

HANS-JÜRGEN GABER

»An der Spitze aller Provinzen und Länder«

„An der Spitze aller Provinzen und Länder“
Hans-Jürgen Gaber, 1900-1970
Hans-Jürgen Gaber, 1900-1970
Hans-Jürgen Gaber, 1900-1970



HANS-JÜRGEN GÄBER
»An der Spitze aller Provinzen und Länder«

**Ich widme diese Arbeit allen suchtkranken Frauen und Männern,
die in den Jahren der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft
den Zwangssterilisationen und der »Euthanasie« zum Opfer fielen.**

HANS-JÜRGEN GABER

»An der Spitze aller Provinzen und Länder«

Trinkerfürsorge und Suchtkrankenhilfe
in Westfalen 1820 bis 1995

Forschung für die Praxis – Hochschulschriften

Psychiatrie-Verlag

DOI: 10.1486/9783884143285

Hans-Jürgen Gaber: »An der Spitze aller Provinzen und Länder« –
Trinkerfürsorge und Suchtkrankenhilfe in Westfalen 1820 bis 1995
Zugl.: , Univ., Diss., 2001
ISBN 3-88414-328-X

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

1. Auflage

© Psychiatrie-Verlag gGmbH, Bonn 2002

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: Dorothea Posdiena, Dortmund

Satz: Marina Broll, Dortmund

Druck: WB-Druck, Rieden im Allgäu

Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie.de/verlag

Inhalt

Vorwort	7
»An der Spitze aller Provinzen und Länder« Trinkerfürsorge und Suchtkrankenhilfe in Westfalen 1820 bis 1995	9
(Erb-)Krankheit oder Sünde Die Alkoholfrage im 19. Jahrhundert	12
Der Kreuzzug gegen den Alkohol Mäßigkeits- und Enthaltsamkeitsvereine	16
Vorbild für preußische Provinzen und deutsche Länder Das Landarmen- und Arbeitshaus im westfälischen Benninghausen	25
Besser »gezwungen« als »freiwillig«? Der »Westhof« in Benninghausen	27
Eine Domäne der Konfessionen Trinkerheilstätten im 19. Jahrhundert	32
Das evangelische Westfalen Die Anstalt »Wilhelmsdorf« bei Bielefeld	37
Das katholische Westfalen Die Anstalt »Maria Veen« bei Borken	41
Ein Vorbild aus der Schweiz Die Heilstätte »Ellikon« im Kanton Zürich	44
Im Zentrum der »Erweckungsbewegung« Die Heilstätten »Elim« und »Mara« bei Herford	48
Eine Irrenanstalt wird »trockengelegt« Das St. Jürgen-Asyl in Bremen	51
Die Heil- und Pflegeanstalt – eine Alternative zur Heilstätte? Trinkerheilanstalten und Trinkerheilstätten	59
Professionalisierung der »Trinkerrettung« Die Trinkerfürsorgestellen	64
Ein mühsamer Neubeginn Die Folgen des 1. Weltkrieges	75
Ein Besuch im »Mekka« der Reformpsychiatrie Hermann Simon, die Gütersloher Anstalt und die Alkoholfrage	79
Ambulant vor stationär? Die Blüte der Trinkerfürsorgestellen	86

Alles den »Heilbaren«	92
Der Weimarer Wohlfahrtsstaat	
Zwangssterilisation und »Euthanasie«	98
Trinkerfürsorge im Nationalsozialismus	
Als wäre nichts gewesen	113
»Neuanfang« nach 1945	
Weitab, im äußersten Norden Westfalens	124
Die Trinkerheilanstalt »Schloss Haldem«	
Vorbilder über die Landesgrenzen hinaus	133
Neue Heilstätten für Suchtkranke in Gütersloh und Oerlinghausen, Warstein, Fredeburg, Arnsberg und Brilon-Wald	
Zu neuen Ufern	148
Die Entstehung und Entwicklung der Suchtkrankenbereiche der Westfälischen Landeskrankenhäuser am Beispiel des Landeskrankenhauses Gütersloh	
Ungeliebte Kinder	162
Die Therapeutischen Wohngruppen für Drogenabhängige »Casum« im Kreis Gütersloh und »Holthäuser Mühle« im Hochsauerlandkreis	
So viel ambulant wie möglich	166
Die Suchtberatungsstellen im Kreis Gütersloh und im Hochsauerlandkreis	
Die Sicht der Betroffenen	175
Abstinente Selbsthilfegruppen	
Die Achillesferse der Suchtkrankenhilfe	180
Allgemein-Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte	
Vom Tabu zum Bestseller	183
Das Thema »Alkohol« in der Öffentlichkeit	
Vom Trinkerasyll in die Gemeinde	187
Ein Resümee	
Literaturverzeichnis	192
Quellenverzeichnis	198
Interviews	204
Abbildungsverzeichnis	205

Vorwort

Das Motiv für die vorliegende medizinhistorische Arbeit ist begründet in der 15-jährigen praktischen Arbeit des Autors in der Suchtkrankenhilfe und der ihn bewegenden Frage nach den geschichtlichen Wurzeln der Behandlung suchtkrank Menschen sowie dem Mangel an zusammenfassender, regionalgeschichtlicher Literatur auf diesem sozial- und gesundheitspolitischen Gebiet.

Unter den Publikationen, die den gesamten deutschsprachigen Raum berücksichtigen¹, sind die von Böhm² und Anlauf³ erschienenen Arbeiten für diese Untersuchung von besonderem Interesse, da sie nicht nur eine Fülle von bisher wenig berücksichtigten Dokumenten aufgearbeitet, sondern sich auch regionalen Aspekten in Westfalen gewidmet haben. Eine weitere wegweisende Veröffentlichung auf dem Gebiet der regionalen Trinkerfürsorge hat Hauschildt⁴ am Beispiel Hamburgs für die Jahre 1922–1945 vorgelegt.

Für die vorliegende Aufarbeitung der Geschichte der Suchtkrankenversorgung in Westfalen standen vor allem die Quellen aus den Archiven des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe in Münster, der Stadt Bielefeld und des Kreises Herford sowie einige Klinikarchive zur Verfügung. Als Fundgrube erwies sich ein größerer, bisher nicht archivierter Bestand in der »Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren« in Hamm. Ursprünglich von der »Reichshauptstelle gegen den Alkoholismus« in den 1920er-Jahren angelegt, dokumentiert er die Zeit von den Anfängen der Trinkerfürsorge Mitte des 19. Jahrhunderts bis zum Beginn des 2. Weltkrieges.

Zum Entstehen der vorliegenden Arbeit haben, neben Fachleuten verschiedenster Institutionen, Verwandte, Freunde und Bekannte sowie ehemalige Kollegen beigetragen. Mit Hilfe ihrer Rückmeldungen und Vorschläge ist es mir hoffentlich gelungen, die Fülle des gesammelten und ausgewerteten Materials in eine lesbare und wissenschaftlichen Anforderungen genügende Form zu bringen.

1 vergl. 102) SPODE, H., 58) HEGGEN, A., 64) HÜBNER, R. u. M., 37) FEUERLEIN, W., 28) DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN

2 vergl. 13) BÖHM, M.

3 vergl. 1) ANLAUF, R.

4 vergl. 55) HAUSCHILDT, E.

Von den Mitarbeitern der von mir benutzten Archive und Bibliotheken haben mich besonders Frau Katharina Tiemann vom Westfälischen Archivamt in Münster und Frau Birgit Lehner von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren in Hamm unterstützt. Bei den Recherchen zur Geschichte der Suchtkrankenversorgung im Hochsauerland war mir Frau Marita Völmicke vom Westfälischen Schieferbergbau- und Heimatmuseum Schmallenberg-Holthausen jederzeit behilflich. Ebenso haben die von mir interviewten Damen und Herren wesentlich dazu beigetragen, die Entwicklung der Suchtkrankenversorgung in Westfalen seit den 1950er-Jahre lebendig werden zu lassen.

Herr Priv.-Doz. Dr. Hans-Peter Kröner sowie die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Doktoranden-Kolloquiums am Institut für Theorie und Geschichte der Medizin der Wilhelms-Universität Münster haben mich in den Jahren 1997 bis 2000 ebenso wohlwollend begleitet wie Herr Priv.-Doz. Dr. Franz-Werner Kersting vom Westfälischen Institut für Regionalgeschichte in Münster.

Zwei ehemalige Kollegen und Pioniere beim Aufbau der Suchtkrankenversorgung am Westfälischen Landeskrankenhaus Gütersloh haben in besonderer Weise zum Entstehen dieser Arbeit beigetragen: Mein 1983 verstorbener Freund, der Dipl.-Psych. Reiner Müller, hat mich 1978 davon überzeugt, dass ein Wechsel vom Arbeitsmedizinischen Dienst des TÜV Berlin in den Suchtbereich des Landeskrankenhauses Gütersloh eine sinnvolle berufliche Perspektive darstellen könnte, der Dipl.-Psych. Lutz Schwede hat den Autor wiederholt daran erinnert, die Mitte der 1980er-Jahre geborene Idee zu verwirklichen, die Geschichte der Suchtkrankenversorgung am Landeskrankenhaus Gütersloh zu schreiben. Sie hat sich schließlich zu der vorliegenden regionalgeschichtlichen Untersuchung der Trinkerräusorge und Suchtkrankenhilfe in Westfalen ausgeweitet.

Eine schwere Erkrankung zwang mich seit Mitte 1994 zu einer mehrjährigen Unterbrechung meiner ärztlichen Tätigkeit. Erfahrungen aus dieser Zeit habe ich unter »www.der-krankte-arzt.de« mitgeteilt. Die vorliegende Arbeit, weitgehend identisch mit meiner im Oktober 2000 abgeschlossenen Dissertation, diente meiner beruflichen Rehabilitation.

Die Realisierung der Veröffentlichung im Bonner Psychiatrie-Verlag ist wesentlich durch seinen Lektor, Herrn Bieger, gefördert worden. Für die Gewährung eines namhaften Druckkostenzuschusses danke ich dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche von Westfalen und dem Diakonischen Werk der Lippischen Landeskirche.

Gütersloh, im September 2002
Hans-Jürgen Gaber

»An der Spitze aller Provinzen und Länder«¹

Trinkerfürsorge und Suchtkrankenhilfe in Westfalen 1820 bis 1995

Die Anfänge einer Behandlung Suchtkranker in Westfalen reichen bis in die 20er-Jahre des 19. Jahrhunderts in das »Landarmen- und Arbeitshaus Benninghausen« bei Soest zurück. Einst als »Vorbild für alle deutschen Länder und Provinzen« (von Vincke²) gegründet, durchlief es eine wechselvolle Geschichte und sorgte schon frühzeitig für die dort untergebrachten Trunksüchtigen. Es soll die historische Entwicklung seit Anfang des 19. Jahrhunderts beschrieben werden, welche Kontinuitäten und Brüche es in 160 Jahren Trinkerfürsorge und Suchtkrankenhilfe in Westfalen gab, was schon einmal erreicht und dann zerstört wurde oder verloren ging.

Hilfreich dafür ist ein Blick auf den Kontext, in den die westfälische Entwicklung eingebettet war. Die frühere »Irrenanstalt Ellen bei Bremen« (das spätere »Landeskrankenhaus Bremen-Ost«) steht dabei stellvertretend für andere psychiatrische Anstalten. Als Vorbild für die offenen Trinkerheilstätten in den deutschsprachigen Ländern dient das »Ellikon« im Kanton Zürich, eine stationäre Einrichtung für Suchtkranke, hervorgegangen aus der Psychiatrischen Klinik »Burghölzli«.

Vorbildlich war zu jener Zeit ebenso der Einsatz der zahlreichen Mäßigkeits- und späteren Enthaltsamkeitsvereine beider großen Konfessionen sowie des Guttempler-Ordens, die sich im Laufe des 19. Jahrhunderts in ganz Westfalen für die »Trinkerrettung« einsetzten.

Schließlich wurden, von Pastor Friedrich v. Bodelschwingh initiiert und dem Beispiel der Arbeiterkolonien in Belgien folgend, die evangelische Kolonie »Wilhelmsdorf« bei Bielefeld sowie die katholische Kolonie »Maria Veen« bei Borken an der Wende zum 20. Jahrhundert gegründet. Auch in diesen Einrichtungen wurde für die besonders hilfsbedürftigen Trinker gesorgt. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts von den Polizeiverwaltungen ins Leben gerufen, gehörten

1 Erklärung auf einer Tagung der »Westfälischen Zentrale für Trinkerfürsorge« in Münster 1911, vergl. 170)

2 Oberster preußischer Beamter der Provinz Westfalen in der 1. Hälfte des 19. Jahrhunderts.

Amts-Blatt
der
Königl. Regierung zu Münster.

Nro. 20.

MÜNSTER, den 20. Mai 1826.

Bekanntmachung des Königl. Ober-Präsidenten.

132) Die Erfahrung lehrt, daß die meisten Personen, welche wegen Verführung bei
Bewegung zum Trunke und daraus entstehender unordentlichen Lebensweise Entlassungen
zu Besserung nach dem Land-Krankenhaus gefandt werden, wenn ihr Be-
tragen auch dort musterhaft gewesen, und sie die Anstalt mit den besten
Vorlesungen und Versprechen verlassen haben, nur deshalb so leicht wieder in
ihre vorigen Säfte verfallen, weil sie von dem Augenblicke, wo sie ihre
Heimath erhalten, bis zur Rückkunft in ihre Heimath sich lebhaft selbst
abwöhnen, und bei dieser, auf streng geregelte Lebensweise folgenden,
gewöhnlichen Ungehörigkeit der verführerischen Gelegenheiten zur ungehinderten
Erregung ihres Lieblings-Genusses häufig unterliegen.

Um diesem Uebel zu nur dadurch vorzubeugen, daß alle, wegen Trunks
süchtiger gewesen und als gebessert erachtete, Personen unter Aufsicht
ihre Heimath zurückgeführt werden. Deshalb ist der Ober-Inspector
Hütters angewiesen, dieselben mit förmlichen Krankportzetteln, denen
gleichmäßig zu den Bewohnungen nach dem Land-Krankenhaus gebräuchlich
sind, zu versehen und mit Gelegenheit eines zurückkehrenden Wagens nach
der nächsten Station zu senden. Hier, so wie auf jeder weiteren
Station, werden sie dem Bürgermeister (Ortsbeamten, Schultheiß) vorge-
führt, der solche, bis sich zur Fortschaffung eine ähnliche Gelegenheit findet,
unter Aufsicht nehmen oder nicht gefänglich verwahren läßt. Sollte die
Gelegenheit nach Ablauf von zwei Tagen noch mangeln, so muß gegen die
vorschriftsmäßige Vergütung von 7½ Sgr. pro Meile ein Transporteur
gedungen werden. Für die Verpflegung werden, wie bei der Hinführung,
täglich 2½ Sgr. für die Person bewilligt und von dem Bürgermeister der
nächstfolgenden Station erstattet, bis zum Eintreffen in die Heimath der
ganze Kosten-Betrag bei dem Ober-Inspector Hütters liquidirt werden
kann.

Hiernach ist nun künftig immer zu verfahren, und empfehle ich nur
noch solche zurückkehrende Personen den Orts-Vorständen auf den Stationen
zur Fürsorge und glimpflichen Behandlung, so wie ich denen in der Hei-
math derselben es zur angelegentlichsten Pflicht mache, sie auf eine solche
Weise unter Aufsicht zu stellen, daß der Rückfall in ihr früheres Laster nach
Möglichkeit gehindert werde.

Münster, den 15. Mai 1826.

Bekanntmachung des Königl. Oberpräsid. in Münster
bez. der Entlassung von Trunksüchtigen (1826)

die ambulanten Trinkerfürsorgestellen in Herford und Bielefeld mit ihren Hilfsangeboten zu den ersten ihrer Art im Deutschen Reich und galten ebenfalls als Vorbilder über die Landesgrenzen hinaus.

Die Trennung in »heilbare« und »unheilbare« Trinker, schon im Kaiserreich begonnen, in der Weimarer Republik fortgeführt und allseits begrüßt, wurde nach 1933 radikalisiert. Während für die einen Behandlungen in den offenen Heilstätten durchgeführt wurden, drohten für die anderen vermehrt Zwangs-

»behandlungen« und Zwangsterilisierungen, schließlich die Ermordung durch die von Hitler selbst legitimierte »Euthanasie«.

Eine breite Spur der Zerstörung und Verwüstung lähmte nach den Jahren der nationalsozialistischen Herrschaft den Wiederaufbau einer einstmals blühenden Abstinenzkultur. Die ersten bundesrepublikanischen Klinikneugründungen für Suchtkranke in den 1960er-Jahren in Halde (Kreis Minden/Lübbecke), Gütersloh und Oerlinghausen bei Bielefeld sowie erste Suchtberatungsstellen waren ebenso Vorläufer einer eindrucksvollen Entwicklung in den darauf folgenden 30 Jahren wie die wieder- und neu gegründeten Selbsthilfegruppen. Mit vielfältigen Angeboten und Hilfsmöglichkeiten für alle Suchtkranke im Rahmen einer gemeindenahen Suchtkrankenbehandlung wurde schließlich in den 1980er-Jahren ein Niveau, dem vergleichbar am Anfang des 20. Jahrhunderts und in der 2. Hälfte der 1920er-Jahre, erreicht.

Als exemplarische Region der Provinz bzw. des Landes Westfalen wurde ursprünglich das überwiegend evangelisch geprägte ostwestfälische Ravensberger Land und die dortige Entwicklung der Suchtkrankenversorgung bis 1985 ausgewählt. Einen Beitrag über dieses Thema im Rahmen der Ausstellung »verRÜCKTEwelten« – Behinderte und Heilfürsorge in Westfalen anlässlich 50 Jahre Sozialwerk St. Georg – im Westfälischen Schieferbergbau- und Heimatmuseum Schmallerberg-Holthausen im August 2002 regte mich dazu an, auch die Entwicklung der Suchtkrankenversorgung in dem überwiegend katholisch geprägten Hochsauerland bis Mitte der 1990er-Jahre zu recherchieren. Ähnlich wie in den anderen westfälischen Landesteilen entwickelten sich in diesen beiden Regionen seit den 60er-Jahren des 20. Jahrhunderts ein breit gefächertes Angebot für Suchtkranke. Neben »Landesheilstätten«, Suchtabteilungen der regional zuständigen Landeskrankenhäuser, Fachkliniken für Suchtkranke sowie »Therapeutischen Wohngruppen für Drogenabhängige« bemühten sich Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen um Suchtkranke, ihre Angehörigen und das soziale Umfeld.

(Erb-)Krankheit oder Sünde

Die Alkoholfrage im 19. Jahrhundert

Gegen Ende des 18. Jahrhunderts stellte der englische Marinearzt Thomas Trotter die These auf, Trunksucht sei eine Krankheit. 1804 wies in den USA der Arzt Benjamin Rush in einer breiten Öffentlichkeit nachdrücklich auf die schweren medizinischen Folgen des Alkoholmissbrauchs hin. 1813 wurde von seinem Kollegen Thomas Sutton das »Alkoholdelir« beschrieben.³

Die erste deutschsprachige Veröffentlichung zum Thema Alkohol stammte aus dem Jahre 1819 von dem in Russland lebenden deutschen Arzt Carl v. Brühl-Cramer. Er prägte das Wort »Trunksucht«, definierte diese als körperliche Krankheit und beschrieb Folgeerkrankungen wie die Alkoholpolyneuropathie und -embryopathie. Des Weiteren teilte v. Brühl-Cramer Überlegungen zu Ursachen und Therapie mit und forderte spezielle Heilstätten. Über die Motivation zur Therapie äußerte er: »Der Kranke muß vorzüglich eine Eigenschaft besitzen, die ihn zur Kur fähig macht, d. h. er muß von dem Wunsche, sich von diesem Übel befreit zu sehen, ergriffen sein.« Auch wies er auf »den bedeutendsten und nachhaltigsten Einfluß der Trunksucht auf Charakter, Moral und alles Seelenvermögen überhaupt«⁴ hin.

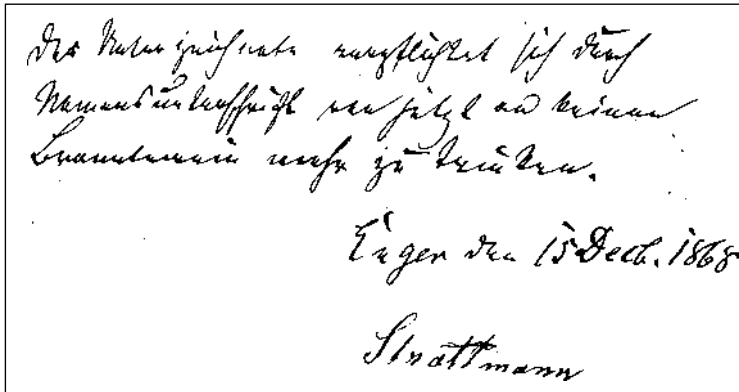
Die Begriffe »Alkoholismus« und »Alkoholkrankheit« prägte der schwedische Arzt Huss in den Jahren 1849 bzw. 1852. Seine naturwissenschaftlichen Anschauungen stießen auf heftige Kritik der zeitgenössischen Medizin, die »Krankheit als Folge der Sünde«⁵ ansah.

Nach den Feldzügen gegen Napoleon (»Befreiungskriege« 1809–13) nahm die Trunksucht infolge der Verbilligung des Branntweins durch Konkurrenz und sinkende Produktionskosten zu und Ende der 20er-Jahre des 19. Jahrhunderts sprach man bereits von einer »Branntweinpest«. Das unübersehbare Elend machte auch vor den Soldaten der preußischen Armee nicht halt und ließ König Friedrich Wilhelm III. 1837 alle protestantischen Geistlichen in Preußen zur

3 vergl. 102) SPODE, H., S. 126 f. und S. 163 f.

4 vergl. 69) KIELHORN, F.-W.

5 ebd.



Das Vornehmste, was Pflicht ist, ist
 Mäßigkeit und Enthaltsamkeit
 zu sein.
 Eigen den 15. Dec. 1868
 Strattmann

Enthaltsamkeitserklärung (1868)

Gründung von »Mäßigkeitsvereinen« aufrufen. Diese schrieben sich die Enthaltsamkeit von Branntwein auf ihre Fahnen.

Von den USA (1825) ausgehend, hatte sich die Mäßigkeitsbewegung über England schließlich auf Kontinentaleuropa und Deutschland verbreitet. Bis 1845 waren den Vereinen weltweit 1,65 Millionen Menschen beigetreten. 1841 gab es in Preußen 302 Mäßigkeitsvereine mit etwa 20 000 Mitgliedern, darunter eine 1845 in Gütersloh gemeinsam von zwei Pfarrern und dem damals bekannten Freiherrn Albert von Seld (»Apostel der Enthaltsamkeit«) gegründete Gruppe.

Im östlichen Westfalen und dem Minden-Ravensberger Land war die Zeit politisch von Preußen und geistig von der evangelisch-pietistischen »Erweckungsbewegung« geprägt. Johann Hinrich Wichern formulierte den Gedanken der »Inneren Mission« und dass christlicher Glaube, wenn er echt sei, zur Tat werden müsse. In einem »Circular für die drei Abteilungen der Herforder Diöces« vom 2. Oktober 1843 hieß es: »Bisher schon immer hat die evangelische Geistlichkeit Preußischer Lande vielfältig Beweis davon gegeben, daß sie in dem Wirken der fraglichen Vereine ein recht christliches Moment und ein Zeichen der Zeit erkenne, durch welches die pflichtmäßige geistlich amtliche Empfehlung der Mäßigkeit und Enthaltsamkeit im sämtlichen Genießen, sich müsse gedungen finden, in der durch jene Vereine bezeichneten Beziehung noch ausgedehnter, kräftiger, anhaltender hervortreten; es bleibt nur zu wünschen, daß diese Anerkenntnis durch die gesamte Geistlichkeit sich verbreite und allgemeiner sich bethätige.«⁶

6 vergl. 150) Circular ...

Auf katholischer Seite gründete Kaplan Seling seit 1839 zahlreiche Vereine, vor allem im Osnabrücker Raum, wo er bis zum Jahre 1851 82 000 Personen das Enthaltsamkeitsversprechen abgenommen hatte.⁷ 1846 wurden die ersten katholischen Vereine in der Erzdiözese Paderborn gegründet, im dortigen Hohen Dom die erste Bruderschaft 1852 eingerichtet. 1855 bzw. 1856 waren u. a. in Fredeburg und Schmallenberg Bruderschaften gegründet worden. Im Vorwort der Mäßigkeitsbruderschaft der sauerländischen Gemeinde Kohlhagen schrieb deren Pfarrer Schelle: »Das schädliche Branntweintrinken hatte in den letzten Jahren in unserer lieben Pfarrgemeinde so sehr zugenommen, und war so allgemein geworden, daß man nur mit ernstem Bedenken in die Zukunft schauen und von dieser das Allerschlimmste erwarten konnte.«⁸ Ähnlich wie Kaplan Seling für die Katholiken des Osnabrücker Landes, wirkte der Paderborner Missionar Hillebrand bei der Gründung und Unterstützung zahlreicher Mäßigkeitsbruderschaften im Sauerland mit. Bis 1864 soll der rührige Mann 260 Volksmissionen im Bistum Paderborn abgehalten und ca. 110 000 Menschen für die Mäßigkeitssache gewonnen haben. Auch den Verkauf von Branntwein versuchte Hillebrand zu unterbinden. All diese Tätigkeiten wurden als ein Mittel der Gemeindeerneuerung betrachtet.

Mit der Revolution 1848 brach die Mäßigkeitsbewegung zusammen. Da sie die Billigung und Förderung durch die Obrigkeit gefunden hatte, galt sie als reaktionär und die bürgerlichen Freiheiten einengend.

Im Zuge der Industrialisierung in der 2. Hälfte des Jahrhunderts verarmten große Teile der Bevölkerung, viele Menschen wanderten in die Städte ab, wo sie unter elenden Verhältnissen lebten. Branntwein war nicht nur zerstörerisches und billiges Ersatzlebens-, sondern auch Zahlungsmittel. Ihm galt vor allem der Kampf der Mäßigkeitsvereine, Wein und Bier jedoch wurden von ihnen toleriert. Die zunehmenden sozialen Spannungen begünstigten die Ausbreitung des Alkoholismus (»Elendsalkoholismus«). Das berüchtigte Trucksystem spielte dabei eine verhängnisvolle Rolle: Statt Lohn erhielten die Arbeiter im betriebs-eigenen Laden Alkohol, in vielen Betrieben wurde den Arbeitern während des 12–16stündigen Arbeitstages sogar kostenlos Schnaps angeboten.

Friedrich Engels schrieb 1876: »Alle Lockungen, alle möglichen Versuchungen vereinigten sich, um die Arbeiter zur Trunksucht zu bringen. Der Brannt-

7 vgl. im Folgenden THIEL, H., Mäßigkeitsvereine, Mäßigkeitsbruderschaften im Sauerland, dargestellt am Beispiel der Pfarrei Kohlhagen, in »Brauen und Brennen im kurkölnischen Sauerland«, Schmallenberg 1997

8 a. a. O., S. 216

wein ist ihnen fast die einzige Freudenquelle. (Es wirkt) die Gewißheit, im Rausch wenigstens für ein paar Stunden die Not und den Druck des Lebens zu vergessen (...) so stark, daß man den Arbeitern ihre Vorliebe für den Branntwein wahrlich nicht verdenken kann. Die Trunksucht hatte aufgehört, ein Laster zu sein, für das man den Lasterhaften verantwortlich machen kann, sie wird ein Phänomen, die notwendige, unvermeidliche Folge gewisser Bedingungen auf ein, wenigstens diesen Bedingungen gegenüber, willenloses Objekt.«⁹

Anders als Engels begründete Charles Darwin mit seinem Werk »Über den Ursprung der Arten und die Abstammung des Menschen« und die darin begründete Evolutionslehre eine wissenschaftliche Anschauung, die die Selektion zum zentralen Modell auch der menschlichen Entwicklung machte. Schließlich erhoben die »Sozialdarwinisten« die weithin populäre neue Lehre zum Kernstück ihres sozialen und politischen Denkens. Der Schutz der Kranken und Schwachen erschien als »eine schädliche Aufhebung des Kampfes ums Dasein« (Rüdin). In diesem Zusammenhang wurde dem Alkohol ein keimschädigender Einfluss zugeschrieben, andererseits ihm selektorisches die Bedeutung eines »Rassenreinigers« eingeräumt.

Da die Rassenhygieniker in den Trinksitten der Bevölkerung die Gefahr der Verbreitung des Alkoholismus sahen, schlossen sie sich der Abstinenzbewegung an. 30 Jahre vor Erlass des »Gesetz(es) zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« durch die Nationalsozialisten im Jahre 1933 wurde die Verhütung jeder Zeugung und Aufzucht erbkranken Nachwuchses Alkoholsüchtiger als oberstes Gebot betrachtet. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden als Mittel nicht nur Aufklärung, sondern auch Zwangsanwendung (Internierung, Eheverbot, Sterilisierung, künstlicher Abort) in Betracht gezogen. Diese Ansichten von A. Ploetz und E. Rüdin fanden auf dem »9. internationalen Kongreß gegen den Alkoholismus« im Jahre 1903 in Bremen ebenso begeisterte Aufnahme wie die Feststellung, die Alkoholwirkung sei einerseits gut, da sie die Degenerierten ausmerze und andererseits schlecht, weil Gesunde entarteten.

Lässt man das 19. Jahrhundert bzgl. der Bewertung der Alkoholsucht Revue passieren, so wird deutlich, dass zwar die moralische Verurteilung des Trinkers nicht schwindet, »Alkoholismus« aber mehr und mehr als Krankheit, schließlich als Erbkrankheit angesehen wird.

9 ENGELS, FRIEDRICH, Preußischer Schnaps im deutschen Reichstag (1876), vergl. 1) ANLAUF, R., S. 8 f.

Der Kreuzzug gegen den Alkohol

Mäßigkeits- und Enthaltsamkeitsvereine

In den 70er-Jahren des 19. Jahrhunderts nahmen die Mäßigkeitsvereine einen neuen Aufschwung. Vor evangelisch-konfessionellem Hintergrund wurde das »Blaue Kreuz« 1877 in der Schweiz gegründet; 1896 kam von katholischer Seite das »Kreuzbündnis« hinzu. Als dritte Organisation wurde 1889 der »Guttempler-Orden«, der nach dem Modell der Freimaurerlogen bereits 1851 in den USA seine Tätigkeit begonnen hatte, in Deutschland ins Leben gerufen. Alle Genannten verstanden sich als alkoholgegenerische Abstinenzverbände, die allgemein-humanitäre mit sozialfürsorgerischen Zielen verbanden. An die Stelle des Rufes und der Forderung nach mäßigem Genuss von Alkohol war nach und nach der nach absoluter Enthaltsamkeit getreten. Man hatte inzwischen die Erfahrung gemacht, dass nur die vollkommene Abstinenz den Alkoholkranken gesunden ließ. Auch wenn es noch nicht zur Alkoholabhängigkeit gekommen war, verzichteten doch die meisten Mitglieder der Gruppen auf dessen Genuss.

Einen Eindruck von der damaligen Situation vermittelte 1895 Pastor Iskraut, Mitglied des Reichstages und Seelsorger in der kleinen westfälischen Gemeinde Gohfeld bei Löhne, einem Landstrich, in dem die evangelische »Erweckungsbewegung« fest verwurzelt war, in seiner Schrift »Aus dem Reich Gottes«: »Der Aufenthalt rauchender, angetrunkener, betrunkenen Wähler in dem Gotteshause, scheußliche Besoffenheit der Wähler und Nichtwähler in den beiden, nahe der Kirche gelegenen Wirtshäusern und fürchterlicher Spektakel der betrunkenen Wähler am Wahlabende bis in die mitternächtige Stunde, veranlaßten mich als Vereinsgeistlichen für innere Mission und christliches Volksleben, diesen Greuel öffentlich zu besprechen.(...)

Im Wirtshause unserer Gemeinde haben sich sechs unserer kirchlichen Gemeindevertretung als Presbyter und Repräsentanten derartig in Branntwein, Cognac, Bier und Café übernommen, nachdem sie den ganzen Tag über schon geistige Getränke zu sich genommen hatten, daß einige völlig betrunken, keiner nüchtern war. Als siebenter wurde nicht lange danach ein Repräsentant in der Nacht völlig, d.h. sinnlos betrunken, aus einem nassen Graben gezogen und nach Hause geschleift.«

Und Pastor Iskraut führt weiter aus: »Durch einen unermüdlichen, 40 Jahre lang geführten Kampf, an dessen Spitze der frühere, treue Seelsorger stand, ist wenigstens der christliche Teil der Gemeinde von der Branntweinpest befreit worden.(...) Wir kämpfen nicht gegen Personen, sondern gegen den Geist des Spiritus, der immer neue Opfer in unserer Gemeinde fordert.«¹⁰

Ähnliches wurde aus den Gemeinden Herford-Münster und Herford-Johannis mitgeteilt: »Die alte Noth ist die Branntweinnoth, der aber kräftig entgegen gearbeitet wird. Wir haben zwei blühende Vereine und Vereinsthätigkeiten: Mäßigkeits- und Enthaltsamkeitsverein. Letzterer, im Anschlusse an den Verein des Blauen Kreuzes, hat durch seine außerordentliche rührige Thätigkeit unter dem Vorsitze des Pastors Wöhrmann die Errichtung der Trinkerheilanstalt Elim in Diebrock ins Werk gesetzt. (...) Die allgemeine Klage über die verheerenden Wirkungen, welche die Trunksucht auf das Gemeinde- und Familienleben ausübt, trifft auch hier in vollem Maße zu, wenn das auch am meisten bei der Arbeiterbevölkerung zu spüren ist.«¹¹

Anders als bei den Abstinenzvereinen gehörte die individuelle Betreuung Trunksüchtiger nicht zu den eigentlichen Zielen und Aufgaben des 1883 in Kassel gegründeten »Deutschen Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke«. Dieser von Politikern, hochrangigen Militärs sowie evangelischen und katholischen Geistlichen gegründete Verein wollte vor allem gesundheitspolitisch wirken, ohne dass gesellschaftliche Produktions- und Kräfteverhältnisse in Frage gestellt wurden. Im Rahmen der bürgerlichen Sozialreform galt der Kampf dem Alkoholmissbrauch und der Permissivität gegenüber den Trinksitten.

Als größten Erfolg verbuchte der Verein den im Jahre 1900 in Kraft getretenen § 6 Abs. 3 BGB, nach dem »entmündigt werden konnte, wer infolge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag oder sich oder seine Familie der Gefahr des Nothstandes aussetzt oder die Sicherheit anderer gefährdet. Die Entmündigung ist wieder aufzuheben, wenn der Grund der Entmündigung wegfällt«.¹² Es stellte sich bald heraus, dass aufgrund der stigmatisierenden Wirkung einer Entmündigung dieser Paragraf nur sehr zurückhaltend angewendet wurde. Außerdem setzte sich die Erkenntnis durch, dass die Heilung Trunksüchtiger wesentlich von der Freiwilligkeit und der Bereitschaft der Betroffenen selbst abhing, sich helfen zu lassen.

10 vergl. 151) ISKRAUT, K.

11 vergl. 152) Die Verhandlungen der Kreissynode Herford im Jahre 1899

12 vergl. 34) ENDEMANN, F.

Als Mäßigkeitsverein geriet der Deutsche Verein zunehmend in die Kritik der alkoholgegerischen Verbände, aber auch innerhalb des Vereins setzte eine erbitterte Auseinandersetzung zwischen den »Mäßigen« und den »Abstinenten« ein. Die »Reinhaltung der Rasse«, eine sich mehr und mehr durchsetzende Zielsetzung im Geiste der neuen Vererbungslehre, wurde von einem Teil des Vereins nur durch abstinente Lebensführung für möglich gehalten. Die These von der irreversiblen Schädigung der Erbsubstanz als Grundlage der charakterlich verwerflichen und sozialschädlichen Persönlichkeit des Trinkers schien eher zur Forderung nach Zwangasylierung und Zwangssterilisation von Alkoholikern zu passen. Dass der Alkoholismus auch Folge des sozialen Elends sein könnte, war kaum noch Gegenstand der Forschung. Dabei hätte sich den seit 1902 entstehenden Trinkerfürsorgestellen, an deren Trägerschaft sich der Deutsche Verein ebenso wie die Abstinenzverbände beteiligte, ausreichend Gelegenheit für die Erforschung sozialer Bedingungen bei der Entstehung der Trunksucht geboten.

Die erste deutsche Gruppe des »Blauen Kreuzes« wurde 1885 in Hagen/Westfalen gegründet und verstand sich, ebenso wie der spätere »Deutsche Hauptverein des Blauen Kreuzes« als politisch und konfessionell neutraler Abstinenzverein. Die Nähe zum Pietismus in der evangelischen Kirche führte im Jahre 1900 in Soest zur Gründung eines »Westfälischen Verbandes der evangelisch-kirchlichen Blaukreuz-Vereine« und 1902, zusammen mit anderen Landesverbänden, zum »Blauen Kreuz in der Evangelischen Kirche«.



Diese Abspaltung vom »Hauptverein des Blauen Kreuzes« hatte vor allem im norddeutschen und pietistisch geprägten ostwestfälischen Raum ihr Haupteinzugsgebiet. Pastor Otto Wöhrmann aus Herford, der dort und in anderen umliegenden Orten Blaukreuz-Vereine ins Leben gerufen hatte, machte sich dabei einen Namen. Er stand sowohl hinter der Eröffnung einer »Blaukreuz-Buchhandlung« in Herford als auch den am gleichem Ort gegründeten Trinkerheilstätten »Elim« für Männer und »Mara« für Frauen. Als dritte westfälische Einrichtung entstand, aufgrund privater Initiative, 1906 der »Blaukreuzhof« bei Soest. Auch in Gütersloh wurde, wie an anderen Orten des Minden-Ravensberger Landes, 1896 ein Blaukreuz-Verein ins Leben gerufen, der vier Jahre später bereits 100 Mitglieder zählte.

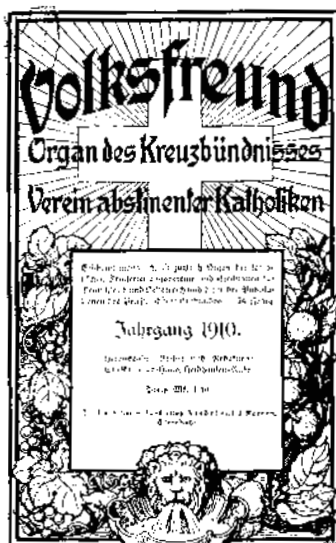
In zahlreichen Korrespondenzblättern wurde immer wieder betont: »Es hat nicht nur den Anschein, sondern es ist Tatsache, daß das Blaue Kreuz auf dem Standpunkt steht, daß die Trunksucht in erster Linie nicht eine Krankheit, sondern eine Sünde ist. Das Blaue Kreuz wird diesen Standpunkt auch unter keinen Umständen verlassen, denn es ist nicht an die Wissenschaft mit ihren stets schwankenden Ergebnissen, sondern an Gottes Wort gebunden (...)«¹³

Die Schilderungen bezüglich des »religiösen und sittlichen Zustands der Gemeinden« nahmen sich selbst in den Niederschriften über die Verhandlungen der Kreissynode Herford recht drastisch aus: »(...) so daß nun fast an jedem Sonntag getanzt wird, und das wüste Treiben sich in die Morgenstunden hinzieht. Dazu kommt die große Zahl der Wirtshäuser und Winkelschenken (...) Daß von diesen Stätten der Fleischeslust und der Völlerei Ströme des Verderbens in die Gemeinde ausgehen, ist für jeden Einsichtigen klar. (...) Das Laster der Trunksucht nimmt in erschreckender Weise überhand. In mehreren Fällen hat sich der Aufenthalt in einer Trinkerheilanstalt als wirksam erwiesen, was durch darauffolgenden eigenen Beitritt zum Vereine des Blauen Kreuzes und durch Werben für diesen Verein zum Ausdruck kommt. Sobald mit dem Inkrafttreten des bürgerlichen Gesetzes die Entmündigung der Trinker möglich wird, ist eine Einschränkung des unsäglichen Elendes, welches der Alkoholismus im Gefolge hat, zu hoffen.«¹⁴

1914 erreichte das Blaue Kreuz mit reichsweit 45 128 Mitgliedern in 860 Ortsvereinen und der Deutsche Bund evangelisch-kirchlicher Blaukreuz-Verbände mit 11 116 Mitgliedern in 267 Ortsvereinen einen später nicht mehr erreichten Höchststand.

13 vergl. 70) KLEMENT, H.

14 vergl. 152) a. a. O.



So wie die evangelische Abstinenzbewegung in Deutschland in ihrer Gründungsphase wesentliche Impulse vom Schweizer Blauen Kreuz erhielt, so verdankte die katholische Abstinenzbewegung der schweizerischen, katholischen Bewegung wesentliche Unterstützung. 1896 gilt als das Gründungsjahr des »katholischen Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke«, später unter dem Namen »Kreuzbündnis« geführt. Ähnlich wie beim Blauen Kreuz wurde auch innerhalb des Kreuzbündnisses Trunksucht als Ausdruck der »Gottesferne« gedeutet. Aber die vielleicht wichtigste Funktion der alkoholgegnerischen Vereine lag darin, dass die oft seelisch vereinsamten Suchtkranken in der Gruppe eine Art Heimat sowie Solidarität, Wärme und dauerhafte soziale Kontakte fanden.

Da es um die Jahrhundertwende ausschließlich evangelische Trinkerheilstätten unter dem Einfluss der Inneren Mission gab, bemühte man sich auf katholischer Seite erfolgreich, unterstützt durch den 1897 gegründeten Caritasverband, um die Eröffnung der katholischen Trinkerheilstätte »Kamillushaus« in Essen-Werden. Im westlichen und südlichen Westfalen mit seiner überwiegend katholischen Bevölkerung hatte die katholische Abstinenzbewegung sehr bald Erfolg. So existiert in Lippstadt seit 1901 eine Gruppe des Kreuzbündnisses, die bereits zwei Jahre später 66 Mitglieder und 25 Anhänger zählte.¹⁵ Auch im überwiegend evangelischen Gütersloh entstand 1899 ein katholischer Mäßigkeitsverein.

15 vergl. 101) SITZER, H.

Ab 1909 wurde ein System von »Vertrauenspersonen« in der Erzdiözese Paderborn sowie reichsweit Fürsorgestellen eingerichtet. Unter den ersten dieser neuen Institutionen befanden sich in Westfalen die katholischen Fürsorgestellen in Münster (1909) und Hamm (1914). Auch das Kreuzbündnis erreichte 1914 mit reichsweit 50 000 Mitgliedern den Höhepunkt einer stürmischen Entwicklung.

Zahlenmäßig, und in ihrer politischen Wirksamkeit übertroffen wurden die der evangelischen und katholischen Kirche nahe stehenden Gruppen durch den konfessionell neutralen »Guttempler-Orden«. Dieser war, ausgehend von Nordamerika, über Skandinavien ab 1883 in Nord-Schleswig tätig. 1889 gilt als Gründungsdatum der »Deutschen Loge«. Der Orden blieb weitgehend auf Norddeutschland beschränkt und hatte im westfälischen Raum vor allem in und um Bielefeld seinen Schwerpunkt.

Für damalige Verhältnisse revolutionär war die Proklamierung der Gleichberechtigung aller Menschen ohne Rücksicht auf Rasse, Hautfarbe, Sprache, Religion und Geschlecht. Dies schloss nicht die Verbreitung rassenhygienischer Theorien aus. Der bedeutende Schweizer Psychiater und Guttempler Auguste Forel schrieb: »Endlich die menschlichen Rassenfragen. Welche Rassen sind für die Weiterentwicklung der Menschheit brauchbar, welche nicht? Und wenn die niedrigsten Rassen unbrauchbar sind, wie soll man sie allmählich ausmerzen?«¹⁶

Und er wies bereits 1892 – vier Jahrzehnte vor dem »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« – einen praktischen Weg, als er im »Burghölzli« bei Zürich aus rassehygienischen Gründen eine Frau sterilisierte.



16 vergl. FOREL, A., Rückblick auf mein Leben, zit. nach 20) DEDE, K., S. 39

Die Guttempler fühlten sich einer Aufklärungsarbeit mit dem Ziel verpflichtet, ein vollkommenes Alkoholverbot innerhalb des Deutschen Reiches durchzusetzen. Der Orden war überzeugt, dass darin der Schlüssel für die Lösung der zeitgenössischen sozialen Probleme lag. Auch die Forderung nach Verzicht auf den Alkoholausschank an die Soldaten wurde, zunächst mit Erfolg, von Seiten der Guttempler erhoben. Als erste Gruppe bestand sie auf der unbedingten Enthaltensamkeit als Voraussetzung der Heilung und sah darüber hinaus Trunksüchtige nicht als lasterhafte, sondern als kranke Menschen an, deren Krankheit Ursachen und Gründe hatte, die im Menschen lagen, aber auch in wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen. Wie das Blaue Kreuz und das Kreuzbündnis gründete auch der Guttempler-Orden Heilstätten und Trinkerfürsorgestellen, u. a. in Bielefeld. Vor Ausbruch des 1. Weltkrieges waren reichsweit 60 000 Mitglieder im Guttempler-Orden organisiert.

Der medizinische Berufsstand verhielt sich gegenüber dieser Laienbewegung reserviert.¹⁷ Noch Anfang des 20. Jahrhunderts klagten Eugen Bleuler und sein Kollege, der Psychiater Ernst Colla, später in Bethel bei Bielefeld tätig: »Viele Ärzte (...) stehen der Sache noch fremd gegenüber und bemühen sich noch heute vergeblich, dem Trinker den Schnaps ab- und dafür das ›unschädliche‹ Bier anzugewöhnen, während Laien schon seit zwanzig Jahren in Deutschland den Alkoholismus richtig behandeln.«¹⁸ Letztlich konnte sich die Abstinenzidee bei den Ärzten nicht durchsetzen. Die meisten von ihnen hielten die Abstinenz für überflüssig, schädlich oder für unmöglich. So hatte der »Verein abstinenter Ärzte des deutschen Sprachgebietes« 1903 reichsweit nur 199 Mitglieder.

Unterschiedlich war das Trinkverhalten in bürgerlichen Kreisen, aus denen sich ein großer Teil der oben genannten Gruppen rekrutierte, und bei Arbeitern. Konnten sich die Bürgerlichen besseren und teureren Alkohol leisten, so war dies vielen Arbeitern nicht möglich. Zudem war das Wirtshaus ein angenehmerer Ort als die oft engen und unwirtlichen Wohnungen der Arbeiterfamilien. So versuchten die Guttempler vergeblich, das »Vergnügen im Wirtshaus« durch das »Vergnügen in der Familie« zu verdrängen. Hinzu kam, dass das Wirtshaus Versammlungsort politischer Veranstaltungen war und es dazu keine Alternativen gab.¹⁹

Die unterschiedlichen Positionen verdeutlichte der führende Theoretiker der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands, Karl Kautsky: »Gelänge es dagegen

17 vergl. 44) FOREL, A., Die Ärzte und der Alkohol, S. 6

18 vergl. 18) COLLA, E.

19 vergl. 93) PFRANG, H., S. 59

der Temperenzbewegung²⁰ in Deutschland, ihr Ziel zu erreichen und die deutschen Arbeiter in Masse zu bewegen, das Wirtshaus zu meiden und sich außerhalb der Arbeit und auf das ihnen so verlockend geschilderte Familienleben zu beschränken; gelänge das den Temperenzlern, dann hätten sie erreicht, was dem Sozialistengesetz niemals auch nur annähernd gelungen: Der Zusammenhang des Proletariats wäre gesprengt, es wäre auf eine Masse zusammenhangloser und daher auch widerstandsloser Atome reduziert.«²¹

Victor Adler dagegen forderte: »Die Proletarier trinken – und je tiefer sie in ihrer Lebenshaltung stehen, um so mehr trinken sie – um zu vergessen, sie trinken in der mehr oder weniger klaren Absicht, sich zu täuschen, und nachdem der Inhalt unsrer ganzen Arbeit ist, das Proletariat *nicht vergessen zu lassen*, sondern es zu erinnern und aufzurütteln, ist jedermann, den wir dem Alkohol abgewinnen, ein Gewinn für die Partei, für unsere Sache.«²²

Wegen der unterschiedlichen sozialen Milieus gründeten sich Arbeiterabstinenzgruppen, die auch auf überregionalen Veranstaltungen versuchten, sich Gehör zu verschaffen. Außerdem gab es innerhalb der Arbeiterschaft klare Normen zur Regelung des Trinkverhaltens, die allerdings nicht mit denen der Bürger übereinstimmten. Wurden diese Grenzen deutlich überschritten, wurde dies mit sozialem Ausschluss geahndet. Aber auch die Toleranz gegenüber gelegentlicher Trunkenheit schien sich unter Arbeitern verringert zu haben. Wo man früher über im Rausch begangene Exzesse lachte, da wurden dieselben, wenn sie noch vorkamen, scharf verurteilt. Das hatte den Erfolg, dass selbst diejenigen, die einem starken Alkoholkonsum zuneigten, sich mehr beherrschten und deshalb vorsichtiger wurden.

Eine strafrechtliche Maßnahme war dann möglich, wenn der Trinker zu einer kommunalen Belastung wurde. Die Landespolizeibehörden konnten die Verurteilten auf die Dauer von zwei Jahren in ein Arbeitshaus schicken. Allgemeine Krankenhäuser und Irrenhäuser als Institutionen mit größerer Verbreitung entstanden erst in größerer Zahl in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts. Beide Institutionen wurden schnell mit den körperlichen Folgen des starken Trinkens konfrontiert. Der Psychiater Nasser (1877) bezeichnete das Delirium potatorum als die Geißel der Krankenhäuser in den größeren Städten. In manchen Irrenhäusern Deutschlands sollen 25 % der Aufnahmen männliche Trunk-

20 Aus dem englischsprachigen Raum stammende Bezeichnung für die Mäßigkeits- bzw. Enthaltsamkeitsbewegung.

21 KAUTSKY, K., Noch einmal die Alkoholfrage, S. 343, zit. nach 93) PFRANG, H.

22 ADLER, V., Gesammelte Reden und Schriften zur Alkoholfrage, S. 337, zit. nach 93) PFRANG, H.

süchtige gewesen sein, wobei die Zahlen in den Großstädten deutlich höher lagen.

Eine noch umfassendere Zielsetzung als die Enthaltsamkeits- und die Mäßigkeitsvereine vertraten die Alkoholgegnerbünde, so der in Dresden und der »Zürcher Verein zur Bekämpfung des Alkoholgenusses«, dem auch bekannte Universitätslehrer wie der Physiologe Runge in Basel und die Psychiater und Anstaltsdirektoren Bleuler in Rheinau und Forel in Zürich angehörten. Sie stellten die Forderung auf, die gänzlich abstinente Lebensweise möglichst vielen Menschen nahe zu bringen, nicht nur um möglicher Trunksucht vorzubeugen, sondern um die körperliche, geistige und seelische Verfassung des ganzen Volkes zu steigern.

Eine zentrale Rolle spielte die Schilderung der Folgen der Trunksucht für den Einzelnen, seine Familie und die Gesellschaft. In den USA wurde diese Bewegung so machtvoll, dass in zahlreichen Bundesstaaten der Ausschank und der Verkauf von Alkohol Anfang des 20. Jahrhunderts verboten wurde (Prohibition). Dabei stand jedoch nicht der einzelne, abhängig gewordene Kranke im Vordergrund, sondern der »Saloon« als Schauplatz von Kriminalität, Amoralität und gefährlicher politischer Agitation. Diese aber verschwanden weder durch das Alkoholverbot noch durch die Kriminalisierung des Vertriebes, sondern nahmen im Gegenteil derart zu, dass letztlich die Prohibition daran scheiterte.

Vorbild für preußische Provinzen und deutsche Länder

Das Landarmen- und Arbeitshaus im westfälischen Benninghausen

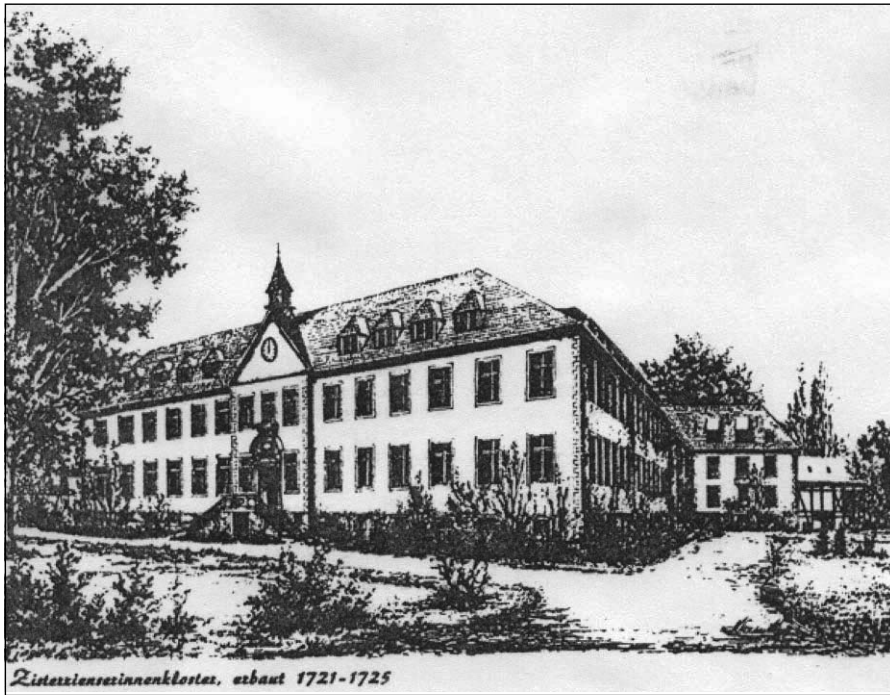
Im Jahre 1820 wurde durch die preußische Provinz Westfalen das Landarmen- und Arbeitshaus Benninghausen eröffnet. Diese Anstalt, ursprünglich ein Zisterzienserkloster, sollte beispielhaft über die Grenzen Westfalens hinaus wirken. Die einweisenden Stellen wurden von Anfang an verpflichtet, für ihre Eingewiesenen auch nach deren Entlassung umfassend zu sorgen.

Aus einer Transportanweisung aus dem Jahre 1826²³ geht hervor, wieweit bereits das Bewusstsein über die Probleme nach der Entlassung Trunksüchtiger entwickelt war: »Die Erfahrung lehrt, daß die meisten Personen, welche wegen Neigung zum Trunke und daraus entstehender unordentlichen Lebensweise zur Besserung nach dem Landarmenhaus gesandt werden, wenn ihr Betragen auch dort musterhaft gewesen, und sie die Anstalt mit den besten Vorsätzen und Versprechen verlassen haben, nur deshalb sogleich wieder in ihr voriges Laster verfallen, weil sie von dem Augenblicke, wo sie ihre Freiheit erhalten, bis zur Rückkunft in ihrer Heimath sich lediglich selbst überlassen sind, und bei dieser auf streng geregelte Lebensweise folgenden, gänzlichen Ungebundenheit der verführerischen Gelegenheit zur ungehinderten Erlangung ihres Lieblingsgenusses häufig unterliegen.

Diesem Übel ist nur dadurch vorzubeugen, daß alle, wegen Trunksucht detiniert gewesene und als gebessert erachtete Personen unter Aufsicht in ihre Heimath zurückgeleitet werden. Deshalb ist der Oberinspektor angewiesen, dieselben mit förmlichen Transportzetteln, denen gleich, welche zu den Sendungen nach dem Landarmenhaus gebraucht werden, zu versehen und mit Gelegenheit eines zurückkehrenden Gendarmen nach der nächsten Station zu senden.

Hier, sowie auf jeder weiteren Station, werden sie dem Bürgermeister (Ortsbeamten, Schultheiß) vorgeführt, der solche, bis sich zur Fortschaffung eine ähnliche Gelegenheit findet, unter Aufsicht nehmen, aber nicht gefänglich verwahren läßt. (...) Hiernach ist nun künftig immer zu verfahren, und empfehle

23 1825 wurden erstmals Trunksüchtige aufgenommen.



ich nur noch solche zurückkehrenden Personen den Orts-Vorständen auf den Stationen zur Fürsorge und gänzlichen Behandlung, so wie ich denen in der Heimath derselben es zur angelegentlichsten Pflicht mache, sie auf eine solche Weise unter Aufsicht zu stellen, daß der Rückfall in ihr früheres Laster nach Möglichkeit gehindert werde.«²⁴

Benninghausen geriet in den 40er-Jahren des 19. Jahrhunderts zunehmend unter Aufnahmepressur. Oberpräsident von Vincke, oberster Beamter der preußischen Provinz Westfalen, dem eine erfolgreiche und beispielhafte Arbeit im Landarmen- und Korrektionshaus Benninghausen ein besonderes Anliegen war, beschwerte sich wiederholt über die sich ausbreitende Praxis, unliebsame und unbequeme Zeitgenossen nach Benninghausen abzuschieben. Der gute Ruf der Anstalt verkehre sich dadurch in sein Gegenteil. Nach der ökonomischen Krise und den Revolutionswirren der 1848er-Jahre kam die ehemals vorbildliche Betreuung der Trinker für lange Zeit zum Erliegen.

24 vergl. 174) Amts-Blatt der Königl. Regierung zu Münster

Besser »gezwungen« als »freiwillig«?

Der »Westhof«²⁵ in Benninghausen

Seit 1886 bestimmte(n) nicht mehr die Ständevertretung in Münster, sondern Abgeordnete des Provinzial-Landtages, indirekt gewählt durch Vertreter der Städte und Kreistage²⁶, über die weitere Entwicklung von Benninghausen. Im Jahre 1907 wurde in Benninghausen eine besondere Abteilung zur Besserung und Heilung eingerichtet. Sie stand für Trinkerinnen und Trinkern zur Verfügung, die wegen Trunksucht entmündigt worden waren und aufgrund von Gewalttätigkeiten gegenüber den Angehörigen zu deren Schutz im Arbeitshaus untergebracht wurden.

Zur Begründung hieß es: »Die verheerenden Wirkungen des Alkoholmißbrauchs und die Notwendigkeit einer Bekämpfung des letzteren werden in immer weiteren Kreisen anerkannt. Zahlreiche Vereine haben es sich zur Aufgabe gestellt, an dieser Bekämpfung mitzuwirken. Wohltätig haben sich bereits die vielen Trinkeranstalten erwiesen, welche eine große Anzahl von Trinkern wieder zu Mitgliedern der menschlichen Gesellschaft gemacht haben.

Wie die Erfahrungen der letzten Jahre aber gezeigt haben, reichen diese offenen Trinkeranstalten nicht aus. In leider sehr vielen Fällen ist der Trinker so gewalttätig und roh, daß er sich in jenen Anstalten nicht halten läßt. Aus dem nämlichen Grunde darf er in seiner Familie nicht belassen werden, sollen nicht die Familienangehörigen beständig der Gefahr körperlicher Mißhandlungen ausgesetzt sein. Da für derartige gewalttätig angelegte Trinker geeignete Anstalten offenbar nicht vorhanden sind, haben seit einer Reihe von Jahren Gemeinden, Vormundschaftsgerichte, Vereine, Privatpersonen die Aufnahme solcher Personen bei dem Arbeitshause in Benninghausen beantragt.«²⁷

1911 wurde die Abteilung durch Ausbau des eigens dafür angekauften, in unmittelbarer Nachbarschaft gelegenen »Westhof'schen Gutes« erweitert. Dort fanden 76 männliche und acht weibliche entmündigte Trinker bzw. Trinkerinnen

25 auch als »Westhof'sches Gut« oder »Auf dem Westhof« bezeichnet.

26 vergl. 68) KERSTING, F.-W., S. 4 f.

27 vergl. 51) GUNGA, M., S. 98

Soest, den 16. Februar 1900

In Erkenntnis der unendlichen Noth, welche die Trunksucht unsern Völkern bereitet, bestimmt das B. G. B. § 11:

„Wer in Folge von **Trunksucht** seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, oder sich oder seine Familie der Gefahr des Verfalls anseht oder die Sicherheit anderer gefährdet“

kann **entmündigt** werden.

Der dem Entmündigten beistellte Vormund hat in Zukunft seine Fürsorge nicht, wie bisher, nur auf das Vermögen des Entmündigten zu richten, sondern solche in ersten Linie, wie der Vormund Minderjähriger, der Erziehung und Besserung des Entmündigten zu widmen. Er kann denselben unter Mitwirkung des Vormundschafts-Gerichts zu seiner Heilung zwangsweise in eine geeignete Anstalt unterbringen (cf. 1897, 1900, 1901, 1905 des B. G. B.).

Der Antrag auf Entmündigung kann auch von dem Orts-Armenverbande gestellt werden (cf. art. 141 des Ausl.-Ges. v. G. B. C.).

Sollen diese, gegen einen so schweren Nothstand gerichteten, Anordnungen kein todtler Buchstabe bleiben, denn können sich die zuständigen Behörden der Pflicht nicht entziehen, für die wegen Trunksucht Entmündigten in gleicher Weise, wie für Geisteskranken oder andere, mit körperlichen oder sittlichen Gebrechen behaftete, Personen, helfend einzutreten.

Aus freier Liebesthätigkeit sind in den letzten Jahren bereits zur Heilung von Trinkern Anstalten an einzelnen Orten Deutschlands eingerichtet, welche erfreuliche Resultate erzielt haben. Sie reichen aber nicht einmal aus, um den Bedürfnissen Hilfe zu gewähren, welche dort freiwillig Heilung suchen.

Durch die Bestimmungen des B. G. B., welche sehr bald in zahlreichen Fällen zur Anwendung gelangen werden, sind viel umfassendere Einrichtungen zur unbedingten Nothwendigkeit geworden.

Es dürfte daher eine unabweisbare Pflicht der, in erster Linie berufenen, Provinzialverwaltung sein, hier kräftig einzusetzen.

In dem beiliegenden, bereits von dem Bezirksverein Westfäl. an die Provinzialverwaltung gerichteten Antrage, welchem wir uns in jeder Beziehung anschließen, ist die Nothwendigkeit noch näher begründet.

Die unterzeichnete Commission des Westfäl. Städtetages bittet daher ganz ergebenst

||| baldigst die gefälligen Schritte zu thun zur Gründung von Trinker-Heilanstalten, sei es, daß die Provinz selbst dergleichen Anstalten gründet, oder die Einrichtung geeigneter Anstalten durch Bewährung angemeßener Beiträge ermöglicht.

Die Commission des Westfäl. Städtetages zur Förderung der Bestrebungen des deutschen Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke:

Sennecke, Justizrath, Zentr. Vorstands.	Arnecke, Bürgermeister, Dortmund.	D. v. Rodelschwingh, Sahner, Bielefeld.	Branns, Commerzienrath, General Dir. d. Union, Dortmund.
Grosse, Herrn. Hanna.	Dr. Saarmann, Bürgermeister, Bielefeld.	Sammer Schmidt, Landrath, Bielefeld.	Suoppe, Bürgermeister, Bielefeld.
Frhr. v. Landsberg-Belen, Belen.	Niederstein, Superintendent, Kamen.	Pieper, Bürgermeister, Bielefeld.	Prenzel, Bürgermeister, Bielefeld.
Frhr. v. d. Necke, Gemeindefürsorge, Bielefeld.	Nüping, Comptroller, Münster.	Säglingsbeck, Bürgermeister, Dortmund.	

Eine »Commission des Westfäl. Städtetages ...« zu Trunksucht und Entmündigung (1900)

Platz. Während des 1. Weltkrieges und in den ersten Nachkriegsjahren diente das Westhof'sche Gut zur Gefangenenaufnahme und später für Flüchtlinge. 1923 erfolgte die Eröffnung eines »Trinkerheimes«.

Der damalige Direktor stellte in seinem Jahresbericht für 1926 die Situation so dar: »Der gegen das Vorjahr erheblich größere Zu- und Abgang beweist erneut, daß der Alkoholmißbrauch ungeachtet aller Vorbeugungsmaßnahmen leider gestiegen ist und so zur vermehrten Unterbringung Alkoholkranker Veranlassung gibt. Zum größten Teile handelt es sich um Fälle stark fortgeschrittener, teils erblich belasteter Art. Es läßt sich immer wieder feststellen, daß die Einweisungen leider erst erfolgen, wenn das Übel bereits chronisch geworden ist. Auch im Berichtsjahre hat sich gezeigt, daß die Entziehungskur von fünf bis sechs Monaten nicht ausreichend ist, Rückfälle in erwünschtem Maße zu verhindern.

Zur Erzielung besserer Ergebnisse ist den Vormündern geraten worden, ihre Mündel nach Ablauf von sechs Monaten, je nach Lage des Falles, zunächst nur auf drei Monate beurlauben zu lassen, mit der Androhung sofortiger Rückführung nach der ersten nachweisbaren Verfehlung. Von diesem Vorschlag wird fast ausnahmslos Gebrauch gemacht und zwar mit gutem Erfolge. Dennoch erscheint es notwendig, die Entziehungskur auf neun Monate bis zu einem Jahr auszudehnen, besonders nach den Erfahrungen, die mit außerordentlich schweren in anderen offenen Trinkerheilstätten vergeblich behandelten Fällen im hiesigen Trinkerheim gemacht sind.«²⁸

1927 wurden erstmalig Trinkerfürsorger eingestellt, die neben Fachärzten die Alkoholkranken betreuten. Stand zum Ende des 19. Jahrhunderts die religiöse und pädagogische Erziehung (Korrekthaus) im Vordergrund der Bemühungen, so rückte zur Jahrhundertwende die medizinische Versorgung in den Mittelpunkt. Aber auch für die Suchtkranken galt, dass die tägliche Arbeit in den Werkstätten, den landwirtschaftlichen Betrieben sowie der Gärtnerei den Tagesablauf bestimmten. Aus dem Trinkerheim entwickelte sich schließlich eine »Trinkerheilanstalt« (1928), die auch einige Freiwillige aufnahm. 1932 war diese Abteilung zum größten Bereich innerhalb der Anstalt geworden.

Die Behandlung Trunksüchtiger wurde zu einer zentralen Aufgabe. Sie wird im ärztlichen Bericht über die Gesundheitsverhältnisse im Arbeitshaus Benninghausen und in der Trinkerheilstätte Westhof während des Jahres 1932 so beschrieben: »Was die Behandlung der Alkoholkranken als solche anlangt, so stellt

28 vergl. ebd., S. 106

sie zwar immer schon wegen der bekannten charakterlichen Entartung der meisten Trunksüchtigen recht erhebliche Anforderung an die Geschicklichkeit und auch die Arbeitskraft des Anstaltpersonals, für das verflossene Berichtsjahr trifft das aber ganz besonders zu, deswegen, weil das Krankenmaterial, das der Anstalt in dieser Zeit von den finanziell schwer ringenden Wohlfahrtseinrichtungen zugewiesen wurde, zum allerschwersten seiner Art gezählt werden muss.

