweig aufgeführte Schema der vereinfachten Formulierung auch für Pflegenden mit geringem Bildungsgrad gelten,<sup>792</sup> muss dementsprechend für Zwangsmaßnahmen zur Ruhigstellung aber als bewusst verharmlosende Umschreibung interpretiert werden. Zudem unterstreicht diese vereinfachte Form der

---

<sup>787</sup> Die Durchsicht der Personalakten der Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt ergab etliche Fälle. Individuellen Arbeitskrisen dieser Art versuchte die Anstaltsleitung mit Entlassungen, Abteilungsversetzungen und Pensionierungen zu begegnen. Braunschweig (2013), S. 169.

<sup>788</sup> 23.5.1949. LASH: 377/ 10470.

<sup>789</sup> 30.11.1958. LASH: 377/ 9251.

<sup>790</sup> 25.1.1962. LASH: 377/ 10169.

<sup>791</sup> 5.11.1960. Ebd.

<sup>792</sup> Braunschweig (2013), S. 182 ff.

Dokumentationspraxis in den Patientenakten den bei Sophie Ledebur angeführten Aspekt von dokumentierten und nicht dokumentierten Vorgängen. Deren Zusammenspiel vorausgesetzt, entwickelt die Patientenakte somit eine institutionszentrierte Struktur und muss als unmittelbarer Beleg einer Patientengeschichte kritisch beurteilt werden.<sup>793</sup>

Eine in den untersuchten Patientenakten durchgängig angewandte Dokumentationspraxis, die im Prüfungsbericht eines Pflegeschülers im Falle einer Sedierung moderat gehalten und wohlformuliert war: „Ist der Patient sehr unruhig, wird er vom Arzt eine Injektion erhalten, welches den Pat. beruhigt“.<sup>794</sup> Die eigentliche pflegerische Aufgabe des zwanhaften Festhaltens, die es dem Arzt erlaubt, die Injektion zu setzen, bleibt in der Dokumentation unerwähnt. Das Pflegepersonal dokumentiert im Ergebnis „zu Bett gelegt“, ärztliche und pflegerische Tätigkeiten selbst werden dadurch anonymisiert, die aktive Beteiligung der Pflege in der Dokumentation nur indirekt wiedergespiegelt. Ein Pflegealltag, der im Umgang mit unruhigen und gewalttätigen Patienten selbst für das ausgebildete Personal oftmals eine Überforderung darstellte, Lehrinhalte vergessen ließ und entgegen der vereinfachten Dokumentationspraxis nur aus Ego-Dokumenten der Patienten mit Schilderungen wie: „[...]Mit Gewalt ins Bett gebracht!“<sup>795</sup> und „[...] Wenn du tobst, binden wir dich fest. Erst einmal Pfeffer zur Sicherheit!“<sup>796</sup> einen unmittelbaren Einblick in das offiziell Nicht-Dokumentierte geben. Bereits 1957 gab der zuständige Medizinalrat Dr. Pulst für das LKH Neustadt in einer angeforderten Stellungnahme in einem weiteren Fall die Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis zu und machte deutlich,

[...] bei derart erregbaren Geisteskranken kann es nicht ausbleiben, dass eine gewisse Gewaltanwendung erforderlich wird, die trotz aller Vorsicht bei den Beteiligten auch zu kleineren Verletzungen führen kann.<sup>797</sup>

Das LKH Schleswig-Stadtfeld musste 1961 auf Anfrage des Bundesgerichts nach einer Beschwerde dreier Patienten über Prügelstrafe, wochenlanger Bettruhe und Beruhigungsspritzen Stellung beziehen und kommentierte den Sachverhalt mit „[...]

---

<sup>793</sup> Vgl. Ledebur (2015), 143-170.

<sup>794</sup> 24.4.1957. Prüfungsbericht zur Aufnahme und dem Wachsaal eines Pflegeschülers. Personalakte Wilfried W. Ameos Archiv LKH Neustadt.

<sup>795</sup> 24.1.1958. Patient Karl D. zur Wachsaalbeschreibung über Patient Bubi F. LASH: Abt. 377/10123.

<sup>796</sup> 24.1.1958. Patient Karl D. zur Wachsaalbeschreibung über Patient G. LASH: Abt. 377/10123.

<sup>797</sup> 11.4.1957. Stellungnahme Dr. Pulst LKH Neustadt zur Patientenbeschwerde. LASH: 611/ 9807.

erzwungene Bettruhe oder Beruhigungsspritzen sind ärztlich verboten“.<sup>798</sup> Entgegen dieser theoretischen Lehrauffassung blieben medikamentöse Ruhigstellung und Fixierung in Neustadt im praktischen Pflegealltag bei Gegenwehr, Unruhe und Protest der Patienten erhalten, wie ein Aktenvermerk aus dem Jahre 1962 belegt: „Sie versuchte z.B. Schwestern zu schlagen und musste aus diesem Grunde mit entsprechenden Narkotika sediert werden“.<sup>799</sup> In der deutlichen Aussage von Ursache und Wirkung blieb dieser Akteneintrag jedoch die Ausnahme der untersuchten Patientenakten.

Die genauen Beobachtungen des Pflegepersonals dienten als Beurteilungsgrundlage der verantwortlichen Ärzte, die selbst keinen regelmäßigen bzw. täglichen Kontakt zu den Patienten hatten. Das Personal wurde angehalten, handschriftlich kurze Pflegeberichte unter Angabe des jeweiligen Datums in Abhängigkeit von krankheitsbedingten Auffälligkeiten in Intervallen von Tagen, mehreren Wochen bis hin zu Monaten zu verfassen. Teilweise wurden diese Berichte wortwörtlich, teilweise umformuliert von den Ärzten in die Krankenakte übernommen und flossen somit in gutachterliche Stellungnahmen ein. In der Dokumentation der Pflegeberichte erfasste das Pflegepersonal das Verhalten der Patienten engheriger, als es sich in der Krankenakte abbildete. Der Pflegebericht der Patientin Frieda D. wurde ab dem 1.10.1958 mit ein bis zwei Einträgen pro Monat bei insgesamt 12 Einträgen bis zum 30.3.1959 geführt. Die Einträge zur Krankengeschichte endeten hingegen am 1.10.1958 mit der Verlegung und wurden erst am 20.3.1959 weitergeführt. Eine Zusammenfassung der zwischenzeitlichen Entwicklung blieb aus.<sup>800</sup> Die Häufigkeit der Patienteneinträge war durch medizinische, soziale und ökonomische Aspekte gekennzeichnet. Intensive Schocktherapien wurden engherig überwacht und dokumentiert, mit Einführung der Neuroleptika die individuelle Dosis in Abhängigkeit des Sozialverhaltens der Patienten stärker berücksichtigt, soziale Konflikte unter den Patienten oder Tötlichkeiten gegenüber dem Personal zeitnah aktenkundig. Soziale Bindungen, die sich in Besuchen, Briefwechseln oder Päckchen ausdrückten, waren dokumentationspflichtig. Selbstzahlern kam von Ärzten und Personal in der Dokumentation eine besondere Aufmerksamkeit zu, die sich in Häufigkeit und Ausführlichkeit der Dokumentation niederschlug. Allerdings blieb es, so gewissenhaft

---

<sup>798</sup> Diese Aussage der Anstaltsleitung 1961 erfolgte unter der ärztlichen Leitung von Medizinaldirektor Döhner und Obermedizinalrat Dr. Dr. M. in der Beeck. Vgl. LASH: 611/ 444.

<sup>799</sup> 13.4.1962. PA 377/ 10470.

<sup>800</sup> 30.3.1959. LASH: 377/ 9251.

die Pflegeberichte auch geführt werden mochten, immer dem zuständigen Arzt vorbehalten, ob die Informationen aus dem Pflegebericht vollständig, fragmentiert oder zusammenfassend aus den Pflegeberichten in die Krankenakte übernommen wurden. Hinzu kam, dass weitere Informationen aus der ärztlichen Visite, dem Einzelgespräch mit dem Patienten oder der eigenen Beobachtung in das Einlegeblatt zur Krankengeschichte die Pflegebeobachtungen ergänzten. Aus dem Pflegebericht des Patienten Emil D. vom 27.5.1957: „D. hat in der rechten Achselhöhle ein Ekzem, wird mit Borwasserumschlägen behandelt“, ergänzte der behandelnde Arzt:

Hat ein nässendes Ekzem in der rechten Achselhöhle und das Gesicht ist etwas gedunsen und gerötet. Bekommt Borwasserumschläge. Im übrigen hat er sich beruhigt, schreibt nicht mehr und ist nach längerer ärztlicher Aussprache wieder zugänglicher. Es wurde ihm in dieser in Aussicht gestellt, dass er wieder auf eine andere Abteilung verlegt und in der Aussenarbeit wieder beschäftigt werden könne, wenn er sich ruhig und ordentlich benähme.<sup>801</sup>

Oftmals wurden mehrere Einträge des Pflegepersonals über einen Zeitraum von mehreren Monaten in einem Eintrag zusammengefasst. Die Einträge vom 30.6.1954 „L. hilft als Kalfaktor, keine Klagen“ und vom 8.8.1954 „L. verrichtet die Kalfaktorarbeiten auf der Wachabteilung, er gibt sich viel Mühe, macht seine Arbeit sehr ordentlich“<sup>802</sup> wurden am 5.11.1954 in das Einlegeblatt zur Krankheitsgeschichte zusammenfassend mit „hat sich unverändert gut gehalten und gibt sich viel Mühe bei der Arbeit als Hauskalfaktor. Keine Klagen“<sup>803</sup> diktiert und maschinenschriftlich in der Krankenakte ebenso hinterlegt wie die Pflegeberichte. Eine Wertung der Verhaltensbeobachtung war selten Bestandteil der Pflegedokumentation. Die knappe Aussage im Pflegebericht „L. hatte Schlägerei mit R., L. war einige Tage schwer verstimmt, wurde zur Wachabteilung gelegt“, ergänzte erst der zuständige Arzt mit der Bewertung der Schuldfrage in der Krankengeschichte „Hatte Schlägerei mit dem Pat. R, wobei wohl beide gleich schuld waren. Wird auf die Wachabteilung verlegt“<sup>804</sup>. Neben der Dokumentationspflicht erstattete das Pflegepersonal zu bestimmten Vorfällen den Ärzten mündlich Bericht „Pat. isst gut und berichtet den Pflegerinnen zu deren grossem Erstaunen Details aller Massnahmen, die in der Zeit ihres Stupors mit ihr vorgenommen wurden“<sup>805</sup>.

---

<sup>801</sup> 27.5.1957. LASH: 377/ 9807.

<sup>802</sup> 8.8.1954. LASH: 377/ 7069.

<sup>803</sup> 5.11.1954. Ebd.

<sup>804</sup> 28.5.1948. LASH: 377/ 7069.

<sup>805</sup> 22.7.1948. Ärztlicher Eintrag zur Krankengeschichte nach mündlicher Berichterstattung des Pflegepersonals. LASH: 377/ 10482; Interviews mit dem Pflegepersonal bestätigten diesen Austausch über die reine Pflegedokumentation hinaus. Vgl. Braunschweig (2013), S. 186 f.

Auch wurde das Pflegepersonal zu bestimmten Sachverhalten von den Ärzten gezielt befragt bzw. hinzugezogen.

## 7.6 Sicherheit und Ordnung

Die anstaltseigene Hausordnung und Dienstvorschriften regelten streng den Pflegealltag des Personals. Als grundlegende Aufgabe galt es, mit Disziplin und Ordnung die Aufrechterhaltung des Stationsablaufes zu gewährleisten. Die sich aus diesem Primat ergebende Tagesroutine bot den Pflegenden nicht zuletzt Sicherheit und Schutz im Umgang mit schwierigen und gewalttätigen Patienten. Die aus der Bremer Psychiatrie geschilderte Hierarchie des Pflegepersonals „die, die sich hochgedient hatten, arbeiteten auf dem Insulingang oder auf dem Badekorridor. Und die, die auf die nächsthöhere Stufe kamen, die arbeiteten auf den oberen Etagen“<sup>806</sup> ließ sich für das LKH Neustadt aus den Quellen nicht nachweisen, auch wenn qualifizierte und bewährte Pflegekräfte bevorzugt für Leitungsaufgaben vorgesehen wurden.<sup>807</sup>

Sowohl in der Aufnahmepraxis als auch in der anstaltsinternen Verlegungspraxis diente die Unterbringung im Wachsaal dem Primat von Sicherheit und Ordnung. Die planmäßig vorgesehene Personalausstattung, „im Wachsaal selbst muß immer ein Pfleger oder auch zwei Pfleger sein“<sup>808</sup> erwies sich oftmals als unzulänglich, musste sie gleichzeitig Unruhe, mögliche Selbst- oder Fremdgefährdung frühzeitig unterbinden. In der Praxis war es durchaus üblich, z.B. der Nachtwache im Wachsaal lediglich „hierfür geeignete Anstaltsinsassen“<sup>809</sup> zur Seite zu stellen. Die mangelnde Aufsicht wurde verdeutlicht, dass Direktor Rücker-Emden in einem Ermittlungsverfahren im Fall des Selbstmordes des Wachsaal-Patienten Gustav K. angab,

Kranke dieser Art bringen es fertig, sich bei hellem Tag im Wachsaal unter der Bettdecke zu strangulieren, ein geballtes Taschentuch zu verschlucken oder während der Visite im

---

<sup>806</sup> Engelbracht, Gerda: Von der Nervenklinik zum Zentralkrankenhaus Bremen-Ost. Bremer Psychiatriegeschichte 1945-1977. Bremen 2004, S. 179.

<sup>807</sup> Personalakte Jan H. Vogelsang. Ameos Archiv Neustadt.

<sup>808</sup> 24.4.1957. Prüfungsbericht zur „Aufnahme und Wachsaal“ des Pflegeschülers Wilfried W. Vgl. Personalakte Wilfried W. Ameos Archiv Neustadt.

<sup>809</sup> 4.9.1950. Dr. Rücker-Emden an das Landesgesundheitsamt. LASH: 611/ 1411.

unauffälligen Gespräch mit dem Arzt plötzlich die Fensterscheibe zu zertrümmern, um sich die Pulsadern zu öffnen oder sich mit einer Scherbe die Halsschlagader zu durchschneiden.<sup>810</sup>

Suizidale Vorgänge, die sich in der Anzeige des Patienten H. gegen die Klinikleitung im Falle eines Mitpatienten aus den analysierten Patientenakten abbilden lassen.<sup>811</sup> Die Umstände des Selbstmords des Patienten Gustav K. - ihm gelang es, unbemerkt den Wachsaal zu verlassen, indem er seine Bettdecke so drapierte, als ob er darunter schlief - verdeutlichen bei einer unzureichenden Personalzuteilung die Größe und Unruhe eines Wachsaals und die baulichen Defizite. Im 1950 eingeleiteten Ermittlungsverfahren wurde das Personalverhalten mit der Erklärung „ein Verschulden liegt nicht vor“<sup>812</sup> beurteilt, mit dem kritischen Hinweis auf die chronische Überbelegung bei mangelndem Personal und dass „zur sicheren Verhinderung von Selbstmorden dieser Art im hiesigen Krankenhaus auch auf der Psychiatrischen Abteilung die gegebenen Möglichkeiten nicht ausreichen“, unterstützt.<sup>813</sup>

Neben dem z.T. erheblichen Pflegeaufwand auf den Abteilungen der unruhigen sowie chronisch kranken Patienten mit Waschen, Lagern und Füttern oblag dem Pflegepersonal die Reinhaltung der Stationen. Auch hier eine vor allem auf den geschlossenen Abteilungen der unruhigen und unreinen Patienten eine besondere Herausforderung für die Pflege. Die erschwerten Arbeitsbedingungen lassen sich vor allem in der Wachsaalbeschreibung eines Patienten der Männerabteilung belegen. Baulich-hygienische Mangelausstattung, Überbelegung bei geringem Personaleinsatz ließen psychiatriepflegerische Grundprinzipien der Ausbildung in Fürsorge und Aufsicht für die Patienten bei gleichzeitiger Erfüllung der anstaltsinternen Hausordnung in Sauberkeit und Ordnung nahezu aussichtslos erscheinen. So sprach die Wachsaal-Beschreibung eines Pflegeschülers in dessen Prüfungsbericht 1957 von „einem durchlüfteten, immer sauberen Saal, der in hellen Farben gestrichen sein muss“<sup>814</sup>, dessen beschriebenes Wachsaalideal sich in der Anstaltsrealität für das dort tätige Pflegepersonal deutlich unterschied. Mit der Bitte um Vergünstigungen schilderte der Wachsaal-Patient Karl D. 1958 gegenüber der

---

<sup>810</sup> Ebd.

<sup>811</sup> Anzeige des Patienten H. wegen Misshandlungen an dem Mitpatienten M., die diesen zu mehreren Selbstmordversuchen getrieben haben sollen. Vgl. LASH: 377/ 9807.

<sup>812</sup> 4.9.1950. Dr. Rücker-Emden an das Landesgesundheitsamt. LASH: 611/ 1411.

<sup>813</sup> Ebd.

<sup>814</sup> Prüfungsbericht zur „Aufnahme und Wachsaal“ des Pflegeschülers Wilfried W. am 24.4.1957. Personalakte Wilfried W. Ameos Archiv Neustadt.

Klinikleitung die Zustände in einem Wachsaal und das Verhalten seiner Mitpatienten. Darin sprach er von „Schmierfinken“<sup>815</sup> oder „Stuhlgang dauernd ins Bett! Afterschließmuskel wohl defekt, wie auch bei W., H., N., Alwin und Frank usw.“<sup>816</sup> Das Einkoten muss in der Vielzahl der angegebenen Patienten nicht nur einen erhöhten Aufwand des Bettens und Waschens der Patienten nach sich gezogen haben, sondern muss als Hinweis auf die Ruhigstellung bzw. Fixierung der Patienten eingestuft werden. Maßnahmen, die nicht zuletzt der knappen Personalbesetzung geschuldet waren, um der Sicherheit der Patienten und der LKH-Hausordnung entsprechen zu können und die Diskrepanz zwischen der Theorie der Ausbildung und alltäglichen Pflegepraxis offensichtlich macht.

Im Umgang mit psychiatrischen Patienten galten bereits Alltagsgegenstände als Waffen. Objektschutz als Pflegekriterium zur Sicherheit und Ordnung lag der Beobachtung vornehmlich im Wachsaal zu Grunde. Der Wachsaal als geschlossener Raum verlor bei mangelnder Personalausstattung bereits mit jedem Toilettengang der Patienten seine Überwachungsfunktion. Ob jeder Wachsaal in Neustadt über externe Toiletten verfügte, bleibt anzuzweifeln, da die Sanitäreinrichtungen der durchgehend psychiatrisch belegten Häuser keine grundlegende Sanierung im Untersuchungszeitraum erhielten. Die Toilette innerhalb des Wachsaals erleichterte die Überwachung der Patienten, verletzte hingegen deren Intimsphäre. Toiletten als öffentlicher Raum einer Station außerhalb der Wachsäle boten dennoch keine Rückzugsmöglichkeiten für die Patienten, denn das Pflegepersonal hatte das Recht und nach der Hausordnung die Pflicht, öffentliche Räume der psychiatrischen Abteilungen jederzeit zu kontrollieren. Zudem stellten offene Räume keine Rückzugsmöglichkeiten dar, weil die Wachsamkeit der Mitpatienten und ihren Denunziationen das Pflegepersonal unterstützte.<sup>817</sup> Auch kleinere Einheiten der Patientenzimmer unterstanden der freien Kontrolle des Pflegepersonals:

Bei Kontrolle wurde in seinem Radioapparat versteckt neben einer Fülle von schweinischen Aufzeichnungen, die er sich von einem anderen Patienten geliehen hatte, ein pornographisches Bild entdeckt. Zunächst bestritt er, dass es seines sei, muss es aber unter dem Druck der Gegebenheiten zugeben.<sup>818</sup>

---

<sup>815</sup> Verhaltensbeobachtung von Wachsaalpatienten zur Anbiederung beim medizinischen Personal mit der Bitte um Vergünstigungen. Patientenakte Karl D.: LASH: Abt. 377/ 10123.

<sup>816</sup> Ebd.

<sup>817</sup> Vgl. PA 377/ 7088; 377/ 9807; 377/ 10123; 377/ 9753.

<sup>818</sup> LASH: 377/ 9753.

Der starken Kontrolle und dem Wissen der Patienten darum wurde durch die Klinik- und Pflegeleitung eine vorbeugende Wirkung in der Anstaltsordnung eingeräumt.

Auch in der Krankenpflege blieb die Kontinuität der personellen Leitungsfunktionen zwischen 1945 und 1965 erhalten. Der von der LKH-Leitung beklagte Personalmangel ließ sich gegenüber dem Personalbestand der Vorkriegsjahre bei verringerten psychiatrischen Bettenkapazitäten nicht nachweisen und ist im Kontext von Arbeitszeitverkürzung und dem Anspruch einer verbesserten Patientenversorgung und fachlichen Qualifikation zu interpretieren. Ihren Handlungsspielraum sahen die LKH-Verantwortlichen in einem qualifizierten, verwaltungseigenen Ausbildungsprogramm ihres Pflegepersonals, dem sie im Vergleich der Prüfungsjahrgänge unter Berücksichtigung psychiatrischer Krankheitsbilder verstärkt nachzukommen versuchten. Die ökonomischen Grenzen der psychiatrischen Pflegevergütung und die erschwerten Arbeitsbedingungen drohten das Qualifikationskonzept zum Scheitern zu verurteilen, da die Psychiatriepflege ab 1960 personell massiv durch Hilfskräfte unterstützt werden musste. Der Mangel an qualifiziertem Personal erschwerte den Balanceakt zwischen Aufsicht und Fürsorge sowie der Einhaltung von Disziplin und Ordnung für die Pflegekräfte und offenbarte die Diskrepanz zwischen Theorie und Praxisalltag der Psychiatriepflege.

## **8. Rahmenbedingungen des psychiatrischen Patientenalltags**

Die Kritik an psychiatrischen Versorgungsstrukturen der institutionellen Psychiatrie nach 1945 zielte vornehmlich auf die Mangelversorgung der Patienten ab. Nachdem die Untersuchung zeigen konnte, dass das LKH Neustadt - entgegen einer auf Verwahrung ausgerichteten institutionellen Psychiatrie - die therapeutisch ausgerichtete Konzeption mit einer schnellen Resozialisierung ihrer Patienten verfolgte, bleibt zu untersuchen, ob und wie diese grundlegende Konzeption auf Rahmenbedingungen des psychiatrischen Lebensalltags wirkte. Nach den therapeutischen und pflegerischen Aspekten der vorangegangenen Kapitel gilt es im Folgenden, am Beispiel ausgewählter Kategorien die Rahmenbedingungen des Psychiatriealltags der Patienten darzustellen und im zeitlichen Längsschnitt Entwicklungen und Konstanten auszumachen, die für die Versorgungs- und Lebensqualität der Patienten im LKH bestimmend waren. Wie wurde den humanen und sozialen Bedürfnissen der Psychiatriepatienten während ihres LKH-Aufenthaltes im zeitlichen Längsschnitt nachgekommen?

### **8.1 Psychiatrische Verpflegung - zwischen Mangel und Mindestbedarf**

Sabine Hanrath schlussfolgert in ihrem deutsch-deutschen Vergleich der Anstaltspsychiatrie für Westfalen mangelndes Interesse der britischen Besatzer an der Versorgung der psychiatrischen Anstaltspatienten.<sup>819</sup> Ein Befund, der angesichts der Hungerkrise und allgemeinen Existenznot der deutschen Gesamtbevölkerung nach 1945, differenziert betrachtet, auch für Schleswig-Holstein zutrifft. Um einen völligen Zusammenbruch der Nahrungsmittelversorgung zu verhindern, hielt die britische Militärregierung nach 1945 an den Strukturen des im Nationalsozialismus gegründeten Reichsnährstands fest und überließ ihm die gesamte Organisation der Bevölkerungsverorgung. Nicht zuletzt aufgrund personeller Kontinuitäten hochrangiger Reichsnährstand-Funktionäre in den Landwirtschaftsverwaltungen über das „Gesetz zur Auflösung des Reichsnährstandes im vereinigten Wirtschaftsgebiet“<sup>820</sup> hinaus, wurde der Einfluss der Briten im Verpflegungssektor begrenzt. Zudem blieb die Verpflegung Psychiatriekranker für den

---

<sup>819</sup> Vgl. Hanrath (2002), S. 48.

<sup>820</sup> Gesetz vom 30.6.1948. Vgl. Kolbeck, Thekla: Landfrauen und Direktvermarktung. Kassel 1986, S.181.

Untersuchungszeitraum und darüber hinaus gegenüber somatisch Kranken benachteiligt und ist als Problemfeld keineswegs auf die Zeit der britischen Besatzung zu beschränken. Zunächst bestimmte mit dem Kriegsende das „Diktat des Hungers“<sup>821</sup> fast alle Lebenszusammenhänge, hob traditionelle Standesunterschiede auf und differenzierte eine soziale Klassifizierung von Selbstversorger und Nicht-Selbstversorger aus. Neben Arbeitslosen, Alten und Flüchtlingen waren es vornehmlich die Kranken, deren Situation sich ohne die praktische Gelegenheit zum Tauschhandel, fehlenden Tauschmitteln und der Möglichkeit der Selbstversorgung verschlechterte. Angesichts der gesamtgesellschaftlichen Ernährungskrise<sup>822</sup> lag der Fokus der Alliierten vornehmlich auf deren Bewältigung und bewilligte Sonderzulagen lediglich für Schwerarbeiter, Schwangere und Schulkinder.<sup>823</sup>

Lageberichte der ersten Monate nach Kriegsende aus dem Neustädter LKH lieferten den Behörden einen Überblick über die dortigen Zustände, direkte Auswirkungen auf eine Verbesserung der Neustädter Anstaltsrealität ließen sich entsprechend den Ergebnissen von Günther Trittel lediglich für einen Teilbereich der Verpflegung durch die britische Militärverwaltung nachweisen. Verschlechterungen der Krankheitsverläufe und Fleckfieberinfektionen führten trotz einer erhöhten Kalorienzufuhr für die untergebrachten ehemaligen Häftlinge von 3.800-4.500 Kalorien zu einer erhöhten Todesrate von täglich 10-15 Lagerkranken.<sup>824</sup> Zusätzlich wurden auch Tote unter den psychiatrischen Patienten aufgeführt, die für ihren

---

<sup>821</sup> Trittel, G.: Hunger und Politik. Die Ernährungskrise in der Bizone (1945-1949). Frankfurt/ M. 1990, S. 279; Der Anteil der Flüchtlinge lag in Schleswig-Holstein mit einem Anteil von 27% deutlich über dem Westdeutschlands mit 16%. Vgl.: Jewski, Stiefkinder des Fortschritts (2003), S. 91 ff.