Die Tatsache, dass im Berichtsjahre ein Todesfall an Alkoholdelirium und eine ganze Reihe mehr oder weniger schwere Fälle von deliranten Zuständen zu verzeichnen sind, zeigt das deutlich. Trotzdem sind die Erfolge, die bei der Behandlung dieses »Krankenmaterials« im Berichtsjahre erreicht wurden, nicht zu unterschätzen. Unmittelbar gibt sich das durch eine größere Ruhe und Zufriedenheit der Pfleglinge des Westhof zu erkennen, als sie früher jemals beobachtet wurden. Die ehemals gleichsam auf der Tagesordnung stehenden Klagen und Beschwerden der Alkoholkranken sind wesentlich geringer geworden, Entweichungen gehören nur noch zu den Seltenheiten. Es kann mit Fug ein großer Teil dieses Erfolges der intensiveren fachärztlichen Betreuung der eingewiesenen Trunksuchtfälle zugute gerechnet werden.«²⁹

Die Erfolge in Benninghausen ließen den damaligen ärztlichen Leiter fordern, dass grundsätzlich eine Entmündigung der Trunksüchtigen für einen dauerhaften Erfolg notwendig sei. Diese Frage war bereits um die Jahrhundertwende auf verschiedenen Kongressen diskutiert worden. Vor allem die offenen Heilstätten wandten sich gegen eine allgemeine Anwendung und verwiesen ihrerseits auf die Erfolge freiwilliger Behandlungen. Während 1933 120 männliche und 25 weibliche Trunksüchtige Aufnahme fanden, erfuhr Benninghausen nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten eine Rückentwicklung vom Krankenhaus zum Arbeitshaus.

Bis Ende 1933 gehörte die Unterbringung von Trinkern nicht zu den Pflichtaufgaben des Landesfürsorgeverbandes. Erst durch das »Preußische Gesetz zur Ausführung des Reichsgesetzes gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung« vom 16.10.1934 wurde bestimmt, dass die Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt (§ 42c StGB) von den Landesfürsorgeverbänden zu vollziehen sei.

1934 wurden im Zuge der Anwendung des »Erbgesundheitsgesetzes« zwölf Alkoholranke aus Benninghausen zwangssterilisiert. Nach der Auflösung der Trinkerheilanstalt »Auf dem Westhof« im Jahre 1939 richtete man im alten

29 vergl. ebd., S. 146

Anstaltgebäudes eine kleinere Abteilung ein. Die Zahl der dort Untergebrachten verringerte sich später derartig³⁰, dass bis Kriegsende nur einige altersschwache und altersschwachsinnige Männer übrig blieben.

30 vergl. 176) Informationen der Landespflegeanstalt Benninghausen; Gründe für die auffällige Abnahme sind nicht erwähnt.

Eine Domäne der Konfessionen

Trinkerheilstätten im 19. Jahrhundert

Das am 17. März 1851 von der Duisburger Diakonenanstalt in Ratingen-Lintorf (zwischen Düsseldorf und Duisburg) gegründete »Asyl« wurde für Trinker eingerichtet, die mit dem Gesetz in Konflikt geraten waren. Es war die weltweit erste Einrichtung dieser Art. Nach der Gründung weiterer Trinkerheilanstalten in den USA (Boston 1857), England und Frankreich fand schließlich auch Deutschland 1879 durch die Eröffnung der Heilstätte »Siloah« für »die gebildeten und besitzenden Klassen« am gleichen Ort wie das »Asyl« Anschluss an die Entwicklung der Behandlung von Trunksüchtigen. Dem »Asyl« verblieb die Aufgabe, »solchen Alkoholikern eine Pflegestätte darzubieten, die teils wegen ihres Alters, teils wegen der geringen Widerstandskraft dauernder Bewahrung bedürfen«.³¹

Die Lintorfer Anstalten waren ebenso wie das Haus »Ellikon« bei Zürich Vorbild für zahlreiche Heilstätten, die in den letzten zwei Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts für Trinker ins Leben gerufen wurden. Zum Charakter dieser Anstalten liest man in einer Schrift von 1901: »Da es erfahrungsgemäß feststeht, daß die Arbeit an Alkoholikern umso erfolgreicher ist, je individueller sie geschieht, suchen auch unsere Anstalten alles Anstaltliche möglichst zu vermeiden. Jedes Haus ist für höchstens 20 bis 30 Pfleglinge bestimmt, die es unter einem durch Vorbildung und Erfahrung mit der Sache vertrauten und in der Alkoholfrage eine entschiedene Stellung einnehmenden Hauselternpaares zu einer familienhaften Gemeinschaft zu vereinigen sucht.

Wenn auch der Neueintretende sich zunächst eine Beschränkung seiner Freiheit um seiner selbst willen gefallen lassen muß, so ist auch unser Bestreben, die Pflegebefohlenen zur rechten Zeit wieder an die Freiheit zu gewöhnen und sie zum rechten Gebrauch derselben zu erziehen. Um auf den Willen und die Selbstachtung der Patienten fördernd einzuwirken, pflegen wir denselben, ohne uns selbst die Hände zu binden, soweit sie dessen Wert erscheinen, in steigendem Maße Vertrauen zu zeigen, ein Verfahren, dem wir die besten Erfolge verdanken.

31 vergl. 75) KRUSE und ROCHA, S. 4



Lintorf

Immer wieder begegnet uns im Publikum die irrige Vorstellung, als sei die Trinkerheilanstalt eine geschlossene Anstalt, die auf dem Prinzip des Zwanges beruht. Daher die noch immer nicht ganz überwundene Scheu vor der rechtzeitigen Inanspruchnahme unserer Hilfe, ein Zögern, das schon oft verhängnisvolle Folgen hatte. Unsere Häuser sind vielmehr durchaus offene Anstalten, denen Zwangsmittel nicht zu Gebote stehen. Sie tragen, wie ihr Name besagt, den Charakter von Heilanstalten.«³²

Diese Ausführungen erinnern lebhaft an Prinzipien der »Therapeutischen Gemeinschaft«, wie sie sich 100 Jahre später, aus England kommend, in deutschen Abteilungen und Kliniken für Suchtkranke durchgesetzt haben. Großen Wert wird auf das Vorbild gelegt: »Den Trinkerheilanstalten erwächst daher neben der Pflicht ärztlicher Behandlung die Aufgabe einer erzieherischen Einwirkung durch Wort und Beispiel. Das Beispiel der Abstinenz liefern alle, die in unseren Häusern arbeiten, vom Vorsteher, Arzt und Hausvater bis zu Gehülften und Gesinde.«³³

In den Jahren um die Jahrhundertwende wurde heftig darüber gestritten, ob es zulässig sei, Männer und Frauen in einer Anstalt aufzunehmen,³⁴ ob gebildete zusammen mit niederen Ständen zu behandeln wären, ob den Ersteren kör-

32 ebd., S. 4 u. 5

33 ebd., S. 6

34 Die Geschlechtertrennung blieb, wie auch sonst in vergleichbaren Institutionen (Krankenhäuser, Schulen, Badeanstalten ...) in Deutschland die Regel.

perliche Arbeit, die sonst unbestritten als notwendig und nützlich bezeichnet wurde, zugemutet werden könne, ob nicht auch in Städten, wie hier und da in den USA, Behandlungen angeboten werden sollten, statt alle Trunksüchtigen weitab in landschaftlich schöner Lage von Versuchungen fern zu halten.

Allgemeiner Konsens schien darin zu bestehen, dass unheilbare, körperlich und geistig schwer geschädigte sowie kriminell gewordene Trinker nicht zusammen mit Heilbaren Aufnahme finden sollten. Den Ersteren wurde das Irrenhaus oder eine besondere Anstalt zugewiesen. Auch die wegen Trunksucht Entmündigten – zum 1. Januar 1900 wurde das entsprechende Gesetz Teil des BGB – fanden dort Aufnahme. Allerdings waren es weit weniger Trunksüchtige als ursprünglich angenommen, die mit Hilfe dieses allseits gepriesenen Mittels in die geschlossenen Anstalten gebracht wurden. In den meisten Fällen reichte offenbar die Androhung der Entmündigung, sich »freiwillig« für den Weg in eine offene Trinkerheilstätte zu entscheiden. Erstaunlicherweise fanden sich auch bereits Forderungen, die verschiedenen Suchtkranken beiderlei Geschlechts auf speziellen Stationen oder Abteilungen für Alkoholranke unterzubringen. So wurde in der Anstalt Herzberge bei Berlin 1907 eine erste Abteilung für Alkoholranke eingerichtet. Von dort wurde auch berichtet, dass 70 % der Männer infolge Alkoholismus geisteskrank seien.

Die Diskussion um die personelle Ausstattung der Trinkerheilstätten war eine Zeit lang davon bestimmt, ob die Leitung in jedem Fall einem qualifizierten Arzt zukäme oder ob der in den früheren Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts einflussreiche Geistliche die Leitung übernehmen sollte. Auch die Frage der Stellung des Verwaltungsleiters, der gerade bei größeren Häusern ein entsprechendes Gewicht hatte, wurde ausführlich diskutiert. Um die Jahrhundertwende hatte sich diese Frage überwiegend zugunsten der Ärzte als alleinige Leiter entschieden (Direktionsprinzip). Das »Ellikon« mit der herausragenden Stellung des Hausvaters Rochard war eher Ausnahme denn Vorbild in dieser Frage. Vermittelnd wurde auf einer Konferenz 1907 in Posen dazu ausgeführt: »Die Hauptsache ist und bleibt, daß sich Arzt wie Seelsorger und Hausvater einer großen Generalidee unterordnen, daß sie alle einmütig und in einem Geiste die Kranken erziehen helfen und von einer Auffassung geleitet werden, jeder nach seiner Art, nach seiner Befähigung und Kunst.«³⁵

Dem auch damals schon ausgeprägten Hang der Ärzte, sich bei allen ihr Fachgebiet berührenden Fragen als die Kompetenteren zu erklären, wurde entgegengehalten: »Es ist in diesem Sinne falsch, die Behandlung der Trunksucht

35 vergl. 91) NONNE, M., S. 24

in erster Linie als Domäne der medizinischen Fakultät zu bezeichnen, um dann noch nebenbei die günstige Wirkung religiöser Beeinflussung anzuerkennen. Es handelt sich ganz ausschließlich um einen psychischen Einfluß in der ganz besonderen Richtung der Trinksitten, und diese Beeinflussung kann allein von demjenigen ausgehen, der dafür Interesse und Verständnis hat, mag er nun Arzt oder Geistlicher sein oder sonst irgend einem anderen Beruf angehören. Weder der Arzt noch der Pastor sind imstande, einen Trinker zu kurieren, wenn er sich mit der Alkoholfrage nicht besonders beschäftigt hat, mag er auch sonst in seinem Berufe noch so tüchtig sein.«³⁶ Die Zahl der Pflegepersonen, überwiegend noch als Wärter bezeichnet, sollte eher gering sein, um den persönlichen Kontakt zwischen ihnen und den Kranken so intensiv wie möglich zu gestalten.

Von 1883 bis 1900 wurden 20 Heilanstalten für Alkoholkranke in Deutschland gegründet, darunter im östlichen Westfalen als evangelische Einrichtungen im Jahre 1888 die »Friedrichshütte« in Wilhelmsdorf (dem späteren Eckardtsheim) bei Bielefeld und »Elim« bei Herford (1899). Seit der Jahrhundertwende bis 1907 öffneten weitere 26 offene Anstalten, darunter in Westfalen der katholische »St. Bernhards Hof« in Maria-Veen bei Borken (1902) sowie die evangelische Heilstätte »Mara« für Frauen in Herford (1903) und ein »Blaukreuzhof« in der Nähe von Soest (1906). Diese Heilstätten wurden in kirchlicher Trägerschaft jeweils als offene Einrichtungen auf freiwilliger Basis geführt. Lediglich das 1907 eröffnete Trinkerheim für entmündigte Männer und Frauen »Auf dem Westhof« in Benninghausen bei Soest hatte mit dem Provinzialverband Westfalen einen staatlichen Träger.

Nach mehrjähriger Vorbereitungszeit wurde 1902 die Bildung eines »Vereins der Vorstände von Trinkerheilanstalten des deutschen Sprachgebietes« beschlossen und ein Jahr später der Name »Verband von Trinkerheilstätten des deutschen Sprachgebietes« angenommen.

Mit der beeindruckenden Zunahme der Trinkerheilstätten war jedoch der Bedarf an Behandlungsplätzen noch nicht gedeckt. Zur Auswahl der Patienten reichte das Kriterium der Freiwilligkeit nicht aus. Mit »unheilbar« und »heilbar« verband sich das Kriterium »Prognose«. Dies wurde insofern wichtig, da sich etwa zur gleichen Zeit die Übernahme der Kurkosten durch die Landesversicherungsanstalten ankündigte (durch die Landesversicherungsanstalt Westfalen erstmals 1905). Für diese war und blieb ein spürbarer Erfolg, möglichst im Sinne der Wiedererlangung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit, entscheidend. Eine Leistungspflicht erkannte das Reichsversicherungsamt erst im Dezember

36 ebd., S. 26

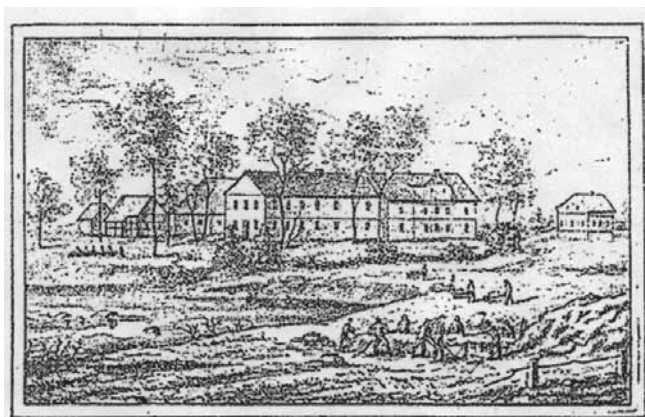
1915 an. Danach galt fortgeschrittene Trunksucht als Krankheit und die Trinkerheilstätten als Krankenhäuser im Sinne der Reichsversicherungsordnung. Für nicht bei der Landesversicherungsanstalt Versicherte waren die örtlichen Armenverbände zuständig. Im ersten Jahresbericht der Auskunftsstelle für Trinkerfürsorge in Hamburg wurde die bis dahin noch nicht übliche staatliche Hilfe im stationären Bereich gefordert, da dreimal so viel Alkohol Kranke in Trinkerheilanstalten hätten überwiesen werden können als wirklich geschehen. Die meisten Trinker hatten nicht »geklebt«, sodass die Landesversicherungsanstalt die Kurkosten nicht übernahm und es war unmöglich, alle Trunksüchtigen auf Kosten der zuständigen Armenanstalt unterzubringen.

Der 1. Weltkrieg bedeutete für die Heilstätten eine tiefe Zäsur. Viele von ihnen mussten aus finanziellen Gründen, u. a. wegen unzureichender Belegung, schließen, andere wurden als Lazarett militärisch genutzt. Die Heilstätten hatten zur Lösung der sozialen Frage im Kaiserreich beigetragen, wobei sowohl sozialintegrative als auch sozialdisziplinierende Elemente ihre Arbeit bestimmten. Bis dahin hatte sich der Staat in Deutschland fast völlig aus diesem Fürsorgegebiet herausgehalten. Vor allem karitative, private und kirchliche Träger waren sowohl für die Finanzierung als auch die Behandlung zuständig gewesen. Allerdings war der Alkoholismus inzwischen sowohl als medizinisches wie auch gesellschaftliches Problem anerkannt.

Das evangelische Westfalen

Die Anstalt »Wilhelmsdorf« bei Bielefeld

Im Jahre 1882 gründete Pastor Friedrich von Bodelschwingh für nichtsesshafte Männer die Arbeiterkolonie »Wilhelmsdorf«. Ende des 19. Jahrhunderts herrschte große Arbeitslosigkeit in Deutschland. Tausende von Männern bevölkerten die Landstraße auf der Suche nach Arbeit. Bodelschwingh war bekannt, dass es in Belgien Arbeiterkolonien für Arbeitslose gab und entschloss sich zu einem ähnlichen Projekt. Er kaufte drei »Sennehöfe« in der Nähe von Bielefeld und stellte bei deren Belegung bald fest, dass viele Alkoholkranke unter den Hilfesuchenden waren, die eine besondere, vor allem längere Betreuung brauchten.



Wilhelmsdorf

Zur Begründung seines damals von vielen belächelten Engagements teilte er in seiner Autobiografie mit: »Man denke sich einen trägen, breit dahinschleichenden Strom, ganz mit schwarzem Schlamm angefüllt, in welchem schon Tausende von verwesenden Leichen schwimmen, und aus diesem Strom hie und da eine Hand sich ausstrecken und einen Notschrei dazu laut werden: Hilf mir, ich versinke; und man denke sich, daß man solche Hand unbarmherzig zurückstößt in den Schlamm hinein. Das ist ein noch fast zu freundliches Bild des geistlichen und leiblichen Jammers, das wir tatsächlich täglich vor Augen sehen müssen. Nicht schwarz und schrecklich genug kann man sich den Strom des Verderbens

denken, in welchen Hunderttausende unserer armen Mitbürger, nämlich unsere wandernden Handwerksburschen und sonstigen Arbeiter, auf den breiten Straßen unseres Vaterlandes und in den greulichen Lasterhöhlen der Vagabundenherbergen dahingetrieben werden. Alles, was an Gottlosigkeit, ja Gotteslästerung, was an sittlichem Schmutz und schmachvollen Lastern nur zu denken ist, wird hier angetroffen, und dazu eine Tyrannei, ein schrecklicher Zwang, womit ein Glied das andere nach sich zieht, zum Betteln und Faulenzen nötigt und verspottet, wenn es zur ehrlichen Arbeit zurückkehren will.

Wenn nun aus diesem Abgrund heraus eine leere Hand, welche noch frische Schwielen von ehrlicher Arbeit hat, und die ohne Schuld arbeitslos geworden ist, wiederum um Arbeit bittend sich uns entgegenstreckt, und wenn man in diese Hand hinein, anstatt der ersuchten Hilfe nur ein paar Pfennige legt, die in der Vagabundenherberge sich alsbald in Branntwein verwandeln, so ist das nichts anderes als ein unbarmherziges Zurückstoßen in den Schlamm hinein.

Es dauert nicht lange, dann sind die Schwielen von den Händen verschwunden, aber dicker Aussatz hat sich auf das Herz gelegt. Die Kraft, sich loszumachen von der Lasterbahn, schwindet mehr und mehr, und diese Hand, die sich so nach Hilfe ausstreckte, zieht nun andere in das Verderben hinein, so daß der dunkle Schlammstrom an seinen beiden Ufern immer breiter wird, welcher mit seinem Pesthauch unser deutsches Vaterland vergiftet und zahllose Menschen in zeitliches und ewiges Verderben sinken läßt! «³⁷

Am 1. Juni 1888 wurde auf dem »Siggemannshof«, der späteren »Friedrichshütte« (benannt nach dem »99-Tage-Kaiser« Friedrich, einem Förderer der Bodelschwingh'schen Arbeit) zunächst ein Trinker-Asyl und später eine Trinkerheilstätte eingerichtet. Als feste Behandlungsform diente geregelte körperliche Arbeit in Haus, Feld und Garten.³⁸

In einem Verwaltungsbericht aus dem Jahre 1906 hört sich dies so an: »Zum Haus Friedrichshütte gehörte eine kleine Landwirtschaft. Etwa zehn bis zwölf Kühe standen im Stall und als Zugtiere waren ein Pferd und ein Ochse vorhanden und 50 bis 60 Morgen Land wurden bewirtschaftet.

Die Mittel, welche angewandt werden, um die Pfleglinge von ihrer sündlichen Leidenschaft zu befreien, sind in erster Linie das Wort Gottes (Weisheit Salomo 16, 12). Es besteht daher die christliche Hausordnung mit gemeinschaftlichen

37 vergl. 172) Informationshefte über »Wilhelmsdorf«

38 ebd.

Morgen- und Abendandachten und das ganze Gemeinschaftsleben soll sich auf christlicher Grundlage aufbauen. Weil aber der Alkoholgenuß sich schädlich auf den Körper ausgewirkt hatte, wird zur Wiedergenesung bei einer zweckmäßigen geregelten Lebensweise eine einfache reizlose Nahrung geboten bei völliger Enthaltung von alkoholischen Getränken.

In allen wünschenswerten Fällen wird der Arzt zu Rate gezogen. Um die meistens gesunkene Willenskraft wieder zu heben und das in Mitleidenschaft gezogene und zerrüttete Nervensystem zu kräftigen, hat sich eine fest geordnete, körperliche Arbeit im Freien erwiesen, welche für gewöhnlich im Urbarmachen des sandigen Sennenbodens, sowie in Feld, Garten und Wiesenkultur besteht und auch in der Winterszeit ausgeführt werden kann. Die bisherigen Erfahrungen haben ergeben, daß die körperliche Arbeit im Freien den Appetit anregt, das Muskelsystem stärkt und die Schaffensfreude weckt und so wesentlich zur Genesung beiträgt.

Der Aufenthalt in der Anstalt ist selbstverständlich ein freiwilliger, doch soll derselbe in der Regel nicht unter einem Jahr dauern, da ein kürzerer Aufenthalt nach unseren Erfahrungen wirkungslos bleibt.«

1891 kam als Ergänzung die »Wilhelmshütte« als Trinkerasyll mit 40 Plätzen dazu. Schließlich entstand von dort aus 1902 im Haus »Thekoa« eine Abteilung für 15 alkoholranke Wanderarme, vorwiegend Handwerker, für die kleine Werkstätten eingerichtet wurden. Schließlich bot der »Eichhof« 1905 für nervenleidende und alkoholranke Männer »aus besseren Kreisen« Behandlungen an.

Seit August 1908 wurden Schüler in einem Alter über neun Jahren in die alkoholgegnische Arbeit einbezogen. Im Anschluss an den bereits bestehenden Blaukreuz-Verein wurde der »Hoffnungsbund« gegründet, dem bald zahlreiche Kinder angehörten, die sich verpflichtet hatten, keinerlei alkoholische Getränke zu sich zunehmen.³⁹ Der 1. Weltkrieg brachte auch in Wilhelmsdorf die Arbeit zum Erliegen, Teile der Anstalt wurden Lazarett.

1919 nahm man im Hause »Thekoa« wieder alkoholranke Männer auf, 1928 kam der »Wagnerhof« als »Heimstätte für alkoholgefährdete und lebensuntüchtige Männer« dazu und schließlich wurden ab 1936 im »Fichtenhof« vom Alkohol gesundheitlich stark gezeichnete Männer betreut.

39 ebd.

1939, mit Beginn des 2. Weltkrieges wurde die Arbeit an Alkoholkranken, wie schon einmal zu Beginn des 1. Weltkrieges, eingestellt. Nach 1945 wendete man sich anderen Aufgaben zu. Die Zunahme von Wirtschaften in der unmittelbaren Umgebung (Sennestadt) einer Trinkerheilstätte stand nach den Vorstellungen der damaligen Zeit einer Fortsetzung der Arbeit mit Alkoholkranken entgegen.

Erst 1982 wurde wieder eine Abteilung für suchtkranke Männer auf dem »Fichtenhof« eröffnet. Im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung für die Stadt Bielefeld nahm ab 1985 die »Friedrichshütte« mehrfach geschädigte alkohol- kranke Frauen und Männer auf, die in Heilstätten und Fachkliniken keine Aufnahme gefunden hatten. So schloss sich der Kreis nach fast 100 Jahren.

Das katholische Westfalen

Die Anstalt »Maria Veen« bei Borken

1886 wurde nach dem Vorbild der evangelischen Arbeiterkolonie »Wilhelmsdorf« bei Bielefeld und angestoßen durch dessen Gründer, Pastor von Bodelschwingh, der Plan gefasst, eine katholische Arbeiterkolonie bei Borken in einem ähnlich urbar zu machenden Landstrich zu gründen.



Auch im katholischen Teil Westfalens hatte die Zunahme der Wanderarmen und des Bettelwesens in bürgerlichen und geistlichen Kreisen die Aufmerksamkeit auf Arbeiterkolonien in Belgien und die benachbarte westfälische Kolonie »Wilhelmsdorf« gelenkt. Gemäß dem Grundsatz »Wer essen will, muß arbeiten, wenn er kann; wer dieses nicht tut, mag hungern!« sollten Unterkunft und Arbeit für Kranke und Arme (Vagabunden) geschaffen werden. Ein »Verein für katholische Arbeiterkolonien Westfalens« wurde gegründet und in enger Zusammenarbeit mit der Anstalt Bethel die Realisierung der Kolonie »Maria Veen« vorangetrieben.

1889 stellte Friedrich von Bodelschwingh in einer Sitzung des »Zentralvorstandes deutscher Arbeiterkolonien« den Antrag: »Alle deutschen Arbeiterkolonien sind dringend zu bitten, besondere Zweiganstalten für Halb-Arbeits-

fähige und für Gewohnheitstrinker einzurichten.«⁴⁰ Ein Jahr später wurde folgender Beschluss angenommen: »Der Zentralvorstand hält es für eine dringende Pflicht der einzelnen Kolonievorstände, für die Rettung der großen Zahl von Trunkfälligen unter den Kolonisten besondere Maßnahmen zu treffen.« Schließlich unterstützte auch der Bischof von Münster den Bau einer Trinkerheilstätte in Maria Veen.

Ursprünglich wurde die evangelische Bodelschwingh'sche Anstalt in Wilhelmsdorf konfessionell gemischt belegt. Ein »besonderer Hof mit einem katholischen Vorarbeiter, der die Hausverwaltung in Bezug auf die täglichen Andachten besorgt«⁴¹, war für die katholischen Kolonisten eingerichtet worden. Die konfessionelle Trennung in eine evangelische Kolonie »Wilhelmsdorf« und eine katholische Kolonie »Maria Veen« wurde 1886 nach Gründung der Letzteren beschlossen. Die Entscheidung fiel in beiderseitigem Einvernehmen.

Die Leitung der neuen Einrichtung übernahmen Mönche, die dem Orden der »Zisterzienser der strengen Observanz«, im Volksmund »Trappisten« genannt, angehörten. 1902 konnte die neue Trinkerheilanstalt mit dem Namen »Bernardshof« bezogen werden. Diese »verfolgt den Zweck, alkoholkranken Männern aller Stände hilfreiche Hand zu bieten, durch Erziehung zur Enthaltsamkeit, durch geregelte Lebensweise und religiöse Einwirkung sich von den Schäden des Alkoholgenusses freizumachen. Der Hof hat nach seiner Einrichtung unter Anwendung der Heilmittel das Wesen einer Heilanstalt, im Gegensatz zur geschlossenen Zwangsanstalt. Trinkfürsorgerische Beeinflussung steht im Mittelpunkt der Heilmaßnahmen«.⁴²

Anders als in Wilhelmsdorf und anderen deutschen Heilstätten wurden »alle Klassen« ohne Unterschied untergebracht, gepflegt und behandelt. Wie in vielen anderen Einrichtungen endete mit dem 1. Weltkrieg auch in Maria Veen die trinkersorgerische Arbeit. Ende der 1920er-Jahre wurde noch einmal versucht, durch die Eröffnung des »Heidehofes« an die Tradition der Suchtkrankenarbeit im »Bernardshof« anzuknüpfen, jedoch ohne nennenswerten Erfolg. Die Bewohner des »Heidehofes« aus Maria Veen wurden 1938 nach Hardehausen bei Warburg in die dortige Zisterzienserabtei verlegt. Anfangs soll sich diese Heilstätte günstig entwickelt haben, 1942 kam die Arbeit jedoch auch hier ein weiteres Mal zum Erliegen.

40 vergl. 108) 100 Jahre Verein für katholische Arbeiterkolonien in Westfalen, S. 18

41 ebd., S. 9

42 ebd., S. 108

Nach dem 2. Weltkrieg fühlte man sich zwar weiterhin für die Behandlung von Alkoholkranken verantwortlich, stellte dann aber die unterbrochene Arbeit endgültig ein: »Weil es aber inzwischen ausreichend Behandlungsplätze für Alkoholranke gibt, hat es keinen Sinn mehr, über die Fortsetzung dieser Arbeit nachzudenken.«⁴³

43 ebd., S. 169

Ein Vorbild aus der Schweiz

Die Heilstätte »Ellikon« im Kanton Zürich

Etwa zur gleichen Zeit, als Friedrich von Bodelschwingh seine Arbeit in »Wilhelmsdorf«, dem späteren Eckardtsheim, bei Bielefeld aufnahm, beschäftigte sich in der Schweiz Auguste Forel, ein junger Professor der Psychiatrie und Direktor der Klinik »Burghölzli« bei Zürich mit Fragen der Behandlung von Trinkern. Er konnte sich dabei auf eine Entwicklung beziehen, die durch den evangelischen Pfarrer Rochat im Jahre 1877 zur Gründung einer Vereinigung zur Rettung von Trunksüchtigen in Genf geführt hatte. Grundlage dieser Vereinigung, die sich schnell in der deutschsprachigen Schweiz ausbreitete, war die Verpflichtung aller Mitglieder zur Abstinenz von alkoholischen Getränken. Im Sinne christlicher Symbolik und in Anlehnung an das bereits existierende »Rote Kreuz«, nahm sie den Namen »Blaues Kreuz« an.

Vorsteher einer kleinen Sektion in Riesbach bei Zürich war der Schuhmacher Jakob Bosshard. Forel traf ihn 1884, bot ihm ein Glas Wein an, war erstaunt über die Zurückweisung und das Bekenntnis zur abstinenter Lebensweise und begann, sich mit den Hintergründen auseinander zu setzen. Da das Blaue Kreuz die Trinkerrettung mit religiöser Bekehrung verband, hatte Forel große Mühe, diesen Weg anzuerkennen. Als Vertreter der rationalen Medizin war er der Überzeugung, dass »(...) das Beispiel der Abstinenz der Werbenden selbst, verbunden mit intensiver Hingebung für die Trinker und mit einer guten Vereinsorganisation, die Hauptsache sei«. ⁴⁴

Um die Wirkungen der Abstinenz kennen zu lernen, entschloss sich Forel, diese an sich selbst auszuprobieren: »Indessen hatte ich immer mehr die großen Vorzüge der Abstinenz an mir kennengelernt (...) Meine Arbeitskraft hatte sich ganz gewaltig gesteigert. Ich hatte die Abstinenz (...) aus rein ethischer Pflicht auf mich genommen. Nun war mir von Monat zu Monat klarer geworden, daß ich dabei unbeabsichtigt einen großen Vorteil und eine große Kraft gewonnen hatte. Alle Zweifel und alles Zögern der ersten Zeit war nun ganz verschwunden; ich fing an, die ganze Größe des Problems zu erfassen und begeisterte mich immer mehr für die Sache.« ⁴⁵

44 vergl. 97) REIMANN, A., S. 14

45 ebd., S. 15

Auch in der Anstalt Burghölzli hatten sich die Verhältnisse gebessert, war mehr Ruhe und Ordnung eingekehrt. Allerdings bemerkte Forel rückblickend: »(...) man hielt in Regierungskreisen meine Abstinenz für eine tolle Schrulle und schüttelte darüber bedenklich den Kopf«. ⁴⁶ Vom 8. bis 11. September 1887 organisierte er in Zürich den II. Internationalen Kongreß gegen den Mißbrauch geistiger Getränke. Es kamen Delegierte aus allen europäischen Ländern, für die Schweiz stand die Teilnahme in Zusammenhang mit der beabsichtigten Gründung einer Anstalt für Trunksüchtige.

Am 7. Februar 1888 bildete sich ein »Engeres Comité« für die Errichtung eines »Trinkerasyls«, dem neben Forel sein Schüler und späterer Nachfolger am Burghölzli, Eugen Bleuler, angehörte. In dem kleinen Dorf Ellikon (Kanton Zürich) fand man ein Landhaus, in dem 24 Patienten Platz finden konnten. Erster Hausvater wurde Jakob Bosshard, der zusammen mit seiner Familie in das Haus einzog. Dieses wurde am 15. November 1888 eröffnet. Träger war ein Verein, dessen Aufgabe es u. a. war, für die nötigen finanziellen Mittel zu sorgen.

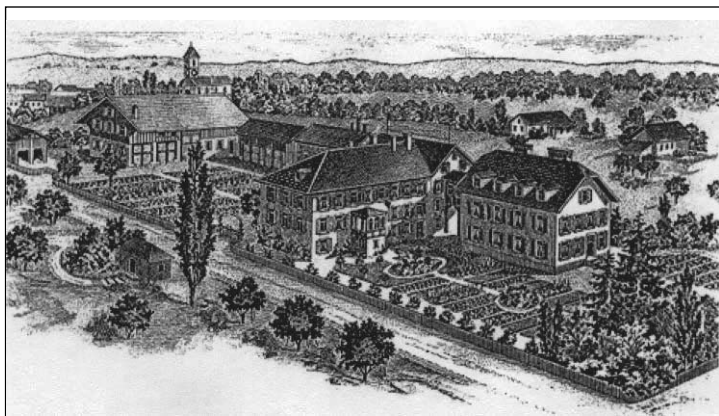
Den Zweck beschrieb man folgendermaßen: »Die Anstalt sucht ihren Heilzweck teils durch diätetische Behandlung unter ärztlicher Aufsicht, teils durch moralische Einwirkung zu erreichen. Insbesondere soll versucht werden, die Versorgten an dauernde, ihren geistigen und körperlichen Anlagen angemessene Arbeit zu gewöhnen. Das Hauswesen wird in religiösem Geist, jedoch ohne ausgesprochene konfessionelle Färbung geführt. (...) Der Hauptgrundsatz für die Behandlung der Trunksucht ist die vollständige Abstinenz. (...) Demgemäß müssen auch der Hausvater, seine Familie und die Angestellten sich aller geistigen Getränke enthalten, damit im ganzen Hause kein verführendes Beispiel den Pflegerinnen gegeben wird.« ⁴⁷

Die Gründer des Vereins waren überzeugt, dass der Alkoholismus als Krankheit aufzufassen sei. Deshalb gaben sie der neuen Anstalt nicht den früher vorgeschlagenen Namen »Trinkerasyll«, sondern den Namen »Trinkerheilstätte«. Da sich in der Bevölkerung nach wie vor die obskursten Vorstellungen über die Trunksucht und die Heilstätten hielten und es deshalb vielen Alkoholkranken schwer fiel, sich einer Behandlung zu unterziehen, wurde jedem Alkoholkranken und dessen Angehörigen empfohlen, vorher einen Besuch zu machen. Dabei sollten die Krankheitssymptome geklärt und die Vorbereitungen mit den Angehörigen oder Bezugspersonen besprochen werden.

46 ebd., S. 15

47 ebd., S. 22

Auch die Nachsorge war von Beginn an ein großes Anliegen vor allem von Jakob Bosshard, der die Entlassenen regelmäßig aufsuchte. Andererseits kamen die »Ehemaligen« häufig zu Besuchen oder Festen und es wurde schließlich 1891 der Verein »Sobrietas« (Nüchternheit) gegründet. Man verstand sich als »Elliker-Familie«. Von einer Zusammenkunft berichteten Bleuler und Bosshard: »Frühere Pfleglinge gaben ihren Gefühlen des Dankes gegen Gott und die ihnen zum Segen gewordene Anstalt beredten Ausdruck. Zwischen diese Reden brachten Lieder, Musikvorträge und Reklamation angenehme Abwechslung. (...) Das Ganze war uns wie ein herrlicher Traum.«⁴⁸



Ellikon

Die Heilstätte war bald überfüllt und wurde 1891 um ein Nebengebäude erweitert, das Personal auf sechs Angestellte verstärkt, die Bedeutung von sinnvoller Arbeit immer wieder unterstrichen: »Die Beschäftigung ist eines unserer wichtigsten Heilmittel. Selbst der Trinker gesteht, daß er nachlässig, gleichgültig, ja geradezu arbeitsscheu geworden ist. Mit viel Geduld und Liebe muß der bemittelte wie der unbemittelte Trinker zur Tätigkeit angehalten werden. Erzwingen läßt sich die Sache nicht; Zwang ist eine unzweckmäßige Methode. Den Pfleglingen muß die Arbeit wieder lieb und unentbehrlich werden.«⁴⁹

Im ersten Jahr nahm man 38 männliche und drei weibliche Patienten auf, die Pflegekosten waren für armengennössige Personen, für gewöhnliche Pfleglinge und Pfleglinge mit Einzelzimmer verschieden. Die Behandlungsdauer betrug anfänglich drei Monate, wurde aber schnell als nicht ausreichend erfahren und

48 ebd., S. 36 u. 37

49 ebd., S. 27 u. 28

nach manchen Schwierigkeiten auf das Doppelte verlängert, ja, »(...) man sollte in den meisten Fällen eine etwa zwölfmonatige Kur anwenden können«. ⁵⁰

Wiederholt klagte der Hausvater: Eintritt zu spät, Kurdauer zu kurz! Die Aufnahme von wenigen weiblichen Patienten wurde als ungünstig angesehen, man setzte sich, allerdings vergeblich, für die Errichtung einer eigenen Heilstätte für Trinkerinnen ein. Die erste ausführliche Untersuchung über den Kurerfolg von 860 Patienten erbrachte, dass 40 % von ihnen abstinent geblieben waren, 26 % als gebessert, aber nicht konsequent abstinent und 34 % rückfällig oder ohne Bericht angesehen werden konnten. (Dies entspricht etwa einer Drittelung, wie sie immer wieder, bis in die Gegenwart, bei katamnestischen Untersuchungen festgestellt wurde.)

Die Arbeitsweise und Konzeption der Trinkerheilstätte »Ellikon« wurde vor allem von Forel, Bleuler und Bosshard weit über die Grenzen der Schweiz durch Vorträge auf zahlreichen Kongressen und in Publikationen verbreitet. Auch die vielen Besucher, die nach »Ellikon« kamen und nach diesem Vorbild Anstalten und Heilstätten für Trinker und Trinkerinnen vor allem in Deutschland gründeten, trugen dazu bei.

Die Gründungsperiode ging für die Heilstätte »Ellikon« mit dem Tod von Jakob Bosshard im Februar 1911 zu Ende. Als sein Vermächtnis hinterließ er das Bekenntnis: »In der Arbeit der Trinkerrettung liegt eine Genugtuung, welche der Sache Fernstehende eben nicht begreifen und deshalb nicht würdigen können. Wer aber Hand ans Werk legt und mit ganzem Herzen dabei ist, darf sich immer wieder freuen, daß die Arbeit, in Gott getan, nicht vergeblich ist.« ⁵¹

50 ebd., S. 39

51 ebd., S. 40

Im Zentrum der Erweckungsbewegung

Die Heilstätten »Elim« und »Mara« bei Herford⁵²

1899 öffnete die »Kuranstalt ›Elim‹ – Heilstätte für Alkoholiker und Abstinenzschule« – ihre Pforten. Idyllisch vor den Toren Herfords gelegen und im ehemaligen Gasthaus »Krug zum grünen Walde« untergebracht, sollte sie nicht nur der Behandlung alkoholkranker Männer, sondern auch der erzieherischen Einwirkung i. S. von Mäßigkeit und Abstinenz der in und um Herford lebenden Bevölkerung dienen: »Wohl keine andere Trinkerheilanstalt Deutschlands beteiligt sich durch ihre Verwaltung so intensiv an der Ausbreitung der Enthaltsamkeit in Trinkerrettungsvereinen wie die Heilstätte Elim.«⁵³

In einer ersten Broschüre wurden die angewandten Mittel zusammengefasst: »Unbedingte Enthaltsamkeit, vielfach Aufenthalt im Freien bei angemessener körperlicher Beschäftigung, gesunde, reizlose und kräftige Ernährung, Belehrung über die schädlichen Folgen des Alkoholmißbrauchs, Pflege anregender Geselligkeit, Unterordnung unter eine fest geregelte Haus- und Arbeitsordnung, maßvolle und besonnene Einwirkung auf das sittlich-religiöse Leben, Anschluß an Vereinigungen zur Förderung der Enthaltsamkeitsbestrebungen und Mitarbeit in denselben usw.« (...) ⁵⁴

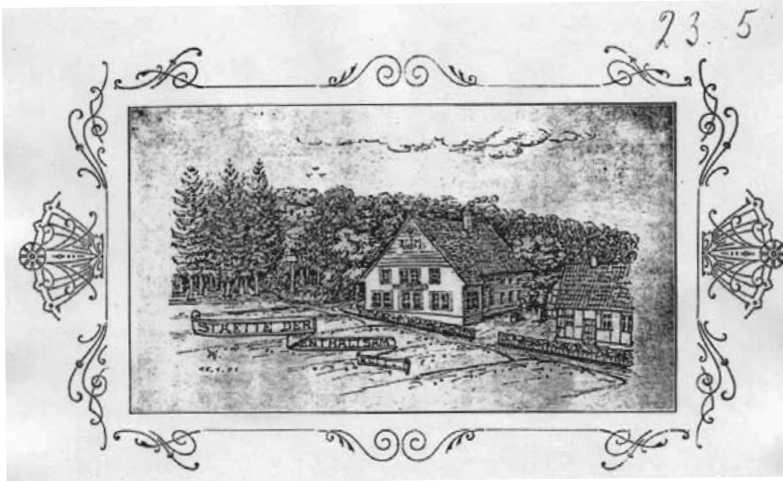
Bezüglich der Dauer der Behandlung bezog man sich einerseits auf die Erfahrung, dass »eine sechsmonatliche Kur in einer Anstalt als ausreichend zu betrachten« sei, betonte aber andererseits, dass »die Dauer eines erfolgreichen Aufenthaltes in einer Kuranstalt von so zahlreichen Umständen abhängig (sei), daß es schlechterdings unmöglich ist, in bezug auf sie, eine auch nur annähernd zutreffende allgemeine Regel aufzustellen. Je nach dem Grade der Krankheit, der Art des Leidens, der Individualität des Patienten, seiner häuslichen und gesellschaftlichen Verhältnisse usw. wird die Zeit der Kur länger oder kürzer zu bemessen sein.« ⁵⁵

52 Elim und Mara sind Stationen auf der Wüstenwanderung des Volkes Israel nach der Befreiung aus der ägyptischen Sklaverei.

53 vergl. 155) Die Trinkerheilanstalt »Elim«

54 ebd.

55 ebd.



Elim

Auch die im heutigen Sinne gemeindenahelage wurde anschaulich beschrieben: »Isoliert, aber nicht entlegen, in durchaus gesunder Gegend, in einer waldumrahmten Landschaft des anmutigen Ravensberger Hügellandes, in nicht zu großer Nähe großer, ruhestörender industrieller Betriebe gelegen, bietet sie dem Hilfesuchenden alles, dessen er zu seiner Heilung bedarf. (...) Mit den Enthaltensamkeitsbestrebungen der umliegenden Bezirke steht die Anstalt in engster Beziehung und zieht ihre Kurgäste nach Möglichkeit zur Mitwirkung heran, (...) will zunächst und vornehmlich den vom Alkohol Gebundenen in Minden-Ravensberg und der ganzen Provinz Westfalen Samariterdienste erzeigen und mit aller Kraft das Werk der Trinkerrettung fördern.«⁵⁶

Ähnlich wie das schweizerische »Ellikon« wurde »Elim« vornehmlich durch Spenden von Privatpersonen getragen. Stadt und Landkreis Herford sowie die Provinz Westfalen stellten sich trotz offensichtlicher Missstände nur zögerlich und widerstrebend der Problematik des Alkoholismus und der dringend notwendigen finanziellen Unterstützung. Besitzer und Anstaltsleiter war der aus der Anstalt »Salem« in Rickling bei Hamburg gekommene gelernte Maschinist und spätere Landmissionar Ernst Wetters, der im Auftrag des Vereins für Innere Mission stand. Unterstützt wurde dieser rührige Mann von Pastor Wöhrmann, der, an der evangelischen Münstergemeinde in Herford tätig, selbst ein überzeugter Abstinenzler und Vorsitzender des 1897 gegründeten Herforder Blaukreuzvereins war.

⁵⁶ ebd.

Obwohl sich grundsätzlich die Alkoholkranken aus eigenem Willen in »Elim« einfinden sollten – in der Freiwilligkeit sah man die besten Voraussetzungen einer Heilung – nahm man auch Personen auf, die auf Beschluss des Amtsgerichts Herford zwangsweise eingewiesen worden waren. Diese »unbelehrbaren Trinker« wurden meist auf »Trunkenheitslisten« der Gemeinden geführt und waren als so genannte »Trunkenbolde« von den Amtmännern des Kreises Herford mehrmals verwarnet worden.

Eine Einschätzung des Erfolges bei allen Trunksüchtigen kam auch in Elim auf ein Drittel vom Alkohol vollständig entwöhnter Männer. Die außerhalb der Anstalt entfalteten Aktivitäten schlugen sich unter anderem darin nieder, dass Wetters innerhalb von fünf Jahren »176 Vorträge über die Enthaltbarkeit gehalten und sich in 67 Fällen außerhalb seiner Anstalt besonders um die Trinkerrettung bemüht hat«.⁵⁷

Aus den Reihen des Kuratoriums der Heilanstalt Elim ergriff schließlich H. Wittland die Initiative zum Betrieb einer Heilstätte für alkoholranke Frauen und eröffnete 1903, ebenfalls vor den Toren Herfords, das Haus »Mara« in »durchaus christlichem Geiste nach den Grundsätzen des Blauen Kreuzes«.⁵⁸ Auch hier kamen die Hilfesuchenden überwiegend aus Westfalen. Zur Begründung wurde von Pastor Wöhrmann darauf hingewiesen, dass es »im Interesse der Gemeinden (sei), die alkoholkranken Frauen festzustellen (...), um zur Erhaltung einer gesunden Nachkommenschaft, zur Bewahrung der Familie vor Verarmung und zur Verhütung des Heranwachsens von erblich belasteten Kindern«⁵⁹ beizutragen. Die inzwischen anerkannten Argumente im Sinne einer »Rassenhygiene« überzeugten den zuständigen Regierungspräsidenten in Minden und er unterstützte das ihm angetragene Vorhaben.

57 ebd.

58 vergl. 156) Heilstätte für alkoholranke Frauen

59 zit. nach 63) HÖLZER, C., S. 129

Eine Irrenanstalt wird »trockengelegt«

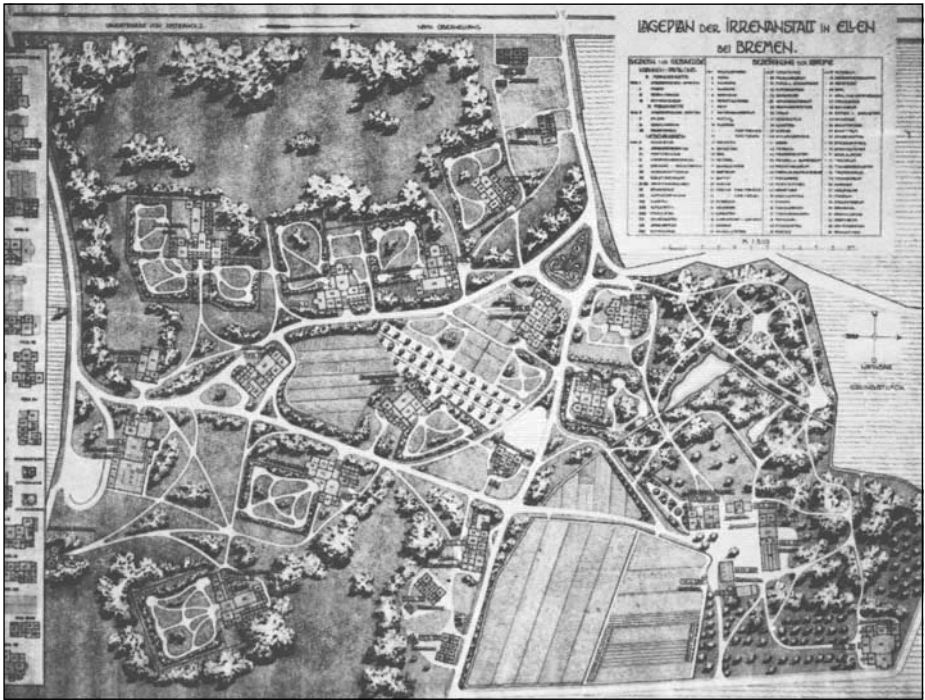
Das St. Jürgen-Asyl in Bremen

Im Jahre 1904 wurde in Ellen, vor den Toren der Stadt Bremen, das »St. Jürgen-Asyl für Geistes- und Nervenkranke« eröffnet. Dieses große, stattliche Haus war als weithin beachtete psychiatrische Reform-Irrenanstalt im »kolonialen Stil« erbaut worden.⁶⁰ Lebensreformerische Bestrebungen wie die Anwendung natürlicher Heilmittel (Wasser-, Licht- und Lufttherapie) sowie gesunde Ernährung fanden Eingang in die Behandlung. Erster Direktor wurde der Psychiater Anton Delbrück. Er hatte seine Lehrjahre bei Auguste Forel in Zürich verbracht und war mit der Trinkerheilstätte Ellikon vertraut.

Wie in zahlreichen anderen deutschen Heil- und Pflegeanstalten war ein erheblicher Teil der Patienten Trinker. Diese waren zusammen mit anderen Patienten unterschiedlicher Diagnosen auf den Stationen untergebracht. Delbrücks Lehrer Forel hatte sich dafür ausgesprochen, dass Trinkerheilanstalten nicht unter staatlicher Regie geführt werden sollten: »Die gedeihliche Entwicklung unserer Heilstätte beweist uns, daß wir Recht hatten, uns auf die in Amerika gemachten Erfahrungen zu stützen und dieselbe in der Form einer Unternehmung der privaten Wohltätigkeit ins Leben zu rufen. Wir wußten, daß die dortigen staatlichen Trinkeranstalten gewöhnlich kläglich vegetieren, zum Teil sogar eingegangen sind, während die meisten privaten Trinkerasyile gedeihen. Wir konnten damals die Ursache dieser Tatsache vermuten; jetzt liegt sie aber klar zutage. Bei der Heilung der Trinker hängt alles von den persönlichen Eigenschaften des direkten Leiters und des Personals des Hauses ab. Die Abstinenz muß in der Anstalt mit Begeisterung durchgeführt werden.

Ein ganz spezielles Verständnis der Frage ist aber außerdem notwendig und andererseits kann eine einzige Person, welcher dieses Verständnis mangelt und die im Haus angestellt ist, die Tätigkeit des Leiters vollständig lahmlegen, den Erfolg vereiteln und das ganze Werk zerstören. Zugegeben, daß in einer Staats-

60 Die großen, teilweise villenartigen Häuser standen (und stehen heute noch) in einem großzügigen Parkgelände am Rande der Stadt. Im Zeitgeist des Jugendstils erbaut, bevorzugte man runde, ornamentale Formen und vermied die sonst bei ähnlichen Anstalten vorherrschende Symmetrie.



»Lageplan der Irrenanstalt in Ellen bei Bremen.« Um 1900.

anstalt günstige Faktoren auch zusammentreffen können, so muß jeder, der das Wesen der Staatsanstalt kennt, bei deren Leitung stets viele Behörden und Personen mit zu sprechen haben, bei welchen politische und andere Rücksichten mehr oder weniger mitspielen, einsehen, daß selbst, wenn es gelänge, die richtige Person an die Spitze des Hauses zu setzen, schädliche Nebenwirkungen, wie die Genannten, nie ganz zu vermeiden wären. Einheitliche Leitung in aller Beziehung ist die Lebensbedingung einer Trinkerheilstätte.«⁶¹

Lediglich die unheilbaren Trinker mit schweren körperlichen und psychischen Komplikationen sollten in den Staatsanstalten untergebracht werden. Da es aber noch nicht genügend Heilstätten für die heilbaren Trinker gab, wurde weiterhin ein erheblicher Teil in den staatlichen Anstalten behandelt.

61 vergl. 97) REIMANN, A., S. 26

Es war erst wenige Jahre her, dass 1885 von Seiten der Wissenschaft durch von Bunge die Totalenthaltssamkeit für Trinker gefordert wurde.⁶² Diese erweiterte Delbrück, nach seinen guten Erfahrungen am Burghölzli, nicht nur auf alle Patienten, unabhängig ob sie zu den Trinkern gehörten oder nicht, sondern auch auf alle im Bremer St. Jürgen-Asyl Tätigen. Er schrieb: »Ich selbst habe die Übergangszeit, das heißt die allmähliche Abschaffung der geistigen Getränke sowohl in der Züricher als auch in der Bremer Irrenanstalt miterlebt und kann nur sagen, daß meine kühnsten Erwartungen weit übertroffen worden sind. Namentlich ist es erstaunlich, wie außerordentlich glatt sich der ganze Betrieb vollzieht, sobald man sich erst zu den äußersten und letzten Konsequenzen entschlossen hat. (...) Von Bier und Wein wird überhaupt nicht mehr gesprochen; von Streit, Neid und Mißgunst unter den verschiedenen Patienten in dieser Beziehung ist nicht mehr die Rede und der günstige suggestive Einfluß dieser allgemeinen Diät auf diejenigen Patienten, die es vor allem nötig haben, das heißt Alkoholiker und Epileptiker, die sich unter unseren männlichen Aufnahmen zum Beispiel auf 30 % belaufen, ist ein ganz ausgezeichneter. Zugleich bietet die Irrenanstalt in ihrer ganzen Abgeschlossenheit von der übrigen Gesellschaft ein höchst interessantes Experiment für die Abstinenz als Sitte überhaupt.«⁶³

Seit 1909 unterhielt der Enthaltssamkeitsverein vom »Blauen Kreuz« im St. Jürgen-Asyl einen Bruderverein, dessen Zweck darin bestand, »in christlichem Geiste an der Rettung der Opfer der Trunksucht und des Wirtshauslebens zu arbeiten«.⁶⁴ 1910 waren neben Delbrück der Oberarzt, der Anstaltsgeistliche, das Oberpflegerpersonal und ein Drittel des Pflegepersonals Mitglieder von Abstinenzvereinigungen. In dieser ausgeprägten Anwendung des Alkoholverbots war das St. Jürgen-Asyl führend unter den deutschen Irrenanstalten.

Auch außerhalb der Anstalt gab es bereits seit Ende des 19. Jahrhunderts in und um Bremen zahlreiche Abstinenzgruppen, vor allem der »Guttempler« und des »Blauen Kreuzes«, die zahlenmäßig rasch zunahmen und wesentlich dazu beitrugen, dass »an manchen Orten schon viele Alkoholiker geheilt (wurden), die überhaupt nicht in die Anstalten hinein- vielleicht überhaupt nicht einmal zum Arzt kommen, auch mit dem Gesetz gar nicht oder wenig in Konflikt geraten«.⁶⁵

62 Die Wissenschaftler und die meisten Ärzte standen der, vom bürgerlichen Mittelstand geprägten Mäßigkeitsbewegung nahe, die lediglich einen Verzicht auf hochprozentigen Alkohol, vor allem Branntwein für nötig hielt. Erst die Erfahrungen und Erfolge der Enthaltssamkeitsbewegung (Guttempler, Blaues Kreuz, Kreuzbündnis) ließen sie umdenken.

63 vergl. 22) DELBRÜCK, A.

64 vergl. 35) ENGELBRACHT, G. u. A. TISCHER, S. 33

65 vergl. 22) a. a. O.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lublin (Schlesien)

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Leipzig, Adresse: Marhold Verlag, Ballhausgasse. Fernsprecher 2833.

Nr. 50.

10. März.

1906.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschreiber für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublin (Schlesien), zu richten.

Die Abstinenz in Irrenanstalten.

Vortrag, gehalten auf der Psychiaterversammlung beim X. Internat. Kongress gegen den Alkoholismus in
Budapest im September 1905.

Von Direktor Dr. Delbrück, Bremen.*

Die Abstinenz in Irrenanstalten ist zuerst vor etwa 15 Jahren von abstinenten Aerzten in England, später in der Schweiz, Deutschland und Oesterreich eingeführt, mit einer Leichtigkeit, die die Erwartungen selbst der ängstlichsten Gemüther weit überstieg, und mit ebenso glänzendem Erfolge. Veranlassung dazu war neben dem Wunsche, das innere Anstaltsleben friedlicher zu gestalten, vor allem die Erkenntnis, dass man den in den Anstalten befindlichen Alkoholikern die Behandlung zukommen lassen muss, deren sie dem Wesen ihrer Krankheit nach bedürfen; ihre Zahl ist aber in allen Anstalten erheblich. Ich zähle bei uns in Bremen erst neuerdings wieder 33% aller männlichen Entlassungen. Und auf die Entlassungen kommt es doch in erster Linie an, weil sie alle mehr oder weniger heilbaren Kranken umfassen.*) Die Forderung, dass wir die Trinker von ihrer Krankheit zu heilen uns bestreben müssen, erscheint mir jetzt so selbstverständlich, dass ich ganz verfehlt war, als mir neulich entgegengehalten wurde (und zwar von einer für mich practisch wichtigen Seite): die Irrenanstalt sei nicht berufen und befugt, Trinker zu kurieren; dazu wären die Trinkerheilanstalten da! Bei ruhigem Nachdenken musste ich mir allerdings sagen, dass unser allverehrter Lehrer und Meister, Fiebel, vor 17 Jahren im wesentlichen auch noch die Ueberzeugung hatte, dass man Trinker in der Irrenanstalt nicht kurieren könne — und sich deshalb die Trinkerheilstätte Ellikon schuf. Mit dieser Anschauung bin ich so zu sagen gross geworden. Aber die Anschauungen haben sich bei mir unmerklich geändert. Als ich in Bremen kein

Ellikon mehr hatte wie in Zürich und zugleich unsere Anstalt immer abstinenter wurde (s. v. v.), habe ich immer seltener das Bedürfniss verspürt, unsere Trinker in eine Trinkerheilstätte zu schicken. Das macht oft grosse Schwierigkeiten und ich bekomme das Geld dazu nicht. Das, was Noth thut, kann ich zum Theil in Bremen viel bequemer von unserer Anstalt aus thun: den Patienten in einen geeigneten Verein schicken, ihm eine Thätigkeit aussuchen, in der die Versuchung, zu trinken, möglichst gering ist, und ihm eine ebensolche Wohnung suchen — oder wenn er verheirathet ist, seine Familie abstinenter machen. Und auf Abstinenz behandeln kann ich ihn jetzt in unserer abstinenten Irrenanstalt schliesslich ebenso gut, wie ein Trinkerasyll. So stehe ich jetzt zwar nicht auf den Standpunkt von Smith, der Trinkerasyll für eine mittelalterliche Verurteilung erklärt, aber ich halte sie für meine Praxis durchaus nicht mehr für so nöthig, wie früher — und zwar, weil unsere Anstalt abstinenter ist!

So wurde ich durch jene oben erwähnte Discussion plötzlich wieder auf die Frage hingewiesen: Wie mag es damit jetzt wohl im allgemeinen, in anderen Anstalten, stehen? — Als wir vor 4 Jahren auf unserem Kongress in Wien die Frage verhandelten, sagte uns Herr Professor Wagner von Jauregg:*) „Haben Sie Geduld, es ist mit der Zeit besser geworden und es wird besser werden. Wenn wir in einigen Jahren wieder zusammen kommen werden, wird der Wind umgeschlagen haben und die Mehrzahl der Irrenanstaltsdirectoren abstinenter sein.“ Seitdem ist in der That vielfach der Abstinenz in Anstalten das Wort

*) Dabei ist noch zu berücksichtigen, dass wir die Delbrücken im allgemeinen gar nicht in der Irrenanstalt aufnehmen.

*) Ber. über den VIII. Internat. Congr. g. d. Alkoholismus in Wien 1901, Leipzig u. Wien, S. 246

Dazu kamen Aktivitäten aus der Bremer Bürgerschaft vor allem von Frauen wie Ottilie Hoffmann, die neben der Gründung des »Bremer Mäßigkeitsvereins« unter anderem Kaffeestuben vorzugsweise in den Hafenvierteln und Speisewirtschaften schuf. Diese waren vor allem für die »niederen Stände« gedacht. Für den Mittelstand gab es drei Küchen und ein Café an der Weser. Benachbarte Ruheräume mit Lesezimmern waren eine weitere Einrichtung durch Anna Stemmermann, die zuerst als Assistentin von Delbrück wirkte, dann sich als erste Bremer Ärztin niederließ und alkoholfreie Räume in Verbindung mit Kultur anbot. 1900 rief Ottilie Hoffmann die erste Ortsgruppe des »deutschen Frauenbundes für alkoholfreie Kultur« ins Leben.⁶⁶

Durch die Erfahrungen in Bremen kam Delbrück wenige Jahre später (1906) zu neuen Erkenntnissen: »Als ich in Bremen kein Ellikon mehr hatte wie in Zürich und zugleich unsere Anstalt immer abstinenter wurde, habe ich immer seltener das Bedürfnis verspürt, unsere Trinker in eine Trinkerheilstätte zu schicken. (...) Das, was Not tut, kann ich zum Teil in Bremen viel bequemer von unserer Anstalt aus tun: Den Patienten in einen geeigneten Verein schicken, ihm eine Tätigkeit aussuchen, in der die Versuchung zu trinken, möglichst gering ist, und ihm eine eben solche Wohnung suchen – oder wenn er verheiratet ist, seine Familie abstinenter machen. Und auf Abstinenz behandeln kann ich ihn jetzt in unserer abstinenten Irrenanstalt schließlich ebenso gut wie ein Trinker-asyl.«⁶⁷

Delbrück befragte 173 Anstalten im deutschsprachigen Raum und zwar nahezu alle staatlichen Irrenanstalten in Deutschland, Österreich und der Schweiz sowie eine ganze Reihe von Privatanstalten, Anstalten für Epileptische und solche für Schwachsinnige, auch einige Anstalten in Holland, Ungarn und den russischen Ostseeprovinzen. Er bekam immerhin von 136 Anstalten Antworten, unter ihnen bezeichneten sich 30, also 22 % als abstinent geführt.

Schon 1899 berichtete Ernst Koller, Leiter des Sanatoriums »Buchheide« bei Finkenwalde (Pommern), dass in der Irrenanstalt »Herzberge« bei Berlin eine besondere Abteilung für Trunksüchtige existiere, von der alle alkoholischen Getränke ausgeschlossen seien. Trotz der dortigen Erfolge, wie auch in den Anstalten, in denen man allgemeine Enthaltsamkeit eingeführt hatte, wandte sich Koller gegen die Aufnahme von Trunksüchtigen in staatliche Anstalten: »Alle diese Maßnahmen sind jedoch nur Notbehelf. Sie schaffen den einen Übelstand weg, daß die Trinker geistige Getränke erhalten; sie beseitigen aber nicht

66 vergl. 24) DELBRÜCK, A., Alkoholfreie Gaststätten und öffentliche Ruheräume

67 vergl. 22) a. a. O.

einen fast ebenso Schweren: Das ist der Mangel an derjenigen strengen Ordnung und Zucht, die für die Behandlung von Trinkern nötig ist, und an derjenigen geistig geeigneten Umgebung, die zur sittlichen Beeinflussung der Trunksüchtigen erforderlich ist.

Es sind nun aber ferner die Trunksüchtigen für die Irrenanstalten ein großes Kreuz. (...) Erfahren in allen Schlichen, sich berauschende Getränke zu verschaffen, verstehen sie die Segnungen der heutigen Irrenbehandlung zur Befriedigung ihrer Sucht auszunutzen. Arbeitsscheu und widerspenstig wissen sie sehr wohl, daß der Irrenarzt ihnen gegenüber sowenig wie gegen andere Kranke Zwang anwenden kann und mag; und die leichten Disziplinar Mittel wie Kostaufbesserung für geleistete Arbeit, die an sich in der Irrenanstalt als vorteilhaft wirken können, verfangen bei ihnen nicht, solange sie nicht einsichtiger und fügsamer geworden sind. Diese Alkoholiker fühlen sich in der Anstalt ganz wohl, wo sie nicht zu arbeiten brauchen; sie kehren daher häufig dahin zurück, und der Name der Irrenanstalt hat für sie nichts Abschreckendes.«⁶⁸

In einer 1926 erschienenen kritischen Würdigung musste Delbrück zugestehen, dass seine im Jahre 1906 gestellte Prognose »in gewissem Sinne eine viel zu günstige« gewesen sei. »Denn nach wie vor ist die persönliche Abstinenz bei den Psychiatern nicht beliebt und gilt immer noch für ein wenig anstößig.« Er hoffte, »daß auch in Zukunft in den Irrenanstalten ein gewisses Abstinenzoder, sagen wir vorsichtiger, ein sehr strenges Mäßigkeitsregime aufrechterhalten werden würde«.⁶⁹

Anders war die Situation in den vielen privaten, offenen Trinkerheilanstalten, in denen sowohl vom gesamten Personal wie von den Pfleglingen Totalenthaltssamkeit gefordert wurde. Bis auf gelegentliche, entmündigte Trinker beruhte die Arbeit im Wesentlichen auf dem Prinzip der Freiwilligkeit des Eintritts der Pfleglinge. Vor dem Ersten Weltkrieg gab es etwa 2000 Plätze, von denen 15–20 % nicht belegt waren. Delbrück trat, anders als in späteren Jahren, dafür ein, sowohl bei den Geisteskranken als auch bei den Trunksüchtigen bezüglich ihrer Behandlung keine Trennung in »heilbar« und »unheilbar« vorzunehmen, sondern sie in allgemein-gemischten »Heil- und Pflegeanstalten« unterzubringen. Er plädierte dafür, die Hoffnung nicht zu schnell aufzugeben und auf Abstinenzbehandlung auch bei den »Unheilbaren« nicht zu verzichten. Er habe es wiederholt erlebt, »daß bei sehr üblen Fällen sehr spät noch Heilung erzielt wurde«.⁷⁰

68 ebd.

69 vergl. 23) Delbrück, A., Zur Asylisierung der Trinker

70 vergl. 22) a. a. O.

Pastor Dietrich aus den Betheler Anstalten in Bielefeld plädierte in der gleichen »Zeitschrift für Psychiatrie« (1926)⁷¹ dafür, es mit Arbeiterkolonien (vermutlich denkt er an das benachbarte Eckardtsheim) zu probieren und »in den schlimmsten Fällen die harte und heilsame Zucht der Korrektionshäuser an(zu)wenden«⁷². Er verwies in diesem Zusammenhang auf die westfälische Arbeitsanstalt Benninghausen, die eine Abteilung für entmündigte Trinker habe, die verwaltungsmäßig mit dem Korrektionshaus verbunden sei, im Übrigen aber möglichst selbstständig arbeite.

Von der Anwendung der Möglichkeit der Entmündigung wegen Trunksucht wurde in Bremen immer dann Gebrauch gemacht, wenn man mit dem Patienten auf gütlichem Wege nicht weiterkam. Nach der Einrichtung von Trinkerfürsorgestellen wurden diese zu vorläufigen Amtsvormündern bestellt. Die Einweisung in die Anstalt erfolgte nötigenfalls mithilfe der Polizei.

Des Weiteren bot sich die Möglichkeit, mithilfe des § 361/5 StGB diejenigen, die sich durch Trunksucht in einen solchen Zustand versetzt hatten, dass für sie und ihre Angehörigen öffentliche Mittel aufgewendet werden mussten, mit Haft zu bestrafen oder in ein Arbeitshaus einzuweisen. In Bremen wurde davon, im Gegensatz zu anderen deutschen Ländern, häufiger Gebrauch gemacht. Delbrück berichtete von guten Erfolgen ähnlich wie die Trinkerheilstätte »Auf dem Westhof« im westfälischen Benninghausen.

Wichtigste Grundlage aller Behandlungen wurde in der neuen Bremer Klinik die Arbeit in den verschiedenen Werkstätten, der Gärtnerei und auf dem Feld. Delbrück hatte dieses Behandlungsprinzip aus Zürich mitgebracht und mit der damals vorherrschenden Badebehandlung verbunden.⁷³ (Zur gleichen Zeit entwickelte Hermann Simon in den Westfälischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten Warstein und Gütersloh die Grundlagen der Arbeitstherapie.)

Für die Zeit von 1899–1909 gab Delbrück für die Bremer Irrenanstalt, die es ähnlich wie die Trinkerfürsorgestellen in den zwanziger Jahren überwiegend mit den schwersten Fällen zu tun hatte, eine Heilungsquote von 11–24 % an. (Die Bielefelder Trinkerfürsorgestelle, zuständig für eine vergleichbare Klientel, berichtete von 15–20 % Heilungen.)

71 vergl. 23) a. a. O.

72 ebd.

73 Durch stundenlange Kalt-, Warm- oder Heißbäder sollten die erregten Kranken beruhigt werden.

Das bis zur Weltwirtschaftskrise Ende der 1920er-Jahre weiterentwickelte Versorgungssystem der Suchtkrankenbehandlung wurde durch die sich verschärfenden wirtschaftlichen Krisen und eine Gesundheitspolitik im Sinne einer drastischen Auslese zugunsten der »Heilbaren« zunehmend untergraben. Die an Einfluss gewinnende nationalsozialistische Rassenlehre mit ihren Vorläufern bis ins 19. Jahrhundert hatte gegenüber Alkoholkranken eine ambivalente Einstellung: Wurden einerseits die Trunksüchtigen als minderwertig eingestuft, deren Fortpflanzung bei chronischer Erkrankung durch Sterilisation verhindert werden musste, so waren doch in den eigenen Reihen, bis in die Führungsspitze der Partei eben solche Trinker allgemein bekannt. Das Vorbild des abstinent lebenden »Führers« reichte offensichtlich nicht, dieses Problem im eigenen Haus zu bewältigen. Die erreichten Fortschritte fielen der restriktiven Politik gegenüber Suchtkranken weitgehend zum Opfer.

Nach 1945 brauchte auch die Bremer Nervenlinik viele Jahre, um an die Entwicklung vor 1933 anzuknüpfen. Seit 1952 wurden auf einer eigens dafür eingerichteten »Süchtigenabteilung« die Alkoholkranken zusammengefasst. Gleichzeitig begann man mit der Behandlung mittels Hypnose, ein wichtiger Schritt bei der Entwicklung psychotherapeutischer Interventionen. Außerdem stand mit dem Medikament »Antabus« ein neues Hilfsmittel für die längerfristige Entwöhnungsbehandlung zur Verfügung, das allerdings nicht die anfänglich großen Hoffnungen erfüllen konnte.

Bis Ende der 1970er-Jahre entwickelten sich neben den Aufnahmestationen für Suchtkranke, einschließlich einer Intensivabteilung für die ersten Tage des Entzugs bzw. später eintretende Komplikationen, Stationen zur Entwöhnungsbehandlung, für chronisch Kranke, eine Tages- und Nachtambulanz sowie eine Ambulanz. Auch Selbsthilfegruppen (vornehmlich die Anonymen Alkoholiker, die in den 1930er-Jahren in den USA entstanden und sich seit den 50er-Jahren in Deutschland ausbreiteten) wurden in die stationäre Arbeit einbezogen. Der Anfang für die Entwicklung einer gemeindenahen Behandlung war getan.

Wie schon zu Anfang des Jahrhunderts wurde die Bremer Klinik Vorbild vor allem für viele Landeskrankenhäuser und ihre sich nach und nach entwickelnden Suchtkrankenabteilungen.

Die Heil- und Pflegeanstalt – eine Alternative zur Heilstätte?

Trinkerheilanstalten und Trinkerheilstätten⁷⁴

Einen aufschlussreichen eigenen Weg ist Österreich gegangen. Dort gab es auch nach 1900 keine offenen Trinkerheilstätten wie in Deutschland und der Schweiz. Der Physiologe Rudolf Wlassak, zum Kreise um Auguste Forel und Eugen Bleuler gehörend, nahm dazu folgendermaßen Stellung: »Es fragt sich, ob die offene Trinkerheilstätte, über die man bisher die meisten Erfahrungen gesammelt hat, wirklich als Normalform weiterhin angesehen werden darf. Nach den Erfahrungen, die die Trinkerheilstätte ›Am Steinhof‹ bei Wien gemacht hat, hat auch eine innerhalb des Rahmens einer Irrenanstalt befindliche Abteilung für Trinker ihre nicht zu unterschätzenden Vorteile. (...) Ein weiterer Vorteil der Trinkerabteilung wäre die Nähe einer größeren Stadt, da jede größere Irrenanstalt verkehrsmäßig gut erreichbar wäre. Das erleichtert die dringend notwendige Verbindung mit der Familie des Trinkers, da nicht nur dieser die Möglichkeit haben müßte, das oft stark gestörte Verhältnis zu Frauen und Kindern in Ordnung zu bringen, sondern auch der Arzt müßte sich intensiv um Frau und Kinder des Pfleglings kümmern.

Ein großer Nachteil einer ›Irrenanstalt‹ mit angeschlossener Trinkerheilabteilung wäre deren Name. In Österreich würde mancher Alkoholkrankte freiwillig in die Trinkerheilstätte ›Am Steinhof‹ eintreten, wenn sie nicht Teil einer Irrenanstalt wäre. Deshalb müßte, um die Berührung mit ›Geisteskranken‹ zu vermeiden, die Trinkerabteilung innerhalb der Irrenanstalt ein eigenes Gebäude haben.«⁷⁵

Auch in Westfalen machte man sich für ähnliche Einrichtungen stark. Der »Bielefelder Bezirksverein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke« stellte am 30. November 1899 einen Antrag bei der Provinzialverwaltung von Westfalen,

74 Die beiden Bezeichnungen wurden immer wieder uneinheitlich gebraucht: Häufiger fand in der kleineren, familiär geführten »Heilstätte« die offene, auf Freiwilligkeit beruhende Behandlung statt, während in der »Heilanstalt« die überwiegend auf Zwang herbeigeführte Unterbringung, meist in den großen staatlichen Heil- und Pflegeanstalten, vorherrschte.

75 vergl. 115) WLASSAK, R.

Antrags-Begründung

des Bezirksvereins Bielefeld des Deutschen Vereins gegen Mißbrauch geistiger Getränke
betreffend die Errichtung von Trinkerheilanstalten in der Provinz Westfalen.

Das Bedürfnis nach der Errichtung von Trinkerheilstätten und Trinkerasylen ist überall in Deutschland und besonders auch in der Provinz Westfalen ein dringendes, weil auf den Kopf der Bevölkerung gerechnet, in Deutschland größere Mengen geistiger Getränke (im Ganzen für fast 3 Milliarden Mark jährlich) konsumiert werden, als in den meisten anderen Ländern, und weil deshalb die Kraufheit der Trunksucht leichter als in anderen Ländern erworben wird, in denen nicht so viel und nicht so regelmäßig getrunken wird wie bei uns. Nach einer Angabe des Geh. Sanitätsrat Vær betrug im Jahre 1893 die Zahl der in öffentlichen Krankenhäusern der Provinz Westfalen behandelten Deliranten 674; die Zahl der Trunksüchtigen ist natürlich sehr viel größer. Eine amtliche Statistik über die Zahl der Trunksüchtigen giebt es leider noch nicht. Sehr läßt man im Allgemeinen noch in Deutschland den Trunksüchtigen sich zu Tode trinken oder an indirekten Folgekrankheiten, wie Schwindsucht, oder Ungeuentzündung zu Grunde gehen, läßt ihn Kinder zeugen¹⁾, die epileptisch, geisteskrank oder tödlich werden, läßt ihn Verbrechen in der Trunksucht begehen und im Zuchthaus enden oder läßt ihn trinken, bis er geisteskrank wird. Man baut und erweitert immer Gefängnisse und Zrenhäuser, um die Opfer der Trunksucht dort unterzubringen, statt sie vorher zu heilen. In welchem Umfange sich unsere Gefängnisse und Zrenanstalten entvölkern würden, wenn man Trinkerheilstätten in genügenden Umfange baute und dafür sorgte, daß die Trunksüchtigen rechtzeitig, so lange sie heilbar sind, von ihrer traurigen Krankheit befreit würden, läßt sich aus folgenden Zahlen ersehen:

Durch Trunk kamen ins Gefängnis bezw. Zuchthaus²⁾ etwa 39 bis 42 %
in Zrenanstalten³⁾ 27 %.

Freilich sind nicht Alle, die in der Trunkenheit Verbrechen begangen haben, auch trunksüchtig, aber zweifellos ein großer Teil, denn erst durch häufiges und regelmäßiges Trinken sinken die meisten dieser Menschen so tief, daß sie Verbrechen begehen⁴⁾.

Es ist unchristlich und unmoralisch, durch die Trunksucht so zahllose Menschen körperlich, moralisch und psychisch zu Grunde gehen zu lassen, die man leicht in Trinkerheilanstalten hätte retten und bessern können. Aber nicht allein von diesem Gesichtspunkte aus halten wir die Errichtung von Trinkerheilanstalten für geboten, sondern auch vom volkswirtschaftlichen: Die meisten Trunksüchtigen leisten keine nützbringende Arbeit oder wenigstens viel weniger und geringwertigere als sie in gesundem Zustand geleistet haben würden. Wenn die Trunksüchtigen Vermögen oder Besitz haben, so vergeuden sie dieselben; haben sie ein Geschäft, so lassen sie dasselbe verkommen und fallen als Steuerzahler aus. Sind die Trunksüchtigen in verantwortlicher Stellung, so gefährden sie ihre Mitarbeiter und sonstigen in ihrer Nähe befindlichen Menschen und Sachen. Dies gilt von Fuhrleuten, Aufsehern, Eisenbahnbefehlshabern, Bergleuten u. s. w. Zweifellos ist ein großer Teil der Eisenbahn- und Bergwerksunfälle der Trunkenheit oder ihrer Folgeerscheinungen zuzuschreiben.

¹⁾ Näheres siehe Anlage 1. Dr. Comereil, „Medizisches über das Trinken“. S. 14, 37.

²⁾ Anlage 2. Bode, „Die Mäßigkeitsfrage und das Gefängnis. Halle 1890. S. 7 u. 8.

³⁾ Ermittlung in den rheinischen Zrenanstalten des verstorbenen bekannten Psychiaters Geheimrat Blasse in Bonn. Siehe Anlage 2, Seite 38.

⁴⁾ Nach Anlage 2, Seite 8, saßen 1894 in preussischen Gefängnissen 18,4 % Trunksüchtige, doch ist diese Zahl wahrscheinlich zu klein, da die Grenze der Trunksucht nicht scharf ist.

Antrag des Bielefelder Bezirksvereins des Deutschen Vereins gegen Mißbrauch geistiger
Getränke auf Einrichtung von Trinkerheilanstalten in der Provinz Westfalen (1899)

so schnell wie irgend möglich zwei Trinkerheilanstalten, die eine im evangelischen, die andere im katholischen Teil der Provinz, zu errichten. Diese könnten ohne Umbau auf den doppelten Umfang gebracht werden. Der Provinzialausschuss lehnte den Antrag ohne weitere Begründung ab. Dieser wurde am 12. Juni 1904 von sämtlichen Bezirksvereinen und allen größeren Städten und vielen Kreisen Westfalens erneuert. Diesmal hieß es in der Begründung: »In ärztlichen Kreisen besteht kein Zweifel mehr, daß die ausgebildete Trunksucht eine Krankheit und eine mit organischen Störungen und Veränderungen verbundene Geisteskrankheit ist, die sich darin äußert, daß die davon Befallenen ein krankhaftes Verlangen nach alkoholischen Getränken haben und an einer Willensschwäche leiden, die es ihnen unmöglich macht, trotz der furchtbaren Folgen, welche die Kranken vor Augen sehen, diesem Verlangen zu widerstehen. (...)«⁷⁶

Weiter wird ausgeführt, dass allein die Bemühungen der Leiter und Mitglieder von Abstinenzvereinen ausreichend sein können, wenn auch ein genügend starker Wille vorhanden wäre. Es sei aber anzuerkennen, dass bei vielen Trunksüchtigen alle Anstrengungen vergeblich seien und diese nur in Trinkerheilanstalten geheilt werden könnten. Als Begründung wird unter anderem die Notwendigkeit der gründlichen Heilung der körperlichen Folgekrankheiten der Trunksucht aufgeführt und darauf hingewiesen, dass »Bedingung für die dauernde Heilung nach der Entlassung aus der Trinkerheilanstalt ist, daß die früheren Trinker sich möglichst einem Abstinenzverein anschließen. (...)«⁷⁷ Es wurde versucht, dem Provinzialverband deutlich zu machen, dass die Kosten für Einrichtung und Unterhaltung von Trinkerheilanstalten weitaus günstiger ausfielen als die höheren Folgekosten für den Staat, wenn sie den Trunksüchtigen und seine Familie dem Schicksal überließen.

Der »Deutsche Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke« forderte, dass neben den offenen, den Freiwilligen vorbehaltenen Trinkerheilstätten in freier Trägerschaft die beschriebenen Trinkerheilanstalten von den Provinzen in Preußen begründet und getragen werden müssten, da die Provinzen schon für Unterbringung und Heilung der Arbeitsscheuen, der Geisteskranken, der Blinden, Tauben, der Epileptischen und der Schwachsinnigen sorgen würden. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass die Provinzen Westfalen und Rheinland Trinkerasyile für unheilbar Trunksüchtige errichtet hätten. Als weiteres Argument führte man die inzwischen an vielen Orten der Provinz errichteten Trinkerfürsorgestellen ins Feld, denen eine individuelle Trinkerbehandlung möglich sei und die als letztes Hilfsmittel jederzeit auf die geschlossenen Trinker-

⁷⁶ vergl. 161) Wohlfahrtszentrale der Stadt Bielefeld

⁷⁷ ebd.

Vortrag

betreffend die

Errichtung von Trinkerheilstätten und Trinkerasylen durch die Provinz

gehalten in dem westfälischen Provinzialverband gegen den Mißbrauch geistiger Getränke
am 31. Oktober 1911

von Dr. Karl Möller, Braakwede.

Der Vieseler Bezirksverein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke hat am 30. November 1899 folgenden Antrag bei der Provinzialverwaltung von Westfalen gestellt:

„Die Provinz Westfalen möge so schnell wie irgend möglich 2 Trinkerheilanstalten errichten (die eine im evangelischen, die andere im katholischen Teile der Provinz), die ohne Umbau auf den doppelten Umfang gebracht werden können. Die Provinz gebe der Westfälischen Alters- und Invalidenanstalt, den westfälischen Krankenkassen, den Gemeinden und Privatpersonen das Recht, daß die von ihnen bezeichneten Trunksüchtigen gegen angemessene, für ein Jahr sichergestellte Pflegegebühren in diese Trinkerheilanstalten aufgenommen werden, soweit der Platz reicht.“

Auf diesen Antrag erhielt er folgenden Bescheid:

Der Landeshauptmann
der Provinz Westfalen.

Münster, den 10. Dezember 1899.

„Dem Vorstande teile ich mit Bezug auf die Eingabe vom 30. November d. J. ergebenst mit, daß der Provinzial-Ausschuß in der Sitzung vom 5. d. Mts. beschlossen hat, mit Ablehnung eines weitergehenden Antrags auf Errichtung von Trinkerheilanstalten die Bereitwilligkeit auszusprechen, die auf dem Wege der freien Liebestätigkeit entstehenden Heilanstalten in dazu geeigneten Fällen durch Beihilfen zu unterstützen.“

Der Antrag wurde am 12. Juni 1904 von sämtlichen Bezirksvereinen und allen größeren Städten und vielen Kreisen Westfalens **erneuert** und wie folgt **begründet**:

„In ärztlichen Kreisen besteht kein Zweifel mehr, daß die ausgebildete Trunksucht eine Krankheit und zwar eine mit organischen Störungen und Veränderungen verbundene Geisteskrankheit ist, die sich darin äußert, daß die davon Befallenen ein

»Errichtung von Trinkerheilstätten und Trinkerasylen durch die Provinz« von K. Möller (1911)

heilanstalten zurückgreifen könnten. Es wurde empfohlen, die Anstalten nicht zu groß (max. 150 Betten) anzulegen, damit die persönliche Einwirkung des Leiters möglich sei. Eine gruppenweise Zusammenlegung mehrerer Anstalten sei durchaus denkbar. Insgesamt berechnete man für Westfalen 2000 Betten in entsprechenden Anstalten, der sofortige Bau je einer evangelischen und katholischen Trinkerheilanstalt von je 150 Betten schien den Antragstellern unumgänglich. Schließlich wurde darauf hingewiesen, dass in zunehmenden Maße Krankenkassen und vor allem die Landesversicherungsanstalt die Kosten der Behandlung übernehmen.

Der Provinzialverband Westfalen blieb bei seiner Ablehnung, in größerem Umfang Trinkerheilanstalten einzurichten. Ausnahme blieb das Trinkerasyll für entmündigte Trunksüchtige in Benninghausen. Erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde mit dem Aufbau eigener Heilstätten und Abteilungen für Suchtkranke begonnen.

Professionalisierung der »Trinkerrettung«

Die Trinkerfürsorgestellen

Die Einrichtung von Trinkerfürsorgestellen war vom »Deutschen Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke« betrieben worden. Die erste Trinkerfürsorgestelle im Deutschen Reich wurde 1902 von der Polizeiverwaltung der Stadt Herford eingerichtet und im fünften Jahr ihres Bestehens berichtet, dass insgesamt 228 Fälle behandelt wurden, von denen 31 als vollständig enthaltsame und immerhin 63 als sehr mäßige Trinker galten, sodass weitere Fürsorge für nicht mehr nötig befunden wurde.

Das Augenmerk richtete sich vor allem auf die trunksüchtigen Familienväter und auf Frauen der unbemittelten Schichten. Man richtete eine »Trinkerliste« ein und vernahm protokollarisch die Frauen über das Vorleben ihrer Männer. Nachdem die Frauen sich überzeugt hatten, dass »in erster Linie nur im Wege der Güte vorgegangen werden sollte«⁷⁸, waren sie nach anfänglichem Misstrauen zunehmend bereiter, über die täglichen Misshandlungen und Beschimpfungen, die ihnen und den Kindern durch die trinkenden Männer widerfuhr, zu berichten. Der Mann wurde »in Gegenwart der Frau auf die schlimmen Folgen seiner Trunksucht aufmerksam gemacht« und ihm dann eröffnet, »daß die Kinder, falls sie durch das üble Beispiel schlecht erzogen werden sollten, der Fürsorgeerziehung überwiesen würden. Das machte stets einen tiefen Eindruck. Keiner wollte sich seine Vaterrechte entziehen lassen. (...) Erfreulich war es, mit welcher Energie die Frauen um ihr Recht kämpften. (...)«⁷⁹

Die Kontrolle der Bezirksbeamten ging so weit, dass sie jede Woche »mindestens einmal im Hause durch Befragen der Frauen bzw. auch wenn erforderlich bei den Arbeitgebern der Trinker feststellten, wieviel sie verdienen und ob auch dieser Betrag am Lohntage zu Händen der Frau gekommen«⁸⁰ sei.

Als Resümee wurde festgestellt: »Viele Trinker wurden dauernd gebessert, doch wurden die alten Trinker leicht rückfällig und bedurften dann einer äu-

78 vergl. 153) Der Kampf der Polizeiverwaltung in Herford

79 ebd.

80 ebd.

berst scharfen Kontrolle; sie mußten wissen, daß der Bezirksbeamte stets ein wachsames Auge auf sie ausübte. (...)«⁸¹ Diejenigen, die vollständig enthaltsam geworden waren, entschlossen sich meistens, vollständig zu entsagen und teilweise dem Blaukreuz-Verein als Mitglieder beizutreten. Den als »sehr mäßige Trinker« Eingestuft wurde zugestanden, dass sie »infolge ihres schweren Berufs etwas Branntwein zum Frühstück und Vesperzeit haben müssen, im übrigen aber ein nüchternes und tadelfreies Leben führen.«⁸²

Selbst den »alten Trinkern«, die ebenfalls ohne Branntwein nicht auskommen konnten, wurde zugestanden, dass sie »insofern bedeutend mäßiger geworden (seien), als sie höchstens für 20 Pfennig den Tag haben müssen. (...) Ausschreitungen wie früher sind ausgeschlossen, da die Kontrolle eine Schärfe ist und die Betreffenden befürchten müssen, daß sie infolge der abgegebenen Erklärung als Trunkenbolde erklärt und auf die Säufferliste gesetzt werden. Sie arbeiten regelmäßig und sorgen nach Kräften für ihre Familie.«⁸³

Bei den »Trunkenbolden«, die überwiegend als erblich Belastete galten, stellte man fest, dass »infolge der Bekämpfung und scharfen Zucht sie dahin gebracht worden (sind), daß sie, soweit ihre Kräfte reichen, arbeiten und den kleinen Verdienst der Frau abgeben müssen.«⁸⁴

Aber auch an einer anderen Front wurde gekämpft: »Den hiesigen Wirten und Kleinhändlern mit Branntwein war auf das strengste untersagt, diesen Leuten irgendwelche geistigen Getränke zu verabfolgen bzw. sie in ihren Lokalen zu dulden. Diese Maßregel hat erfahrungsgemäß zu einer Besserung nicht beigetragen, sie kamen doch an Branntwein, den sie sich durch Freunde besorgen ließen.«⁸⁵

So musste später eine Verfügung des Mescheder Landrats (Hochsauerland) vom Februar 1907, »(...) den Alkoholgenuß vornehmlich während der Volksfeste einzudämmen und den Verkauf alkoholfreier Getränke zu fördern, (...) 7 Jahre später erneuert und die Behörden angehalten werden, (...) streng darauf zu achten, daß den Teilnehmern an solchen Festen, deren Dauer die feststehende örtliche Polizeistunde überschreitet, nach Schluß des Festes die Möglichkeit zum weiteren Wirtschaftsbesuch und damit zum erhöhten Alkoholgenuß genommen wird (...)«.⁸⁶

81 ebd.

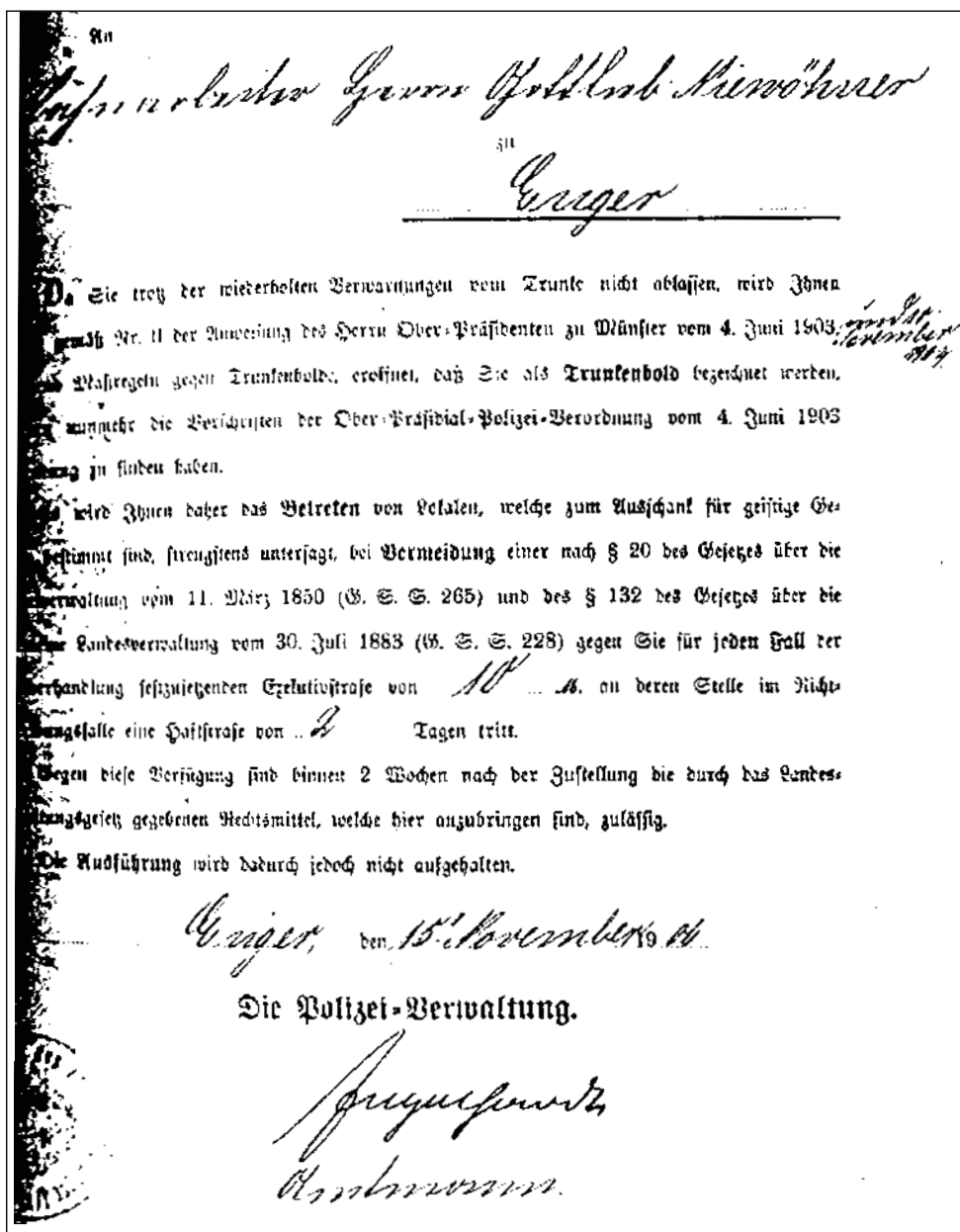
82 ebd.

83 ebd.

84 ebd.

85 ebd.

86 vergl. SCHULTE, G., a. a. O.



Öffentliche Bezeichnung als »Trunkenbold« (1906)

Erst als letztes Mittel wurde die Entmündigung ausgesprochen: In fünf Jahren wurde sie in Herford bei sieben Männern und einer Frau angewandt. Man berichtete, dass vier Personen ohne Erfolg in Trinkerheilanstalten untergebracht worden seien.

Des Weiteren wurden in diesem Zeitraum 34 Kinder, darunter 18 Mädchen, der Fürsorgeerziehung übergeben. Erfreulicherweise seien die Misshandlungen der Frauen fast vollständig zurückgegangen, das Familienleben habe sich immer besser und zufrieden stellender gestaltet.

Unter den Trinkern gab es auch einige Frauen, »(...) die aber leichter zur Besserung zu bewegen waren und meistens sofortige vollständige Enthaltensamkeit anlobten und ihr Versprechen ohne jeden Rückfall bis heute gehalten haben«. Diese »(...) trunksüchtigen Frauen wurden hauptsächlich einer besonders scharfen Kontrolle hinsichtlich Reinlichkeit der Kinder und des Haushaltes unterworfen«. ⁸⁷

Betrunkene, die meisten von ihnen »Trunkenbolde«, die in den Polizeigewahrsam eingeliefert wurden, »mußten für Obdach und Verpflegung andert-halb Tage das vorgeschriebene Quantum Steine klopfen«. ⁸⁸ Als besonders nützlich erwies sich die Einrichtung einer »alkoholfreien Erfrischungshalle in der Nähe des Aushebungslokals«. Die Polizeistrafen verminderten sich seitdem wesentlich.

Zusammenfassend kam der Polizeiinspektor in Herford zu der Auffassung, »(...) daß der Trinker in erster Linie eine besondere humane Behandlung verlangt und falls er diese mißbraucht, daß dann mit aller Strenge gegen ihn eingeschritten werden muß, da ihn nur die Furcht vor Strafe in den Schranken zu halten vermag«. ⁸⁹

Neben den Trinkerfürsorgestellen in Harburg, Dortmund und Posen, die sich in kommunaler Trägerschaft befanden (private, d. h. von Vereinen getragene Trinkerfürsorgestellen entstanden unter anderem in Königsberg, Bromberg und Barmen), kam der 1904 geschaffenen Einrichtung in Bielefeld⁹⁰ besondere Bedeutung zu: Auch hier wurde die Stelle von der Polizeiverwaltung ins Leben gerufen und durch 30 mitarbeitende Frauen aus dem bürgerlichen Mittelstand,

87 ebd.

88 ebd. und 154) An den Lagerarbeiter...

89 vergl. 153) a. a. O.

90 vergl. 13) BÖHM, M., S. 52 ff. und 1) ANLAUF, R., S. 116 ff.

geleitet von der rührigen Lehrerin Wilhelmine Lohmann, unterstützt. Diese ehrenamtlichen Fürsorgerinnen waren über 22 Polizeireviere verteilt und hatten »(...) zunächst die Aufgabe, zusammen mit dem Polizeisergeanten des Reviers, die Trinker und Trinkerinnen ihres Revieres festzustellen und darüber an den zuständigen Bezirks-Polizeikommissar zu berichten.

Zu jedem der vier Polizeibezirke gehörten fünf bis sechs Polizeireviere. Wenn der Kommissar sich dann selbst davon überzeugt hat, daß die ihm bezeichneten Personen gewohnheitsmäßig dem Alkoholgenuß übermäßig frönen, so berichtet er darüber an den Polizeiverwalter, welcher entscheidet, ob die dauernde Trinkerfürsorge für die in Vorschlag gebrachte Person eintreten soll. Erst wenn diese Anordnung vom Polizeiverwalter getroffen ist, beginnt die Fürsorgearbeit. Auf diese Förmlichkeit muß Wert gelegt werden, weil sonst zu befürchten ist, daß die Damen sich in ihrem löblichen Eifer auch an Leute heranmachen, die gelegentlich einen über den Durst trinken, für die aber eine Fürsorge nicht erforderlich und nicht angebracht ist, wo sie im Gegenteil als eine unberechtigte Einmischung in private Angelegenheiten empfunden würde, die der ganzen Einrichtung nur schädlich sein könnte.

Ist die Trinkerfürsorge vom Polizeiverwalter angeordnet, so wird davon die Trinkerfürsorgerin und der Polizeirevierbeamte und außerdem der Blaukreuzverein und der Guttempler-Orden in Kenntnis gesetzt, und zugleich wird in dieser ersten Mitteilung angegeben, wer nach Ansicht des Polizeiverwalters in erster Linie geeignet ist, auf den Trinker oder die Trinkerin einzuwirken, ob die Fürsorgerin oder die männlichen Vereinsmitglieder: Das muß geschehen, weil man in Fällen, in denen es sich um gewalttätige Männer oder rohe Burschen handelt, den Damen nicht zumuten darf, sich mit diesen für sie gefährlichen Menschen zu befassen.

Der Polizeikommissar legt für jede Person, für welche die Fürsorge angeordnet ist, eine besondere Akte an, welche in seinem Dienstzimmer aufbewahrt wird. Zu dieser Akte berichten die Fürsorgerinnen und der Revierbeamte in regelmäßigen, vom Kommissar zu bestimmenden Zwischenräumen über ihre Wahrnehmungen und ihre Arbeit an dem Trinker; allen in der Trinkerfürsorge tätigen Personen steht die Akte zur Einsicht jederzeit zur Verfügung. Allmonatlich einmal wird der Reihe nach für je einen Bezirk eine gemeinsame Beratung gepflogen über die Mittel, die zweckdienlich sind. Diese Beratungen, die sich also für jeden der vier Bezirke nach je vier Monaten wiederholen, sind von besonderer Bedeutung. Sie werden von dem Bezirkspolizeikommissar geleitet. (...)

Außer den Trinkerfürsorgerinnen beteiligen sich noch daran die Vertreter vom Blaukreuzverein, von den Guttemplerlogen, der Vorsteher des städtischen Armenbüros, desgleichen des Polizeibüros und des städtischen Arbeitsnachweises. Auch ein Arzt, der Praxis nicht mehr übt, hat sich in dankenswerter Weise in den Dienst der Trinkerfürsorge gestellt. Er nimmt regelmäßig an den Bezirksversammlungen teil und geht den Damen sehr häufig mit Rat zur Hand, er geht auch mit zu den Trinkern, um ihnen ins Gewissen zu reden und ihnen vor Augen zu führen, wie sie ihre und ihrer Kinder Gesundheit durch den Trunk ruinieren und sich unglücklich machen.«⁹¹

Neben der oben beschriebenen praktischen Arbeit vor Ort gehörte zur Aufgabe der Bielefelder Trinkerfürsorgerinnen auch die Erforschung der individuellen Ursachen der Trunksucht. Dabei stand die Berücksichtigung sozialer Faktoren im Vordergrund, dies ganz im Gegensatz zu den zeitgenössischen wissenschaftlichen Anschauungen, die von der »Degenerationstheorie« geprägt waren. Typisch für die Zeit wurde allerdings auch angenommen, dass ein wichtiger sozialer Faktor der Trunksucht bei Männern darin bestand, dass »die Frau unordentlich ist und es nicht versteht, ihrem Manne die Wohnung behaglich und einladend zu machen.«⁹² Dementsprechend nahmen sich die Trinkerfürsorgerinnen der Ehefrauen der Trinker zwecks Anleitung zur Haushaltsführung und der Versorgung der Familien mit Kleidung besonders an. Dabei wurde auch von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, Natural- statt Geldleistungen zu erbringen.

Durch die praktische Unterstützung sollte es zu einer Vertrauensbildung zwischen der Fürsorgerin, dem Trinker und seiner Familie kommen, um letztlich die Bereitschaft zu einer längerfristigen Behandlung in einer stationären Trinkerheilstätte zu erreichen.⁹³

Reichsweit wurde darüber diskutiert, ob die Trinker schwerpunktmäßig in den Heilstätten oder den Fürsorgestellen betreut werden sollten. Bald zeigte sich, daß die Fürsorgestellen kein Ersatz für die Heilstätten sein konnten. Als notwendige Ergänzung wurden bis zum 1. Weltkrieg 240 Trinkerfürsorgestellen in etwa 150 Städten und Gemeinden im Deutschen Reich eingerichtet. Träger waren, falls sie groß und tragfähig genug waren, sowohl die verschiedenen Vereine als auch die staatlichen Gesundheitsämter.⁹⁴

91 STAPENHORST, Die Tätigkeit der Bielefelder Frauen in der Trinkerfürsorge, in: DEUTSCHER VEREIN g.d.M.g.G. (Hg.) (1908), zit. nach 13) BÖHM, M., S. 52 ff.

92 ebd.

93 vergl. 13) a. a. O., S. 53 f.

94 ebd. S. 55

Zur Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen trug die Gründung einer »Zentrale für Trinkerfürsorge« bei, die in Westfalen in Trägerschaft der Landesversicherungsanstalt in Münster ihren Sitz hatte.

Durch die Trinkerfürsorgestellen wurde die Betreuung der Suchtkranken zunehmend professioneller. Mindestens ein im Hauptamt vollzeitlich beschäftigter Trinkerfürsorger, von dem persönliche Abstinenz und die Mitarbeit in einem alkoholgegenerischen Verein erwartet wurde, verfügte über rechtliche Kenntnisse, pädagogische Fähigkeiten und entsprechende Einsatzbereitschaft für die Trunksüchtigen.⁹⁵

In einem 1910 geschlossenen Arbeitsvertrag zwischen dem »Deutschen Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke für Bünde und Ennigloh« und dem Diakon Müller als Trinkerfürsorger wird in § 4 bestimmt: »Diakon Müller hat einen seinen Pflichten und seiner Stellung angemessenen Lebenswandel zu führen, insbesondere ist er gehalten, völlige Enthaltksamkeit von geistigen Getränken zu wahren und strenge Amtsverschwiegenheit zu üben.«⁹⁶

Die Zusammenarbeit mit kommunalen Behörden, Gerichten, Sozialversicherungsträgern, Lehrern und Ärzten als auch mit den örtlichen Abstinenzvereinen sollte einen möglichst vollständigen Überblick über alle am Ort bzw. dem Einzugsgebiet ansässigen Trunksüchtigen verschaffen.⁹⁷

Die mindestens konsiliarische Beteiligung eines Arztes diente u. a. der Stellung der Diagnose, der Abfassung von Gutachten für Trinkerheilstättenkuren und dem Angebot von Sprechstunden.⁹⁸

Darüber hinaus war die Nachsorge nach Durchführung einer Kur in einer Trinkerheilstätte ein wichtiges Aufgabenfeld der Fürsorgestellen. Die Reintegration in die Familie und vor allem die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess standen dabei im Vordergrund der Bemühungen.

Waren im katholisch-westfälischen Landesteil durch Ortsgruppen des Kreuzbündnisses Fürsorgestellen für Alkoholranke eingerichtet worden (bis 1909 20 Fürsorgestellen bei 96 Ortsgruppen im Bereich der Erzdiözese Paderborn), so überließen im evangelischen Landesteil die Guttempler sowie Blaukreuz-

95 ebd. S. 63

96 vergl. 157b) Vertrag ...

97 vergl. 13) a. a. O., S. 63

98 ebd. S. 64

gruppen die Initiative eher den Kommunen und dem »Deutschen Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke«.

Die kommunalen Fürsorgestellen galten schon damals als »höher-schwellig«,⁹⁹ da sie traditionell Teil der Armenpflege waren und ihre Inanspruchnahme oft zur Stigmatisierung der Betroffenen führte. Zudem war eine vorbeugende Arbeit im Rahmen der Polizei- und Armenverwaltung kaum zu leisten, da diese in der Regel erst in einem sehr späten Stadium der Trunksucht mit dem Trinker konfrontiert wurden. Zwangsmaßnahmen waren dann häufig nicht mehr zu umgehen.¹⁰⁰

Aufgabe sowohl der ehrenamtlichen Trinkerfürsorgerinnen und Trinkerfürsorger als auch der Mitglieder örtlicher Abstinenzvereine war die Durchführung von häufigen Hausbesuchen. Anders als die kommunalen Fürsorgestellen, deren Arbeit oft durch Kontrolle und Zwang gekennzeichnet war, hatten die durch Vereine getragenen Trinkerfürsorgestellen überwiegend die Funktion, Zuträger für die bestehenden Trinkerheilstätten zu sein und Vermittlerfunktion zwischen diesen und den örtlichen Abstinenzvereinen zu übernehmen.¹⁰¹

Als wichtigste Aufgabe übernahmen die Trinkerfürsorgestellen die Betreuung der Angehörigen des Trinkers. Des Weiteren wurde der Versuch unternommen, mit dem Trinker Verbindung aufzunehmen, um ihn dem Arzt, einem Abstinenzverein oder der Trinkerheilstätte zuzuführen. Auch war die Frage der Entmündigung oder deren massive Androhung für die Fürsorgestellen bedeutsam.

Im Jahre 1910 wurde die vorbildliche Zusammenarbeit der Fürsorgestellen mit den Abstinenzvereinen in Berlin so beschrieben: »Wir sind dankbar, daß sich uns die Hilfe großer Abstinenzvereinigungen (...) bietet. Ohne sie verlohnte sich nicht unsere Wirksamkeit der Mühe. Der Guttemplerorden macht durch seinen Vertreter allwöchentlich unsere Sprechstunde von Anfang bis Ende mit. Der Orden vermittelt wichtige Recherchen in der Häuslichkeit unserer Kranken, läßt uns seinen erfahrenen Rat jederzeit zuteil werden, wir können seine praktischen Kenntnisse bei der Abfassung ausführlicher Anträge, z. B. bei Entmündigung verwerten und ist damit einverstanden, daß wir ihm unsere sämtlichen Kranken zur Sichtung zuweisen. (...) Auch der Blaukreuzverein, das Kreuzbündnis und die Heilsarmee bieten uns ihre Hilfe an.«

99 »Höher«- und »niederschwellig«; Begriffe aus der gegenwärtigen Suchtkrankenversorgung zur Bezeichnung des erleichterten oder erschwerten Zuganges zu den Einrichtungen und Angeboten der Suchtkrankenhilfe.

100 ebd. S. 57 und S. 59

101 ebd. S. 60 ff.

War in Westfalen die Zusammenarbeit auf örtlicher Ebene zwischen den Mäßigkeits- und Enthaltensvereinen, kommunalen und staatlichen Stellen (wie den Gesundheitsämtern und den Polizeiverwaltungen) sowie den Gerichten und schließlich den Trinkerheilstätten gut und teilweise beispielhaft vorangekommen, so eröffnete auf Landesebene die 1910 ins Leben gerufene »Zentrale für Trinkerfürsorge« in Münster neue Perspektiven der Zusammenarbeit.

Die Initiative dazu ging von der Landesversicherungsanstalt Westfalen aus. Diese war 1891 im Gefolge der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung als »Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalt Westfalen« gegründet worden und betreute zu Beginn etwa 700 000 Versicherte. 1899 wurde sie in »Landesversicherungsanstalt Westfalen« umbenannt. Bis zum Jahre 1902 waren allerdings Heilmaßnahmen in Trinkerheilanstalten wegen zu geringer Besserungsaussichten von Leistungen ausgeschlossen. Schließlich war man bereit, sechsmonatige Kuren, wenn sie sich im Nachhinein als erfolgreich erwiesen hatten, für Männer in den westfälischen Trinkerheilanstalten »Bernhards Hof« in Maria Veen, »Friedrichshütte« bei Bielefeld und »Elim« bei Herford, für Frauen in der Heilstätte »Mara« bei Herford, zu unterstützen, da Untersuchungen ergeben hatten, dass der längerfristige Erfolg meistens dann eintrat, wenn der Anschluss an Abstinenz- und Mäßigkeitsvereine geglückt war.

Wenn auch die Landesversicherungsanstalt Westfalen keine Trinkerfürsorgestellen in eigener Regie unterhielt, unterstützte sie doch die von den Vereinen und den beiden Konfessionen betriebenen Stellen durch finanzielle Zuwendungen und die Ausbildung von Trinkerfürsorgern. Die »Westfälische Zentrale für Trinkerfürsorge« kann als Vorläufer der »Reichshauptstelle gegen die Suchtgefahren« im Berlin der Weimarer Republik bzw. der späteren bundesdeutschen »Hauptstelle gegen die Suchtgefahren« in Hamm/Westfalen gelten. Ursprünglich war sie nur für den Bereich Münster gedacht, dann aber durch die Initiative der Landesversicherungsanstalt auf ganz Westfalen ausgedehnt worden. Auf der Tagung in Münster 1911 erklärte man selbstbewusst, »daß die Provinz Westfalen in der Trinkerfürsorge an der Spitze marschiert«. ¹⁰²

Die Zentralstelle diente dem regelmäßigen Austausch der in der Trinkerrettung Tätigen, also sowohl den ehrenamtlichen Helfern der verschiedenen Mäßigkeits- und Abstinenzvereine als auch den haupt- und nebenamtlichen Fürsorgerinnen und Fürsorgern in den Trinkerfürsorgestellen.

102 vergl. 170) Centrale der Trinkerfürsorge

Vertrag der Leutnererwerke Heinstor. in. B. Oktober 1911.

„Heinster zu“

Gafjastögurinn. Sö. Linsb.
 Þrýgningsskóli, Þrýgningsskóli.
 Linsb. 1823.

Bericht

...als ein Zugewinn von Stoffmengen
Verkaufen, bezugsfaktoren von S. Salinar
1911 zu Münster i. W.

Heringswasser vor zu erhalten, ließ die Provinz Westfalen den den
Trinkwasserbesorgern aus der Bisthumsverwaltung eine gewisse Abkürzung
für den Kauf zu versprechen, daß diese den jährlichen 52. Pfennig für den
jählichen Abzug vom Wochensatz. Berücksichtigung der Trinkwasserabteilung für
unermessliche Trinkwasser der Bisthumsverwaltung Penninghausen zugehen
würde. Darauf für gegeben, den den jährlichen Pfennig für den großen
Kommunikanten berechneten. Platzgenommen abzufolgen zu den Bisthums
ein Bisthumsverwaltung von Penninghausen 25 Pfennig 58. mehr für Pfennig, sechs
Pfennig 76 Pfennig für Bisthumsverwaltung 8 für Bisthumsverwaltung mehr.
Den den Pfennig für den Bisthumsverwaltung 6, 80 Pfennig betragen.

Vor dem Eintritte in den Hohenloher'schen Landeshof
H. v. Althoff, als Vorposten des Landesh. Vorpostenkommandos West-
falen, nach der Erfahrung von: Er ist demnach, daß die Vorposten-
anstalt sich insbesondere der Leitung der Volkswirtschaften zur
Aufgabe macht, sich zu den verschiedenen anderen der Volkswirtschaften
als Vorposten zu verhalten, so daß die Volkswirtschaften in
den Volkswirtschaften sich nicht, so wie sie sich nicht in den Volkswirtschaften
den besten Erfolg.

Das Hauptausgangspunkte enthält folgende: Frankl. & Co. Augsburg.
Verordnung: Leiterausbildung und Vervollständigung des Frankl. & Co.
Lehrerfortbildung Hauptstadt D. Ascher. Harmon. der Stadt
 Die untere Reihe von Leitzungen enthält das Lehrfortbildung
 -ausgabe Lehrfortbildung und als Leiter der Leiter Lehrfortbildung
 -ausgabe Lehrfortbildung und als Leiter der Leiter Lehrfortbildung
 -ausgabe Lehrfortbildung und als Leiter der Leiter Lehrfortbildung

Frucht 2.

Tagung der westfälischen Trinkerfürsorgestellen in Münster (1911)

Die gute Zusammenarbeit zwischen den evangelischen und katholischen Einrichtungen, die vor allem auf dem Lande und den Kleinstädten ihre Schwerpunkte hatten, lag der Münster'schen Zentrale besonders am Herzen. Die enge Zusammenarbeit mit der Landesversicherungsanstalt sollte der möglichst reibungslosen Abklärung der Finanzierung von Trinkeruren in den Heilstätten dienen. Diese wurden nur unter bestimmten Voraussetzungen genehmigt: So musste eine bestimmte Anzahl von »Marken« geklebt worden sein, ein ärztliches Gutachten die Notwendigkeit einer Kur und eines schon fortgeschrittenen Krankheitsstadiums bescheinigen.

Auch der entmündigten Trinker nahm man sich an und kümmerte sich um Arbeit und Unterbringung nach der Kur, die in den meisten Fällen in Benninghausen stattfand. Darüber hinaus wurde der Kontakt zu den Richtern, die für die Entmündigungen zuständig waren, gesucht. Und selbst für entlassene Gefangene, die als Trinker bekannt waren, fühlte man sich verantwortlich. Ein weiteres Aufgabenfeld der Zentrale sollte sich vorbeugenden Maßnahmen widmen. Die Herausgabe bzw. Unterstützung von Zeitschriften und Aufklärungsschriften sowie öffentliche Vorträge bei unterschiedlichsten Anlässen standen dabei im Vordergrund. Und auch die Weiterbildung der in den Fürsorgestellen tätigen Mitarbeiter gehörte zum Aufgabenkatalog.

Mit dem 1. Weltkrieg 1914–18 kam die Tätigkeit der Antialkoholbewegung weitgehend zum Stillstand. Das Pflegepersonal der Heilstätten und viele Mitglieder der Abstinenzvereine wurden zum Kriegsdienst eingezogen. Die Gebäude der Heilstätten und Heilanstalten wurden zu Lazaretten, Genesungsheimen, Kriegsgefangenenlagern und Flüchtlingsunterkünften umfunktioniert.

Die Alkoholknappheit führte zu einem deutlichen Absinken der Trunksuchtfälle. Hinzu kam, dass die Regierung den Alkoholgenuss im Felde zunächst untersagte. Konnte diese Anweisung zu Beginn des Krieges noch weitgehend durchgesetzt werden, so war dies im weiteren Kriegsverlauf nicht mehr möglich. Die zunehmende Verschlechterung der Ernährungssituation, der immer stärker einsetzende Hunger breiter Bevölkerungskreise, die oft desolate Verfassung der heimkehrenden Soldaten, dazu Arbeitslosigkeit und Inflation trugen wesentlich zum erneuten Anstieg des Alkoholkonsums bei.

Von dieser Entwicklung waren die in den Heil- und Pflegeanstalten verbliebenen Suchtkranken besonders betroffen. Mit anderen Patienten auf engstem Raum zusammengedrängt, vollkommen unzureichend betreut und behandelt, dazu die äußerst mangelhafte Ernährung – all dies führte häufig zu Krankheit und Tod.

Ein mühsamer Neubeginn

Die Folgen des 1. Weltkrieges

Zahlreiche Mitglieder der Abstinenzvereine waren im Krieg gefallen, der Wiederaufbau der Gruppen nach 1918 gestaltete sich mühsam. Führende Kräfte der alkoholgegenerischen Verbände waren traditionell politisch konservativ eingestellt¹⁰³ und verhielten sich dementsprechend eher distanziert zu den Institutionen und Organen der Weimarer Republik.¹⁰⁴

Um die Kräfte zusammenzufassen, wurde 1921 die »Reichshauptstelle gegen den Alkoholismus« in Berlin gegründet.¹⁰⁵ Damit hatten die beiden großen Organisationen der Antialkoholbewegung im Deutschen Reich, der »Deutsche Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke« und der »Allgemeine Deutsche Zentralverband zur Bekämpfung des Alkoholismus« nach Jahrzehnten des Nebeneinander und der Konkurrenz zusammengefunden. Der »Deutsche Verein« hatte sich der Forderung nach Enthaltbarkeit statt Mäßigkeit angeschlossen. Damit war auch inhaltlich eine gemeinsame Grundlage geschaffen.

1921 fand der »Erste Deutsche Alkoholgegnertag« in Breslau statt. Themenschwerpunkt war das Gemeindebestimmungsrecht, das die fällige Reform des Konzessionswesens dergestalt regulieren sollte, dass die Kommunen die Zahl der Schankstätten festlegen konnten. Außerdem galt der Änderung der Trinksitte schon seit längerem die Aufmerksamkeit der alkoholgegenerischen Verbände. Neben der Propagierung alkoholfreier Getränke wurde für die Einrichtung von Milchverkaufsständen und Kaffeehallen geworben. Die Bemühungen führten jedoch in den darauf folgenden Jahren nicht zum gewünschten Erfolg. Lediglich Kindern und Jugendlichen bis zum 16. Lebensjahr durfte kein Alkohol verkauft werden. Die angestrebte Ausweitung auf Personen bis zum 18. Lebensjahr konnte nicht durchgesetzt werden.¹⁰⁶

103 Das heißt ihre politische Heimat waren überwiegend die bürgerlich-konservativen, »kaiser-treuen« Parteien, bsp. die Deutsch Nationale Volkspartei (DNVP).

104 vergl. 13) BÖHM, M., S. 77

105 vergl. HAUSCHILDT, E. in 28) Suchtkrankenhilfe in Deutschland, S. 30 ff.

106 Vor allem die starke Lobby des »Alkoholkapitals« (Brauereien, Getränkevertriebe, Winzerverbände, Gaststättenvertretungen) wurde dafür verantwortlich gemacht.

Auch ein weiteres Ziel der alkoholgegnnerischen Verbände, die Verabschiedung eines Trinkerfürsorgegesetzes durch den Reichstag, konnte nicht erreicht werden. Dabei ging es im Wesentlichen um die gesetzliche Regelung von Zwangsmaßnahmen gegenüber Alkoholkranken. Das Mittel der Entmündigung schien nicht ausreichend, da es nur bei weit fortgeschrittener Erkrankung griff.

Behördlicherseits war auch der überhand nehmende Hastrunk kaum zu kontrollieren. »Drogerien und Feinkostgeschäfte, (...) die im Besitz der Konzession zum Verkaufe von Cognac, Rum, Arrak und besseren Liköre sind (...) verkaufen auch billigen Kornbranntwein und andere wohlfeile Spirituosen, z. B. Cognacverschnitt in großen Mengen an das Publikum, da sie ohne diese Konzessionen kaum lebensfähig waren.«¹⁰⁷

Der »Heilstättenverband« reaktivierte seine durch den Krieg weitgehend zum Stillstand gekommene Arbeit und traf sich Ende 1920 auf einer ersten Jahrestagung. Man beschloss, in bisheriger Weise die Heilstätten zu betreiben und verwies auf beachtliche Erfolge. Nach einem kriegsfolgebedingten, starken Rückgang der Zahl der Heilstätten verfügte man 1927 reichsweit wieder über 35 Anstalten,¹⁰⁸ darunter fünf Häuser für Entmündigte bzw. unter vorläufige Vormundschaft Gestellte.

1927 schlossen sich die konfessionellen Dachverbände, die »Evangelische Reichsarbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Alkoholnot« und der »Reichsausschuß der Katholiken gegen den Alkoholmißbrauch«, der »Reichshauptstelle gegen den Alkoholismus« an.

Zur Unterstützung der von privaten Organisationen geplanten Fürsorgeeinrichtungen für Alkoholranke wies der Regierungspräsident in Arnsberg im Jahre 1925 Kreise, Städte und Gemeinden an, kostenfrei »Bauland, Stamm- oder Bauholz, Gewährung einer Beihilfe oder ein gering zu verzinsliches Darlehen« zur Verfügung zu stellen.¹⁰⁹

Im selben Jahr erließ der Oberpräsident der Provinz Westfalen in Münster eine Verfügung betreffend die »Bekämpfung von Schund im Buch, Film, des Mißbrauchs von Alkohol usw.« und wies darauf hin, »daß im Kampf gegen den Alkohol alle infrage kommenden Einzelpersonen, Personenkreise und Organisationen eng zusammenarbeiten müssen«. Angesprochen wurden Geistlich-

107 vergl. SCHULTE, G., a. a. O. S. 233

108 vergl. 13) BÖHM, M., S. 94

109 vergl. SCHULTE, G., a. a. O. S. 233

keit, Ärzte und Lehrer, aber auch Gewerkschaften und andere Berufsorganisationen, die in Kirche, Schule und Presse aufklärerisch wirken und gegen den Alkoholismus vorgehen sollten.

In diesem Sinne unterstützte die Regierung in Arnsberg die Errichtung alkoholfreier Einrichtungen wie Heime, Milchbars etc., die Anschaffung und Verteilung von Schrift- und Anschauungsmaterial für den Schulunterricht sowie den Wandererunterricht gegen den Alkoholmissbrauch.

Damit wurde besonders der Jugend gedacht, die nach Ansicht des Regierungspräsidenten in Arnsberg wegen der zahlreichen Freibierschützenfest im Sauerland besonders gefährdet zu sein schien. Die Ortspolizeibehörden sollten auf Vereinsvorstände und Eltern einwirken, kein Bier an Jugendliche auszuschenken und diese veranlassen, bei Einbruch der Dunkelheit den Festplatz zu verlassen. Letztlich waren die Vereine lediglich bereit, auf den Ausschank von Branntwein zu verzichten, da dieser die Feste »unschön und roh gemacht« habe.¹¹⁰

In Westfalen kam neben den Trinkerheilstätten in Herford, Eckardtsheim (früher Wilhelmsdorf) bei Bielefeld, Hamm und Benninghausen der 1929 eröffnete »Heidehof für Alkohol- und Nervenranke« in Maria Veen (früher »Bernhards Hof«) bei Borken hinzu. Bei Zusammenkünften der westfälischen Trinkerfürsorgestellen in Münster wurde festgestellt, »daß die amtlichen Trinkerfürsorgestellen und die Wohlfahrtsämter weniger große Bedenken gegen den ›Westhof‹ bei Benninghausen hatten, daß aber die privaten Trinkerfürsorgestellen und die Trinkerrettungsvereine mehr für den ›Blaukreuzhof‹ bei Soest und andere Trinkerheilstätten waren, die nicht als geschlossene Anstalten anzusehen sind«.¹¹¹ Untersuchungen hinsichtlich des Kurerfolges der in den Heilstätten behandelten Patienten in den Jahren 1922–26 erbrachten ähnliche Ergebnisse wie schon in den Jahren vor 1914: Je ein Drittel wurden als »geheilt«, »gebessert« und »nicht geheilt« eingestuft.

Die Weltwirtschaftskrise 1929–32 hatte für die Heilstätten schwerwiegende Konsequenzen: Der Rückgang der Belegungen führte zur Schließung mehrerer Häuser. Man weigerte sich jedoch, Einrichtungen zusammenzulegen, um die Qualität der Behandlung nicht zu gefährden. Allerdings war man bereit, besondere Abteilungen für leichtere und schwere Fälle (teils offen, teils geschlossen) einzurichten. Die zunehmende Verbreitung der Trinkerfürsorgestellen und die fortschreitende Professionalisierung der dortigen Arbeit ließen vor allem vor

110 vergl. SCHULTE, G., a. a. O. S. 234

111 vergl. 163) LOHMANN, W.

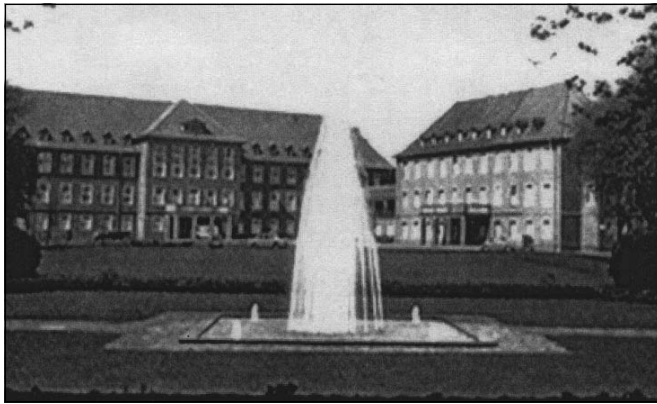
dem Hintergrund der knapper werdenden finanziellen Mittel die Frage nach der Notwendigkeit der Trinkerheilstätten aufkommen. Zudem waren die öffentlichen Kostenträger sehr zurückhaltend mit der Bewilligung von Kuren. Dies auch deshalb, weil sie weiterhin nur bei Vorliegen einer fortgeschrittenen Trunksucht zu Leistungen verpflichtet waren. Eine darüber hinaus mögliche Übernahme der Kosten eines Heilverfahrens war u. a. an das Vorliegen einer ärztlichen Bescheinigung gebunden, in der, neben der Erkrankung an Trunksucht die Arbeitsunfähigkeit und die Notwendigkeit einer Heilstättenbehandlung bestätigt werden mussten. Die Wiederherstellung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit wurde primäres Ziel der Behandlung.¹¹²

112 vergl. 13) BÖHM, M., S. 95

Ein Besuch im »Mekka« der Reformpsychiatrie

Hermann Simon, die Gütersloher Anstalt und die Alkoholfrage

Ab Oktober 1928 wurde in unmittelbarer Nachbarschaft der bereits bestehenden Universitätskliniken in Münster die Universitäts-Nervenlinik in Betrieb genommen.¹¹³ Bereits seit 1878 gab es im Norden Münsters die Provinzial-Heilanstalt »Marienthal«, ursprünglich ein Kloster der »dames de sacre coeur«. Die Zusammenarbeit war nach Darstellung des ersten Direktors der Universitätsnervenlinik, Professor Adalbert Kehrer, »von Anfang an und ohne jede Trübung in all den vielen Jahren eine schöne, von Rivalität oder gar Konkurrenz freie«.¹¹⁴



Universitäts-Nervenlinik Münster

In der von Kehrer 1962 verfassten »Geschichte der Universitäts-Nervenlinik Münster« sind, neben einer Vielzahl von Überlegungen zur baulichen Gestaltung, auch solche zur Belegung der geplanten Stationen festgehalten. Da es sich um eine »Neuro-psychiatrische Klinik« handelte, sollten die so genannten »reinen« Nerven- von den psychisch Kranken getrennt werden. Suchtkranke wurden in dem Bericht nicht erwähnt und sind wohl nur in Einzelfällen aufgenom-

113 vergl. 67) KEHRER, A., S. 1

114 ebd., S. 2

men worden. Neben der eingeschränkten räumlichen Situation, war offensichtlich das geringe wissenschaftliche Interesse an suchtkranken Patienten, wie andernorts auch, dafür verantwortlich.¹¹⁵

Als Mitglied einer vom Oberpräsidenten eingerichteten Besuchskommission war Kehrer als psychiatrischer Gutachter für die Provinzial-Anstalten Marienthal, Lengerich und Gütersloh zuständig. Von Letzterer berichtete er: »Das eindrucksvollste Erlebnis bei einer solchen Besichtigung hatte ich beim ersten Besuch der Anstalt Gütersloh. Diese bildete damals das Mekka aller fortschrittlichen Psychiater, man kann sagen: aus ganz Europa. Dies war darin begründet, daß ihr Direktor, Ob.-Medizinalrat Dr. Hermann Simon, eine das ganze Anstaltswesen im wahrsten Sinne revolutionierende Tat nicht bloß ersonnen, sondern dort auch strikt durchgeführt hatte: Die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie psychisch Kranker. Als wir zum ersten Male dort erschienen, überreichte uns Simon eine Liste, in der genauestens aufgeführt war, wie viele bettlägerig und wieviele systematisch zu den aller verschiedensten handwerklichen Arbeiten herangezogen waren. Das Verhältnis zwischen jenen und diesen betrug ca. 3 : 97!«¹¹⁶

Auch in der Gütersloher Anstalt blieb unklar, wie viele Suchtkranke sich unter den Patienten befanden und möglicherweise erfolgreich mit Hilfe der Simon'schen Arbeits- und Beschäftigungstherapie behandelt wurden. Dies mag auch daran gelegen haben, dass aufgrund der »Verordnung über die Fürsorgepflicht« aus dem Jahre 1924 den Landesfürsorgeverbänden lediglich die Fürsorge für Geisteskranke, nicht aber für Trinker zugewiesen worden war.

In einem diesbezüglichen Schriftwechsel zwischen Hermann Simon, dem westfälischen Provinzialfürsorgeverband sowie dem städtischen Wohlfahrtsamt Bielefeld wies Simon ausdrücklich darauf hin, dass »Trinker nur insoweit der Fürsorgepflicht des Fürsorgeverbandes unterliegen, als sie und solange sie deutliche Zeichen einer geistigen Störung darbieten, die Anstaltsfürsorge nötig macht. Ist nach Abklingen der geistigen Störung oder, ohne daß eine geistige Störung bestanden hat, eine verlängerte Anstaltinternierung lediglich zum Zweck der Entwöhnung vom Alkoholmißbrauch erforderlich oder zweckmäßig, so kann sie auch in einer Provinzial-Heilanstalt stattfinden, aber nur im Sinne der Trinker- und nicht der Geisteskrankenfürsorge. Ist diese verlängerte Internierung eine un-

115 Dies änderte sich erst in den 1980er-Jahren. Die Psychiatrische Universitätsklinik, unter der Leitung von Professor Rainer Tölle, übernahm für einen Teil der Stadt Münster die psychiatrische Pflichtversorgung und war damit auch für die Behandlung von Suchtkranken zuständig.

116 ebd., S. 7



Hauptgebäude der Westfälischen Provinzialheilanstalt, in der die Räume für die Verwaltung eingerichtet wurden. Hier hatte Hermann Simon sein Arbeitszimmer. (Fotografie um 1925, aus: Ludwig Schluckebier: *Wie im neuen Gütersloh gebaut wird*. Berlin 1925, S. 57).

freiwillige, so ist dazu der Antrag oder die Zustimmung des Vormundschaftsgerichts nach Entmündigung des Trinkers wegen Trunksucht erforderlich.«¹¹⁷

Simon wehrte sich gegen eine Praxis der Abschiebung: »Trinker werden, wenn es draußen nicht mehr mit ihnen geht, als ›geisteskrank‹ der Irrenanstalt überwiesen.« Da die Zeichen einer geistigen Erkrankung, meistens im Sinne eines Delirium tremens, aber nur wenige Tage anhielten, sah Simon keine Möglichkeit, den Trinker gegen seinen Willen weiter zu behandeln. Lediglich bei denjenigen Alkoholkranken, die aufgrund ihres langjährigen Abusus bleibende geistige Schädigungen davongetragen hatten, sah er eine Fürsorgepflicht des Fürsorgeverbandes, der sich dieser mit dem Trinkerheim in Benninghausen angenommen habe: »Für die Praxis werden wir doch eine Grenze suchen müssen, wo sich ›Trunksucht‹ mit ihren unmittelbaren Folgen und ›Geisteskrankheit infolge von Alkoholmißbrauch‹ trennen lassen. Ich sehe diese Grenze dort, wo geistige krankhafte Veränderungen schwerer Art nicht nur als unmittelbare Alkoholwirkung (d. h. im Alkoholrausch selbst) auftreten, sondern auch ohne daß immer Alkohol weiter genossen wird, dauernd bestehen bleiben oder wenigstens längere Zeit.«¹¹⁸

Simon sah durchaus die Notwendigkeit einer längerfristigen Behandlung in einer Provinzial-Heilanstalt nach der Entgiftungsbehandlung, hielt dafür aber die Entmündigung des Trinkers für unabdingbar: »Ich muß also davor warnen,

117 vergl. 162) SIMON, H.

118 ebd.

Trinker, sofern sie nicht an einer wirklichen Geisteskrankheit, sondern nur an akutem Alkoholismus leiden, in die Irrenfürsorge zu übernehmen. Es dürfte den zuständigen Behörden anheim zu geben sein, unter allen Umständen zunächst die Vormundschaft wegen Trunksucht – und sei es zunächst nur die vorläufige Vormundschaft – herbeizuführen, da erst dadurch die rechtliche Grundlage dafür geschaffen wird, den Trinker auch so lange in einer geeigneten Anstalt festzuhalten, wie es im Interesse seiner Heilung oder Besserung notwendig ist. Wer die Kosten einer solchen Unterbringung dann zu tragen hat, ist eine Frage, die Verwaltungsbeamten prüfen mögen. (...) Sie (die Trinker, d. V.) mangels anderer Anstalten in die Irrenanstalt aufzunehmen, habe ich keine Bedenken, sofern das oben erwähnte veränderte Aufnahmeverfahren Platz gegriffen hat und die Unterbringung durch Vormundschaftsgericht sanktioniert wird.«¹¹⁹

Zu dieser Thematik äußerte der Berliner Anstaltsdirektor Bratz 1929 in der »Ärztlichen Sachverständigen-Zeitung« die Ansicht: »Die geschlossene Anstalt ist auch deshalb unentbehrlich, weil viele Trinker in den ersten Wochen und Monaten uneinsichtig nach draußen drängen und erst später, wenn die Alkoholwirkung auf das Zentralnervensystem sich gemindert hat, die Einsicht und den Willen zu dauernder Enthaltbarkeit gewinnen. (...) Soweit die Irrenanstalten für die Behandlung der Trinker in Betracht kommen, schlage ich daher vor, daß sie sich eigene, von der übrigen Anstalt gesonderte Trinker-Heilstätten angliedern, wie dies bereits in Wien-Steinhof, Konstanz und Berlin-Wittenau geschehen ist. (...) Der betreffende Heilstättenkomplex nähert sich durch dieses System mehr dem Gepräge eines Krankenhauses und verliert bis zu einem gewissen Grade den jetzigen in den Augen der Bevölkerung den Irrenanstalten anhaftenden Makel.«¹²⁰

Bratz hielt auch deshalb derartige »Abstinenzsanatorien« für unabdingbar, da »eben nur ein Bruchteil der behandlungsbedürftigen Trinker und leider auch nur ein Bruchteil der Frühalkoholiken, auf welche es immer wieder ankommt, zum freiwilligen Eintritt in eine (offene) Heilstätte überredet werden kann.«¹²¹ Er wies auf die weitere Erfahrung hin, dass sich unter den Patienten der Irrenanstalten viele Alkoholkranke befinden, die unzureichend behandelt würden: »Unter den 1926 in Herzberge (bei Berlin, d. V.) aufgenommenen 1084 Männern befanden sich 698 Trinker. Unter diesen waren 496 bereits mehr als einmal in Herzberge aufgenommen. Aufnahmen zum 20., 30. und selbst zum 70. Male sind durchaus keine Seltenheit.«¹²²

119 ebd.

120 vergl. 15) BRATZ, S. 177 f.

121 ebd., S. 179

122 ebd., S. 180



Hermann Simon in seinem Arbeitszimmer vor seinem Schreibtisch.
(Fotografie um 1930. Institut für Geschichte der Medizin und des
Krankenhauswesens der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen.)