<sup>822</sup> Im Juli 1946 erreichten die ersten „CARE-Pakete“ (Cooperative for American Remittances to Europe) Bremerhaven/Deutschland. Der Inhalt war auf Familien zugeschnitten und beinhaltete ca. 40.000 Kalorien. Zunächst auf die amerikanische Zone begrenzt, folgte die britische und verspätet die französische Zone. Insgesamt wurden 9,5 Mio. Rationen nach Deutschland geliefert. Die Aktion endete 1960. Vgl. „40.000 Kalorien fürs Überleben“. Lübecker Nachrichten 24./25.7.2016.

<sup>823</sup> Mit Kriegsende hatte sich die landwirtschaftliche Nutzfläche Deutschlands um ein Viertel verringert. Parallel dazu stieg der Bevölkerungsanteil bis Oktober 1947 allein in der Bizone mit 7,5 Mio. Flüchtlingen drastisch an. Der von der UN 1946 festgesetzte Wert von 2.400 Kalorien als Mindestsatz bei leichter körperlicher Arbeit konnte aufgrund der Lebensmittelknappheit nicht gehalten werden und wurde für den Normalverbraucher (ca. 30%) auf 1.550 Kalorien festgesetzt. Aufgrund fehlender Importe und Verbrauch der Erntereserven fiel der Wert zwischen Februar 1946 und Januar 1947 z.T. unter 1.000 Kalorien. Trittel, Hunger und Politik. (1990), S. 215 ff.; Der Kostplan aus der Heil- und Pflegeanstalt Sachsenberg Schwerin in der Sowjetischen Besatzungszone führte 1948 120 Gramm Fleisch, Fett und 500 Gramm Kartoffeln für die Patienten zum Mittag auf. Eine Verbesserung der Verpflegung wurde durch die anstaltseigene Landwirtschaft z.B. durch täglich 90 Ltr. Vollmilch erbracht. Vgl. Colom (2011), S. 132.

<sup>824</sup> 13.5.1945. Ärztlicher Direktor des LKH Neustadt, Dr. Cornils. Zit. n.: Koch, Festschrift (1993), S. 59.

Arbeitseinsatz keine Nahrungszulagen erhielten. „Bis zum 12. Juni waren 5 der 14 an Fleckfieber erkrankten geisteskranken Arbeiter des Landeskrankenhauses verstorben.“<sup>825</sup> Die Englische Militärverwaltung übernahm zwar die Zulieferung von eiweißreicher Kost für die Lagerkranken, gestand aber nur dem mit der Pflege dieser Patienten betrauten Personal aufgrund der erhöhten Infektionsgefahr und des damit verbundenen hohen Krankenstands ebenfalls eine ausreichende Kalorienzufuhr zu. Die übrige Verpflegung für die insgesamt aus Pflegepersonal und Patienten bestehenden 2.400 Personen des Landeskrankenhauses war kalorienmäßig hingegen um mehr als die Hälfte reduziert, musste eigenständig organisiert oder aus der anstaltseigenen Landwirtschaft produziert werden und bestand aufgrund fehlender Kapazitäten der Küche vorwiegend aus Suppen.<sup>826</sup> Mit der Währungsreform verbesserte sich das Versorgungsniveau der Gesamtbevölkerung der Bizone aufgrund steigender Importe und der guten Ernte 1948 spürbar.<sup>827</sup> Dennoch blieb die Verpflegungssituation im LKH Neustadt für die Psychatriepatienten knapp bemessen, wie der permanente Aushandlungsprozess des Pflege- bzw. Kostgeldsatzes für Geistesranke aufzeigt. Nachdem die Verwaltung des LKH davon ausgehen konnte, dass das Kostgeld für fürsorgebedürftige Geistesranke zum 1.4.1947 mit 3,- RM durch das Ministerium für Volkswohlfahrt anerkannt wurde, stand zunächst die Frage des Kostgeldsatzes für auswärtige Kranke zur Diskussion. Betrag der Satz für Hamburger Patienten bisher 2,90 RM pro Tag, beantragte Neustadt für die verbliebenen 25 Hamburger Patienten - von denen sechs in Familienpflege untergebracht waren - die Erhöhung auf 4,- RM gegenüber dem Ministerium.<sup>828</sup>

Der Satz von 2,90 RM muss durch das von der Gesundheitsverwaltung Hamburg zu Beginn des Jahres gegebene Einverständnis für Neueinweisungen 3,- RM zu zahlen als überholt angesehen werden. Es kann nur Geltung haben für Geistesranke aus den an Hamburg abgetretenen Gebieten, die sich aus der Zeit beim Inkrafttreten des Gross-Hamburg-Gesetzes in Heilanstalten des Landes Schleswig-Holstein befinden.<sup>829</sup>

---

<sup>825</sup> Dr. Cornils. Zit. n.: Koch, Festschrift (1993), S. 59; Faulstich, Hungersterben (1998).

<sup>826</sup> Vgl. Koch, Festschrift (1993), S. 59.

<sup>827</sup> Durch einen gesteigerten Kartoffel- und Gemüseanbau sollten Versorgungsengpässe geschlossen werden. Die Viehbestände, die aufgrund des ausgeweiteten Getreideanbaus unter dem Mangel an Futterflächen rückläufig waren, konnten den Stand von 1939 erst Ende 1949/50 wieder erreichen. Majewski, Zum Alltag von Landfrauen (1992), S. 20.

<sup>828</sup> 12.3.1947. Verwaltungsdirektion an das Ministerium für Gesundheitswesen. LASH: 611/ 1426.

<sup>829</sup> 18.8.1947. Landesregierung Schleswig-Holstein, Ministerium für Arbeit, Wohlfahrt und Gesundheitswesen an das LKH Neustadt. LASH: 611/ 1426.

Die Verpflegungskosten entwickelten sich anhand der kurzen Erhöhungsintervalle zu einem Dauerthema für den Untersuchungszeitraum.<sup>830</sup> Diese in Neustadt fälschlich unter „Kostgeldliste“<sup>831</sup> angeführte Auflistung bildete vielmehr den Gesamtpflegesatz incl. der Positionen Medikamente, Verpflegungssatz und Personalkosten pro psychiatrischem Fürsorgepatienten ab.<sup>832</sup> Im Haushaltsansatz 1951 waren für die 330 Psychiatriepatienten reine Verpflegungskosten von täglich 1,10 DM veranschlagt.<sup>833</sup> Während sich die Verpflegungskosten für alle anderen Patientengruppen 1955 steigerten<sup>834</sup>, blieb der Haushaltsansatz von 1,10 DM pro Tag für die im LKH inzwischen stärkste Patientengruppe der Psychiatrie kontinuierlich beibehalten. Ab 1955 erfuhr der reine Verpflegungssatz eine Erhöhung um 0,10 DM auf 1,20 DM und lag bei einem Pflegesatz von 5,35 DM anteilig bei 22%. 1958 wurde der Verpflegungssatz wiederum auf 1,35 erhöht und für 1960 zunächst mit 1,50 DM veranschlagt.<sup>835</sup> Der Vorwurf, sukzessive den Verpflegungssatz für Psychiatriepatienten herabzusetzen, gipfelte in der Haushaltssperre im selben Jahr. Nach Jahren scheinbarer Toleranz einer Versorgungsdiskrepanz zwischen somatischen und psychiatrischen Patienten protestierten die leitenden Psychiater der drei schleswig-holsteinischen LKH Anfang 1960 geschlossen und vehement gegen eine weitere 5%ige Kürzung des ohnehin knappen Verpflegungsanteils für ihre Patienten gegenüber dem zuständigen Innenministerium.<sup>836</sup>

Bei dem jetzt geltenden Pflegesatz von 8,50 DM müßte der Verpflegungssatz demnach nach dem Durchschnitt der Jahre 1955-58 von 22% rd. 1,85 DM betragen, stattdessen wurde der Satz von 1,50 DM noch um 5% auf 1,42 DM gekürzt.<sup>837</sup>

---

<sup>830</sup> Zwischen 1949-1966. Ameos Archiv Neustadt: Az. III A2.

<sup>831</sup> Ameos Archiv Neustadt: Az. III A2.

<sup>832</sup> 7.4.1962. In der Diskussion um die Pflegesatz-Erhöhung wurde für Medikamente 1961 der Betrag pro Kopf und Tag um 0,01 DM von 0,35 auf 0,36 DM und die Verpflegung um 0,50 DM von 1,50 DM auf 2,- DM erhöht. Zusammen mit den Personalkosten der Allgemeinen Psychiatrie in Höhe von 5,48 DM und verdeckten Kosten in Höhe von 0,02 DM belief sich die Kalkulation der tatsächlichen Mehrkosten auf 8,54 DM. Ameos Archiv Neustadt: Az. 231-2/ 200-1.

<sup>833</sup> Haushaltsansatz 1951: Tbc.-Patienten wurden mit 2,10 DM, Patienten III. Klasse mit 1,50 DM und Patienten II. Klasse mit 1,80 DM veranschlagt. Ameos Archiv Neustadt: Az. 212-0.

<sup>834</sup> Haushaltsansatz 1955: Tbc.-Patienten 2,65 DM, III. Klasse-Patienten 1,60 und II.-Klasse-Patienten 2,10 DM täglich. Ameos Archiv Neustadt: Az. 212-0.

<sup>835</sup> Ebd.

<sup>836</sup> 28.6.1960. Der ursprüngliche Haushaltsansatz lag bei 1,50 DM für Psychiatriepatienten, 2,30 DM für Patienten der III. Klasse und 3,60 DM für Patienten der II. Klasse. Der Diätzuschlag lag bei 0,50 DM. Mit der Reduzierung hätte der reine Verpflegungsbetrag für Patienten der III. Klasse auf 2,18 DM und für Patienten II. Klasse auf 3,42 DM betragen. Vgl. Ameos Archiv Neustadt: Az. 212-0.

<sup>837</sup> 19.9.1960. LKH Heiligenhafen an den Innenminister des Landes Schleswig-Holstein. Ameos Archiv Neustadt: Az. 200-1.

Die Zusatzverpflegung für Schwerkranke, Diäten als Sonderkostformen, die Ausgestaltung des Feiertagsspeiseplans und z.B. die Kosten der Kartoffellagerung belasteten den vorgesehenen Etat zusätzlich und minderten den täglichen Verpflegungssatz für die allgemeine Psychiatrie.<sup>838</sup> Der vergleichbar höhere Ansatz für Patienten des Festen Hauses von insgesamt 11,50 DM entsprach von jeher dem höheren Tagessatz für Gefängnis- und Zuchthausunterbringung aufgrund des höheren Personalaufwandes und führte ebenfalls zu Unverständnis und Protest der LKH-Leitungen beim zuständigen Gesundheitsministerium.<sup>839</sup> Dieses argumentierte gegenüber dem Landeswohlfahrtsamt, dass von den im Maßregelvollzug untergebrachten Patienten aus Platzgründen nur ein geringer Teil von ca. 60 Patienten im Festen Haus untergebracht werden konnte.<sup>840</sup> Für den in anderen Häusern verbliebenen Teil dieser Patienten erhielt das LKH allerdings nur den für die allgemeine psychiatrische Abteilung geltenden Pflegesatz. Aufgrund des Verweises auf den höheren Personalaufwand wurde zum 1.4.1960 die dringende Bitte geäußert, für alle nach § 42b untergebrachten Patienten den Pflegesatz des Festen Hauses anzuerkennen. Die Passage im Erstentwurf „hierdurch könnte eine Senkung des Zuschusses für die psychiatrische Abteilung und letztlich eine Senkung des allgemeinen Pflegesatzes erreicht werden“<sup>841</sup>, wurde zu Gunsten der Psychatriepatienten gestrichen und anstelle dessen für die allgemeine Psychiatrie eine Pflegesatzerhöhung um 1,- DM auf 8,50 DM und für die nach § 42b Untergebrachten eine Erhöhung auf 15,25 DM zum 1.4.1960 beim Landeswohlfahrtsamt generell eingefordert<sup>842</sup> und umgehend bewilligt.<sup>843</sup>

Neben der Höhe der Pflegesätze wurde zunehmend auch die Qualität der Ernährung kritisch hinterfragt und mit neuesten Erkenntnissen aus der Ernährungsforschung auch für das Wohlergehen psychisch Kranker untermauert.

---

<sup>838</sup> Ebd.

<sup>839</sup> 23.8.1960. Direktor Hellermann aus dem LKH Schleswig-Staffeld an das Landesamt für Gesundheitswesen. Ebd.

<sup>840</sup> Die Bettenplanung 1952 sah für Haus 6, dem sogenannten „Festen Haus“, 60 gerichtlich Untergebrachte vor, für Haus 9 oben rechts noch einmal 65 gerichtlich Untergebrachte. Ameos Archiv Neustadt: Az. A 6; 1965 wurde die Zahl der Kriminellen auf der Männerseite mit 200 Betten ausgewiesen, während das „Feste Haus“ keinerlei Erweiterung erfuhr. Ameos Archiv Neustadt: Az. III A 2a.

<sup>841</sup> 7.7.1960. Landesamt für Gesundheitswesen Schleswig-Holstein an das Landeswohlfahrtsamt. LASH: 611/ 338.

<sup>842</sup> 26.7.1960. Ebd.

<sup>843</sup> 19.8.1960. LASH: 611/ 338.; Bereits ein Jahr später diskutierten die Gremien um eine erneute Erhöhung der Pflegesätze für die allgemeine Psychiatrie auf 9,50 DM und 16,75 DM für das Feste Haus.

Jene Einrichtungen, die früher größtenteils die Bezeichnung Heil- und Pflegeanstalten führten, sind in Deutschland weitgehend in Landeskrankenhäuser umbenannt worden. Diese Umbenennung ist m.E. mehr als ein formaler Akt. Diese Umbenennung legt uns vielmehr die Verpflichtung auf, eben im Sinne eines ordentlichen Krankenhauses alle erdenklichen Mittel moderner Medizin zu erschöpfen. Dazu gehört nicht zuletzt die Berücksichtigung jeglicher das Los unserer Kranken erleichternden Erkenntnisse der Ernährungsforschung.<sup>844</sup>

Die Schilderung der als Selbstzahlerin untergebrachten Patientin Katharina B. gegenüber Angehörigen führte erstmals 1948 zu einer nachweisbaren, offiziellen Beschwerde „von meiner Schwägerin Frau B. erhielt ich heute Schreiben, in dem sie sich beklagt, dass ihre Verpflegung unzureichend sei“<sup>845</sup> bei der Klinikleitung. Diese entgegneten,

dass die Verpflegung hier im Krankenhaus mindestens den doppelten Kalorienwert hat, den der Normalverbraucher bekommt und dass auch ihre Frau Schwägerin die Kost bekommt, bei der sämtliche Patienten in kurzer Zeit erheblich an Gewicht zuzunehmen pflegen.<sup>846</sup>

Die erhebliche Gewichtszunahme und der angeführte doppelte Kalorienwert lagen nicht zuletzt in der Zugabe von Margarineblöcken in die abendlichen Milchsuppen für die psychiatrische Abteilung begründet. Dass die Ernährung nicht nur vordergründig zur „Anlagerung von Körpersubstanz“<sup>847</sup> führen sollte, sondern ausgewogen und „dem wirklichen Gedeihen in leib-seelischer Hinsicht dienen“<sup>848</sup> sollte, beinhaltete die Kritik der LKH-Führungen gegenüber den zuständigen Ministerien noch 1960. Was 1948 von der Direktion gegenüber Angehörigen verneint wurde, konstatierte die Neustädter Verwaltung 1960 in ihrer Forderung nach besserer Verpflegungsqualität gegenüber dem Ministerium, indem „zwischen der allgemeinen Klinikverpflegung und der Verpflegung der Psychiatrie natürlich ein erheblicher Unterschied festzustellen ist“<sup>849</sup>. Behördlicherseits blieb eine Anpassung der Lebensmittelzulagen für Psychiatriepatienten gegenüber somatischen Patienten im Untersuchungszeitraum aus und im Gegensatz zum medizinischen Personal wurde Patienten für die geleistete Arbeit offiziell keine Essenzulage gewährt.<sup>850</sup> Für die Psychiatrischen Abteilungen forderten die drei LKH in Schleswig-Holstein 1960 eine ausgewogene

---

<sup>844</sup> 23.8.1960. Direktor Hellermann aus dem LKH Schleswig-Staffeld an das Landesamt für Gesundheitswesen. Ameos Archiv Neustadt: Az. 200-1.

<sup>845</sup> 26.9.1948. LASH 377/ 10482.

<sup>846</sup> 30.9.1948. Ebd.

<sup>847</sup> 23.8.1960. Direktor Hellermann aus dem LKH Schleswig-Staffeld für die drei LKH in Schleswig-Holstein zum Verpflegungssatz im Haushalt 1960 und einer weiteren 5%igen Kürzung an das Landesamt für Gesundheitswesen. Ameos Archiv Neustadt: Az. 200-1.

<sup>848</sup> 23.8.1960. Ebd.

<sup>849</sup> 8.9.1960. Verwaltungsinspektion LKH Neustadt an das Innenministerium. Ameos Archiv Neustadt: Az. 200-1.

<sup>850</sup> Vgl. Faulstich, Hungersterben (1998), S. 708 ff.; Kersting, F.-W./ Schmuhl, H.-W. (Hg.): Quellen zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie (2004), S.651 ff.; Hanrath (2002), S. 52 ff.

eiweißreiche Ernährung vor allem durch Zugabe von Obst und Gemüse, Eiern und Butter anstatt der üblichen Margarine, Schmalz und Milchsuppen für das Frühstück und Abendessen ein.<sup>851</sup> Das zuständige Innenministerium hielt zur Erhärtung dieser Forderung gegenüber dem Finanzministerium von allen drei LKH vergleichende Speisezettel auf Grundlage der zur Diskussion stehenden Tagessätze von 1,425 DM gegenüber 1,50 DM und 2,- DM für gerechtfertigt und veranschlagte einen finanziellen Mehrbedarf bei dem Tagessatz von 2,- DM für diesen Haushaltstitel von rund 681.000 DM, der für 1962 im Haushalt angemeldet werden sollte.<sup>852</sup> Die Verbesserungsvorschläge der LKH bei einem Tagessatz von 2,- DM sahen dreimal wöchentlich Butter statt Margarine, zweimal Obst, zweimal Obstkompott sowie größere Fleischportionen vor. Die Milchsuppen für die Abendverpflegung sollten nur an drei Tagen die Woche gereicht werden, der Aufschnitt abwechslungsreicher und die einfachen Eintopf- und Fischgerichte nicht mehr im Speiseplan aufgestellt werden. 1963 führte eine erneute Beschwerde von 42 Schleswiger Patienten eine mangelhafte Verpflegung besonders an Sonn- und Feiertagen auf und baten um Überprüfung des Verpflegungssatzes und Abstellung der Missstände.<sup>853</sup> Während sich das LKH Schleswig-Stadtfeld in seinem Protest gegen weitere Kürzungen im Verpflegungssektor 1960 noch unterstützend auf die „beigefügte Beschwerde der Patienten von Haus 1“ berief, wurde die Beschwerde 1963 als „nicht berechtigt“ gegenüber dem Innenministerium kommentiert.<sup>854</sup> Vielmehr wurde darauf verwiesen, dass die zusätzlichen sechs Feiertage der Monate April und Mai 1963 die sonntägliche Zusatzration von Bohnenkaffee und Kuchen nach dem zur Verfügung stehenden Verpflegungssatz und „der von der Regierung angewiesenen Sparmaßnahme“<sup>855</sup> nicht gestatten würden und nur Oster- und Pfingstmontag zusätzliche Extrarationen möglich waren.

Die Verpflegungssituation der Psychatriepatienten im LKH Neustadt blieb gegenüber somatischen Patienten in den Kostgeldsätzen der Haushaltsentwürfe im gesamten Untersuchungszeitraum benachteiligt. Die geringfügigen Anhebungen des Etats führten zu keiner grundsätzlichen Qualitätsverbesserung. Einfache Suppen und Eintöpfe der ersten Nachkriegsjahre blieben als fester Bestandteil der Kostpläne bis

---

<sup>851</sup> 19.9.1960. LKH Heiligenhafen an das Innenministerium. Ameos Archiv Neustadt: Az. 200-1.

<sup>852</sup> 21.2.1961. Dr. Glawatz für das Innenministerium zur Erhöhung der Verpflegungssätze an die LKH in Schleswig-Holstein. Ameos Archiv Neustadt: Az. 200-1.

<sup>853</sup> 17.6.1963. LASH: 611/ 444.

<sup>854</sup> 19.6.1963. Ebd.

<sup>855</sup> 19.6.1963. Ebd.

in die 1960er Jahre beibehalten. Obwohl 200-250 Psychiatriepatienten ständig in der Arbeitstherapie körperlich beschäftigt wurden, fand deren erhöhter Kalorienverbrauch keine Berücksichtigung oder wurde durch Essenszulagen nachweislich ausgeglichen. Dies stellte somit eine innerhalb der heterogenen Krankenhausstruktur besonders deutliche Exklusion der psychiatrischen Versorgung gegenüber anderen Fachabteilungen dar. Die Kostdifferenzierung konnte zudem den Psychiatriepatienten im Einsatz als Küchenhilfen und Essensfahrern nicht verborgen geblieben sein. Die chronischen Aushandlungsprozesse der schleswig-holsteinischen LKH mit den zuständigen Behörden um Kostgelderhöhungen im Pfennigbereich führten aufgrund weiterer Kürzungspläne der Landespolitik erstmals 1960 zum geschlossenen Protest aller schleswig-holsteinischen Psychiatrieleitungen. Entsprechend der gesellschaftlichen Wohlstandsentwicklung wurden somit Kürzungen im Nahrungssektor für die Psychiatrie verhindert und eine Steigerung in ausgewogenen Ernährungsplänen mit entsprechenden Qualitätsstandards erwirkt. Der Protest führte zwar mit der Kostgelderhöhung zu einer Verbesserung, eine Anpassung an die Kostgeldsätze somatischer Patienten wurde aus ökonomischen Motiven vermieden und grenzte Psychiatriepatienten weiterhin deutlich von Allgemeinkranken ab.

## **8.2 Anstaltskleidung und Erstausrüstung**

Zur Aufnahmepraxis der institutionellen Psychiatrie gehörte traditionell die Ausgabe von Anstaltskleidung, die im LKH Neustadt männlichen Patienten für die Zeit ihres LKH-Aufenthaltes vorbehalten war.<sup>856</sup> Als Beleg hierfür dienen Patientenfotografien, die in über der Hälfte der zur Untersuchung herangezogenen 16 Patientenakten im Innendeckel mit Schwarz-Weiß-Aufnahmen als Frontal- bzw. Profilaufnahmen der Patienten ausweisen.<sup>857</sup> Eine Systematik der Auswahlkriterien für ein Patientenfoto lässt sich nicht nachzeichnen.<sup>858</sup> Zumeist nur als Einzelaufnahme vorhanden, wurden z.T. auch zwei oder drei Fotos der Akte beigefügt, wobei es sich sowohl um

---

<sup>856</sup> U.a. gehörte neben der medizinischen Aufnahmeuntersuchung das Messen und Wiegen, die Erfassung der persönlichen Gegenstände, die Einweisung in die Hausordnung und Zuweisung des Bettes zur Aufnahme. Vgl. Goffman, Asyle (1972), S. 17.

<sup>857</sup> Von den jeweils acht Frauen- und acht Männerakten beinhalten 3 Frauenakten und 6 Männerakten Patientenaufnahmen. Allerdings lassen sich bei den Patientenakten keine Gesetzmäßigkeiten für das Vorhandensein der Patientenfotos bzgl. Versichertenstatus oder Diagnose ableiten.

<sup>858</sup> Vgl. Für die Patientenakten der Heidelberger Universitätsklinik kommt Viola Balz zum gleichen Schluss. Balz, Zwischen Wirkung und Erfahrung (2010), S. 180.

Aufnahmen über mehrere Jahrgänge,<sup>859</sup> als auch um Aufnahmen aus einem Jahr<sup>860</sup> handelte. Mit Ausnahme von zwei Patientenaufnahmen in Zivilkleidung waren die männlichen Patienten der psychiatrischen Abteilung über den Untersuchungszeitraum hinaus bis 1968 überwiegend in gestreifter Anstaltskleidung, einem gestreiften Anstaltshemd oder Anstaltskittel bekleidet, abgelichtet,<sup>861</sup> was sie als Psychatriepatienten auswies, während die weiblichen Patienten im Bademantel oder Bluse das Bild eines allgemeinen Krankenhausaufenthaltes widerspiegeln.<sup>862</sup> Die Neustädter Patienten wurden ausnahmslos in aufrechter Haltung abgebildet. Darstellungen von liegenden Patienten im Krankenbett, im Nachthemd oder während einer therapeutischen Behandlung zur „Visualisierung des Wahnsinns“<sup>863</sup>, wie es bis in die 1930er Jahre üblich war, waren in keiner untersuchten Neustädter Psychiatrieakte zu finden. Somit diente das psychiatrische Patientenfoto vornehmlich der Wiedererkennung.

Nicht abgebildet wurde das Schuhwerk, das, zur Anstaltskleidung gehörig, vor allem für männliche Patienten aus Holzpantinen bestand, die vom LKH gestellt und im Alltag der großen Schlafsäle auch als Art Waffe eingesetzt wurden: „Musste zu Bett gelegt werden, weil er ohne jeden Grund einen anderen Patienten mit dem Holzpantoffel auf den Kopf geschlagen hat und frech zum Personal wurde“<sup>864</sup> oder „gestern wurde die ganze Zellenbesatzung ins Bett gelegt, weil sie durch Pantoffelwerfen die neu gestrichene Zelle verschandelt hatten.“<sup>865</sup> Über zwei Jahrzehnte gab es keine Initiativen des Neustädter LKH, die sichtbare Stigmatisierung der Krankenanzüge für die Patienten der psychiatrischen Abteilung abzuschaffen. Mit der Ausweitung der landeseigenen Aufgaben und dem Ausbau der Psychiatrie in Neustadt wurde das Tragen der Krankenkleidung für die männlichen Psychiatriepatienten vornehmlich in Ausübung arbeitstherapeutischer Einsätze weiterhin als notwendig erachtet. 1967 plädierten die Neustädter Ärzte erstmals für die Abschaffung der blau-weiß-gestreiften Krankenanzüge der psychiatrischen Männerstation, allerdings nicht im Austausch von Zivilkleidung, sondern lediglich in

---

<sup>859</sup> 1960/ 1967. LASH: 377/ 10169; 1958/ 1963. LASH: 377/ 9262; 1960/ 1965/1968. LASH: 377/ 10123.

<sup>860</sup> Zwei Frontalaufnahmen 1965. LASH: 377/ 10070; o. Datum: LASH: 377/ 9753.

<sup>861</sup> LASH: 377/ 10123, 377/ 10070, 377/ 9753; LASH: 377/ 9753.

<sup>862</sup> LASH: 377/ 9262; LASH: 377/ 10169; LASH: 377/ 9251.

<sup>863</sup> Vgl. Bömelburg, Helen: Der Arzt und sein Modell: Porträtfotografien aus der deutschen Psychiatrie 1880 bis 1933. Stuttgart 2007.

<sup>864</sup> 8.5.1951. LASH: 377/ 10052.

<sup>865</sup> 21.2.1954. LASH: 377/ 7069.

Form anderer Krankenkleidung bzw. einer einheitlichen Farbgebung.<sup>866</sup> Ein Verzicht auf die Einheitskleidung schien im Anstaltsalltag organisatorisch und ökonomisch schwer realisierbar und keine Option aus Sicht des LKH gewesen zu sein. Zum einen war das Tragen von Krankenzügen organisatorisch und ökonomisch begründet, erleichterte es mit den Einheitsgrößen die häufige interne Verlegungspraxis innerhalb der verschiedenen Stationen. Zum anderen verfügten die Patienten oftmals selbst nur über einen geringen Bestand an Privatkleidung, der somit nicht verschlissen und vornehmlich für Ausgänge und Urlaube vorbehalten wurde. Der bei Frank Fischer in „Irrenhäuser. Kranke klagen an“<sup>867</sup> kritisierte Zwang zum Tragen anstaltseigener Zivilkleidung anstelle privater Kleidung wird von Meyerhoff Mitte der 1970er Jahre in seinem Eindruck der jugendlichen Patienten des LKH Schleswig-Holstein wiedergegeben.

Ihre Schuhe, Hosen und Hemden, Kleider, Pullover und Mäntel kamen aus der Altkleidersammlung. Dadurch wirkten sie wie aus der Zeit gefallen. Waren es die abgetragenen, planlos miteinander kombinierten Klamotten oder die Art und Weise, wie sie sie trugen, die stets ein Bild des Nicht-Passens, des Unbequemen, des leicht Verwahrlosten erzeugten?<sup>868</sup>

Diese planlos miteinander kombinierte Kleidung diente 1969 in Anlehnung an die Krankenzüge aus Sicht der psychiatrischen Anstaltsleitung auch in Neustadt einem eher praktisch ausgerichteten Zweck der Zuordnung und wahllosen Zuteilung<sup>869</sup> und nahm den möglichen Eindruck der Verwahrlosung billigend für die Psychatriepatienten in Kauf. Für den Untersuchungszeitraum stellte die Zuteilung anstaltseigener Zivilkleidung oftmals die einzige und durchaus nötige Alternative zur gestreiften Anstaltskleidung vornehmlich bei mittellosen Patienten dar. Zivilkleidung, die bei offiziellen Anhörungen der Justizbehörden im LKH, bei abteilungsübergreifenden Konsilen oder zu Besuchszeiten getragen wurde.

Die Einheitsgrößen der Krankenzüge erleichterten nicht nur die Wäschezuteilung auf den Stationen. Zudem konnte die Ausnutzung der Raumkapazitäten durch den Verzicht auf Kleiderschränke erhöht werden, da die Zivilkleidung der Patienten in Kleiderkammern auf dem Dachboden oder im Keller der Patientenhäuser aufbewahrt wurde.

---

<sup>866</sup> 1.2.1968. Ameos Archiv Neustadt: Az. 213-2.

<sup>867</sup> Der Ursprung der anstaltseigenen Zivilkleidung kann nur vermutet werden. In Betracht kamen Kleider der verstorbenen Patienten, Abgelegtes vom Pflegepersonal oder die bei Meyerhoff für die Jugendpsychiatrie in Schleswig-Holstein zitierte Altkleidersammlung. Vgl. Meyerhoff (2013), S. 29.

<sup>868</sup> Meyerhoff (2013), S. 29.

<sup>869</sup> Vgl. Fischer, Frank: Irrenhäuser. Kranke klagen an. München 1969.

Kaum auf der neuen Abteilung, wo eine erhebliche Milieuverbesserung eingetreten ist, muss er gleich wieder irgendwie meckern. Schreibt an seine Mutter, sie solle ihm Kleiderbügel schicken, weil seine Sachen auf dem Fussboden lägen, was infolge der Neueinrichtung der Station naturgemäss der Fall ist.<sup>870</sup>

Aus dem Quellenmaterial der Patientenakten lässt sich der Zugang der Patienten zu ihrer Privatkleidung nicht eindeutig nachzeichnen. Zum einen musste der Anlass für die Herausgabe der Privatkleidung angemeldet und durch das Personal genehmigt werden<sup>871</sup>, zum anderen schien der Zugang zu den Kleiderkammern auch für Patienten direkt möglich.

D. hat heute im Keller einem anderen Patienten Sch. seinen Anzug geborgt (?), der ihm vorerzählt hatte, es sei zu einer Hochzeit eingeladen. Sch. ist dann mit dem Anzug entflohen, wurde aber nach 2 Tagen wieder ergriffen, sodass D. sein Anzug wieder zugestellt wurde.<sup>872</sup>

Für Fürsorge-, Kassenpatienten und Selbstzahler, die über keine weiteren finanziellen Mittel verfügten, war es oftmals unmöglich, die 1963 zur Krankenhauseinweisung benötigte Erstausrüstung beizubringen, die jeweils 2 Garnituren Unterwäsche, bei den männlichen Patienten eine Hose, bei den Frauen zwei Kleider oder einen Rock mit Bluse vorsah.<sup>873</sup> Die bei Aufnahme wünschenswerte Erstausrüstung der weiblichen Patientinnen führte zusätzlich zwei Schürzen für den hauswirtschaftlichen Einsatz auf<sup>874</sup>, während die Männer die Arbeitskleidung in Form einer Krankenjacke und Krankenhose vom LKH gestellt bekamen. Eine für Frauen der 1950/1960er Jahre darüber hinaus wenig übliche Kleiderform, die selbst im LKH-Arbeitsalltag keine Berücksichtigung fand, wie die Fotoaufnahmen der Patientinnen ausnahmslos bestätigen. Der Bestand an anstaltseigener Zivilkleidung blieb Eigentum des LKH und wurde ggf. von den Patienten nach deren Entlassung oder bei Entweichung zurückgefordert.

Der Patient Karl-Heinz K. hat am 26.7.1959 bei der Entweichung folgende Kleidung vom Landeskrankenhaus mitgenommen: 1 Hemd, 1 Unterhose, 1 paar Strümpfe, 1 Taschentuch

---

<sup>870</sup> 11.1.1953. LASH: 377/ 9753.

<sup>871</sup> Vgl. LASH: 377/ 9262.

<sup>872</sup> 18.5.1952. LASH: 377/ 9807.

<sup>873</sup> 18.4.1963. Aneos Archiv Neustadt: Az. 200-1.

<sup>874</sup> Übereinstimmend mit den Forschungsergebnissen von Ralph Höger ein Verweis darauf, dass Patientinnen des LKH Neustadt in der Arbeitstherapie vorwiegend auf den Innenbereich der Stationen zur Haus-, Flick-, Näh- oder Wäschearbeit und zum Kartoffelschälen herangezogen wurden. Die Forschungsergebnisse von Ralph Höger zur „Arbeit als soziale Heilung- Arbeitstherapie in Ost- und Westdeutschland (1945-1955)“ des DFG-Projekts „Nach dem Krankenmord. Struktur und Alltagsleben ehemaliger Tötungsanstalten in den vier *Besatzungszonen 1945-1955*“ wurden auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) 2015 in Berlin vorgestellt.

und noch nicht zurückgeschickt. Die Krankenhose u. Krankenhose des Entwichenen wurden vom Patienten J. auf der Wiese gefunden und auf der Abteilung abgegeben.<sup>875</sup>

Die Handlungsgrenzen der institutionellen Psychiatrie in der Verbesserung psychiatrischer Versorgungsstrukturen für die Patienten gegenüber ökonomischen Zuteilungen der Landespolitik werden im zeitlichen Längsschnitt besonders in der Zuteilung von Kleidung und Wäsche deutlich. Obwohl grundsätzlich die Überzeugung bestand, dass psychiatrische Patienten vorwiegend die LKH-eigene Anstaltskleidung zu tragen hatten, wurde die Erhöhung des Bekleidungssetats angestrebt. Im Haushaltsansatz 1951 wurde der Jahresbetrag an Bekleidung für Geisteskranke zunächst von 28,- DM auf 35,- DM erhöht, 1955 wiederum auf 42,- DM und 1960 auf 48,- DM gesteigert. Die leichten Erhöhungen konnten nach den Erfahrungen des LKH den Bekleidungsbedarf pro Patient jedoch nicht decken. Im Haushaltsvoranschlag für 1963 wurden zur Ergänzung der Bekleidung der psychiatrischen Männerabteilungen zusätzlich 50 Ausgehanzüge, 50 Wintermäntel und 60 Regenmäntel für die „610 Männer-Sollbetten“ gefordert<sup>876</sup>. Das Gros der Psychiatriepatienten unterstand in Neustadt der Fürsorge, für die in Schleswig-Holstein auch 1963 ein jährlicher Bekleidungssatz von 48,- DM galt. Medizinal-Direktor Pulst und der Verwaltungsdirektor machten gegenüber dem Landesinnenminister kritisch deutlich, dass lediglich Unterbekleidung und geländeübliche Arbeitskleidung davon in Ordnung gehalten werden könnten, der Winterbedarf könnte für die Patienten von 48,- DM nicht geleistet werden.<sup>877</sup> Für die Frauenabteilungen wurde ein derartiger Engpass an Ausgehkleidung nicht vermerkt, da den Patientinnen oftmals Kleidung vom Personal geschenkt wurde.<sup>878</sup> Ab 1963 erstellten die LKH-Fürsorgerinnen bei jeder psychiatrischen Aufnahme Karteibögen, die neben Patientendaten auch den Fehlbedarf an Kleidungsstücken ermittelten und von den zuständigen Sozialämtern entsprechende Abhilfe einforderten.<sup>879</sup>

Die Erstausrüstung der Psychiatriepatienten berücksichtigte 1963 keine privaten Hand- bzw. Badetücher. Diese wurden vom LKH gestellt, waren aufgrund der knapp bemessenen Haushaltsmittel über die Jahre jedoch mit der Ausweitung der Psychiatrie unzureichend und unbrauchbar geworden. 1951 wurde zur Ergänzung der Bestände an Bettwäsche, Handtüchern und Woldecken ein Teilbetrag als

---

<sup>875</sup> Vgl. Ameos Archiv Neustadt: Az. 200-1.

<sup>876</sup> 7.2.1963. Ameos Archiv Neustadt: Az. 213-2.

<sup>877</sup> 24.1.1963. Ameos Archiv Neustadt: Az. 200-1.

<sup>878</sup> Aktenvermerk Oberin Heumann. Ebd.

<sup>879</sup> 29.4.1963. Ebd.

Nachholbedarf in Höhe von 40.000 DM veranschlagt.<sup>880</sup> Dieser Nachholbedarf an Wäsche schien dem Bedarf der Patienten keineswegs zu entsprechen, da noch 1967 beim Antrag zur Freigabe des Haushaltsrestes darauf verwiesen wurde, dass „der Grundforderung allgemeiner Hygiene entsprechend [es] aber nicht zu verantworten ist, daß sich mehr als ein Patient mit einem Tuch abtrocknet“<sup>881</sup>. Zur Beseitigung des bestehenden Engpasses müssten dringend 400 zusätzliche Badelaken angeschafft werden. Auch die Ausstattung der rund 550 Betten der Frauenabteilung mit 250 Frottee-Handtüchern zeigte den „Hygiene-Notstand“<sup>882</sup> mit der Forderung nach einem „anzustrebenden 2,5-3-fachen Bestand“<sup>883</sup> mit 1.000 Stück im Anforderungskatalog auf.<sup>884</sup>

Im Haushaltsetat des LKH Neustadt wurde ab Mitte der 1950er Jahre die zusätzliche Versorgung der Patienten mit Hygiene-Artikeln wie Rasierseife und -klingen, Zahn- und Frauenhygiene ausgewiesen. Geführt unter dem Haushaltstitel Medikamente, der 1951 und 1955 zunächst ohne finanzielle Ausdifferenzierung angezeigt wurde. Der Titel subsumierte allgemeine und besonders teure Medikamente, Spiritus und Stärkungsmittel, Labor- und Apothekenbedarf, Verbandstoffe und Nahtgut, Bäder-, Massage- und Röntgenbedarf und Hygieneartikel für die LKH Patienten. 1958 erfolgte die finanzielle Differenzierung und die LKH Verwaltung veranschlagte 0,30 DM pro Psychatriepatient gegenüber 0,97 DM für die somatischen Patienten am Tag. 1960 erfolgte eine leichte Anhebung im Pfennigbereich auf insgesamt 0,33 DM pro Tag für Psychatriepatienten (ca. 9,90 pro Monat) gegenüber 1,18 DM pro Tag (ca. 35,40 pro Monat), die für allgemein Kranke ausgewiesen wurden.<sup>885</sup> Die Relation der Erhöhung im Vergleich von 0,03 DM zu 0,11 DM zwischen Psychatriepatienten zu den allgemeinen Kranken machte monatlich 0,90 DM zu 3,30 DM aus.<sup>886</sup> Im Gegensatz zum Verpflegungssektor nur vordergründig eine Schlechterstellung der Psychatriepatienten gegenüber somatischen Patienten. Operative Eingriffe,

---

<sup>880</sup> Haushaltsansatz 1951. Der Gesamtnachholbedarf an Bettwäsche, Handtüchern und Woldecken wurde für den Zeitraum 1949-1952 mit 120.000 DM für das LKH Neustadt veranschlagt. Davon wurden im Rechnungsjahr (RJ) 1949 20.000 DM, im RJ 1950 35.000 DM bereitgestellt, im RJ 1951 mit 40.000 DM und im RJ 1952 mit 25.000 DM veranschlagt. Aneos Archiv Neustadt: Az. 212-0.

<sup>881</sup> 10.2.1967. Aneos Archiv Neustadt: Az. 213-2.

<sup>882</sup> Ebd.

<sup>883</sup> Ebd.

<sup>884</sup> Ebd.

<sup>885</sup> 1951 wies der Haushalt keinerlei Hygieneartikel auf, 1955 wurde die hygienische Körperpflege als Bedarf aufgeführt. Bei 980 Psychatriepatienten belief sich der Haushaltstitel „Medikamente“ 1960 insgesamt auf 118.000 DM, während für 290 somatische Patienten 124.900 DM insgesamt berechnet wurden. Aneos Archiv Neustadt: Az. 212-0.

<sup>886</sup> Ebd.

apparative Untersuchungen und Verbandsmaterial rechtfertigten den Mehrbedarf somatischer Patienten der anderen Fachabteilungen im LKH Neustadt

Arbeits- und Winterkleidung, Hand- und Badetücher sowie Hygieneartikel lagen in der Verantwortung des LKH. Patientenzuwächse, Mangelbestände und Verschleiß führten zu Engpässen der Versorgung und erfüllten weder hygienische Grundbedürfnisse noch kamen sie jahreszeitlich entsprechender Kleidung nach. Die geringfügigen Steigerungen des Kleidungshaushalts konnten die Defizite in der Versorgung nicht ausgleichen und blieben bis Ende der 1960er Jahre unzureichend. Der bestehende Mangel an Hygieneartikeln von Seiten der überwiegend in Fürsorge untergebrachten Psychatriepatienten erhöhte den LKH-eigenen Bedarf und erforderte zusätzliche Mittel, die die zuständigen Behörden ab Mitte der 1950er Jahre anerkannten. Entgegen der allgemein gesellschaftlichen Wohlstandsentwicklung der 1960er Jahre und im Verhältnis zu den somatischen LKH-Patienten blieben die Haushaltsmittel für Psychatriepatienten beschränkt.

### **8.3 Taschengeld und „Arbeitsentlohnung“**

Der Aufenthalt im LKH Neustadt bedeutete im Wiederaufbau der Psychiatrie nach 1945 besonders für Fürsorgepatienten oftmals die finanzielle Mittellosigkeit, wenn sie alleinstehend und ohne soziale Bindungen waren. Diesen Patienten, sofern sie nicht in der Arbeitstherapie geringfügig entlohnt wurden, stand kein eigenes Geld zur Erfüllung kleinerer Bedürfnisse zu. Erst zum 1.10.1955 hatte der Landesfürsorgeverband Schleswig-Holstein für die in den schleswig-holsteinischen Landeskrankenhäusern unter seiner Fürsorge untergebrachten Patienten eine Taschengeldpauschale von 0,10 DM pro Patient und Verpflegungstag festgelegt.<sup>887</sup> Patienten, deren stationärer Aufenthalt von einer gesetzlichen Krankenversicherung getragen wurde, hatten keinen Anspruch auf das Taschengeld.<sup>888</sup> Nicht erst ab 1961 entsprachen diese 3,- DM pro Monat keineswegs mehr den persönlichen Bedürfnissen der Fürsorgepatienten, „um die kleineren persönlichen Bedürfnisse der Kranken zu bestreiten“<sup>889</sup>. Die auf der Jahresarbeitstagung der Krankenhaus-

---

<sup>887</sup> 28.11.1961. Rundschreiben des Landeswohlfahrtsamts an die Bezirksfürsorgeverbände. LASH: 611/ 338.

<sup>888</sup> Vgl. LASH: 611/ 444.

<sup>889</sup> 28.11.1961. LASH: 611/ 338.

fürsorgerinnen 1960 gemachte Feststellung, dass die in Schleswig-Holstein untergebrachten Patienten lediglich 3,- DM im Gegensatz zu der in anderen Bundesländern bereits üblichen Taschengeldpauschale von 6,- bis 10,- DM monatlich erhielten<sup>890</sup>, führte zum 1.1.1962 zu einer Erhöhung der Taschengeldpauschale von 0,20 DM/ Tag in Schleswig-Holstein.<sup>891</sup> Ob hingegen die 3,- DM Taschengeldpauschale tatsächlich an alle Patienten im LKH Neustadt zweimal monatlich mit je 1,50 DM ausgezahlt wurde, blieb der Pflegeleitung überlassen.

Aus diesem Fonds werden nach freier Entscheidung der Anstaltsleitung die kleineren persönlichen Bedürfnisse der Kranken bestritten und Barbeträge an solche Kranken gezahlt, die nach ärztlichem Ermessen mit dem Taschengeld sinnvoll umgehen können.<sup>892</sup>

Die Entscheidungshoheit über das Patiententaschengeld wurde somit fremdbestimmt und diente dem Personal als Korrektiv im Pflegealltag. Wohlverhalten wurde mit Zuwendungen belohnt, Ausgaben kontrolliert und beschnitten. Die Patientenschilderung mochte diesem Umstand geschuldet gewesen sein.

[...]möchte ich sie höflich bitten mir das Fahrgeld für eine Person und zwar für den Pfleger das Fahrgeld 6,90 DM Vorschuß geben könnte. Sie können es ja von den 2 DM die wir im Monat kriegen wieder abziehen.<sup>893</sup>

Das LKH forderte das Taschengeld für die Patienten beim Landesfürsorgeverband in den Pflegekostenabrechnungen ein, deponierte es auf einem gesonderten Konto und teilte es zu. Wenn kein eigenes Geld vorhanden war, Angehörige Geld per Post schicken oder einen Geldbetrag beim LKH-Besuch zurückließen, blieb Patienten neben kleinen Einkäufen im Krankenhauskiosk kaum die Möglichkeit z.B. Urlaubsfahrten nach Hause oder Briefporto zu finanzieren. Die Unzufriedenheit der Patienten, keine Einkäufe tätigen zu können, wurde mit dem Verweis „Taschengeld verbraucht“<sup>894</sup> aktenmäßig notiert und kommentiert. Im LKH Neustadt wurde die Taschengeldpauschale abzüglich bereits bestrittener Auslagen generell zweimal monatlich ausgezahlt. Für jeden Fürsorgepatienten wurde über das sogenannte Taschengeldkonto Buch geführt und bei Entlassung abgerechnet, aufgelöst und ein

---

<sup>890</sup> Jahresarbeitstagung der Krankenhausfürsorgerinnen vom 13.-15.10.1960 in Lüneburg. Vgl. Ameos Archiv Neustadt: Az. 200-1.

<sup>891</sup> Vgl. LASH: 611/ 388.

<sup>892</sup> 28.9.1961. LASH: 611/ 338.

<sup>893</sup> 2.3.1960. Schreiben des Patienten Erich D. an die Sozialarbeiterin des LKH Neustadt. LASH: 377/ 9753.

<sup>894</sup> 15.11.1958. LASH: 377/ 10052.

entsprechendes Guthaben ausgezahlt.<sup>895</sup> Zusätzliche Sonderzahlungen z.B. 0,50 DM für geleistete Arbeiten beim Wäschetransport nach Heiligenhafen wurden von der Neustädter Pflegeleitung 1961 mit den Worten „m. E. sollte man auch in Heiligenhafen wissen, daß es sich um Geisteskranke handelt. Die Patienten werden hier im üblichen Rahmen belohnt“<sup>896</sup>, kommentiert. Im üblichen Rahmen schloss die ab 1955 unter dem Titel „kulturelle Betreuung“ im Haushalt zusätzlich ausgewiesene „Belohnung der Kranken“ für die 200 in der Arbeitstherapie eingesetzten Psychiatriekranken 1955 und 245 Psychiatriepatienten 1960 mit je 0,50 DM wöchentlich pro Patient ein.<sup>897</sup> Damit entsprach dieses Entgelt in etwa dem im Haushalt unter Einnahmen geführten Anschlag in Höhe von 5.500 DM für die in der Landwirtschaft und anderen Wirtschaftsbereichen erbrachten Arbeitsleistungen der dort beschäftigten Psychiatriepatienten.<sup>898</sup> Der Verweis auf die Einheitsregelung bei allen Wirtschaftsbetrieben im LKH Neustadt gegenüber dem LKH Heiligenhafen sollte die Diskussion bzw. Vorzugsbelohnung bei zusätzlichen Tätigkeiten im Keim unterbinden.

Die Anfrage eines Vaters an die Kreisverwaltung Eutin 1952 mit der Frage nach Entlohnung seines Sohnes, der seit 1948 als Anstreicher beim Maler des LKH dauerhaft beschäftigt war und die Station lediglich zum Essen und Schlafen aufsuchte, wurde von Direktor Rücker-Embden mit

D. wird auf der Psychiatrisch-neurologischen Abteilung des Landeskrankenhauses Neustadt/Holst. im Rahmen der Arbeitstherapie beschäftigt, jedoch nicht mehr als Anstreicher. D. ist Patient, er arbeitet nicht gegen Entgelt. Seine Entlassung ist wegen seines Geisteszustandes nicht möglich.<sup>899</sup>

negativ beschieden. Die Akteneinträge bescheinigten Emil D. zwar durchweg zuverlässigen Arbeitsfleiß beim Maler und zwischenzeitlich beim Maurer, ein Verlegungsgesuch ins Landesfürsorgeheim des im Anstaltsalltag gut lenkbaren Arbeiters ohne pflegerischen Aufwand wurde 1954 „ärztlicherseits und aus angeordneten organisatorischen Massnahmen“<sup>900</sup> heraus abgelehnt. Das Interesse des LKH, zuverlässige Patientenarbeit im Rahmen der Arbeitstherapie zu erhalten, ist durchaus nachvollziehbar. Ein Tatbestand, der dem Patienten Emil D. ebenso

---

<sup>895</sup> Vgl. LASH: 611/ 444.

<sup>896</sup> 15.12.1961. Pflegevorsteher Jan H. Vogelsang. Ameos Archiv Neustadt: Az. 200-1.

<sup>897</sup> 1955 wurden unter Titel 411 für die 200 Psychiatriepatienten in der Arbeitstherapie 5.200 DM veranschlagt. Vgl. Ameos Archiv Neustadt: Az. 212-0.

<sup>898</sup> Ebd.

<sup>899</sup> 10.9.1952. Med. Direktor Rücker-Embden an den Kreisausschuss Eutin. LASH: 377/ 9798.

<sup>900</sup> 14.1.1954. Med. Direktor Rücker-Embden an das Kreiswohlfahrtsamt Eutin. LASH: 377/ 9798.

bewusst war. Nachdem er 1956 ein Arbeitsangebot eines Bauern als dessen Familienpflegling erhalten hatte, sein Vormund dies jedoch ablehnte, wies er in seiner Beschwerde auf die offensichtliche Diskrepanz hin.

Mein Vormund, Herr K., erklärte hierzu, Herr J. wolle mich nur als Arbeitskraft ausnutzen. Ich frage nun, als was ich die 8-jährige, durchaus vollwertige, unbezahlte Arbeit, die ich hier in der Anstalt geleistet habe, bezeichnen soll.<sup>901</sup>

Dass eine zusätzliche Entlohnung von Patiententätigkeiten dennoch möglich war und von der LKH-Leitung bewusst toleriert wurde, belegte die Forderung desselben Patienten als Hausarbeiter in einem Arzthaushalt auf dem Anstaltsgelände. „Wird von Frau St. sehr gelobt, ist fleissig und zuverlässig, drängt aber sehr darauf 5,- DM monatl. für seine Arbeit zu bekommen.“<sup>902</sup> Ordnung, Fleiß und Zuverlässigkeit wurden als selbstverständliche Forderung an den Patienten gestellt, im Gegensatz zur selbstbewusst eingeforderten Entlohnung, die ihm in Folge jedoch gewährt wurde. Emil D. war es u.a. mit dieser zusätzlichen Entlohnung über einen längeren Zeitraum möglich, 200,- DM anzusparen.<sup>903</sup> Allerdings schienen die Arbeitsbedingungen als Hauskalfaktor trotz des Anreizes einer entsprechenden Entlohnung nicht immer ausreichend, ein anderer Patient bat bereits nach wenigen Wochen als Hauskalfaktor um Versetzung zum Arbeitstrupp mit der Begründung „er wolle sich da nicht so viel kommandieren lassen“.<sup>904</sup> Dennoch muss die Privatentlohnung als Ausnahme im LKH-Alltag angesehen werden, Hilfsdienste für die Stationen oder kleine pflegerische Hilfsleistungen wurden vornehmlich in „weicher Währung“ mit Ausgang, Tabak oder Kaffee belohnt, von beiden Seiten als Vergünstigung angesehen und deshalb kaum von Patientenseite moniert.<sup>905</sup>

D. macht weiterhin seine Hausarbeit, die er wohl mal ablehnt, wenn er sieht, die Mitpatienten bekommen ihre bestellten Einkäufe und er hat nichts abbekommen (da sein Taschengeld aufgebraucht ist.) Durch ein kleines Tabakgeschenk ist er dann versöhnt und nimmt die Arbeit wieder auf.<sup>906</sup>

Mechanismen eines Belohnungssystems, die die Zufriedenheit der Patienten im LKH-Alltag unterstützen sollten. Der Umgang mit den knappen Taschengeldzuweisungen führte zu Beschaffungsstrategien, die sich auch als tolerierter Zeitvertreib auf Tabakhandel und andere Tauschgeschäfte fokussierte. Der

---

<sup>901</sup> 23.9.1956. LASH: 377/ 9807.

<sup>902</sup> 5.4.1949. Ebd.

<sup>903</sup> 9.7.1956. Ebd.

<sup>904</sup> 4.9.1951. LASH: 377/ 9753.

<sup>905</sup> Vgl. LASH: PA 377/ 10143.

<sup>906</sup> 15.11.1958. LASH: 377/ 10052.