Der Berliner Anstaltsdirektor plädierte dafür, »vor allem die Frühalkoholiker bis zur Erzielung einer Aussicht auf Dauerabstinenz in der Anstalt zu halten, ohne Scheu vor etwaigen Beschwerden«. Eine vertrauensvolle Beziehung zu dem Kranken, unter Einbeziehung der Familie, »regelmäßige Beschäftigung, wie sie die reichen Mittel der großen Heilstätten im Freien, auch in Werkstätten, im Büro, Bibliothek vielseitig bieten. (...) Auch psychotherapeutische Anwendungen« seien geeignete Mittel. Würden alle »ärztlichen Beeinflussungen versagen, müssen die im Entmündigungsverfahren liegenden rechtlichen Möglichkeiten bis zum Ende ausgenutzt werden«. Als letzte Stufe käme schließlich »die Überweisung in die Arbeitsanstalt« in Betracht: »Die einzelnen, nach Brauweiler (das rheinische Pendant zum westfälischen Benninghausen, d. V.) erfolgten Überweisungen haben jedenfalls günstig, d. h. warnend auf die anderen Trinker gewirkt.«¹²³

Bratz schloss sich der Forderung an, »im künftigen Irrenfürsorgegesetz unter den in die geschlossene Anstalt Aufzunehmenden die klare Einbeziehung der Süchtigen«¹²⁴ zu verlangen.

In einem Briefwechsel mit dem Städtischen Wohlfahrtsamt in Bielefeld bezüglich der Aufnahme und Entlassung eines gemeinsamen, alkoholkranken Pa-

123 ebd., S. 181

124 ebd., S. 186

tienten entwickelte Hermann Simon seine Vorstellungen über eine angemessene Behandlung: Nachdem der Trunksüchtige sich drei Monate in verschiedenen Arbeitsbereichen bewährt hätte, meinte Simon, eine Entlassung gutheißen zu können: »(...) denn nur der Versuch kann zeigen, ob ein Alkoholiker die Selbstbeherrschung zu geordneter Führung auch in der Freiheit aufbringt. Eine gewisse Überwachung muß dabei allerdings geübt werden, so daß beim Rückfälligwerden sofort wieder eingegriffen werden kann. Am besten treten solche Menschen einem Abstinenz-Verein bei, der ihnen den nötigen Rückhalt bietet.«¹²⁵ Da Simon wusste, daß es um die häuslichen Verhältnisse des Betroffenen nicht gut stand, bat er um vorbereitende Schritte für die versuchsweise Entlassung, denn »(...) wird K. einfach von hier weggeschickt, ohne daß dafür gesorgt ist, daß er in geordnete Verhältnisse kommt, dann vermindern sich die Aussichten, daß er sich draußen halten wird, erheblich«. ¹²⁶ Aufgrund der Vorgeschichte hielten die Fürsorger in Bielefeld die Entlassung für verfrüht und baten, den K. »(...)noch eine zeitlang dort behalten zu wollen« und, aufgrund der schwierigen Familienverhältnisse und dem nachteiligen Bekanntenkreis, »(...) nach seiner etwaigen Entlassung zuerst in den »Blaukreuzhof« bei Dinker, Kreis Soest« zu entlassen.¹²⁷

Entgegen aller Erfahrungen der Trinkerheilstätten beharrte Simon darauf, dass bei der ersten Kur eine Entlassung nach drei Monaten angemessen sei und erst nach einem Fehlschlag »sofort die zweite Kur mit einem halben Jahr völliger Abstinenz und tüchtiger Beschäftigung«¹²⁸ am Platze sei. Er sprach sich gegen starre Behandlungszeiten aus und plädierte stattdessen für ein individuelles Vorgehen. Simon wies schließlich auf »die besondere Wichtigkeit der guten Überwachung und auch Beratung während der versuchsweisen Entlassung«¹²⁹ hin: »In den heutigen wirtschaftlichen Schwierigkeiten ist die Gefahr doppelt groß, daß ein mit den besten Vorsätzen wieder ins freie Leben tretender Gefährdeter bald wieder Trost und Vergessen seiner Lage im Schnaps sucht, wenn niemand ihn aufnehmen, niemand ihn beschäftigen will, wenn er überall abgewiesen und wieder auf die Straße geschickt wird.«¹³⁰

Die Wiedereingliederung sah Simon als »dankbares Betätigungsfeld für die Trinkerfürsorgevereine« und hielt es für »unbedingt notwendig, daß sich solche Menschen an einen Abstinenzverein anschließen und daß zu einem solchen

125 vergl. 162) a. a. O.

126 ebd.

127 ebd.

128 ebd.

129 ebd.

130 ebd.

Anschluß auch ein gewisser behördlicher Druck auf sie ausgeübt wird«. ¹³¹ Simon verkannte zwar nicht die »Zweckmäßigkeit einer längeren Internierung zur Entwöhnung von Alkohol«, diese war für ihn jedoch nur auf der Grundlage der Entmündigung wegen Trunksucht und einer entsprechenden Anordnung des Vormundschaftsgerichtes denkbar. In erster Linie wären für die Behandlung Süchtiger die Trinkerheilstätten zuständig. Nur für den Fall, dass eine Unterbringung dort nicht durchführbar sei, käme die Aufnahme in eine Provinzial-Heilanstalt in Betracht.



Blaukreuz-Hof in Eilmsen bei Soest. Postkarte aus dem Jahr 1906

131 ebd.

Ambulant vor stationär?

Die Blüte der Trinkerfürsorgestellen

Die vor dem 1. Weltkrieg aufgenommene Tätigkeit der Trinkerfürsorgestellen sollte in der Weimarer Republik eine erhebliche Ausweitung erfahren. Gab es 1914 reichsweit 69 Fürsorgestellen, so stieg die Zahl bis Ende der 1920er-Jahre auf über 500 an, die jedoch über ein ganz unterschiedliches Aufgaben- und Leistungsprofil verfügten.

Wilhelmine Lohmann, Zentralfigur der Städtischen Fürsorge für Alkohol- kranke in Bielefeld, zählte 1920 auf, dass zum Arbeitsausschuss der alkohol- gegnerischen Verbände der Stadt folgende Organisationen gehörten: »Der Blau- kreuz-Verein (200 Mitglieder), der Ortsausschuß der Guttemplerlogen (53), der Bund abstinenter Frauen (90), der Bezirksverein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke (200), die Frauengruppe gegen den Mißbrauch geistiger Getränke (200). Dazu kommt das Jugendwerk der Guttempler und Alkoholgegner.«¹³² Um finanzielle Zuschüsse zu erhalten, erwähnte sie verschiedene Aktivitäten der Gruppen: eine Ausstellung, Veranstaltung von Vorträgen in Schulen, aber auch in Kreisen der Feuerwehr, bei Sanitärerkolonnen, Gewerkschaften und sonstigen Berufsgruppen sowie die Verteilung von Schriften. Sie wies darauf hin, dass es weitere Gruppen der Guttempler und des Blaukreuz-Vereins unter anderem in Gütersloh, Herford, Bethel und Minden gäbe.¹³³

Wurden zum einen »Wohnzimmerberatungen« durch besonders engagierte Mitarbeiter örtlicher alkoholgegnertischer Vereine durchgeführt, so konnte der Hilfsbedürftige ein anderes Mal Fürsorgestellen in Anspruch nehmen, in denen mehrere hauptamtliche Trinkerfürsorger und Fürsorgerinnen und mehrere ehrenamtliche Helfer zusammenarbeiteten. Letztere Stellen verfügten in der Regel über eine abgesicherte Finanzierung, für Erstere, soweit sie in der Trägerschaft der freien alkoholgegnertischen Verbände waren, stellte dies ein immer wiederkehrendes Problem dar.¹³⁴

¹³² vergl. 158) LOHMANN, W.

¹³³ ebd.

¹³⁴ vergl. 13) BÖHM, M., S. 101 f.

Der Generalsekretär der Evangelischen Trinkerfürsorge, Beer, berichtete in der »Monatsschrift des Westfälischen Provinzialverbandes für Innere Mission«, »daß der Guttemplerorden im vergangenen Jahre dazu übergang, sämtliche Logen kurzerhand zu Trinkerfürsorgestellen zu erklären.« Um ein Gegengewicht zu bilden, sei es daraufhin zur Gründung der »Arbeitsgemeinschaft evangelischer Trinkerfürsorgestellen in Westfalen« gekommen. Ihr schlossen sich »sofort die 13 bereits bestehenden, rein evangelischen Fürsorgestellen an, deren Zahl inzwischen auf 29 gestiegen« war.¹³⁵

Am 1. September 1928 gehörten der Arbeitsgemeinschaft 44 westfälische evangelische Trinkerfürsorgestellen an. Ihr erklärtes Ziel war: »(...) die evangelische Trinkerfürsorge so auszubauen, daß sie der bestehenden kommunalen in jeder Beziehung ebenbürtig sei.« Zur weiteren Begründung wurde festgestellt: »Die Arbeit der neutralen Wohlfahrtsämter ist wegen ihrer religiös-neutralen Einstellung nicht befriedigend. (...) Wir müssen uns klar darüber sein, daß wir uns in einem Gegensatz zum Katholizismus und zum Sozialismus befinden, die beide im Kampfe gegen den Alkohol in sich weltanschaulich geeint sind.¹³⁶ Diesen beiden Fronten müssen wir eine gemeinsame Front gegenüberstellen, das heißt der Unterschied zwischen mäßig und enthaltsam muß zurücktreten hinter unsere gemeinsame evangelische Weltanschauung. (...) Die Fürsorgestellen wären demnach zu gründen in engster Anlehnung an die Gemeinde, an die Innere Mission und einen Blaukreuz-Verein.« Auch für die stationäre Behandlung galt die Festlegung »auf die Zusammenarbeit der Trinkerfürsorgestellen mit evangelischen Trinkerheilstätten. Die sogenannten neutralen Heilstätten kommen für die evangelische Fürsorge nicht in Betracht. (...) Wir brauchen eine Heilstätte, die auf demselben Glaubensgrunde mit uns steht und mit denselben Mitteln wie wir an der Seele der Trinker arbeitet.«¹³⁷

Engste Zusammenarbeit mit der Trinkerheilstätte sei vor allem bei Trunksüchtigen wichtig, die vom Lande kämen, »da dort oft ganz besondere Schwierigkeiten liegen, die sich aus der Enge der dörflichen Verhältnisse und der oft sehr großen Verständnislosigkeit der Landbevölkerung herleiten lassen«.¹³⁸ Sowohl der Einbeziehung der Familie und ihrer Anbindung an einen Abstinenzverein als auch der Vermittlung an einen geeigneten Arbeitsplatz wird große

135 vergl. 4) BEER, S. 23

136 Die weltanschauliche Abgrenzung gegenüber dem Sozialismus wird bei Beer darin unterstrichen, dass »(...) nach evangelischer Auffassung die Not des Trinkers nicht nur das Ergebnis sozialer Mißstände (ist), sondern vor allem eine Folge der Sünde«. (S. 25)

137 ebd., S. 31

138 ebd.

Bedeutung zugemessen, um einen Rückfall des Betreuten in die früheren Trinkgewohnheiten zu vermeiden.

Ausdruck der zunehmenden Konfessionalisierung der Trinkerfürsorge war auf evangelischer Seite 1927 die Gründung der »Evangelischen Reichsarbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Alkoholnot (ERBA)« unter führender Mitwirkung des »Centralausschusses für Innere Mission«. Damit wurde die evangelische Trinkerfürsorgearbeit Bestandteil des Netzwerkes evangelischer Fürsorgetätigkeit.

Auf katholischer Seite gründeten 1927 der seit 1897 tätige Caritasverband und der katholische Kreuzbund den »Reichsausschuß deutscher Katholiken gegen Alkoholmißbrauch«. Ein planmäßiger, zielstrebigter Aufbau von Trinkerfürsorgestellen bei den örtlichen Caritasverbänden hatte bereits seit 1926 eingesetzt, nachdem die Caritas ein Referat »Trinkerfürsorge« eingerichtet hatte. 1929 gab es 55 katholische Trinkerfürsorgestellen im Deutschen Reich, die hauptamtlich besetzt waren. Sie arbeiteten vornehmlich mit der katholischen Trinkerheilstätte »Camillus-Haus« in Essen-Heidhausen zusammen.

Der Mitarbeit »geretteter Trinker« standen die Professionellen eher zwiespältig gegenüber: Im Sinne der gängigen Degenerationstheorie beruhte die Erkrankung auf einem geistig-moralischen Defekt und war somit nicht heilbar, andererseits wurde aber auch gesehen, dass ehemalige Trinker unter der nötigen Aufsicht eine gute Werbetätigkeit für ihre Vereine entfalten konnten und dass ihre eigene Heilung auf andere nacheifernd wirkte. Bevor sie aber in den Trinkerfürsorgestellen ehrenamtlich oder beruflich als Helfer tätig werden konnten, musste in der Regel eine jahrelange »Bewährungsfrist«¹³⁹ verfließen sein.

Die Quote der Vermittlung Suchtkranker in Trinkerheilanstalten war gering: Während der Verband der Trinkerheilstätten die Anstaltsbehandlung als Regelbehandlung für Trinker forderte, wurden von Seiten der Trinkerfürsorgestellen lediglich 1,5 % der Gesamtklientel in eine Trinkerheilstätte überwiesen. Die meisten Klienten wurden den Fürsorgestellen durch Wohlfahrtsämter, Polizei und Verwandte gemeldet, der Anteil der Selbstmelder lag lediglich bei 5–6 %. Das Schwergewicht bei der Betreuung bildete die Einleitung sozialer Hilfestellungen. Die zunehmende Spezialisierung wurde durch die Verzahnung der Trinkerfürsorgestellen mit der örtlichen Sozial- und Gesundheitsverwaltung gefördert.

139 So der Hamburger Fürsorgearzt Dr. Jaques, zit. bei 13) BÖHM, M., S. 104 f. (Die grundlegende Vorbedingung einer mehrjährigen Abstinenz von Suchtmitteln ist auch heute noch gültig.)

Als Träger der Trinkerversorgungsgestellen zeichneten sowohl der Staat und die Kommunen als auch der Deutsche- und andere Mäßigkeits- und Enthaltensamkeits-Vereine verantwortlich. Personell sollten sich möglichst ein hauptamtlicher Trinkerversorger, ein Arzt auf Honorarbasis und ehrenamtliche Vertreter örtlicher Abstinenzverbände die Arbeit teilen.¹⁴⁰

Da es keine reichseinheitlichen, gesetzlichen Rahmenbedingungen gab, waren die regionalen Unterschiede erheblich. So gab es neben reinen Vereins-, halb- oder vollamtliche Lösungen. Bei Letzteren bildete das staatlich-kommunale Wohlfahrtsamt den Mittelpunkt, um den sich die meisten am Ort vertretenen alkoholgegnerschaftlichen Verbände gruppieren. In den Städten war die Trinkerversorgung überwiegend dem staatlichen Gesundheitsamt als Teil des Wohlfahrtsamtes angegliedert, in ländlichen Regionen übernahmen teilweise die Provinzialverwaltungen, häufiger die Wohlfahrtsverbände (Innere Mission oder Caritas) bzw. die Enthaltensamkeits- und Mäßigkeits-Verbände diese Aufgabe.

Bei der Finanzierung engagierten sich auch die Landesversicherungsanstalten, wiesen aber in Zeiten knapper finanzieller Ressourcen darauf hin, dass ebenso die Krankenkassen und die Kommunen in der Pflicht seien.

Abhängig vom Engagement öffentlicher und freier Wohlfahrtspflege erreichte man ein bemerkenswert hohes Niveau in der immer stärker professionalisierten Suchtkrankenversorgung. Der Alkoholismus erfreute sich durchaus vergleichbarer Aufmerksamkeit wie die Tuberkulose und die Geschlechtskrankheiten, mit denen zusammen er zu den »Volksseuchen« gezählt wurde.

Wohlfahrtsverbände und Vereine sollten gleichberechtigt mit den staatlichen und kommunalen Institutionen und im Sinne eines dualen Systems die anstehenden Aufgaben bewältigen. Dazu gehörte auch die Verteilung der Gelder aus dem Branntweinmonopol. Eine Unterstützung der Abstinenzbewegung war finanziell durch das »Gesetz über das Branntweinmonopol« geregelt. Ein Teil der vom Staat erhobenen Steuern kam den Gruppen, ihren Einrichtungen und Aktivitäten zugute und wurde durch die »Reichshauptstelle gegen die Suchtgefahren in Berlin« verteilt.

Das duale System wies den ehrenamtlichen Trinkerkollegeninnen und Trinkerkollegen die gütliche Beeinflussung des Trinkers, einschließlich der Nachsorge nach einer stationären Kur zu. Aufgabe der behördlichen Trinkerversorger und Fürsorgerinnen war die Anwendung von Zwangsmaßnahmen, wenn Zureden

140 vergl. 14) BÖHM, M., S. 108



Trinkerfürsorgestelle in Hamburg

und andere Maßnahmen nicht fruchteten (Progressivsystem). Die Hamburger und Bielefelder Einrichtungen galten reichsweit als vorbildlich. Die Effizienz wurde auch dadurch gewährleistet, dass Mitarbeiterschulungen, Mitarbeiterrichtlinien und regelmäßige Kontrollen der Mitarbeiter eingeführt wurden.¹⁴¹

Eine sorgfältige Aktenführung diente der weiteren Vereinheitlichung und Rationalisierung der Bielefelder Trinkerfürsorge über jeden »Trinker«. Ein Fragebogen gab sowohl über die persönlichen Verhältnisse und die familiäre Situation als auch über Maßnahmen der Fürsorgestellen Auskunft. Die Klientel kam überwiegend aus der Arbeiterschicht und den ärmeren Bevölkerungskreisen. Dort konnten die Folgeerkrankungen der Sucht kaum aus eigener finanzieller Kraft bewältigt werden.¹⁴²

Die Bemühungen, Alkoholiker so früh wie möglich zu erfassen, resultierten auch aus der in den 1920er-Jahren wachsenden Bereitschaft der Sozial- und Krankenversicherungen, die Kosten für eine stationäre Therapie unter der Bedingung einer günstigen Prognose zu übernehmen. Um die Finanzierung zu sichern, wurden Arbeitsgemeinschaften gegründet. Vertreter der Landesversicherungsanstalten, der Allgemeinen Ortskrankenkassen und der Betriebskrankenkassen sowie der Trinkerfürsorge nahmen daran teil.

In Westfalen einigten sich Wohlfahrtsbehörde und Sozialversicherungsträger auf ein gemeinsames Finanzierungsmodell. Krankenkassen, Landesversicherungs-

141 vergl. 55) HAUSCHILDT, E., S. 81 ff.

142 vergl. 159) LOHMANN, W.

anstalt und Wohlfahrtsamt übernahmen bei Versicherten je ein Drittel der Kosten. Für Nichtversicherte kamen die Wohlfahrtsämter allein auf. In dieser Entwicklung kommt deutlich die Ablösung der Armenpflege des Kaiserreiches durch den sich ausbildenden Wohlfahrtsstaat der Weimarer Republik zum Ausdruck.

Alles den »Heilbaren«

Der Weimarer Wohlfahrtsstaat

Gegen Ende der 1920er-Jahre wurde zunehmend das Wort »Trinker« durch »Alkoholiker« oder »Alkoholkranker« in der Erkenntnis ersetzt, dass der Alkoholismus weniger als Laster denn als Krankheit aufzufassen sei. Auch die Begriffe »Alkoholgefährdeter« bzw. »Alkoholintoleranter« halfen, unterschiedliche Interventionsmöglichkeiten deutlich zu machen.

Die Schuldproblematik (Krankheit als Ausdruck von Sünde) spielte jedoch in den kirchlichen Einrichtungen weiterhin eine zentrale Rolle. 1928 betonte der evangelische Pfarrer Demandt aus dem westfälischen Bünde: »Das Blaue Kreuz geht vor allem und in erster Linie von religiösen Grundsätzen und Gesichtspunkten aus. (...) Wir unterscheiden uns von den anderen, den Rauschtrank bekämpfenden Organisationen auch dadurch, daß wir den Alkoholmißbrauch nicht nur als eine Krankheit, nicht nur als eine sittliche Schwachheit, sondern vor allem als eine Sünde ansehen.«¹⁴³ Therapeutische Verfahren, wie die sich etablierende Psychotherapie, die das Krankheitsgeschehen in den Vordergrund stellten, stießen in der konfessionellen Trinkerfürsorge auf Ablehnung.

Den wissenschaftlichen Standpunkt dominierte weiterhin die Degenerationstheorie. Allerdings entwickelten auch einflussreiche Kliniker wie der Dortmunder Medizinprofessor Otto Graf und die Berliner Fürsorgeärzte Haase und Joel Theorien, die soziale Faktoren berücksichtigten. In der Praxis war die Entwicklung des Begriffs »chronischer Alkoholismus« durch den Berliner Psychiater Karl Bonhoeffer nützlich, da nachweisbare Schädigungen, die auf den Alkohol zurückzuführen waren, halfen, das Krankheitsbild genauer einzugrenzen.¹⁴⁴

Es war nicht verwunderlich, dass die Prognosen der Fachleute, die sich in Krankenhäusern und Heil- und Pflegeanstalten mit überwiegend schwergeschädigten Alkoholkranken auseinander setzen mussten, deutlich pessimistischer ausfielen als die Voraussagen derjenigen, die mit Alkoholikern zu tun hatten,

143 DEMANDT, Die biblisch begründete Einstellung des Blauen Kreuzes, in 4) Ziele und Wege, S. 23

144 vergl. 50) GRAF, O.

die bereits zu einem relativ frühen Zeitpunkt ihrer Erkrankung Hilfe suchten. Da bis dahin lediglich fortgeschrittene Formen alkoholbedingter Schädigungen als Krankheit anerkannt wurden, war die inzwischen gesicherte Erkenntnis, dass die Heilungsmöglichkeiten umso größer wären, je frühzeitiger die Erkrankung erkannt und behandelt würde, von großer Reichweite, da vor diesem Hintergrund sowohl die Landesversicherungsanstalten als auch die Krankenkassen eher bereit waren, finanzielle Leistungen zu erbringen.

Eine Weiterentwicklung der 1920er-Jahre war die Einführung des sog. »Progressivsystems«. Dieses sollte gewährleisten, dass durch eine Staffelung der Interventionen der Suchtkranke notfalls durch Zwang »auf den richtigen Weg gebracht« würde.¹⁴⁵ Die Helfer aus einer Abstinenzgruppe hatten zuerst einmal die Aufgabe, sich ein Bild über die persönlichen, familiären und sozialen Verhältnisse des Betroffenen zu machen und einen umfassenden Bericht darüber abzufassen. Auf dieser Grundlage wurde dann über das weitere Vorgehen entschieden. Bei einer guten Prognose war, möglichst nach Anbindung an eine abstinente Gruppe, die Kur in einer Heilstätte anzustreben. Handelte es sich jedoch um einen »unheilbaren Trinker«, so konnte dieser schnell zu einem lebenslangen »Bewahrfall« in einem staatlichen Asyl werden. Dort hatte er durch Arbeit für seine Unterbringungskosten aufzukommen.

Wenn die Beeinflussung durch Worte und gutes Beispiel nicht ausreichten, wurde nicht selten von dem Zwangsmittel der Entmündigung bzw. der vorläufigen Vormundschaft Gebrauch gemacht. Oft genügte bereits die Androhung, um den Alkoholkranken gefügig zu machen.¹⁴⁶ Diese Vorgehensweise hat sich im Wesentlichen bis in die 1980er-Jahre gehalten, auch wenn die Zahl der Zwangsmaßnahmen in späterer Zeit zurückging.

Ähnlich wie schon v. Vincke 100 Jahre zuvor in Benninghausen, führte O. Graf 1929 in seiner Schrift »Möglichkeiten und Grenzen der Heilbehandlung von Alkoholikern« aus: »Es muß den Vereinen gelingen, wenigstens am Anfang den Kranken so intensiv zu erfassen, daß er in einer neuen alkoholfreien Umgebung heimisch wird. Das geschieht durch eine möglichst intensive Betreuung der Patienten. Geht man den Schicksalen geretteter Trinker nach, so findet man sehr oft, daß darin der wesentlichste Punkt der Rettung lag. Der Trinker wurde beispielsweise schon beim Verlassen der Arbeitsstelle von einem Fürsorger an die Hand genommen, unter Umständen von ihm nach Hause begleitet, in die Versammlung abgeholt usw. (...) Es ist zwar eine Methode, welche dem Trinker-

145 vergl. 55) HAUSCHILDT, E.

146 vergl. 15) BRATZ, 13) BÖHM, M., 55) a. a. O.

fürsorger sehr große Opfer auferlegt, aber sie bietet gewiß die beste Aussicht, wie jeder erfahrene Trinkerfürsorger bestätigen wird. (...) Selbst eine noch so intensive und erfolgreiche Trinkerbehandlung kann keinen Erfolg garantieren, wenn der Trinker in eine Umgebung zurückversetzt wird, die ihm eine Bewährung fast unmöglich macht. Es muß nach und nach eine ebenso unumstößliche Regel werden, der Versorgung des Trinkers nach seiner Entlassung eine ebenso große Bedeutung zuzumessen wie der eigentlichen Heilbehandlung. Wir denken dabei, abgesehen von den Verhältnissen, die wir schon früher besprochen haben, besonders an die Familienverhältnisse. Die Aufgabe der Trinkerfürsorger ist mit der Einweisung des Trinkers in die Heilstätte nicht beendet, sondern während seiner Behandlung muß eine intensive Bearbeitung der Familie erfolgen, damit der Trinker wenigstens in der Familie einen günstigen Boden vorfindet. Besonders muß die Familie zu einem wirklichen Heim geworden sein, in dem sich der Trinker wohlfühlen kann. Weiter sollte erreicht werden, daß kein Trinker aus der Heilstätte entlassen wird, ehe er einen gesicherten Arbeitsplatz hat. Gerade dann, wenn öffentliche Stellen für die Kosten einer Heilbehandlung aufkommen, muß durch ein enges Zusammenarbeiten von Wohlfahrtsamt oder Krankenkassen mit dem Arbeitsamt eine gewisse Garantie dafür geschaffen werden, daß Heilerfolge nicht durch so schwere Fehler der Nachbehandlung illusorisch gemacht werden müssen.«¹⁴⁷

Allerdings schloss der Autor die Gruppe der »sogenannten Unheilbaren« von diesen Bemühungen weitgehend aus und konstatierte, dass »sie eigentlich nicht mehr Gegenstand der ärztlichen Behandlung« seien: »Wir müssen uns damit abfinden, daß es für einen gar nicht kleinen Teil von Trinkern keine Rettungsmöglichkeit gibt. Ohne ein Mindestmaß von Krankheitseinsicht und Besserungswillen und einen gewissen Rest von seelischen Kräften gibt es eben keine Heilung und besonders am direkten Widerstand gegen eine Beeinflussung muß eine Heilungsabsicht unwirksam werden. Freilich lehrt alte Erfahrung, daß man in der Stellung der Diagnose der Unheilbarkeit sehr vorsichtig sein muß.«¹⁴⁸

Auch im politischen Raum nahm die Frage des Alkoholismus breiten Raum ein. So diskutierten der Reichstag und seine Ausschüsse erstmals im Mai 1926 über ein Trinkerfürsorgegesetz und die Frage, inwieweit Zwangsmaßnahmen die schwerwiegenden gesellschaftlichen Folgen einschränken könnten.

Die Prohibition in den USA und deren kriminelle Folgeerscheinungen ließen schließlich ein liberaleres Vorgehen sinnvoller erscheinen. Aufklärung und Für-

147 vergl. 50) GRAF, O., S. 30

148 ebd., S. 37

sorge schienen wirkungsvoller als Zwang und juristische Verfolgung zu sein. In einem Referat des Ministerialrats Dr. Beyer (Berlin) auf der Jahrestagung des Deutschen Ärztevereinsbundes über »Die Bedeutung der Alkoholfrage für Volk und Staat« appellierte dieser an seine ärztlichen Standeskollegen, sich dieser Probleme anzunehmen, da sie in besonderer Weise dazu berufen seien. Derartige Appelle waren wohl erforderlich, da sich die große Mehrzahl der Ärzte nach wie vor distanziert verhielt.¹⁴⁹ So bemerkte in der Diskussion ein Kollege aus Wernigerode: »Bei der Behandlung dieser Frage und auch des Gemeindebestimmungsrechts hat sich, soweit ich unseren Bezirk übersehen kann, die Ärzteschaft im allgemeinen recht uninteressiert und ablehnend verhalten. Das tut die Ärzteschaft ja häufig, daß sie in sozialen Fragen und in sozialer Betätigung sich sehr zurückhaltend verhält, so daß oftmals die Entwicklung über unsere Köpfe hinweg geht.«¹⁵⁰

In den Jahren der Weltwirtschaftskrise stieg sowohl der Alkoholverbrauch als auch die Zahl der Hilfe suchenden Alkoholkranken. Da die Krise auch bürgerliche Kreise traf, Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit vor ihnen nicht Halt machten, gehörten sie zunehmend zur Klientel der Fürsorgestellen. Ebenso griff der Alkoholismus bei jüngeren Männern vermehrt um sich. Im Verteilungskampf um die knapper werdenden staatlichen Gelder gewann die Unterscheidung in »heilbare« und »unheilbare Trinker« immer größere Bedeutung. Anton Delbrück, Pionier auf dem Gebiet der Alkoholikerbehandlung und Leiter der Bremer Anstalt Ellen, stellte 1931 fest: »Je mehr wir (...) für aussichtslose Fälle verschwenden, desto mehr kommen Aussichtsvolle zu kurz. (...) Es geht nicht an, daß die Gesellschaft lange Zeit hohe Kosten für die Anstaltspflege eines hoffnungslosen Trinkers aufbringt. Was an Arbeitsleistung aus ihm herausgeholt werden kann, ist zur Verbilligung der Anstaltspflege zu verwenden.«¹⁵¹

Hier klingt deutlich an, dass dem »Gemeinwohl« (und späteren »Volkskörper«) eine höhere Bedeutung als dem Einzelschicksal zugemessen wird. Der Zwang zum Sparen führte zunehmend unter rassehygienischen Gesichtspunkten zur Auslese. Ende der 1920er-Jahre plädierten einflussreiche Sozialhygieniker wie Alfred Grotjahn für die »Asylierung der Minderwertigen« mit der Zielsetzung, diese an der Fortpflanzung zu hindern. So verwies man die »schweren Fälle« in die staatlichen Bewahr- und Arbeitsanstalten, die »Leichteren« in die offenen Heilstätten. Wie sein Bremer Kollege Anton Delbrück setzte sich auch der Gütersloher Reformpsychiater Hermann Simon dafür ein, »alle Kräfte auf die Heilbaren« zu konzentrieren.

149 vergl. 5) BEYER, S. 5

150 ebd., S. 13

151 vergl. 23) DELBRÜCK, A.

[illegible]

Flugblatt gegen den Alkoholismus aus den zwanziger Jahren

Einen anderen Weg gingen die Berliner Ärzte Ernst Haase und Ernst Joel. Angesichts der Erfahrungen sozialen Elends im Umkreis ihres, mitten in einem, von den Folgen der wirtschaftlichen Krise besonders betroffenen Arbeiterbezirk gelegenen Krankenhauses in Berlin-Moabit, erlebten sie tagtäglich die Folgen von Armut, Arbeitslosigkeit und äußerst beengten Wohnverhältnissen. Neben der Zunahme unvorstellbaren sozialen Elends nahmen körperliche und seelische Erkrankungen sowie die Zahl der Alkoholgefährdeten und -kranken zu: »Gerade die Trunksucht findet ihren Nährboden in der herrschenden Wohnungsnot. (...) Die Verdrängung der Lebensfreude, die gespannte, zu Zornausbrüchen, Stimmungsschwankungen (...) zwingende Enge, ihr ungemütliches Aussehen, daß sie (die Wohnung, d. V.) mehr zu einer Schlafstelle als ein Heim macht, treiben Mann und Frau, Halbwüchsige und Kinder auf die Straße (...) den Mann und die Frau in die Kneipe (...) die Kinder ins Halbdunkel der Höfe und Hausflure (...)«¹⁵² 1926 eröffneten die beiden Ärzte eine »Fürsorgestelle für Alkoholkranke und andere Giftsüchtige« im Bezirk Tiergarten und waren neben ihrer medizinischen Tätigkeit unermüdlich für die Verbesserung der sozialen Verhältnisse ihrer Patienten tätig. Haase setzte sich dafür ein, Patienten, die in geschlossene Anstalten zwangseingewiesen wurden, in offenen Abteilungen zu behandeln:

152 zit. nach 96) PROSS, C., S. 122



Das Gesundheitsamt Tiergarten in der Turmstraße

»Wir glauben eine nicht geringe Zahl von Kranken erfaßt zu haben, die sich zur Aufnahme in eine geschlossene Anstalt nie entschlossen hätten, da sie das Odi-um der Irrenanstalt fürchteten, oder die ihr Leiden selbst vor den nächsten An-gehörigen verborgen gehalten haben und sich niemals zur Preisgabe ihres Ge-heimnisses verstanden hätten. (...) Die Befürchtung, daß im offenen Krankenhaus die Entziehung wegen mangelnder Kontrolle nicht streng durchgeführt werden könne, hat sich als nicht begründet erwiesen. Entscheidend ist die Geeignetheit des Personals, auf dessen Auswahl wir den größten Wert legten, und das sich ausnahmslos als zuverlässig und unbestechlich erwies und verständnisvoll mit-arbeitete.«¹⁵³

Und sein Kollege Joel ergänzte: »Gerne wird angesichts so umfassender Bemü- hungen ein Einwand erhoben: Es seien ja nur Haltlose und Willensschwache, die der Sucht verfallen. Es handle sich also um eine ganz zweckmäßige Selbstelimi- nierung lebensunbrauchbarer Persönlichkeiten. Die Gesellschaft verliere nicht an ihnen; man lasse sie ihren Weg gehen. (...) Eine wenig lebensbejahende, also wenig ärztliche Denkweise. Der Arzt soll über die medizinischen Gifte wachen, die allein in seine Hand gehören. Er soll niemandem den Entschluß zu fliehen, erleichtern; er wird trotzdem oft genug resignieren müssen. Auf jeden Fall aber sollte er sich einsetzen für eine solche Ordnung des gesellschaftlichen Lebens, aus dem die Flucht nicht mehr so dringlich ist.«¹⁵⁴

153 ebd.

154 ebd. S. 130

Zwangssterilisation und »Euthanasie«

Trinkerfürsorge im Nationalsozialismus

Was sich bereits in der Weimarer Republik unter den Bedingungen der ökonomischen Krise anbahnte, wurde unter den Vorzeichen der nationalsozialistischen Diktatur konsequent weiterentwickelt: Nicht mehr die individuelle Behandlung und die Ansätze von »sozialer Therapie« waren Richtschnur der trinkerfürsorgerischen Arbeit, sondern die Bekämpfung der »Volksschädlinge«.

Die Erbgesundheitsgesetzgebung sowie Zwangs- und Vernichtungsmaßnahmen bestimmten nunmehr den Umgang mit alkoholkranken Menschen. Es galt, »minderwertige« von »nicht minderwertigen Trinkern«¹⁵⁵ zu trennen. Diese Unterscheidung nahm in der Diktatur schärfere Konturen an als unter demokratischen Verhältnissen. Der Alkoholkonsum blieb einerseits durchaus akzeptiert oder wurde gefördert, andererseits hielt man den abstinent lebenden »Führer« dem Volk als Vorbild vor.

Dabei befanden sich die Maßnahmen der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik durchaus im Einklang mit den Vorstellungen der alkoholgegnerischen Verbände sowie der Trinkerheilstätten: Die Zwangsbehandlung von Trinkern und die Zwangssterilisation von »schweren Alkoholikern« waren von ihnen bereits seit langem gefordert worden. Sowohl führende Repräsentanten als auch Funktionäre und Mitglieder alkoholgegnerischer Verbände unterstützten aktiv die Umsetzung des »Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« und des »Gesetzes gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung« (hier besonders die §§ 42c und 42f RStGB – zwangsweise Unterbringung in einer Trinkerheilstätte).¹⁵⁶

»Es ist nicht mehr vertretbar, Riesensummen für asoziale, krankhafte, z. T. unheilbare Volksteile fürsorgertisch auszugeben, während für gesunde Volksgenossen kaum das Notdürftigste geleistet werden kann«, so 1934 der Guttemp-

155 Seit dem 19. Jahrhundert eingeführte Begriffe der Vererbungs- und Rassenlehre, von den Nationalsozialisten übernommen und mit, für die Betroffenen oft tödlichen Konsequenzen in die Praxis umgesetzt.

156 vergl. 13) BÖHM, M., S. 122



Aus: Volk und Rasse, Illustrierte Monatsschrift für deutsches Volkstum (1936)

ler-Orden und ähnlich die Hamburger Trinkerfürsorge: »Reinigung der Rasse von allen schädigenden Einflüssen und Bewahrung des Starken, Gesunden vor Entartung, unter klarer Herausstellung des Alkoholismus als Gefahrenquelle.« Allein den »erbbiologisch Wertvollen« sollten trinkerfürsorgerische Maßnahmen mit dem Ziel der Integration in die Gesellschaft vorbehalten bleiben.¹⁵⁷

Das »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« vom 14.7.1933 bestimmte unter anderem, dass »(...) unfruchtbar gemacht werden kann, wer an schwerem Alkoholismus leidet«. Eine Definition, was genau darunter zu verstehen war, wurde nicht gegeben. Dem Untersucher sowie dem ärztlichen Gutachter wurden damit ein erheblicher Freiraum für persönliche Einschätzungen eingeräumt. (Das zuständige Erbgesundheitsgericht entschied endgültig über die Sterilisation.) Die Akzeptanz dieses Gesetzes war in den Kreisen der Trinkerfürsorger schon vor dessen In-Kraft-Treten hoch. Im Bereich der Trinkerheilstätten kam es zu einer jährlichen Quote von fünf Prozent sterilisierten oder zur Sterilisation gemeldeten Trinkern. Zuständig für die Antragstellung waren der Amtsarzt und die Anstaltsleiter.¹⁵⁸

157 vergl. 55) HAUSCHILDT, E., S. 117

158 vergl. 13) a. a. O., S. 137

Die evangelische Kirche begrüßte das Gesetz, wollte aber die Freiwilligkeit des Eingriffes gewährleistet sehen und nur bei handlungsunfähigen psychisch Kranken, bei »schwerer sittlich-sozialer Minderwertigkeit« und wenn alle Wege der Einflussnahme erschöpft waren, zustimmen, während die katholische Kirche die Sterilisation aus ethischen Gründen ablehnte.

Mit dem »Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung« vom 24.11.1933 hatte man ein weiteres Zwangsinstrument geschaffen, um alkoholabhängige Straftäter gegen ihren Willen in eine Trinkerheilstätte bzw. Erziehungsanstalt einzuweisen. (§ 42c RStGB). Die Unterbringung in einer Heilstätte oder Erziehungsanstalt hatte Vorrang vor der Vollstreckung der Strafe.¹⁵⁹ Auch dieses Gesetz stieß auf breite Akzeptanz der Heilstätten und ihrer Repräsentanten. Die Leiter der Trinkerheilstätten hatten dabei neben der Anzeigepflicht von »schweren Alkoholikern« zwecks Sterilisation auch die Entscheidungsmacht über die Aufenthaltsdauer der zwangsweise Untergebrachten.¹⁶⁰

Ebenso einmütig begrüßte der Verband der Trinkerheilstätten die Machtübernahme der Nationalsozialisten. Führende Funktionäre waren entweder selbst Parteimitglieder oder standen der NSDAP nahe. Man erhoffte sich nicht zuletzt eine Steigerung der Belegung der Heilstätten. Diese Hoffnung erfüllte sich nicht, die Belegungsquoten (60 Prozent) blieben deutlich hinter denen in den letzten Jahren der Weimarer Republik zurück. Auch die teilweise Belegung mit Alkoholkranken, die nach § 42c StGB verurteilt worden waren, änderte daran nichts. Allerdings litt das Ansehen der Einrichtungen unter dieser Maßnahme.¹⁶¹

Die Betreuung der so genannten »erbbiologisch minderwertigen« Alkoholiker fiel seit April 1935 in den Zuständigkeitsbereich der staatlichen Gesundheitsämter. Für die Koordination wurden Gau- und Kreisarbeitsgemeinschaften gebildet, in denen die Vertreter der alkoholgegnerischen Verbände mit Vertretern der Ämter für Volksgesundheit und Volkswohlfahrt zusammenarbeiteten. Hier gingen auch die Meldungen über die als süchtig bekannten »Volksgenossen« ein und wurden dann an die alkoholgegnerischen Verbände weitergeleitet.

Da es jedoch an eindeutigen Kriterien bezüglich der »Minderwertigkeit« mangelte, blieb die soziale Diagnose entscheidend. Der damit zusammenhängende Gedanke der Kostensenkung begleitete weiterhin die Trinkerfürsorge und

159 vergl. 42) Flaig, J.

160 vergl. 13) BÖHM, M., S. 139

161 ebd., S. 144

Zur Aufklärung

über das

Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933.

Die moderne Lebensgestaltung ermöglicht erbkranken Personen, die unter natürlichen Lebensbedingungen nicht lebensfähig wären, nicht nur das Leben, sondern auch die Fortpflanzung und damit die Weitervererbung ihrer eigenen Schwächen und Fehler auf kommende Geschlechter; ja die Erbkranken und die Minderwertigen haben sich in der Vergangenheit sogar viel stärker fortgepflanzt als die Gesunden und Hochwertigen. Eine furchtbare Entartung des deutschen Volkes war die Folge.

Erbkrankheiten kommen in allen Schichten unseres Volkes vor; sie sind unabhängig vom Geldbeutel und der sozialen Lage; die Maßnahmen zu ihrer Beseitigung fordern von Reich und Arm das gleiche Opfer.

Die Unfruchtbarmachung, durch welche die Fortpflanzung kranker Erblinien verhindert wird, ist ein schmerzloser ärztlicher Eingriff von fast völliger Gefährlosigkeit, der nach zehntausendfältiger Erfahrung keinerlei ungünstige Folgen hat. Es wird dabei nichts weggenommen, sondern es werden nur die Wege der Fortpflanzungszellen ungangbar gemacht.

Die Unfruchtbarmachung dient dem Interesse des Volksganzen und des Einzelnen. Sie verhindert Elend und Leid nicht nur in der Familie des Erbkranken und damit für den Erbkranken selbst, sondern auch unter den Kommenden, und ist darum ein echtes Werk christlicher Nächstenliebe.

Die Unfruchtbarmachung ist keine Strafe und keine Schande. Keiner kann etwas dafür, wie er auf die Welt kommt, aber er kann etwas dafür, wie sein Nachwuchs auf die Welt kommt. Unsere volle Hochachtung gebührt denen, die dem Volke das Opfer ihrer Fruchtbarkeit bringen.

Herausgegeben vom Amt für Volksgesundheit der NSDAP, Gau Württemberg-Hohenzollern

führte u. a. zu einem Rückgang der kostspieligen Krankenhausbehandlungen und dafür zu einer Zunahme der Aufnahme in die kostengünstigen »Wohlfahrtsanstalten«.

So wurden »Trinker« kaum mehr in psychiatrischen Kliniken oder den somatischen Abteilungen der Allgemein-Krankenhäuser aufgenommen und auch die Einweisungen in die Trinkerheilstätten nahmen ab. Selbst die Vormundschaften, ehemals vorgesehen, Einweisungen in die Anstalt zu ermöglichen, wurden jetzt dafür benutzt, diese zu vermeiden. Die Inhaftierung von Trinkern

in Arbeits- und Konzentrationslagern fand, wenn andere Maßnahmen nicht geholfen hatten, die Zustimmung von Ärzten, Fürsorgern, ehrenamtlichen Helfern sowie den Mitarbeiter in den Heilstätten.¹⁶² Die konfessionellen Träger der Trinkerheilstätten gingen erst Ende der 1930er-Jahre auf Distanz zur nationalsozialistischen Gesundheitspolitik und mussten deshalb später einige ihrer stationären Einrichtungen schließen. Außerdem wurde den konfessionellen Abstinenzverbänden die Veröffentlichung ihrer Publikationen untersagt.¹⁶³

Die vollständige Erfassung aller Abhängigen hatte das Ziel, »die gravierenden Auswirkungen des Alkoholismus auf die wirtschaftliche und erbbiologische Kraft des Deutschen Volkes durch drastische Maßnahmen zu reduzieren« (d.h.»auszumerzen«). Die Abhängigen wurden durch die Parteidienststellen (Kreisarbeitsgemeinschaften für Rauschgiftbekämpfung) erfasst, Fürsorge und Selektion blieben dagegen Aufgabe der alkoholgegnerischen Verbände. Den ehrenamtlichen Mitarbeitern der alkoholgegnerischen Verbände und den Mitarbeitern der Trinkerfürsorgestellen fiel die Aufgabe zu, den Abhängigen zu ermahnen, zurechtzuweisen oder weitergehende Maßnahmen einzuleiten, d.h. Meldung an das staatliche oder kommunale Gesundheitsamt zu machen. Dies entschied über die Klassifizierung des Abhängigen nach »erbbiologischen Gesichtspunkten« und die Einleitung einer stationären Entwöhnungsbehandlung. Nur wenige ehrenamtliche Helfer nutzten den ihnen eingeräumten Spielraum zugunsten ihrer Klientel und widersetzten sich inhumanen Forderungen.¹⁶⁴

In den Richtlinien des »Verbandes Deutscher Tatgemeinschaften«, eines Unterverbandes des »Deutschen Vereins gegen den Alkoholmißbrauch« hieß es:

»(...) 2. Danach haben wir in Zukunft die Volksgenossen, die nicht maßhalten können, nur in zwei Gruppen zu teilen:

a) in solche Volksgenossen, die durch Erziehung von ihrem Trinken lassen können. Wir nennen solche trinkenden Volksgenossen »Alkoholgefährdete«; (...)

b) in solche, die durch Erziehungsmaßnahmen nicht zu heilen sind. Es sind dies die »eigentlichen Trinker«;(...)

3. (...) Man kann kranke Erbanlagen durch Erziehung nicht verbessern oder heilen.

4. (...) Es kommt zunächst darauf an, festzustellen, ob es sich um unheilbare oder um noch heilbare, gesunde Volksgenossen handelt (...).

162 vergl. 47) GILES, G. J., S. 263

163 vergl. 13) a. a. O., S. 147

164 ebd., S. 150

Der Trinker (Alkoholiker, schwerer Trinker) gehört darum in die ausmerzende Fürsorge oder Bewahrung (...)«¹⁶⁵

Die kirchliche Trinkerfürsorge beharrte auf ihrer Eigenständigkeit und betonte, dass sie grundsätzlich nie mit Gewaltmitteln, auch wenn es nur seelische sind, arbeiten wolle. Allerdings konnte die konsequente Befolgung dieser Grundsätze leicht zum Verlust des Trinkerpflegerausweises und damit zum Ende der (ehrenamtlichen) Tätigkeit führen.

Durch die neuen Möglichkeiten, eingreifende Zwangsmaßnahmen zu verhängen, kam den professionellen und ehrenamtlichen Helfern und Helferinnen der Trinkerfürsorgestellen ein Macht- und Drohpotenzial zu, das für die Betroffenen lebensgefährlich werden konnte.¹⁶⁶

Gleichzeitig war man bemüht, die Frühfälle von Alkoholismus zu erreichen und sie einer Behandlung zuzuführen, da erfahrungsgemäß die Heilungsaussichten bei dieser Gruppe noch am größten waren. Bei den Betroffenen stieß dies allerdings auf wenig Resonanz, da sich »Frühalkoholiker« nur selten als Betroffene definierten. Anstelle der Fürsorge für den Einzelnen trat die Vorsorge für das »Volksganze« (»Gesunder Volkskörper«). Der »Trinker« wurde nicht mehr als Kranker, sondern als »Minderwertiger« bzw. »Asozialer« begriffen. So waren die Kriterien für die Entmündigung wegen Trunksucht überwiegend sozialer Natur und es galt der Grundsatz, alle Entmündigten und alle in einer Pflegeanstalt untergebrachten »Trinker« auf eine Sterilisation hin zu überprüfen.

Schon 1933 machte die Trinkerfürsorge Gebrauch von der Asylierung der »Asozialen« in Konzentrationslagern. Der Bremer Psychiater Anton Delbrück konstatierte: »Für die Kostenfrage, wie auch sonst von großer Bedeutung gerade in den nächsten Jahren der Neuordnung aller dieser Probleme, wird die Entscheidung sein, ob der einzelne Trinker in ein Konzentrationslager, in ein Arbeitshaus, in eine ›Heil- und Pflegeanstalt‹ (d. h. eine Irrenanstalt), eine sonstige Pflege- oder Bewahranstalt, eine Arbeiterkolonie oder in eine Heilstätte gehört.«¹⁶⁷

Da die »Trinker« nicht mehr als kranke Menschen, sondern als »Asoziale« mit aller Strenge behandelt wurden, war es nur folgerichtig, sie in Arbeitshäusern und Konzentrationslagern unterzubringen statt in Trinkerheilstätten oder

165 vergl. 13) a. a. O., S. 131 f.

166 vergl. 13) a. a. O., S. 158 f.

167 vergl. 23) DELBRÜCK, A., S. 120

Krankenhäusern aufzunehmen. Auch konnten sie, Verbrechern gleich, in polizeiliche Vorbeugehaft genommen werden.¹⁶⁸ Die Kosten für die Heilbehandlung, selbst bei so genannten »Frühfällen«, wurden nur selten übernommen, da der Alkohol Kranke im Gegensatz zu den andern Kranken nicht als wertvoll genug angesehen wurde.

Das Ziel der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik, die möglichst vollständige Früherfassung der Trunksüchtigen durch entsprechende Zusammenarbeit der amtlichen Stellen mit der privaten Trinkerfürsorge, sollte mit der Gründung der »Reichsarbeitsgemeinschaft für Rauschgiftbekämpfung« 1939 erreicht werden. Auf Orts- und Kreisebene wurde als zentrale Meldebehörde für Trunksuchtfälle die »Kreisarbeitsgemeinschaft für Rauschgiftbekämpfung« unter der Leitung eines Arztes des Städtischen- bzw. Kreisgesundheitsamtes etabliert. Die Trinkerfürsorgestellen blieben entweder in kommunaler Trägerschaft oder in der eines Vereins.

Am 1.4.1938 befanden sich von 643 Trinkerfürsorgestellen 129 unter amtlicher, 260 unter nichtkonfessioneller (Deutscher Verein g. d. A.¹⁶⁹ und Guttempler-Orden), 182 in evangelischer (Innere Mission und evangelisch-kirchliches Blaues Kreuz) sowie 72 in katholischer Regie (Caritas und Kreuzbund).¹⁷⁰

Die meisten Funktionsträger waren aktive Mitgestalter oder Mitträger der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik. Dies galt in besonderem Maße für den ärztlichen Berufsstand.¹⁷¹ Betrug der Reichsdurchschnitt aller ärztlichen NSDAP-Mitgliedschaften immerhin schon 45 % – und lag damit erheblich über dem vergleichbarer anderer akademischer Berufe – so gehörten von den 117 westfälischen Anstaltspsychiatern zwischen 1933 und 1945 sogar 64 % der nationalsozialistischen Partei an. So traf das Programm der Zwangssterilisierung der ihnen anvertrauten Kranken bei den Ärzten des Provinzialverbandes Westfalen auf breite Zustimmung und aktive Unterstützung. Dies blieb nicht auf die Zwangssterilisation beschränkt, sondern weitete sich auf die wenige Jahre später einsetzende »Euthanasie« aus. Widerstand oder Verweigerung der »Massenmorde auf dem Dienstweg«¹⁷² blieben seltene Ausnahmen.

Auch die nicht-konfessionellen alkoholgegnerischen Verbände sahen ihre jahrzehntealten Forderungen nach Kontrolle der Alkoholiker, der Drohung mit

168 vergl. 47) a. a. O., S. 263

169 Deutscher Verein gegen den Alkoholmißbrauch

170 vergl. 13) BÖHM, M., S. 150

171 vergl. KERSTING, F.-W. in 80b) »Psychiatrie im Dritten Reich«, S. 22 ff.

172 vergl. 39) FINZEN, A.

der Sterilisation und der erleichterten zwangsweisen Unterbringung in einer Trinkerheilstätte oder gar der späteren Einweisung in ein Konzentrationslager zur Disziplinierung ihrer Klientel durch die Nationalsozialisten erfüllt.¹⁷³ Vor allem das »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« hatte tief reichende Folgen für die Arbeit der Trinkerfürsorge: Gab es in der Weimarer Zeit Ansätze einer eigenständigen Alkoholismustheorie, in der soziale Ursachen bei der Genese des Alkoholismus betont wurden, so änderte zwangsläufig die Sichtweise von der »erbbiologischen Minderwertigkeit« des Trinkers das Verhältnis des Betreuers zum Klienten.

Das neu geschaffene Instrumentarium an Zwangsmaßnahmen musste für den Hilfe suchenden, in die Fürsorge bestellten Trinker zur existenziellen Bedrohung werden. Statt Aufbau eines Vertrauensverhältnisses beherrschte wechselseitiges Misstrauen die Beziehungen. Auch wenn die Trinkerfürsorgestellen nicht unmittelbar berechtigt waren, zu Zwangsmitteln zu greifen, so trugen sie doch durch die Arbeitsteilung mit den dafür zuständigen Gesundheitsämtern wesentlich zu deren Anwendung bei. Dabei gab es durchaus die Möglichkeit, mit Hilfe der »Kann«-Bestimmung des Gesetzes Betroffene vor der Zwangssterilisation zu bewahren oder bei nachweislich abstinenter Lebensweise Schonfrist zu gewähren. Auch die ehrenamtlichen Mitarbeiter in den lokalen Abstinenzvereinen verlagerten den Schwerpunkt ihrer Arbeit. Die Betreuungs- und die damit verbundene Milieuarbeit trat zugunsten der Wahrnehmung von Kontrollfunktionen in den Hintergrund. Als Teil des staatlichen Gesundheitswesens nahm auch die ehrenamtliche Trinkerfürsorgearbeit einen repressiven Charakter an.

Die Einrichtungen der stationären Trinkerfürsorge trugen ebenfalls dazu bei, das Zwangsmittel der Sterilisation, die damit verbundene Anzeigepflicht sowie das Bestimmungsrecht über die Dauer des Heilstättenaufenthalts bei zwangseingewiesenen Trinkern problemlos umzusetzen. In der Anstalt Benninghausen wurden nachweislich zwölf, in den übrigen Westfälischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten eine unbekannte Zahl suchtkranker Patienten zwangssterilisiert. Bei einer reichsweit geschätzten Zahl von 300 000 Trinkern mussten sich 5–10 % von ihnen diesem Eingriff unterziehen. Vor allem sicherungsverwahrte Trinker, vor denen die »Volksgemeinschaft« geschützt werden sollte, wurden von dieser Maßnahme getroffen.

Mit Beginn des 2. Weltkrieges waren die Trinkerfürsorgestellen nicht in der Lage, mehr als nur das Allernotwendigste zu tun. Die Zahl der Betreuten sank ständig, auch die verbliebenen Heilstätten wurden kaum mehr in Anspruch

173 vergl. 20) DEDE, K.

Abschrift.

Anlage zu IV C 6870/37/5210.. Oppeln, den 24. Juni 1937

Der Regierungspräsident

I " " Nr. 20 - 13.

Betrifft: Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs.
Ohne Erlass.

In der Anlage überreiche ich einen Bericht des Polizeidirektors in Oppeln zu oben bezeichneten Gegenstand mit der Bitte um Kenntnisnahme. Ich halte den Vorschlag des Polizeidirektors gegen schwere Alkoholiker in Zukunft mit wesentlich verschärften Massnahmen vorzugehen, für durchaus beachtlich. Ob über den augenblicklichen Rechtszustand hinaus die dauernde Trennung des Trinkers von seiner Familie und die zwangsweise Unterbringung in einem Lager, wo er zu geordneter Arbeit gehalten wird, in Erwägung gezogen werden soll, darf ich der Prüfung der Zentralbehörde anheimgeben. Ich würde eine solche Massnahme begrüßen. Es wären dazu neue gesetzliche Anordnungen erforderlich.

Abgesehen davon wäre es aber erwünscht, dass die Gerichte von der ihnen bereits im § 42 d des Gesetzes gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Massregeln der Sicherung und Besserung vom 24. November 1933 (RGBl. I S. 995) gegebenen Möglichkeit der Anordnung der Unterbringung in seinem Arbeitshaus in viel weitergehendem Masse Gebrauch machten als dies bisher geschieht.

Schliesslich gibt auch das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 (I. S. 529) im § 1 Ziff. 3 eine Handhabe, schwerem Alkoholismus wirksam zu begegnen und jedenfalls geschlechtliche Exzesse und Verführung von Minderjährigen zu verhindern. § 1 Ziffer 3 lautet: Ferner kann unfruchtbar gemacht werden, wer an schwerem Alkoholismus leidet. Eine nachdrückliche Anwendung dieser Vorschrift und viel häufigere Meldungen und Anzeigen von schweren Alkoholikern an die Gesundheitsämter zur Einleitung des bezeichneten Verfahrens würden auch ihre erzieherische Wirkung nicht verfehlen.

Ich bitte, eine allgemeine Anweisung der beteiligten Zentralbehörden an alle in Frage kommenden Behörden der Verwaltung und Justiz zu einem verschärften Vorgehen gegen Trunksüchtige zu erwägen.

In Vertretung
Unterschrift.

Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs (1937)

genommen. Unter dem Druck des Staates wurde 1943 der evangelische »Blaukreuzhof« bei Soest enteignet, 1942 die katholische Trinkerheilstätte Hardehausen bei Warburg geschlossen und 1943/44 die noch verbliebenen Trinkerheilstätten der »Reichsstelle gegen die Alkohol- und Tabakgefahren«¹⁷⁴ direkt unterstellt.

174 Nachfolgerin der »Reichshauptstelle gegen Suchtgefahren«

Den schwersten Weg gingen die Alkoholkranken, die in ein Konzentrationslager oder eine Euthanasieanstalt eingewiesen wurden. In den Lagern wurden sie der Gruppe der »Asozialen« zugeordnet und mussten den »Schwarzen Winkel« tragen. Der Zustimmung und aktiven Unterstützung der Auslese, Ausgrenzung und schließlich der »Ausmerzungen« der chronisch Kranken und Behinderten im »Dritten Reich« wurde zunehmend Widerstand entgegengesetzt (s. u.).

Während die Zahl der Zwangssterilisationen in der zweiten Hälfte der 1930er-Jahre deutlich zurückging (das »Planziel« war im Wesentlichen erreicht), wurde vor dem Hintergrund der Vorbereitung des kommenden Krieges die Selektion der »Unheilbaren« auf die Tagesordnung gesetzt: Während die heilbaren und besserungsfähigen Patienten weiterhin gefördert wurden, »(...) sollten die unheilbaren Patienten als gemeinschaftsstörende Elemente von der Volksgemeinschaft ferngehalten werden. (...) und) die öffentlichen Kosten (ihrer) Unterkunft nach Möglichkeit durch eigene Arbeit der Gemeinschaft wiedergeben.«¹⁷⁵

Mit dem Einmarsch der deutschen Wehrmacht in Polen am 1. September 1939 und der vom gleichen Tag datierten Ermächtigung Hitlers, »(...) daß nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann« begann zeitgleich »der Krieg gegen die psychisch Kranken«.¹⁷⁶

Einen eigenen Weg in den sicheren Tod gingen die jüdischen Patienten und Patientinnen. Sie waren bis zur Reichspogromnacht am 9. November 1938 in den Heil- und Pflegeanstalten versorgt worden. In einem Schreiben des Oberpräsidenten der Provinz Hannover wurde wenige Tage danach festgestellt: »Besondere Aufmerksamkeit ist wegen der Gefahr einer Rassenschändung der Unterbringung der Juden in Krankenanstalten zu widmen. Sie müssen von Kranken deutschen oder artverwandten Blutes räumlich getrennt und untergebracht werden. (...) Auch wenn bisher Schwierigkeiten in dem Zusammenleben zwischen jüdischen und arischen Kranken nicht entstanden sind, (kann) den arischen Kranken und deren Angehörigen nicht mehr zugemutet (werden), daß sie mit Juden zusammenleben.«¹⁷⁷

Da es in manchen Anstalten nur wenige jüdische Patienten gab, konnte dieser Anweisung nicht immer entsprochen werden. Knapp zwei Jahre später, im

175 WALTER, B. in 80b) a. a. O. S. 19 f.

176 vergl. 31) DÖRNER, K. et al.

177 zit. nach 39) FINZEN, A., S. 67 ff.

September 1940, wurden 158 jüdische Geistesranke aus 25 Anstalten in Norddeutschland und Westfalen mit Sammeltransporten in die niedersächsische Anstalt Wunstorf bei Hannover gebracht. Darunter waren 24 Männer und ebenso viele Frauen aus den Westfälischen Provinzial-Heil und Pflegeanstalten. Durch Angehörige und jüdische Institutionen gab es verschiedenste Rettungsversuche, die in einzelnen Fällen zur Entlassung führten.¹⁷⁸

Niemand wusste, wohin letztlich die Reise gehen sollte. Verzweifelte Angehörige und nachfragende Behörden wurden auf die Gemeinnützige Krankenhaus-transport GmbH verwiesen, die schließlich die Auskunft gab, die Kranken seien in die Heil- und Pflegeanstalt Cholm in der Nähe der ostpolnischen Stadt Lublin verlegt worden. Obwohl von dort schon bald Angehörige über den Tod ihrer Verwandten (unter Angabe falscher Todesursachen) unterrichtet wurden, gab es diese Anstalt in Wirklichkeit nicht. Erst in den 1970er-Jahren berichtete der Ost-Berliner Anwalt F. K. Kaul, dass die jüdischen Kranken in das alte Brandenburger Zuchthaus transportiert und dort vergast worden seien.¹⁷⁹

In gleicher Weise wurden von Januar 1940 bis August 1941 im Rahmen der Aktion »T4«¹⁸⁰ 2890 psychisch Kranke, geistig behinderte sowie suchtkranke Frauen und Männer aus den westfälischen Anstalten zunächst in Zwischenanstalten deportiert. Dies diente, ähnlich wie die Wunstorfer Anstalt bei der Deportation der jüdischen Patienten, der Täuschung über das eigentliche Ziel und die wahren Absichten: 1334 Patienten und Patientinnen wurden in der Gaskammer der hessischen Anstalt Hadamar ermordet. Der sich zeitlich anschließenden »wilden Euthanasie« (so bezeichnet, weil nicht ausdrücklich »autorisiert«) mittels Verhungernlassens und der Verabreichung tödlich wirkender Medikamente fielen in deutschen und polnischen Anstalten¹⁸¹ neben den überlebenden Patienten der »T 4-Aktion« weitere 2846 aus Westfalen deportierte Patienten und Patientinnen zum Opfer.

178 ebd., S. 81 ff.

179 ebd., S. 117

180 Benannt nach der Zentrale der »Euthanasie«-Aktion in der Berliner Tiergartenstr. 4

181 Die Kranken und Behinderten in den psychiatrischen Kliniken im von den Deutschen besetzten Polen wurden ermordet, u. a. um Platz für Lazarette und Patienten aus Deutschland zu schaffen. So wurden Ende der 1980er-Jahre in der Gnesener Anstalt Krankengeschichten von deportierten Patienten aus der Gütersloher Anstalt gefunden. Beide Kliniken sind, wie auch andere polnische und westfälische psychiatrischen Kliniken, seit 1989 eine Partnerschaft eingegangen. In seinem Roman »Hospital der Verklärung« beschreibt Stanislaw Lem die Besetzung und Liquidierung einer polnischen psychiatrischen Anstalt während der deutschen Besatzung.

Der Reichsminister des Innern, Berlin, den 10. September 1940.
IV. S. 6862 17/40. Nr. 40, Königsplatz 6.
5106.

S o n n e n b r i e f

An
den Herrn Oberpräsidenten
s. Hd. Herrn Landesrat Andreas
in Hannover i. H.
Am Schiffgraben 1.

Betr.: Sammeltransporte aus der Landes-Heil- und Pflegeanstalt
Wunstorf.

Im Anschluss an die fernmündliche Besprechung vom 9. 9. 40.

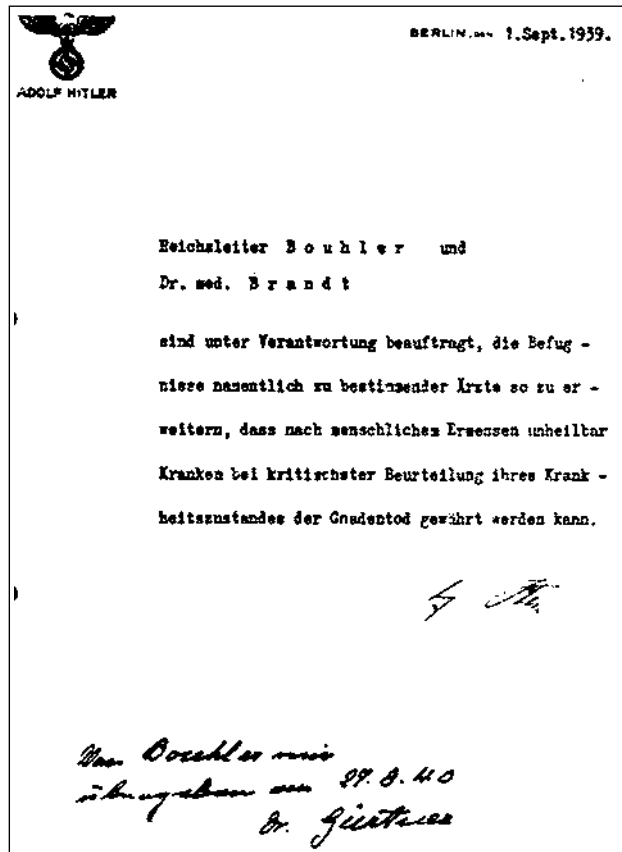
Zur Zwecke des gemeinschaftlichen Abtransportes werden in die
Landes-Heil- und Pflegeanstalt Wunstorf aus den folgenden Anstalten
von da gleichzeitig ausgegeben, deren verlegt werden:

	Juden.	Jüdinnen.
Provinzialheilanstalt in Dortmund Adlerbeck X	3	9
Provinzialheilanstalt in Gerstein X	9	12
Provinzialheilanstalt in Lünen X	1	3
Provinzialheilanstalt in Mittern X	12	5
Landes-Heil- u. Pflegeanstalt in Göttingen X	10	2
Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Hildesheim X	5	6
Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Lüneburg X	2	
Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskrankheiten in Lüneburg	4	2
Landes-Heil- u. Pflegeanstalt in Osnabrück X	4	4
Wittkindshof s. Bad Oeynhausen X	4	2
Krankenanstalten s. Bethel, s. Bielefeld X	7	9
St. Vinzenzhaus Gieseler X	2	3
Alexander Heilanstalt Neu-Kampen-Neelsbüten X	1	3
St. Rochus-Hospital Teich X	3	2
Frauenheim Himmelsturm X		4
Privat-Heil- u. Pflegeanstalt Liebenburg Q 1 X		12
Landwirtschaft. Lehr- u. Heilanstalt Albertshof X	2	
Dr. Ferdinand Warendorff'sche Privat-Heil- u. Pflegeanstalt in Ilters b. Hannover X	16	3
Landes-Heil- u. Pflegeanstalt in Königslutter X	1	2
Neu-Erkerode Anstalten in Neu-Erkerode, Post-Bieckel X		3
Privatklinik von Dr. med. Benning f. Nerven- u. Gemüts- kranke, Ostermoorland b. Bremen		2
Nervenklinik der Stadt-Krankenanstalt in Bremen X		5
	41	95

Sammeltransportliste jüdischer Patientinnen und Patienten (1940)

Von den insgesamt 5798 »lebensunwerten« Kranken und Behinderten lebten bei Kriegsende noch etwa 800,¹⁸² darunter eine bis heute unbekannte Zahl Suchtkranker. Solange jedoch die »Trinker« arbeitsfähig waren, wurde sogar zeitweiser Alkoholgenuß toleriert. Vor allem die psychiatrischen Anstalten legten großen Wert auf billige Arbeitskräfte, um ihren Betrieb aufrechterhalten zu kön-

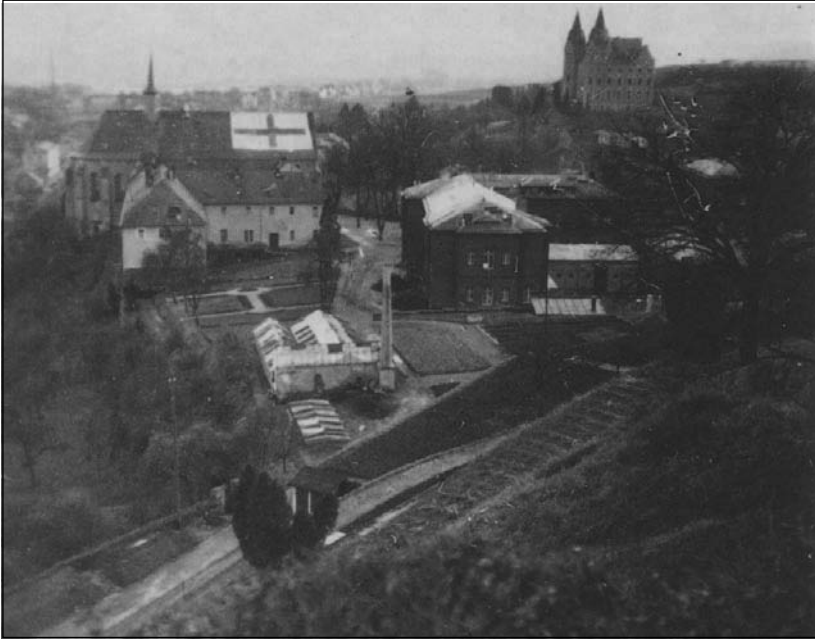
182 WALTER, B. in 80b) a. a. O., S. 20 ff.



»Euthanasie«- Ermächtigung (1939)

nen. Unter diesen Vorzeichen wurden selbst die nach § 42c StGB verurteilten Alkoholkranken aufgenommen. So blieben manche als »asoziale Trinker« eingestufte von der »Euthanasie« verschont. Der große Arbeitskräftemangel in den Kriegsjahren hat den sonst sicher zum Tode Verurteilten das Leben gerettet. Auch ein Entweichen aus den Anstalten und Lagern bot Chancen für ein erfolgreiches Untertauchen.

Vor allem in katholischen Gegenden und unterstützt von Geistlichen gab es im Namen des Lebensrechtes eines jeden Menschen entschiedenen und teilweise erfolgreichen Widerstand gegen die Zwangssterilisierungen und die »Euthanasie«. Kirchenspitze und Vatikan verboten den katholischen Heil- und Pflegeanstalten die Mitarbeit bei den Verlegungen.



»Euthanasie«-Anstalt Hadamar

Am bekanntesten wurde die öffentliche Predigt des Bischofs von Münster, Kardinal Clemens August von Galen, in der er sich gegen den Massenmord wandte und eine Welle des Protestes auslöste: »Wenn einmal zugegeben wird, daß Menschen das Recht haben, »unproduktive« Menschen zu töten – und wenn es zunächst auch nur arme wehrlose Geisteskranke trifft –, dann ist *grundsätzlich* der Mord an allen unproduktiven Menschen, also an den unheilbar Kranken, den Invaliden der Arbeit und des Krieges, dann ist der Mord an uns allen, wenn wir alt und altersschwach und damit unproduktiv werden, freigegeben.«¹⁸³

In evangelischen Gegenden hingegen war der Konsens mit der nationalsozialistischen (Gesundheits-)Politik und die Mitbeteiligung am größten. Die Spitze der evangelischen Kirchen leistete allenfalls »vertraulichen Widerstand«, jedoch ohne großen Erfolg. Hatten die Anstaltsleiter der Inneren Mission keine Einwände gegen die Zwangssterilisationen erhoben, so versuchten einige, die ihnen anvertrauten Kranken und Behinderten vor der Verlegung in T4-Anstalten zu bewahren. So setzte sich der Leiter der Anstalt Bethel, Dr. Jaspersen, dafür ein, die geforderten Meldebögen nicht auszufüllen und konnte durch hinhal-

183 zit. nach 95) Volk und Gesundheit, S. 182

tenden Widerstand einen Teil seiner Patienten vor der Deportation bewahren. Während andere Heil- und Pflegeanstalten der Anweisung aus Berlin folgten, hatte allein der Direktor des »Lindenhauses« in Lemgo, Dr. Müller, den Mut, das Ausfüllen der Meldebögen zu boykottieren und rettete dadurch seine Patienten vor dem sicheren Tod.

Immer wieder gab es Schwestern und Pfleger, die verbotenerweise den ihnen Anvertrauten Lebensmittel zukommen ließen und sie vor dem Verhungern bewahrten. Angehörige drängten auf Entlassung ihrer Verwandten, stießen bei den Direktoren der Anstalten jedoch auf taube Ohren. Allerdings verweigerten auch Angehörige die Aufnahme ihrer Kranken und Behinderten, wenn sie vor allem von Schwestern der katholischen Häuser dazu gedrängt wurden.

Neben den Protesten trug zum Stopp der »Euthanasie«-aktion »T4« im August 1941¹⁸⁴ bei, dass die Planzahl von 60 000–70 000 zu ermordenden Geisteskranken bereits überschritten war und die dabei gewonnenen Erfahrungen für die Vorbereitungen zur »Endlösung der Judenfrage« ausreichend schienen.¹⁸⁵ Die bis zum Kriegsende 1945 betriebene »wilde Euthanasie« konnte jedoch nicht verhindert werden und kostete Tausenden von Kranken und Behinderten das Leben.

184 vergl. 32) DÖRNER, K., S. 94 ff.

185 vergl. 61) Verlegt nach Hadamar, S. 156 ff.

Als wäre nichts gewesen

»Neuanfang« nach 1945

Am Ende des 2. Weltkrieges stand die Trinkerfürsorge wieder an ihrem Ausgangspunkt. Die alkoholgegnerischen Verbände waren in einer materiell und moralisch desolaten Situation. Sie mussten sich um die Wiederezulassung bei den Alliierten bemühen, was ihnen erst im Jahre 1947 gelang. Der Guttemplerorden, der Kreuzbund sowie das evangelisch-kirchliche Blaue Kreuz zählten reichsweit zusammen lediglich 12 000 Mitglieder. Diese Gruppen gründeten gemeinsam mit den Wohlfahrtsverbänden, Behörden und öffentlichen Einrichtungen 1947 in Bochum die »Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren«.¹⁸⁶

Eine Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte im Nationalsozialismus, der aktiven Unterstützung der Gesundheitspolitik im »Dritten Reich«, fand ebensowenig statt wie eine Ablösung der führenden Funktionäre, die sich gegenseitig verdienstvolles Handeln während der nationalsozialistischen Diktatur bescheinigten.¹⁸⁷ Stattdessen setzte man sich mit Fragen des steigenden Alkoholkonsums bei Frauen und Jugendlichen, der »sexuellen Frage«¹⁸⁸ sowie der Zunahme des Nikotinverbrauchs auseinander. Dazu dienten u. a. die Abhaltung von »wissenschaftlichen Konferenzen« und ab 1955 die Herausgabe der wissenschaftlich-praktischen Zeitschrift »Suchtgefahren«.¹⁸⁹

Wie sehr die führenden Verbandsfunktionäre noch dem Denken aus der nationalsozialistischen Zeit verhaftet waren, zeigte beispielhaft ihre Kritik an der neuen Rechtsprechung (sie hatte u. a. dazu führte, die zwangsweise Unterbringung von Alkoholikern nur noch selten anzuordnen): »(...) wer, wie der Süchtige, an eine außerindividuelle, man kann vielleicht sagen dämonische Macht gebunden ist, hat das Recht verwirkt, als freier Mensch behandelt zu werden, und die Verfassung darf nicht ihn schützen, sondern die bedrohte Gemeinschaft vor ihm.«¹⁹⁰

186 vergl. 28) Suchtkrankenhilfe in Deutschland, S. 25 f.

187 vergl. 13) BÖHM, M., S. 170

188 Die Liberalisierung der Umgangs zwischen den Geschlechtern schien einen erhöhten Alkoholkonsum vor allem bei der Jugend zu fördern.

189 vergl. 13) BÖHM, M., S. 167 f.

190 ebd., S. 171

Im Vorfeld der stationären Aufnahme bemühte man sich, die aussichtsreichen von den prognostisch ungünstigen Patienten zu trennen und Erstere in eine »offene« Trinkerheilstätte zu überweisen, Letztere freiwillig oder zwangsweise in einer »geschlossenen« Provinzialheilanstalt unterzubringen.¹⁹¹ Allerdings verloren die bis dahin vorherrschenden Alkoholismustheorien, die Erblichkeit sowie Keimschädigung ursächlich für die Erkrankung verantwortlich machten, ihren dominierenden Einfluss. Dafür erlebte das Konzept der konfessionellen Abstinenzverbände, aufgrund dessen der Alkoholismus als Folge schuld- und sündhaften Verhaltens angesehen wurde, eine Renaissance. Erst die 1953 durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erfolgte Definition¹⁹² öffnete neue Wege: Der »Kontrollverlust« sowie die »Unfähigkeit zur Abstinenz« charakterisierten fortan ein abhängiges Trinkverhalten.¹⁹³

Die Trinkerfürsorgearbeit war in den ersten Nachkriegsjahren fast zum Erliegen gekommen. Dabei war Westfalen, so ein Rundschreiben der in der »Westfälischen Arbeitsgemeinschaft gegen die Suchtgefahren« zusammengeschlossenen Verbände, »bis zum Zusammenbruch das Landgebiet, das zu denjenigen gehörte, welche am besten mit Einrichtungen für die Süchtigenfürsorge ausgestattet« waren.¹⁹⁴ Bis zur Währungsreform (1948) gab es nur wenige Beratungsstellen für Suchtkranke. Waren in der katholischen Süchtigenfürsorgestelle in Münster vor dem 2. Weltkrieg vier Fürsorger bzw. Fürsorgerinnen tätig, so versah nach 1945 noch eine Mitarbeiterin dort ihren Dienst. Aufgrund der Alkoholknappeit und dem damit verbundenen deutlichen Rückgang an Suchterkrankungen wurde die Fürsorgestelle anfangs nur wenig in Anspruch genommen. Der Zugang an Alkoholkranken stieg von 1946–49 von einem auf zwölf Betreute. Die Fürsorgestelle für Nerven- und Gemütskranke sowie Süchtige am Städtischen Gesundheitsamt in Bielefeld wurde 1949 von 30, zwei Jahre später bereits von 135 Suchtkranken aufgesucht.¹⁹⁵

1947–1952 betrieb der Kreuzbund in Hamm zunächst ehrenamtlich eine katholische Beratungsstelle für Suchtgefährdete und Suchtkranke.¹⁹⁶ Diese Stelle, wie auch die bereits seit Oktober 1945 wieder arbeitende Paderborner Beratungsstelle der Caritas, sah sich in den Nachkriegsjahren mit den Folgen der

191 vergl. 184) Kreisarbeitsgemeinschaft gegen die Suchtgefahren ...

192 Grundlage waren die wissenschaftlichen Untersuchungen des amerikanischen Alkoholismusforschers Jellinek.

193 vergl. 13) a. a. O., S. 190

194 vergl. 179) Rundschreiben ...

195 vergl. 166) Verwaltungsberichte der Stadt Bielefeld

196 vergl. 73) Kreuzbund Hamm, S. 10

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren

PRÄSIDIUM:

Univ.-Prof. Dr. Reinhard Strecker, Gießen
 Univ.-Prof. Dr. med. Otto Graf, Dortmund
 Prof. Dr. Theo Gläss, Göttingen
 Prof.-Verw.-Rätin Dr. Scheuner, Münster i. W.
 Regierungsrätin a. D. Emma Schulze, Hannover
 Pastor Viktor Bode, Hannover
 Direktor Heinrich Czeloth, Bären i. W.

Geschäftsstelle: Büro i. W., im Kühling 3

FACHAUSSCHUSSE:

Süchtigenfürsorge
 Rauschgiftfreie Jugendzucht
 Süßmost - Alkoholfreie Getränke
 Tabakgefahren
 Gesetzgebung und Verwaltung
 Wissenschaftliche Arbeiten
 Presse, Film, Rundfunk
 Verkehrswesen

29. September 1950

s/B

Als Gesamtbild ergibt sich die dringende Notwendigkeit einer möglichst frühzeitigen und vollständigen Erfassung der Alkohol-gefährdeten und einer möglichst schnell einsetzenden und gründlich Hilfe.

Wir haben uns aus diesen Gründen bemüht, die durch den Krieg fast völlig zerschlagene Suchtkrankenfürsorge in erster Linie mit Hilfe der Verbände, aber auch durch Einflussnahme auf die öffentlichen Stellen, wieder aufzubauen. Soweit wir übersehen können, ist Westfalen auf diesem Gebiete zur Zeit führend.

Es unterhält die katholische Seite in Westfalen unter anderem zwei überörtliche Stellen mit hauptamtlichen Kräften in Hagen und Bochum, ferner 8 Fürsorgestellen mit hauptamtlichen Kräften in den Städten Münster, Bocholt, Paderborn, Bochum, Herne, Hagen, Lippe, Stadt, Dortmund, 6 Beratungsstellen mit nebenamtlichen Kräften in Warendorf, Hamm, Neheim, Rocklinghausen, Greven, Emsdetten, schließlich 3 Stützpunkte in Telgte, Bielefeld und Herl.

Auf der evangelischen Seite wurde die Regelung getroffen, dass innerhalb der Ämter für Gemeindedienst besonders beauftragte Sachbearbeiter, die für diesen Zweck geschult werden, sich dieser Spezialaufgabe annehmen und soweit der Geschäftsumfang dies erfordert, eigene Fürsorgestellen dafür entwickeln.

Auf der evangelischen Seite arbeitet außerdem der Deutsche Hauptverein vom Blauen Kreuz in Wuppertal-Barmen, der in Nordrhein-Westfalen 94 Zweigvereine und 126 Stützpunkte unterhält, deren ausschließliche Spezialaufgabe die Trinkerbetreuung ist. Etwa die Hälfte dieser Vereine und Stützpunkte entfällt auf Westfalen.

Der Deutsche Guttemplerorden hat in Westfalen an 13 Orten Fürsorge bzw. Beratungsstellen oder Stützpunkte, die Trinkerfürsorge betreiben und zwar in :

Bielefeld, Herford, Bünde, Rehme, Minden, Lemgo, Detmold,
 Gütersloh, Wiedenbrück, Ahlen, Münster, Burg Steinfurt, Groden.

Auszug aus »Betrifft: Ausbau der Fürsorge für Suchtkranke in Westfalen« (1950)

landesweit verbreiteten, illegalen und zu behandlungsbedürftigen, gesundheitlichen Folgen führenden Schnapsbrennerei konfrontiert.¹⁹⁷

Bereits im September 1950 konstatierte die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, dass »die durch den Krieg fast völlig zerschlagene Suchtkrankenfürsorge in erster Linie mit Hilfe der Verbände, aber auch durch Einflußnahme auf die öffentlichen Stellen, wieder aufgebaut« werden konnte: »Soweit wir übersehen können, ist Westfalen auf diesem Gebiete zur Zeit führend«.¹⁹⁸

Sowohl auf katholischer als auf evangelischer Seite gab es inzwischen wieder ein Netz von Fürsorgestellen mit hauptamtlichen und Beratungsstellen mit nebenamtlichen Kräften sowie von den Abstinenzverbänden unterhaltenen »Stützpunkten«. Der Guttempler-Orden richtete in seiner früheren Hochburg Bielefeld eine zentrale Fürsorge- und Beratungsstelle ein und, da »der behördlichen Betreuungsmöglichkeit Alkoholkranker enge Grenzen gesetzt« seien und »sie sich in der Hauptsache auf solche Fälle beschränkt, für die Anstaltbehandlung notwendig ist«, verfuhr der Orden nach dem Grundsatz, »daß jede Guttemplerloge eine Fürsorgeeinrichtung sein solle« und führte 17 Orte mit einer Fürsorge- und Beratungs- oder Auskunftsstelle an.¹⁹⁹

In Bielefeld, wie später auch andernorts, bildete sich eine »Kreisarbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Suchtgefahren«, in Hamm ersetzte 1951 die »Westfälische Landesstelle gegen die Suchtgefahren« zusammen mit der »Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren« die frühere Tätigkeit des »Westfälischen Provinzial-Verbandes gegen den Alkoholismus«. Auch die konfessionellen Wohlfahrtsverbände schlossen sich zu überregionalen Arbeitsgemeinschaften zusammen. Die Mittel des Provinzial-Verbandes in Münster zur Unterstützung der Suchtkrankenhilfe wurden anteilig auf die verschiedenen Abstinenzverbände verteilt. So erhielt 1951, wohl seiner damaligen Bedeutung bzw. seines Einflusses wegen, der Kreuzbund 50 Prozent von insgesamt 5000 DM, die evangelische Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Suchtgefahren (Innere Mission) und die Guttempler jeweils 25 Prozent.²⁰⁰

Die öffentliche Trinkerfürsorge war dem Gesundheitsamt angegliedert. Ab 1948 wurden in Westfalen die staatlichen zu kommunalen Gesundheitsämtern. War anfangs noch »Ausgangspunkt der Trinkerfürsorge die Erfassung der durch

197 vergl. 103) Suchtkrankenhilfe Paderborn, S. 102

198 vergl. 178) Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren

199 vergl. 167) Internationaler Guttempler-Orden

200 vergl. 179) Rundschreiben ...

Erbanlage und persönliche Erlebnisse und Umwelteinflüsse gebildete Gesamtpersönlichkeit des Menschen«, so nahm man zunehmend wahr, dass »gegenwärtig (...) jedoch viele von ihnen Opfer der Kriegs- und Nachkriegserlebnisse« geworden waren.²⁰¹ Im Vordergrund des Angebotes standen Sprechstunden und Hausbesuche, bei denen vorrangig Ratschläge erteilt wurden. Die Herausnahme des Trinkers aus der gewohnten Umgebung, sei es durch Anschluss an eine Abstinenzgruppe oder Aufenthalt in einer meist entfernten Trinkerheilstätte, galten weiterhin als geeignetste Hilfsmaßnahmen. Führt dies jedoch nicht zum Erfolg, versuchten die Trinkerfürsorger eine Zwangseinweisung zu erreichen. Auch hier zeigte sich die Kontinuität mit dem »Progressivsystem« der Weimarer Republik sowie der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik.²⁰²

In den jährlichen Berichten der Bielefelder Fürsorgestelle wird wiederholt die gute Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Kliniken in Gütersloh und Bethel sowie den alkoholgegnerischen Verbänden erwähnt. 1957 fanden erstmals tiefenpsychologische Untersuchungen statt, um mögliche biografische Ursachen abzuklären und auf dieser Grundlage ärztlichen Rat zu geben statt mit der Zwangsunterbringung zu drohen. War bis dahin lediglich zweimal im Monat ein Anstaltsarzt in der Fürsorgestelle tätig, so wurde ab 1962 ein Facharzt angestellt. Aus den knappen Berichten ging hervor, dass die Zahl der Betreuten von 188 (1952) auf 471 (1972) gestiegen war.²⁰³

Im benachbarten Kreis Herford richtete man erst 1959 eine halbe Stelle durch die Innere Mission für die Trinkerfürsorge beim Kirchenkreis ein. Zu diesem Zeitpunkt gab es bereits wieder sieben Blaukreuz-Gruppen vor dem Hintergrund einer langen Tradition auf dem Gebiet der Trinkerfürsorge. (Schon 1849 gehörten 38 % der Bevölkerung von Löhne bei Herford der Mäßigkeitsbewegung an!) Später wurde die Trinkerfürsorgestelle als Suchtberatungsstelle vom Diakonischen Werk weitergeführt und personell ausgebaut. Auch in Bielefeld, Bad Salzuflen sowie Brackwede bei Bielefeld²⁰⁴ wurden Fürsorgestellen eingerichtet. Für den katholischen Bevölkerungsteil im evangelisch geprägten Minden-Ravensberger Land betrieb die Caritas Suchtberatungsstellen sowohl in Herford als auch in Bielefeld und Gütersloh.²⁰⁵

Da seit 1933 der Anschluss an die Erkenntnisse und Fortschritte in der Alkoholismustherapie auf internationaler Ebene verloren gegangen war, wurden nur

201 vergl. 13) BÖHM, M., S. 192

202 vergl. 98) ROST, W.

203 vergl. 166) a. a. O.

204 vergl. 70) KLEMENT, H. und 9) Blaues Kreuz in der Ev. Kirche

205 vergl. 103) a. a. O.

zögernd neue psychotherapeutische und medikamentöse Behandlungsformen in die traditionelle Trinkerfürsorgearbeit übernommen. So wurden erst nach der Einführung des »PsychischKrankenGesetzes« (PsychKG) 1973–76 in der »Beratungsstelle für Suchtkranke« am Städtischen Gesundheitsamt in Bielefeld (seit 1977 Nachfolgerin der Trinkerfürsorgestelle) erstmals methodische Einzelgespräche geführt und intensive soziale Gruppenarbeit (unter der Leitung von zwei Sozialarbeiterinnen) sowie eine Ehepaargruppe angeboten.

Auch der gute Kontakt zu Suchtberatungsstellen der Freien Verbände und der verschiedenen Abstinenzgruppen wird in den Jahresberichten hervorgehoben.²⁰⁶ Die ambulante Nachsorge konnte in den Nachkriegsjahren von den alkoholgegenerischen Vereinigungen nicht mehr in ausreichendem Maße wahrgenommen werden, weil es an freiwilligen Helfern fehlte. Dies hatte zur Folge, dass sich die behördliche Trinkerfürsorge auf die »schweren Fälle« konzentrierte.

1962 kam mit der Einführung des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) und seinen beiden Säulen »Hilfe in besonderen Lebenslagen« und »Hilfe zum Lebensunterhalt« Bewegung in die Arbeit der Fürsorgestellen. Aufgrund der Anwendung des Subsidiaritätsprinzips – »(...) wird die Hilfe im Einzelfalle durch die freie Wohlfahrtspflege gewährleistet, sollen die Träger der Sozialhilfe von der Durchführung eigener Maßnahmen absehen (...)« – und der Vorgabe, dass »eigene Einrichtungen nicht neu geschaffen werden, soweit geeignete Einrichtungen der Träger der freien Wohlfahrtspflege vorhanden sind, ausgebaut oder geschaffen werden können«, kam es zum verstärkten Ausbau von Beratungsstellen, Fachkliniken und Übergangseinrichtungen der freien Wohlfahrtspflege.²⁰⁷

Die Hilfeempfänger hatten erstmals einen Rechtsanspruch auf fürsorgerische Leistungen (Sozialhilfe), die Leistungsgewährung erfolgte nach den Grundsätzen »Hilfe zur Selbsthilfe« und der »aktiven Mitwirkung des Hilfsbedürftigen am Hilfeprozesses«. Der Trinkerfürsorger seinerseits hatte nicht mehr das »Anordnungsrecht«, sondern eine »Beratungspflicht« auf der Grundlage gleichberechtigter Partnerschaft. Diese erforderte fachlich qualifizierte, staatlich ausgebildete Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, die die suchtspezifische, klientenzentrierte Beratung etwa bei der Vorbereitung einer Entwöhnungsbehandlung übernehmen sollten. Da es unter den Ärzten nur wenige gab, die sich auf diesem Gebiet auskannten, kam den Trinkerfürsorgern und späteren

206 vergl. 166) a. a. O.

207 vergl. 13) a. a. O., S. 197 ff.

Rundschreiben

an die in der Westf. Arbeitsgemeinschaft g.d.S. zusammengeschlossenen Verbände.

Betrifft: Ausbau der Fürsorge für Suchtkranke in Westfalen.

Westfalen war bis zum Zusammenbruch das Landgebiet, das zu denjenigen gehörte, welche am besten mit Einrichtungen für die Suchtgiftenfürsorge ausgestattet waren. Die Kriegsverhältnisse und die Verhältnisse kurz danach haben den grössten Teil dieser Einrichtungen zerschlagen, sodass hier wie überall ein Neuaufbau einsetzen muss.

Aufgrund der Arbeiten der in der Westf. Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossenen Verbände liegt Westfalen heute bereits wieder mit an der Spitze bei der Schaffung dieser Spezialeinrichtungen. Trotzdem ist der gegenwärtige Stand keinesfalls als genügend zu bezeichnen.

Das Sozialministerium Düsseldorf hat kürzlich zum Ausdruck gebracht, es sei erforderlich, dass die Gesundheitsämter die ihnen durch Gesetz obliegenden Aufgaben in der Suchtgiftenfürsorge in ständiger Verbindung mit den Hilfestellen der Verbände durchführen. Es ist aber nun leider so, dass an verschiedenen Orten z.Zt. noch nicht einmal ein Stützpunkt für die Suchtgiftenfürsorge seitens der Verbände vorhanden ist. Es muss erreicht werden, dass wenigstens an jedem Sitz eines Gesundheitsamtes eine Vertretung der freien Verbände gegenüber dem Gesundheitsamt, die bemüht ist, die Suchtgiftenfürsorge auszubauen, vorhanden ist.

Darüber hinaus sollen an den Orten, wo, wenn auch kleine Gruppen von Verbänden oder auch nur Einzelmitglieder vorhanden sind, Orts- bzw. Kreisarbeitsgemeinschaften gegen die Suchtgefahren eingerichtet werden. Sie sollen die Grundlage für eine systematische, ausbaufähige Arbeit in der Suchtgiftenfürsorge in dem betreffenden Ort bzw. Kreis bilden. Ob und inwieweit es dabei zu der Einrichtung von Suchtgiftenfürsorgestellen, die mit haupt- oder nebenberuflichen Kräften besetzt werden, kommen wird, muss nach den örtlichen Verhältnissen beurteilt werden.

Um zu erreichen, dass das Gebiet Westfalen mit einem lückenlosen Netz von Orts- und Kreisarbeitsgemeinschaften und Stützpunkten für Suchtgiftenfürsorge übersogen wird, bitten wir:

- 1) seitens jedes Verbandes eine Persönlichkeit zu beauftragen, welche im Sinne der vorstehenden Ausführungen für die Arbeit in dem betr. Ort bzw. Kreis verantwortlich ist,
- 2) der Westf. Arbeitsgemeinschaft Namen, Anschrift, ggf. Dienststelle bzw. Verband der betr. Persönlichkeit mitzuteilen,
- 3) Darüber hinaus mitzuteilen, ob an dem betr. Ort bereits Einrichtungen für Suchtgiftenfürsorge vorhanden sind (Fürsorge- und Beratungsstellen, Betreuungsgruppen), Name des Sachbearbeiters und Adresse sowie Bezeichnung der betr. Einrichtung oder Gruppe.

Rundschreiben der »Westfälischen Arbeitsgemeinschaft gegen die Suchtgefahren« (um 1950)

Sozialarbeitern in der Zusammenarbeit mit Heilstätten und Fachkliniken für Suchtkranke besonderes Gewicht zu.

Vor allem dort, wo es keine Trinkerfürsorgestelle gab, übernahmen Abstinenzvereine diese Aufgabe und leisteten die örtliche Basisversorgung. Dies schloss die eigenständige Bearbeitung eines Kurantrages einschließlich der Abklärung der Kostenfrage ein.

In den 1960er- und 70er-Jahren hielten zunehmend Techniken auf psychotherapeutischer Basis Einzug in die Arbeit der Beratungsstellen. Auch gesellschaftliche Faktoren fanden nun mehr Beachtung und es entwickelten sich multikausale Erklärungsmodelle der Alkoholsucht. Gruppentherapeutische Verfahren brachten eine Demokratisierung der Beziehung der verschiedenen Berufsgruppen untereinander sowie zu den Patienten mit sich. Dies wiederum führte zu einer Abkehr von Allmachtsansprüchen, jeden »Trinker« per Zwangsbehandlung »trockenlegen« zu wollen. Die therapeutische Hinwendung zu den »Motivierten« stand nun im Vordergrund. Dieser Professionalisierungsprozess ergriff auch die Abstinenzverbände. In Weiterbildungslehrgängen für ehrenamtliche Mitarbeiter wurden diese zu »Freiwilligen Suchtkrankenhelfern« bzw. »Freiwilligen Sozialhelfern« ausgebildet. Aufgabenschwerpunkt wurde die Begleitung der Abhängigen während und vor allem nach der fachlichen Beratung oder Behandlung in Spezialeinrichtungen (Beratungsstellen und Heilstätten für Suchtkranke), also vorrangig der Bereich der »Nachsorge«.²⁰⁸

Es kam zur Gründung von Übergangseinrichtungen, in denen seit Mitte der 1960er-Jahre die Suchtkranken Aufnahme fanden, die nach einer stationären Behandlung weitergehender Zuwendung bedurften. Nach mehrjähriger Planungsphase wurde 1974 in der Tradition früherer Häuser des Blauen Kreuzes in Bad Salzuflen das »Blaukreuz-Haus« eingeweiht. Die Stärkung sozialer Kompetenzen im Sinne einer »Nachreifung der Persönlichkeit« stand im Vordergrund. Aufgrund des großen Bedarfes kaufte man wenige Jahre später ein weiteres Haus. Der zuständige Sozialhilfeträger wurde über den Pflegesatz finanziell für die Einrichtung zuständig. Das »Blaukreuz-Haus« qualifizierte sich schließlich zum Beratungs-, Behandlungs- und Rehabilitationszentrum.²⁰⁹

Die Regelung der Zuständigkeit für die Erstattung von Kosten für die Durchführung von Entwöhnungsbehandlungen blieb in den 1950er- und 60er-Jahren ein Dauerthema. In einem Briefwechsel des Gesundheitsamtes der Stadt Dort-

208 vergl. 70) a. a. O., 103) a. a. O. und 46) Freundeskreise der Suchtkrankenhilfe

209 vergl. 10) Blaukreuz-Zentrum Bad Salzuflen

mund mit dem Deutschen Städtetag im Jahre 1955 wurde darauf aufmerksam gemacht, »daß der Alkoholkonsum und somit der Mißbrauch ständig gestiegen (seien). Diese Zahlen sind keineswegs ein Zeichen von Wohlstand. Hier handelt es sich um suchtfördernde, gesundheitsschädigende Genußmittel. Das Verlangen ist viel größer als die wirtschaftliche Vernunft der Verbraucher. Durch das Inferno des letzten Krieges und der Nachkriegsjahre mit Trümmern, Flüchtlingselend, Massenunterkunft und Hunger wurden weite Kreise der Bevölkerung aus ihrer geistig-seelischen Basis gerissen. Die Bereitschaft zur Sucht, insbesondere zum Alkoholismus, hat sich erhöht. Im Vergnügen und Genuß sucht man die versäumten Freuden nachzuholen. Lebensangst und Sensations- taumel sind Ausdruck dieser Fehlentwicklung. (...) Als bedenkliche Anzeichen für die Tiefe des Mißbrauchs ist festzustellen, daß auch Frauen und Jugendliche im größeren Umfang als früher von dem Alkoholismus erfaßt werden«. ²¹⁰

Allerdings stand der Notwendigkeit der Durchführung von Entwöhnungs- behandlungen die Weigerung der Landesversicherungsanstalt entgegen, sich an der Erstattung der Kosten zu beteiligen: »Außerdem geht die Landesversiche- rungsanstalt davon aus, daß die Durchführung einer Entziehungskur nur selten zu einem dauernden Erfolg führt. Im Zusammenhang mit der Frage der Kosten- beteiligung der Durchführung von Entziehungskuren bei Trinkern hat die Lan- desversicherungsanstalt verschiedene Fälle verfolgt und dabei festgestellt, daß alle von ihr verfolgten Fälle vor Ablauf eines halben Jahres wieder rückfällig geworden waren. Aus all diesen Gründen sieht die Landesversicherungsanstalt die Voraussetzung zur Gewährung von Kuren nach § 1310 RVO bei Trinkern nicht als gegeben an.« ²¹¹

Der Leiter des Dortmunder Gesundheitsamtes wehrte sich gegen eine derar- tige Verallgemeinerung und wies darauf hin, dass »der Erfolg einer Kur letztlich von der intensiven Nachbetreuung nach der Entlassung des Patienten« abhin- ge. Wo diese gewährleistet sei, »können Erfolge nicht ausbleiben«. Als Kom- promiss schlug er vor, »die Pflegekosten zunächst zu tragen, sofern aus gesund- heitlichen Gründen eine Entziehungskur für erforderlich gehalten wird«. ²¹² Die Erstattung der Pflegekosten halte er für erforderlich, da der kommunalen Für- sorge nicht zugemutet werden kann, allein für den Gesundheitszustand der sucht- kranken Menschen aufzukommen. »Wir schlagen daher vor, sofern sich ein Patient nach der Entziehungskur über ein Jahr geordnet verhält, daß die von uns aufgewandten Beträge von der Landesversicherungsanstalt zu erstatten sind.

210 vergl. 187) Stadtverwaltung Dortmund und 188) Deutscher Städtetag

211 vergl. 189) Landesversicherungsanstalt Westfalen

212 vergl. 187) a. a. O.

Aufgrund einer Umfrage bei verschiedenen Städten in Nordrhein-Westfalen stellen wir fest, daß überall die gleichen Schwierigkeiten der Kostenregelung bei Entziehungskuren bestehen. Es ist daher dringend notwendig, hier eine grundlegende Regelung aller Beteiligten zu schaffen.«²¹³

Der Deutsche Städtetag hielt dies nur für möglich, »wenn sich die verschiedensten Stellen, die an Entziehungskuren interessiert sind, zu einer gemeinsamen Aktion zusammenfinden. Nach unserer Ansicht käme eine Beteiligung der Landesversicherungsanstalt, der Landesfürsorgeverbände und der Bezirksfürsorgeverbände in Frage.«²¹⁴ Wenige Tage später wurde von der Landesversicherungsanstalt Westfalen mitgeteilt, dass sowohl der zuständige Ausschuss als auch der Vorstand sich einstimmig gegen den Vorschlag des Dortmunder Gesundheitsamtes ausgesprochen hätten. Der Landesfürsorgeverband Westfalen teilte daraufhin dem Deutschen Städtetag mit: »Weitere Verhandlungen scheinen aussichtslos zu sein, zumal die Landesversicherungsanstalt schon auf frühere Vorstellungen eine ablehnende Stellungnahme eingenommen hat.«²¹⁵

Krankenkassen und Rentenversicherungsträger wurden schließlich 1968 durch das Grundsatzurteil des Bundessozialgerichts in Kassel verpflichtet, die Behandlungskosten bei Alkoholismus zu übernehmen. Erst diese bahnbrechende Entscheidung ermöglichte den Anschluss an die internationale Entwicklung. Das Gericht ging mit diesem Urteil weit über die bis dahin gültige Rechtsprechung hinaus, den Alkoholismus erst im fortgeschrittenen Stadium als behandlungsbedürftig anzuerkennen.²¹⁶ Als charakteristisches Krankheitsmerkmal wurde nun der »Kontrollverlust« anerkannt. So konnten Alkohol Kranke bereits in einem früheren Stadium ihrer Sucht, in der sie Beeinflussungen eher zugänglich waren, in stationäre Behandlung vermittelt werden.

Eine »Suchtvereinbarung« zwischen den zuständigen Leistungsträgern legte zehn Jahre später (1978) fest, dass die Kosten für die akute Entgiftungsbehandlung von den Krankenkassen, die mehrmonatige Entwöhnungsbehandlung von den Rentenversicherungsträgern übernommen werden sollten. Die Eröffnung neuer Heilstätten, die sich bald zu Fachkliniken für Suchtkranke entwickelten und die Ausdifferenzierung gruppentherapeutischer Verfahren waren unmittelbare Folgen dieser Entscheidungen und lösten wesentliche Impulse zur weiteren Professionalisierung aus. So sollte jede Heilstätte über einen Psychiater oder

213 ebd..

214 vergl. 188), a. a. O.

215 ebd.

216 vergl. 17) Bundessozialgericht

einen in der Psychiatrie erfahrenen Arzt verfügen. Ebenso wurden von den Pflegekräften psychiatrische Grundkenntnisse erwartet, die Leitung von psychotherapeutischen Gruppen ebenso wie die Arbeitstherapie von entsprechenden Qualifikationen abhängig gemacht.

Weitab, im äußersten Norden Westfalens

Die Trinkerheilanstalt »Schloss Haldem«

In Deutschland hatte eine einzige Heilstätte, das »Haus Burgwald« bei Darmstadt, ihren Betrieb ohne Unterbrechung nach 1945 weiterführen können. Aufgrund des Alkoholmangels in den ersten Nachkriegsjahren und damit nur wenigen Neuerkrankungen schienen weitere Einrichtungen nur begrenzt vonnöten. Dies änderte sich nach der Währungsreform (1948): Mit zunehmendem Wohlstand stieg auch der Alkoholkonsum, folglich auch die Zahl der Alkoholkranken und somit die Nachfrage nach stationären Einrichtungen zur Durchführung von Entwöhnungsbehandlungen. Anfang der 1950er-Jahre nahmen u. a. das evangelische »Haus Siloah« bei Düsseldorf und das katholische »Kamillus-Haus« in Essen ihre durch den Krieg unterbrochene Arbeit wieder auf.

Ähnlich wie in den Enthaltsamkeitsvereinen und Trinkerfürsorgestellen prägten inhaltliche und personelle Kontinuitäten die Arbeit nach 1945 in den stationären Einrichtungen. 50 Jahre nach Ende des 2. Weltkrieges und der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft stellte 1996 auf der Tagung »Psychiatrie im Dritten Reich – der Provinzialverband Westfalen in der Zeit des Nationalsozialismus« der Landesdirektor des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe fest, »(...) daß die Geschichte der Nachkriegspsychiatrie zunächst von Kontinuitäten geprägt wurde, und zwar in einer Weise, daß man glauben könnte, es hätte die Jahre der NS-Diktatur nicht gegeben«.²¹⁷ Während einige, durch ihre aktive Teilnahme an der »Euthanasie« schwer belastete Ärzte in den Diensten des Provinzialverbandes bleiben konnten, wurde der von Mitscherlich und Mielke herausgegebene Bericht über den »Nürnberger Ärzteprozess«²¹⁸ von Öffentlichkeit und deutscher Ärzteschaft kaum zur Kenntnis genommen. Verdrängung und Verleugnung bestimmten auch hier wie in anderen gesellschaftlichen Bereichen Denken und Handeln.

Zu den wenigen Ausnahmen gehörte der Münsteraner Anstaltsarzt Manfred in der Beeck, der im Jahre 1957 schrieb: »Dann kamen Jahre, in denen die geistig und seelisch Geschädigten trotz aller gerade zu jener Zeit aufkommen-

217 SCHOLLE, M. in 80b) a. a. O., S. 8 f.

218 vergl. 87) MITSCHERLICH, A., Medizin ohne Menschlichkeit

den organischen Behandlungsmethoden, dennoch nur verwaltet, dann sterilisiert und schließlich vergast wurden. Wir haben für das, was in jener Zeit in den Anstalten und mit unseren Kranken geschehen ist, immer noch eine nicht unerhebliche Hypothek an Schuld abzutragen! Es geht nicht an, daß die seelisch Leidenden weiterhin als zweitrangige Menschen und als Patienten 4. Klasse angesehen und behandelt werden!«²¹⁹

Erst eine neue Generation von Mitarbeitern in den Kliniken setzte in den 1970er- und 80er-Jahren nicht nur die Reform der psychiatrischen Versorgung, sondern auch die Aufarbeitung der Geschichte der deutschen Psychiatrie, einschließlich des »Krieges gegen die psychisch Kranken«²²⁰ während der nationalsozialistischen Zeit, auf die Tagesordnung. Zur Aufarbeitung der eigenen Geschichte berief der Landschaftsverband Westfalen-Lippe 1983 eine Forschungsgruppe. Anlässlich der Vorstellung der Berichte im Jahre 1996 bemerkte der Landesdirektor: »Damals war es noch die Ausnahme, daß sich ein so großer Träger von psychiatrischen Einrichtungen wie der Landschaftsverband unter diesem Blickwinkel selbstkritisch seiner eigenen Geschichte stellte, obwohl auch das schon zu spät war. Die Selbstkritik zielte auf jene Mauer aus Tabuisierung, Verdrängung, selektiver Wahrnehmung und wissenschaftlichem Desinteresse, die das schwierige Thema der NS-Medizinverbrechen nach dem Krieg auch in Westfalen solange umgeben hatte.«²²¹

Als Wiederbeginn einer stationären Versorgung Suchtkranker in Westfalen kann 1949 die Einrichtung einer »Asylier-Abteilung« in Benninghausen zur Aufnahme von Trinkern angesehen werden.²²² Ein Jahr später wurde eine neue Abteilung eingerichtet, die ausschließlich zur Aufnahme von männlichen, unmündigten Trinkern vorgesehen war.²²³ Die Zahl der Aufnahmen wuchs in den folgenden Jahren ständig, der steigende Bedarf an Behandlungsplätzen konnte aber nicht befriedigt werden.²²⁴ Schließlich wurden auch Frauen aufgenommen: 1957 zählte man 44 Männer und drei Frauen auf der Trinkerabteilung, des Weiteren zwölf Männer und vier Frauen, die infolge ihrer Alkoholdemenz und anderer Folgen chronischer Trunksucht in der »Pfleglingsabteilung« untergebracht waren.²²⁵ Auf eine strenge Isolierung der Trunksüchtigen von anderen

219 zit. nach KERSTING, F.-W. in 80b) a. a. O., S. 26

220 Ein Arbeitskreis, der Material sammelte, auswertete und veröffentlichte, hatte 1979 in Rickling bei Hamburg einen wichtigen Anstoß gegeben. Vergl. 31) a. a. O.

221 SCHOLLE, M., a. a. O., S. 4

222 vergl. 176) Information der Landespflegeanstalt Benninghausen

223 vergl. 177) Verwaltung des Provinzialverbandes Westfalen

224 vergl. 180) Landespflegeanstalt Benninghausen

225 vergl. 186) Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Kranken und Pflegebedürftigen wurde wiederholt hingewiesen. Frühere Erfahrungen hatten gezeigt, dass durch die gemeinsame Unterbringung das Hereinbringen von Alkohol und damit verbundene Tauschgeschäfte nicht zu vereiteln waren. Ebenso konnte das Zusammentreffen mit »weiblichen Insassen« durch die Nähe der Küche und der (Gemüse-)Schälstube nicht verhindert werden. Das Anliegen, diesen Kontakt zu unterbinden, genoss noch lange Zeit hohe Priorität.

Auch das Thema »heilbare« und »unheilbare Trinker« lebte wieder auf: 1955 schrieb der Geschäftsführer der »Kreisarbeitsgemeinschaft gegen die Suchtgefahren für den Stadt- und Landkreis Bielefeld«: »Eine spezielle Behandlung der noch aussichtsvollen Fälle und ihre Trennung von den psychisch und sozial stark abgesunkenen Insassen der Trinkerabteilung halten wir für dringend erforderlich.«²²⁶ Der zuständige Provinzialverband in Münster betonte in seiner Antwort, »daß in der dortigen Abteilung für Trinker nur Entmündigte und gem. § 42c StGB eingewiesene Trinker untergebracht sind. Es trifft daher nicht zu, daß freiwillige Patienten und Asoziale gemeinsam behandelt werden«.²²⁷ Und der Leiter der Landespflegeanstalt in Benninghausen antwortete, es sei nicht nur eine Änderung der Behandlungsmethoden, sondern auch eine Ausdehnung der Behandlungsmöglichkeiten in Benninghausen eingetreten: »Die Verhältnisse vergangener Zeiten sind auch in der hiesigen Trinkerheilanstalt durch neuzeitliche Einrichtung und Behandlungsmethoden längst überholt.«²²⁸ Dies galt auch für die entmündigten Trinker: Die Zahl der Anträge der Bezirksfürsorgeverbände und Gesundheitsämter auf Unterbringung nahm erheblich zu, doch nur wenige entmündigte Trinker konnten aufgenommen werden. In diesem Zusammenhang wurde darauf hingewiesen, dass es sich um ein reines Unterbringungs- und nicht um ein Behandlungsgesetz handle und eine Behandlung gegen den Willen des Untergebrachten nicht durchgeführt werden könne. Kernbestand der damaligen Entziehungsbehandlung waren arbeitstherapeutische Maßnahmen.

Überlegungen, die Abteilung in Benninghausen zu vergrößern (die Abteilung verfügte über 30, die frühere »Auf dem Westhof« über 150 Plätze), stand der ärztliche Leiter kritisch gegenüber: »Ganz fraglos dürfte jedenfalls vorerst eine Intensivierung der nachgehenden Betreuung der als gebessert – nicht als geheilt – aus der hiesigen Anstalt entlassenen Trinker durch die Außenfürsorgestellen und alkoholgegnerrischen Vereinigungen wesentlich dringlicher sein, als die Er-

226 vergl. 184) Kreisarbeitsgemeinschaft gegen die Suchtgefahren

227 vergl. 185) Landespflegeanstalt Benninghausen

228 vergl. 186) a. a. O.

Landespflegeamt
Benninghausen

Benninghausen, den 10. März 1955

An

den Landschaftsverband Westfalen-Lippe
- Landesfürsorgeverband -

Münster / Westf.

Betrifft: Behandlung von Trinkern in Benninghausen.

Bezug: Dortige Verfg. vom 15.2.55 - VI: 11/2/1 --

Zu den gelegentlich der Tagung der Nordrhein-Westfälischen Arbeitsgemeinschaft gegen die Suchtgefahren am 10.1.55 in Büsseldorf aufgeworfenen Fragen betreffend »Trinkerbehandlung in Benninghausen« wird folgende Stellung genommen:

Es hat den Anschein, als ob man sich im Blick auf Benninghausen vielerorts von den zugestandenemassen manchmal recht unerfreulichen Bildern alter Vergangenheit nur schwer zu lösen vermag. Um die heutige Situation hier richtig erfassen und beurteilen zu können, ist es aber zunächst einmal notwendig, die in manchen Kreisen leider noch immer bestehende alte Voreingenommenheit gegenüber Benninghausen doch endlich fahren zu lassen. Die Verhältnisse vergangener Zeiten sind auch in der hiesigen Trinkerheilstalt durch neuzeitliche Einrichtungen und Behandlungsmethoden längst überholt.

So sind die Alkoholkranken der hiesigen Anstalt in sehr wohllich und behaglich eingerichteten Räumen völlig getrennt von den anderen Anstaltsinsassen untergebracht. Auf diese Weise kann der Weckung und Stärkung des Ehrgefühls aufbauwilliger Kräfte wie auch der Ausschaltung ungünstiger Einflüsse durch asoziale Elemente weitgehend Rechnung getragen werden.

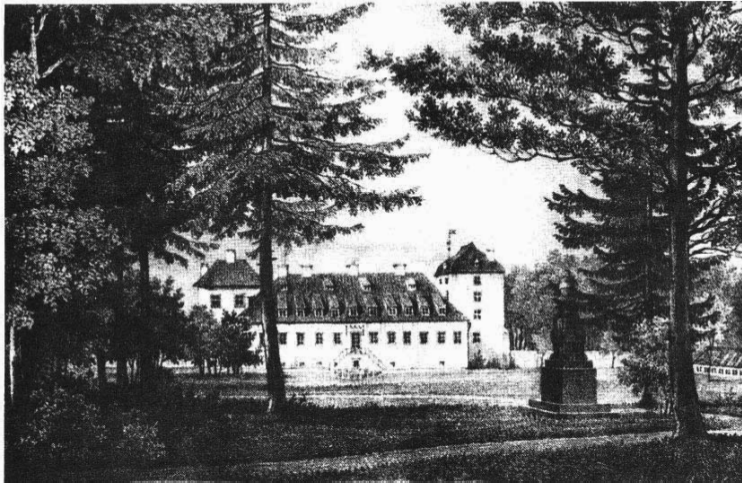
Es ist von der Kritik ganz richtig erkannt und auch entsprechend gewürdigt worden, dass es sich bei den ausnahmslos auf Grund eines Rechtsmittels zwangsweise hier untergebrachten Alkoholikern -- sogenannte freiwillige Patienten finden hier grundsätzlich keine Aufnahme, nicht weil, wie von der Kritik in Unkenntnis der Sachlage behauptet wird, für die Behandlung solcher Patienten in Benninghausen alle Voraussetzungen fehlen, sondern weil sie eine offene Heilstalt aufsuchen mögen -- fast durchweg um bereits bedenklich weit vorgeschrittene Fälle handelt, bei denen nicht nur die Willenskraft sehr oft schon erheblich geschwächt ist, sondern vielfach auch ein wirklicher Heilungswille einfach fehlt. Man sollte sich daher sehr hüten, die Ursache unbefriedigender Heilerfolge in allzu leichtfertiger Weise in der Hauptsache in vermeintlichen Versagen der Anstalt zu suchen. Ganz fraglos dürfte jedenfalls vorerst eine Intensivierung der nachgehenden

Betreuung

»Betrifft: Behandlung von Trinkern in Benninghausen« (1955)

richtung neuer geschlossener Trinkerheilanstalten aus öffentlichen Mitteln.«²²⁹ Die Innere Mission und der Verein für katholische Arbeiterkolonien in Westfalen prüften, ob entsprechende Abteilungen ihrerseits zur Verfügung gestellt werden könnten. Diese Vorhaben scheiterten an geeigneten Häusern und fehlendem Fachpersonal. Schließlich entschied sich der Landschaftsverband Westfalen-Lippe für die Auflösung der Trinkerabteilung in Benninghausen und die Eröffnung einer Trinkerheilstätte in Haldem/Kreis Minden-Lübbecke.

Am 2. Januar 1959 wurde die Trinkerheilanstalt »Schloss Haldem« im Kreis Minden-Lübbecke eröffnet. Die Gebäude waren vorher als Lehrerbildungsanstalt genutzt worden. Ursprünglich ein Rittergutsitz, war das Schloss 1935 in den Besitz der Provinz Westfalen gekommen und hatte von 1936 bis 1945 als »Führerschule« der Hitlerjugend gedient.



Schloss Haldem (Histor. Stich)

Bevor 1968 ein neues Krankengebäude mit 70 Betten belegt werden konnte, befanden sich die Abteilungen für Kranke zunächst im Altgebäude (Schloss) und im Dachgeschoss des Wirtschaftsgebäudes.²³⁰ Vor der offiziellen Eröffnung waren Mitarbeiter am 1. Oktober 1958 eingetroffen und hatten »praktisch nichts« vorgefunden. Das Schloss war eine Baustelle, Einrichtungsgegenstände mussten mühsam aus alten Beständen besorgt werden, die Aufenthaltsräume erinnerten mit ihrem »germanischen« Aussehen (Führerschule) an noch nicht lange vergan-

229 vergl. 185) a. a. O.

230 vergl. 195) Zeittafeln

gene Zeiten. Die ersten Neuankömmlinge waren Tiere (Damwild), für die einmal die Patienten sorgen sollten.²³¹ Eine Gruppe forensischer Patienten aus Benninghausen folgte als nächste in einem geschlossenen Omnibus unter der Aufsicht von Justizbeamten. Gemeinsam mit den Pflegern richteten die Neuankömmlinge die Stationen ein. Kaum jemand flüchtete, obwohl es dazu reichlich Gelegenheit gegeben hätte. Fünf Pflegekräfte, zwei aus dem Dorf Haldem, waren auf die Arbeit mit Suchtkranken unzureichend vorbereitet. Sie wurden durch Aushänge des Leiters der Klinik, Dr. Hermann Dobra, über ihre Aufgaben informiert. Dieser erwartete von den Mitarbeitern eine abstinente Lebensführung, konnte sich damit aber nicht durchsetzen. Hatte ein Pfleger allerdings bei Dienstantritt eine »Fahne«, wurde er nach Hause geschickt. Auf den Stationen fand einmal wöchentlich ein Informationsgespräch statt, das »belehrend« über die Krankheit und ihre Folgen aufklärte. Es gab noch kein Therapiekonzept, die Anfänge waren laienhaft.²³²

Zusammen mit den Patienten wurde das Schloss bewohnbar gemacht. Die Atmosphäre war recht familiär. Dr. Dobra leitete das Haus, auf patriarchalische Weise »regierend« sowie allgemein akzeptiert, und kümmerte sich um alles.²³³ Eine landschaftsverbandseigene Pflegerausbildung wurde ins Leben gerufen und später zu einer Suchtfachausbildung erweitert. Lediglich zwei Pfleger hatten anfangs eine Fachausbildung (Irrenpfleger). Es gab zunächst keine Aufnahmestationen.

Acht Akutstationen waren »geschlossen« und nicht nach dem Schweregrad der Erkrankung differenziert. Die Patienten kamen aus allen westfälischen Regionen; Haupteinzugsgebiet der § 42c-Patienten war das Ruhrgebiet. Für sie waren Vormünder zuständig, die jeweils bis zu 99 Patienten betreuten (sog. »Sammelvormünder«). Beschäftigung gab es reichlich im Haus und im weitläufigen Parkgelände. Die Arbeitstherapie wurde rasch zu einem zentralen Bereich, in dem unterschiedlichste Tätigkeiten und Angebote zur beruflichen Aus- und Weiterbildung auf die Zeit nach der Entlassung vorbereiten sollten.²³⁴ Zur Freizeitgestaltung wurden Sport, Basteln und Töpfern angeboten.

Waren anfangs ausschließlich gerichtlich nach § 42c StGB (dem Vorläufer des späteren § 64 StGB) untergebrachte Patienten auf den Stationen, die sich

231 vergl. 221) BUTHKE, G.

232 vergl. 220) BARKOWSKY, MIMBACH, VOSS

233 vergl. 196) Anordnungen DOBRA

234 vergl. 80a) DOBRA, H., »Das Suchtkrankenproblem ...« in »Wandlungen der Psychiatrie ...«, S. 65 f.

nach Verbüßung ihrer Strafe einer Therapie unterziehen mussten, so wurden bald auch Patienten aufgenommen, die sich freiwillig einer Therapie unterziehen wollten. Im Oktober 1960 waren 40 Patienten aufgrund einer Verurteilung nach § 42c, 35 durch Vormund- bzw. Pflegschaftsbeschluss und 25 Suchtkranke auf freiwilliger Grundlage auf jeweils dafür vorgesehenen Stationen untergebracht. Die zahlenmäßig größte Gruppe blieb durchgehend die mit den nach § 42c StGB und später § 64 StGB eingewiesenen Patienten.

Anfang 1971 kamen die ersten, meist jungen Drogenabhängigen aufgrund einer Verurteilung nach § 64 StGB zur Aufnahme. Sie grenzten sich stark von den Alkoholkranken ab und waren auf einer eigenen Station untergebracht. Obwohl zeitweise bis zu 70 von ihnen aufgenommen wurden, soll es nur wenig Schwierigkeiten gegeben haben.

Mit Dr. Wehowsky, dem neuen Leiter der Klinik wandelte sich 1970/71 der Stil des Hauses: Im Rahmen einer »Therapeutischen Gemeinschaft« wurde den Patienten mehr Verantwortung übertragen und Abteilungssprecher gewählt. Auch Praktiken der Selbsthilfegruppen-Bewegung (AA) fanden Eingang in den Stationsalltag. Diese »Wende« wurde vom Personal nur teilweise akzeptiert. Kritisiert wurde, dass überwiegend die freiwilligen, kaum aber die nach § 64 StGB untergebrachten Patienten vom neuen Stil des Hauses profitieren und die Drogenabhängigen oft zu früh entlassen würden.

Dr. Sponer, der nachfolgende Leiter (1972–84), musste die ärztlichen Aufgaben lange Zeit allein bewältigen, da es ihm nicht gelang, qualifizierte Ärzte an das Haus zu binden. Die von den Psychologen entwickelten, neuen therapeutischen Konzepte wurden vom ärztlichen Leiter nicht in ausreichendem Maße mitgetragen, sodass es immer wieder zu Auseinandersetzungen kam. Vermutlich trug dies dazu bei, dass es in jenen Jahren ungewöhnlich häufig zu Entweichungen gerichtlich untergebrachter Patienten kam und damit zu erheblicher Unruhe sowohl in der Bevölkerung als auch beim Landschaftsverband.

Mit dem Bezug von weiteren Neubauten im Jahre 1975 wurden erstmalig abhängige Frauen aufgenommen, die fast ausschließlich mit einem PsychKG-Beschluss²³⁵ eingewiesen worden waren, sowie Erzieherinnen für die Arbeit auf den Stationen eingestellt. Dies und die Entwicklung des Hauses zu einem Fachkrankenhaus hatten einen spürbaren Milieuwechsel zur Folge. Für kurze Zeit

235 Das neue PsychischKrankenGesetz stellte neben die Frage der öffentlichen Sicherheit und Ordnung (durch Eigen- und Fremdgefährdung) gleichgewichtiger die Hilfsmaßnahmen und -angebote.

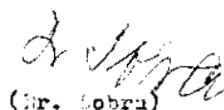
Haldem, den 7. Dezember 1960

A u s h a n g

Abteilung A / B / C

Ich betone hiermit auch noch einmal schriftlich, dass die Trunk- und Medikamentensucht, wie auch alle übrigen Süchte eine Frage der Gesamtpersönlichkeit ist und somit auch der Grad der Heilung an den Äusserungen der Gesamtperson in allen Bereichen menschlichen Seins abzulesen ist. Hierzu gehört insbesondere auch die Art und Intensität der Teilnahme an der Arbeit, wie an den Einzel- und Gruppengesprächen, wie auch an den Gruppenveranstaltungen, die soziale Haltung während der Arbeit und Freizeit und die Fähigkeit zur eigenen sinnvollen Freizeitgestaltung.

Ich empfehle dringend, von den inzwischen vielfach angelaufenen Möglichkeiten innerhalb der Gruppenveranstaltungen Gebrauch zu machen. Eine Uninteressiertheit ist m.E. ein höchst bedenkliches Symptom und der Ausdruck dessen, dass die hiesige Zeit, in der man an sich und an der Gemeinschaft wachsen sollte, nicht „genutzt“ wird und somit eine Persönlichkeit nicht wieder geworden sein kann, die ganz allein Voraussetzung dafür ist, dass man „über der Sucht steht“.



(Dr. Lohr)

Landesobermedizinalrat

Aushang des Klinikleiters der Heilstätte »Schloss Haldem« (1960)

wurden auch gehörlose, alkoholabhängige Patienten auf einer eigens zu diesem Zweck eingerichteten Station behandelt; diese Aufgabe übernahm später das Landeskrankenhaus Lengerich.

Mitte der 1980er-Jahren unternahm Dr. Schmitz, der neue ärztliche Leiter, zusammen mit seinen Mitarbeitern den Versuch, die Westfälische Klinik »Schloss Haldem« für die stationäre Versorgung des Kreises Minden-Lübbecke im Sinne eines gemeindenahen Behandlungsangebotes für alle Suchtkranken zu öffnen. Dies misslang sowohl aufgrund der räumlichen Nähe zu den forensisch untergebrachten Suchtkranken und den damit verbundenen Vorurteilen als auch den bei den einweisenden Suchtberatungsstellen als attraktiver geltenden regionalen und überregionalen Alternativen.

Vorbilder über die Landesgrenzen hinaus

Neue Heilstätten für Suchtkranke in Gütersloh und Oerlinghausen, Warstein, Fredeburg, Arnsberg und Brilon-Wald

Der steigende Bedarf an Unterbringungs- und Behandlungsplätzen blieb in den 1960er-Jahren auf der Tagesordnung. Die Landesheilanstalten und späteren Landeskrankenhäuser nahmen zunehmend Suchtkranke auf, ohne darauf räumlich oder personell ausreichend vorbereitet zu sein. Die daraus entstehenden Schwierigkeiten veranlassten 1966 den Landschaftsverband zu der Anordnung, Suchtkranke in Landeskrankenhäusern nur wegen deliranter Zustände oder wegen schwerer akuter und chronischer psychischer Störungen, aber keinesfalls zum Zweck einer Entziehungskur aufzunehmen. Nach Abklingen der akuten psychotischen Erscheinung war der Patient zu entlassen oder in eine Suchtkrankenheilstätte zu verlegen.²³⁶

Des Weiteren verfügte der Landschaftsverband Westfalen Lippe, dass nur solche Patienten aufgenommen werden sollten, die aufgrund eines strafgerichtlichen Urteils (§ 42c StGB) in eine Trinkerheilanstalt oder Entziehungsanstalt eingewiesen worden waren. Man war sich dabei durchaus im Klaren, dass andere geeignete Heilstätten für Suchtkranke in Nordrhein-Westfalen kaum zur Verfügung standen. Sowohl das katholische »Kamillushaus« in Essen-Heidhausen als auch das evangelische »Kurhaus Siloah« in Lintorf (Bez. Düsseldorf), die als offene Trinkerheilstätten nur für einen eingeschränkten Personenkreis infrage kamen, waren durchweg belegt.²³⁷ So musste der Landesfürsorgeverband doch auf die westfälischen Landesheilanstalten zurückgreifen. Um dem dringenden Bedarf an Behandlungsplätzen abzuhelpen, kündigte der Landschaftsverband an, die Heilstätte »Schloss Haldem« zu erweitern.

Die Durchführung von Entziehungskuren in Landeskrankenhäusern wurde vom Landschaftsverband jedoch weiterhin strikt abgelehnt. Ausgenommen waren entmündigte Trinker. Diese Anordnungen riefen jedoch Widerspruch hervor. So bat die Abteilung Sozialhilfe des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe um die Aufnahme Suchtkranker zur Anstaltsbehandlung bzw. Entzie-

²³⁶ vergl. 192) Landschaftsverband Westfalen-Lippe

²³⁷ vergl. 186) a. a. O.

hungskur auf freiwilliger Basis und wies darauf hin, dass die vom BSHG übertragenen Verpflichtungen auf den Landschaftsverband Westfalen-Lippe auch den Personenkreis Suchtkranker umfassen würden, die bereit waren, sich einer freiwilligen Behandlung zu unterziehen.²³⁸ Erst die Eröffnung der Heilstätten für Suchtkranke in Gütersloh und Oerlinghausen Mitte der 1960er-Jahre sowie die Einrichtung von Suchtkrankenbereichen in den Landeskrankenhäusern in den 1970er-Jahren verbesserte nachhaltig die Versorgungssituation suchtkranker Patienten in Westfalen.

Die »Landesheilstätte Gütersloh«

In der Westfälischen Landesheilanstalt Gütersloh wurden 1964 drei neue Gebäude in Fertigbauweise erstellt, da wegen Überbelegung dringend neue Kapazitäten gebraucht wurden. Waren bis dahin Patienten verschiedenster Diagnosen auf jeweils einer Station und nur getrennt nach »unruhig« und »ruhig« bzw. »Frauen« und »Männer« untergebracht, wurden Überlegungen angestellt, die neuen Häuser entweder ausschließlich mit gerontopsychiatrischen Patienten oder mit Suchtkranken zu belegen. Der ärztliche Direktor, Professor Walter Theodor Winkler, entschied sich für das Letztere und fand in Dr. Hans Marx einen Arzt, der sich dieser als unattraktiv geltenden Aufgabe stellte. Dies galt nicht nur für Ärzte, sondern ebenso für die anderen Berufsgruppen in der Klinik. Lediglich ein Pfleger mit dreijähriger sowie fünf weitere Pflegekräfte mit einjähriger Fachausbildung gehörten zum neu gebildeten Mitarbeiterstamm.²³⁹

Am 22. März 1965 erfolgte die Erstbelegung mit zunächst 35 Patienten, bis zum Jahresende wurden weitere 70 alkoholranke Männer aufgenommen. Die beiden Stationen bildeten eine erste Suchtkrankenabteilung der Landesheilanstalt und wurden noch kurze Zeit als »Trinkerheilstätte« bezeichnet, bevor sie zur weniger diskriminierenden »Landesheilstätte« umbenannt wurden.²⁴⁰ Die Patienten kamen anfangs fast ausschließlich aus der benachbarten Heilanstalt und wurden in »Einführungsgruppen« mit der Therapie vertraut gemacht. Neben intensiven Gesprächen begann man in der »Bastelstube« mit ersten Anfängen einer Arbeits- bzw. Werktherapie; Kontakte zur ortsansässigen Firma »Miele« führten schließlich zur Errichtung einer Werkhalle.

238 ebd.

239 vergl. 219) MARX, H.

240 vergl. 223) DSEHRWIT, V.

Der Landschaftsverband als Träger der Klinik setzte sich dafür ein, auch aus den anderen Landesheilanstalten suchtkranke Patienten in die Landesheilstätte Gütersloh zu überweisen. Da die enge Verbindung zwischen Landes-*Heilanstalt* und Landes-*Heilstätte* Gütersloh einer eigenständigen Entwicklung der neuen Einrichtung abträglich war, beschloss der Landschaftsverband, die Heilstätte ab 1968 als selbstständige Einrichtung zu führen. Die konfliktreiche Trennung sollte die Zusammenarbeit beider Kliniken für lange Zeit schwierig gestalten. So wurde auf dem ehemals gemeinsamen Gelände ein Zaun mit der offiziellen Begründung gezogen, den Medikamentenhandel zwischen psychisch Kranken und Suchtkranken zu unterbinden. Um jeden Quadratmeter wurde gerungen. Verwaltungsmäßig blieb die Heilstätte mit der Heilanstalt verbunden. Dafür sollten eine eigene Pforte und ein eigener Eingang die Eigenständigkeit der neuen Einrichtung unterstreichen.²⁴¹ Da die ähnliche Bezeichnung beider Häuser immer wieder zu Verwechslungen führte, suchte der Leiter der Heilstätte nach einem eigenen Namen für die Suchtklinik. Nach mehreren abgelehnten Vorschlägen akzeptierte schließlich der Landschaftsverband im Jahre 1975 »Bernhard Salzmänn«, den ersten Direktor des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe nach 1945, als Namensgeber.²⁴²

Neben der benachbarten »Klinik am Hellweg« in Oerlinghausen bei Bielefeld war die spätere »Bernhard Salzmänn-Klinik« Mitte der 1960er-Jahre die erste Neugründung einer offenen Heilstätte für Suchtkranke in der Bundesrepublik. (Lässt man forensische Kliniken für Suchtkranke wie die Heilstätte »Schloss Haldem« unberücksichtigt, die neben den gerichtlich untergebrachten auch freiwillige Patienten behandelte, die sich einer »offenen« Behandlung unterzogen.) Im Gegensatz zu der bisherigen Tradition, offene Heilstätten für Suchtkranke in konfessioneller Trägerschaft zu führen, war die Gütersloher Klinik die erste Gründung eines kommunalen Verbandes auf Landesebene.²⁴³ Die konfessionellen Fachkliniken verfolgten eher misstrauisch bis ablehnend die neue Konkurrenz. Die Freizügigkeit des Ausgangs und des Urlaubs wurden kritisiert und eine stärkere Abschottung nach außen gefordert.

Eine breitere Anerkennung ließ noch auf sich warten. Später sollten dieser anfangs umstrittenen Einrichtung noch zahlreiche weitere Fachkliniken für Suchtkranke in freier, kommunaler oder staatlicher Trägerschaft folgen.

241 vergl. 221) BUTHKE, G.