Tauschhandel mit Tabak z.T. gegen Bargeld als Pfand stand als Anstaltswährung hoch im Kurs, d.h. geliehener Tabak musste erstattet werden. Tabak als Währung nahm mit den wöchentlichen Zuteilungen im Anstaltsalltag besonders auf den Männerabteilungen einen hohen Stellenwert ein.

Es wird bekannt, dass D. am 30.4.53 mit einem Bettuch mehrere Blüten von dem Magnolienstrauch am Küchenteich entwendet hat. Er wurde gestellt von einem Verwaltungsbeamten, dem er vorschwindelte, er tue das im Auftrag von Dr. Pulst, seines Stat. Arztes. In Wirklichkeit wollte er sich mit den Blüten Tabak bei anderen Leuten verdienen!<sup>907</sup>

Dabei gab das LKH in einer wöchentlichen Zuteilung am Sonnabend durch den jeweiligen Stationspfleger 50 g Tabak-Export an die Patienten aus<sup>908</sup>, Nichtraucher konnten hingegen Zuckerwaren bzw. Kaffee<sup>909</sup> erhalten, die als Tauschmittel in den Patientenakten allerdings keine Erwähnung fanden. Da Nikotin „als bestes Sedativum“<sup>910</sup> gegen die Langeweile und freie Zeit für die Patienten eingestuft wurde, gestattete die Stationsleitung einigen Patienten über die Zuteilung von Tabak hinaus für den Eigenbedarf selbst Tabakpflanzen zu ziehen. Im Garten des Festen Hauses „mit Genehmigung von dem Obergärtner Herrn M. durfte ich meinen geernteten grünen Tabak zwischen Baracke 3 und dem gr. Fliederbaum zum Trocknen hinhängen.“<sup>911</sup> Ein Entgegenkommen, das die Zufriedenheit der Patienten förderte und für Ruhe sorgte.

Die Verwaltung des LKH forderte auf Grundlage detaillierter Kostenaufstellungen in Abhängigkeit von Patientensollzahlen regelmäßig die Erhöhung einzelner Haushaltstitel zur Verbesserung der Patientenunterbringung und -Versorgung bei den zuständigen Ministerien ein. Oftmals waren die Versorgungsengpässe in allen schleswig-holsteinischen LKH ähnlich problematisch gelagert und die Medizinaldirektoren und Verwaltungsdirektoren schlossen sich für Petitionen an das Landesamt für Gesundheitswesen zusammen. Selbst im Falle der Patientenbelohnung bei Arbeitseinsätzen im LKH mit Tabak verfügte das jeweilige LKH über keinerlei Entscheidungshoheit, wenn der Haushaltstitel gemessen an der Patientensollzahl nicht mehr ausreichend war. Im Falle der Tabakbelohnung folgte 1961 ein Protestschreiben an die zuständige Gesundheitsbehörde, das für die männlichen Psychiatriepatienten einen Betrag von 0,02 DM pro Tag bzw. 0,66 DM

---

<sup>907</sup> 2.5.1953. LASH: 377/ 9807.

<sup>908</sup> 4.7.1948. LASH: 377/ 7088.

<sup>909</sup> 9.9.1961. Angabe aus dem LKH Schleswig-Stadtfeld. Vgl. LASH: 611/ 444.

<sup>910</sup> 24.9.1959. LASH: 377/ 10052.

<sup>911</sup> 19.5.1948. LASH: 377/ 7088.

pro Monat aufzeigte und weitere Konsequenzen beinhaltete. Der Verweis auf ein Gutachten aller drei LKH in Schleswig-Holstein sollte u.a. dieses Problem nachdrücklich gegenüber der zuständigen Gesundheitsbehörde verdeutlichen.<sup>912</sup>

Wenn auch betont werden muss, dass die hiesige Werktherapie eine ärztliche therapeutische Massnahme darstellt und eine Entlohnung für evtl. geleistete Werkstätigkeit also nicht in Frage kommt, so liegt es doch im psychiatrischen Interesse und Aufgabengebiet, diese Kranken mit Tabakwaren für Raucher und Zuckerwaren bzw. Kaffee für Nichtraucher zu versorgen. Der errechnete Geldbetrag ist für diese Aufgabe eindeutig zu gering. – In dem zu erstattenden Gutachten der drei Landeskrankenhäuser wird u.a. auch über die Werktherapie berichtet werden. Es wird dann auch zur Frage der Versorgung unserer Kranken mit Tabakwaren etc. Stellung genommen werden.<sup>913</sup>

#### **8.4 „Freigang“ und Besuchsregelung - Privilegien der Klinikstruktur?**

Mit seiner heterogenen Krankenhausstruktur bot sich für die psychiatrische Abteilung des LKH Neustadt nach 1945 die Chance einer Strukturveränderung in Abgrenzung zu einer homogen psychiatrischen Großanstalt, wie folgendes Zitat von 1953 verdeutlicht:

Die Struktur des Krankenhauses bietet günstige Voraussetzungen für die Verwirklichung der Forderung, die psychisch Kranken den körperlich Kranken gleich zu achten und allen Deklassierungs- und Diffamierungstendenzen gegenüber psychisch Kranken energisch entgegenzuwirken.<sup>914</sup>

Als gemeinsame Wohn- und Arbeitsstätte von Ärzten<sup>915</sup>, Pflegepersonal und Patienten diverser Fachabteilungen bildete das Neustädter Landeskrankenhaus zunächst diese heterogene Struktur eines Krankenhauses ab und inkludierte psychisch Kranke. Psychatriepatienten lebten für einen individuell bemessenen Zeitrahmen von ihrer bisherigen Lebenswelt entfernt, waren vor allem auf den geschlossenen Abteilungen von der Gesellschaft weitgehend isoliert und in Abhängigkeit ihrer Aufenthaltsdauer sozial von der Außenwelt entwurzelt.<sup>916</sup> Bereits 1949 wurde die Problematik der Resozialisierung erkannt und versucht, stufenweise derartige Patienten an einen gelockerten Alltag heranzuführen.

---

<sup>912</sup> 19.5.1948. LASH: 377/ 7088.

<sup>913</sup> 9.11.1961. Die Medizinaldirektoren Döhner und i.d. Beeck aus dem LKH Schleswig-Stadtfeld an das Landesamt für Gesundheitswesen. LASH: 611/ 444.

<sup>914</sup> O.V. Entwicklungsbericht LKH Neustadt 1953. LASH: Abt. 611/ 457-I, S. 45.

<sup>915</sup> 1951 gab es 11 Dienstwohnungen, 12 Werkdienstwohnungen und 88 landeseigene Mietwohnungen. 1957 9 Dienstwohnungen, 13 Werkdienstwohnungen und 74 landeseigene Mietwohnungen. Ameos Archiv Neustadt: Az. 213-2.

<sup>916</sup> Vgl. Goffman, Asyle (1972), S. 71.

[...] andererseits ist M. seit seiner Zeit der Anstaltseinweisung mit der Außenwelt kaum in Berührung gekommen und man hat ihm noch keine Gelegenheit gegeben, sein Verhalten unter normalen Lebensumständen zu zeigen. Es ist deshalb geplant, M., dessen Gesamtverhalten bisher zu keinen ernsthaften Beanstandungen Anlaß gegeben hat, als Einzelarbeiter einzusetzen.<sup>917</sup>

Die psychiatrischen Abteilungen, Ärzte und Pflege profitierten von der Koexistenz. Für die Neustädter Ärzte bedeutete die Vielfalt der Fachrichtungen Austausch mit Kollegen und Orientierung an den Entwicklungen anderer Fachbereiche und für das psychiatrische Pflegepersonal bestand am gemeinsamen Wohn- und Arbeitsort der Austausch mit Pflegern und Schwestern der Allgemeinen Krankenpflege. Den Psychatriepatienten ermöglichte die Krankenhausstruktur in einem begrenzten Maße trotz des formal streng reglementierten Alltags den sozialen Verkehr mit der Außenwelt. In Abhängigkeit ihres Krankheitsverlaufes unter Aufsicht und Kontrolle und in der Einhaltung der strikten Hausordnung bestand für die LKH-Psychiater der Handlungsspielraum, u.a. auch Patienten im Maßregelvollzug mit Gelände- und Stadtausgängen gesellschaftliche Normalität erlebbar zu machen und neben der Besuchsregelung die Verbindung zur Außenwelt aufrecht zu erhalten.

Es konnte nachgewiesen werden, dass eine strikte Einhaltung der Unterbringungsform im Festen Haus oder der geschlossenen Abteilung aus Platzgründen keineswegs konsequent umgesetzt werden konnte. Vielmehr entschied die jeweilige psychiatrische Stationsleitung individuell - dem Verhalten der Psychatriepatienten entsprechend - über die Unterbringungs- und Verlegungspraxis. Die heterogene Belegung der diversen Fachrichtungen bot danach selbst für gerichtlich untergebrachte Patienten eine gewisse Transparenz des jeweils anderen Anstalts- bzw. Klinikmilieus der anderen Fachabteilung. Der Patientenbestand war weitgehend nach Fachrichtungen in den verschiedenen Häusern unterteilt, zeitweise jedoch durchaus in einem Haus untergebracht. Eine strikte Trennung der Patientengruppen ergab sich mit der Stationseinteilung, jedoch nicht zwangsläufig in den Patientenhäusern. Die Begegnungsmöglichkeiten unter den Patienten waren auf dem Gelände des Neustädter LKH vielfältig, in den parkähnlichen Anlagen beim täglichen Ausgang im Trupp zur Arbeit, bei Spaziergängen in Kleingruppen, bei den arbeitstherapeutischen Einsätzen, die Psychatriepatienten im Rahmen der Arbeitstherapie bis in die anderen Fachabteilungen führte oder beim Einkauf im

---

<sup>917</sup> 15.7.1949. Nervenärztliche gutachterliche Äußerung aufgrund eines Gnadengesuchs der Angehörigen zur Entlassung von Franz M. LASH: 377/ 7088.

Klinikpavillon. Es bestand für die Psychatriepatienten durchaus Gelegenheit zur persönlichen Bekanntschaft mit Patienten und Besuchern anderer Fachabteilungen.



Abb. 16: Haus 7 und Haus 8 im parkähnlichen Gelände<sup>918</sup>

Nachdem sich der nach § 42b untergebrachte Psychatriepatient Günther L. 1958 mit einem Mädchen der Orthopädie heimlich auf dem Anstaltsgelände getroffen hatte, wurden seine Besuche auf deren Abteilung zunächst unterbunden.<sup>919</sup> Bereits 1950 war ihm der geschlechterübergreifende Kontakt während seines Aufenthalts als Psychatriepatient möglich, was aktenmäßig mit „Er hat, wie sich ergibt, seit etwa 14 Tagen die Tochter einer Patientin der psychiatrischen Frauenstation aus Eutin kennengelernt und sich mit dem Mädchen außerhalb des Anstaltsgeländes getroffen“<sup>920</sup>. Derartige Kontakte mit Besuchern wurden von den Patienten u.a. zur Umgehung der Briefzensur genutzt und ermöglichten persönliche Beziehungen bis hin zu Liebesverhältnissen.<sup>921</sup> Psychiatrischer Patientenalltag fand in Neustadt demnach nicht unter Ausschluss der Öffentlichkeit statt, sondern war – solange die anderen Fachabteilungen im Untersuchungszeitraum ansässig waren - Bestandteil des medizinischen Versorgungssystems und reichte bis ins gesellschaftliche Leben der Kleinstadt hinein.

---

<sup>918</sup> Ohne Jahresangabe. Kopie aus dem Fotoalbum der Oberin M. Heumann. Dank für die Einsicht an Dr. Freudenberg. Ameos Neustadt.

<sup>919</sup> 20.3.1958. LASH: 377/ 7069.

<sup>920</sup> 14.7.1950. Ebd.

<sup>921</sup> 20.3.1958. Ebd.

Auch wenn Zäune die Patientenhäuser mit geschlossenen Abteilungen im Innenbereich des LKH-Geländes zusätzlich sicherten, war das LKH kein in sich geschlossener Raum, der von der Außenwelt abgetrennt war. Psychatriepatienten genossen ortsnah nicht zuletzt aufgrund des offenen Geländes eines Krankenhauses Privilegien, die in einer abgelegenen psychiatrischen Großanstalt so schwer umzusetzen waren. Patienten wie Besucher betraten das Klinikgelände durch einen gemeinsamen Eingang mit Pförtneri. Ein unbemerkter Ausgang in die Stadt war für Psychatriepatienten, denen bereits Geländeausgang gestattet war, durchaus möglich. „Durfte sonntags nachmittags im Krankenhausgelände spazieren gehen, wurde aber in der Stadt gesehen.“<sup>922</sup>

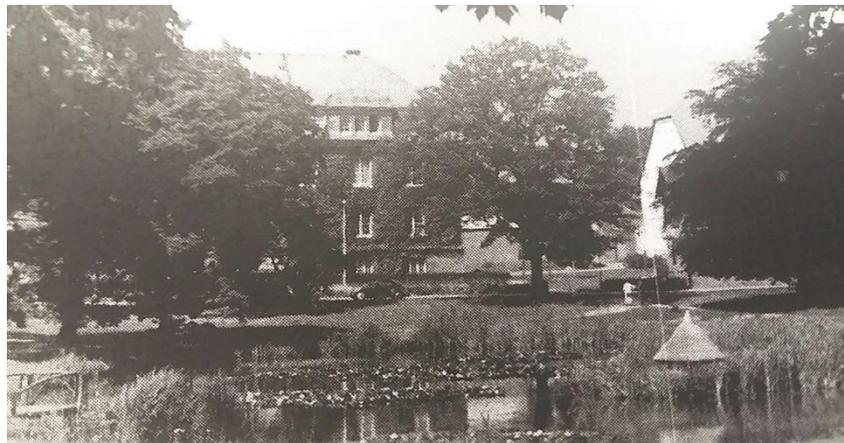


Abb. 17: „Am Küchenteig“<sup>923</sup>

Eine engmaschige Kontrolle war demnach an Besuchstagen vom psychiatrischen Pflegepersonal nicht zu gewährleisten, wurde aber im kleinstädtischen Umfeld durch Mitpatienten Ärzten und Schwestern zur Kenntnis gebracht. Bei offizieller Ausgangserlaubnis am Sonntag im Gelände oder in die Stadt mussten Psychatriepatienten ihre persönliche Garderobe zugeteilt bekommen haben bzw. anstaltseigene Zivilkleidung tragen können, die ihnen bei einem erhöhten Publikumsverkehr zur sonntäglichen Besuchszeit ein vom Pförtner unerkanntes Verlassen des Geländes ermöglichte. Patienten probierten sich währenddessen in alltagsgebräuchlichen Gepflogenheiten wie „hat auf dem Markt mit einem Lloyd eine

---

<sup>922</sup> 17.9.1951. LASH: 377/ 7069.

<sup>923</sup> Ohne Jahresangabe. Kopie aus dem Fotoalbum der Oberin Meta Heumann. Dank für die Einsicht an Dr. Freudenberg. Ameos Neustadt.

Probefahrt gemacht und falsche Adresse angegeben“.<sup>924</sup> Günther L. wurde zunächst nicht als Psychiatriepatient durch Kleidung und Verhalten wahrgenommen, sondern konnte sich durchaus gegenüber dem Autohändler als Interessent und potentieller Käufer ausgeben. Derartige Übertritte wurden zwar aktenkundig gemacht und zogen nach Ermahnung zunächst Ausgangsverbote nach sich, die erst bei gebessertem Verhalten wieder zu Geländeausgängen und als Steigerung zum Stadtausgang führten. Vornehmlich wurden offizielle Freigänge in die Stadt für Kaffee- und Kinobesuche<sup>925</sup> und „amouröse Sachen“<sup>926</sup> genutzt. Die Frei- und Ausgangspraxis für Psychiatriepatienten untermauert das LKH-interne Erziehungssystem von Belohnen und Strafen in Abhängigkeit des sozialen Verhaltens. Einerseits bedeuteten Aus- bzw. Freigänge einen der größten Anreize für Psychiatriepatienten innerhalb ihres LKH-Alltags, andererseits waren die Aus- und Freigänge neben den kurzzeitigen Beurlaubungen die höchste Stufe des Resozialisierungsprozesses für eine mögliche Entlassung. Allerdings bestand die Kontaktmöglichkeit auch ohne Aus- und Freigänge. Das LKH-Gelände konnte auch von Außenstehenden jederzeit und unerkannt betreten und Kontakt zu den Psychiatriepatienten aufgenommen werden.

Im Gelände hatte sich hier eine Frau vom Wieksberg eingefunden, die nicht nur hinter L., sondern auch hinter anderen Patienten her war. Dieser wurde das Betreten des Krankenhausgeländes untersagt.<sup>927</sup>

Die Neustädter Freigangs-Praxis für Psychiatriepatienten profitierte von der offenen Klinikstruktur und grenzt sich deutlich von einer Verwahropsychiatrie ab. Parallel dazu galt eine Besuchsregelung für die psychiatrischen Abteilungen, die anhand der untersuchten Patientenakten lediglich eingeschränkt nachgezeichnet werden kann. Besuche fanden im Tagesraum bzw. im Besucherzimmer der einzelnen Patientenhäuser bzw. der Stationen statt. Deren Einrichtung und die Außenwirkung auf die Besucher wurden 1960 bei einer Ortsbesichtigung im LKH Schleswig beanstandet und es erfolgte die Anweisung an alle LKH in Schleswig-Holstein, diese in „würdiger Weise“<sup>928</sup> auszugestalten. Der Besuchsregelung galt das Interesse der Psychiater, die zum Erhalt und zur Unterstützung einer stabilen Familienanbindung unterstützt wurde, nicht allein aus Nachsorgeaspekten bei Entlassungen, sondern

---

<sup>924</sup> 22.2.1958. LASH: 377/ 7069.

<sup>925</sup> 8.3.1955. Ebd.

<sup>926</sup> 16.8.1957. Ebd.

<sup>927</sup> 16.8.1957. Ebd.

<sup>928</sup> 13.7.1960. Ameos Archiv Neustadt: Az. 200-0.

auch für den direkten Behandlungserfolg während des LKH Aufenthaltes. Aktiv suchte das Neustädter LKH Kontakt zu Verwandten und bemühte sich um die Stabilisierung sozialer Bindungen.

Da ihre Frau bis heute noch nichts von Ihnen gehört hat, macht sie sich große Sorgen. Sie ist sehr unruhig, sodaß der bisherige Behandlungserfolg dadurch sehr in Frage gestellt werden muß. Wir halten es daher für zweckmäßig, daß Sie oder Ihr Sohn einmal an die Patientin schreiben. Noch wesentlich besser wäre ein Besuch.<sup>929</sup>

Die Interaktion zwischen LKH und Angehörigen war unabdingbarer Bestandteil des LKH-Aufenthaltes der Psychatriepatienten und wurde von den Ärzten sehr gefördert. Die Berichterstattung und Verhaltensbeobachtung der Angehörigen über den psychisch Kranken galt als wichtiger Teilbestand der Auf- und Wiederaufnahmepaxis für die Behandler. „Kommt in Begleitung ihres Cousins zur Aufnahme. Dieser ist aber schon verschwunden als Ref. auf Station kommt“.<sup>930</sup> Im Interesse einer verstärkten Familieneinbindung wurden in der Mehrzahl der Angehörigenbesuche zusätzliche Gespräche mit dem behandelnden Arzt angestrebt und Besuche unterstützt. In Fällen familiärer Problematiken konnten kurze Zeitintervalle zwischen den einzelnen Besuchsterminen nachgewiesen werden.<sup>931</sup> Anhand der Patientenaktendokumentation lässt sich zeigen, dass zunächst die Patienten besucht wurden und im Anschluss mit dem zuständigen Arzt ein Gespräch geführt wurde, das u.a. den Inhalt der vorausgegangenen Privatunterhaltung betraf. „Besuch der ältesten Töchter, die angeben, daß ihre Mutter glaube, ein Arzt im Krankenhaus habe ein Interesse daran, sie hier festzuhalten.“<sup>932</sup> Besuche von Angehörigen und Freunden wurden mit Einträgen wie „der Besuch eines Freundes (Dr. S., befreundeter HNO-Arzt) bringt keine Änderung. Dr. S. berichtet weiterhin [...]“<sup>933</sup> oder „bei einem Besuch der Schwester bestätigt diese den Vorfall mit dem Autobusfahrer [...]“<sup>934</sup> in der Patientenakte dokumentiert. Die Besuchspraxis in Neustadt kam den Ansprüchen aller involvierter Parteien - Patienten, Angehörigen und Ärzte - zu Gute und wurde als integratives Element gefördert. Die Besuchsregelung diente als Bindeglied zur Familie, für die Patienten als soziale Komponente, für die Ärzte zur weiteren Information und Patientenbeurteilung. In

---

<sup>929</sup> 17.10.1955. LASH: 377/ 9251.

<sup>930</sup> 4.5.1965. LASH: 377/ 9262.

<sup>931</sup> Besuche fanden z.B. bei problematischen Familienverhältnissen am 22.3.1964, 30.3.1964, 10.4.1964 und 12.4.1964 statt. LASH: 377/ 9262.

<sup>932</sup> 7.11.1951. LASH: 377/ 10482.

<sup>933</sup> 22.6.1948. LASH: 377/ 10482.

<sup>934</sup> 7.12.1952. LASH: 377/ 10143.

einem Schreiben an die Eltern der Patientin Aster D. wurde von den Ärzten ein Gesprächsangebot unterbreitet, da „Einzelheiten zu schreiben, würde zu weit führen, vielleicht ergibt sich noch einmal die Gelegenheit einer persönlichen Unterredung.“<sup>935</sup> Um dieses Gesprächsangebot wahrnehmen zu können, muss davon ausgegangen werden, dass derartige Besuche angekündigt wurden oder z.T. in Anwesenheit des Behandlers stattfanden.

Besuch von ihrem Ehemann. Während des Gesprächs, in dem sie durchaus der Thema- bestimmende Teil ist, zeigt sie eine ungemein beherrschte Aufmerksamkeit und affektiv minutiös gesteuerte Wesenshaltung.<sup>936</sup>

Während der Besuche wurde das Patientenverhalten vom Pflegepersonal im Besuchszimmer beobachtet und Verhaltensweisen und Auffälligkeiten ebenfalls in der Akte notiert. „Läßt ihre Töchter kaum zu Wort kommen, sprudelt Gleichgültiges und Familiäres durcheinander hervor [...]“<sup>937</sup>

Besuch der beiden ältesten Töchter. Pat. ist recht betriebsam, läuft ständig zwischen ihrem Zimmer und der Küche hin und her, um ihren Besuch ausreichend bewirten zu können.<sup>938</sup>

Katharina B. konnte ihre Töchter außerhalb des Aufenthaltsraums, der als Besuchszimmer diente, in ihrem Zimmer empfangen und in der Stationsküche etwas zum Anbieten herrichten. Dies mochte bei Selbstzahlern, wie Katharina B. es 1950 zunächst noch war, möglich gewesen sein, muss aber generell für alle psychiatrischen Stationen fraglich bleiben. Aktenvermerke wie „hat auch des öfteren Besuch von seiner Schwester“<sup>939</sup> spiegelten zusammenfassend den stabilen Kontakt der Familie zum Patienten wieder und galten als Beleg für bestehende Familienbindungen, die einer angedachten Entlassung zuträglich waren. Die Dokumentation in der Patientenakte „Hatte heute Besuch von Frl. K.“<sup>940</sup>, vier Wochen später „hatte wieder Besuch von Frl. K.“<sup>941</sup> und zusammenfassend drei Monate später „hat alle 4 Wochen Besuch von seiner Verlobten“<sup>942</sup> zeugte nicht nur über die Konstanz einer stabilen, außerfamiliären Beziehung, sondern legt den Schluss nahe, dass vornehmlich – von ärztlicherseits unterstützten Ausnahmefällen abgesehen - eine vierwöchige Besuchsregelung im LKH für die psychiatrischen

---

<sup>935</sup> 25.7.1956. Ebd.

<sup>936</sup> 4.8.1948. Ebd.

<sup>937</sup> 24.3.1950. LASH: 377/ 10143.

<sup>938</sup> Ebd.

<sup>939</sup> 20.11.1956. LASH: 377/ 7069.

<sup>940</sup> 15.6.1958. Ebd.

<sup>941</sup> 13.7.1958. Ebd.

<sup>942</sup> 10.10.1958. Ebd.

Patienten gegolten hat. Dies findet sich ebenfalls in der Aussage von Angehörigen der Patientin Aster D. wieder „da ich von meiner Tochter Aster D. seit vier Wochen, wo ich sie in Neustadt besuchte nichts gehört habe [...].“<sup>943</sup> Gegenüber den wöchentlich geregelten Besuchszeiten der anderen Fachabteilungen blieben Psychatriepatienten hingegen benachteiligt, auch wenn sich Spontanbesuche von Angehörigen bei Patienten als Selbstzahler nachweisen lassen.<sup>944</sup>

Die heterogene Krankenhausstruktur ermöglichte ebenso wie die stadtnahe Lage Neustadts eine begrenzte und ärztlicherseits reglementierte Ausgangspraxis für Psychatriepatienten. Entsprechend des psychiatrischen Krankheitsbildes und der sozialen Interaktion gemäß Hausordnung bot die Neustädter Psychiatrie ihren Patienten Freiräume, die dem erzieherischen Therapiekonzept entsprachen, als Anreize den Patientenalltag auflockerten und den Zugang zur realen Außenwelt zuließen. Nach individuell festgelegten Testphasen galt die Ausgangspraxis als Vorbereitung auf mögliche Entlassungen und Resozialisierungen. In der Besuchspraxis lässt sich generell ein vierwöchiges Intervall aus den untersuchten Patientenakten nachzeichnen. Starke Familienanbindung oder Konfliktsituationen hingegen ermöglichten häufigere Kontakte, die ärztlicherseits unterstützt wurden, da sie zusätzliche Informationen und Verhaltenseinsichten über die Patienten boten. Entgegen der Bereiche Anstaltskleidung und Verpflegung, die in Abhängigkeit ökonomischer Zuweisungen der Landespolitik standen, lag im Bereich Freigang und Besuchsregelung die Kompetenzhoheit in Anlehnung an das therapeutische Konzept bei den Neustädter LKH-Psychiatern. Freigang und Besuchsregelung führten zur Intensivierung vorhandener Sozialbindungen und unterstützten die Resozialisierung.

## **8.5 Freizeitgestaltung - kollektive Ablenkung und Eigeninitiative**

In Abhängigkeit der Krankheitsentwicklung wurden Psychatriepatienten im LKH-Alltag im Rahmen der Arbeitstherapie verschiedenen Beschäftigungen zugeteilt. Die im Haushalt des Neustädter LKH aufgeführte Summe von 5.200 DM für „Arbeitsbelohnung für in der Arbeitstherapie eingesetzten Geisteskranken“<sup>945</sup> von

---

<sup>943</sup> 22.8.1954. LASH: 377/ 10143.

<sup>944</sup> 14.8.1948. LASH: 377/ 10482.

<sup>945</sup> Ameos Archiv Neustadt: Az. 212-0.

200 Patienten 1955 und 245 Patienten 1960 machte wöchentlich 0,50 Pfennig aus.<sup>946</sup> Ob die Beschäftigung mit kleinen Putz- und Hilfsdiensten auf Station dabei Berücksichtigung fand, muss offen bleiben. Die geleistete Arbeit (Vgl. Kap. 5.2) diente sowohl einer therapeutisch gewollten Ablenkung von sich selbst<sup>947</sup> als den durchaus ökonomisch begründeten Interessen der LKH-Verwaltung in der kostengünstigen Bewältigung des LKH-Alltags durch Patientenarbeit. Für die Patienten, deren stationärer Aufenthalt mit einer Beschäftigung in der Arbeitstherapie versehen war, konnte sich die Tätigkeit je nach Einsatzgebiet beruhigend und ermüdend zugleich auswirken. Wie aber wurde die verbliebene Zeit verbracht? Welche Angebote entwickelten sich im Untersuchungszeitraum zur kollektiven Ablenkung? Welche Initiativen konnten die Patienten selbstständig ergreifen, um die verbliebene Zeit im Rahmen der Hausordnung auszufüllen?

Die Freizeitgestaltung in den psychiatrischen Abteilungen war im Untersuchungszeitraum begrenzt. Einigen Patienten war es durchaus möglich über ihre arbeitstherapeutische Beschäftigung hinaus tätig zu sein und Geld dazu zu verdienen. „Geht außer der Arbeitszeit und abends Holz hacken und graben oder macht Ausbesserungsarbeiten, [...], damit er Reisegeld hat.“<sup>948</sup> Im Kontext von Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit war dies eine besonders für die Männerstationen von der Pflegeleitung befürwortete Freizeitgestaltung, die sogar in diesem Fall einem nach § 42b Untergebrachten zugestanden wurde. Das Quellenmaterial weist vornehmlich für die geschlossenen Männerabteilungen der Psychiatrie gewalttätige Übergriffe und homosexuelle Handlungen aus, die unter Verschluss als Ausdruck von Unterbeschäftigung und Langeweile in Massenunterkünften gewertet werden müssen.<sup>949</sup> Neben dem täglichen Einsatz im Rahmen der Arbeitstherapie waren es die von der ärztlichen Leitung genehmigten Gelände- und Stadtausgänge, die der Langeweile entgegen steuern sowie für Auflockerung und Abwechslung der dafür in Betracht kommenden Patienten sorgen sollte. In einem beschränkten Maße konnte die psychiatrische Abteilung in Neustadt für kollektive Freizeitangebote, die in Eigenregie vom Personal ausgerichtet wurden und den Etat wenig belasteten, sorgen. Der Haushaltsansatz zur kulturellen Betreuung der Kranken des LKH sah für

---

<sup>946</sup> 1955 wurden unter dem Titel 411 für 200 Psychiatriepatienten in der Arbeitstherapie 5.200 DM veranschlagt. Ebd.

<sup>947</sup> Vgl. Goffman, *Asyle* (1972), S. 71.

<sup>948</sup> 5.3.1953. LASH:377/ 9798.

<sup>949</sup> Vgl. 377/ 10070; 377/ 9753; 377/ 7088; 377/ 10475.

die Vergleichsjahrgänge 1951, 1955 und 1960 einen jährlichen Betrag von 500 DM für die Unterhaltungsbücherei, je 4 DM für Weihnachts- und Geburtstagsgeschenke der Psychatriepatienten und die Kinder der sogenannten „Krüppelklinik“ vor. Des Weiteren stand den Fürsorgerinnen ein Betrag von 750 DM insgesamt für kleinere persönliche Bedürfnisse unbemittelter Patienten zur Verfügung, der über die Jahre keine Steigerung erfuhr.<sup>950</sup> Unter den Titel „Kulturelle Betreuung“<sup>951</sup> fiel ab 1955 zusätzlich die Belohnung der Kranken mit je 0,50 DM wöchentlich pro Patient für die 200 in der Arbeitstherapie eingesetzten Psychatriekranken.<sup>952</sup> Der Etat durfte lediglich bei Mehreinnahmen z.B. durch Erlöse aus den eigenen Werkstätten überschritten werden, die 1951 erstmals nach dem voraussichtlichen Aufkommen mit 200,- DM veranschlagt wurden, sich 1954/1955 auf 500,- DM steigerten und bereits ab 1957 mit nur noch 100,- DM im Haushalt zu Buche schlugen<sup>953</sup> und somit keine Extraausgaben zuließen.

In der Tradition des kollektiven Neustädter Festkalenders stand für die psychiatrischen Abteilungen zunächst die Ausrichtung eines Sommerfestes mit Vogelschießen und anschließendem Tanz, in Folge schlossen sich das Ernte- und Weihnachtsfest an. Sommer- und Erntefest wurden im Außenbereich abgehalten, waren für eine begrenzte Anzahl von Psychatriepatienten fester Bestandteil des Jahresprogramms und erfüllten eine gewisse „Leuchtturmfunktion“<sup>954</sup>. Die Weihnachtsfeiern fanden in Ermangelung eines geeigneten Saales bis zur Fertigstellung des Festsaal-Gebäudes auf den jeweiligen Abteilungen statt. Für Schleswig-Hesterberg erinnert Joachim Meyerhoff die stationsinternen Weihnachtsfeiern, die sich ähnlich in den anderen LKH abgespielt haben dürften:

Ich durfte meinen Vater auf seinem Weg durch die Stationen der Psychiatrie begleiten. Für jede Bescherung hatten wir nur zwanzig Minuten Zeit, dann mussten wir zur nächsten. [...] Wenn wir eintrafen, waren alle Patienten der entsprechenden Station bereits in einem Zimmer versammelt. [...] Es wurden zwei Weihnachtslieder mit dem Pflegepersonal und den Stationsärzten gesungen, [...].<sup>955</sup>

---

<sup>950</sup> Haushaltstitel 1951: 611; Haushaltstitel 1955 und 1960: 411. Vgl. Ameos Archiv Neustadt: Az. 212-0.

<sup>951</sup> Ameos Archiv Neustadt: Az. 212-0.

<sup>952</sup> 1955 wurden unter Titel 411 für die 200 Psychatriepatienten in der Arbeitstherapie 5.200 DM veranschlagt. Ebd.

<sup>953</sup> Ebd.

<sup>954</sup> 10.8.1959. Schreiben des Verwaltungsdirektors des LKH Neustadt an die Redaktion der „Lübecker Freie Presse am Morgen“ zu den Festivitäten im LKH und einer Einladung an diesen teilzunehmen und zu berichten. Ameos Archiv Neustadt: Az. 204-3.

<sup>955</sup> Vgl. Meyerhoff (2013), S. 137.

Mit Ausnahme der Weihnachtsfeiern, die auf allen Fachabteilungen des LKH abgehalten wurden, blieben die Klinikfeste - in der Tradition der ehemaligen psychiatrischen Großanstalt - der psychiatrischen Abteilung und der „Krüppelklinik“ vorbehalten, wurden intern veranstaltet und boten den Patienten stations- sowie geschlechterübergreifende Kontaktmöglichkeiten. Die Geschlechtertrennung der psychiatrischen Abteilungen verhinderte weitgehend den täglichen Kontakt zum jeweils anderen Geschlecht. Die wenigen Gelegenheiten zur Kontaktaufnahme bzw. -pflege ergaben sich u.U. beim Stationseinsatz, beim sonntäglichen Ausgang auf dem Gelände oder dem Stadtausgang. Versuche, „dass D. immer am Fenster Verbindung zu weiblichen Personen und Patientinnen sucht“<sup>956</sup>, zeugten von diesem Reiz. In diesem Wissen gestattete die Klinikdirektion auch denjenigen Patienten das jährliche Vergnügen, die gegen die Hausordnung verstoßen hatten, und sah von einem Teilnahmeverbot ab.

Ich weis das ich Strafe verdint habe, aber ich bitte sie mir nicht das schönste zu nehmen, das nur einmal im Jahr forkomt, das Erntefest. Denn ich tanze doch so gern.<sup>957</sup>

Vorzugsweise zum Sommer- bzw. Erntefest nutzte die Klinikleitung die festlichen Gelegenheiten im Außenbereich des weitläufigen Parkgeländes zwischen den Stationshäusern der Psychiatrie, um lokale Pressevertreter einzuladen und der Öffentlichkeit einen, wenn auch konstruierten, Eindruck von fröhlichen Krankenhausfeierlichkeiten zu präsentieren. Derartige Pressemitteilungen aus dem psychiatrischen Abteilungen zielten darauf ab - entgegen der breiten Medienkritik der 1950er Jahre<sup>958</sup> - ein positives Bild der Psychiatrie in Neustadt zu zeigen, das einen durchaus offenen und keineswegs verwahrenden Anstaltscharakter vermitteln wollte. Diesem Ziel entsprechend war ein ausgewähltes Patientenkontingent anwesend; ein Vorgang, der durch die über den Untersuchungszeitraum hinausgehenden Ausführungen Meyerhoffs zum Besuch des schleswig-holsteinischen Ministerpräsidenten, Dr. Gerhard Stoltenberg im LKH Schleswig-Holsteinhaus bestätigt wird. „Schau dir das an. Die echten Dödies sind alle weggesperrt. Die

---

<sup>956</sup> 14.11.1952. LASH: 377/ 9753.

<sup>957</sup> 27.9.1957. LASH: 377/ 7069.

<sup>958</sup> 1950 wurden die Zustände der deutschen Anstaltspsychiatrie verstärkt in der deutschen Presse thematisiert und kritisiert. Z.B. „Im Netz der Psychiater“, Welt am Sonntag vom 5.12.1950; „Das deutsche Gegenstück zur amerikanischen Schlangengrube?“, Stern vom 9.7.1950. Vgl. Brink, Grenzen der Anstalt (2010), S. 372 ff.; Noack, Thorsten: Über Kaninchen und Giftschlangen. Psychiatrie und Öffentlichkeit in der frühen Bundesrepublik Deutschland. In: Fangerau, Heiner/ Nolte, Karin (Hg.): „Moderne“ Anstaltspsychiatrie im 19. Und 20. Jahrhundert. Legitimation und Kritik. Stuttgart 2006, S. 311-340.

zeigen heute nur die Braven.“<sup>959</sup> So berichtete das Neustädter Tageblatt 1957 über das jährliche Sommerfest im Garten von Haus 2 für 250 psychiatrische Patienten und dem munteren Treiben auf der Terrasse zu den Klängen der LKH-Kapelle.<sup>960</sup> Das Bemühen und die Verdienste des Personals „ihren Schützlingen einige unbeschwerte Stunden zu bereiten“<sup>961</sup> wurden hervorgehoben und mit „[...] die strahlenden Gesichter der Patienten waren den Pflegern und Pflegerinnen ein schöner Dank“<sup>962</sup> abgerundet. Welche Kriterien für die Patientenauswahl zur Teilnahme am Sommerfest ausschlaggebend waren, ließ sich aus den Quellen nicht rekonstruieren und muss offen bleiben. So auflockernd und unbeschwert die Feiern und seltenen Veranstaltungen von den Patienten empfunden wurden, so sehr dienten sie für Ärzte und Pflege als zusätzliche Beurteilungsgrundlage im Gesamtkonzept der Therapie. Dabei bestand die pflegerische Aufgabe des Personals nicht nur in der Aufsicht während der Feierlichkeiten, vielmehr galt auch hierbei Verhaltensbeobachtung, Dokumentation und Beurteilung. „War heute mit zum Erntefest für die Patienten. Tanzte jeden Tanz und gebärdete sich wie ein „Louis“<sup>963</sup> oder „nahm zwar mit Interesse an der Weihnachtsfeier teil, war aber doch nicht affektiv voll mitgehend.“<sup>964</sup>

Zum traditionellen Festkalender der psychiatrischen Abteilungen boten sich weitere Veranstaltungen zur Auflockerung des geregelten Anstaltsalltags an und wurden von der Verwaltungs- und Klinikenebene dankbar zur kollektiven Zerstreuung aufgegriffen. Die im Rahmen der „8. Europäischen Trachtenwoche“<sup>965</sup> in Neustadt gastierenden Volkstanzgruppen traten zum wiederholten Male im LKH auf und erfreuten im Park zwischen den Stationshäusern nicht nur die Patienten aller Fachabteilungen mit Tanz und Gesang, sondern als weitere Zuschauer waren sowohl Neustädter Bürger als auch Kurgäste aus Pelzerhaken eingeladen. Die Presseberichte hoben in ihrer Berichterstattung vor allem die Psychiatriepatienten hervor: „Kaum gibt es ein dankbareres Publikum als diese Kranken. Für sie waren die Darbietungen der

---

<sup>959</sup> Meyerhoff (2013), S. 123.

<sup>960</sup> 26.7.1957. Neustädter Tageblatt. Ameos Archiv Neustadt: Az. 204-3.

<sup>961</sup> Ebd.

<sup>962</sup> Ebd.

<sup>963</sup> 20.9.1952. LASH: 377/ 9753.

<sup>964</sup> 22.12.1952. LASH:377/ 10143.

<sup>965</sup> Die „Neustädter Trachtenwoche“ findet noch heute in einem Dreijahresturnus statt. 2015 fand sie zum 29. Mal in Neustadt für neun Tage statt. Sommermagazin. Lübecker Nachrichten vom 24./ 25.7.2016.

Gruppen besser als alle von Ärzten verordnete Medizin.“<sup>966</sup> Auch Anfragen von Künstlern wurden positiv beschieden und Anfang der 1960er Jahre konnte der Auftritt einer Illusions-Zauberschau im LKH Neustadt geplant werden.

Der Herr Medizinaldirektor wünscht, daß die „Illusions-Zauberschau“ für unsere Patienten in unserem Hause spielt. Ich bitte um Mitteilung, ob diesbezüglich der Fertigstellung des Podiums oder anderer Inneneinrichtungen seitens des Bauamtes Bedenken bestehen.<sup>967</sup>

Nicht nur derartig öffentlich zugängliche Veranstaltungen im Neustädter LKH, sondern auch die Krankenhausstruktur selbst ermöglichte der Allgemeinbevölkerung einen Einblick in die Unterbringung und Versorgung der Psychatriepatienten. 1965 führten diese Einblicke zu einer Spende einer ehemaligen Patientin der Frauenklinik von 5.000 DM für „arme, alte, kranke Frauen“<sup>968</sup> der Psychiatrie. Der Verwendungszweck blieb Oberin Heumann vorbehalten, die eine Umfrage unter den Oberschwestern der psychiatrischen Frauenabteilung einleitete mit dem Ergebnis „im Mai erstmals versuchsweise einen Busausflug in die Holsteinische Schweiz zu unternehmen mit anschließender Kaffeetafel“.<sup>969</sup> Gemäß dem Wunsch der ungenannten Spenderin wurden Langzeitpatientinnen berücksichtigt, „die sonst nichts mehr von der Welt zu sehen bekommen“<sup>970</sup>. Vier Busse wurden sowohl im Frühjahr als auch im Herbst 1966 für eine Ausfahrt mit Kaffeetafel gechartert. Zusätzlich ermöglichte die Spende einen weiteren Gruppenausflug, einen Fernseher für Haus 2 und die Neuanschaffung von Winterbekleidung im Wert von 650,- DM. Maßnahmen zur Verbesserung der Unterbringungsqualität durch Spenden, die den Akteuren der Medizin und Pflege Handlungsspielräume eröffneten. Von den zuständigen Landesbehörden blieb die Ausweitung derartiger Freizeitaktivitäten in der ökonomischen Kalkulation unberücksichtigt.

Zu den kollektiven Veranstaltungen, die das Neustädter LKH regelhaft ausweiten wollte, gehörte das Abhalten von Gottesdiensten. Im Haushaltsplan war unter Seelsorge- und Organistendienst 1951 zunächst kein Etat vorgesehen und die veranschlagte Summe von 250 DM für 1955 und 1960 konnte lediglich für ein geringes und unregelmäßiges Gottesdienstangebot stehen, das kaum über die Festtagsandachten zu Weihnachten und Ostern hinausging. Dennoch sprachen sich

---

<sup>966</sup> 7.8.1958. Kieler Nachrichten. Ameos Archiv Neustadt: Az. 204-3.

<sup>967</sup> 8.1.1962. Ameos Archiv Neustadt: Az. 200-1.

<sup>968</sup> 20.11.1965. Ebd.

<sup>969</sup> 10.1.1966. Ebd.

<sup>970</sup> 17.1.1966. Ebd.

die Verantwortlichen für einen Ausbau dieses Angebots aus und führten die Gottesdienste als weiteres Argument der dringenden Fertigstellung des Festsaal-Gebäudes an.

Ich halte die ausreichende gottesdienstliche Versorgung der ständig wachsenden Patientenzahl des Landeskrankenhauses Neustadt für unbedingt notwendig. Wenn bisher die Gottesdienste lediglich auf den Stationen in den Tagesräumen des Krankenhauses gehalten worden sind, so kann dieser Zustand nicht weiter als tragbar angesehen werden. [...].<sup>971</sup>

Oberin und Kultusministerium drängten 1959 auf die Fertigstellung des Festsaal-Gebäudes, das u.a. als gemeinsamer Kirchenraum ca. 300 Neustädter Patienten zur Verfügung stehen sollte, da die Oberin „ein dringendes Bedürfnis insbesondere der männlichen Patienten nach gemeinsamen kirchlichen Feiern“<sup>972</sup> festgestellt hatte. Bisher bestand die Gelegenheit nur an hohen Festtagen im gemeinschaftlich abgehaltenen Gottesdienst für ca. 200 Patienten im Saal der Klinikwäscherei und wurde ansonsten unregelmäßig stationsintern auf den Abteilungen abgehalten.<sup>973</sup> Diesem unregelmäßigen Angebot entsprechend, nutzten Patienten der Psychiatrie durchaus die Gelegenheit beim bewilligten Stadtausgang, die Neustädter Kirche zum Gottesdienst aufzusuchen. „Eine Mitpatientin kommt aus der Kirche nachhause und berichtet, dass Frau v. E. auch in der Kirche beim Abendmahl gewesen sei.“<sup>974</sup>

Die kollektive Freizeitgestaltung des Jahres hatte sich mit den seltenen Festveranstaltungen und unregelmäßig stattfindenden Gottesdiensten für die Psychatriepatienten weitgehend erschöpft. Langeweile und Untätigkeit prägten die freie Zeit mobiler Psychatriepatienten, die einige durch Eigeninitiative auszufüllen versuchten. Abgesehen von Tauschgeschäften und Beschaffungsstrategien als Zeitvertreib im Patientenalltag, spielte neben der Möglichkeit von Karten- und Schachspielen<sup>975</sup> die Freude an Musik und Tanz eine große Rolle und gestattete den Patienten der psychiatrischen Abteilungen die kontrollierte Nutzung eines Radios zur privaten Unterhaltung.<sup>976</sup>

---

<sup>971</sup> 24.2.1959. Vertreter des Kultusministers an den Innenminister des Landes Schleswig-Holstein. V 14 – 563/59. Ameos Archiv Neustadt: Az. 271-0.

<sup>972</sup> Ebd.

<sup>973</sup> 28.4.1960. Oberin Meta Heumann. Ameos Archiv Neustadt: Az. 271-0.

<sup>974</sup> 26.11.1950. LASH: 377/ 10632.

<sup>975</sup> 4.6.1964. LASH: 377/ 10070.

<sup>976</sup> Über 60% der bundesdeutschen Haushalte verfügten Anfang der 1950er Jahre über ein Radiogerät, Anfang der 1960er Jahre bereits 98%. Vgl. Schildt, Axel: Hegemon der häuslichen Freizeit. Rundfunk in den 1950er Jahren. In: Schildt/ Sywottek: Modernisierung im Wiederaufbau. Die westdeutsche Gesellschaft der 50er Jahre. Bonn 1993, S. 458-476.

Aster D. gibt einer Mitpatientin bei Radiomusik bis in die späten Abendstunden ohne Rücksicht auf das Ruhebedürfnis anderer Kranker Tanzunterricht.<sup>977</sup>

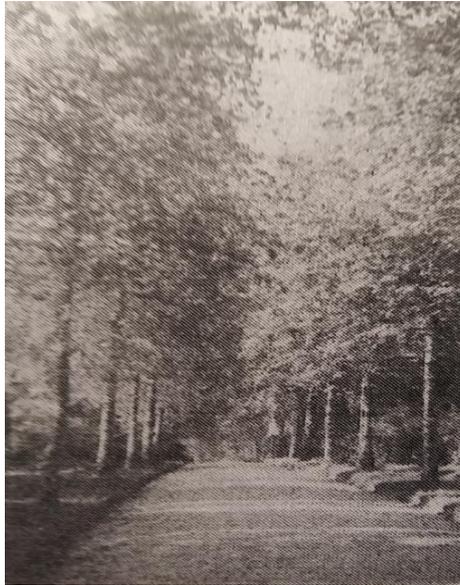


Abb. 18: „Birkenweg an der Kapelle“<sup>978</sup>

Das LKH unterstützte im Wissen um ihr begrenztes Freizeitangebot die kollektive Nutzung des Radios z.B. im Tagesraum. Selbst im Privateigentum war es den Psychatriepatienten gestattet, Radio zu hören. „[...] wollte sich nur in seinem Zimmer verdrücken, weil dort ein Radioapparat eines Mitpat. steht.“<sup>979</sup> oder „bei Kontrolle wurde in seinem Radioapparat versteckt [...] ein pornographisches Bild entdeckt.“<sup>980</sup> Es ist allerdings davon auszugehen, dass Radiohören nur in einem begrenzten Maße zu bestimmten Tageszeiten und den stationsinternen Möglichkeiten des räumlichen Angebots angepasst, gestattet war. Als wichtiger Zeitvertreib vermittelte das Radio den Patienten nicht nur musikalische Unterhaltung, sondern bei Bedarf auch Informationen zum Weltgeschehen.<sup>981</sup> Der Unterhaltungs- und Informationswert steigerte sich 1962 zunächst mit der Spende eines Fernsehgerätes als „Fenster in

---

<sup>977</sup> 5.1.1953. LASH: 377/ 10143.

<sup>978</sup> Ohne Jahresangabe. Kopie aus dem Fotoalbum der Oberin M. Heumann. Dank für die Einsicht an Dr. Freudenberg. Ameos Neustadt.

<sup>979</sup> 11.1.1953. LASH: 377/ 9753.

<sup>980</sup> 4.10.1958. Ebd.

<sup>981</sup> Die Verbreitung des Rundfunkgerätes auf dem Lande hatte erst im Laufe der 1950er Jahre den Stand städtischer Verhältnisse in Westdeutschland erreicht, deren Rundfunkdichte Mitte der 1960er Jahre allerdings gegenüber der städtischen Bevölkerung deutlich zunahm. Vgl. Van Deenen, Bernd: Freizeitgestaltung der Deutschen Landfrauen. Hamburg 1963.

die Welt<sup>982</sup> zu gemeinnützigen Zwecken im Aufenthaltsraum der männlichen Patienten von *Haus 9d*. Die von der Anstaltsleitung befürwortete Annahme der Schenkung<sup>983</sup> diente zur Kompensation der Langeweile durch die Auflockerung dieses zusätzlichen Freizeitangebots<sup>984</sup>, wirkte beruhigend auf die Patienten und erleichterte die Aufsicht. Obwohl das zunächst ausschließlich abendliche Fernsehprogramm im Konflikt mit den geregelten Schlafenszeiten im LKH-Alltag stand, konnte das gemeinsam erlebte Programm zur Stärkung des Gemeinschaftsgefühls der Patientengruppe beitragen.<sup>985</sup> Ein weiteres Fernsehgerät konnte 1966 von einer Spende für die Frauenabteilung in Haus 2 angeschafft werden.<sup>986</sup> Für die anderen psychiatrischen Abteilungen blieb diese Form der Unterhaltung und Zerstreuung ausgespart. Neben dem Fernsehen und Musikhören galt das Lesen als anerkannte Freizeitbeschäftigung. Mit der Einkaufsgelegenheit im Klinikpavillon und den Geschenken der Besucher hatten die Patienten Zugang zu Illustrierten, Zeitschriften und Rätselheften, die innerhalb der Häuser ausgetauscht wurden und kollektiv im Tagesraum zur Verfügung standen. „Sie hat sich ein Sammelsurium von Briefen, Zeichnungen, Zeitungsausschnitten, aus Illustrierten herausgerissenen Bildern und ähnlichem zugelegt.“<sup>987</sup> Das LKH Neustadt verfügte darüber hinaus über eine hauseigene Bücherei, deren Etat im Haushalt 1951 mit 2.400 DM zur Beschaffung von Büchern und Druckschriften, Zeitschriften und Zeitungen und zu Buchbindearbeiten veranschlagt war. Dass auch Psychatriepatienten Zugang zur Bücherei in Abhängigkeit ihres Krankheitszustandes hatten, darf angenommen werden, da Titel und Autoren des Lesestoffs einer Patientin aus der Bücherei in den Quellen von dem Behandlern aufgeführt und z.T. bewertet wurde.<sup>988</sup> Zudem gab es für Psychatriepatienten durchaus die Möglichkeit

---

<sup>982</sup> Werner Pleister als Hamburger Fernseh-Intendant des Nordwestdeutschen Rundfunks NWDR am Weihnachtsabend 1952 in seiner Eröffnungsansprache zum offiziellen Beginn des NWDR-Fernsehens. Zit. nach: Schäffner, Gerhard: „Das Fenster in die Welt“. Fernsehen in den fünfziger Jahren. In: Faulstich, Werner (Hg.): Die Kultur der 50er Jahre. München 2002, S. 91-102.

<sup>983</sup> 1953 lag der Preis für ein Fernsehgerät zwischen 1.000 und 4.000 DM bei einem durchschnittlichen Monatsverdienst von 400 DM für über dreiviertel der Bevölkerung. Für die meisten Haushalte wurde die Anschaffung eines eigenen Gerätes erst im Laufe der 1960er Jahre Realität. Jewski, Stiefkinder des Fortschritts (2003).

<sup>984</sup> 1% der Haushalte machte 1955 in Schleswig-Holstein das Fernsehpublikum aus, 1959 lag der Wert bei 18%. Statistisches Landesamt Schleswig-Holstein. Lange Reihen der Bevölkerungs- und Wirtschaftsentwicklung Schleswig-Holsteins 1950-1975. Kiel 1977, S. 27; Anfang der 1960er Jahre verfügten z.B. erst 37% der Landwirtschaftsfamilien über ein Fernsehgerät. Van Deenen, Freizeitgestaltung (1963), S. 13.

<sup>985</sup> Vgl. Schäffner, S. 91-102, hier S. 96. In: Faulstich, Kultur der 1950er Jahre (2002).

<sup>986</sup> 17.1.1965. Ameos Archiv Neustadt: Az. 200-1.

<sup>987</sup> 5.4.1959. LASH: 377/ 9262.