242 vergl. 198) Schriftwechsel Marx–Landschaftsverband

243 vergl. 100) 1965–1985, 20 Jahre Bernhard Salzmänn-Klinik

Die Landesheilstätte Gütersloh eröffnete 1968 eine Station für suchtkranke Frauen. Es wurde streng auf eine Trennung der Geschlechter geachtet. Ein Zaun zwischen den Gebäuden sollte unerlaubte Kontakte verhindern. Lediglich bei therapeutischen Veranstaltungen konnten Frauen und Männer gemeinsam an Gruppen teilnehmen. Für das Zusammenleben auf den Stationen, die Ende der 1960er-Jahre zu Wohngruppen umstrukturiert wurden, stand das Modell der »Therapeutischen Gemeinschaft« Pate. Die Qualität der Behandlung hatte sich verbessert, die Akupunktur in der Behandlung Suchtkranker, vom leitenden Arzt eingeführt, sorgte für Schlagzeilen. Anfang der 1970er-Jahre entwickelten sich frauenspezifische Angebote, die u. a. Ende der 1980er-Jahre zur Eröffnung einer Mutter- und Kindstation führten.

In den ersten Jahren war es weiterhin schwierig, ausreichend Fachpersonal aus allen Berufsgruppen für die als unpopulär geltende Aufgabe zu gewinnen. Die Ausweitung der Ausbildung zum Fachpfleger und zur Fachschwester für Suchtkranke, die vom Landschaftsverband nach Anfängen in Haldem federführend von der Gütersloher Klinik betrieben wurde, bildete eine wesentliche Grundlage für therapeutische Fortschritte. Schwierig war es darüber hinaus, Patienten aus den umliegenden Regionen zu gewinnen, da sich in Deutschland eine Tradition der Entwöhnungsbehandlung weitab vom Wohnort der Betroffenen (»gemeindefern«) etabliert hatte.

Wie in Haldem wurden auch in Gütersloh Anfang der 1970er-Jahre drogenabhängige Patienten aufgenommen und ihnen eine eigene Station zugewiesen. Allerdings waren die Mitarbeiter mit dieser Aufgabe immer wieder überfordert. Im Gegensatz zu den meist älteren Alkoholkranken, die als (Fach-)Arbeiter, Handwerker und Angestellter aus einem anderen sozialen Milieu stammten, kamen die wesentlich jüngeren Drogenabhängigen überwiegend aus der akademischen Mittelschicht. Einige Jahre später ging man dazu über, alkohol- und drogenabhängige Patienten gemeinsam auf einer Station zu behandeln und machte damit bessere Erfahrungen.

Die Arbeits- bzw. Werktherapie, die überwiegend in der »Mielehalle« stattfand, wurde ein besonderer Schwerpunkt der Klinik. Die Patienten und Patientinnen arbeiteten dort zeitweilig bis zu 30 Stunden in der Woche. Dies sollte vor allem einer erfolgreichen beruflichen Rehabilitation dienen und den Übergang in das Arbeitsleben nach der Therapie erleichtern. Zu diesem Zweck wurden auch eine Nachtambulanz sowie betreute Übergangswohngruppen eingerichtet.²⁴⁴

244 vergl. 221) BUTHKE, G.

LOKALES

Mittwoch, 29. April 1970

Jetzt auch „Fachpfleger für Suchtkranke“

22 Männer und Frauen in den Heilstätten in Gütersloh, Schloß Haldem und Oerlinghausen

Gütersloh. Seit Ende April gibt es in den Landesheilstätten für Alkoholkranke in Gütersloh und Haldem sowie in der Kurklinik am Hellweg in Oerlinghausen „Fachpfleger für Suchtkranke“. Nach eineinhalb Jahren berufsbegleitender Ausbildung stellten sich 22 Teilnehmer im Abschlußkolloquium den Fragen der Unterrichtenden und der Prüfer. Sie bestanden mit im Durchschnitt guten Leistungen. Zum erstenmal in der Bundesrepublik wurden Krankenpfleger, Krankenpflegehelfer und Therapeuten — größtenteils aus anderen Berufen übergewechselt in den sozialen Dienst — weitergeschult zu Spezialisten in ihrem Fach.

A. Konrad, stellvertretender Landesrat Dr. Gedicke, Dezernent für Gesundheitswesen beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe und Prüfungsleiter: „Ich muß Ihnen bescheinigen — in Leistung und Haltung ausgezeichnet. Als Spezialkräfte sind sie uns mehr wert als allgemein ausgebildete Pfleger und Schwestern.“ Das werde sich auch im Gehalt ausdrücken und eröffne entsprechende Berufschancen.

Wie der Landesrat war auch Oberverwaltungsdirektor Diekmann vom Landschaftsverband in Münster der Ansicht, daß in diesem Kurs „ernste und ehrliche Arbeit“ geleistet worden sei. Es sei vermittelt worden, was in der Suchtkrankenhilfe an Problematik „draußen steckt“ — Ansatzpunkte, an denen weitergearbeitet werden könne.

Lob für Ausbilder

Nur Lob gab es auch für die Ausbilder, voran Landesobermedizinalrat Dr. Marx, Direktor der Landesheilstätte Gütersloh und Initiator dieses ersten Fachpflegerkurses. Er erklärte: „Grundlage der Therapie in einer Heilstätte für Suchtkranke seien psycho- und soziotherapeutische Erkenntnisse. Da genüge nicht die Ausbildung als Krankenpfleger. Hinzu kämen ständig neue Erkenntnisse, die neue und umfassendere therapeutische Maßnahmen erforderlich machten. Mitarbeiter fachlich zu schulen sei schließlich auch deshalb ein Gebot der Stunde, da die Zahl der alkoholkranken, der drogen- und medikamentenabhängigen Menschen immer noch steige. Auch er bescheinigte den Lehrgangsteilnehmern, sie seien befähigt, eine verantwortungsvolle, therapeutische Arbeit an suchtkranken Menschen zu tun, ihnen und deren Angehörigen Hoffnung für die Zukunft zu geben.“

Unterricht in Gütersloh

Was muß ein Fachpfleger für die Arbeit an suchtkranken Menschen wissen? Bei dem gemeinsamen Mittagessen nach Abschluß der mündlichen Prüfung wurde erwähnt, daß das Ganze zu Beginn — Oktober 1968 — „recht versuchsweise“ gestar-

tet worden war. Über die zu vermittelnden Fächer allerdings war man sich von Anfang an klar. Am Dienstag jeder Woche studierten die Teilnehmer in den Räumen der Heilstätte Gütersloh acht Stunden lang Suchtkrankheitslehre, Sozialpsychologie, Sozialpolitik, Pädagogik, Rechtskunde sowie — das Fach mit den meisten Stunden — methodische Gruppentherapie.

Zahlreiche praktische Übungsstunden ergänzten die Theorie. Als Referenten standen zur Verfügung Dr. Hans Marx, Frau Dr. Baeran, die Diplom-Psychologen H. Rosowski und Volker Zumpke, Sozialarbeiterin Helga Diembeck und Sozialarbeiter H. Müller, Sozialarbeiter Rolf Meier, Amtsgerichtsrat Dr. Mader (alle Gütersloh) sowie Sozialpädagoge Günter Normann (Leiter des Referats Suchtkrankenhilfe der Caritas Münster).

In der Suchtkrankheitslehre blieb es nicht bei einer intensiven Wissensvermittlung über Alkoholismus. Die Teilnehmer hörten vom Opiumgesetz, von suchtmachenden Drogen und Medikamenten und über Ursachen und Gefahren beispielsweise der Haschabhängigkeit. Die Sozialpsychologie vermittelte Kenntnisse über Interaktionen in der Gruppe, Leistungsvorteile der Gruppe, das Verhalten des Therapeuten. In der Pädagogik wurden unter anderem Mittel der Erziehung sowie Formen der helfenden Gesprächsführung bewußt gemacht. Sozialpolitik machte u. a. bekannt mit den Kostenträgern für eine Heilstättenkur, Rechtskunde mit dem neuen „Psychisch-Krankenhilfe-Gesetz“.

Gruppenarbeit

Die größte Aufmerksamkeit galt — wie in den Heilstätten heute — der Gruppenarbeit. Zu zahlreichen praktischen Übungen kam theoretisches Wissen über Formen der Konfliktlösung in einer Gruppe usw.

Ein „Fachpfleger“ gab zum Schluß den Dank der Lehrgangsteilnehmer weiter, an den Landschaftsverband, der den Kurs ermöglichte, an die Landesheilstätte Gütersloh, die ihre

Räume zur Verfügung stellte, an die Ausbilder, die praktische Kenntnisse in der Suchtkrankenhilfe vermittelten, die in der Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz fehlten. Die Äußerung von Dr. Gedicke, daß diesem ersten Fachpflegerkurs künftig auch ähnliche für andere Fachrichtungen folgen werden, bestätigte eine Bemerkung von Dr. Marx: „Für eine Psychiatrie-Fachpfleger-Ausbildung ähnlich dem Gütersloher Modell hat sich bereits Besuch angesagt vom niedersächsischen Fachpflegerkurs.“

Gedankenaustausch geht weiter

Für die Prüflinge scheint mit dem Abschlußkolloquium die Verbindung untereinander nicht abgerissen zu sein: Der fruchtbare Austausch über die unterschiedliche Problematik und die verschiedenartigen Ansichten in den drei westfälischen Heilstätten soll fortgesetzt werden. In unregelmäßiger Folge will man auf „Fachpfleger-Ebene“ miteinander im Gespräch bleiben. Auch das ein Zeichen für das größere Selbstverständnis dank der Ausbildung, die nicht nur dem bewußteren Dienst am Patienten, sondern der guten Zusammenarbeit in einem Team von Fachleuten in den Heilstätten zugute kommen sollte.

Ein weiterer Kurs dieser Art sollte nicht zu lange auf sich warten lassen. Die Namen der Fachpfleger: die Schwestern Ella Langner, Gundel Schößner, Ruth Buthe und Hedwig Kaschke sowie die Herren Besser, Buthe, Korrash, Holland-Moritz, Kautz, Eichberg, Kleinert und Wonnitz von der Heilstätte Gütersloh; die Herren Barkowsky, Kroy, Winkelmann, Timberg, Krüger, Wiegmann und Thümen von der Landesheilstätte Haldem; die Herren Frickenhaus, Rätz und Niehaus von der Kurklinik am Hellweg Oerlinghausen.

Von Anfang an wurde großer Wert auf Öffentlichkeitsarbeit gelegt, um Vorbehalten und Vorurteilen gegenüber den Suchtkranken entgegenzuwirken und die Bedingungen für eine erfolgreiche Wiedereingliederung in der Familie, am Arbeitsplatz und dem gesellschaftlichen Umfeld zu verbessern. Zahlreiche Artikel in der örtlichen und regionalen Presse zeugen von dem Bemühen, über die immer weiter um sich greifende »Volkskrankheit Alkoholismus« und ihre Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären.²⁴⁵

In Gütersloh werden neue Wege beschritten:

Suchtkranke bilden eine Wohngemeinschaft

Gütersloh. Neue Wege, so berichtete die Verwaltung dem Sozialausschuß, sollen bei der Versorgung und Betreuung von Suchtkranken und sonstigen gefährdeten Personen ohne „sozialen Hintergrund“ schon bald beschritten werden. Im Mai wird voraussichtlich die erste Wohngemeinschaft, bestehend aus etwa vier bis fünf suchtkranken Personen gebildet. Es handelt sich um die erste von mehreren geplanten Wohngemeinschaften zur therapeutischen Behandlung von „Gebesserten“, die von der Ärzteschaft des Landeskrankenhauses vorgeschlagen wurden.

Zur Frage der Resozialisierung von Strafgefangenen bat die Stadt die Justizverwaltung Oberems um eine Stellungnahme.

Als besonders problematisch wurde von der Verwaltung die langfristige Unterbringung der Personen bezeichnet, die sich als Suchtkranke bereits in der chronischen Phase befinden und therapeutisch nicht mehr beeinflussbar sind. Nach Ansicht der Stadt müßten diese sogenannten „Pendler“ als Patienten in den Dauerkrankenhäusern des Landschaftsverbandes untergebracht werden. Da diese Häuser jedoch ständig überbelegt seien, komme es immer wieder zu kurzfristigen Aufnahmen ohne Aussicht auf Heilung im hiesigen Landeskrankenhaus. So entsteht ein besonderes Problem für die Stadt.

Gütersloh. (pdl. 200 ehemalige Alkoholiker und andere Suchtkranke haben seit 1966 die Nacht-Klinik der Bernhard-Salzmänn-Klinik in Gütersloh durchlaufen. Nach ihrer Behandlung in dem vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe unterhaltenen Fachkrankenhaus für Suchtkranke waren sie im Durchschnitt ein halbes Jahr lang noch Gast der Nacht-Klinik, um den Erfolg ihrer Therapie zu festigen. Die Bilanz

heißt es in der Mitteilung weiter. Kontakte und Bindungen fehlen oder sind schwer gestärkt; alte Zahlungsverpflichtungen und Schulden drücken. Ein Arbeitsplatz ist oft nur schwer zu finden. Scheinbaren Ausweg aus diesem Teufelskreis verspricht oft nur der Griff zur Flasche, zum Medikament oder zur Droge.

Daher richtete das Gütersloher Fachkrankenhaus schon vor 10 Jahren seine Nacht-Klinik ein, in

Nachtklinik für Alkoholiker zieht erfolgreiche Bilanz

zehnjähriger Arbeit in Gütersloh ist positiv. Vor allem in den letzten drei Jahren wird kaum noch ein ehemaliger Nacht-Klinikgast wieder rückfällig, teilte der Landschaftsverband gestern mit.

Vor allem alleinstehende oder wegen ihrer Sucht von den Familien isolierte Alkoholiker und Medikamentenabhängige haben es nach einer Entwöhnungsbehandlung oft schwer, den Weg zurück in das normale Leben zu finden.

der jeweils 12 Ex-Patienten für einige Monate ein Jahr oder noch länger ein geregeltes Zuhause finden. Von hier aus gehen sie tagsüber zur Arbeit. Hier haben sie ihre Zimmer (zum Teil Einzelzimmer); hier erhalten sie ihr regelmäßiges Essen und hier leben sie im Kreise von Schicksalsgefährten.

Der Kontakt untereinander wird durch regelmäßige Gruppengespräche noch vertieft. Wird ein Mitglied der Hausgemeinschaft rückfällig, geht das alle an.

Berichte über rehabilitative Angebote für Suchtkranke in Gütersloh (1976)

245 vergl. 199) Veröffentlichungen ...

Die »Kurklinik am Hellweg« in Oerlinghausen

Am 25. Juli 1966 eröffnete das »Johanneswerk«, ein Trägerverband evangelischer Heime und Anstalten, in der Nähe von Oerlinghausen mit der »Kurklinik am Hellweg« eine Heilstätte für alkoholranke Männer. Die eher irreführende Bezeichnung »Kur-Klinik« wurde gewählt, um sich von dem in den 1960er-Jahren eher negativen Image einer »Heilstätte« abzusetzen. (Später verzichtete man auf den Zusatz *Kur*.) Der Anstoß zu diesem Projekt war u. a. vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe ausgegangen. Die stetig ansteigende Zahl Suchtkranker und die nicht ausreichenden Kapazitäten in der Landespflegeanstalt Benninghausen und bald darauf auch in der Heilstätte »Schloss Haldem« hatten nach Alternativen suchen lassen.

In einer ersten Presseinformation des leitenden Arztes, Dr. Sandmann, wurde als »Präambel« festgehalten, »(...) daß der Alkoholismus als eine Krankheit zu werten ist. Es ist einfach falsch, im Alkoholiker allgemein einen charakterlich minderwertigen oder asozialen Menschen zu sehen. Psychotherapeutische Methoden werden unterstützt durch Maßnahmen, die der Gesundung und Stärkung des Körpers dienen«.²⁴⁶

Der ärztliche Leiter einer Essener Einrichtung der Suchtkrankenfürsorge betonte bei der Einweihung, »(...) daß im konfessionellen Bereich die Arbeit an den Suchtkranken zu sehr im Kirchlichen steckengeblieben ist und man sich nicht die Erkenntnisse der modernen Psychotherapie, Psychologie und Medizin zunutze gemacht hat«.²⁴⁷

Der Tradition älterer Heilstätten für Suchtkranke folgend, wurde in der Oerlinghausener Klinik Wert gelegt auf kleine, familiär überschaubare Gruppen unter »der Obhut eines Hausvaters und einer Hausmutter«. Ziel aller Bemühungen war der Wiedergewinn eines »fundierten Lebenssinns durch Festigung des Glaubens«.²⁴⁸ Der Hausvater, meistens ein Diakon und Mitglied einer Blaukreuz-Gruppe, war in erster Linie »für die Seele zuständig«²⁴⁹ und bekleidete die einflussreichste Position auf den Stationen, während die Krankenpfleger eher untergeordnet waren.

In den 1980er-Jahren traten zunehmend Sozialarbeiter an die Stelle der Hausväter. An der Spitze der Kurklinik stand ein Team, bestehend aus dem Chefarzt,

246 vergl. 65) Einweihung der »Kurklinik am Hellweg«

247 ebd.

248 vergl. 66) 1966–1999 Klinik am Hellweg – 30 Jahre ...

249 vergl. 247) LENZEN

Zwischen Weser und Rhein



Mit dem Bau einer krankenhausaussäglich betriebenen Trinkerheilanstalt in Lipperrheide, für die heute der Grundstein gelegt wird, stellt sich das Johanneswerk e. V. Bielefeld — auch nach der Art der Durchführung — eine völlig neue Aufgabe und stößt damit in ein in seinen beängstigenden Ausmaßen und seiner Expansionsstendenz allgemein unterschätztes Elendsgebiet unseres Volkes vor

Eine Trutzburg gegen die Trunksucht

Heute wird für den ersten Neubau einer Trinkerheilanstalt in der Bundesrepublik der Grundstein gelegt

Am heutigen Sonnabend wird in Lipperrheide der Grundstein für die Trinkerheilanstalt gelegt, die dort vom Johanneswerk e. V. Bielefeld auf Initiative von dessen ideenreichem Leiter, Pastor Pawlowski, errichtet wird. Sie stellt den ersten krankenhausaussäglich eingerichteten und von vornherein für diese Zweckbestimmung vorgesehenen Neubau in der Bundesrepublik nach Kriegsende dar. Die Kosten für das Gesamtprojekt werden sich auf über 4 Millionen DM belaufen.

Den Bau dieser Anstalt unterstützen das Land Nordrhein-Westfalen, der Landschaftsverband Westfalen-Lippe und die Evangelische Landeskirche von Westfalen durch Darlehen; ein weiterer Teil der erforderlichen Mittel soll auf dem freien Hypothekenmarkt sichergestellt werden.

Vorgesehen sind 127 Plätze für trunksüchtige Männer. Gleichartige Einrichtungen für süchtige Frauen und Jugendliche sind dringend erforderlich. Der in Hufeisenform in unmittelbarer Nähe des Fürsorgeerziehungsheims „Heidequell“ im dortigen Landschaftsschutzgebiet entstehende Gebäudekomplex wird außer den Zimmern für die Patienten u. a. 18 Personalzimmer und 10 Dienstwohnungen enthalten. Vorgesehen ist ferner eine großzügige Arbeitshalle mit Werkstätten verschiedener Art.

Die Anstalt soll unter ärztlicher Leitung stehen, nicht zuletzt, weil durch die Trunksucht häufig Leber- und Nierenerkrankungen ausgelöst werden.

Die Gesamtanlage wird nach den Plänen des bekannten Bielefelder Architekten Professor Hapns Dustmann in zwei- bis viergeschossiger Bauweise errichtet. Die vorbereitenden umfangreichen Erdarbeiten sind bereits seit etlichen Wochen im Gange.

Wie wichtig die Errichtung einer Trinkerheilanstalt ist, geht allein schon daraus hervor, daß die Trunksucht im umfassenden Bereich der öffentlichen Fürsorge steigende Bedeutung gewinnt, bislang aber Süchtige notgedrungen in einzelnen Fällen sogar in ein Landeskrankenhaus eingewiesen werden mußten, wo sie in der Gemeinschaft mit Geistes- und Gemütskranken völlig fehl am Platz waren. Da auch die neue Anstalt durch die Fürsorgestellen oder nach freiwilliger Anmeldung als Selbstkandidat mit Patienten aus dem gesamten Bereich des Landschaftsverbandes

Westfalen-Lippe belegt werden soll, erhält, daß mit ihrer Errichtung der vorhandene Fehlbedarf an Unterbringungsmöglichkeiten noch in keiner Weise ausgeglichen werden kann.

Zu der Ausbreitung und den Auswirkungen des Wohlstandsalkoholismus in unseren Tagen einige nüchterne Zahlen:

- 300 000 bis 500 000 Trunksüchtige gibt es gegenwärtig nach gewisserhafter Schätzung in der Bundesrepublik. Einschließlich der Familienangehörigen sind 1 bis 1,5 Millionen Menschen unmittelbar von den Auswirkungen des übermäßigen Alkoholkonsums betroffen, dessen Auswirkungen sich keineswegs auf gesundheitliche Schädigungen beschränken, sondern auch häufig Frühinvalidität, vermeidbare Krankheiten, Kriminalität, Familienzerfall u. a. m. zur Folge haben.

- 10 Prozent der Trunksüchtigen sind Frauen, 9 Prozent Jugendliche unter 25 Jahren. Der Anteil der Frauen nimmt ständig zu, der Durchschnittsalter der Süchtigen laufend ab.

- Um 8 Prozent jährlich wächst das Heer der dem Alkohol Verfallenen.

- 50 000 Verkehrstopfer, darunter 3500 Verkehrstote kommen als Lastschrift auf das Konto des Alkohols — in einem einzigen Jahre!

- Mindestens 17 Prozent der Unfall-Süchtigen standen unter Alkoholeinfluß.

- 80 Prozent aller Führerscheinentagige werden mit „Alkohol am Steuer“ begründet.

Der Elendsalkoholismus früherer Jahre ist durch den Wohlstandsalkoholismus der Gegenwart abgelöst worden. Die Süchtigen ziehen nicht mehr lärmend von Kneipe zu Kneipe, sondern leeren ihre Flaschen vor dem Fernsehschirm. Deshalb ist der Alkoholismus nicht mehr so augenfällig wie früher, sind aber auch seine Auswirkungen und Folgen schwerer kontrollierbar. Nicht mehr Verzweiflung und das zu betäubende

Bewußtsein einer scheinbar ausgewogenen wirtschaftlichen Notlage sind heute das vorherrschende Motiv, sondern Lebensgier und Satttheit, aber auch die uneingeständene Furcht vor Verantwortung und Konflikten. Deshalb grassiert die Trunksucht in unseren Tagen auch vorwiegend im Mittelstand und den gebildeten Schichten. jo

Bericht über die Grundsteinlegung der »Kurklinik am Hellweg« in Oerlinghausen (1964)

den Hausvätern, einem Pfarrer und dem Verwaltungsleiter, die untereinander gleichberechtigt waren.²⁵⁰

Der Vormittag war der Arbeitstherapie in verschiedenen Werkstätten, der Gärtnerei und Hausdiensten vorbehalten. Später erfuhr dieser Bereich mit einer »Abteilung für Arbeits- und Kreativtherapie« eine deutliche Aufwertung. Zum therapeutischen Konzept gehörte ein dreimaliger Wechsel von Zimmer und Bezugsgruppe mit jeweiligem Therapeuten, verbunden mit der Übernahme größerer Verantwortung bei gleichzeitig erweitertem Freiraum für eigene Entscheidungen im Sinne eines Wachstumsprozesses. Um der Selbstbezogenheit vieler Suchtkranker entgegenzuwirken, wurde auf die Übernahme sozialer Dienste für die Patientengruppe großen Wert gelegt. Man machte auch die Erfahrung, dass durch dieses »Training« den »Angstpatienten« geholfen werden konnte.²⁵¹

Von Anfang an gehörte auch die Einbeziehung der Angehörigen zum Konzept der Klinik. Als Klinik für männliche Suchtkranke zielte dieses Angebot vor allem auf die Ehefrauen der Patienten. Diese wurden regelmäßig von einer Ärztin (der Ehefrau des Klinikleiters) zu Gesprächen eingeladen. Damit ging die »Klinik am Hellweg« schon in den 1960er-Jahren neue Wege in der Angehörigenarbeit.²⁵²

Eine Erweiterung der Klinik um eine oder mehrere Stationen für suchtkranke Frauen wurde zwar immer wieder angesprochen, aber nie realisiert. Die strikte Trennung der Geschlechter hatte in den konfessionell geführten Heilstätten für Trinker bzw. Suchtkranke eine ebenso lange Tradition wie das Tabuisieren des Themas »Sexualität«. Dabei spielte sicher auch die (Glaubens-)Überzeugung der Mitarbeiter eine wichtige Rolle, wonach die süchtige Erkrankung ursächlich mit schuld- und sündhaftem Verhalten der Betroffenen in Zusammenhang gebracht wurde. Die Mitarbeiter befürchteten darüber hinaus, dass durch Patientinnen Unruhe in das Haus getragen würde und es zur Gefährdung von Ehen kommen könnte.²⁵³ Offiziell begründet wurde die Weigerung, Frauen aufzunehmen und damit eine Normalisierung der therapeutischen Kultur zu erreichen, mit den fehlenden hygienischen Einrichtungen. (Diese »Argumente« wurden auch in den westfälischen Landeskrankenhäusern immer wieder gegen die »Durchmischung« von Stationen ins Feld geführt.)

250 Der Chefarzt Dr. Sandmann beanspruchte allerdings, »primus inter pares« zu sein. Da dies nicht akzeptiert wurde, verließ er 1974 die Klinik. (Mündliche Mitteilung von Frau Dr. Sandmann.)

251 vergl. 247) a. a. O.

252 vergl. 248) SANDMANN, G.

253 ebd.

Auf einem anderen Feld allerdings vollzog die Klinik am Hellweg eine Neuorientierung: Kamen die Patienten in den 1960er- und 70er-Jahren aus oft weit entfernten deutschen Landen – viele von ihnen aus Baden-Württemberg –, so öffnete man sich später immer mehr für Patienten aus den umliegenden westfälischen Regionen. Auch wenn die Klinik von Anfang an eine enge Zusammenarbeit mit den abstinenten Selbsthilfegruppen pflegte, so fand eine Umorientierung im Sinne eines gemeindenahen, regionalen Versorgungsangebotes und einer Mitarbeit in regionalen Gremien der Suchtkrankenversorgung, ähnlich wie bei der benachbarten Bernhard Salzmann-Klinik²⁵⁴ in Gütersloh, erst in den 1980er-Jahren statt.²⁵⁵

Die »Fachklinik Stillenberg« in Warstein

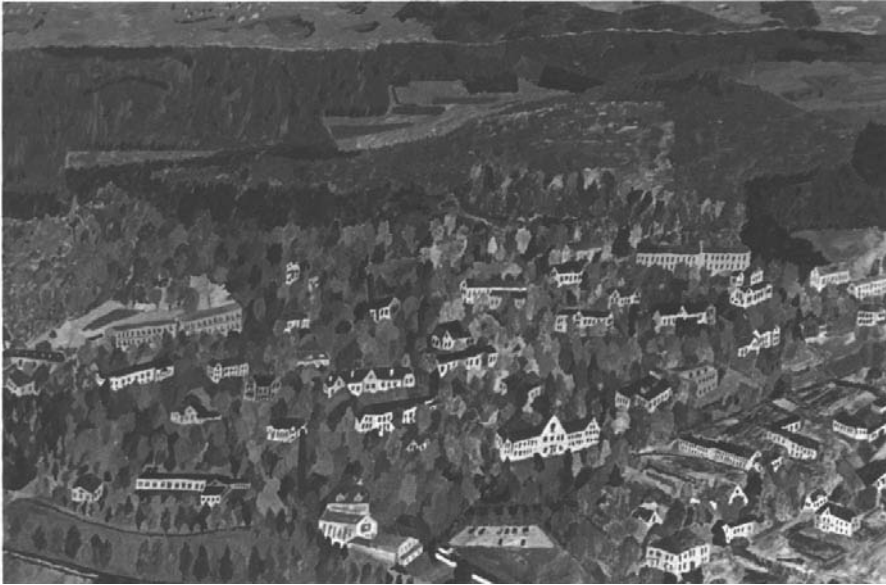
Nachdem der Landschaftsverband Westfalen-Lippe 1959 die forensische Heilstätte für Suchtkranke in Haldem und 1965 die offene Heilstätte in Gütersloh gegründet hatte, eröffnete er 1977 die »Fachklinik Stillenberg« für Suchtkranke in Warstein. Die gleichnamige »Heilstätte Stillenberg«, eine seit 1943 bestehenden Fachklinik für Erkrankungen der Atmungsorgane konnte einen Teil ihrer Gebäude aufgrund des Rückganges der Tuberkuloseerkrankungen für neue Aufgaben zur Verfügung stellen.

Der sich seit Anfang der 1970er-Jahre auf dem benachbarten Gelände des Landeskrankenhauses Warstein entwickelnde Suchtkrankenbereich hatte bereits 1973 eine erste Station mit 63 Patienten, überwiegend Alkoholkranken, die vorher in der Warsteiner Klinik auf andere Bereiche des Hauses verteilt waren, belegt und begonnen, diese auf der Grundlage der Prinzipien der »Anonymen Alkoholiker« (AA) zu behandeln.²⁵⁶ Wie auch in anderen westfälischen Landeskrankenhäusern handelte es sich überwiegend um schwerer geschädigte Kranke, die in den offenen Heilstätten keine Aufnahme fanden. Diesen Männern und Frauen sollte mit der »Fachklinik Stillenberg« ein längerfristiges Behandlungs- und Rehabilitationsangebot gemacht werden. Die notwendigen Entgiftungsbehandlungen wurden zum Teil noch im Suchtbereich des Landeskrankenhauses durchgeführt.

254 Beide Kliniken pflegten untereinander, aber auch mit anderen Fachkliniken einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch und arbeiteten bei der Fachausbildung des Pflegepersonals in Westfalen eng zusammen.

255 vergl. 247), a. a. O.

256 vergl. 222) PRAGER-ANDRESEN, A.



Ansicht des Westf. Landeskrankenhauses Warstein.
Arbeit eines Patienten in der kreativen Beschäftigungstherapie

Da es in der Bundesrepublik kaum Möglichkeiten zur qualifizierten Behandlung chronisch Suchtkranker gab, wurden auch Patienten aus anderen Bundesländern, vor allem aus Hamburg, aufgenommen. Der Leiter der Fachklinik, Dr. Hans-Wilhelm Hundt, betrieb darüber hinaus eine der Vor- und Nachsorge dienende Suchtambulanz.²⁵⁷ Die in Warstein entwickelte, differenzierte Behandlung mehrfach geschädigter Suchtkranker (»die vergessene Mehrheit«²⁵⁸) wurde zum Vorbild für die Kliniken des Landschaftsverbandes und anderer Einrichtungsträger.

Anfänglich gegen großen Widerstand

Die Drogenabteilung im Landeskrankenhaus Warstein

Die Drogenabhängigen waren seit Anfang der 1970er-Jahre in vielen Psychiatrischen und Allgemein-Krankenhäusern bekannt und wenig beliebt. Allenfalls

²⁵⁷ vergl. 130) HUNDT, H.-W.

²⁵⁸ Ende der 1980er-Jahre geprägt, gesundheitspolitischer Begriff für die chronisch (mehrfach geschädigten) Suchtkranken.

notdürftig körperlich entgiftet, wurden die meist jungen heroinabhängigen Männer und Frauen auf körperliche Erkrankungen und Beschwerden hin untersucht und versorgt, um anschließend, unzureichend auf die Entlassung vorbereitet, ihrem weiteren Schicksal überlassen zu werden. Das Landeskrankenhaus Warstein wollte mit einer eigenen Abteilung für Drogenabhängige diesen, für alle frustrierenden und manches Mal tödlich endenden Kreislauf unterbrechen. Nach der Genehmigung durch den Landschaftsverband Westfalen-Lippe als Träger der Einrichtung nahm die neue Abteilung mit 15 Betten im Februar 1972 ihre Arbeit auf.

Das Personal hatte sich freiwillig zu dieser Tätigkeit gemeldet. Neu für die Warsteiner Klinik war, dass die Patienten gemischtgeschlechtlich auf der Abteilung behandelt wurden. Aber auch die gemeinsame Arbeit von Krankenschwestern und -pflegern auf einer Station war ebenso neu wie die Einführung des bis dahin ungewohnten Schichtdienstes. Der Widerstand beim Pflegepersonal im Gesamtkrankenhaus gegen diese »Umwälzungen« war »erheblich, hart und andauernd«.²⁵⁹

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe monierte schon Ende 1972, dass eine solche »Sondereinrichtung« in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus zu »Vorrangansprüchen« führen und besser zu einer Heilstätte für Suchtkranke passen würde. Man schob die Schließung der Warsteiner Abteilung bis zur Eröffnung einer bereits geplanten Drogenstation in der Heilstätte Gütersloh auf. Diese nahm jedoch ihre Arbeit auf, ohne dass die Warsteiner Abteilung geschlossen worden wäre. Ungewohnt war für jene Zeit auch, dass die drogenabhängige Patienten und Patientinnen überwiegend aus den umliegenden Einzugsregionen der Klinik aufgenommen wurden. Sie kamen sowohl freiwillig aufgrund eigenen Entschlusses als auch mit richterlichen Beschluss (PsychKG, Vormundschafft. Beschluss oder Einweisung aufgrund § 64 BGB) zur Aufnahme.

Acht Jahre später, zum 75. Jubiläum des Landeskrankenhauses Warstein im Jahre 1980 wurde berichtet, dass die Neuerungen auf der Drogenabteilung sich nicht nur bewährt, sondern auch vom Pflegepersonal der Klinik inzwischen allgemein akzeptiert wurden.²⁶⁰ Man berichtete von bemerkenswerten Therapieerfolgen und dass »die Drogenabteilung (...) ein integrierter Teil des Landeskrankenhauses« sei²⁶¹.

259 vergl. 11) BÖCKMANN, M.

260 ebd.

261 ebd.

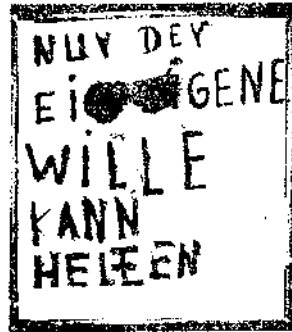
**Dementen Opa
zu pflegen,
ist sehr viel
einfacher !**

Warstein. "Wir werden immer wieder verurteilt, und kein Mensch fragt uns nach dem Warum". – Claudia streicht eine Strähne ihres mattschimmernden, gepflegten Haars aus dem sensiblen Gesicht und schaut uns nachdenklich an. Mit ihrem aparten Make-up, mit ihrem distanzierten, aber zugleich verbindlichen Auftreten und einer Stimme, die Selbstdisziplin verrät, entspricht die 22jährige genau dem Bild einer geschickten Sekretärin, die im Vorzimmer eines Industriemagnats oder Verwaltungschefs umsichtig Terminkalender, Korrespondenz und Besucherliste überwacht. Aber statt auf einem Bürodrehstuhl sitzt Claudia in einem ausrangierten Korbsessel und starrt gedankenverloren aus dem Fenster eines Zimmers in der Drogen-Abteilung des Westfälischen Landeskrankenhauses Warstein. Sie hat vier Jahre lang "geschossen", wie es in der Umgangssprache der Fixer heißt. Aber man sieht es ihr nicht mehr an; jetzt jedenfalls nicht mehr.

Auf Claudias Frage, warum die Gesellschaft mit dem Urteil über Drogenabhängige schnell fertig, zu wirksamer Hilfe aber nur langsam bereit und kaum in der Lage ist, wissen Psychiater Dr. Nikolaus Wolf (54) und Dipl.-Psychologe Karl Heinz Pesch (29) mehrere Antworten. Seit Februar dieses Jahres arbeiten sie im Bewußtsein gemeinsamer Verantwortung für die jeweils 15 Patienten in ihrer Abteilung zusammen in der Drogenabhängigen-Station. Dr. Wolf betreut in dem Psychiatrischen Fachkrankenhaus außerdem eine Station mit chronisch Kranken; Karl Heinz Pesch operiert nebenher Nachtstunden und Freizeit

**Drogenbehandlung in Warstein:
Viel Zeit und Zuwendung nötig
Persönlichkeit muß nachreifen**

für die Drogenberatungsstelle in Lippstadt. Beide wissen aus eigener Erfahrung, warum es so schwierig ist, in der Öffentlichkeit Vorurteile gegen Drogenabhängige abzubauen und für intensive Hilfsmaßnahmen zu werben.



Patienten-Zeichnung – Foto: J. Klem

"Die wollen doch gar nicht aus ihrem bisherigen Leben heraus, die wollen doch weitergammeln und die wollen sich doch gar nicht helfen lassen. Dieses Argument höre ich immer wieder. Es stimmt aber einfach nicht, auch wenn der äußere Anschein das auf hindeutet", erklärt Dr. Wolf. "Es gibt keinen normalen, gesunden Menschen, der im Vollbesitz seiner geistigen und körperlichen Kräfte auf einmal beschließt, seine Persönlichkeit und sein Leben zugrunde zu richten. Genau das aber tun die Fixer und er-

klären ja auch jedem, der es hören will, daß sie auf den gekannten Tod hinleben. Für mich als Arzt sind diese Menschen krank, und ich bin zur Hilfe aufgerufen. Auch wenn diese Hilfe mit noch so vielen Schwierigkeiten verbunden ist, wir müssen auf jeden Fall dem jungen Menschen helfen, der sich helfen lassen will".

Die Therapiewilligkeit, wie der Arzt sagt, ist ein entscheidendes Kriterium für die tägliche Arbeit in der Drogen-Abteilung Warstein. Wer sich nicht helfen lassen will, wer immer wieder aus der zwar geschlossenen, aber nicht als Gefängnis eingerichteten Station entweicht, wer Widerstand leistet, dem kann kaum noch geholfen werden. Wieder draußen, besorgen sich solche Fixer sofort neuen Stoff, handeln mit Rauschmitteln, stecken andere drogengefährdete junge Leute mit ihnen verhängen vollen Rauschmittelsucht oder der ebenfalls nicht ausgeheilten Hippie-Hepatitis an, landen im Gefängnis oder einer Heilanstalt, entweichen dort wieder und verrecken schließlich buchstäblich in der Gasse. Für diese uneinsichtigen Fixer, die sich selber und andere zerstören, sollten eigentlich besondere Einrichtungen geschaffen werden.

In dem Kreislaut aus gehören sie jedenfalls nicht; sie stören nur und bringen Unruhe in das Psychiatrische Fachkrankenhaus, in dem alle anderen Patienten behandelt und gesund werden wollen. Auch in Warstein kennt man solche Fälle: Ende September bedrohten fünf drogenabhängige Patienten, die wegen einer Hepatitis-Behandlung von der Drogenabhängigen-

Bericht über die Drogentherapiestation im Westf. Landeskrankenhaus Warstein (1972).

»Landschaftsverband Westfalen-Lippe«, Dezember 1972, Seite 6

Die Fachkliniken in Bad Fredeburg, Arnsberg und Brilon-Wald

Zehn Jahre nach Eröffnung der Westfälischen Heilstätten für Suchtkranke in Gütersloh und Oerlinghausen bei Bielefeld nahm 1976 eine neue Suchtfachklinik in Bad Fredeburg die Arbeit auf. Die Trägerschaft lag nicht wie bisher üblich bei Institutionen der öffentlichen Wohlfahrtspflege, sondern ein privater Investor hatte sich der inzwischen als wirtschaftlich lukrativ geltenden Aufgabe verschrieben. Dieses Modell fand in den späten 1970er- und 1980er-Jahren überall in der Bundesrepublik Deutschland Resonanz. Einzugsgebiet der überwiegend »auf der grünen Wiese« entstanden Fachkliniken waren in der Regel mehrere Bundesländer, die oft weit entfernt von der Behandlungseinrichtung waren. Dies entsprach in jenen Jahren durchaus der gängigen Fachmeinung, wonach der Herkunfts- und der Klinikort nicht in derselben Region liegen sollten.

Konzeptionell bezog sich die neue Fachklinik Fredeburg zunächst auf das »12-Schritte«-Programm der Anonymen Alkoholiker (AA), das sich vor allem in amerikanischen Suchtkliniken bewährt hatte. So waren anfangs die meisten Mitarbeiter Betroffene, die in »Schnellkursen« und Hospitationen in Suchtfachkliniken auf ihre Aufgaben vorbereitet wurden. Eine zunehmende Professionalisierung der Arbeit gewährleistete, wie andernorts auch, vor allem die Einbeziehung von Psychologen und Sozialarbeitern. Bereits 1978 entwickelte der damalige ärztliche Leiter, Dr. Soeder, ein Behandlungskonzept für ältere Alkohol- und Medikamentenabhängige, das erstmalig in der Bundesrepublik Deutschland mit dem Vorurteil erfolgreich aufräumte, dass ältere und insbesondere suchtkranke Menschen nicht die notwendigen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie mitbrächten. Inzwischen werden in vier »Senioren-Gruppen« jährlich ca. 180 über 60-jährige Suchtkranke behandelt. Die guten Erfahrungen mit der altershomogenen Behandlung wurden vier Jahre später auf junge Abhängigkeitskranke übertragen. Unter vermehrtem Einbezug sozialtherapeutischer Maßnahmen wurden 18- bis 25-Jährige in eigenen Bereichen zusammengefasst. Und schließlich galt seit Anfang der 1990er-Jahre traumatisierten suchtmittelabhängigen Frauen ein besonderes Angebot im Rahmen einer ihnen vorbehaltenen Gruppe.²⁶²

Als Psychosomatische Klinik wurde 1982 in Arnsberg die »Fachklinik auf der Egge« für abhängige Frauen und Männer eröffnete. Als Einrichtungen für Versicherte verschiedenster Leistungsträger dient sie vor allem der Behandlung von Suchtkranken aus (West-)Berlin. Standen zuerst Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit im Vordergrund, so wurde im Laufe der Jahre, wie auch

262 pers. Mitteilung GEYER, Dieter, Fredeburg 2002

Klinik half Tausenden aus dem Teufelskreis der Sucht

Bad Fredeburg. (nsr) Gut 26.000 Patienten zählte die Fachklinik Fredeburg im letzten Vierteljahrhundert. Legt man die Faustregel zu Grunde, dass etwa die Hälfte der Alkoholtherapien auch nach einem Jahr noch erfolgreich sind, heißt das: Rund 10.000 Männer und Frauen blieben dank der Arbeit der Bad Fredeburger Therapeuten trocken.

Vielen Menschen habe das Haus zu einem „besseren, erfüllteren, sinnvolleren Leben“ verholfen, sagte Sabine Zwick, deren Familie das Bad Fredeburger Haus gehört, gestern bei einer Feierstunde zum 25-jährigen Bestehen. Zahlreiche Gäste konnte sie zu der Jubiläumsfeier begrüßen – einer unter dem Eindruck der Ereignis-sein des USA-erstillen Feier. Ein Kabarettabend mit Lioba Albus, der gestern Abend stattfinden sollte, war abgesagt

worden. Völlig darauf verzichteten, zum 25-jährigen Bilanz zu ziehen, mochte man in der Fachklinik Fredeburg freilich nicht. Sabine Zwick: „Das würde niemandem nützen.“

Die Bilanz kann sich sehen lassen. Das Haus in Bad Fredeburg gehört „mit zu den ältesten und erfahrensten Suchtkliniken in Deutschland“, erklärte Helga Schallenberg von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. Völker Weisinger vom Fachverband Sucht betonte, die Klinik habe „Tausenden geholfen, aus dem Teufelskreis der Sucht auszusteigen“.

„Nicht wenige davon haben die Verbindungen zur Klinik nicht abreißen lassen“, freute sich Dieter Geyer, der medizinische Leiter. Rund 1000 von ihnen werden am Wochenende zum Ehemaligentreffen erwartet. Und in Bremen beispielsweise gibt es einen Kreis

Ehemaliger, der sich „Fredeburger Gruppe“ nennt. Geyer: „Die Klinik hat in den vergangenen Jahren Ein- und Abdrücke hinterlassen.“

Auch bei Erich Schmitz. Der Rheinländer gehörte zu den ersten Patienten in Bad Fredeburg – und blieb bis heute trocken.

„Das erste Mal als Mensch akzeptiert“

„Ich habe anfangs gedacht, dass die Ärzte kommen, mir die Hand auflegen, und dann bist du gesund.“ Vielmehr war es harte Arbeit – aber in einer besonderen Klima. Schmitz: „Wenn der Alkoholiker das erste Mal als Mensch akzeptiert wird, hat er eine unheimliche Chance, trocken zu werden.“ Und genau dies habe er in Fredeburg erlebt.

Für die Patienten hat die Fachklinik mit ihren 280 Betten eine therapeutische, für Bad Fredeburg und die Stadt Schmalfeld eine ökonomische Funktion. Seit der Übernahme der Kliniken durch Zwick vor einem Jahrzehnt sei ein zweistelliger Millionenbetrag investiert worden, unterstützt Bürgermeister Bernhard Haibe. Die Fachkliniken seien ein „Garant hoher UGmachungszahlen“ und der größte Arbeitgeber in Bad Fredeburg.

Die Erwartungen waren noch größer, als die Familie Zwick vor zehn Jahren in Bad Fredeburg einstieg. „Mit dem Namen Zwick hat die Stadt große Hoffnungen verbunden“, erinnerte sich Sabine Zwick, die dem Bürgermeister gleichzeitig dankte, „dass Sie mit uns auf dem Teppich geblieben sind“. Augenmaß ist gefragt: „Von den Fantasien sind wir weg.“

Zum 25-jährigen Jubiläum der »Fachklinik Fredeburg«

in anderen Fachkliniken Suchtkranke, das Angebot auf Patienten mit einer Mehrfachabhängigkeit (ausgeschlossen der mit Heroin), Spielsucht sowie Multimorbidität als begleitende Diagnosen ausgedehnt. Eine Besonderheit bietet die Fachklinik mit dem Angebot der Tierpflege, das sich hier, wie auch in sozialtherapeutischen Einrichtung der Drogenhilfe, bei kontaktgestörten Patienten bewährt hat.

Auch die Anfang der 80er-Jahre eröffnete, sich ebenfalls in privater Trägerschaft befindliche Suchtfachklinik in Brilon-Wald folgte diesem Konzept. Da inzwischen die Vorteile einer regionalen bzw. gemeindenahen Suchtkrankenbehandlung auf Grund einer leichter zu realisierenden Kooperation zwischen den ambulanten und stationären Behandlungseinrichtungen sowie der kontinuierlichen Einbeziehung der Angehörigen einschließlich des sozialen Umfeldes zu einer zunehmenden Umorientierung von Suchtberatungsstellen führten, entwickelte die »Fachklinik Fredeburg« als Ergänzung zur etablierten mehrmonatigen Entwöhnungsbehandlung u. a. spezielle, überregionale Angebote für ältere Abhängigkeitskranke. Die »Klinik Brilon-Wald« bot ihrerseits seit Ende der 80er-Jahre eine so genannte qualifizierte, bis zu sechs Wochen finanzierte Entgiftungsbehandlung an. Diese zielte u. a. auf eine Klientel, die die Anonymität durch eine größere Distanz zum Wohnort zur Voraussetzung einer Alkohol-Entzugsbehandlung machte.

Zu neuen Ufern

Die Entstehung und Entwicklung der Suchtkrankenbereiche der Westfälischen Landeskrankenhäuser am Beispiel des Landeskrankenhauses Gütersloh

Die stationäre Versorgung der suchtkranken Patienten wurde in den westfälischen Landeskrankenhäusern Warstein, Lengerich, Münster, Dortmund, Marsberg und Gütersloh in den 1970er-Jahren durch den Aufbau eigenständiger Suchtkrankenbereiche bestimmt und nach und nach durchgreifend verbessert.²⁶³ Unterstützt wurden die neuen Bereiche von einer Forschungsstelle, die der Landschaftsverband Westfalen-Lippe eingerichtet hatte, um – auch im Sinne der vom Deutschen Bundestag in Auftrag gegebenen »Psychiatrie-Enquete« – die Versorgungssituation psychisch Kranker, geistig Behinderter sowie suchtkranker Patienten in Westfalen zu untersuchen und Anstöße zu ihrer Verbesserung zu geben.²⁶⁴

Wissenschaftlich war bis dahin das Thema »Sucht« weitgehend ausgeklammert und auf die Lehrbücher der Psychiatrie um die Jahrhundertwende und der Weimarer Zeit zurückgegriffen worden.²⁶⁵ Auch die seit 1947 jährlich stattfindende »Gütersloher Fortbildungswoche« zeigte dies deutlich: Von 1958 bis 1985 waren von etwa 400 Referaten aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie lediglich 21, also ca. 5 % dem Themenbereich »Sucht« gewidmet.²⁶⁶ Aber auch in der Berichterstattung der Medien wurden Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch bis zu Beginn der 1970er-Jahre nur selten thematisiert.²⁶⁷ Was für die »Irrenanstalten« zu Beginn des 20. Jahrhunderts gesagt wurde, galt auch noch 70 Jahre später: »Die Trinker (sind) ein sehr störendes Element für die anderen Kranken

263 vergl. 131) RECK, K.P.

264 vergl. 29) Deutscher Bundestag

265 vergl. 93) PFRANG, H., S. 89

266 Dieses Verhältnis blieb im Wesentlichen auch in den 1980er- und 90er-Jahre bestehen. Erst die »Gütersloher Fortbildungswoche 1998« stellte erstmalig seit 1947 das Thema »Sucht« in den Mittelpunkt. Die Suchtabteilung war in den 1980er-Jahren, neben der bis zum Ende der 90er-Jahre aufgelösten Langzeitabteilung, zur größten Abteilung des Landeskrankenhauses geworden. 1950 zählten lediglich 5 % der Patienten im stationären Bereich zu den Suchtkranken. Ihr Anteil stieg bis zum Jahre 1975 auf bis zu 52 %.

267 vergl. 93) a. a. O., S. 122

und die Verwaltung und (werden) daher gern entlassen.« Und ein anderer Autor schrieb 1885: »Wir haben eine große Anzahl von ihnen aufgenommen, aber wir sollten es nicht tun. Sie können nicht geheilt werden. Sie sind die unangenehmsten Patienten. Der Psychiater braucht viel Zeit und Beherrschung, um Gleichmut zu wahren gegenüber solcher Mischung von Eitelkeit, Charakter Schwäche, Lügen und Widerstand.«²⁶⁸

In den 1960er- und 70er-Jahren hatte die Forschungsstelle des Landschaftsverbandes ihren Sitz im Landeskrankenhaus Gütersloh. Die Mitarbeiter suchten nach einem Weg, die unbefriedigenden »Drehtürbehandlungen« der nach kurzer Zeit körperlich entgifteten, aber kaum gebesserten, geschweige denn geheilten Suchtpatienten zu beenden. Da sich die benachbarte Landesheilstätte Gütersloh von 1965–68 zu einer Fachklinik entwickelt hatte, die ausschließlich Suchtkranke für mehrmonatige Entwöhnungsbehandlungen auf freiwilliger Basis aufnahm, gab es in der, inzwischen zum »Landeskrankenhaus Gütersloh« umbenannten früheren Landesheilstätte kein spezifisches Angebot mehr für die Behandlung der auf verschiedene Stationen verteilten Suchtkranken.²⁶⁹

Die Betriebsleitung wurde schließlich davon überzeugt, eine Station für die mittelfristige Entwöhnungsbehandlung männlicher Patienten zur Verfügung zu stellen, um suchtkrankenspezifische Behandlungen durchführen zu können. Eine, verglichen mit den etablierten Heilstätten relativ freizügige Behandlung sollte zu einer möglichst dauerhaften abstinenter Lebensweise führen. Anfänglich fand sich in der Gütersloher Klinik kaum motiviertes und ausreichend qualifiziertes Personal für diese Aufgabe. Die Ärzte, aber auch das Krankenpflegepersonal waren nur selten bereit, sich auf die Arbeit mit Suchtkranken einzulassen. Bis in die 1980er-Jahre waren es vor allem Psychologen, Sozialarbeiter und einige Pflegekräfte, die den Suchtbereich aufbauten.²⁷⁰

Von den Stationen der Klinik, die mit Patienten aller psychiatrischen Diagnosen belegt waren (»gemischtdiagnostisch«²⁷¹), verlegte man 27 alkoholranke, männliche Patienten auf die neue Station und begann am 1. Februar 1971 unter der Leitung eines Diplom-Psychologen mit der Arbeit. Die meisten Kranken hatten bereits mehrere Therapien ohne Erfolg absolviert und deshalb keine Zusage für weitere Behandlungen in einer Heilstätte bekommen. Notwendige

268 zit. nach 93) a. a. O., S. 137

269 vergl. 122) WINKLER, W. Th.

270 vergl. 224) SCHWEDE, L.

271 Nur das »Albert Schweitzer-Haus« sowie das »Hermann Simon-Haus«, psychotherapeutisch bzw. sozialpsychiatrisch ausgerichtet, waren ausschließlich mit psychiatrischen Patienten belegt.

Demokratischer Führungsstil als Grundlage eines Konzeptes

Landeskrankenhaus mit Funktionsbereichen stellt sich vor

Gütersloh. An zwei Tagen der XXVII. Gütersloher Fortbildungswache stellte sich das hiesige Landeskrankenhaus selbst dar – einer Anregung folgend, die sich aus dem allwöchentlichen Seminar der Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter während des vergangenen Winterhalbjahres ergeben hatte. Prof. Dr. Winkler hielt zu Beginn dieser Selbstdarstellung des Hauses mit allen Fachbereichen in Vorträgen, Diskussionen an Ort und Stelle und Besichtigungen ein stark beachtetes Referat.

Im Laufe des Seminars hatte sich ergeben, daß die vom Direktor entwickelten, wiederholt diskutierten und schon in viele Entscheidungen eingegangenen Vorstellungen von der Arbeit in diesem Hause nicht allgemein bekannt waren. Es bestand ein Informationsdefizit, das naturgemäß zu Mißbehaglichkeiten führte und nur durch Selbstdarstellung und -kritik aller behoben werden konnte, was auch geschah.

Prof. Dr. Winkler, aus der Tübinger Schule der Psychiatrie hervorgegangen, daher dazu erzogen, bei Diagnose und Therapie solchen Leiden alle möglichen Faktoren zu berücksichtigen, außerdem psychoanalytisch orientiert, erblickte als Leiter des Landeskrankenhauses mit 1350 Patienten (1961) in der Sozialpsychiatrie ein geeignetes Behandlungskonzept, da das psychoanalytische der großen Zahl wegen hier nicht praktikabel war. Ab 1964 wurde das Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft verwirklicht, sozialtherapeutische Aktivitäten mehrten sich und fanden schließlich ihren Ausdruck im Sozialzentrum.

Der Vortragende stellte fest, daß trotz aller baulichen Verbesserungen – so dringend erforderlich sie seien – entscheidend sei, welche Psychiatrie betrieben werde. Die Wahl fiel auf den demokratischen Führungsstil und die Unterteilung des Hauses in Funktionsbereiche unter der Leitung je eines ärztlich selbständigen leitenden Arztes (1969). Heute bestehen

vier psychiatrische Funktionsbereiche mit jeweils eigenen Aufnahme-, Rehabilitations-, Entlassungs- und Langzeitabteilungen, weil das den Vorteil bietet, daß der Patient während der Dauer des Aufenthaltes von den gleichen Ärzten behandelt werden kann, ferner gibt es den internistisch-geriatrischen und den neurologischen Funktionsbereich sowie den Suchtkrankenbereich. Neuerdings ist beabsichtigt, den internistisch-geriatrischen Bereich in einen internistischen und einen gerontopsychiatrischen Bereich zu teilen und einen psychiatriespezifischen Funktionsbereich mit Weiterbildungsstätte zu gründen.

Zum Rahmenplan gehört die Verringerung der Bettenzahl. Sie ist durch Umbauten und Auflockerung auf 1074 vermindert worden und soll nach dem Zielplan des Landes auf 800 gesenkt werden. Da wegen steigender Aufnahmeziffern im Akutkrankenbereich und im Bereich der mittelfristig zu Behandelnden keine Betten eingespart werden können, trifft die Verringerung die Plätze für chronisch Kranke und Behinderte. Für sie müssen aber erst anderweitig angemessene Plätze geschaffen werden.

Eingehend befaßte sich Prof. Dr. Winkler mit der klinischen Diagnostik und Therapie als Bestandteil des

gesamten Krankenhauses und der Eingliederung der Allgemeinmedizin in die Psychiatrie. Hier haben sich das Vorhandensein der neurologischen und die Gründung einer fachinternistischen Abteilung mit dem Konsiliardienst innerhalb des Hauses durch wechselseitige Anregung sehr günstig ausgewirkt. Außerdem kann das Haus jungen Ärzten außer kompletter neurologisch-psychiatrischer Weiterbildung eine – zur Zeit auf zwei Jahre begrenzte – internistische Weiterbildung bieten. Die Vollerkenntnis der internistischen Abteilung ist bei der Landesärztekammer beantragt.

Zur Zeit arbeiten im internistisch-geriatrischen Bereich drei Fachinternisten, drei in der Weiterbildung stehende Ärzte und ein Medizinalassistent. Geplant sind die Einstellung eines Radiologen für die relativ große Röntgenabteilung und eines Anästhesisten für die Intensivstation. Die klinische Zentrale versorgt den Kreis Gütersloh in neurologischer Hinsicht mit; ein Ansatz zur stärkeren Eingliederung des Landeskrankenhauses in das ärztliche Versorgungssystem des Kreises.

(Wird fortgesetzt)

Bericht über das Westf. Landeskrankenhaus in Gütersloh (1974)

Entzugsbehandlungen wurden auf den gemischtdiagnostischen Aufnahmestationen durchgeführt.

Die äußeren Bedingungen der Suchtkrankenstation waren ähnlich unzureichend wie zu Beginn der Arbeit in den Landesheilstätten Gütersloh und Schloss Haldem: Die Betten standen in Sälen ohne jegliche persönliche Ausgestaltung und für einen großen Tagesraum gab es kaum Geld zur Einrichtung. Wieder machten sich die Mitarbeiter zusammen mit den Patienten an die Arbeit: Es

wurden Trennwände gezogen und eine möglichst wohnliche Atmosphäre geschaffen.²⁷² Die außerstationäre Arbeitstherapie, seit den Zeiten Hermann Simons in den 1920er-Jahren in der Klinik weitergeführt, wurde auch auf dieser Station wesentlicher Teil der Behandlung, während die noch »junge« Beschäftigungstherapie ohne die Anleitung einer entsprechend ausgebildeten Fachkraft lediglich durch die zur Verfügungstellung von Materialien gefördert wurde.

Die Resonanz im Landeskrankenhaus Gütersloh auf die neue Einrichtung war zunächst schlecht. Behauptungen, auf der Station würde trotz regelmäßiger Alkoholkontrollen »gesoffen«, waren verbreitet. Patienten mit Rückfällen, von den drei Mitarbeitern (Psychologe, Pfleger und Zivildienst Leistender) auf der Station »aufgefangen«, wurden nicht automatisch entlassen.²⁷³ Die im »Hermann Simon-Haus« der Gütersloher Klinik seit Mitte der 1960er-Jahre praktizierte »Therapeutische Gemeinschaft«²⁷⁴ wurde auch für die Arbeit mit den Suchtkranken zum Leitbild. Die in den Gruppen geförderte offene Auseinandersetzung führte nicht selten dazu, dass die Patienten untereinander recht »hart« miteinander umgingen. Besuche von Selbsthilfegruppen (Guttempler, Blaues Kreuz, Freundeskreise, Kreuzbund und AA) wurden gefördert und gehörten bald zum obligatorischen Teil des Stationsprogramms.

Zur Suchtberatungsstelle des Gesundheitsamtes in Bielefeld gab es regelmäßige Kontakte. Die ambulant-professionellen Angebote für Suchtkranke in Gütersloh waren in dieser Zeit erst im Entstehen. Auch wurden Kontakte zu den Familien sowie den Arbeitsstellen der Patienten aufgenommen und diese in die Behandlung miteinbezogen.²⁷⁵ Häufig wurde auch die Nachsorge entlassener Patienten von der Station aus betrieben. Rückfällige, ehemalige Patienten wurden zur Entgiftung und weiteren Behandlung abgeholt.

Das Jahrzehnt von 1965 bis 1975 kann als Pionierphase der Suchtkrankenversorgung im Kreis Gütersloh nach 1945 angesehen werden. Nahezu alle Einrichtungen, die zuerst als »Kette«, später als »Netz« bezeichnet wurden, entstanden in jenen Jahren. Auch ein gemeindenahes Verständnis der Arbeit im Sinne der Einbeziehung des familiären und beruflichen Umfeldes sowie der Selbsthilfegruppen und Suchtberatungsstellen war bereits entwickelt. Zur benachbarten Landesheilstätte allerdings wurden kaum Kontakte gepflegt. Zum

272 vergl. 226) GARTHE, O.

273 Dieses Vorgehen war für die 1970er-Jahre außergewöhnlich. Erst seit den 1980er-Jahren gehörte die »Aufarbeitung« eines Rückfalles zum Standard in der Suchtkrankenbehandlung.

274 vergl. 80a) WINKLER, W. Th., in »Wandlungen der Psychiatrie ...«, S. 35 f.

275 vergl. 125) SCHWEDE, L. u. HAMERS, H.

einen waren wohl die Stile beider Häuser zu unterschiedlich, zum anderen wirkte die konfliktbeladene Trennung der Heilstätte von ihrem ehemaligen »Mutterhaus«, der früheren Heilanstalt und späteren Landeskrankenhauses nach.

Obwohl der Leiter des Landeskrankenhauses, Professor Walter Theodor Winkler, ein distanziertes Verhältnis zu Suchtkranken hatte und – wie viele Ärzte und Psychiater – wenig bewandert auf diesem Gebiet war, tolerierte er die Entwicklung eines Suchtkrankenbereichs.²⁷⁶ Vom Klinikpersonal wurden Suchtkranke häufig abgelehnt, bisweilen auch verachtet, allerdings als Hilfskräfte auf den Stationen und im Krankenhausgelände sehr wohl und gern eingesetzt. Erfahrungen auf den Stationen hatten deutlich gemacht, dass eine getrennte Behandlung von psychisch kranken und suchtkranken Patienten sinnvoll sei.²⁷⁷ Letztere neigten dazu, dominierende Rollen gegenüber den psychisch Kranken einzunehmen. Dem Pflegepersonal wurde die Wahl des Arbeitsbereiches freigestellt. Bis auf wenige Ausnahmen blieben die Pflegekräfte auf »ihrer« Station, unabhängig davon, ob sie für die Arbeit mit Suchtkranken motiviert oder qualifiziert waren. Für die Weiterentwicklung des Bereichs sollte dies zu einer Hypothek werden. Zudem war es weiterhin kaum möglich, Ärzte für die Arbeit in dem neuen Bereich zu gewinnen.²⁷⁸

Durch die Eröffnung einer Männer-Suchtaufnahmestation sowie einer Station für chronisch suchtkranke Männer entwickelte sich bis 1973 ein erster Suchtbereich. Der ärztliche Leiter blieb allerdings schwerpunktmäßig im psychiatrischen Bereich und versorgte die Suchtkrankenstationen bis 1975 quasi »nebenher«. Auf der ursprünglich von chronisch Kranken aller Diagnosen belegten Station entwickelten sich Ansätze einer Beschäftigungstherapie, auch Freizeitaktivitäten gehörten zum Therapieprogramm. Dem für die Station zuständigen Sozialarbeiter wurde die Leitung übertragen, das Pflegepersonal engagierte sich bei der Realisierung des Konzepts. Die häufig wechselnden Ärzte experimentierten mit verschiedensten, für die Patienten und das Pflegepersonal teilweise exotisch anmutenden Therapien.²⁷⁹ Da sich für entlassene Patienten

276 vergl. 122) u. 126) WINKLER, W. Th.

277 Noch in den 1960er-Jahren wurde, vorzugsweise für Privatpatienten, täglich Bier angeboten. Auch gegenseitige Stationsbesuche waren manchenmal mit dem Genuss von Alkohol verbunden. Diese Gepflogenheiten wurden erst wegen der möglichen Wechselwirkung mit den inzwischen eingeführten, psychotropen Medikamenten eingestellt.

278 Zeitweise mussten Ärzte sogar durch Anordnung der Betriebsleitung zum Dienst auf den Suchtstationen »gezwungen« werden.

279 So kamen die »Urschrei-«, die »Gestalt-« und andere körperorientierte Therapien zur Anwendung, die die Therapeuten auf Weiterbildungen kennen- und für die eigene Selbsterfahrung schätzen gelernt hatten.

**Dipl.Psych. L.D. Schwede, Gütersloh
H. Hamers, Sozialarbeiter, Gütersloh**

**Erfahrungen in einem Suchtkrankenbereich im
psychiatrischen Landeskrankenhaus
und daraus resultierende neue Konzepte**

“In den letzten Jahren haben wir zu erkennen begonnen, daß die sogenannten Minderheitenprobleme in Wirklichkeit Probleme der Mehrheit sind, daß das Negerproblem das Problem der Weißen, das jüdische Problem das des Nichtjuden ist usw.” (Lewin, 1946).

Die Idee der getrennten Behandlung der Suchtkranken und nichtsuchtkranken Patienten ist nicht neu. Zuletzt wurde die konsequente Trennung im erst kürzlich vorgelegten Zwischenbericht der Enquete-Kommission nachdrücklich gefordert.

Wenn ich Ihnen im folgenden über unsere Erfahrungen mit einem Suchtkrankenbereich des hiesigen Landeskrankenhauses berichte, in dem diese konsequente Trennung seit dem 1. 6. 72 verwirklicht ist, dann nicht in der Absicht, großartige Behandlungserfolge dieses Hauses besonders herauszustreichen.

Vielmehr möchte ich über Fehlhaltungen, Fehleinstellungen, Organisationsmängel, Voreingenommenheit, Unfähigkeit, ja über den Beinahe-Zusammenbruch eines Behandlungsbereiches und die Bankerotterklärung der Therapeuten dieses Krankenhauses sprechen.

Wir haben den Versuch gemacht, die Umstände, die zum Beinahe-Zusammenbruch des Suchtkrankenbereiches geführt haben, kritisch zu beleuchten, aufzudecken und Lösungsmöglichkeiten anzubieten.

Unser Ziel ist, die positiven und negativen Erfahrungen bei der Umstellung darzulegen, damit sich unsere Fehler bei der Umstrukturierung in anderen Krankenhäusern nicht wiederholen.

Um Ihnen verständlich zu machen, warum wir die Trennung zwischen suchtkranken und nichtsuchtkranken Patienten so konsequent betrieben haben, muß ich kurz auf die Lage der Suchtkranken in diesem Krankenhaus vor dem 1. 6. 1972 eingehen.

Auszug aus einem Bericht über die Entwicklung des Suchtkrankenbereichs im Landeskrankenhaus Gütersloh auf der »Gütersloher Fortbildungswoche« (1973)

immer wieder günstige Arbeitsmöglichkeiten außerhalb der Klinik boten, wurde für die oft schwierige Übergangszeit eine Nachtklinik mit 18 Plätzen eingerichtet.²⁸⁰

Für zumeist ältere, mehrfach geschädigte suchtkranke Frauen wurde Mitte der 1970er-Jahre eine eigene Station eingerichtet.²⁸¹ Nach Zusammenlegung mit der entsprechenden Männerstation wurde sie 1979/80 aufgelöst. (Im Laufe der

280 vergl. 225) HAMERS, H. und 38) FEUERLEIN, W., S. 12

281 Dem »Altersalkoholismus« wurde erst seit Ende der 1980er-Jahre durch spez. Angebote begegnet.

1980er-Jahre wurden nach und nach alle Stationen des Landeskrankenhauses in Gütersloh gemischtgeschlechtlich im Sinne des »Normalisierungsprinzips« belegt.)