<sup>988</sup> 12.5.1948. LASH: 377/ 10482,

des Büchertausches mit Patienten anderer Fachabteilungen, der ihnen allerdings mit Tbc-Patienten untersagt wurde.<sup>989</sup> Lesen mochte aufgrund eines geringen Bildungsniveaus nicht für alle Patienten der bevorzugte Zeitvertreib gewesen sein. Anders hingegen verhielt es sich beim Schreiben. Briefeschreiben an Angehörige und Freunde, aber auch an die Klinikleitung und externe Amtsinstitutionen<sup>990</sup> diente den Patienten im psychiatrischen Anstaltsalltag als Beschäftigung und Ventil. In einem bestimmten Maß wurde es von der Anstalt zur Beruhigung der Patienten und Kanalisation deren Ansprüche gefördert. Als Schreibsucht gewertete Patientenbriefe hingegen, die von den Patienten aus einem exzessiv gesteigerten Rechtsgefühl<sup>991</sup> verfasst und durch offizielle Ablehnungsbescheide ihrer Gesuche verstärkt wurden, interpretierte die Klinikleitung oftmals mit fehlendem Einsichtsverhalten in den Krankenaufenthalt und hinterlegte sie als Ausdruck der psychiatrischen Krankheit in der Patientenakte als Abschrift oder im Falle der Einbehaltung im Original. „Queruliert weiter unentwegt und schreibt beil. unverschämte Briefe, die nicht abgesandt werden“<sup>992</sup>. Erschwerend wirkten sich unzulängliche Formalien auf den Versand der Patientenpost aus. Psychatriepatienten nutzten sowohl für Privatpost als auch offizielle Behördenschreiben jegliche Art von Papier, vom Briefbogen über einfache Zettel bis hin zu Zeitungsschnipseln. Papier war knapp und der Zugang zu Briefpapier und Schreibutensilien noch Mitte der 1950er Jahre für viele Psychatriepatienten nicht selbstverständlich, was sich in der Bitte im Austausch von Informationen niederschlug. „Bitte mir noch gütigst zu bewilligen! Bitte: Mehr Briefpapier + Blankopostkarten“<sup>993</sup>. Zudem fiel es vielen Patienten schwer, die Portokosten bei fehlendem Bargeld oder geringem Taschengeld zu entrichten. Im Zuge der anstaltseigenen Briefzensur wurde somit nicht nur der Inhalt der ausgehenden Post bewertet, sondern besonders an Behörden gerichtete Schreiben nach Form, Lesbarkeit und Orthographie kontrolliert und bei Nichteinhaltung eines Mindeststandards einbehalten. Dem Mangel an Papier bzw. dem fehlenden Zugang zu entsprechendem Briefpapier begegnete das LKH Neustadt, indem es Blankopostkarten bereithielt. Für die 1958 geäußerte Bitte nach Blankopostkarten des Patienten Karl D. lässt sich der Nachweis einer Blankokarte mit dem Aufdruck

---

<sup>989</sup> 19.5.1948. LASH: 377/ 8077.

<sup>990</sup> Ärztekammer, Obervormundschaftsgericht, Rechtsanwälte und Kriminalpolizei. Vgl. LASH: PA 377/ 9807;377/ 10157;377/ 7088.

<sup>991</sup> Vgl. Saß, Der Exzess einer Tugend (2010); Gaderer, Querulanz (2012).

<sup>992</sup> 20.2.1957. LASH: 377/ 9807.

<sup>993</sup> 21.1.1958. LASH: 377/ 10123.

des Absenders „Landeskrankenhaus Neustadt in Holstein“<sup>994</sup> 1965 erbringen. Ob die Karten käuflich im Klinikiosk zu erwerben waren oder von der Stationsleitung bei Bedarf gegen ein Entgelt oder als Belohnung ausgegeben wurden, konnte nicht nachvollzogen werden. Für die Patienten war die LKH-Postkarte ein Angebot, den Kontakt zu Familie und Bekannten aufrecht zu erhalten und die Außenwirkung zu professionalisieren. Der Patient Franz M. konnte als gerichtlich Untergebrachter des Festen Hauses sein privates, mit gedrucktem Namen versehenes Briefpapier benutzen<sup>995</sup>, dem 1948 die offizielle Adresse des Landeskrankenhauses Neustadt i. Holstein zugefügt wurde und Franz M. seine jeweilige Unterbringung z.B. Haus 6 auch an seine Behandler handschriftlich anfügte.<sup>996</sup>

Für das Verfassen offizieller Gesuche an die zuständigen Behörden ließen sich minderbegabte Psychatriepatienten ihre Briefe von orthografisch versierten Mitpatienten oder vertrauenswürdig erscheinendem Pflegepersonal abfassen.<sup>997</sup> Aufgrund von stilistischem Unvermögen oder mangelnder Orthographie erhofften sich die Betroffenen mit einem Ärzten und Richtern angepassten Sprachstil Vorteile bei der Berücksichtigung der eigenen Anliegen.

Andere Mitpatienten haben mich darum gebeten, ihnen bei der Abfassung des Briefes behilflich zu sein. Dies wurde mir nach anfänglicher Erlaubnis von Dr. Pulst verboten. [...] Das Recht anderen Menschen zu helfen, dürfte ein selbstverständliches Recht sein...zumal sich in Haus 6 eine Anzahl von Analphabeten befindet, die ohne fremde Hilfe in schriftlichen Dingen völlig hilflos wären. [...]<sup>998</sup>

Durch das Personal verfasste Briefe wurden zwar in säuberlicher Handschrift erstellt, in Orthographie und Sprachduktus jedoch nach den Patientenvorlagen original übernommen und zusätzlich, als Abschrift gekennzeichnet, in der Patientenakte hinterlegt. Somit behielt das Pflegepersonal bei dieser Patientenunterstützung zugleich die Kontrolle, die ansonsten lediglich mit der stichprobenartigen Briefzensur bei Auffälligkeiten erfolgt wäre. Um die Patientenaktionen besser einschätzen zu können, wurde zudem eingehende Post kontrolliert „bekommt laufend Briefe sehr netten Inhalts von dem Mädchen [...]“<sup>999</sup>, deren Inhalte in der Krankenakte als Abschrift dokumentiert oder, wenn original mit Umschlag in der Patientenakte

---

<sup>994</sup> 30.4.1965. Aufgrund fehlenden Portos wurde die Karte nicht abgeschickt und in der Patientenakte hinterlegt. LASH: 377/ 10123.

<sup>995</sup> 9.10.1947, 11.10.1947. LASH: 377/ 7088.

<sup>996</sup> 19.5.1948, 25.6.1948, 8.7.1948. Ebd.

<sup>997</sup> 17.12.1959. LASH: 377/ 9753; 23.9.1956. LASH: 377/ 9807.

<sup>998</sup> 21.3.1957. Anzeige des Patienten Karl H. an das Landgericht Lübeck. Da sich die Anzeige u.a. auf den Patienten Emil D. bezieht, wurde der Vorgang in dessen Akte hinterlegt. Vgl. LASH: 377/ 9807.

<sup>999</sup> 20.4.1958. LASH: 377/ 7069.

hinterlegt, den Patienten aufgrund des zu beanstandenden Inhalts, vorenthalten. Die Beschwerde „in Kopenhagen vermißt man eine Karte, die Sie wohl liegen lassen haben!?“<sup>1000</sup> zeugt vom Wissen der Patienten um die Einbehaltung der Post, die ebenso wie die Verletzung des Briefgeheimnisses keineswegs vor den Patienten verschwiegen wurde. Patienten konnten durchaus erfolgreich darauf bestehen, dass ihre Post zugestellt wurde, sofern Porto und entsprechendes Briefpapier einen Versand per Post zuließen.

Hat inzwischen einen in Inhalt und Form taktlosen Brief an ein junges Mädchen geschrieben, in welchem er äußert, daß diese ein Kind von ihm bekommen haben müsse. Besteht trotz Befragung auf Absendung des Briefes.<sup>1001</sup>

Im Kontext zur Briefzensur entwickelten die Psychatriepatienten in ihrer Freizeit weitere Strategien, die Kontrollen und bzw. mögliches Einhalten ihrer Gesuche zu umgehen. „Er versucht auch, durch Angehörige von Mitpatienten Briefe nach draußen zu schmuggeln“<sup>1002</sup> oder Patienten verschickten unter Angabe von Deckadressen Post aus der Anstalt.<sup>1003</sup>

Weiterhin wurde ein Brief gefunden, der unter dem morgigen Datum geschrieben und wahrscheinlich herausgeschmuggelt werden sollte.[...] Außerdem hat er als Absender eine Deckadresse von der in Neustadt lebenden Schwester eines Mitpatienten angegeben, sodass der Verdacht besteht, dass er unkontrolliert Briefe herausgeschmuggelt und auch empfängt.<sup>1004</sup>

Somit waren Angehörige bzw. einbezogene Außenstehende über Zensur bis hin zur Einbehaltung der Patientenpost unterrichtet.

Ich bin ja auch sehr gespannt was ich hier von den höheren Herren zu hören kriege, wo ich nun diesen Brief erst durch ihre Hände gehen laß, und hoffentlich schicken sie ihn auch ap!<sup>1005</sup>

Insbesondere offizielle Protest- und Bittbriefen an die zuständigen Behörden, z.B. zur Überprüfung des Anstaltsaufenthalts, wurden an der Zensur vorbei geschmuggelt. Die in Einzelfällen durchaus erfolgreiche Patientenstrategie nährte zwar die Hoffnung auf ein erfolgreiches Umgehen der Briefzensur, verschärfte wiederum in Folge die Kontrollen durch das Pflegepersonal. „Bekam vom Gericht die Mitteilung, dass er sich wegen seiner Entlassung an den Arzt wenden müsse, [...]. Er hatte hintenherum an das Gericht geschrieben.“<sup>1006</sup> Um mögliche Vergünstigungen

---

<sup>1000</sup> Ohne Datum. LASH: 377/ 10123.

<sup>1001</sup> 21.4.1959. LASH:377/ 9753

<sup>1002</sup> 28.10.1960. LASH 377/ 10123.

<sup>1003</sup> Ebd.

<sup>1004</sup> 4.10.1953. LASH: 377/ 9753.

<sup>1005</sup> 1.2.1954. LASH: 377/ 9807.

<sup>1006</sup> 19.2.1952. LASH: 377/ 9807.

zu erhalten, versuchten Patienten darüber hinaus auch die Kenntnis der Briefzensur zu nutzen und lobten z.B. die Versorgung „[...] habe schon wieder ziemlich zugenommen. Das macht die Ruhe und das gute, allzu gute Essen und die ärztliche Behandlung!“<sup>1007</sup>.

Die Entwicklung des psychiatrischen Patientenalltags im LKH Neustadt muss für die untersuchten Bereiche im zeitlichen Längsschnitt differenziert betrachtet werden. Die Kategorien Verpflegung, Kleidung und Erstausrüstung sowie Taschengeld wiesen kontinuierlich Qualitätsdefizite und Versorgungsmängel auf, die von den ökonomischen Zuweisungen der Landespolitik abhingen. Allerdings entwickelten sich unter dem beharrlichen Druck der LKH-Leitung in unterschiedlichen Zeitintervallen Pro-Kopf-Erhöhen der jeweiligen Haushaltstitel, milderten Mangelzustände und erhöhten Qualitätsstandards.

Die Freizeitgestaltung unterlag konstant dem traditionellen Festkalendert. Für die Psychiatrie konnte für den Haushaltstitel der kulturellen Unterhaltung keine ökonomische Entwicklung durch Finanzmittel abgeleitet werden, allerdings wurden in diesem Sektor auch keine weiteren Forderungen durch das LKH im zeitlichen Längsschnitt gestellt. Lediglich die Bauentwicklung der 1950er Jahre schloss mit dem Ausbau des Festsaaals eine Steigerung der Freizeitmöglichkeiten für die Psychiatrie ein. Hingegen wurden Eigeninitiativen der Patienten in der Freizeitgestaltung aufgrund des eingeschränkten LKH-Angebots durchaus geduldet bzw. unterstützt. Zusätzliche Arbeiten, Radioapparate, Tanzen und die Nutzung der LKH-eigenen Bücherei wurden unter Einhaltung der Hausordnung individuell gestattet. Patientenorientierte Freizeitaktivitäten ergaben sich hingegen erst durch Schenkungen und Spenden Anfang der 1960er Jahre. Die damit realisierbaren Freizeitaktivitäten wurden jedoch von der LKH-Leitung zur Zerstreuung der Patienten bereitwillig genutzt.

Die Kategorie Arbeitsentlohnung erfuhr für die 200-250 betroffenen Patienten keine Entwicklung, blieb konstant und wurde auch nicht von der LKH-Leitung gegenüber den zuständigen Landesbehörden thematisiert. Keine grundsätzliche Entwicklung lässt sich für die Kategorie Freigang und Besuchsregelung nachzeichnen, die im direkten Kompetenzbereich der LKH-Psychiater lag und seit 1945 in Anlehnung an

---

<sup>1007</sup> 28.4.1965. LASH: 377/ 10123.

das Erziehungskonzept des Therapieregimes konstant praktiziert wurde. Sowohl allgemeine Psychatriepatienten als auch nach §42b Untergebrachte profitierten in der heterogenen Krankenhausstruktur des Neustädter LKH früh von einer individuell angepassten Ausgangs- und Besuchspraxis gemäß Hausordnung, die patientenorientiert eine Außenöffnung ermöglichte, soziale Bindungen förderte, um somit Entlassungen und Resozialisierungen einleiten zu können. In den von ökonomischen Zuweisungen abhängigen Bereichen lässt sich in den alltagsrelevanten Rahmenbedingungen der psychiatrischen Patientenversorgung zwar eine Entwicklungslinie zwischen Mangel und Mindestbedarf ziehen, deren Qualitätsanforderung und Anspruch sich in den 1960er Jahren allmählich steigerten, dennoch findet die Kritik der Mangelversorgung der „Enquete“-Kommission in den Bereichen Verpflegung und Anstaltskleidung und Erstausrüstung durchaus ihre Berechtigung.

## 9. Resümee

Das psychiatrische Versorgungssystem im schleswig-holsteinischen LKH Neustadt blieb weit über das Kriegsende 1945 dem bereits mit der Wirtschaftskrise 1929 eingeläuteten und von der NS-Gesundheitspolitik verschärften Spardiktat gegenüber Psychiatriekranken verhaftet. Aufgrund fehlender personeller Alternativen zur Aufrechterhaltung notwendiger Versorgungsstrukturen wurde eine konsequente Entnazifizierungspolitik in Schleswig-Holstein vermieden. Personelle Kontinuitäten aus der Zeit des Nationalsozialismus blieben sowohl in den psychiatrischen Leitungspositionen von Ärzten und Pflege im LKH Neustadt als auch in den für die psychiatrischen Versorgungsstrukturen zuständigen politischen Landesverwaltungen weitgehend erhalten. Das vorrangige Ziel der Briten bestand zunächst in der Reorganisation des allgemeinen Neustädter Krankenhausalltags in technischer und hygienischer Hinsicht, allerdings beschränkte der allgemeine Mangel an Material und Rohstoffen diese Pläne auf das Notwendigste. Die mit der Umwidmung der Neustädter Heil- und Pflegeanstalt in ein Ausweichkrankenhaus getätigten Investitionen galten weit über die Besatzungszeit hinaus bis in die 1960er Jahre als ausreichend. Ein Standard, der bis zur Eröffnung des Neustädter Krankenhauses auch für die Allgemeinbevölkerung Neustadts angemessen erschien und Modernisierungs- und Baumaßnahmen für die Ausweitung der psychiatrischen Abteilungen unnötig erscheinen ließen.

Auch der Verpflegungssektor und dessen Reorganisation wurde von den Briten ehemaligen Reichsnährstand-Funktionären in den schleswig-holsteinischen Landwirtschaftsverwaltungen überlassen. Die Benachteiligung in den Rationen und Kostgeldsätzen psychisch Kranker gegenüber somatisch Kranken blieb bis weit über 1965 hinaus erhalten. Dem LKH Neustadt kam 1945 zwar die eigene Landwirtschaft mit Viehhaltung und Gemüseanbau zur Eigenversorgung zu Gute, die Versorgungslücken konnten jedoch bei der Vielzahl der Patienten in einem Mindestkaloriensatz nur notdürftig geschlossen werden. Direkten Einfluss auf die Psychiatrie nahmen die Briten auf die Neustrukturierung der Krankenpflege, die ab 1946 die Geisteskrankenpflege erstmals in das Pflegekonzept einbezog und ab 1947 einen Sonderausschuss zur Ausarbeitung neuer Richtlinien und Lehrplänen für die zukünftige Ausbildung des psychiatrischen Pflegepersonals bildete. Unter Beteiligung Neustädter Vertreterinnen wurde somit von den Briten der Grundstein für eine

verbesserte Psychiatriebildung gelegt, der Einfluss auf die in Neustadt reaktivierte Pflegeausbildung in der Psychiatrie nahm.

Die schleswig-holsteinische Landespolitik legte die Rahmenbedingungen institutioneller Psychiatrieversorgung u.a. in der medizinischen und pflegerischen Personalausstattung, der baulichen Unterbringung und den Pflegekosten fest. Der Wiederaufbau psychiatrischer Patientenversorgung im Neustädter LKH, der sich 1945 aus dem Bestand der 200 verbliebenen Patientenarbeiter entwickelte, wurde bis Ende der 1960er Jahre von den zentralen Themen Überbelegung, Mangel an qualifiziertem Personal und Versorgungsdefiziten bestimmt. Themen, die institutionelles Handeln in direkte Abhängigkeit ökonomischer Zuweisungen der schleswig-holsteinischen Landespolitik stellten und therapeutisches Handeln in der Psychiatrie beeinflussten. Eine Landespolitik, die in Schleswig-Holstein zunächst weitgehend von ehemaligen nationalsozialistischen Funktionären u.a. im Gesundheits-, Sozial-, Justiz- und Finanzsektor bestimmt wurde. Somit stand die schleswig-holsteinische LKH-Psychiatrie im direkten Abhängigkeitsbereich eines tradierten Politikverständnisses nationalsozialistischer Prägung und einer verbreiteten „Schlussstrich-Mentalität“ im gesellschaftspolitischen Wiederaufbau der Bundesrepublik. Die psychiatrischen Versorgungsstrukturen der LKH blieben bis weit in die 1960er Jahre von rigiden gesundheitsökonomischen Vorgaben der Politik geprägt, die LKH-Psychiatern die Rolle chronischer Antragsteller und Weisungsempfänger zuschrieb. Strukturverbesserungen, wie z.B. im Verpflegungsbereich Anfang der 1960er Jahre, kamen oftmals erst durch den geschlossenen Protest aller beteiligten schleswig-holsteinischen Landeskrankenhäuser zustande.

Mit der Reduktion der allgemeinen Krankenabteilungen übernahm die Psychiatrie in Neustadt deren jeweiligen baulichen Standard, der bis zu diesem Zeitpunkt auch in hygienischer Hinsicht allen Patienten genügen musste und somit als durchaus angemessen für Psychiatriepatienten angesehen wurde. Verbesserungen der psychiatrischen Patientenversorgung wurden aus diesem Grund bereits in der Übernahme der anderen Fachabteilungen gesehen, die ab 1955 erstmals zur Entzerrung der überfüllten psychiatrischen Abteilungen führten. Zeitgemäße Sanierungsmaßnahmen der Abteilungen unterblieben weitgehend und umfassten vorrangig die technischen Anlagen des LKH wie Kraftwerk, Trinkwasseraufbereitung,

Großwäscherei und Straßenbaumaßnahmen. Deshalb drängten LKH-Psychiater, Pflegeleitung und Verwaltung angesichts chronischer Überbelegung zunehmend auf Besserungen der baulichen und hygienischen Gegebenheiten der Abteilungen, der Werkstätten und der kollektiven Freizeitmöglichkeiten. Kritik, die nicht zuletzt auch aufgrund der als unzureichend angesehenen Wohn- und Arbeitsverhältnisse des Ärzte- und Pflegepersonals auf dem Gelände des LKH Neustadt geäußert wurde. Jegliche Verbesserungsvorschläge, Pläne und Kalkulationen aus der Neustädter LKH-Psychiatrie wurden jedoch aufgrund verzögerter Mittelfreistellung und mehrjähriger Planungsphasen erst nach Jahren umgesetzt. Direkte Auswirkungen auf die Patientenversorgung ergaben sich 1955 durch die Übernahme der ehemaligen Frauenklinik mit 150 Betten bei einem konstant beibehaltenen Patientenbestand. Ein Zustand, der sich mit Einführung der Neuroleptika und einer auch ambulant durchzuführenden Therapie zunächst halten ließ, jedoch die Hoffnungen auf Nachhaltigkeit nicht erfüllte. Bereits 1958 war der Zustand der Entzerrung durch den gesteigerten Patientendruck aus dem ambulanten Bereich beendet. Die Politik reagierte erstmals direkt und versuchte in zwei wichtigen Kernbereichen psychiatrischer Patientenversorgung Besserungen einzuleiten. 1958 wurde bei einem deutlichen Zuwachs von 200 Patienten der bisherige Bestand an Psychiatern zur Unterstützung und Ausweitung des therapeutischen Konzepts mehr als verdoppelt und mit dem Bau des Schwesternwohnheims 1959 der Versuch unternommen, dem psychiatrischen Pflegenotstand durch eine qualifizierte Ausbildung und verbesserten Wohnverhältnissen für das Pflegepersonal zu begegnen. Sowohl das 1962 von der schleswig-holsteinischen Landesregierung in Auftrag gegebene Gutachten zur bau- und betrieblichen Entwicklung der drei LKH als auch das zur medizinischen Krankenversorgung erstellte Gutachten der schleswig-holsteinischen LKH-Psychiater zeigten die Schwachpunkte einer unzureichenden und somit ineffizienten Psychiatrieversorgung für Schleswig-Holstein auf. Mehr als 10 Jahre vor der Erhebung der „Psychiatrie-Enquete“ wurde die Neustrukturierung der Psychiatrieversorgung in Schleswig-Holstein politisch zum Thema. Der eingesetzte Arbeitsausschuss präferierte trotz heftiger Diskussionen um außerklinische Einrichtungen zunächst den Ausbau Neustadts auf 1.200 Psychiatriebetten zu einem psychiatrischen Großkrankenhaus. Politisch früh benannte Strukturänderungen, die zwar länderübergreifend parallel zu den von führenden Psychiatern geforderten Reformen diskutiert wurden, sich in der Umsetzung aus ökonomischen Gründen

allerdings um mehr als ein Jahrzehnt verzögerten. Unterdessen wurden die psychiatrischen Defizite einer qualifizierten Nachsorge nicht mehr nur fachintern, sondern auch politisch diskutiert. Ohne die Notwendigkeit psychiatrischer Großkrankenhäuser grundsätzlich in Frage zu stellen, richtete sich der Fokus der Landesregierung Ende der 1960er Jahre verstärkt auf den Ausbau einer dezentralen Psychiatrieversorgung in Schleswig-Holstein.

Psychiatrische Patientenversorgung hatte sich neben den ökonomischen Grenzen der Politik zusätzlich mit dem gesellschaftlichen Faktor „Familie“ auseinanderzusetzen. Die Patientenaktenanalyse macht deutlich, dass in Anbetracht fehlender kommunaler Nachsorgealternativen die Entlassungspraxis nicht losgelöst von der Interaktion familiärer Beziehungen und den Wiedereingliederungschancen im Arbeitsprozess betrachtet werden kann. Parallel zur Politik nahm das unmittelbare Umfeld der Psychiatriekranken, die Familie, entscheidenden Einfluss auf institutionelles Handeln. Eine Entlassung aus der Psychiatrie des Neustädter LKH war für den gesamten Untersuchungszeitraum vornehmlich von der familiären Nachsorge, der Unterbringung in Familienpflege oder einer Arbeitsstelle unter Vormundschaft abhängig. Der Druck eines erhöhten Psychiatriebedarfs aus dem ambulanten Bereich galt für den gesamten Untersuchungszeitraum. Mit Einführung der Neuroleptika Mitte der 1950er Jahre stiegen allerdings die Hoffnungen auf frühzeitige und nachhaltige Entlassungen mit der ambulanten Therapiefortführung. Die Erfahrung konstanter Wiederaufnahmequoten bei einer reduzierten Entlassungspraxis beschnitt die LKH-Psychiater in ihrem Handlungsspielraum und setzte zusätzliche Grenzen. Der familiäre Nachsorgeaspekt trat zunehmend in den Fokus und wurde Ende der 1950er Jahre verstärkt einbezogen, indem eine gestaffelte Beurlaubungspraxis gegenüber einer reduzierten Entlassungspraxis favorisiert wurde. Neben einer kontinuierlich von der Familie zu gewährleistenden, ambulant medikamentösen Versorgung und Verhaltenskontrolle wurden die kurzzeitigen Mehrfachbeurlaubungen als bevorzugter Weg einer schrittweisen Reintegration in die Familie und Gesellschaft für alle Beteiligten - Patienten, Familie und LKH - angesehen. Die Neustädter Psychiater nutzten den ihnen möglichen Handlungsspielraum einer zeitlich befristeten und mehrfach im Jahr ausgesprochenen Beurlaubungspraxis für eben die Patienten, bei denen eine Familienanbindung gegeben schien, um sie und ihre Familien an die häusliche Fürsorge mit der Chance auf eine gesellschaftliche Wiedereingliederung

versuchsweise zu gewöhnen. Ein Faktum, das als Indiz veränderter Familienbeziehungen und fehlender Integrationsbereitschaft mit der Konsolidierung der wirtschaftlichen Verhältnisse Anfang der 1960er Jahre anzusehen ist. Dies bestätigt sich - trotz intensiver Bemühungen des LKH und des Arbeitsamtes - für das nach 1945 für Neustadt weitgehend gescheiterte Modell der Familienpflege und einer konstant hohen Todesrate der im LKH Neustadt verbliebenen psychiatrischen Patienten bis 1960, die mit längerer Verweildauer im LKH, als Singles, Witwer/n oder Geschiedene ohne Familienanbindung kaum Chancen auf eine Reintegration hatten, dauerhaft im LKH verblieben und dort verstarben.