Die Erfahrung, dass nach gutem stationären Verlauf eine Entlassung an fehlenden Rehabilitationseinrichtungen in den Einzugsgebieten der Klinik scheiterte bzw. zu häufigen Wiederaufnahmen führte, hatte zur Folge, dass im Juli 1973 ein ursprünglich für psychisch Kranke vorgesehenes Übergangswohnheim in Gütersloh mit entlassenen Suchtkranken belegt wurde.²⁸² Als weitere außerstationäre Rehabilitationseinrichtung wurde im März 1974 die »Müller-Burg«, eine ehemalige Fabrikantenvilla, als Übergangswohnheim im Kreis Detmold eröffnet. Bald darauf folgte, ebenfalls initiiert durch den 1973 von Mitarbeitern der Gütersloher Klinik gegründeten »Verein für Rehabilitation« der »Sternhof« in Schlangen, eine Villa mit Park und Gartengelände sowie einer Halle für die industrielle Produktion. Schließlich fand der Verein als drittes Objekt ein Wohnhaus in einem Gütersloher Vorort, das Räume sowohl zum Wohnen als auch zum Arbeiten bot. Mit der jeweiligen Nachbarschaft gab es erfreulich wenig Probleme.

Diese Angebote waren bedeutsam, da sie Suchtkranken galten, die aufgrund ihrer chronischen Erkrankung weder von den etablierten Institutionen der Suchtkrankenhilfe noch von den Selbsthilfegruppen versorgt bzw. angesprochen wurden. Da eine erst kurze Zeit existierende, ambulante Einrichtung der Caritas 1972/73 vorübergehend geschlossen werden musste, betrieb der »Verein für Rehabilitation« von 1972–76 auch eine Suchtberatungsstelle im Stadtzentrum von Gütersloh.²⁸³

Wie sich die Situation eines chronisch Suchtkranken aus der Sicht des für ihn zuständigen Vormundes darstellte, machte dessen Schreiben an das Gesundheitsministerium in Düsseldorf aus dem Jahre 1975 deutlich: »Mein Mündel (47 Jahre) hatte selbst seine Entmündigung gewollt. Wenn ich es recht sehe, wollte er gegen sich selbst gezwungen werden? Es ist mir aber nicht möglich, einen

282 vergl. 225) a. a. O.

283 Ende der 1980er-Jahre wurde, um die Versorgung der chronischen, mehrfach geschädigten Suchtkranken nach ihrer Entlassung zu verbessern, das ambulante Engagement verstärkt. Zum einen wurde 1989 der Verein »Komet« durch Mitarbeiter der Westfälischen und der Bernhard Salzmänn-Klinik sowie der Suchtberatungsstellen und der abstinenten Selbsthilfegruppen gegründet, um betreute Arbeits- und Wohnplätze zur Verfügung zu stellen, zum anderen wurde 1990 eine »Suchtambulanz« im Rahmen der Institutsambulanz der Westfälischen Klinik Gütersloh (dem früheren Landeskrankenhaus) eröffnet, die sich u. a. der Nachbetreuung entlassener Langzeitpatienten annahm.

heilsamen Zwang ausüben, weil die Landeskrankenhäuser – wenn ich recht unterrichtet bin – die Weisung haben, Süchtige schon nach etwa acht Tagen begrenzt (zunächst vielleicht 1 Stunde) in die Freiheit zu entlassen. Schwer Suchtkranke sind in gewissem Maße als Selbstmörder zu betrachten, und darum sollte Zwang ausgeübt werden: aus Barmherzigkeit. Darum auch immer wieder mein Gedanke, daß man zu den nach außen abgeriegelten Arbeitshäusern zurückkehren sollte.

Die Sache hat noch andere Hintergründe. Wenn Angehörige einen nahen Verwandten einweisen lassen wollen – oder auch unter Vormundschaft stellen –, müssen sie damit rechnen, daß der Eingewiesene ihnen nach acht Tagen wieder vor den Füßen steht. Da in dieser kurzen Frist ja keineswegs mit Heilung oder auch Umdenken zu rechnen ist, müssen sie mit der Rache des Eingewiesenen und größerem Unheil rechnen (Morddrohungen habe ich vom eigenen Mündel erfahren).

Das hat weiter zur Folge, daß – wie mir von Richterseite gesagt wurde – immer schwerer Menschen zur Vormundschaft bereit sind. Durch die Lähmung der Initiative von Angehörigen und Vormündern, angesichts der Hoffnungslosigkeit ihrer Bemühungen, werden die Zerrüttungszustände chronisch und permanent.

Gewiß verdienen die Bemühungen des Staates in bezug auf klinische Therapie und vor- und nachgehende Fürsorge alle Anerkennung. Für die sogenannten aussichtslosen Fälle aber müßte eine zielstrebige ›barmherzige Härte‹ angewandt werden: Meiner Vorstellung nach würden Langfristheime im Sinne der Betheler Außenwerke zuzüglich Abriegelung zur Außenwelt diesem Anliegen entsprechen.

Am Beispiel meines Mündels habe ich erfahren, daß ein haltloser Trinker heutzutage von Krankenhaus zu Krankenhaus, von Anstalt zu Anstalt wandert, sich überall kurze Zeit aufhält und wieder verschwindet. Er bleibt solange draußen, bis er von neuem dem Alkoholdelirium verfällt und gefunden wird. Dann aber geht ein zermürender Kreislauf von neuem an: einen Arzt zur Einweisung finden, das Ordnungsamt bitten, die Einweisung anzuordnen, einen richterlichen Beschluß beibringen und, wenn man nicht selbst fahren kann, einen Krankenwagen oder ein Polizeifahrzeug finden, das den Herren Alkoholiker ins weit entfernt liegende Landeskrankenhaus bringt: wozu Polizei und Ordnungsämter nur durch gute Worte zu gewinnen sind.

(...) Ich persönlich handele aus christlichen Motiven, weiß aber auch, daß man Christlichkeit nicht mit Gutmütigkeit verwechseln darf. Einen Staat mit dem Evangelium zu regieren ist weltfremd und unnüchtern. Gesetz und Evangelium gehören zu den zwei Welten nebeneinander.«²⁸⁴

284 vergl. 194b) Schreiben an den Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW

Der Verfasser dieser Zeilen stammt aus dem kleinen Ort Gohfeld bei Löhne, in dem schon im 19. Jahrhundert die Enthaltsamkeitsbewegung einen starken Rückhalt hatte. Es gab eine lange Tradition des Nebeneinander von christlich motivierter Hilfe und, falls andere Mittel zur Erreichung des abstinenten Zieles nicht reichten, der Anwendung von Zwang gegenüber dem Alkoholkranken bis hin zur Einweisung in geschlossene Arbeitshäuser.

Erst seit den 70er-Jahren wurden wesentlich durch die Entwicklung differenzierter Hilfsangebote im stationären als auch ambulanten, seit den 90er-Jahren zunehmend im regionalen bzw. kommunalen Rahmen neue Wege für diese gesundheitlich oft schwer geschädigten Menschen eröffnet. Vor dem Hintergrund der Relativierung des Abstinenzgebotes brauchte immer seltener auf dauerhafte Zwangsmittel zurückgegriffen werden. Ebenso wurde die in Heimen »unvermeidliche Einschränkung von Grundrechten« (K. Dörner) weitgehend überflüssig und durch »community care« ersetzt.

Ursprünglich wurden im Landeskrankenhaus Gütersloh die Entzugs-, einschließlich der Delirbehandlungen auf den »unruhigen« Aufnahme-Stationen durchgeführt. 1973 wurde die »ruhige« Männeraufnahmestation als Suchtaufnahmestation eingerichtet. Zwei Jahre später folgte nach diesem Vorbild aus der »ruhigen« Frauenaufnahmestation die Einrichtung einer Frauensuchtaufnahmestation. Eine internistisch-neurologische Intensiveinheit stand im Landeskrankenhaus Gütersloh erst nach dem Bau einer Klinischen Zentrale Ende der 1970er-Jahre zur Verfügung. 1975 wurde der Suchtbereich endgültig »autonom« und mit einem eigenen ärztlichen Leiter ausgestattet, der sich als gleichberechtigtes Mitglied des Therapeutenteams verstand.²⁸⁵ Seit Mitte der 1970er-Jahre nahmen beide Suchtaufnahmestationen Drogenabhängige zur Entgiftung auf. In den 1980er-Jahren bildete sich auf der Aufnahmestation für suchtkranke Frauen, seit der Mitte des Jahrzehnts gemischtgeschlechtlich belegt, in enger Kooperation mit den regionalen Drogenberatungsstellen ein Schwerpunkt für die stationäre Behandlung Drogenabhängiger.²⁸⁶ Aufgenommen wurden in den ersten Jahren nur Patienten und Patientinnen, denen ein

285 vergl. 227) SNETHLAGE, R.

286 Ende der 1980er-Jahre entstand daraus das gemeinsam mit den regionalen Drogenberatungsstellen entwickelte Projekt »Qualifizierte Entzugsbehandlung Drogenabhängiger«, 1991 wurde die Station »Selavie« eröffnet. Vorbild war die »Zentrale Entgiftungsstation für Drogenabhängige in Nordrhein-Westfalen« in Hohenlimburg bei Hagen. Die Kosten der bis zu sechs Wochen dauernden Behandlung teilten sich die zuständigen Krankenkassen und Rentenversicherungsträger. Innerhalb weniger Jahre wurden regionale Stationen für den qualifizierten Entzug Drogenabhängiger sowohl im Rheinland als auch in Westfalen, so zuerst in Lengerich, eingerichtet.

Langzeitherapieplatz in einer Einrichtung zur Entwöhnung von Drogen zugesagt worden war. Die meist jungen Frauen und Männer wurden sowohl von Mitpatienten als auch von einigen Mitarbeitern nur mit Mühe akzeptiert.²⁸⁷

1978 entwickelte sich aus einer sozialpsychiatrischen Langzeitstation ein Angebot zur Entwöhnung suchtkranker Männer und Frauen im »Walter Schulte-Haus«.²⁸⁸ Maßgeblicher Initiator der Frauenstationen im Suchtbereich sowie der neuen Entwöhnungseinrichtung war der für diese Stationen zuständige Diplom-Psychologe.



Walter Schulte-Haus – benannt nach dem Ärztlichen Direktor der »Westfälischen Landesheilanstalt Gütersloh« (1954–60)

Die Einführung einer für alle Suchtkranken gedachten stationären Behandlung in einem Landeskrankenhaus hat in den 1970er-Jahren in der Gütersloher Klinik viel bewegt. So wurde das Pflegepersonal in die therapeutische Betreuung der Patienten einbezogen und durch regelmäßige, gemeinsame Weiterbildung vorbereitet und motiviert.²⁸⁹ Die Enthierarchisierung stieß allerdings vor allem bei den Pflegern auf der »Männerseite« der Suchtabteilung auf wenig Gegenliebe. Dort herrschte teilweise eine rigide Anstaltsmentalität, aus der heraus den Patienten und ihren Angehörigen oftmals entwertend und distanziert gegenüberzutreten wurde. Für die Therapeuten war es schwer, neue psycho- und soziotherapeutische Ansätze durchzusetzen.

287 vergl. 237) HOPPE, M.

288 vergl. 230) BUTHKE, R.

289 vergl. 90) MÜLLER, R.

Auch die Einbeziehung des Pflegepersonals in die Betreuung gelang auf der Männer-Suchtaufnahmestation nur selten²⁹⁰, wie auch die Vorbehalte gegenüber einer engeren Zusammenarbeit mit den ambulanten Stellen groß waren.

Die Zusammenarbeit der Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten sowie des Pflegepersonals auf der »Frauenseite« war fast ausnahmslos gut.²⁹¹ So wurden, nach anfänglichem Widerstand der pflegerischen Stationsleitung, die Nachtwachen in die Betreuung und den Erfahrungsaustausch einbezogen.²⁹² Gemeinsame Besprechungen und Supervisionen wurden regelmäßig abgehalten, eine Stellenrotation unter den psychologischen Mitarbeitern zwischen Akut- und RehaStationen sorgte bei dieser Berufsgruppe für »gerechte« Belastung.²⁹³

Erst Ende der 1970er-Jahre wagten die ersten Krankenschwestern, auf der »Männerseite« Dienst zu tun. Sie arbeiteten auch in den »Arbeitsgemeinschaften Sucht« des Gütersloher Einzugsgebietes mit.²⁹⁴ Impulse für Betreuungen am Heimatort der Patienten (Außensprechstunden in Löhne und Herford) wurden gegeben, die Einbeziehung von Angehörigen und die Pflege von Kontakten zu Rehabilitationseinrichtungen (»Sternhof«) wurden selbstverständlicher.

Zur Milieuverbesserung in der Klinik trug bei, dass seit 1979 nach und nach die Türen der bis dahin geschlossenen Aufnahmestationen geöffnet wurden. Psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche sowie Informationsgruppen zur Aufklärung und zum Erfahrungsaustausch über die Alkoholerkrankung trugen zu einer deutlich verbesserten Qualität der Entzugsbehandlung bei und wurden von den regionalen Suchtberatungsstellen und den Abstinenzgruppen honoriert. Auch führte, anders als in den Allgemein-Krankenhäusern, der weitgehende Verzicht auf beruhigende Medikamente während des Entzugs und die stattdessen verstärkte persönliche Betreuung der Patienten in dieser schwierigen Phase zur Steigerung der Aufnahmen im Suchtbereich.

Durch die engere Zusammenarbeit mit den Suchtberatungsstellen sowie den Abstinenzgruppen vertiefte sich, nach den Anfängen in den 1970er-Jahren, die »gemeindenahе Suchtkrankenbehandlung«. Während die Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen bis zu Beginn der 1980er-Jahre fast ausnahmslos in gemeinde-

290 vergl. 236) NUSSBAUM, H.

291 vergl. 233) ELPERS, R.

292 vergl. 235) STIMPFE, H.

293 vergl. 238) WELTER, Th.

294 Zum Pflichtversorgungsgebiet des Landeskrankenhauses Gütersloh gehörten die Kreise Gütersloh, Herford, Lippe und bis Anfang der 1980er-Jahre Teile der Stadt Bielefeld.

Konzept einer gemeindenahen Suchtkrankenbehandlung
im Kreise Gütersloh (nach der Sitzung vom 2. 7. 81)

Eine Arbeitsgruppe der "Arbeitsgemeinschaft Sucht" in Gütersloh hat im ersten Halbjahr 1981 ein Konzept zur gemeindenahen Versorgung von Suchtkranken im Raume Gütersloh erstellt. Die Vertreter der ortsansässigen Beratungsstellen für Suchtkranke und gefährdete, der Selbsthilfegruppen sowie Mitarbeiter des Suchtbereiches des Landeskrankenhauses gehen davon aus, daß die zunehmende Zahl der Suchtkranken den Ausbau und die Ergänzung der bereits vorhandenen Facheinrichtungen verlangt. Im Rahmen des gemeindenahen Angebotes verbleibt der Suchtkranke in seinem normalen Umfeld, wird mit den hierbei auftretenden Spannungen, Problemen, Konflikten konfrontiert und ihm eine bessere Wiedereingliederung ermöglicht. Die Schwerpunkte dieser Form von Behandlung der Abhängigkeit liegen dabei mehr als bisher bei der ambulanten Betreuung. Die stationäre Behandlung ist nur ein Glied in der Behandlungskette, wobei die Länge der Behandlung auf den konkreten Einzelfall ausgerichtet ist.

Der erste Kontakt geschieht wie bisher über eine örtliche Beratungsstelle für Suchtkranke und - gefährdete bzw. eine der örtlichen Selbsthilfegruppen. Dort wird geklärt, ob eine Entwöhnungsbehandlung in Frage kommt. Die in den meisten Fällen vorausgehende Entgiftungsbehandlung findet entweder im Landeskrankenhaus oder im Allgemeinkrankenhaus statt. Ist eine stationäre Entwöhnungsbehandlung sinnvoll, so ist ein Erstgespräch zwischen den Betroffenen, seinen Angehörigen, dem zuständigen Betreuer der Beratungsstellen bzw. der Selbsthilfegruppen sowie Mitarbeitern des Walter-Schulte-Hauses (als stationäre Einrichtung für Entwöhnungsbehandlung) zu vereinbaren. In diesem Gespräch wird abgeklärt, zu welcher Zeit und in welchem Rahmen der stationäre Teil der Entwöhnungsbehandlung durchgeführt werden soll. Diesem geht eine ambulante Vorbereitungsphase voraus, während der Klient/Patient regelmäßig an einer Kurvorbereitungsgruppe der Beratungsstelle teilnimmt und in Kontakt zu einer örtlichen Selbsthilfegruppe tritt.

Außerdem wird in dieser Zeit die Kostenfrage der stationären Entwöhnung abgeklärt. Am Ende der Vorbereitungszeit findet dann ein Aufnahmegespräch mit den Beteiligten wie im oben angegebenen Erstgespräch statt. Es schließt sich eine 3- bis 6-monatige Entwöhnungsbehandlung im Walter-Schulte-Haus an. Das therapeutische Programm umfaßt 3 Phasen: Orientierungsphase, Vertiefungsphase sowie Entlassungsphase. Auch während der stationären Behandlung wird von Anfang an großer Wert auf Kontakt und Zusammenarbeit sowohl mit den jeweiligen Angehörigen als auch mit den Betreuern der Beratungsstellen bzw. der Selbsthilfegruppen gelegt. Dies kommt im Programm dadurch zum Ausdruck, daß eine 14-tägige fortlaufende und offene Angehörigengruppe angeboten wird. Darüber hinaus werden ergänzende Gespräche mit einzelnen Angehörigen geführt. Alle 14 Tage ist ein Nachmittag für Gespräche mit Betreuern der Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen vorbehalten.

Die ambulante Nachsorgephase schließt sich dem stationären Teil der Entwöhnungsbehandlung an. Während dieser Zeit besucht der Klient die ihm bereits bekannte und vertraute örtliche Selbsthilfegruppe und hält auch weiterhin, wenn notwendig und sinnvoll, Kontakt zur betreuenden Beratungsstelle.

Gemeinsames Konzept der Selbsthilfegruppen, der Suchtberatungsstellen
und des Suchtbereiches des Landeskrankenhauses im Kreis Gütersloh -
»Gemeindenaher Suchtkrankenbehandlung« (1981)

ferne Entwöhnungseinrichtungen vermittelt hatten, richteten sich die Psychologen, Sozialarbeiter und auch Ärzte in der Gütersloher Klinik stärker psychotherapeutisch aus und empfanden Kontakte mit den betreuenden ambulanten Stellen eher als störend.²⁹⁵ Trotz des regelmäßigen Erfahrungsaustausches in der »Arbeitsgemeinschaft Sucht« des Kreises Gütersloh war das gegenseitige Misstrauen ausgeprägt. Erst die Arbeit an dem gemeinsamen Konzept »Gemeindenaher Suchtkrankenbehandlung« und gegenseitige Hospitationen auf den Stationen der Klinik und in den Beratungsstellen verbesserten das Klima und die Zusammenarbeit deutlich. Aber auch klinikintern hatte sich die Bereitschaft, mit Suchtkranken zu arbeiten, sowohl beim Pflegepersonal als auch bei den Ärzten verbessert.

Da sich in den 1970er-Jahren die Klientel auf den beiden Entwöhnungsstationen aus der Männer- und der Frauenaufnahmestation rekrutierte, wurde das Prinzip der Durchbetreuung entwickelt: Der auf der Aufnahmestation zuständige Betreuer war ebenso auf der weiterführenden Station für den Patienten verantwortlich. Die beiden diesbezüglichen Entwöhnungsstationen unterschieden sich unter anderem darin, dass auf der einen eine zeitlich mittelfristige (vier bis acht Wochen), auf der anderen Station eine längerfristige, vier- bis in Einzelfällen zwölfmonatige Behandlung stattfand.

Ende 1981 wurde in Gütersloh die Station für mittelfristige Behandlungen geschlossen, die verbliebene für längerfristige Entwöhnungen (Walter Schulte-Haus) jedoch wurde zum Zentrum der gemeindenahen, stationären Rehabilitationsbehandlung und vom zuständigen Kostenträger (Westfälische Arbeitsgemeinschaft in Münster – ein Zusammenschluss der zuständigen Krankenkassen und Rentenversicherungsträger im Suchtkrankenbereich²⁹⁶) anerkannt.

Hatten Mitarbeiter der wenigen, bis dahin in Deutschland gemeindenah arbeitenden stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe aus Bremen, Hannover und Langenberg auf der Gütersloher Fortbildungswoche 1980 von ihren ersten Erfahrungen berichtet, so hatte sich diese schon vor Jahrzehnten bewährte und durch die Zeit des Nationalsozialismus und die tiefe Zäsur des 2. Weltkriegs

295 vergl. 227) SNETHLAGE, R., 236) NUSSBAUM, H. u. 238) WELTER, Th.

296 vergl. 110) LAPPE, R.-B., in »25 Jahre Westfälische Arbeitsgemeinschaft ...«, S. 7 ff. Die Westfälische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in Münster unterstützte auch die Einführung individuell unterschiedlicher Therapiezeiten. Nach Auskunft des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in München (H. Bühringer) Anfang der 1980er-Jahre eine Ausnahme in der Bundesrepublik (vergl. auch 113) WITT, H., S. 164). Ebenso konnten in Einzelfällen tagesklinische Behandlungen durchgeführt werden. Obwohl vielfach gefordert, scheiterten tagesklinische Behandlungen für Suchtkranke an der ungeklärten Kostenübernahme.

ges vernachlässigte, wohnortnahe Versorgung suchtkranker Menschen bis Ende der 1980er-Jahre auch in Westfalen durchgesetzt.

Zur selben Zeit waren die Mitarbeiter auf der Station für mehrfachgeschädigte, alkoholranke Männer und Frauen bemüht, das therapeutische und tagesstrukturierende Angebot zu verbessern. Auf Rückfälle wurde flexibel reagiert, das Abstinenzgebot relativiert. Auch der gängige Begriff »chronisch«, einen therapeutischen Nihilismus provozierend, wurde vermieden und durch »mehrfach geschädigt« ersetzt.²⁹⁷ Schließlich setzten sich die Mitarbeiter offensiv gegenüber den Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen, aber auch im eigenen Suchtbereich für die oft ins Abseits geratenen Kranken ein. Die Aktivitäten des »Vereins für Rehabilitation« wurden ergänzt durch die Anmietung von Wohnungen in der Stadt Gütersloh. Einzelne oder auch mehrere Patienten wurden von den Mitarbeitern der vertrauten Station weiterbetreut.²⁹⁸

Eine noch kaum in ihren Bedürfnissen wahrgenommene Patientengruppe waren bis Mitte der 1980er-Jahre die Männer und Frauen mit einer »Doppeldiagnose« (Komorbidität). Je nach der im Vordergrund stehenden sucht- oder psychosetypischen Symptomatik wurden diese Kranken auf einer psychiatrischen oder Suchtstation meist einseitig und damit unzureichend behandelt. So entwickelten sich diese »undankbaren« Patienten häufig zu Langzeitkranken und Grenzgängern zwischen den psychiatrischen Welten, den meisten Mitarbeitern der Klinik gut bekannt und ähnlich unbeliebt wie die Drogenabhängigen.²⁹⁹

297 vergl. 107) Fachtagung »Chronisch Abhängigkeitskranke ...«

298 vergl. 226) GARTHE, O.

299 Ende der 1980er-Jahre »entdeckte« man die Kranken mit »Doppeldiagnose« bundesweit und entwickelte therapeutische Konzepte, mit denen man auf speziellen »Sucht- und Psychose-Stationen«, ähnlich wie für die Drogenabhängigen, innerhalb kurzer Zeit, so auch in der Fredeburger Klinik, gute Erfahrungen machte. Vergl. 100) SCHWOON, D.R. et al., Psychose und Sucht

Ungeliebte Kinder

Die Therapeutischen Wohngruppen für Drogenabhängige »Casum« im Kreis Gütersloh und die »Holthäuser Mühle« im Hochsauerlandkreis

Als sozialtherapeutisches Angebot für Drogenabhängige entstand 1974 in Borgholzhausen-Casum (Kreis Gütersloh) eine Wohngruppe.³⁰⁰ Träger war der »Ver-
ein für Drogenberatung« in Bielefeld, der kurz zuvor eine »Beratungsstelle für
Drogenabhängige« eröffnet hatte. Psychologen, Sozialarbeiter und Werktherapeu-
ten waren die treibenden Kräfte. Auf hauptamtlich tätige Ärzte wurde bis Mitte
der 1980er-Jahre verzichtet. Die Vorbehalte und Vorurteile in der »Szene« gegen-
über der medizinischen Behandlung von Drogenabhängigen waren ausgeprägt
und hielten sich lange. Die wichtigsten Impulse kamen aus der erlebnis-pädago-
gischen Jugendhilfe, die eine tragende Rolle bei der Auflösung der Jugendheime
gespielt hatte. So hielt man in Casum Tiere, betrieb eine Töpferei, veranstaltete
mehrtägige Wanderungen und Segelausflüge.

Die innere Struktur des Hauses stand in der »Heimvater«-Tradition. Grup-
pentherapien stand man zunächst misstrauisch gegenüber, befürchtete Mani-
pulation. Erst in den 1980er-Jahren wurden psychotherapeutische Interventio-
nen nach und nach akzeptiert. Viele Mitarbeiter waren zu diesem Zeitpunkt
erschöpft und »ausgebrannt«, brauchten ihrerseits mehr Unterstützung und Dis-
tanz. Allerdings taten sie sich schwer, Hilfe durch Supervision sowie Fort- und
Weiterbildung in Anspruch zu nehmen.³⁰¹

Inzwischen wurde Drogenabhängigkeit sowohl von den Professionellen als
auch den Leistungsträgern als Krankheit akzeptiert und damit die Kosten nicht
mehr überwiegend von der Sozialhilfe, sondern den Krankenkassen und Ren-
tenversicherungen getragen. Die Mitarbeiter der Drogenhilfeeinrichtungen hat-
ten sich, da sie nicht Teil des medizinischen Versorgungssystems sein wollten,
jahrelang gegen diese Entwicklung gewehrt, sie aber letztlich nicht aufhalten

300 Weitere sozialtherapeutische Wohngemeinschaften für Drogenabhängige, die in den 1970er-
Jahre in Westfalen entstanden, waren die »Beusinger Mühle« bei Soest, das »Haus Unter-
berg« der Caritas in Neubeckum sowie die Wohngemeinschaft »Quellwasser« bei Hagen.
Anfang der 1980er-Jahre eröffnete die mehr psychotherapeutisch ausgerichtete »Klinik Al-
pha« bei Paderborn.

301 vergl. 239) KOSTER, D.



Therapeutische Wohngruppe für Drogenabhängige in Borgholzhausen-Casum

können. Auch die ablehnende Haltung gegenüber psychiatrischen Einrichtungen und Ärzten wich der Bereitschaft zu mehr Kooperation, etwa mit dem Suchtbereich des Landeskrankenhauses Gütersloh und der neu aufgebauten Suchtabteilung der Psychiatrischen Klinik in Bielefeld-Bethel. Eine vorsichtige Öffnung für Drogenabhängige, die in Westfalen beheimatet waren, setzte Mitte der 1980er-Jahre ein. Sowohl die regionalen Drogenberatungsstellen als auch die stationären Einrichtungen der Drogenhilfe in Westfalen hatten sich traditionell »gemeindefern« orientiert, um den Kontakt zwischen den Abhängigen und ihrem sozialen Umfeld zu unterbinden. Dieses wurde nun verstärkt angesprochen und in die Behandlung durch Angehörigenseminare und -gruppen eingebunden.

Anfang der 1980er-Jahre nahm das öffentliche Interesse am »Drogenproblem« deutlich zu. Die Verschärfung des Betäubungsmittelgesetzes und die damit verbundene Kriminalisierung Drogenabhängiger auch schon bei Besitz und Konsum geringfügiger Mengen »weicher« Drogen (darunter verstand man vor allem Haschisch und Marihuana) hatte erhebliche Auswirkungen auf die Arbeit der ambulanten und stationären Drogenhilfe. Die Möglichkeit, statt der Verbüßung der verhängten Strafe in einer Vollzugsanstalt, sich einer stationären Therapie zu unterziehen (»Therapie statt Strafe«), führte zu einer Zunahme der Nachfrage von Behandlungsplätzen.

Mit Landesmitteln konnte Anfang der 1980er-Jahre für die Therapeutische Wohngruppe in Borgholzhausen-Casum ein großes, in der Nachbarschaft gelegenes landwirtschaftliches Anwesen erworben und ausgebaut werden. Die Zahl der Therapieplätze – und parallel die der Mitarbeiter – stieg von acht auf zunächst 20. Das Milieu wurde zunehmend von den Abhängigen bestimmt, die sich nicht

deshalb um Aufnahme bemüht hatten, weil sie therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, sondern weil sie dem Strafvollzug entgehen wollten. Dies erschwerte die Arbeit und belastete die Mitarbeiter und therapiemotivierten Abhängigen oftmals über ihre Grenzen hinaus. Die Folgen waren vermehrte Behandlungsabbrüche und eine erhöhte Fluktuation unter den Professionellen.

Die Frage nach dem längerfristigen Erfolg der neun- bis zwölfmonatigen Therapie beantworteten erste Untersuchungen Mitte der 1980er-Jahre. Sie kamen zu überraschend günstigen Ergebnissen, die mit denen bei der Behandlung Alkoholkranker vergleichbar waren. Spätere Katamnesen korrigierten den Erfolg, je nach Setting und Definition der Kriterien, bei Drogentherapien auf 30 %.³⁰²

Etwa 25 Jahre nach Einrichtung der ersten sozialtherapeutischen Einrichtungen für Drogenabhängige wurde im Hochsauerlandkreis in gleicher Trägerschaft wie die »Fachklinik Fredeburg« und in enger Kooperation mit dieser 1989 die »Klinik Holthausen Mühle«, bestehend aus vier Therapiehäusern und einem Gemeinschaftshaus, rund um einen Dorfteich gelegen, Werkstätten, einer Scheune für Freizeitaktivitäten sowie einem Sportfeld eröffnet. Die Akzeptanz der in unmittelbarer Nähe wohnenden Bewohner des Ortes wurde schließlich nach wiederholten Auseinandersetzungen, Gesprächen und Rückschlägen erreicht.



Therapiedorf »Holthausen Mühle«

302 pers. Mitteilung Reuter-Markowsky, Schmallenberg-Holthausen 2002

Die Verbindung der bis dahin bewährten sozialtherapeutischen Gemeinschaft mit psychotherapeutischen Angeboten sollte zu mehr Einsicht in den Zusammenhang zwischen der individuellen Lebensgeschichte und der eigenen Suchtentwicklung führen. Auch die intensive Zusammenarbeit zwischen der neuen Einrichtung und der Psychosozialen Behandlungs- und Beratungsstelle in Brilon im Rahmen eines Kooperationsmodells diene diesem Ziel. So genannte »niedrigschwellige Angebote« sollten eine Stigmatisierung u. a. bei Rückfällen während der ambulanten bzw. stationären Therapie vermeiden. Dies erschien vor allem angesichts der Zunahme jugendlicher Drogenkonsumenten erforderlich, die verstärkte pädagogische und sozialarbeiterische Arbeit unter aufsuchenden Aspekten initiierten, während bei den älteren Abhängigen die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die soziale sowie die berufliche Integration vorrangiges Rehabilitationsziel waren.³⁰³

Die Zunahme mitbehandlungsbedürftiger somatischer und psychiatrischer Erkrankungen erforderte eine enge Kooperation mit der benachbarten Fredenburger Fachklinik. Insbesondere die Behandlung Drogenabhängiger mit psychotischen Erkrankungen (Komorbidität), die oftmals in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe kein adäquates Angebot vorfinden, werden in der »Holthäuser Mühle« u. a. unter Hinzuziehung eines Psychiaters individuell behandelt, ohne deshalb einer besonderen Gruppe anzugehören.³⁰⁴

303 vergl. »Die Kindheit – ein Nutzen für die Therapie«, 10 Jahre Holthäuser Mühle, 1999, S. 9, 96 ff.

304 a. a. O., S. 99 ff.

So viel ambulant wie möglich

Die Suchtberatungsstellen im Kreis Gütersloh

Ein erstes Beratungsangebot für Suchtkranke im Kreis Gütersloh³⁰⁵ wurde 1969 von der Caritas gemacht. Ein Sozialarbeiter stand überwiegend Alkoholkranken und ihren Angehörigen zur Verfügung.³⁰⁶ Da die Bevölkerung des Gütersloher »Südkreises« (Rietberg, Neuenkirchen und Verl) überwiegend der katholischen Kirche angehört, unterstützte die Caritas die Gründung und Arbeit der katholischen Kreuzbund-Gruppen. Zudem suchte die Caritas-Beratungsstelle Kontakt zu den Hausärzten, veranlasste zusammen mit ihnen, Entgiftungsbehandlungen in örtlichen Krankenhäusern durchzuführen und sorgte für die notwendige psychosoziale Betreuung der Klienten.

Auch wenn es noch keine festen Sprechstunden in den Krankenhäusern gab, so waren die Besuchskontakte und Krisengespräche vor Ort recht rege. Neben den Verbindungen zu den etablierten Heilstätten, wurden Kontakte zu einigen der neu entstandenen psychosomatischen Kliniken mit Schwerpunkt »Suchtkrankenbehandlung« geknüpft.

Durch eine individuell differenzierte Diagnostik sollte die jeweils »passende« Einrichtung ausgewählt werden. Die Vermittlung der Suchtkranken in wohnortferne Heilstätten bzw. Kliniken entsprach der in den 1970er-Jahren gängigen Praxis. So nahm auch die ortsnahe Landesheilstätte (die spätere »Bernhard Salzmann-Klinik«) vor allem Patienten aus nichtwestfälischen Regionen auf.

Das Landeskrankenhaus hingegen wurde als geschlossene Anstalt erlebt, mit der die Zusammenarbeit schwierig war: Die Aufnahme von Patienten über die Beratungsstellen war zwar von der Suchtabteilung durchaus erwünscht, jedoch nicht die weitere Mitarbeit der Beratungsstellen während der stationären Behandlung. Auch die prinzipiell von den Beratungsstellen akzeptierte »Therapeutische Gemeinschaft« auf einigen Stationen stellte sich von außen gesehen eher als geschlossenes System dar, das Einblick verwehrte. Das gegenseitige

305 Auch hier soll der Kreis Gütersloh stellvertretend für andere westfälische Regionen die weitgehend ähnlichen Entwicklungen verdeutlichen.

306 vergl. 228) BORCHERT, U.

Beratungsstelle der Caritas wieder besetzt:**Suchtkranken kann jetzt gezielt geholfen werden** *NW*
8.1.77

Gütersloh. Die älteste Suchtberatungsstelle im Kreisgebiet, die psychosoziale Beratungsstelle der Caritas, ist seit dem 3. Januar wieder ganzwöchig besetzt. 1969 wurde die Stelle, die sich der Beratung, der Therapie und Betreuung von Alkohol-, Drogen- und Tablettenabhängigen annimmt, vom Caritasverband gegründet und entwickelte sich unter der Regie von H. Hickstein rasch zu einem bekannten Anlaufort für Hilfesuchende.

Ab 1972 konnte die Stelle leider nur nebenamtlich besetzt werden, so daß sich die Sprechzeiten auf zwei Tage in der Woche reduzierten. Seit dem Be-

ginn des neuen Jahres tut H. Borchert, Sozialarbeiter von Beruf, hauptamtlich Dienst in der Beratungsstelle. Die neuen Sprechstundenzeiten in der Friedhofstraße 11 in Gütersloh sind montags von 14.30 bis 18.30 Uhr und donnerstags von 9 bis 13 Uhr sowie nach Vereinbarung, Tel. (0 52 41) 2 00 19.

Schwerpunkt der Arbeit liegt in der Vorbereitung stationärer Maßnahmen und bei einer gesprächstherapeutisch geführten ambulanten Begleitung, wobei eine enge Zusammenarbeit mit den im Kreise wirkenden Abstinenzlergruppen angestrebt wird.

Bericht über die Arbeit der »Caritas«-Beratungsstelle in Gütersloh (1977)

Misstrauen konnte erst Anfang der 1980er-Jahre durch das gemeinsame Projekt »Gemeindenähe Suchtkrankenbehandlung« überwunden werden.

In der Gestaltung ihrer Arbeit waren die Mitarbeiter der Caritas-Beratungsstelle weitgehend autonom. Grundsätzlich gab es keine konfessionellen Einschränkungen in der Akzeptanz der Rat Suchenden. Das Angebot zielte in erster Linie auf motivierte und motivierbare Abhängige. Bei ihnen durchgeführte Haus- und Klinikbesuche (»Geh-Struktur«) sollten die Eigeninitiative fördern (»Komm-Struktur«). Mehrfach geschädigte Suchtkranke, die kaum für eine klassische Entwöhnungsbehandlung in Frage kamen, gehörten nur in wenigen Fällen zur Klientel. Überwiegend kamen die Rat Suchenden aus dem ländlich-bäuerlichen Bereich sowie dem Mittelstand (Kleingewerbe, Einzel- und Großhandel). Aber auch Lehrer, Manager sowie Unternehmer fanden den Weg in die Suchtberatungsstelle der Caritas.

Gemäß dem Subsidiaritätsprinzip hatte der Kreis Gütersloh die Arbeit der Caritas-Beratungsstelle unterstützt und sich erst Mitte der 1970er-Jahre entschlossen, gesundheitspolitisch aktiv zu werden und eine eigene Suchtberatungsstelle am Kreisgesundheitsamt zu eröffnen. Die Zusammenarbeit mit dem Landeskrankenhaus verlief von Anfang an enger, da die zu versorgende Klientel weitgehend dem gleichen sozialen Hintergrund angehörte. Beratungsstelle und Klinik betreuten nicht selten dieselben Suchtkranken. Abhängige, die für eine Entwöhnungsbehandlung in Frage kamen, wurden jedoch, ebenso wie durch

Neue Beratungsstelle auf Kreisebene hilft den Alkohol-Kranken jetzt zentral

Eine bisher einmalige Institution in Ostwestfalen — Der Fall des Wilhelm A.

Gütersloh. Im Herbst 1974 entschloß sich ein Ehepaar aus Gütersloh nach 14jähriger Ehe zu einem neuen gemeinsamen Leben. Er, kaufmännischer Angestellter in leitender Position, war restlos dem Alkohol verfallen. Sie hatte ihn vor die Wahl gestellt: Scheidung oder Heilung. Der 47jährige Wilhelm A. hatte zufällig von einer ganz neuen Einrichtung für Suchtkranke gehört: der „Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle des Kreises Gütersloh“. Das Ehepaar führte mit dem Leiter der Beratungsstelle, dem Lipstädter Nervenfacharzt Kreismedizinalklinikdirektor Dr. Bruno Schulze-Aussel, ein ausführliches Gespräch. Ergebnis: In diesen Tagen kehrte Wilhelm A. völlig geheilt von einem Kuraufenthalt zurück. Mit Freudentränen in den Augen schloß Hildegard A. ihren Mann in die Arme...

„Wenn ich meinen Mann früher auf seine Trunksucht ansprach“, schildert Hildegard A. heute freimütig, „dann wurde er entweder wütend oder beschämt.“ Seine Reaktion: Er trank sich einen, aus Trotz und „Mannesstolz“. Dr. Schulze-Aussel: „Herr A. war in nüchternem Zustand voller Hemmungen, die ihn beruflich behinderten. Er zählte zur Gruppe der sog. Befreiungstrinker...“ In der Beratungsstelle im Kreisgesundheitsamt bedurfte es eines längeren Gespräches, bis Wilhelm A.

überzeugt war: „Ich werde mir helfen lassen.“

Die Kreisverwaltung führt schon seit Jahren Suchtkrankenberatungen in den Gemeinden durch. Doch jetzt wurde eine Intensiv-Fachgruppe gebildet, die das Suchtkrankenproblem zentral bekämpfen will. Was im letzten Jahr noch auf Versuchsbasis lief, ist seit Beginn 1975 offiziell: Dr. Schulze-Aussel und sein Team, die Sozialarbeiter Klara Oberem, Eckhard Scharner und Klaus Aron, stehen im Kreisgesundheitsamt in Rheda-

Wiedenbrück jedem Hilfesuchenden zentral zur Verfügung.

Das „vierblättrige Kleeblatt“, so Oberkreisdirektor Dr. Werner Stürzenhecker, unterhält mit 21 Sozialarbeiterinnen der Familienhilfe, die im Kreis unterwegs sind, ständige Kontakte. Darüber hinaus können sich Suchtkranke oder deren Angehörige entweder an ein Sozialteam in ihrer Gemeinde oder in dringenden Fällen direkt an die Beratungsstelle (Klara Oberem, Telefon 65242-13847) wenden. Der OKD: „Wir führen keine Pflichtuntersuchungen durch, sondern wir bieten Hilfe zur Selbsthilfe an. Wer zu uns kommt, kommt in freiwilliger Arbeit.“

Landrat Paul Lakämper: „Alkohol ist eine echte Krankheit, welche nicht nur das Leben des Betroffenen sondern auch das seiner Familie zerstört. Unsere Beratungsstelle arbeitet völlig unbürokratisch. Wir wollen den Suchtkranken von unserer Angebotshilfe überzeugen. Entscheiden muß er selbst.“

Im Kreis Gütersloh leben 900 Alkohol-Suchtkranke

Nach Schätzungen der Kreisverwaltung leben im Kreis Gütersloh neben 1100 erfaßten psychisch Kranken und etwa 80 Drogenabhängigen etwa 900 Suchtkranke mit dem „Problem Alkohol“. Ihnen gilt in erster Linie die Hilfe der Beratungsstelle, die neben den bereits bestehenden Einrichtungen (Suchtkrankenberatungsstelle des Landeskrankenhauses Gütersloh, Verein für Drogenberatung Gütersloh und Suchtkrankenberatung

der Caritas Gütersloh) von allen Bürgern in Anspruch genommen werden kann.

Dr. Schulze-Aussel: „Wir stellen mit dem Kranken gemeinsam einen Heilplan auf. Er muß eine Freiwilligkeitserklärung unterschreiben. In einem ärztlichen Gutachten wird festgehalten, ob seine Trunksucht bereits das Arbeitsverhältnis oder seine Arbeitsfähigkeit bedroht. Auch über die Kostenfrage wird gemeinsam ent-

schieden. Danach wird über die „Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation“ der LVA Münster ein Platz in einer Klinik besorgt. Und daran schließt sich eine Heilkur an.“

Auf einer fachinternistischen Station wurde Wilhelm A. entgiftet. Ihm drohte eine Delirium-Krise. Danach folgte eine spontane Besserung. Der Gütersloher wurde sechs Monate lang einer Entziehungskur unterzogen. Die Hauptlast der Kosten dieser Kur übernahm seine Krankenkasse. Schulze-Aussel: „Unsere Fachgruppe wird von sämtlichen RVO-Kassen und einem Teil der Ersatzkassen unterstützt.“

Die Einrichtung der Beratungsstelle kostet den Kreis jährlich rund 150 000 Mark. Mit ihr wurde eine in Ostwestfalen-Lippe bisher einmalige Institution geschaffen. Im Fall Wilhelm A. bildete der Heilprozeß die therapeutische Basis für einen neuen Lebensweg. Der Gütersloher schloß sich einer Abstinenzler-Gruppe an, von denen es im Kreis Gütersloh mehrere gibt. Seine Frau erklärte glücklich: „Er ist jetzt seelisch verändert und einsichtig geworden. Ich fühle mich wieder wie in den Flitterwochen.“

Eröffnung der Suchtberatungsstelle des Kreises Gütersloh (1975)

die Caritas-Beratungsstelle, in weit entfernte Kliniken vermittelt. Ansätze einer gemeindenahen Behandlung im Sinne einer zeitlich verlängerten Entgiftungsbehandlung ortsansässiger Patienten wurden mit der dafür eingerichteten Station des Landeskrankenhauses realisiert.

Inhaltlich war der erste Mitarbeiter der Suchtberatungsstelle des Gesundheitsamtes kaum auf die neue Aufgabe vorbereitet; Weiterbildungsmöglichkeiten waren rar. Je nach Temperament beriet oder vermittelte der eine Sozialarbeiter auf mehr brachiale, der andere auf betulich-verständnisvolle Art in die notwendigen oder gewünschten Behandlungen.³⁰⁷ Die zunehmende Belastung der Sozialarbeiter durch das Begleiten der Patienten zu den oft weit entfernt liegenden Kliniken und die unzureichende Einbeziehung der Familien in die Therapie führten schließlich zu einer Umorientierung.

Auch wenn erhebliche Vorbehalte gegenüber dem LKH Gütersloh bestanden, waren schließlich die Beratungsstellen zu einer intensiveren Zusammenarbeit bereit. Hinzu kam, dass immer mehr Selbsthilfegruppen der verschiedenen Organisationen (Blaues Kreuz, Kreuzbund, Guttempler und Freundeskreise) personell in der Lage waren, regelmäßige Besuche und Informationsgruppen auf den Stationen der Suchtabteilung anzubieten. Die Umorientierung zu mehr Gemeindennähe und damit zur Öffnung der klinischen Arbeit nach außen gab der Kooperation zwischen Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und dem Suchtkrankenbereich des Landeskrankenhauses mehr Möglichkeiten zu gemeinsamer Arbeit.

Zusammen wurden Nachbetreuungsgruppen organisiert und Angebote zur Beratung und Behandlung von Angehörigen gemacht. Darüber hinaus setzte die Zunahme von Paar- und Familientherapien während der stationären Behandlung eine gemeindenahe Behandlung auf die Tagesordnung. Und schließlich bevorzugten die Beratungsstellen eine zeitliche Trennung von Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung, um durch den Besuch von »Kurvorbereitungsgruppen« vor Beginn der stationären Langzeittherapie den Erfolg der kostenintensiven Maßnahmen zu erhöhen. Auch die regelmäßige Einbeziehung der Angehörigen durch Einzel- und Gruppengespräche wurde nach und nach zur Selbstverständlichkeit. In dieser frühen Phase wurden die Suchtkranken an eine örtliche Selbsthilfegruppe ihrer Wahl mit der Zielsetzung vermittelt, einen tragfähigen, beiderseitigen Kontakt schon vor der Aufnahme der Entwöhnungsbehandlung sicherzustellen (»ganzheitliche Behandlung«). Ebenso pflegten die

307 Bevor die Suchtberatungsstellen diese, ihnen von den Kostenträgern zugewiesene Aufgabe übernahmen, waren die Abstinenzgruppen für diese Arbeit zuständig. Sie hatten meist die Kliniken bevorzugt, in denen die Gruppenleiter Hilfe gefunden hatten. Vergl. 229) SCHARNER

Suchtberatungsstellen der Gesundheitsämter in Bielefeld und des Kreises Lippe sowie des Diakonischen Werkes im Kreis Herford eine enge Zusammenarbeit mit dem für sie zuständigen Suchtkrankenbereich des Landeskrankenhauses Gütersloh.³⁰⁸ Gemeinsames Anliegen war u. a. die Verbesserung der Versorgung mehrfach geschädigter Suchtkranker.³⁰⁹

Ein weiterer Schwerpunkt der Beratungstätigkeit bildete ab Anfang der 1970er-Jahre die Betreuung Drogenabhängiger. Zwischen den zumeist jungen Menschen, die einen eigenen kulturellen Stil entwickelt hatten, kam es in enger Nachbarschaft zu Alkoholkranken schnell zu Schwierigkeiten, sodass man sich bemühte, eigene Langzeittherapieeinrichtungen sowie Beratungsstellen zu etablieren. Auf Initiative des Landeskrankenhauses, des Städtischen Jugendamtes sowie der Evangelischen Kirche begann 1971 die Beratungsarbeit im Kreis Gütersloh. Um sie auf eine breitere Basis zu stellen, wurde 1972 ein Verein gegründet. Nach Auseinandersetzungen mit dem Kreis über die Finanzierung entschied sich die Stadt Gütersloh zur Übernahme der alleinigen Verantwortung. Die »Jugend- und Drogenberatungsstelle« sollte nicht nur alkohol- und drogenabhängige Jugendliche ansprechen. Neben Gesprächs- und Beratungsangeboten sowie kreativen Aktivitäten wurde eine Wohngemeinschaft etabliert.³¹⁰

Die Zusammenarbeit mit der Männer-Suchtaufnahmestation des Landeskrankenhauses in Gütersloh als zunächst einziger Station für die Entzugsbehandlungen gestaltete sich schwierig. Die Fronten zwischen älteren Alkohol- und jüngeren Drogenabhängigen verhärteten sich immer wieder. Es wurden spezielle Angebote für die jüngeren Patienten entwickelt, ein Regelkatalog erstellt sowie Therapie-Vorbereitungsgruppen angeboten. Mit der Eröffnung der Frauen-Suchtaufnahmestation 1975 trat zunächst für weibliche Drogenabhängige eine gewisse Entspannung ein. Die jüngeren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren eher zur Betreuung der Drogenabhängigen bereit und in der Lage. Mit der gemischtgeschlechtlichen Belegung Mitte der 1980er-Jahre verbesserte sich die Versorgung auch für die männlichen Patienten.³¹¹

308 In den 1970er- und 1980er-Jahren war in ganz Westfalen ein dichtes Netz von Suchtberatungsstellen entstanden, die sowohl von den konfessionellen Verbänden (Caritas und Diakonie) als auch den Städten und Kreisen getragen wurden. Die Abstinenzgruppen hatten sich aus der hauptamtlichen Beratungsarbeit zurückgezogen. Drogenberatungsstellen wurden noch vereinzelt, wie etwa in Bielefeld, von Vereinen unterhalten.

309 vergl. 234) WRACHTRUP, I.

310 vergl. 240) SCHILDKNECHT, J.

311 1991 wurde mit »Selavie« eine Station ausschließlich für den »Qualifizierten Drogenentzug« eröffnet.

Gespräche und Therapieversuche mit gruppenspezifischen Prozessen

DROBS — Anlaufstelle für alle, *NW*
die von der Droge weg wollen *17.9.76*

Gütersloh (sa.). DROBS — wer dabei an Süßigkeiten denkt, ist gänzlich falsch beraten. Eingeweihte aber wissen, worum es sich handelt. Die Rede ist von der Drogenberatungsstelle in der Friedrich-Ebert-Straße 67. Etwa 200 Jugendliche fanden 1975 den Weg in den etwas zurückversetzten Flachbau zwischen Eichhofstraße und Kaiserstraße. Jürgen Schildknecht, der als Leiter der DROBS die Mehrzahl der Beratungsgespräche mit den Ratsuchenden durchführt, glaubt, daß die DROBS „in den entsprechenden Kreisen“ allein aufgrund der Mundpropaganda unter den Jugendlichen gut bekannt ist.

Immerhin ist die DROBS auch schon seit sechs Jahren aktiv — Zeit genug, um sich bei den Jugendlichen einen Ruf als vertrauenswürdige Stelle zu erwerben. Die Initiative zur Gründung des Trägervereins DROBS e. V. ging 1970 von Hans-Joachim Geißler, der auch heute noch 1. Vorsitzender des Vereins ist. Dr. Veltin, inzwischen Medizinaldirektor am Landeskrankenhaus in Monchengladbach, und vom Stadtjugendpfleger Heinz Haddenstedt aus. Zwar wurde die bald eingerichtete DROBS von vornherein aus Mitteln der Stadt finanziert, aber es wurde u. a. Vertrauen zu schaffen und die Angst vor einer vermeintlichen behördlichen Einrichtung zu vermeiden, wählte man ganz bewußt die Organisationsform einer freien Trägerschaft durch einen Verein, der aus öffentlichen Mitteln Zuschüsse erhält. „Die DROBS kann sinnvoller arbeiten, wenn sie optisch aus der Verwaltung ausgegliedert ist“, begründete H. - J. Schulze-Geißler dieses Vorgehen.

KEIN KONTAKTZENTRUM

Vertrauen wurde auch dadurch erreicht, daß die Beratungen zunächst anonym vorgenommen wurden. Wegen des starken Andranges kam man aber nicht nur nicht umhin, 1973 vom alten Domstil in der Königstraße in das größere Haus an der Friedrich-Ebert-Straße umzuziehen: man mußte auch eine Karte anlegen. Außerdem verzeichnete man wohlwollend darauf, das neue Haus als ein Kontaktzentrum einzurichten. Man wollte keinen Treffpunkt für weitgehend oberflächliche Kontakte schaffen, sondern einen Platz, an dem Gelegenheit zum intensiven Gespräch gegeben ist: Beratungsgespräche, Einzel- und Gruppengespräche, Arbeiten und Spiele in Gruppen, Versuche mit Hilfe gruppendynamischer Prozesse zur Selbstfindung zu gelangen, das sind die Arbeitsschwerpunkte der DROBS. Von den Jugendlichen, die dorthin kommen, wird also erwartet, daß sie bereit sind, mitzuarbeiten, etwas für die Lösung ihrer Probleme zu tun.

Wenn die Jugendlichen sich in die Beratungsstelle aufmachen, liegt meist ein konkreter Anlaß vor. Oft ist es so, daß die DROBS zur letzten Anlaufstelle wird, wenn dem jeweiligen Jugendlichen die Probleme über den Kopf zu wachsen drohen. Da ist eine Straftat begangen worden oder jemand steht auf einmal ohne Arbeit oder ohne Wohnung da; bei anderen wieder sind es familiäre Probleme oder es war sogar schon so weit, daß der Körper Warnsignale gab und anzeigte, daß es so nicht weiterging. Bei den meisten liegt ein ganz konkreter Leidensdruck vor, wonach sie sich entschließen, hierher zu kommen“, stellt Dr. Kurt Hedke, 2. Vorsitzender des DROBS e. V. fest.

EIGENMOTIVATION

Jürgen Schildknecht sieht die wichtigste Aufgabe der Beratungsstelle

darin, mit den Jugendlichen daran zu arbeiten, daß die durch äußeren Leidensdruck ausgelöste Fremdmotivation abgelöst wird von einer Eigenmotivation, nämlich der Erkenntnis des Klienten, selbst etwas für seine körperliche und geistige Gesundheit tun zu müssen.

Doch nicht alle Jugendlichen, die in die Beratungsstelle kommen, sind wirklich harte Fälle. Jürgen Schildknecht unterscheidet bei seinen „Klienten“ drei Gruppen:

- gefährdete Personen mit ausgeprägten Lebensproblemen, die vielleicht gelegentlich oder gar nicht Drogen konsumieren, aber wie die Jugendlichen aus der zweiten Gruppe.

- die regelmäßigen Konsumenten, die teilweise im Vorfeld der Drogenabhängigkeit stehen.

Für diese beiden Gruppen übernimmt die DROBS praktisch auch die Funktion einer Beratungsstelle für allgemeine Jugendprobleme. Bei diesen jungen Leuten versucht die DROBS eigenständig Beratung und Therapie zu leisten — durch Einzelgespräche und Arbeiten in der Gruppe (s. o.). Die dritte Gruppe besteht aus den:

- eigentlichen Drogenabhängigen.

LANGZEITBEHANDLUNG

Bei der Betreuung dieser Gruppe arbeitet DROBS eng mit den Ärzten und Psychologen des Landeskrankenhauses zusammen. Stellt sich in den Beratungsgesprächen heraus, daß der Klient bereit ist, an sich zu arbeiten, wird eine Langzeitbehandlung in die Wege geleitet. In weiteren Gesprächen muß der Drogenabhängige auf das vorbereitet werden, was auf ihn zukommt. Wenn er sich zur ersten Entgiftung ins Landeskrankenhaus be-

gibt, ist sein Handeln oft noch von äußerem Druck bestimmt, die Erkenntnis, etwas an sich selbst tun zu müssen, tritt — so Dr. Hedke — erst bei oder nach der Entgiftung ein.

Was die eigentliche Langzeitbehandlung anlangt, so arbeitet DROBS mehr und mehr mit der aus Amerika stammenden Daytop-Gesellschaft zusammen. Diese Gesellschaft unterhält in der Bundesrepublik acht Häuser, in denen Langzeitbehandlungen durchgeführt werden, vier Häuser für Alkohol- und Tablettenabhängige. DROBS besorgt Plätze in diesen Häusern, bringt die „Klienten“ nach ihrer Entgiftung selber dorthin, hält während der neun Monate dauernden Kur Kontakt mit ihnen und nimmt sie hinterher wieder in eine Nachbehandlungsgruppe auf.

BILANZ

Im ersten Halbjahr 1976 suchten etwa 110 Ratsuchende die Beratungsstelle auf. Jürgen Schildknecht: „Von diesen 110 kamen 30 bis 40 regelmäßig zur Gruppenbetreuung. Unter den 110 sind 30 Fixer (17 davon haben sich entschlossen, eine Langzeitbehandlung mitzumachen) und 15 Alkohol- und Tablettenabhängige. Außerdem gibt es eine etwa zehn Personen starke Entlassenengruppe. Ihnen wird da, wo es nötig ist, auch bei der Wohnungs- und Arbeitssuche geholfen. Die Restlichen der 110 sind weniger stark gefährdete Jugendliche sowie Eltern und Verwandte gefährdeter Jugendlicher. Zudem wurden in diesem Halbjahr zehn „Klienten“ bei Gerichtsverhandlungen, fünf werden noch in Haftanstalten betreut.“

ZUKUNFTSWUNSCH

Den beiden Vorsitzenden des DROBS e. V., Pfarrer Hans-Joachim Schulze-Geißler und Dr. Kurt Hedke, kommt es sehr darauf an, festzustellen, daß heute die allgemeine Tendenz zur gemeindenahen Psychiatrie, d. h. zur Einrichtung psychosozialer Dienste auf kommunaler Ebene geht. Die Prävention (vorbeugende Maßnahmen) und Nachsorge für psychisch Kranke seien mehr und mehr aus den Krankenhäusern auszulagern. In dieser Hinsicht habe die Stadt Gütersloh mit ihrer Unterstützung für die DROBS geradezu als Vorreiter gewirkt. Die beiden Vorsitzenden hegen denn auch sehr dankbare Gefühle gegenüber der Stadt und besonders gegenüber dem Jugendwohlfahrtsausschuß. Dank gilt auch den ehemaligen Leitern der DROBS, dem Sozialarbeiter Wilfried Ewers und dem Sozialpraktikanten Siegfried Serafin, die in den ersten Jahren wertvolle Aufbauarbeit geleistet haben. Für die Zukunft wünschen die Vorsitzenden der DROBS, daß dem jetzigen Leiter Jürgen Schildknecht bald eine zweite volle Kraft an die Seite gestellt wird. Zur Zeit wird er nämlich nur von drei Teilzeit-Mitarbeitern unterstützt, von zwei Honorarkräften, Studenten aus Bielefeld und einem nebenamtlichen Mitarbeiter, einem Diplom-Soziologen aus Bochum, der zweimal monatlich kommt und mit ihm die Behandlungskonzepte durcharbeitet — oder wie es auf Soziologisch heißt der Supervision macht.

Bericht über die Arbeit der Drogenberatungsstelle der Stadt Gütersloh (1976)

Die Vermittlung in eine Langzeittherapie war ein weiteres, zentrales Tätigkeitsfeld der »Jugend- und Drogenberatungsstelle«. Regional ferne Einrichtungen wurden auch hier bevorzugt. Nur in Ausnahmefällen wurde die Therapeutische Wohngruppe für Drogenabhängige in Borgholzhausen-Casum (Kreis Gütersloh) oder andere westfälische Therapieeinrichtungen in Anspruch genommen. Erst in den 1980er-Jahren vermittelten die Drogenberatungsstellen häufiger auch in westfälische, stationäre Langzeiteinrichtungen. Die Akzeptanz der Drogenabhängigen bei niedergelassenen Ärzten war meist ebenso schlecht wie bei Arbeitsämtern oder Betrieben, bei denen man sich um die Vermittlung einer Arbeitsstelle bemühte. Auch die seit 1974 bestehende »Arbeitsgemeinschaft Sucht des Kreises Gütersloh«, in der die Selbsthilfegruppen, die Suchtberatungsstellen und ortsansässigen Suchtfachkliniken und abteilungen eine aktive Rolle spielten, öffnete sich nur langsam den Problemen Drogenabhängiger und ihrer Betreuer.

Die Suchtberatungsstellen im Hochsauerland und der »Wendepunkt«

Wie in anderen westfälischen Landesteilen auch, entstand Anfang der 1970er-Jahre für das Hochsauerland eine Suchtberatungsstelle der Caritas in Brilon. Angeregt wurde diese nichtamtliche Einrichtung wesentlich durch das Entstehen einer Drogenszene und dem Bemühen, den überwiegend jungen Menschen und ihren Angehörigen, aber auch Ärzten, Lehrern und Ausbildern kompetente Hilfestellung zu bieten. Wie im Verwaltungsbericht des Kreises Brilon erwähnt, »schwoll die Drogenwelle weiter an, (...) 3 Todesfälle bei Jugendlichen wurden bis 1974 beobachtet, wobei eine Dunkelziffer angenommen werden muß«. ³¹² Der Bericht musste einräumen, dass »die Entwicklung der Drogensucht unter den Jugendlichen nicht wesentlich beeinflusst werden (konnte)«. Aber auch die vorgeschlagene Zusammenarbeit zwischen Polizei, Lehrerschaft, Jugendamt und Gesundheitsamt habe sich nicht realisieren lassen. Auch wenn die »nachwachsende Schülergeneration den Drogengenuß« (ablehne), habe jedoch »die Zahl der Fixer unter den früheren Haschischkonsumenten stark zugenommen«. ³¹³

Auf Grund der ausgedehnten geografischen Fläche, die von der Suchtberatungsstelle betreut werden musste, wurde Ende der 80er-Jahre eine Nebenstelle in Meschede eingerichtet. Neben zwei Vollzeitärzten wurden mehrere Teilzeitkräfte eingestellt. Im Rahmen der Ausweitung des Hilfsangebots wurde die Suchtberatungsstelle der Caritas in den 90er-Jahren zu einer Psycho-

312 vergl. Kreis Brilon, »Verwaltungsbericht« 1968–1974, S. 76

313 a. a. O.

sozialen Beratungs- und Behandlungsstelle ausgebaut. Außerdem führte man Sprechstunden in Bad Fredeburg, Marsberg und Winterberg durch. Grundsätzlich bevorzugten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die gemeindenahere Entgiftungsbehandlung in den Suchtkrankenabteilungen der umliegenden Westfälischen Kliniken für Psychiatrie in Marsberg und Warstein. Mit den dortigen Kolleginnen und Kollegen wurden regelmäßig Gespräche bezüglich gemeinsamer Patientinnen und Patienten geführt. Etwa 20 Prozent der Hilfe Suchenden waren Drogenabhängige, die an ambulante und stationäre Facheinrichtungen weitervermittelt wurden. Darüber hinaus fanden Informations- und Prophylaxeveranstaltungen in verschiedenen Institutionen wie z. B. Kindergärten, Schulen, Ausbildungsstätten und Firmen statt.³¹⁴

Schließlich wirkte die Beratungsstelle im Rahmen des Kooperationsmodells »Sauerland« mit. Dieser Verbund regelte vertraglich die Zusammenarbeit zwischen der LVA Westfalen, den Fachkliniken »Fredeburg«, »Brilon-Wald«, »Haus Spielwigge« in Lüdenscheid, dem Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes Olpe sowie den Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen in Brilon und Olpe. Durch die damit verbundene Regionalisierung konnte die psychosoziale Einbeziehung des Umfeldes, einschließlich die der Angehörigen, wesentlich gefördert werden.³¹⁵ Die mit diesem Modell gemachten Erfahrungen einer verbindlichen Kooperation mit den verschiedenen Leistungsträgern auf dem Gebiet der Suchtkrankenversorgung in einer Region bestätigt die vorbildliche Entwicklung zu einer zeitgemäßen gemeindenahen Suchtkrankenversorgung, wie sie sich im Kreis Gütersloh bereits Anfang der 1980er-Jahre durchgesetzt hat.³¹⁶

Ein ähnliches Beratungsspektrum bietet seit 1991 der Sozialpsychiatrische Dienst des Hochsauerlandkreises mit Standorten in Arnsberg, Brilon und Meschede sowie Sprechstunden in Sundern, Schmallenberg und Winterberg. Schwerpunkte des Hilfsangebotes sind die Betreuung und Begleitung mehrfach geschädigter Suchtkranker, die durch andere Angebote, einschließlich niedergelassener Ärzte, nicht erreicht werden können sowie die psychosoziale Betreuung derjenigen, die sich in einer sog. Substitutionsbehandlung befinden.³¹⁷

Dem Sozialpsychiatrischen Dienst angegliedert ist auch die 1989 entstandene Stelle des Psychiatrie- und Suchtkoordinators, dem die Förderung der Zu-

314 vergl. »Wegweiser« – Ambulante und stationäre Suchthilfe für den Hochsauerlandkreis, Meschede 2001, S. 4 ff., pers. Mitteilung Kropff, Roswitha, Brilon 2002

315 pers. Mitteilung KÖHLER, Theo, Brilon 2002

316 vergl. das Kap. »Zu neuen Ufern«

317 a. a. O., S. 9 ff.

sammenarbeit der verschiedenen Dienste, Kliniken sowie Institutionen, die in unterschiedlicher Weise mit Problemen der Suchterkrankung oder -prävention zu tun haben, obliegt. Unter seiner Mitarbeit hat sich die Gesundheits- und Pflegekonferenz des Hochsauerlandkreises seit 1996 mit den Themen aus den Bereichen der Psychiatrie sowie der Suchthilfe befasst. Die Konferenz gab Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgung der von psychischen- und Suchterkrankungen Betroffenen, die zum größten Teil umgesetzt werden konnten.³¹⁸

Ein weiteres Kooperationsmodell im Bereich der Gesundheitsförderung wurde mit dem »Wendepunkt« geschaffen. Zu seinem Aufgabenbereich gehört die Suchthilfe, bei der neben einem gleichnamigen Förderverein die Suchthilfe der Stadt Arnsberg, die Westfälische Klinik für Psychiatrie Warstein, die Anonymen Alkoholiker, der Kreuzbund sowie eine Ehemaligengruppe und ein Elternkreis teilnehmen.³¹⁹

In den 90er-Jahren wurden zwei Einrichtungen als teilstationäre bzw. komplementäre Dienst eröffnet, die sich Suchtkranken widmen, die in den vorangegangenen Jahrzehnten ein oft wenig beachtetes Dasein am Rande der Suchtkrankenhilfe fristeten: Zum einen das sozialtherapeutische Wohnheim »Nordrand« in Winterberg in der Trägerschaft der Caritas für mehrfach geschädigte, auch als chronisch suchtkrank bezeichnete Patientinnen und Patienten, zum anderen das vom Sozialwerk St. Georg getragene »Haus Gellinghausen« im gleichnamigen Dorf zwischen Schmallenberg, Winterberg und Meschede für diejenigen, die zusätzlich psychiatrisch erkrankt sind (Patienten mit so genannten »Doppeldiagnosen«). Beide Einrichtungen arbeiten auf der Grundlage bewährter sozialtherapeutischer Konzepte, die vor dem Hintergrund der Bewältigung alltäglicher Aufgaben neben der medizinischen vor allem die soziale Rehabilitation im Rahmen kleiner, familienähnlicher Wohngruppen betreiben.³²⁰

Das katholische »Sozialwerk St. Georg« hatte schon seit den 70er-Jahren in größerem Umfang psychisch Kranker aus den westfälischen Landeskrankenhäusern in seine Heime, die seit den 80er-Jahren konsiliarisch von Ärztinnen und Ärzten der Landeskrankenhäuser betreut wurde, aufgenommen. Allerdings fanden die besonderen Belange der oft mehrfach geschädigten Suchtkranken unter den Heimbewohnern, ähnlich wie in den entsprechenden Einrichtungen des evangelischen Johanneswerkes Bielefeld, nur unzureichende Berücksichtigung.