Neben diesen angeführten Handlungsgrenzen der institutionellen Psychiatrie blieb der Einfluss der LKH-Psychiater, als uneingeschränktem Wirkungsraum, auf das therapeutische Regime, die Ausbildung qualifizierten Pflegepersonals und die Entlassungs- bzw. Beurlaubungspraxis beschränkt. In der institutionellen Psychiatrieversorgung nahm das LKH Neustadt nach dem Zweiten Weltkrieg als Ausweichkrankenhaus einen Sonderstatus in der schleswig-holsteinischen Anstaltspsychiatrie ein. Zwar entwickelte sich die Psychiatrie bis zum Neubau des Neustädter Krankenhauses Ende der 1960er Jahre wieder zur stärksten Abteilung, dennoch blieb der Status der gemischten Belegung bis dahin, wenn auch reduziert, erhalten. So menschenverachtend die systematische Verlegung von ca. 900 Psychiatriepatienten 1941/42 aus der psychiatrischen Großanstalt Neustadt in Zwischen- und Tötungsanstalten unter nationalsozialistischer Herrschaft zu Gunsten der vom Bombenkrieg bedrohten städtischen Bevölkerung Hamburgs und Kiels gewertet werden muss, so bot die heterogene Struktur von allgemeinen und psychiatrischen Fachabteilungen für den Untersuchungszeitraum für das LKH Neustadt trotz allem die Chance auf einen Strukturwandel im psychiatrischen Wiederaufbau nach 1945. Die von der schleswig-holsteinischen Landespolitik aus ökonomischen Aspekten und von der Neustädter Bevölkerung favorisierte Beibehaltung der Krankenhausstruktur des LKH subsummierte die psychiatrischen Abteilungen selbstverständlich als Teil des medizinischen Versorgungssystems. Als Teil dessen fand psychiatrische Versorgung für alle Akteure - Patienten, Psychiatriepflege und Psychiater - im Untersuchungszeitraum nicht in einer abseits gelegenen, abgeriegelten Großanstalt unter Ausschluss der Öffentlichkeit fernab des gesellschaftlichen Lebens statt, sondern erfolgte im Austausch mit Patienten anderer Fachabteilungen, allgemeiner Krankenpflege und Fachärzten der somatischen LKH-

Abteilungen durchaus im Blickfeld der Neustädter Öffentlichkeit. Die Nähe Neustadts gewährte mit der Stadtanbindung psychiatrischen Patienten im Rahmen des Therapiekonzepts befristete private Freiräume mit Stadtausgängen und der Bevölkerung Neustadts mit einem Krankenhausaufenthalt und Besuchen einen eingeschränkten Einblick in psychiatrische Versorgung. Das LKH spielte nicht nur eine zentrale Rolle im Wirtschaftsstandort Neustadt, sondern wurde von der Bevölkerung als allgemeines Krankenhaus anerkannt, in dem die Psychiatrie und der Maßregelvollzug selbstverständlich verortet waren.

Die Neustädter Psychiatrie konnte nach 1945 zunächst nur über ein stark begrenztes Bettenkontingent verfügen und entwickelte sich in Erfüllung der landeseigenen Pflichtaufgaben erst mit der Reduktion bzw. Aufgabe somatischer Abteilungen sukzessive bis 1965 wieder zur stärksten Abteilung. Wie die Untersuchung zeigen konnte, etablierte sich - nicht zuletzt unter dem Druck eines gesteigerten stationär-psychiatrischen Versorgungsbedarfs - innerhalb der Krankenhausstruktur im zeitlichen Längsschnitt aus dem zunächst stark beschränkten Bettenkontingent der psychiatrischen Abteilungen eine Entlassungspraxis, die von einer im weitesten Sinne auf Behandlung ausgerichteten psychiatrischen Versorgung geprägt war. Als wichtiger Indikator einer auf Behandlung ausgerichteten Psychiatrie stehen ca. 50% der ab 1945 im LASH archivierten psychiatrischen Patientenakten, die einen Aufenthalt der Patienten von unter einem Jahr ohne weitere Wiederaufnahmen im Neustädter LKH ausweisen. Zusammen mit weiteren 25% der Psychiatriepatienten mit einem LKH-Aufenthalt von bis zu zwei Jahren ohne weitere Wiederaufnahme sprechen diese 75% der nach 1945 entlassenen Patienten des LKH-Archivbestands für die therapeutischen Konzeptionen und gegen eine weitgehend auf Verwahrung ausgerichtete Psychiatrie in Neustadt. Unter Berücksichtigung aller in der Untersuchung aufgezeigten Mängel und Einschränkungen im personellen, wirtschaftlichen und baulichen Bereich wurde im LKH Neustadt zwischen 1945 und Ende der 1960er Jahre ein Modell psychiatrischer Versorgung praktiziert, das in der Klinikstruktur auf das Gesamtspektrum der therapeutischen Verfahren setzte. Ein Konzept, das den Aufenthalt in der LKH-Psychiatrie an sich bereits in die psychiatrische Therapie einschloss. In Zeiten knapper Personalressourcen von Ärzten und qualifiziertem Pflegepersonal konnten nicht alle Patienten den personalintensiven somatischen Therapieverfahren wie Koma- bzw. Schocktherapien zugeführt werden. Vielmehr galt ein gestaffelter Therapieprozess, der zunächst vom

traditionell kustodialen Erziehungskonzept - einem streng strukturierter Alltag, Ordnungsregeln und Disziplin, Aufsicht und Kontrolle, Strafen und Belohnen - als grundlegender therapeutischer Konzeption im Versorgungssystem geprägt war. Dieses Konzept schloss den gesamten Patientenbestand ein und diente - ungeachtet weiterer Therapieverfahren - der über den weiteren LKH-Aufenthalt bestimmenden Verhaltensbeurteilung. Sozialverträgliches Wohlverhalten der Patienten wurde als primärer Gradmesser einer möglichen Entlassung und gelingenden Resozialisierung in Abhängigkeit der Familienanbindung oder Vormundschaft gewertet. Erziehung als Therapiekonzept kompensierte dabei zunächst die Versorgungslücke beim medizinischen Personal, indem das Konzept weitgehend in die Hände des Pflegepersonals gelegt wurde. Bei allen in der Literatur für den Untersuchungszeitraum beschriebenen und auch in der Aktenanalyse für Neustadt nachzuweisenden Mängeln, Missständen und Übergriffen verfehlte das praktizierte therapeutische Konzept keineswegs seine Wirkung und führte zu den nachhaltigen Entlassungsquoten im Untersuchungszeitraum.

Die für diese Untersuchung herangezogene Gruppe der Langzeitpatienten konnte hingegen nicht in dieser Form innerhalb des oben genannten Zeitrahmens vom Therapiespektrum profitieren. Die Analyse der Patientenakten zeigt hierbei auf, dass das therapeutische Regime zunächst von der Einweisungspraxis bestimmt wurde. Den Patienten im Maßregelvollzug war neben dem allgemeingültigen Erziehungskonzept generell die Arbeitstherapie zugeteilt. Dabei spielte die Landwirtschaft, Gärtnerei und die Werkstätten nachweislich eine weniger bedeutende Rolle als es die offiziellen Haushaltspläne ausweisen. 200-250 dauerhaft besetzte Patientenstellen wurden offiziell angeführt, in die geringfügige Entlohnung einbezogen und in nahezu alle Wirtschafts- und Privatbereiche des Neustädter LKH einbezogen, Beschäftigung, die u.a. zwar durchaus ökonomischen Interessen des LKH diene, aber dennoch Patienten vor der Verwahrung auf den Abteilungen bewahrte. Im zeitlichen Längsschnitt verlor die Arbeitstherapie Ende der 1950er Jahre im Verhältnis des Patientenbestands allerdings an Bedeutung, ohne dass Alternativen in Form einer Beschäftigungstherapie für die 1960er Jahre in den analysierten Patientenakten nachzuweisen waren. Bei den anderen Patienten schöpften die Psychiater, je nach Symptomatik und Wirksamkeit der bereits angewandten Verfahren, z.T. das weitere Behandlungsrepertoire von der Insulinkomatherapie, den Schockverfahren bis zur medikamentösen Therapie der

Neuroleptika ab Mitte der 1950er Jahre aus. Die Verfahren orientierten sich dabei an den jeweiligen Erkenntnissen zeitgenössischer Psychiatricforschung, wurden in Einzelfällen miteinander kombiniert und - vom Behandlungserfolg abhängig - in Dauer und Dosis individuell und z.T. patientenorientiert modifiziert. Die Krankenhausstruktur des LKH Neustadts unterstützte das therapeutisch ausgerichtete Handeln der psychiatrischen Abteilungen. Die Quote von ca. 75% endgültiger Entlassungen bei einem Aufenthalt von bis zu zwei Jahren spricht für das Therapiekonzept. Diesem Konzept wurde auch bei den Dauer- und langjährigen Drehtürpatienten vertraut, allerdings zeigte sich im Verlauf der Längsschnittanalyse, dass nicht allein therapeutisches Handeln für die Nachhaltigkeit der Entlassungen verantwortlich war. Vielmehr wurden dem therapeutischen Erfolg Handlungsgrenzen durch den gesellschaftlichen Faktor Familie aufgezeigt, die Anpassungs- und Wandlungsprozesse psychiatrischen Handelns erforderten, denen das LKH Neustadt zu begegnen versuchte.

Psychiatrische Handlungsspielräume ließen sich ebenfalls für die im Maßregelvollzug untergebrachten Patienten aufzeigen. Im Untersuchungszeitraum sprengte der Zuwachs der nach §42b Untergebrachten die vorgesehenen Kapazitäten des besonders gesicherten Festen Hauses und machte die Unterbringung auf den Normalstationen der psychiatrischen Abteilungen erforderlich. Obwohl eine geschlossene Unterbringung per Gesetz angeordnet wurde und gutachterliche Stellungnahmen der Psychiater den zuständigen Justizbehörden als Gradmesser für Genehmigungen zu Beurlaubungen und Entlassungen dienten, wurde diesen Patienten bei entsprechendem Sozial- und Wohlverhalten nahezu die gleichen Freiräume eingeräumt wie den übrigen Psychiatricpatienten. Wie die Untersuchung zeigen konnte, bestimmte innerhalb des Therapiekonzepts allein das Verhalten der Patienten und die Anpassung an die Alltagsstruktur im Rahmen der strikten Hausregeln über Frei- und Stadtausgänge oder Tagesbeurlaubungen, die von Seiten der Justiz für die §42b-Patienten nicht vorgesehen waren. Die psychiatrische Leitung des LKH behielt sich die eigene Entscheidungskompetenz vor und setzte im ärztlichen Ermessensspielraum das individuelle Patientenverhalten über gesetzliche Vorgaben. Derartige Vorgänge sprechen für ein durchaus patientenorientiertes, wenn auch streng disziplinierendes Versorgungskonzept, das auch Patienten im Maßregelvollzug einschloss und auf eine spätere Wiedereingliederung vorbereitete.

Neben dem Therapiekonzept, der Beurlaubungs- und Entlassungspraxis lag die Pflegeausbildung weitgehend in der Kompetenz der leitenden Neustädter Psychiater und eröffnete Handlungsspielräume für eine verbesserte Patientenversorgung. Die Übernahme in den Beamtenstatus, eine qualifizierte Ausbildung mit einer verwaltungseigenen Abschlussprüfung sollten dem psychiatrischen Pflegenotstand und dem Einsatz ungelernter Kräfte entgegenwirken. Die Prüfungskategorien blieben im Jahrgangvergleich zwischen 1928, 1933, 1952 und 1955 nahezu identisch. Eine schriftliche Arbeit, die praktische Krankenbeobachtung und die sich anschließende mündliche Prüfung beinhaltete sowohl Fragen zur allgemeinen als auch psychiatrischen Krankenpflege. Gegenüber den Vergleichsjahrgängen konnte die Analyse für 1955 eine Intensivierung der psychiatrischen Pflegeausbildung insofern aufzeigen, als dass spezifische psychiatrische Krankheitsbilder neben Fragen zur Gesetzgebung als Prüfungsthemen verstärkt im Prüfungsblock nachgewiesen werden konnten.

Die Stellenbesetzung in der Psychiatriepflege blieb trotz aller Bemühungen schwierig und unterschied sich deutlich zur allgemeinen Krankenpflege. Einstiegsgehälter, Gehaltserhöhungen und Dienstzeiten differierten, die geringe Reputation und das nicht unerhebliche Gefahrenpotential durch unruhige Psychiatriepatienten machten psychiatrische Krankenpflege zudem wenig attraktiv. Starke Personalfluktuationen und der Einsatz ungelernten Personals waren die Folge, die die psychiatrische Patientenversorgung zusätzlich erschwerte. Dabei nahm der Pflegesektor die zentrale Stellung in der psychiatrischen Patientenversorgung in Fürsorge, Aufsicht, Beobachtung und chronologischer Patientendokumentation als Informationsgrundlage für ärztliche Stellungnahmen ein. Der zunächst knappe Ärzteschlüssel räumte der Psychiatriepflege einen breiten Aktionsradius in der Patientenbetreuung ein. Dieser Radius war durch strikte Hausregeln bestimmt, deren Einhaltung von Ruhe, Sauberkeit und Ordnung oberste Priorität hatten. Die Umsetzung ärztlicher Anordnungen und die Einhaltung der strikten Hausregeln gestalteten das Arbeitsumfeld der Pflege unter den reduzierten ökonomischen Bedingungen, chronischer Überbelegung und mangelnder Qualifikation schwierig.

Die schleswig-holsteinische Landespolitik behielt in Kenntnis der Zustände und Ungleichbehandlung psychisch Kranker gegenüber somatischen Patienten über den Untersuchungszeitraum bewusst den strikten Sparkurs ihrer landeseigenen

Pflichtaufgaben bei. Ökonomische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen bestimmten in einem großen Maße institutionelle Psychiatrie. Die Familie spielte in Anbetracht fehlender Nachsorgealternativen die zentrale Rolle bei der Entlassung der Psychiatriepatienten und wurde vom LKH mit Einführung der Neuroleptika verstärkt ins Therapiekonzept als Kontroll- und Nachsorgeinstanz einbezogen. Es ist bei allen Defiziten der institutionellen Psychiatrieversorgung in Schleswig-Holstein für das LKH Neustadt dennoch hervorzuheben, dass trotz personeller Kontinuitäten der psychiatrischen Leitungsfunktionen für den Untersuchungszeitraum entgegen einer Verwahrpsychiatrie ein psychiatrisches Therapiekonzept zum Tragen kam, das von der Krankenhausstruktur des LKH Neustadt profitierte. Innerhalb eines strikten Erziehungskonzepts wurde den Psychiatriepatienten in Abhängigkeit ihres Sozialverhaltens während ihres LKH-Aufenthalts gestaffelte Freiräume zugestanden und einem Großteil der Patienten eine gesellschaftliche Reintegration durch relativ kurze Verweildauern ermöglicht.

## Quellen- und Literaturverzeichnis

### A. Archivalische Quellen:

#### **Bundesarchiv Koblenz (BAK):**

BAK B 142	Bundesministerium für Gesundheitswesen
BAK B 189	Bundesministerium für Familie und Jugend

#### **Bundesarchiv Berlin:**

BA R 96/ 12	Reichsausschuss Heil- und Pflegeanstalten
-------------	---

#### **Landesarchiv Schleswig-Holstein (LASH):**

LASH Abt. 377	Patientenakten LKH Neustadt
LASH Abt. 611	Innenministerium Schleswig-Holstein
LASH Abt. 761	Sozialministerium Schleswig-Holstein

#### **Ameos Archiv Neustadt**

Festschrift: Fachklinik Neustadt in Holstein 100 Jahre 1893-1993

Personalakten (unverzeichnet)

Verwaltungsakten (Verwaltungsregistraturnummern)

#### **Statistisches Landesamt Schleswig-Holstein:**

Lange Reihen der Bevölkerungs- und Wirtschaftsentwicklung 1950-1975

Volkszählung 13. September 1950

## **B. Literatur:**

Aly, Götz:

Die Belasteten. „Euthanasie“ 1939-1945. Eine Gesellschaftsgeschichte. Frankfurt/ M. 2013.

Ankele, Monika/ Brinkschulte, Eva:

Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag. Arbeit als Therapie in der Psychiatrie vom frühen 19. Jahrhundert bis in die NS-Zeit. Stuttgart 2015.

Balz, Viola:

Zwischen Wirkung und Erfahrung – eine Geschichte der Psychopharmaka. Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland, 1950-1980. Bielefeld 2010.

Bastian, Till:

Furchtbare Ärzte. Medizinische Verbrechen im Dritten Reich. München 1995.

Bauer, Fritz:

Justiz und NS-Verbrechen. Sammlung deutscher Strafurteile wegen nationalsozialistischer Tötungsverbrechen 1945-1966, 22. Bde, Amsterdam 1968-1981.

Beddies, Thomas, Dörries, Andrea (Hg.):

Die Patienten der Wittenauer Anstalten in Berlin 1919-1960. Husum 1999.

Beeck i.d., Manfred:

Praktische Psychiatrie. Berlin 1957.

Benzenhöfer, Udo:

- Zur Genese des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Münster 2006.
- Bibliographie der zwischen 1975 und 1989 erschienenen Schriften zur Geschichte der Psychiatrie im deutschsprachigen Raum. Tecklenburg 1992.

Beyer, Christoph:

Gottfried Ewald und die „Aktion T4“ in Göttingen. In: Der Nervenarzt Bd. 84, Heft 9, 2013, S. 1049-1055.

Binding, K./ Hoche, A.:

Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form (1920). Berlin 2006.

Bock, Gisela:

Zwangsterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik. Opladen 1986.

Borck, Cornelius:

Die Internationale der invasiven Therapien und die Diskussion in Deutschland. In: Schmuhl, Hans-Walter/ Roelcke, Volker: „Heroische Therapien“. Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich 1918-1945. Göttingen 2013, S. 131-148.

Bömelburg, Helen:

Der Arzt und sein Modell: Porträtfotografien aus der deutschen Psychiatrie 1880 bis 1933. Stuttgart 2007.

Braunmühl, Anton von:

Insulinschock und Heilkampf in der Psychiatrie. Stuttgart 1947.

Braunschweig, Sabine:

Zwischen Aufsicht und Betreuung. Berufsbildung und Arbeitsalltag der Psychiatriepflege am Beispiel der Basler Heil- und Pflegeanstalt. Zürich 2013.

Brill, Henry/ Patton, Robert:

Analysis of 1955-1956. Population Fall in New York State Mental Hospitals in First Year of Large-Scale Use of Tranquilizer Drugs. In: Am J Psychiatry 114, 1957, S. 509-517.

Brink, Cornelia:

Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft 1860-1980. Göttingen 2010.

Brückner, B.:

Basiswissen: Geschichte der Psychiatrie. Bonn 2010.

Broszat, Martin (Hg.):

Zäsuren nach 1945. Essays zur Periodisierung der deutschen Nachkriegsgeschichte. München 1990.

Chatterji, Isita:

Die Malariatherapie in der neurologischen Männerklinik Wiesengrund. Berlin 2013.

Clasen, Martin:

Jubiläumsschrift 1918 zum 25. Bestehen der Neustädter Anstalt. In: Festschrift „100 Jahre Fachklinik Neustadt in Holstein 1893-1993“. Ameos Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Neustadt

Colom Gottwald, C:

Therapieveränderungen in der Heil- und Pflegeanstalt Sachsenberg Schwerin von 1925 bis 1950, Rostock 2012.

Cooper, David:

Psychiatrie und Antipsychiatrie. Frankfurt/ M. 1971.

Danker, Uwe:

- Der Landtag und die Vergangenheit. In: Demokratische Geschichte: Jahrbuch für Schleswig-Holstein. Malente 2006.
- Verantwortung, Schuld und Sühne – oder, „...habe ich das Verfahren eingestellt.“ Staatsanwaltschaftliche Ermittlungen in Sachen „Euthanasie“ 1945 bis 1965. In: Landesarchiv Schleswig-Holstein (Hrsg.): Der Hesterberg. 125 Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie und Heilpädagogik in Schleswig- Eine Ausstellung zum Jubiläum der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie des Heilpädagogikums in Schleswig, Schleswig, 1997, S. 75-94.

Deenen, Bernd van:

Freizeitgestaltung der Deutschen Landfrauen. Hamburg 1963.

Delius, Peter:

Das Ende von Strecknitz. Die Lübecker Heilanstalt und ihre Auflösung 1941. Kiel 1988.

Ebbinghaus, Angelika:

Strategien der Verteidigung. In: Ebbinghaus, Angelika/ Dörner, Klaus: Vernichten und Heilen. Der Nürnberger Ärzteprozess und seine Folgen, Berlin 2001.

Eckart, Wolfgang:

- Traumatisierung durch körperliche und seelische Gewalt im Nationalsozialismus – Die Debatte um Schädigung und Entschädigung seit den 1950er Jahren. In: Jütte, R. u.a.: Medizin im Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung. Göttingen 2011, S. 295-310.
- Geschichte der Medizin. Fakten, Konzepte, Haltungen. Heidelberg 2010.

Engelbracht, Gerda:

Von der Nervenlinik zum Zentralkrankenhaus Bremen-Ost. Bremer  
Psychiatriegeschichte 1945-1977. Bremen 2004.

Engelbracht, Gerda u. Tischer, Achim:

Das St. Jürgen Asyl in Bremen. Leben und Arbeiten in einer Irrenanstalt 1904-  
1934, Bremen 1990.

Fangerau, Heiner/ Nolte, Karen (Hg.):

„Moderne“ Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert: Legitimation und  
Kritik. Göttingen 2004, S. 195-220.

Faulstich, Heinz:

- Die Zahl der „Euthanasie“-Opfer. In: Frewer, A./ Eickhoff, C. (Hg.): „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik, Frankfurt/ M. 2000, S. 218-234.
- Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949. Freiburg i. Br. 1998.

Fischer, Frank:

Irrenhäuser. Kranke klagen an. München 1969.

Forsbach, Ralf:

Medizin im Nationalsozialismus: Voraussetzungen, Verbrechen, Folgen. In: Bruchhausen, Walter/ Schott, Heinz (Hg.): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Göttingen 2008, S. 131-149.

Fortner, Rainer:

Egas Moniz (1874-1955). Leben und Werk unter besonderer Berücksichtigung  
der Leukotomie und ihrer ethischen Implikationen. Würzburg 2004.

Foucault, Michel:

Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der  
Vernunft. Frankfurt/ M. 1969.

Frei, Norbert:

Vergangenheitspolitik. Die Anfänge der Bundesrepublik und die NS –  
Vergangenheit, München 1999.

Frei, Norbert/ Brunner, Josè/ Goschler, Constantin (Hg.):

Die Praxis der Wiedergutmachung. Geschichte, Erfahrung und Wirkung in  
Deutschland und Israel, Göttingen 2009.

Frevert, Ute:

Frauen auf dem Weg zur Gleichberechtigung – Hindernisse, Umleitungen, Einbahnstraßen. In: Broszat, Martin (Hg.): Zäsuren nach 1945. Essays zur Periodisierung der deutschen Nachkriegsgeschichte. München 1990, S.113-130.

Fuchs, Petra/ Hohendorf, Gerrit:

- Den Opfern ein Gesicht geben. In: Osten, Philipp (Hg.): Patientendokumente. Krankheit in Selbstzeugnissen. Stuttgart 2010.
- Zur Selektion von Kindern und Jugendlichen nach dem Kriterium der „Bildungsunfähigkeit“. In: Rotzoll, M. u.a. (Hg.): Die nationalsozialistische „Euthanasie“-Aktion „T4“. Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart, Paderborn 2010, S. 287-296.

Garderer, Rupert:

Querulanz. Hamburg 2012.

Glaesmer, H./ Brähler, E.:

- Die Langzeitfolgen des Zweiten Weltkrieges in der deutschen Bevölkerung: Epidemologische Befunde und deren klinische Bedeutung. Ärzteblatt Sachsen-Anhalt. ISSN 0938-9261, Bd. 23. 2012, 3, S. 24-58.
- Die Kinder des Zweiten Weltkrieges in Deutschland – Ein Rahmenmodell für die psychosoziale Forschung. Glaesmer, H.: In: Traum& Gewalt. Bd. 6, 2012, 4, S. 318-328.

Godau-Schüttke, Klaus-Detlev:

Die Heyde/ Sawade-Affäre. Wie Juristen und Mediziner den NS-Euthanasieprofessor Heyde nach 1945 deckten und straflos blieben. Baden-Baden 1998.

Goffman, Erving:

Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt/ M. 1972.

Goltermann, Svenja:

Kausalitätsfragen. Psychisches Leid und psychiatrisches Wissen in der Entschädigung. In: Frei, Norbert/ Brunner, Josè/ Goschler, Constantin (Hg.): Die Praxis der Wiedergutmachung. Geschichte, Erfahrung und Wirkung in Deutschland und Israel, Göttingen 2009, S. 427-451.

Grond, Martin/ Thiekötter, Thomas (Hg.):

Neurologie und Neurologen in der NS-Zeit. Der Nervenarzt, Band 87, August 2016.

Grütter, Angela:

Hermann Simon. Die Entwicklung der Arbeits- und Beschäftigungstherapie in der Anstaltspsychiatrie. Eine biographische Betrachtung. Murken-Altrogge, Herzogenrath 1995.

Hagen, W./ Hübner, A./ v. Kress, H./ Neubert, R.:

Krankenpflege-Lehrbuch 1951, 18. Aufl., Berlin 1951.

Hanrath, Sabine:

Zwischen „Euthanasie“ und Psychiatriereform. Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg. Ein deutsch-deutscher Vergleich (1945-1964). Paderborn 2002.

Häfner, H./ v. Baeyer, W./ Kisker, K. P.:

Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenhausversorgung der Bundesrepublik. Helfen und heilen – Diagnose und Therapie in der Rehabilitation, Oktober 1965, Heft 4.

Hässler, F./ Hässler, G.:

Geistig Behinderte im Spiegel der Zeit – Vom Narrenhäusl zur Gemeindepsychiatrie. Stuttgart 2006.

Heesch, E.:

Nationalsozialistische Zwangssterilisationen psychiatrischer Patienten in Schleswig-Holstein. In: Jahrbuch „Demokratische Geschichte“ Bd. 9, 1995, S. 55-102.

Heintz, Erik Robert:

Die Einführung der Elektrokrampftherapie an der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität München 1941-1945. München 2004.

Helmchen, Daniel:

Malariatherapie der Proressiven Paralyse in den Wittenauer Heilstätten. In: Beddies, Th./ Dörries, A. (Hg.): Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919-1960. Husum 1999, S. 435-459.

Helmchen, Hanfried:

- (Hg.): Psychiater und Zeitgeist. Zur Geschichte der Psychiatrie in Berlin. Berlin 2009.
- Therapiemöglichkeiten in der Psychiatrie. Modellfall Psychopharmakotherapie. In: Holderegger, A. (Hg.): Hirnforschung und Menschenbild: Beiträge zur interdisziplinären Verständigung. Basel 2007a, S. 377-397.

Hinz-Wessels, Anette:

- Zur bürokratischen Abwicklung eines Massenmords. Die „Euthanasie“-Aktion im Spiegel neuer Dokumente. In: Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte 53, 2005, S. 79-107.
- Neue Dokumentenfunde zur Organisation und Geheimhaltung der „Aktion T4“. In: Hohendorf, G./Fuchs, P./Rotzoll, M.u.a. (Hg.): Die nationalsozialistische „Euthanasie“-Aktion „T4“ und ihre Opfer. Paderborn 2010, S. 77-82.

Hochstetter, Dorothee:

Motorisierung und „Volksgemeinschaft“. Das Nationalsozialistische Kraftfahrkorps 1931-1945. München 2005.

Höger, Ralph:

Arbeit als soziale Heilung – Arbeitstherapie in Ost- und Westdeutschland (1945-1955). In: Rotzoll, Maik: Nach dem Krankenmord. Struktur und Alltagsleben ehemaliger Tötungsanstalten in den vier Besatzungszonen 1945-1955. Laufendes DFG-Projekt. Förderung seit 2012.

Hohendorf, Gerrit:

Die Selektion der Opfer zwischen rassenhygienischer „Ausmerze“, ökonomischer Brauchbarkeit und medizinischem Erlösungsideal. In: Hohendorf, G./Fuchs, P./Rotzoll, M.u.a. (Hg.): Die nationalsozialistische „Euthanasie“-Aktion „T4“ und ihre Opfer. Paderborn 2010, S. 310-324.

Holtmann, Eberhard:

Flüchtlinge in den 50er Jahren. Aspekte ihrer gesellschaftlichen und politischen Integration. In: Schildt, Axel/ Sywottek, Arnold: Modernisierung im Wiederaufbau. Die westdeutsche Gesellschaft der 50er Jahre. Bonn 1993, S. 349-361.

Honalka, Berndt:

„Die Kreuzelschreiber. Ärzte ohne Gewissen. Euthanasie in Dritten Reich“, Hamburg 1961.

Jacobczyk, Mandy:

Das Verfahren ist einzustellen. Staatsanwaltliche Ermittlungen wegen nationalsozialistischer Gewaltverbrechen in Schleswig-Holstein bis 1965. Malente 2003.

Jäckle, Renate:

Die Ärzte und die Politik, München 1988.

Jenner, Harald:

- Diakonie in Lübeck. Lübeck 1998.
- Die Geschichte einer psychiatrischen Klinik Schleswig-Stadtfeld, Schleswig 1995.
- „100 Jahre Krankenhaus Schleswig“. Neumünster 1990.

Jewski, Katja:

Stiefkinder des Fortschritts? Ländliche Jugend und Jugendkultur in Schleswig-Holstein in den 50er Jahren. Diss. Lüneburg 2003.

Jütte, Robert:

Krankenpflege. In: Jütte, R./ Eckart, W./ Schmuhl, H-W./ Süß, W.: Medizin im Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung. Göttingen 2011, S. 94-105.

Jütte, Robert/ Eckart Wolfgang/ Schmuhl, Hans-Walther/ Süß, Winfried:

Medizin im Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung. Göttingen 2011.

Kammeier, Heinz:

Behandlung im Maßregelvollzug? Probleme und Tendenzen. In: Dörner, Klaus (Hg.): Behandeln oder Handeln in der Psychiatrie – Woraus besteht der psychiatrische Alltag? 33. Gütersloher Fortbildungswoche 1981. Loccum 1982, S. 67-89.

Kater, Michael:

Ärzte als Hitlers Helfer. Hamburg 2000.

Kersting, Franz-Werner (Hg.):

- Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Die Hypothek des Nationalismus und der Aufbruch der sechziger Jahre. Paderborn 2003.
- Vor Ernst Klee. Die Hypothek der NS-Medizinverbrechen als Reformimpuls. In: Kersting, F.-W. (Hg): Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre. Paderborn 2003, S. 63-80.
- Anstaltsärzte zwischen Kaiserreich und Bundesrepublik. Das Beispiel Westfalen, Paderborn 1996.

Kersting, Franz-Werner./ Schmuhl, Hans-Walter:

Quellen zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie in Westfalen. Bd. 2: 1914-1955. Paderborn 2004.

Kersting, Franz-Werner/ Teppe, Karl/ Walter, Bernd (Hg.):

Nach Hadamar. Zum Verhältnis der Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert. Paderborn 1993.

Klee, Ernst:

- Was sie taten, was sie wurden. Frankfurt/ M. 1986.
- Euthanasie im NS-Staat – die Vernichtung lebensunwerten Lebens. Frankfurt 1983.

Koch, Johannes Hugo:

Lokalhistorischer Teil. In: Festschrift „100 Jahre Fachklinik Neustadt in Holstein 1893-1993“. Aneos Klinikum Neustadt, S. 9-75.

Kolbeck, Thekla:

Landfrauen und Direktvermarktung. Kassel 1986.

Kuhlenkamp, Caspar:

25 Jahre Psychiatrie-Enquete, Bd. 1, Bonn 2001.

Landesarchiv Schleswig-Holstein (Hg.):

Der Hesterberg. 125 Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie und Heilpädagogik in Schleswig. Schleswig 1997.

Ledebur, Sophie:

Das Wissen der Anstaltspsychiatrie in der Moderne. Zur Geschichte der Heil- und Pflegeanstalt Am Steinhof in Wien. Köln 2015.

Ley, Astrid:

- Zwangssterilisation und Ärzteschaft. Hintergründe und Ziele ärztlichen Handelns 1934-1945. Frankfurt/ M. 2004.
- Psychiatriekritik durch Psychiater. Sozialreformerische und professionspolitische Ziele des Erlanger Anstaltsdirektors Gustav Kolb. In: Fangerau, H./ Nolte, K. (Hg.): Moderne" Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert: Legitimation und Kritik. Göttingen 2004, S. 195-220.

Lutz, Petra:

- NS-Gesellschaft und Euthanasie. Die Reaktionen der Eltern ermordeter Kinder. In: Mundt, C./ Hohendorf, G./ Rotzoll, M. (Hg.): Psychiatrische Forschung und NS-Euthanasie. Beiträge zu einer Gedenkveranstaltung an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg, Heidelberg 2001, S. 97-113.
- Mit Herz und Vernunft. Angehörige von Euthanasie-Opfern im Schriftwechsel mit den Anstalten. In: Fangerau, H./ Nolte, K. (Hg.): Moderne Anstaltspsychiatrie im 19. Jahrhundert. Legitimation und Kritik, Stuttgart 2006, S. 143-167.
- „Eine reichlich einsichtslose Tochter“. Die Angehörigen einer in Hadamar ermordeten Patientin. In: George, U. u.a. (Hg.): Hadamar. Heilanstalt – Tötungsanstalt – Therapiezentrum, Marburg 2006, S. 293-304.

Majewski, Rut:

Zum Alltag von Landfrauen von 1945-1960. MA. Kiel 1992.

Meltzer, Ewald:

Das Problem der Abkürzung „lebensunwerten“ Lebens. Halle/ Saale 1925.

Meyerhoff, Joachim:

Wann wird es endlich wieder so, wie es nie war. Köln 2013

Mildt, Dirk Welmoed de (Hg.):

Tatkomplex: NS-Euthanasie. Die ost- westdeutschen Strafurteile seit 1945. Amsterdam 2009.

Möller, Hans-Jürgen/ Laux, Gerd / Deister, Arno:

*Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart 2005.

Niemann, Peter:

Psychiatrische Transformationsprozesse und die Enthospitalisierung im Kontext der Einführung der Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland. Hamburg 2008.

Noack, Thorsten:

Über Kaninchen und Giftschlangen. Psychiatrie und Öffentlichkeit in der frühen Bundesrepublik Deutschland. In: Fangerau, Heiner/ Nolte, Karin (Hg.): „Moderne“ Anstaltspsychiatrie im 19. Und 20. Jahrhundert. Legitimation und Kritik. Stuttgart 2006.

Panfilova, Svetlana:

Darstellung der Insulinbehandlung und der Elektrokrampftherapie im "Nervenarzt" in den Jahren 1928 bis 1947 mit einer ergänzenden Übersicht über die heutige Anwendung der EKT. München 2005.

Panse, Friedrich:

Das psychiatrische Krankenhauswesen. Stuttgart 1964.

Porter, Roy:

The Patient's View: Doing Medical History from Below. In: Theory and Society 14, (2) 1985, S. 175-198.

Pross, Christian:

Wiedergutmachung. Der Kleinkrieg gegen die Opfer, Frankfurt/ M. 1988.

Quinkert, Babette/ Rauh, Philipp/ Winkler, Ulrike (Hg):

Krieg und Psychiatrie 1914-1950. Göttingen 2010.

Radkau, J.:

Zum historischen Quellenwert von Patientenakten. Erfahrungen aus den Recherchen zur Geschichte der Nervosität. In: Gigswijt-Hofstra, Marijke/ Porter, Rpy (Hg.): Cultures of Neurasthenia. From Beard to the First World War. Amsterdam 2001, S. 73-102.

Retterstol, Nils:

Schizophrenie – Verlauf und Prognose. In: Schizophrenien (Psychiatrie der Gegenwart 4), bearb. Von P. Baumann u.a. Berlin u.a. 1987, S. 88.

Roelke, Volker:

- Hans Roemer. Überzeugter Eugeniker, Kritiker der Krankentötungen. In: Der Nervenarzt Bd. 84, Heft 9, 2013, S. 1064-1068.
- Politische Zwänge und individuelle Handlungsspielräume: Karl Bonhoeffer und Max di Crinis im Kontext der Psychiatrie im Nationalsozialismus. In: Schagen, U./ Schleiermacher, S. (Hg.): Die Charité im Dritten Reich. Zur

Dienstbarkeit medizinischer Wissenschaft im Nationalsozialismus.  
Paderborn 2008, S. 67-84.

Roelcke, Volker/ Schmuhl, Hans-Walter:

„Heroische Therapien“. Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich  
1918-1945. Göttingen 2013.

Rothmaler, Christiane/ Glensk, Evelyn (Hg.):

Kehrseiten der Wohlfahrt. Die Hamburger Fürsorge auf ihrem Weg von der Weimarer Republik in den Nationalsozialismus. Hamburg 1993.

Rotzoll, Maike:

- Nach dem Krankenmord. Struktur und Alltagsleben ehemaliger Tötungsanstalten in den vier Besatzungszonen 1945-1955. Laufendes DFG-Projekt. Förderung seit 2012.
- Therapie nach dem Krieg. Behandlungsmethoden in psychiatrischen Anstalten der vier Besatzungszonen. Abstract: Kongress der DGPPN 2015.
- Ein Blick von Innen. Anstaltsgeschichtliche Aspekte in Krankenakten von Opfern der „Aktion T 4“. In: C. Wolters, C. Beyer, B. Lohff (Hg.): Abweichung und Normalität. Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit. Bielefeld 2013, S. 159-185.
- Die nationalsozialistische „Euthanasie“-Aktion „T4“. Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart, Paderborn 2010.

Rudloff, Wilfried:

Rehabilitation und Hilfen für Behinderte. In: Ruck, M./ Boldorf, M. (Hg.): Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945. Bd. 4. 1957-1966. Baden-Baden 2007, S. 463-501.

Rückerl, Adalbert:

- NS-Verbrechen vor Gericht. Versuch einer Vergangenheitsbewältigung. Heidelberg 1984.
- Die Strafverfolgung von NS-Verbrechen 1945-1978. Eine Dokumentation. Heidelberg 1979.

Rüdenburg, Bodo:

Die „Rückkehrer“ aus Grafeneck in der Heil- und Pflegeanstalt Zwiefalten. In: Hohendorf, G./Fuchs, P./Rotzoll, M.u.a. (Hg.): Die nationalsozialistische „Euthanasie“-Aktion „T4“ und ihre Opfer. Paderborn 2010, S. 152-155.

Rüther, Martin:

Ärztliches Standeswesen im Nationalsozialismus 1933-1945. In: Jütte, Robert (Hg.): Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. Und 20. Jahrhundert. Köln 1997, S. 143-193.

Saß, Henning:

Der Exzess einer Tugend: Querulanz zwischen Persönlichkeit, Strukturverformung und

Wahn. In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 4, S. 223-232.

Scharpenach, Karin:

70 Jahre Krankenpflegeschule. In: Festschrift „100 Jahre Fachklinik Neustadt in Holstein 1893-1993“. Aneos Klinikum Neustadt, S. 143-147.

Schäffner, Gerhard:

„Das Fenster in die Welt“. Fernsehen in den fünfziger Jahren. In: Faulstich, Werner (Hg.): Die Kultur der 50er Jahre. München 2002, S. 91-102.

Schepermann, K./ Dilling, H.:

Schicksale psychiatrischer Patienten der Lübecker Heilanstalt Strecknitz im Dritten Reich. Lübeck 2005.

Schildt, Axel/ Sywottek, Arnold:

Modernisierung im Wiederaufbau. Die westdeutsche Gesellschaft der 50er Jahre. Bonn 1993.

Schmidt, Andreas:

Probleme der Kriminalität geisteskranker Täter. Dargestellt am Krankengut des Landes Schleswig-Holstein. Berlin 1970.

Schmidt, Gerhard:

Selektion in der Heilanstalt 1939-1945. Stuttgart 1965.

Schmidt-Michel, Paul-Otto:

Geschichte der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland. In: Konrad, M./ Schmidt-Michel, P-O (Hg.): Die zweite Familie. Psychiatrische Familienpflege – Geschichte, Praxis, Forschung. Bonn 1993, S. 41-76.

Schmitt, Günther:

Der Strukturwandel der deutschen Landwirtschaft. In: Kötter, Herbert u.a.: Auf dem Lande leben. Stuttgart 1983, S. 24-42.

Schmiedebach, Heinz-Peter:

Eine „antipsychiatrische Bewegung“ um die Jahrhundertwende. In: Dinges, Martin (Hg.): Medizinkritische Bewegung im Deutschen Reich, Stuttgart 1996.

Schmorl, Ernst-Adolf.:

Beobachtungen über die Einwirkung der Cardiazol-Krampfbehandlung auf das klinische Bild der Psychosen. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 1938, S. 328-342.

Schmuhl, Hans-Walter:

- Die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater im Nationalsozialismus. Berlin/ Heidelberg 2016.
- Eugenik und Rassenanthropologie. In: Jütte, R./Eckart, W./ Schmuhl, H.-W./ Süß, W.: Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung. Göttingen 2011, S. 24-38.
- Euthanasie und Krankenmord. In: Jütte, R. u.a.: Medizin und Nationalsozialismus. Göttingen 2011, S. 214-255.
- Das Dritte Reich als biopolitische Entwicklungsdiktatur. Zur inneren Logik der nationalsozialistischen Genozidpolitik. In: Kampmeyer, M.: Tödliche Medizin. Rassenwahn im Nationalsozialismus. Göttingen 2009, S. 8-21.
- Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung „*lebensunwerten Lebens*“ 1880-1945. Göttingen 1992.
- Reformpsychiatrie und Massenmord. In: Prinz, M./ Zitelmann, R. (Hg.): Nationalsozialismus und Modernisierung. Darmstadt 1991, S. 239-266.

Schmuhl, Hans-Walter/ Roelcke, Volker (Hg.):

„Heroische Therapien“. Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich 1918-1945. Göttingen 2013, S. 131-148.

Schulze, Bernhard:

Aus ärztlicher Sicht. In: Festschrift „100 Jahre Fachklinik Neustadt in Holstein 1893-1993“. Aneos Klinikum Neustadt, S. 77-107.

Schweikardt, Christoph:

Zur Popularisierung nationalsozialistischer Erb- und Rassenlehren in den amtlichen Krankenpflegebüchern zwischen 1933 und 1945. In: Westermann, Stefanie/ Kühl, Richard/ Groß, Dominik (Hg.): Medizin im Dienst „Erbgesundheit“. Beiträge zur Geschichte der Eugenik und „Rassenhygiene“. Berlin 2009, S. 127-141.

Scull, Andrew:

Die Anstalten öffnen? Decarceration der Irren und Häftlinge. Frankfurt/ M. 1980.

Shorter, Edward:

- Geschichte der Psychiatrie. Reinbek 2003.
- Geschichte der Psychiatrie. Fest. Berlin 1999.

Shorter, Edward/ Healy, David:

Shock therapy: a history of electroconvulsive treatment in mental illness. New Brunswick 2007.

Schott, Heinz/ Tölle, Rainer.:

Geschichte der Psychiatrie – Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. München 2006.

Schrader, Viola:

Geschichte als narrative Konstruktion. Berlin 2013.

Schwarz, Hans-Peter:

Der Ort Bundesrepublik in der deutschen Geschichte. Opladen 1996.

Seidel, Ralf:

Werner Leibbrand als psychiatrischer Gegner des Nationalsozialismus. In: Der Nervenarzt Bd. 84, Heft 9, 2013, S. 1043-1048.

Seidler, Franz:

Die Organisation Todt – Bauen für Staat und Wehrmacht 1938 – 1945. Bonn 1998.

Siemen, Hans-Ludwig:

Menschen blieben auf der Strecke... Psychiatrie zwischen Reform und Nationalsozialismus. Gütersloh 1987.

Simon, Hermann:

Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. Berlin 1929.

Skalweit, Wolf:

Schizophrenie. In: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete 8. 1937, S. 345.

Smiatacz, Carmen:

Ein gesetzlicher „Schlussstrich“?  
Der juristische Umgang mit der nationalsozialistischen Vergangenheit in Hamburg und Schleswig-Holstein 1945-1960. Münster 2015.

Steinbach, Peter:

Nationalsozialistische Gewaltverbrechen. Die Diskussion in der Öffentlichkeit nach 1945. Berlin 1981.

Straub, Jürgen:

Temporäre Orientierung und narrative Kompetenz. In: Rüsen, Jörn: Geschichtsbewusstsein. Psychologische Grundlagen, Entwicklungskonzepte, empirische Befunde. Köln 2001, S. 15-44.

Struwe Friedrich Ernst:

- Kleine Geschichte der Neustädter Anstalt zwischen den Weltkriegen – Teil 1. In: Jahrbuch für Heimatkunde Oldenburg/ Ostholstein, Jg. 53, 2009-2010, S. 109-129.
- Kleine Geschichte der Neustädter Anstalt zwischen den Weltkriegen – Teil 2.
- In Jahrbuch für Heimatkunde Oldenburg/ Ostholstein, Jg.54, 2011, S.131-158.
- Verlegt nach „andere Anstalt“... Aus der Geschichte der Landesheilanstalt Neustadt in Holstein im II. Weltkriege – Teil I: 1939-1940. In: Jahrbuch für Heimatkunde Oldenburg/ Ostholstein, Jg. 55, 2012, S. 108-124.
- Verlegt nach „andere Anstalt“... Aus der Geschichte der Landesheilanstalt Neustadt in Holstein im II. Weltkriege – Teil II: 1940-1941. In: Jahrbuch für Heimatkunde Oldenburg/ Ostholstein, Jg. 56, 2013, S. 133-169.

Süß, Winfried:

- Gesundheitspolitische Entscheidungsstrukturen, öffentlicher Gesundheitsdienst und Sozialversicherung. In: Jütte, R./Eckart, W./Schmuhl, H.-W./ Süß,W.: Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung. Göttingen 2011, S. 39-52.
- Berufschancen und Sozialstruktur von Ärzten. In: Jütte, R./Eckart, W./Schmuhl, H.-W./ Süß,W.: Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung. Göttingen 2011, S. 179-189.

Szasz, Thomas:

Geisteskrankheit – ein moderner Mythos: Grundlagen einer Theorie des persönlichen Verhaltens. Freiburg 1971.

Trittel, Günther:

Hunger und Politik. Die Ernährungskrise in der Bizone (1945-1949). Frankfurt/ M. 1990.

Trümmers, Henning:

Fern der Berliner Basis. Tübinger Ärzte und ihre Handlungsspielräume im Umgang mit „Psychopathen“. In: Quinkert, B./ Rauh, P./ Winkler, U. (Hg): Krieg und Psychiatrie 1914-1950. Wallstein-Verlag. Göttingen 2010, S. 104-128.

Vollnhals, Clemens:

Entnazifizierung. Politische Säuberung und Rehabilitierung in den vier Besatzungszonen 1945-1949. München 1991.

Walter, Bernd:

- Hermann Simon – Psychiatriereformer, Sozialdarwinist, Nationalist? In: Der Nervenarzt. Bd. 73, Nr. 11, 2002, S. 1047-1054.
- Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne. Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Westfalen zwischen Kaiserreich und NS-Regime. Paderborn 1996.
- Fürsorgepflicht und Heilungsanspruch: Die Überforderung der Anstalt? (1870-1930). In: Kersting, Franz-Werner/ Teppe, Karl/ Walter, Bernd (Hg.): Nach Hadamar. Zum Verhältnis der Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert. Paderborn 1993, S. 66-97.

Weindling, Paul:

Health, race, and German politics between national unification and Nazism 1870-1945. Cambridge 1989.

Westermann, Stefanie:

Verschwiegenes Leid. Der Umgang mit den NS-Zwangssterilisationen in der Bundesrepublik Deutschland, Köln 2010.

Westermann, Stefanie/ Kühl, Richard/ Groß, Dominik (Hg.):

Medizin im Dienst „Erbgesundheit“. Beiträge zur Geschichte der Eugenik und „Rassenhygiene“. Berlin 2009.

Willing, Matthias:

*Das Bewahrungsgesetz. Eine rechtshistorische Studie zur Geschichte der deutschen Fürsorge.* Tübingen 2003.

## **C. Zeitschriften**

Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift 1927, Nr. 29.

Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift 1928, Nr. 30.

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 1938.

Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte 53, 2005.

Der Nervenarzt Bd. 84, 2013, Heft 9.

Lübecker Nachrichten 24./25.7.2016.

## **D. Internet-Quellen:**

<http://www.biapsy.de>

<http://www.dgppn.deschwerpunkte/versorgung/enquete.html>

[www.ndr.de/kultur/geschichte/](http://www.ndr.de/kultur/geschichte/)

Ansari, Peter:

Die Therapiegeschichte der Depression und die Einführung der antidepressiven medikamentösen Therapie in der BRD im Zeitraum 1945-1970. Hannover 2013, S. 122. <http://d-nb.info/1060673118/34>.

Baur, Nicole:

Family influence and psychiatric care: Physicla treatments in devon mental hospitals, since 1920 to the 1970s. Exeter 2013. Endeavour Vol. 37 No.3. <http://dx.org/10.1016/j.endeavour.2013.06.005>

Finzen, Asmus:

Psychiatrie-Enquete und Psychiatrie-Reform 1970 bis 1975. <http://www.finzen.de/onlinetexte.html>.

Hecht, Claudia:

Psychiatrische Familienpflege. Neues Konzept oder Auslaufmodell? Kiel 2006, S. 17-30. [http://www.bwf-info.de/bwf\\_e4/literatur/DA\\_08\\_Hecht\\_Kiel.pdf](http://www.bwf-info.de/bwf_e4/literatur/DA_08_Hecht_Kiel.pdf).

Konrad-Adenauer-Stiftung:

<http://www.kas.de/wf/de/71.9382/>

Müller, Thomas:

*„Zu Debatte und Institutionalisierung der psychiatrischen Familienpflege im 19. Jahrhundert. Ein Vergleich der Therapieoptionen Deutschlands und Frankreichs“*. DFG Forschungsprojekt MU 1804/ 1-2. Vortragsmanuskript, VSP Tagung Tübingen 24.-26.9.2008. [http://www.vsp-net.de/html/download/bwf-doku/Vortrag\\_Mueller.pdf](http://www.vsp-net.de/html/download/bwf-doku/Vortrag_Mueller.pdf).

Seidler, Franz:

Miszelle. Das Nationalsozialistische Kraftfahrkorps und die Organisation Todt im Zweiten Weltkrieg. Institut für Zeitgeschichte München-Berlin. In: Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte 1984, Jg. 31, Heft 4, [http://www.ifzmuenchen.de/heftarchiv/1984\\_4\\_5\\_seidler.pdf](http://www.ifzmuenchen.de/heftarchiv/1984_4_5_seidler.pdf).

Wagner, Sylvia:

Ein unterdrücktes und verdrängtes Kapitel der Heimgeschichte.

Arzneimittelstudien an Heimkindern. In: Sozial. Geschichte online 19 (2016).

[http://duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlets/DocumentServlet/Document-42079/04\\_Wagner\\_Heime.pdf](http://duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlets/DocumentServlet/Document-42079/04_Wagner_Heime.pdf).

## Erklärung

Bettina Schubert

Ich erkläre an Eides statt:

1. Die Arbeit wurde selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen personellen, technischen und sachlichen Hilfen angefertigt.
2. Alle Stellen, die wortwörtlich oder nur geringfügig verändert aus Veröffentlichungen oder anderen Quellen entnommen sind, enthalten die notwendige Kennzeichnung.
3. Die vorliegende Arbeit wurde bisher noch keiner Prüfungsbehörde in gleicher oder ähnlicher Form vorgelegt.

## Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich zunächst bei Prof. Dr. Cornelius Borck, Leiter des Instituts für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung der Universität Lübeck, für die Möglichkeit, diese Arbeit unter seiner Leitung durchzuführen, bedanken. Umso mehr, da die Betreuung einer „Spätberufenen“ bei der Vielzahl der Doktoranden nicht alltäglich ist.

Ein besonderer Dank geht an Herrn Michael Diekmann und Herrn Michael Freudenberg von der Ameos Klinik Neustadt für den umfassenden Einblick in den Archivbestand und die Fotonachlässe. Die Möglichkeit dieser grundlegenden Recherche und des kostenfreien Kopieraufwands war sehr hilfreich und wurde von allen beteiligten Ameos-Mitarbeitern zu jeder Zeit unterstützt.

Ebenso gilt mein Dank dem LASH in Schleswig, deren Bewilligung der Schutzfristenverkürzung die psychiatrische Patientenaktenanalyse für dieses Promotionsprojekt erst ermöglichte, besonders Herrn Dr. Jörg Rathjen mit seiner fachlich kompetenten Beratung und den Damen des Lesesaals für ihre hilfsbereite Unterstützung.

Für die inhaltlich immer anregenden und weiterführenden Diskussionen, die fachliche Unterstützung zu juristischen und psychiatrischen Fragestellungen sowie Verfahrensfragen, die konstruktiven Anregungen, den technischen Support und das finale Korrekturlesen danke ich besonders meinen Freunden Merit Petersen, Helmut und Lilo Meyer, Simone Westerhoff, Wolfgang Gühlstorff, Juliane Schwichtenberg, Antonia Schubert und Jan Vorndamm.

Allen Freunden und meinen drei Kindern sei Dank für den positiven Rückhalt und die kulturellen Auszeiten zur Ablenkung und zum Ausgleich. Besonders aber möchte ich meinem Mann, Ulrich Schubert, für sein grenzenloses Zutrauen, für seine Gelassenheit gegenüber dem Wissenschaftsbetrieb und seiner ruhigen Ausstrahlung auch in schwierigen Arbeitsphasen danken. Nachdem ich vor 40 Jahren bereits seine Promotion begleitet habe, hätten wir uns nicht träumen lassen, diesen Prozess noch einmal gemeinsam zu durchleben.

## Lebenslauf

Bettina Schubert	Jg. 1958
1977	Allgemeine Hochschulreife Lauenburgische Gelehrtenschule Ratzeburg
1977-1980	Ausbildung zur Krankenschwester Medizinische Hochschule Lübeck
1980-1982	Stellv. Stationsleitung DRK-Krankenhaus Ratzeburg
2002-2007	Studium der Angewandten Kulturwissenschaften Universität Lüneburg Magister Artium: Note 1,4 Schwerpunkt: Sozial- und Kulturgeschichte
2009-2017	Stellv. Bundesvorsitz: NPO Gesundheitswesen
seit 2010	Projektkoordination: Zertifizierungsverfahren (Gesundheitswesen)
2012-2017	Dissertationsprojekt
Publikation:	„Landfrauen in Schleswig-Holstein – 1950er u. 1970er Jahre“. Zentrale Ergebnisse der Magisterarbeit (2007). In: Demokratische Geschichte 24 (2013). Jahrbuch für Schleswig-Holstein, S.119-164.