318 a. a. O., pers. Mitteilung Fischer, Karl-Josef, vergl. 250)

319 a. a. O., S. 13 ff.

320 a. a. O., S. 16 ff.

Die Sicht der Betroffenen

Abstinente Selbsthilfegruppen

Die traditionellen Abstinenzgruppen, das evangelische »Blaue Kreuz«, der katholische »Kreuzbund« und der konfessionell neutrale »Guttempler-Orden«, hatten im Kreis Gütersloh seit dem Ende des 19. Jahrhunderts eine fast ununterbrochene, wenn auch nicht ungebrochene Tradition in der Suchtkrankenhilfe. In den 60er-Jahren des 20. Jahrhunderts kamen die »Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe« sowie die »Anonymen Alkoholiker« hinzu.³²¹ Das Gewicht dieser ehrenamtlichen Helfer war erheblich. Bevor die Suchtberatungsstellen ihre Arbeit aufnahmen, führten erfahrene Mitglieder der Gruppen regelmäßig Beratungen durch und waren u. a. zuständig für das Antragsverfahren zur Bewilligung von Entwöhnungsbehandlungen durch die zuständigen Kostenträger. Schließlich wirkten sie bei der Einleitung von Entmündigungen wegen Trunksucht mit.

Das »Blaue Kreuz« bot seit 1965 in der »Landesheilstätte Gütersloh« (der späteren Bernhard Salzmänn-Klinik) Sprechstunden für Patienten an. Da die dortigen Suchtkranken aus entfernteren Regionen, überwiegend Norddeutschland und dem Ruhrgebiet kamen, waren die Gruppen für die Zeit der stationären Behandlung oftmals eine wichtige, familienähnliche Ergänzung. Die Kooperation mit dem »Westfälischen Landeskrankenhaus Gütersloh« wurde im Laufe der Jahre immer intensiver. So boten die Blau-Kreuzler auf den Stationen des noch »jungen« Suchtbereichs schon bald ihre Hilfe an. Über die schlechten räumlichen Verhältnisse war man erschrocken, hielt das Gesprächsangebot und die Kontakte dennoch aufrecht. Ebenso wie im Obdachlosenheim der Stadt Gütersloh bemühte man sich um die Schaffung einer liebevollen, Geborgenheit vermittelnden Atmosphäre und bot Familienanschluss an. Wenn auch die Kontakte zeitweise nur unregelmäßig weitergeführt werden konnten, wurden sie doch nie eingestellt. Man lud zusätzlich zu den Gruppenstunden auch zu Ausflugsfahrten, u. a. in die Einrichtungen des »Vereins für Rehabilitation« sowie zu Adventsfeiern und Bibelstunden im »Evangelischen Vereinshaus« ein.³²² Neben dem sozialtherapeutischen war den Blau-Kreuzlern traditionell das religiöse Angebot ein wichtiges Anliegen.

321 vergl. 89) MOELLER, L. M.

322 vergl. 232) DIEKMANN, E.

Aber auch Beziehungen zu den gemeindeferneren Einrichtungen wurden gepflegt. Der Suchtkranke sollte frei entscheiden, in welcher Klinik die Entwöhnungsbehandlung durchgeführt werden sollte. Die Angehörigen wurden zunehmend in die Gruppen integriert, wobei die Ehepartner jeweils einer anderen Gruppe angehörten. Besinnungs- und Ferienwochen sowie Freizeiten stärkten das Zusammengehörigkeitsgefühl und begründeten eine abstinente Kultur. Die wiederholten Besuche von Mitarbeitern des Landeskrankenhauses und der Bernhard Salzmänn-Klinik wurden als Bereicherung begrüßt. Auch im »Dachverband der Selbsthilfegruppen des Kreises Gütersloh« arbeiteten die Blaukreuz-Gruppen engagiert mit.

Der »Kreuzbund« hatte neben einer Gruppe in der Stadt Gütersloh seinen Schwerpunkt in den südlichen Gemeinden des Kreises, in denen die Mehrzahl der Bewohner dem katholischen Glauben angehört. Während die Gemeinden im nördlichen Kreisgebiet überwiegend der evangelischen Kirche angehören und sich den evangelischen Zentren Bielefeld, Halle in Westfalen sowie Gütersloh verbunden fühlen, orientierte man sich im Süden des Kreises nach Paderborn und Lippstadt. Beide Städte waren seit Ende des 19. Jahrhunderts Zentren der katholischen Abstinenzbewegung³²³ und gaben wesentliche Impulse bei der Gründung von Kreuzbundgruppen und Caritas-Beratungsstellen in Ostwestfalen. In ihrem Selbstverständnis bezüglich der religiösen Gewichtung in der Suchtkrankenhilfe ähnlich den Blau-Kreuzlern, engagierten sich die Kreuzbündler bei der Betreuung von Patienten in den ortsnahen Kliniken und im Rahmen der »Arbeitsgemeinschaft Sucht« sowie der kommunalen Öffentlichkeit.

Auch die überkonfessionellen »Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe« orientieren sich bewusst an christlichen Grundwerten. Als »Geburtsort« wurde die »Heilstätte Burgwald« bei Darmstadt angesehen, in der Gründungsmitglieder ihre Entwöhnungskur absolviert hatten. Die Freundeskreise gründeten 1969 in Gütersloh ihre erste westfälische Gruppe. Die Arbeit stand von Beginn an unter dem Motto »Hilfe zur Selbsthilfe«, jeder missionarische Eifer wurde abgelehnt und die Partner der Suchtkranken in das Hilfsangebot mit einbezogen.

Die Zahl der Gruppen wuchs beständig und stellte im Kreis Gütersloh (ca. 300 000 Einwohner) im Laufe der 1980er-Jahre die Mehrzahl der insgesamt mehr als 40 Selbsthilfegruppen. Die Freundeskreise arbeiteten eng mit den Beratungsstellen und Kliniken zusammen, da sie die Einbeziehung der Erfahrungen von Betroffenen in die professionelle Arbeit fördern wollten.³²⁴

323 vergl. 245) SITZER, H.

324 vergl. 231) LÖHNER, H.

Freundeskreis der Abstinenzler verstärkt sein Hilfsangebot:

Neuheit: Beratungsstunden und umfassende Telefonfürsorge

Gütersloh. Der Freundeskreis der Abstinenzler konnte in seiner Mitgliederversammlung auf ein erfolgreiches Jubiläumsjahr 1976 zurückblicken. In seinem Bericht wies Vorsitzender Helmut Löhner nach, daß rund 90 Prozent aller Kranken, die ständige Verbindung zu einer abstinenten Gruppe halten, abstinent leben. Die Zahl der eingetragenen Mitglieder ist auf 124 gestiegen. Die Gruppen des Freundeskreises werden monatlich von 250 bis 300 Personen besucht. Der im vergangenen Jahr erfolgreich beschrittene Weg zur Aufklärung der Bevölkerung über die Gefahren des Alkoholmißbrauchs soll verstärkt fortgesetzt werden.

In der gutbesuchten Jahreshauptversammlung stand weniger der Rückblick auf das vergangene Jahr im Mittelpunkt. Bei der erschreckenden Zunahme der Zahl der Suchtkranken machten sich die Mitglieder viel mehr Gedanken über die Erweiterung und Intensivierung des bestehenden Hilfsangebotes. Trotz des hohen Maßes an persönlicher Inanspruchnahme vieler Mitglieder bei der ausschließlich in der Freizeit geleisteten Arbeit sollen in Zukunft neue Wege beschritten werden. Zunächst soll die Gruppenarbeit durch Einführung von Beratungsstunden verstärkt werden. Allen Suchtgefährdeten und suchtkranken Menschen sowie deren Angehörigen wird in den Gruppen Hilfe und Rat angeboten. Die verschiedenen Gruppen treffen sich in Gütersloh, und zwar freitags um 20 Uhr im Trinitatis-Gemeindehaus am Brookweg 94, in Rheda jeden 2. und 4. Dienstag im Monat um 20 Uhr im evangelischen Gemeinde Ringstraße 60; in Neuenkirchen an jedem 1. und 3. Donnerstag eines Monats um 20 Uhr im DRK-Heim. Die Gruppen sind für alle, die Hilfe und Rat suchen, offen. Hier werden Erstinformationen gegeben und Möglichkeiten der Hilfe aufgezeigt.

Viele Rat- und Hilfesuchende scheuen jedoch aus Angst vor Verurteilungen den Weg zur Gruppe. Aus diesem Grunde bietet der Freundeskreis jetzt eine umfassende Telefonfürsorge an. Unter folgenden Telefonnummern werden künftig Auskünfte erteilt: Stadtbezirk Gütersloh: (0 52 41) 7 76 26, 5 18 69 und 7 84 12; Gütersloh-Blankenhagen: (0 52 41) 3 53 38; Gütersloh-Friedrichsdorf: (0 52 09) 31 42; Rheda-Wiedenbrück: (0 52 42) 3 44 85; Langenberg: (0 52 48) 70 16; Verl. (0 52 46) 64 56; Großraum Rietberg bis Delbrücker Raum: (0 52 50) 71 22, (0 52 44) 26 23.

Vorsitzender Löhner weist ausdrücklich darauf hin, daß alle Anfragen vertraulich behandelt werden und keine Namen weitergegeben werden.

Ein weiteres Aufgabengebiet des Freundeskreises ist die Aufklärung der Bevölkerung. Geplant sind in diesem Jahr Aufklärungs- und Informationsfilme an verschiedenen Orten, Ort und Zeitpunkt der Informationsveranstaltungen werden noch veröffentlicht.

Gesucht wird auch die Auseinandersetzung mit anderen Vereinen und Organisationen, um ein besseres Verständnis für die Arbeit im Suchtkrankenenbereich zu wecken. Alle Vereinigungen und Institutionen, die sich für das sozial-medizinisch größte Problem der Gegenwart interessieren, können sich hier an den Freundeskreis. Telefon (0 52 42) 77 62, wenden. Die Mitglieder stellen sich gern einer Diskussion und sind auch zu Informationsvorträgen bereit.

Von großer Bedeutung für den Alkoholkranken und dessen Fähigkeit zu dauerhafter Abstinenz ist ein neues Modell, das zur Zeit vom Freundeskreis Gütersloh in Zusammenarbeit mit der Fachklinik Haus Burgwald bei Darmstadt erprobt wird. Es geht hier um die stärkere Einbeziehung des persönlichen Umfeldes des Patienten in die Therapie. Während des Kurablaufes des Patienten soll die Möglichkeit geschaffen werden, Freunde, Nachbarn, Berufskollegen, Verwandte und andere wichtige Personen, die zum Patienten in sozioemotionaler Beziehung stehen, zu Informationsgesprächen einzuladen. Hier sollen dann Möglichkeiten und Notwendigkeiten bei der Stabilisierung des Suchtkranken aufgezeigt werden. Zum anderen sollen die Besucher motiviert werden, dem noch weithin der Diffamierung ausgesetzten Alkoholkranken zu einer günstigeren Ausgangssituation für die

Rehabilitationsphase zu verhelfen. Ziel dieses Bestrebens ist, die Heilungsquote zu verbessern. Denn viele Patienten schließen sich nach einer Heilbehandlung keiner abstinenten Gemeinschaft an. Sie scheitern im Alleingang bei einer trinkfreundigen Umwelt, die es häufig aus Mangel an Informationen nicht verstehen kann, daß das totale Abstinenz Lebensnotwendigkeit ist. Der Freundeskreis appelliert an alle, sich einem derartigen Informationsgespräch nicht zu verschließen, wenn hierzu eingeladen wird. Der Alkoholkranken braucht das Verständnis seiner näheren Umwelt, wenn er nicht wieder rückfällig werden soll. Bei allen Bemühungen geht es dem Freundeskreis nicht um die Abstinenz ganzer Bevölkerungsschichten. Er möchte vielmehr auf die dringenden Probleme hinweisen, die aus der Isolierung der Gruppe nicht gelöst werden können. Die Gruppen brauchen das Verständnis der Bevölkerung, der einzelne Alkoholkranken braucht das vorurteilsfreie Akzeptieren seiner Abstinenz.

Bericht über die »Freundeskreise der Abstinenzler« im Kreis Gütersloh (1976)

Noch ausgeprägter als bei den anderen Gruppen wurde eine intensive Öffentlichkeitsarbeit betrieben und erreicht, dass der Kreis Gütersloh Anfang der 1980er-Jahre ein Gebäude im Stadtzentrum von Gütersloh den Selbsthilfegruppen zur Verfügung stellte. Das »Begegnungszentrum Roonstraße« wurde zu einem zentralen Ort der Zusammenarbeit für die verschiedenen Partner im Suchthilfereich. Neben Gruppenräumen stellte es eine Cafeteria und Wohnmöglichkeiten für Patienten vor und nach einer Entwöhnungsbehandlung zur Verfügung. In



»Begegnungszentrum Roonstraße« der abstinenten Selbsthilfegruppen im Kreis Gütersloh

Eigenarbeit wurde das Gebäude renoviert und ausgebaut, der Kreis stellte dafür 100 000 DM zur Verfügung und unterstützte die Arbeit weiterhin jährlich mit einer nennenswerten Summe.

Wenn auch zahlenmäßig nicht so stark wie im benachbarten Bielefeld, ihrem westfälischen Zentrum, vertreten, waren sowohl die »Guttempler« als auch die »Anonymen Alkoholiker« im Kreis Gütersloh »präsent«. Beide Gruppen, konfessionell nicht gebunden, boten ebenfalls den Patienten auf den Stationen der Bernhard Salzmänn-Klinik und denen des Suchtbereichs des Landeskrankenhauses ihre Hilfe an. Während sich darüber hinaus die Guttempler in der »Arbeitsgemeinschaft Sucht des Kreises Gütersloh« für die Belange suchtkranker Menschen und ihrer Angehörigen einsetzten, hielten sich die Anonymen Alkoholiker, ihrer Grundeinstellung entsprechend, in der Öffentlichkeit zurück.

Die jahrzehntelange Arbeit der im katholischen Hochsauerland seit Anfang des 20. Jahrhunderts wirkenden Kreuzbündnis- bzw. Kreuzbund-Gruppen war durch die Zäsur des Nationalsozialismus und des 2. Weltkrieges bis in die 80er-Jahre zum Erliegen gekommen. Nach Gründung einer ersten Kreuzbund-Gruppe in Meschede kam es in den darauf folgenden Jahren zu weiteren in Brilon, Arnsberg, Schmallenberg, Sundern und Winterberg. Wesentlichen Anteil daran hatte die Suchtberatungs- und spätere Behandlungsstelle der Caritas in Brilon.

Auch wenn die Kreuzbundgruppen traditionell der katholischen Kirche verbunden sind, verstehen sie ihr Angebot gegenüber Suchtkranken und ihren Angehörigen als überkonfessionelle Aufgabe. Dies mag dazu beigetragen ha-

ben, dass das der evangelischen Kirchen nahe stehende Blaue Kreuz im Hochsauerland mit seiner überwiegend katholischen Bevölkerung keine eigenen Angebote aufgebaut hat.³²⁵

Neben den Kreuzbundgruppen bieten ebenfalls seit den 80er-Jahren die Anonymen Alkoholiker, ausgehend von einer ersten Gruppe in Arnsberg, in Brilon, Marsberg, Meschede, Olsberg sowie in Schmallenberg Alkoholkranken und ihren Angehörigen fachliche Hilfe an. Abwechselnd mit den Kreuzbundgruppen und dem Freundeskreis für Suchtkrankenhilfe Marsberg, der eng mit der Caritas zusammenarbeitet, werden u. a. in der »Fachklinik Fredeburg« Gesprächsangebote gemacht.³²⁶

325 vergl. »Informationsheft« Kreuzbund, 3/2001, Diözesanverband Paderborn, pers. Mitteilung Weitzel, Siegfried, vergl. 249)

326 vergl. »Wegweiser« – Selbsthilfegruppen im Bereich Suchthilfe für den Hochsauerlandkreis, 2000

Die Achillesferse der Suchtkrankenhilfe

Allgemein-Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte

Suchtkranke wurden im stationären Bereich sowohl in psychiatrischen Krankenhäusern, Trinkerheilstätten und Fachkliniken als auch in Allgemein-Krankenhäusern und hier vorzugsweise auf internistischen, neurologischen und chirurgischen Abteilungen versorgt. An der ambulanten Versorgung beteiligten sich neben den Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen vor allem niedergelassene Ärzte.³²⁷ Während sich in den psychiatrischen Kliniken in den 1970er-Jahren nach und nach ein differenziertes Angebot für Suchtkranke entwickelte, wurden diese auf den nichtpsychiatrischen Abteilungen der Allgemein-Krankenhäuser lediglich in körperlich-medizinischer, jedoch nicht in psychosozialer Hinsicht ausreichend versorgt. Hinweise auf Selbsthilfegruppen waren rar, allenfalls die Suchtberatungsstellen oder ein Psychiater wurden gelegentlich konsultiert.

Ähnlich wie in den psychiatrischen Kliniken der vorausgegangenen Jahrzehnte waren suchtkranke Patienten beim Personal der Allgemein-Krankenhäuser meist wenig beliebt. Sowohl das pflegerische wie auch das ärztliche Personal wusste selten mit ihnen angemessen umzugehen und war auf diesem Fachgebiet unzureichend oder gar nicht weitergebildet. Schon eine Klage aus dem Jahre 1878 brachte dies zum Ausdruck: »Es sind dies Potatoren, die unter den ungünstigsten äußeren Verhältnissen gelebt, die bei mangelnder Nahrungsaufnahme, ungenügender Wohnung sich jahrelang dem Mißbrauch von Spirituosen der aller schlimmsten Sorte ergeben haben, dabei mehr oder weniger social verkommen, nicht mehr arbeitslustig und auch nicht mehr arbeitsfähig sind. (...) Der chronische Potator (richtet sich) nicht selten auf Wochen im Krankenhaus häuslich ein. Ist er endlich evacuirt, so beginnt er sofort wieder die alte Lebensweise (...). Wenn man sieht, wie für derartige Säufer das Krankenhaus ein wahres Eldorado wird, in dem es für sie nicht Arbeit, wohl aber gute Beköstigung, sogar Spirituosen gibt, wenn man den Aufwand von Verpflegungskosten, das geringe erforderliche Quantum eigentlicher medikamentöser Behandlung, die Selten-

327 Suchtfachambulanzen entwickelten sich an der Westfälischen Klinik Gütersloh, der Bernhard Salzmänn-Klinik in Gütersloh und anderen psychiatrischen Kliniken des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe – auch wegen ungeklärter Finanzierung – in kleinen Schritten seit Ende der 1980er-Jahre. Vergl. 71) KREMER, G. et al.

heit definitiver Heilerfolge gegeneinander abwägt, so drängt sich wohl die Frage auf, ist für derartige Potatoren das Krankenhaus überhaupt der richtige Ort zur Behandlung.«³²⁸

Bereits in den 1950er-Jahren wurden Überlegungen angestellt, das Suchtversorgungssystem weder an die psychiatrischen Institutionen noch an die traditionellen Heilstätten, sondern an die Allgemeinkrankenhäuser anzugliedern, da dort ein großer Teil der Suchtkranken Hilfe suchte. So argumentierte der »Unterausschuß für Alkoholismus im Fachausschuß für Geistige Gesundheit und des Fachausschusses für Alkohol der Weltgesundheitsorganisation«: (...) »daß ambulante Behandlungseinrichtungen zur Behandlung frühester Stadien der Alkoholismus-Fälle notwendig sind und daß derartige Einrichtungen in frühen Krankheitsstadien einen hohen Anteil günstiger Resultate bringen können. Eine derartige Behandlungsstelle liegt wahrscheinlich am besten in einem gut ausgestatteten Allgemeinkrankenhaus und kann auch als unabhängige Einrichtung bestehen. (...) Gewöhnlich vergegenwärtigte man sich nicht, daß eine Behandlungsstelle für Alkoholiker in einem Allgemeinkrankenhaus unter Verwendung der bestehenden Einrichtungen mit sehr geringen Kosten aufgebaut werden kann, da, wenn die Alkoholiker-Behandlungsstelle gleichzeitig zentral für Diagnose und Behandlung ist, viele der Hilfseinrichtungen bereits im Allgemeinkrankenhaus existieren. Ein weiterer Vorteil der Verbindung der Alkoholiker-Behandlungsstelle mit dem Allgemeinkrankenhaus besteht in dem Ausmaß, in dem sie als erzieherischer Faktor auf das Krankenhauspersonal selbst wirkt und auf die Haltung des betreffenden Arztes gegenüber dem Alkoholkranken, und weiterhin durch die Möglichkeiten, die sich für Forschung und Ausbildung ergeben. Aus all diesen Gründen bringt die Anwesenheit der Behandlungsstelle für Alkoholiker im Allgemeinkrankenhaus beträchtliche Vorteile. Eine derartige Klinik soll von einem Psychiater geleitet werden, der für die Behandlung für Fälle von Alkoholismus besonderes Interesse zeigt. Falls jedoch eine derartige Person fehlt, ist klar, daß ein Allgemeinpraktiker zweckmäßiger ist als ein an diesem Problem nicht speziell interessierte Psychiater.«³²⁹

Dieses Versorgungsmodell konnte sich in der Bundesrepublik Deutschland nicht durchsetzen. Eine der wenigen Ausnahmen blieb das Jüdische Krankenhaus im Berliner Bezirk Wedding, das seit Anfang der 1960er-Jahre eine der beiden Inneren Abteilungen als »Psychosomatische Abteilung«³³⁰ zur Durch-

328 zit. nach 93) PFRANG, H., S. 137 f.

329 vergl. 86) MEYER, H., S. 11 ff

330 Erst in den 1990er-Jahren nannte man das Kind beim Namen: Seitdem heißt es »Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen« und es werden neben stationären auch ambulante Behandlungen durchgeführt.

führung mittelfristiger Entwöhnungsbehandlungen einrichtete. Wesentliche Grundlage der psychosozialen Therapie bildete das »12-Schritteprogramm« der »Anonymen Alkoholiker«.³³¹ Da Alkoholranke unter betriebswirtschaftlichen Aspekten (»belegte Betten«) ins Gewicht fielen, warb man um sie, auch wenn die Versorgung unzureichend blieb. Allgemein-Krankenhäuser wurden sowohl von abhängigen Patienten als auch von ihren Hausärzten lieber in Anspruch genommen als die eher angsteinflößenden psychiatrischen Kliniken, Heilstätten und Suchtberatungsstellen. So konnte ein Großteil der Suchtkranken und ihrer Angehörigen dem zerstörerischen Kreislauf nicht entkommen.

Ähnlich die Situation der niedergelassenen Ärzte: Die meist mangelhafte Weiterbildung auf dem Gebiet der Suchterkrankungen ließen die Behandlungen der Patienten immer wieder scheitern. Auch wenn die Kranken bei ihren Ärzten als uneinsichtig und undankbar galten, war man auch hier, nicht zuletzt aus ökonomischen Gründen, selten bereit, die Patienten an fachlich kompetente Stellen zu überweisen. Die Bereitschaft blieb gering, sich auf diesem Gebiet sozialmedizinisch weiterzubilden oder wenigstens Rat bei Suchtberatungsstellen oder entsprechenden Fachabteilungen und Fachkliniken einzuholen.³³²

Wiederholte Versuche der »Arbeitsgemeinschaft Sucht im Kreis Gütersloh«, die niedergelassenen Ärzte zu gemeinsamen Veranstaltungen einzuladen, wurden kaum erwidert. Allenfalls Kontakte auf ärztlich-kollegialer Ebene fanden gelegentlich Resonanz. Dagegen stand die Inkompetenz vieler Ärzte auf dem Gebiet der Suchterkrankungen in auffälligem Kontrast zu ihrer Überheblichkeit gegenüber Sozialarbeitern und Psychologen der Suchtberatungsstellen und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Da der Zugang zu Allgemein-Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten, im Gegensatz zu den »höher-schweligen« psychiatrischen Kliniken, Fachkrankenhäusern und Suchtberatungsstellen, in der Terminologie der 1980er-Jahre als »niederschwellig« galt und viele Suchtkranke weiterhin dort Hilfe suchten, blieb die Verbesserung dieser Schwachstellen im System der Suchtkrankenversorgung ein ungelöstes Problem.

331 vergl. 43) »Erinnerung ist Gegenwart«

332 1994–97 wurde in Bielefeld die Versorgung Suchtkranker durch Hausärzte und Allgemein-krankenhäuser sowie die Zusammenarbeit mit dem spezialisierten Suchtversorgungssystem untersucht. Als einzig praktikable Verbesserung der unbefriedigenden Situation stellte sich wiederum die Qualifizierung der Ärzte auf dem Gebiet der Suchterkrankungen heraus. Ein von dem Projekt entwickeltes Fortbildungscurriculum führte schließlich 1998 zur Einführung einer Fachkunde »Suchtmedizinische Grundversorgung« durch die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Vergl. 71) KREMER, G. et al.

Vom Tabu zum Bestseller

Das Thema »Alkohol« in der Öffentlichkeit

Lange Zeit wurde das Thema »Alkohol« nicht nur von den Betroffenen und ihren Familien, sondern ebenso durch das soziale Umfeld an Wohnort und Arbeitsplatz gemieden. Sobald aber der körperliche, seelische und soziale Zusammenbruch offenkundig war, erklärte man den Betroffenen schnell zum schwachen, charakter- und haltlosen Menschen, der, wenn nicht freiwillig, dann mit gerichtlichen Beschluss zu seinem Glück und einer Behandlung gezwungen werden sollte.

Ein verändertes gesellschaftliches Bewusstsein seit Anfang der 1970er-Jahre (Folge u. a. der 68er-Protestbewegung sowie des Anspruchs »mehr Demokratie (zu) wagen« (Willy Brandt)) mag dazu beigetragen haben, dass Alkoholranke ihr Anliegen in die Öffentlichkeit trugen und diese mit mehr Verständnis und Aufmerksamkeit reagierte.

Mit seinem autobiografischen Werk »Kapitulation – Aufgang einer Krankheit« erregte der Schriftsteller Ernst Herhaus 1978 ein erstaunliches Echo.³³³ Im Mittelpunkt des Bestsellers stand die detaillierte Schilderung des Krankheitsverlaufes aus der Sicht des Alkoholkranken und seiner Angehörigen sowie die schonungslos-kritische Auseinandersetzung mit dem professionellen Hilffssystem sowie das Credo für den Anschluss an eine Selbsthilfegruppe (hier die »Anonymen Alkoholiker«).

Man erinnerte sich, dass auch andere prominente Autoren über das jahrelang verdrängte Thema geschrieben hatten: So schilderte Hans Fallada, einem Millionenpublikum durch seinen Bestseller »Kleiner Mann was nun« bekannt, in seinem Roman »Der Trinker«³³⁴ Krankheit und sozialen Abstieg eines alkoholkranken Durchschnittsbürgers.

Vor allem in den 1980er-Jahren wurde in zahlreichen Beiträgen der Medien über das Thema »Alkohol« ausführlich und zumeist differenziert aufgeklärt.

333 vergl. 59) HERHAUS, E.

334 vergl. 36) FALLADA, H.



Bestseller (1978)

Diese Entwicklung war nicht nur für eine erfolgreiche Wiedereingliederung im häuslichen und betrieblichen Umfeld von großer Bedeutung, sondern auch hilfreich für die frühzeitige Erkennung der Abhängigkeitserkrankungen. Auch wenn der Süchtige krankheitsbedingt nicht in der Lage war, seine Situation selbstkritisch zu erkennen und danach zu handeln, so konnten doch Angehörige, Freunde und Kollegen der eigenen Hilflosigkeit besser begegnen.

1978 fand in Berlin ein Kongress zum Thema »Alkohol am Arbeitsplatz«³³⁵ statt. In zahlreichen Referaten wurde versucht, die damit zusammenhängenden Probleme aus dem verbreiteten Halbdunkel von Tabuisierung und ungenügender Aufklärung zu befreien. Bis zu diesem Zeitpunkt hatten sich nur wenige, zumeist größere Betriebe mit diesem Thema auseinander gesetzt³³⁶ und Hilfsmöglichkeiten angeboten. Betriebliche Suchtberater gab es in nur wenigen Großbetrieben. Allenfalls die seit Mitte der 1970er-Jahre in mittleren und größeren Unternehmen auf der Grundlage des neuen Arbeitssicherheitsgesetzes tätigen Betriebsärzte bzw. Arbeitsmediziner wurden zunehmend als Anlaufstelle für »Problemfälle« von Seiten der Personalabteilungen sowie Betriebs- und Personalräte um Hilfe gebeten.

Im günstigsten Falle konnten sie, da selbst nicht ausreichend qualifiziert, zwischen den betrieblichen Stellen und dem Suchthilfesystem vermitteln.³³⁷ Gemeinsam vorbereitete und durchgeführte Veranstaltungen in ausgewählten Betrie-

335 vergl. 83) MAUL, D.

336 Im öffentlichen Dienstleistungsbereich setzte man sich erst Jahre später mit diesen Problemen auseinander. Ende der 1980er-Jahre stellte der Landschaftsverband Westfalen-Lippe einen Suchtberater beim »Fachdienst der Hauptfürsorgestelle für suchtkranke Arbeitnehmer« ein. Vergl. 54) Alkohol am Arbeitsplatz.

337 vergl. 81) LAUSSER, A. et al. u. 78) Alkohol und Betrieb

Alkohol im Dienst verbieten

Gute Firmenerfahrungen — Konferenz über Suchtgefahren in Berlin

Ein Alkoholverbot am Arbeitsplatz scheint derzeit die wirksamste Maßnahme zu sein, um trunkenheitsbedingte Betriebsunfälle, Produktionseinbußen und Arbeitsausfallzeiten zahlenmäßig einzuschränken. Sie trägt offenbar auch nachhaltig dazu bei, die Zahl krankhaft alkoholabhängig werdender Mitarbeiter zu verkleinern und dadurch die Häufigkeit von Krankschreibungen, Versetzungen auf weniger gut bezahlte Arbeitsplätze, Kündigungen — vor denen Alkoholiker, obwohl sie als Kranke gelten, nicht gefeit sind — sowie die Zahl vorzeitiger Rentenfälle zu senken.

Dies ging aus mehreren Vorträgen einer Fachkonferenz in der Berliner Kongreßhalle hervor, die unter dem Thema »Suchterkrankung im Betrieb — Früherkennung und Behandlung als betriebliche Aufgabe« steht. Die viertägige bis Donnerstag dauernde Tagung, der eine öffentliche Ausstellung über Drogenprobleme angegliedert ist, wird von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren veranstaltet. Mehr als 600 Teilnehmer aus allen Bundesländern, vorwiegend Sozialarbeiter, Mediziner, Psychologen und Angehörige der einschlägigen Behörden, haben sich dazu eingefunden.

Nicht Arbeitslosigkeit und Streiks, nicht Krebs und auch nicht Herzinfarkt seien heute das Problem Nummer 1 der Arbeitswelt, hieß es dazu gestern auf der Konferenz, sondern der Alkohol mit seiner persönlichkeitszerstörenden, kollegengefährdenden und die Betriebssicherheit untergrabenden Wirkung. Der Staat tue sich dabei mit der Branntweinsteuer „als Hehler und Stehler genau wie beim Zigarettenkonsum“ hervor, wie etwa Dr. Friedrich Porthüne (Nordhorn) formulierte. Mindestens jeder zehnte Betriebsunfall ereignet sich unter Alkoholeinfluß, so schätzte Privatdozent Dr. Werner Naewe von der Hamburger Gesundheitsbehörde.

Es gebe eine breite Palette von Maßnahmen für den Fall, daß Mitarbeiter durch Alkoholgefluß in ihren Leistungen nachließen, berichtete Dr. Siegfried Sparrer vom Werksärztlichen Dienst der Bayer AG (Leverkusen), wo bereits ein innerbetrieblich vereinbartes Alkoholverbot besteht. Diese Maßnahmen reichten von der Beendigung der Nachtschichtarbeit bis zur Abqualifizierung durch Versetzung zu schlechter bezahlten, weniger verantwortungsvollen und weniger gefahrenträchtigen Tätigkeiten. Vielfach werde diese

Versetzung als eine Art Strafinstrument benutzt. Der Leverkusener Werkarzt plädierte statt dessen dafür, Versetzungen nur anzunehmen, wenn sie wegen der Leistungsminde rung des Mitarbeiters unumgänglich ist; dadurch könne dem Alkoholkranken eher klar werden, wieweit er schon abgebaut habe.

Erste Ergebnisse einer Umfrage des Berliner Landesinstituts für Arbeitsmedizin bei hiesigen Firmen mit mehr als hundert Arbeitnehmern über die Haltung zu einem betrieblichen Alkoholverbot hatte bei der Eröffnung der Konferenz am Abend zuvor der Senator für Arbeit und Soziales, Olaf Sund, mitgeteilt. Danach hätten sich Fehlleistungen und Produktionsausfälle in jenen Betrieben eindeutig verringert, in denen ein Alkoholverbot vereinbart und eingeführt worden sei. Eine weitere Gruppe von Betrieben habe eine Ausnahme von Arbeitsunfällen nach Inkrafttreten des Alkoholverbots gemeldet.

Senator Sund sprach sich für eine allgemeine Empfehlung innerbetrieblicher Vereinbarungen über ein Alkoholverbot aus. Diesen Weg sei die Mehrheit der befragten Berliner Betriebe gegangen. Von dem von verschiedenen Seiten immer wieder geforderten gesetzlichen Alkoholverbot in Betrieben hielt der Senator hingegen nichts.

In diesem Zusammenhang legte Sund ein 12-Punkte-Programm vor. Es enthält neben altbekannten Forderungen wie Aufklärung über die Folgen von Alkoholmißbrauch in Schulen, Berufsschulen und Betrieben, der Ausweitung der sozialen Dienste im Betrieb und der Grundregel „Dienst ist Dienst und Schnaps ist Schnaps“ einige neue Vorschläge. So sollen Vorstandsetagen und Behördenleitungen mit gutem Beispiel vorangehen, damit einige Etagen tiefer nicht Unmut laut werden kann, wenn dort der Bierhahn zuge dreht wird. Mitarbeitern, die Hitze Staub oder körperlichen Anstrengungen ausgesetzt sind, könnten alkoholfreie Getränke verbilligt oder sogar unentgeltlich angeboten werden.

Für Alkoholiker sollten Arbeitsplätze freigehalten werden, denen sie mit ihren eingeschränkten Fähigkeiten gerade noch gerecht werden könnten. Nicht zuletzt müsse dem Image des Alkohols als ein Symbol der Stärke des gehobenen gesellschaftlichen Standes und eines Problemlösers massiv entgegen gewirkt werden.

Dieter Dietrich

Bericht von der Tagung »Suchterkrankung im Betrieb« in Berlin (1978).

Der Tagesspiegel (Berlin-West) 25.10.1978

ben zeigten, dass eine erstaunliche Bereitschaft zu einer offenen Diskussionen dieser meist brisanten Themen anzutreffen war. In den folgenden Jahren stellten einige Betriebe Sozialarbeiter für die Suchtberatung und -prävention ein. Diese Fachkräfte kooperierten mit den regionalen Beratungsstellen, Fachkliniken und -abteilungen. Die Präsenz von innerbetrieblichen Selbsthilfegruppen wurde gefördert und abstinent lebende Abhängige als Ansprechpartner für Hilfe Suchende geworben und unterstützt.

Im Kreis Gütersloh ergriff eine ortsansässige Krankenkasse die Initiative und rief Mitarbeiter der Suchtberatungsstellen, der Suchtfachkliniken und -abteilungen, Vertreter der Selbsthilfegruppen sowie Betriebsärzte, Verantwortliche von Personalabteilungen, Personal- und Betriebsräte an einen »Runden Tisch«. Dabei ging es u. a. um die Erarbeitung von Konzepten betrieblicher Suchtprävention und beruflicher Rehabilitation. Sowohl die Früherkennung möglicher Erkrankung, die Entwicklung Erfolg versprechender Strategien bei zweifelsfreiem Vorliegen von Alkoholismus, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit als auch die Wiedereingliederung nach ambulanten und stationären Behandlungen wurden besprochen.

Darüber hinaus erörterte man die Frage, ob ein generelles Alkoholverbot am Arbeitsplatz sinnvoll und durchsetzbar sei. Dies war besonders problematisch in Bereichen, in denen traditionell der Alkoholkonsum akzeptiert und toleriert wurde (vor allem Tätigkeiten in der Baubranche). Schwieriger waren Antworten bei Verdacht auf Medikamenten- oder Drogenmissbrauch, der vor allem im kaufmännischen Bereich und an Arbeitsplätzen mit Steuerungs- und Überwachungsfunktionen zunehmend häufiger anzutreffen war. Während körperlicher Stress gewöhnlicherweise durch Alkohol am Arbeitsplatz bekämpft wurde, griffen die Mitarbeiter bei mentaler Belastung verstärkt zu beruhigenden Medikamenten und Drogen.

So vollzog sich im Laufe der 1970er- und 80er-Jahre eine Wandlung: Anstelle der Stigmatisierung suchtkranker Menschen war eine zunehmende Akzeptanz und Bereitschaft zu helfen getreten.

Vom Trinkerasyll in die Gemeinde

Ein Resümee

160 Jahre dokumentierte Suchtkrankenhilfe in Westfalen begannen im »Arbeits- und Landarmenhaus Benninghausen«. Dort, im Schnittpunkt der Regierungsbezirke Münster, Arnsberg und Minden ge- und abgelegt, wurde eine für die 1. Hälfte des 19. Jahrhunderts vorbildliche Betreuung der »Trinker« organisiert, die vom Freiherrn von Vincke, dem obersten preußischen Beamten der Provinz Westfalen, initiiert und überwacht wurde.

Die ökonomische und politische Krise der revolutionären Jahre um 1848, die damit einhergehende Überfüllung der Anstalt, bereiteten diesen Anfängen ein Ende. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts wurde der Faden wieder aufgenommen, ein »Trinkerasyll« in Benninghausen eingerichtet und zu einer »Trinkerheilstätte« Anfang des 20. Jahrhunderts weiterentwickelt, die bald schon im »Westhof'schen Gut« über ein eigenes Areal verfügen konnte. Wie in vielen anderen Anstalten jener Jahre, in denen Behandlungen geistig und seelisch Kranker mit dem 1. Weltkrieg ihr Ende fanden, so konnte auch die Trinkerheilstätte in Benninghausen ihre Arbeit nicht fortsetzen. Die immer knapper werdenden Ressourcen schienen die Beschneidung des Lebensrechtes der Schwachen, Kranken und Hilfsbedürftigen zu rechtfertigen.

In den von Bodelschwingh'schen Anstalten bei Bielefeld waren in »Wilhelmsdorf«, der späteren Teilanstalt »Eckardtsheim«, in den 1890er-Jahren mehrere Häuser für die Betreuung von Trinkern eingerichtet worden. Die Behandlung beruhte, im Gegensatz zu der in Benninghausen, mehr auf Freiwilligkeit denn auf Zwang. »Wilhelmsdorf« wurde zu einer Keimzelle für weitere Trinkerheilstätten, so für den »Bernhardshof« der katholischen Anstalt »Maria Veen« bei Borken. Aus den Anstalten Benninghausen und Marsberg sowie weiterer Einrichtungen für Alte, Arme und Kranke ging der spätere »Provinzialverband Westfalen« hervor. Er war u. a. zuständig für die Behandlung und Betreuung psychisch Kranker, geistig Behinderter sowie Suchtkranker, vor allem soweit Letztere entmündigt waren.

Neben der Versorgung und Behandlung Trunksüchtiger in Krankenhäusern und Heilstätten entwickelte sich seit Mitte des 19. Jahrhunderts eine Vielfalt

von meist konfessionell geprägten Mäßigkeits- und Enthaltensamkeitsvereinen in Westfalen. Je nach überwiegendem Glaubensbekenntnis der Bevölkerung waren entweder katholische Kreuzbund- oder evangelische Blaukreuz-Gruppen dominierend, während der nicht konfessionell gebundene Guttempler-Orden in und um Bielefeld seinen Schwerpunkt hatte. Die Anti-Alkoholbewegung hatte sich das Ziel gesetzt, allen Suchtkranken (zeitweise auch der übrigen Gesellschaft) zur lebensrettenden Abstinenz zu verhelfen. Waren die Betroffenen nicht freiwillig dazu bereit, sollte durch eine Entmündigung wegen Trunksucht auch die zwangsweise Behandlung in Heilanstalten und Heilstätten ermöglicht werden. Ein ambulantes Trinkerfürsorgesystem, getragen von kommunalen und staatlichen Institutionen sowie von den Abstinenzverbänden und den beiden großen Konfessionen baute seit Anfang des 20. Jahrhunderts auf den Säulen Hilfe, Kontrolle und Zwang auf.

Auch wenn sich das ambulante Hilfsangebot in der Weimarer Republik durch die Ausweitung der Trinkerfürsorgestellen zunehmend professionalisierte und an die Stelle des »Armenrechts« der Kaiserzeit das »Recht auf Hilfe und Unterstützung« im Wohlfahrtsstaat trat, so änderte sich doch wenig in Bezug auf die Bewertung der Alkoholkrankheit und der von ihr Betroffenen. Von konfessioneller Seite wurde, wie schon im 19. Jahrhundert, am Konzept von Schuld und Sünde festgehalten, die Einbeziehung sozialer oder lebensgeschichtlicher Ursachen vermochte sich nicht durchzusetzen. Stattdessen erlebte die Eugenik, vor allem unter den Wissenschaftlern und Ärzten äußerst populär, einen Siegeszug. Die Erbanlage und nicht die Umwelt schien über Schicksale, Gesundheit oder Krankheit des Einzelnen und eines ganzen Volkes zu entscheiden. Daneben ging es immer wieder um den Konflikt zwischen dem sozialmedizinisch-ordnungs-politischen und dem individual-ethischen Ansatz: Auf der einen Seite das Gemeinwohl und die Volksgesundheit, auf der anderen Seite das Wohlergehen und die Gesundung des Einzelnen.

Vor diesem Hintergrund war es unter den Bedingungen der eskalierenden Wirtschaftskrise Ende der 1920er-Jahre nur ein kleiner Schritt, die »Unheilbaren« von den »Heilbaren« noch radikaler als bis dahin schon praktiziert zu trennen, und als präventive Maßnahme die Sterilisation, schließlich auch gegen den Willen der Betroffenen zu fordern. Die Nationalsozialisten taten zunächst das von vielen Gewünschte: Mit dem 1933 verabschiedeten »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« sollte endlich der Weg geöffnet werden, unter präventiven Gesichtspunkten dem Alkoholismus den Boden zu entziehen. Das Leid der Betroffenen wog wenig gegen die Aussicht auf einen »gesunden Volkskörper«.

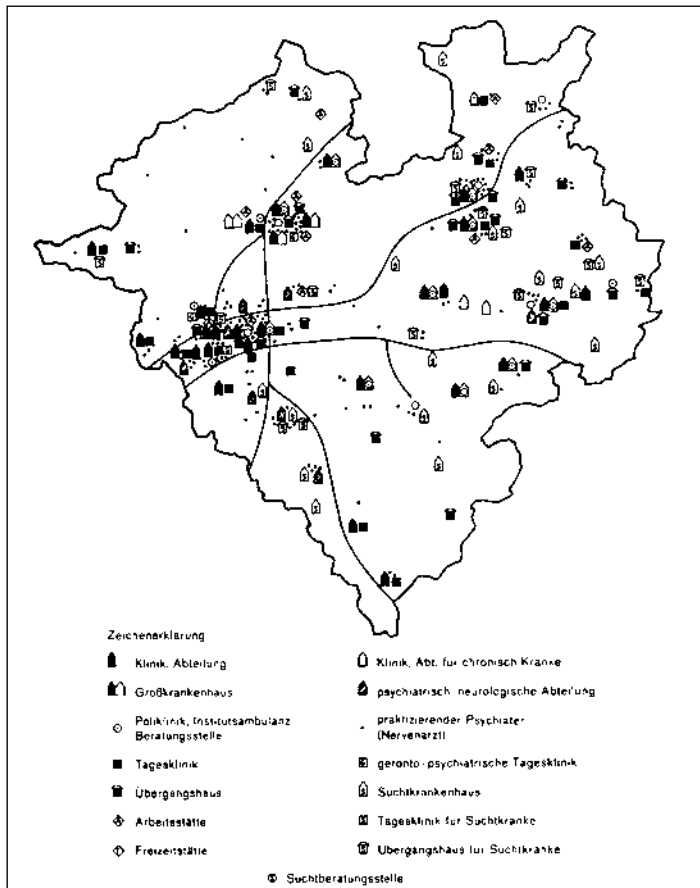
Nur bei Teilen der katholischen Bevölkerung und ihrem Klerus gab es Unruhe und Widerstand gegen die Zwangssterilisierungen und der sich anschließenden, im Januar 1940 begonnenen »Euthanasie«-aktion »T4«. Aufgrund der Proteste, aber auch weil das »Planziel« weitgehend erreicht war, wurde im August 1941 die Tötung geistig Behinderter, psychisch Kranker und Suchtkranker eingestellt, ohne dass die verdeckt weitergehende »wilde Euthanasie« hätte verhindert werden können. 5000 Patientinnen und Patienten aus den Westfälischen Heil- und Pflegeanstalten starben in den Jahren 1940 bis 1945 eines gewaltsamen Todes. Der Rauch über dem Krematorium von Hadamar, in dessen Gaskammer 1500 von ihnen ermordet wurden, war für alle in der Stadt und darüber hinaus sichtbar. Er wirft seinen bedrückenden Schatten bis in die Gegenwart und stellt auch heute die Frage nach dem »Wert des Menschen«³³⁸.

Nachdem die Zeit des Nationalsozialismus' und der 2. Weltkrieg der Versorgung und Behandlung Suchtkranker in Westfalen ein Ende gesetzt hatten, wurde wiederum in der Anstalt Benninghausen Ende der 1940er-Jahre ein stationärer Neuanfang gemacht. In den von Bodelschwingh'schen Anstalten knüpfte man erst Anfang der 1980er-Jahre durch Übernahme von Aufgaben im Rahmen der regionalen Suchtkrankenversorgung an die eigene Tradition der Suchtkrankenhilfe an.

Mit den Trinker- bzw. Landesheilstätten »Schloss Haldem«, »Gütersloh« sowie der »Kurklinik am Hellweg« erschlossen sich seit 1959 der Behandlung Suchtkranker, einschließlich der forensisch untergebrachten Patienten schrittweise neue, zeitgemäße Behandlungsmöglichkeiten. Die benachbarten »Heilstätte Gütersloh« und »Kurklinik am Hellweg« in Oerlinghausen bei Bielefeld, 1965 und 1966 eröffnet, galten als erste Neugründungen in der Bundesrepublik Deutschland und wurden zu Vorbildern für weitere Heilstätten und Suchtfachkliniken. Allerdings waren diese Einrichtungen nur denjenigen vorbehalten, denen eine günstige Prognose (»heilbar«) von den vermittelnden Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen oder Ärzten ausgestellt worden war. Die chronisch Kranken (»unheilbar«) wurden dem stationären Bereich den Landesheilanstalten bzw. Landeskrankenhäusern und verschiedenen Heimen mehr zur Aufbewahrung denn zur fachgerechten Behandlung überlassen.

Der Aufbau von Trinkerfürsorgestellen war nach 1945 nur langsam vorangekommen. Wie auch in den stationären Einrichtungen und den wenigen verbliebenen Abstinenzgruppen überwogen die personellen und konzeptionellen Kontinuitäten. Eine kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle in der

338 vergl. 2) Der Wert des Menschen



Psychiatrische Versorgung in Westfalen-Lippe (1985).

Einrichtungen der professionellen Suchtkrankenhilfe sind mit »S« gekennzeichnet.

Hinzu kommen die Selbsthilfegruppen.

1985 boten allein im Kreis Gütersloh etwa 40 Gruppen ihre Hilfe an.

nationalsozialistischen Zeit fand nicht statt. So blieb es im ambulanten Bereich ebenfalls bei der gewohnten Arbeitsteilung: Den einer Entwöhnungsbehandlung noch zugänglichen Suchtkranken boten die Selbsthilfegruppen und konfessionellen Beratungsstellen ihre Unterstützung an, während die »gescheiterten« Trunksüchtigen an die kommunalen Beratungsstellen verwiesen wurden.

Mit diesen Traditionen wurde erst in den 1970er-Jahren gebrochen: In den westfälischen Landeskrankenhäusern baute eine neue, überwiegend junge Generation von Psychologen, Sozialarbeitern, Ergotherapeuten sowie einigen Ärz-

ten und Mitarbeitern der Pflegeberufe eigenständige Suchtbereiche auf, die jedem Kranken von der Entgiftung bis zur Entwöhnung von Alkohol auf unterschiedlichen Wegen Hilfsangebote machte. Der Berücksichtigung von Bedürfnissen chronisch Alkoholkranker galt ebenso die Aufmerksamkeit wie denen der motivierten und weniger geschädigten Patienten. Als neue Gruppen kamen schließlich die Medikamenten- und Drogenabhängigen hinzu. Darüber hinaus ging es darum, rehabilitative Angebote und Einrichtungen innerhalb und außerhalb der Krankenhäuser zu etablieren. Formen des betreuten Wohnens und Arbeitens machten deutlich, dass mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke – so die geänderte Terminologie – nicht zu den »hoffnungslosen Fällen« zählen brauchten. Vielfältige wohnortnahe ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote der unterschiedlichsten freien, konfessionellen und kommunalen Träger in Westfalen brachten vor allem in den 1980er-Jahren Bewegung in das Versorgungsangebot für Menschen mit unterschiedlichsten Abhängigkeiten. Durch jahrelange Öffentlichkeitsarbeit der Selbsthilfegruppen und Institutionen des Suchtkrankenversorgungssystems sowie der öffentlichen Medien in den 1970er- und 80er-Jahren nahm die Unkenntnis über die »Krankheit Alkoholismus« und die Diskriminierung der davon Betroffenen spürbar ab. Allerdings hat dies nichts daran ändern können, dass die Zahl der Erkrankten kontinuierlich zugenommen hat.

So differenziert sich das professionelle Suchtkrankenversorgungssystem entwickelte, so unbefriedigend blieb seit Mitte des 19. Jahrhunderts die psychosoziale Versorgung Abhängigkeitskranker in den Allgemein-Krankenhäusern und in den Praxen der niedergelassenen Ärzte. Im Unterschied dazu trat in vielen Betrieben im Laufe der 1970er- und 80er-Jahren ein deutlicher Wandel ein: Die verbreitete Tabuisierung des Themas »Alkohol« wich einer zunehmenden Aufklärung und offenen Auseinandersetzung. Sowohl die Frage eines generellen Alkoholverbots am Arbeitsplatz sowie umfassende Informationen über Wirkungen und Folgen von Suchtmitteln einerseits, als auch Unterstützung bei der Vermittlung fachkundiger Hilfe bei der Wiedereingliederung nach einer Behandlung andererseits, wurden nach und nach zum Standard in zahlreichen Unternehmen.

So vollzog sich schließlich im öffentlichen Bewusstsein ein deutlicher Wandel: Der Alkoholismus wurde nicht länger als Ausdruck von Schuld und Sünde oder als ererbt begriffen, sondern als Krankheit, die wie viele andere auch ihre nachvollziehbare Geschichte im Leben der Betroffenen hatte und in vielen Fällen geheilt oder gelindert werden konnte. Ein zunehmend differenzierteres, professionelles, ehrenamtliches und Selbsthilfeangebot entwickelte sich seit den 1960er-Jahren und unterstützte Suchtkranke und ihre Angehörigen auf dem Weg der Genesung.

Literaturverzeichnis

- 1) ANLAUF, R.: Erziehung zur Nüchternheit – Der »Deutsche Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke« (1883 bis 1920) und der Kampf der bürgerlichen Mäßigkeitsbewegung gegen den Alkoholmißbrauch, Bielefeld 1997
- 2) ÄRZTEKAMMER BERLIN (Hrsg.): Der Wert des Menschen – Medizin in Deutschland 1918–1945, Berlin 1989
- 3) BAUMGARTNER, J.: Antialkoholbewegung, in Handbuch der deutschen Reformbewegung. 1880–1933, Wuppertal 1998
- 4) BEER (Generalsekretär): Evangelische Trinkerfürsorge, ihre Aufgabe und ihr Ausbau, in »Ziele und Wege«, Monatsschrift des Westfälischen Provinzialverbandes für Innere Mission, 4. Jahrg., Heft 8/9, 1928
- 5) BEYER (Ministerialrat): Die Bedeutung der Alkoholfrage für Volk und Staat, Sonderabdruck aus »Ärztliches Vereinsblatt für Deutschland« Nr. 1389 vom 11. August 1926
- 6) BLASIUS, D.: »Einfache Seelenstörung« – Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800 bis 1945, Frankfurt am Main 1994
- 7) Blaues Kreuz Gütersloh: 100 Jahre Blaues Kreuz Gütersloh 1896–1996, Blaues Kreuz in Deutschland e. V. Ortsverein Gütersloh, o. J.
- 8) Blaues Kreuz in Hiddenhausen-Eilshausen: 100 Jahre 1899-1999, o. O., o. J.
- 9) Blaues Kreuz in der Ev. Kirche: 75 Jahre Blaues Kreuz in der Ev. Kirche 1902–1977, Bochum-Linden, o. J.
- 10) Blaukreuz-Zentrum Bad Salzuflen: 25 Jahre – Festschrift, Bad Salzuflen 1999
- 11) BÖCKMANN, M. et al.: 75 Jahre Westfälisches Landeskrankenhaus Warstein, Warstein 1980
- 12) BODE, W.: Die Heilung der Trunksucht – eine Belehrung für Trinker und deren Angehörige, Bremerhaven 1890
- 13) BÖHM, M.: Von der Trinkerfürsorge zur Suchtkrankenhilfe – Eine historisch-systematische Untersuchung, Kassel 1995
- 14) DERS.: Alkoholiker und alkoholgegnnerische Verbände in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus, in: SACHSSE, C., Wohlfahrtsverbände im Wohlfahrtsstaat, Kassel 1994
- 15) BRATZ (Anstaltsdirektor): Die rechtlichen Grundlagen für die Anstaltbehandlung der Süchtigen, besonders der Trinker, aus »Ärztliche Sachverständigen-Zeitung, Jahrgang 1929 Nr. 12
- 16) Bremische Nervenlinik: Die Bremische Nervenlinik 1904–1954, Bremen 1954

- 17) Bundessozialgericht: 3 RK 63/68 – Verkündet am 18. Juni 1968, Trunksucht ist Krankheit – in »partner« Nr. 9 – Monatszeitschrift des Evangelischen Gesamtverbandes zur Abwehr der Suchtgefahren, Kassel 1968
- 18) COLLA, E.: Die Trinkerversorgung unter dem Bürgerlichen Gesetzbuche, Hildesheim 1899
- 19) DERS.: Ärztliches zur Alkoholfrage im neuen Reiche, Berlin o.J.
- 20) DEDE, K.: Das Dritte Reich im Kleinen – der Guttemplerorden – ein deutsches Modell, Oldenburg o.J.
- 21) DELBRÜCK, A.: Hygiene des Alkoholismus, Jena 1901
- 22) DERS.: Die Abstinenz in Irrenanstalten, Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift Nr. 50, Halle 1906
- 23) DERS.: Zur Asylisierung der Trinker, Zeitschrift für Psychiatrie, Band 84, 1926
- 24) DERS.: Alkoholfreie Gaststätten und öffentliche Ruheräume, Zeitschrift für Psych. Hygiene VI, o.J., Staatsarchiv Bremen 1980/122
- 25) Der Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Bielefeld: Bekämpfung des Alkoholmißbrauches, in einem Schreiben an den Regierungspräsidenten in Minden vom 30.10.37, in der Anlage ein Schreiben des Polizeidirektors in Oppeln v. 24. Juni 1937
- 26) DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN (Hg.): Suchtkrankenhilfe im Verbund – eine kritische Bestandsaufnahme, Freiburg 1995
- 27) DERS.: Alkohol – Konsum und Mißbrauch, Alkoholismus – Therapie und Hilfe, Freiburg 1996
- 28) DERS.: Suchtkrankenhilfe in Deutschland – Geschichte, Strukturen, Perspektiven, Freiburg 1997
- 29) Deutscher Bundestag: Ausführungen der Arbeitsgruppe »Suchtkranke« – Zur Versorgung von Suchtkranken, Auszug aus der »Psychiatrie-Enquete« der Bundesregierung, Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4201
- 31) DÖRNER, HAERLIN, RAU, SCHERNUS, SCHWENDY (Hg.): Der Krieg gegen die psychisch Kranken, Rehburg-Loccum 1980
- 32) DÖRNER, K.: Anstaltsalltag in der Psychiatrie und NS-Euthanasie, in »Medizin im Dritten Reich«, Köln 1989
- 33) ELLING, E.: »Arbeit«, »Disziplin«, »Ordnung« und »Reinlichkeit« – Repressive Armenpolitik im Kaiserreich: 1871–1914, Münster 1995
- 34) ENDEMANN, F.: Die Entmündigung wegen Trunksucht und das Zwangsheilungsverfahren wegen Trunkfälligkeit, Halle 1904

- 35) ENGELBRACHT, G., TISCHER, A.: Das St Jürgen-Asyl in Bremen – Leben und Arbeiten in einer Irrenanstalt 1904–1934, Bremen 1990
- 36) FALLADA, H.: Der Trinker, Hamburg 1959
- 37) FEUERLEIN, W.: Die Behandlung von Alkoholikern in Deutschland von den Anfängen bis heute, in »Suchtgefahren« Nr. 5/1988
- 38) DERS.: Der Alkoholismus in sozialpsychiatrischer Sicht, »Medizinische Klinik«, 62. Jahrgang, Nr. 23, München-Berlin-Wien 1967
- 39) FINZEN, A.: Massenmord ohne Schuldgefühl, Bonn 1996
- 40) FISCHER, M.: Der Alkoholmißbrauch, Berlin 1929
- 41) FLAIG, J.: Trinkerfürsorge und -heilung, Sonderabdruck aus dem Reichs-Gesundheitsblatt 1926 Nr. 19
- 42) DERS.: Das neue Gesetz zur »Sicherung und Besserung« in seinen Beziehungen zur Alkoholfrage, in »Zeitschrift für Medizinalbeamte«, Sonderdruck aus Nr. 2, 1934
- 43) Förderverein »Freunde des Jüdischen Krankenhauses«: »Erinnerung ist Gegenwart«, Berlin 1996
- 44) FOREL, A.: Die Ärzte und der Alkohol, Österreichische Ärztezeitung, Separatabdruck aus den Nummern 20–23, 1905
- 45) DERS.: Die Errichtung von Trinker-Asylen und deren Einfügung in die Gesetzgebung, Bremerhaven und Leipzig 1892
- 46) Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe: Meilensteine der Freundeskreis-Entwicklung, Landesverband Nordrhein-Westfalen e. V., o.O., o.J.
- 47) GILES, G.J.: Die Alkoholfrage im Dritten Reich, o.O., o.J.
- 48) GLÄSS, Th., KLEWITZ, M.: Der Guttempler-Orden in Deutschland 1945–1980, Hamburg 1981
- 49) GLÄSS, Th., BIEL, W.: Der Guttempler-Orden in Deutschland 1889–45, Hamburg 1979
- 50) GRAF, O.: Möglichkeiten und Grenzen der Heilbehandlung von Alkoholikern, in »Die Alkoholfrage in Wohlfahrtspflege und Sozialpolitik«, Heft 3, Berlin 1929
- 51) GUNGA, M.: Medizin und Theologie in der öffentlichen Sozialfürsorge des 19. Jahrhunderts am Beispiel des Landarmen- und Arbeitshauses Benninghausen 1820–1945, Soest 1983
- 52) DERS.: Das Neue im Alten und das Alte im Neuen – Die Gründung des Landarmen- und Arbeitshauses Benninghausen vor 175 Jahren, unveröffentl. Manuskript, Benninghausen 1995

- 53) Handbuch der Inneren Mission: Die Organisation der Inneren Mission, Berlin-Spandau 1929
- 54) Hauptfürsorgestelle (LWL): Alkohol am Arbeitsplatz, Münster 1988
- 55) HAUSCHILDT, E.: Zusammenschlüsse: Von der Reichshauptstelle gegen den Alkoholismus bis zur Reichsstelle gegen die Alkohol- und Tabakgefahren – 1921 bis 1944, in: Suchtkrankenhilfe in Deutschland, Freiburg 1997
- 56) DIES.: »Auf den richtigen Weg zwingen ...« – Trinkerfürsorge 1922–1945, Freiburg 1995
- 57) DIES.: Ein neuer Zweig der Gesundheitsfürsorge in den 1920er Jahren: die Trinkerfürsorge, o.O., o.J.
- 58) HEGGEN, A.: Alkohol und bürgerliche Gesellschaft im 19. Jahrhundert, Eine Studie zur deutschen Sozialgeschichte, Berlin 1988
- 59) HERHAUS, E.: Kapitulation – Aufgang einer Krankheit, München 1977
- 60) HERTING, Th.: Aus der Geschichte der evangelischen Anstaltsgemeinde Benninghausen 1820–1968 zum 25-jährigen Dienstjubiläum des Herrn Oberpfarrer Jürgen Gunga am 19. August 1968, Benninghausen 1968
- 61) Historische Schriftenreihe des LWV Hessen: »Verlegt nach Hadamar« – die Geschichte einer NS-»Euthanasie«-Anstalt, Kassel 1994
- 62) HOFFMANN, J.: Von der Trinkerfürsorge zur psychosozialen Beratung und Behandlung – 60 Jahre Suchtkrankenhilfe der Caritas, in »Suchtkrankenhilfe – Perspektiven und Tendenzen«, Freiburg 1986
- 63) HÖLZER, C.: Die Antialkoholbewegung in den deutschsprachigen Ländern (1860 bis 1930), Frankfurt am Main 1988
- 64) HÜBNER, R. u. M.: Der deutsche Durst – Illustrierte Kultur- und Sozialgeschichte, Leipzig 1994
- 65) Johanneswerk e. V. Bielefeld: Einweihung der Kurklinik am Hellweg in Lipperreihe am 25. Juli 1966, Presseinformation, o.O., o.J.
- 66) Ders.: 1966–1996, Klinik am Hellweg – 30 Jahre im Zusammenspiel der Kräfte, o.O., o.J.
- 67) KEHRER, A.: Geschichte der Universitäts-Nervenklinik Münster, Münster 1961
- 68) KERSTING, F.-W.: Anstaltsärzte zwischen Kaiserreich und Bundesrepublik, Das Beispiel Westfalen, Paderborn 1996
- 69) KIELHORN, F.-W.: Die Trunksucht als Krankheit (C. v. Brühl-Cramer), Der Nervenarzt, Springer-Verlag 1990

- 70) KLEMENT, H.: Das Blaue Kreuz in Deutschland – Mosaiksteine aus über 100 Jahren evangelischer Suchtkrankenhilfe, Wuppertal 1990
- 71) KREMER, G., WIENBERG, G., PÖRKSEN, N.: Patienten mit Alkoholproblemen beim Hausarzt, Münch. med. Wschr. 141 (1999) Nr. 11, S. 133 ff.
- 72) Kreuzbund e.V.: 100 Jahre Kreuzbund, Festausgabe März/April 1996, Hamm 1996
- 73) Kreuzbund Hamm: 1903–1993 90 Jahre Kreuzbund Stadtverband Hamm Festschrift und Chronik, Oerlinghausen o.J.
- 74) KRUSE (Pastor): Die deutschen Heilstätten für Alkoholranke im 50. Jahre ihre Geschichte, in »Bericht über die 40. Jahresversammlung in Frankfurt a.M.« vom 11. bis 13. September 1929, Berlin o.J.
- 75) KRUSE, ROCHA: Die Heil- und Pflege-Anstalten für Alkoholiker zu Lintorf (Rheinland), Barmen 1901
- 76) KUCK, W.: 80 Jahre Kreuzbund Paderborn (Gründung 1906), o. O., o.J.
- 77) KÜSTER, Th. (Hg.): Quellen zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie in Westfalen, Bd. 1: 1800–1914, Paderborn 1998
- 78) Landesverband der BKK: Alkohol und Betrieb, Essen 1984
- 79) Landschaftsverband Westfalen-Lippe: 1965–1985, 20 Jahre Bernhard-Salzmann-Klinik Gütersloh, Gütersloh 1985
- 80a) Ders.: Wandlungen der Psychiatrie in fünfzig Jahren – Entwicklungen im Bereich des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, Dortmund 1969
- 80b) Ders.: Psychiatrie im Dritten Reich – Der Provinzialverband Westfalen in der Zeit des Nationalsozialismus, Münster 1996
- 81) LAUSSER, A. et al.: Alkoholkonsum und Prävention in der Arbeitswelt, Berlin 1986
- 82) LÜCKING, P.: Die Arbeitsgemeinschaft westfälischer evangelischer Trinkerfürsorgestellen, in »Ziele und Wege«, s. 62) BEER
- 83) MAUL, D. (Hrsg.): Alkohol am Arbeitsplatz, Hamburg 1979
- 84) MARTIUS, W.: Deutsche Trinkerheilstätten – Geschichte und Aufgaben des Verbandes von Trinkerheilstätten des deutschen Sprachgebiets, Berlin 1908
- 85) MEIER, R.: August Forel 1848–1931, Arzt Naturforscher Sozialreformer, Bern 1988
- 86) MEYER, H.: Das Problem des Alkoholismus, Stuttgart 1956

- 87) Mitscherlich, A.: Medizin ohne Menschlichkeit – Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses, Frankfurt a. M. 1949
- 88) Möller, K.: Errichtung von Trinkerheilstätten und Trinkerasylo durch die Provinz, Bielefeld 1911
- 89) Moeller, L. M.: Selbsthilfegruppen, Hamburg 1978
- 90) Müller, R.: Das Behandlungskonzept des Suchtkrankenbereichs im WLK Gütersloh, unveröffentl. Manuskript, Gütersloh 1978
- 91) Nonne, M.: Stellung und Aufgaben des Arztes in der Behandlung des Alkoholismus. Über Trinkerheilstätten, Jena 1904
- 92) Petry, J.: Ein schematisierter Überblick über die Kulturgeschichte des Alkohols, Suchtgefahren 29, 298 bis 301 (1983)
- 93) Pfrang, H.: Alkoholismus als sozialer Prozeß, Würzburg 1984
- 94) Proebsting, E.: Die Arbeit der Trinkerfürsorgestelle im Rahmen der kirchlichen Wohlfahrts-pflege, in »Ziele und Wege«, s. 62) Beer
- 95) Projektgruppe »Volk und Gesundheit«: Heilen und Vernichten im Nationalsozialismus, Tübingen 1982
- 96) Pross, C., Winau, R.: Nicht mißhandeln – Das Krankenhaus Moabit, Berlin 1984
- 97) Reimann, A.: 100 Jahre Forel-Klinik, Wirken der Heilstätte für Alkoholkranke in Ellikon an der Thur (Kanton Zürich) 1888–1988, Ellikon an der Thur 1989
- 98) Rost, W.: Die Rechtsgrundlagen der Trinkerfürsorge, Berlin 1966
- 99) Schaefer, Fr.: Die Aufgaben der Gesetzgebung hinsichtlich der Trunksüchtigen, Halle 1904
- 100) Schwoon, D. R., Krausz, M.: Psychose und Sucht, Freiburg i. Br. 1992
- 101) Sitzler, H.: Chronik des Kreuzbund Lippstadt (Gründung 1901), unveröffentl. Manuskript, Lippstadt 2000
- 102) Spode, H.: Die Macht der Trunkenheit – Kultur- und Sozialgeschichte des Alkohols in Deutschland, Opladen 1993
- 103) Suchtkrankenhilfe Paderborn: Von der Trinkerfürsorge zur Suchtkrankenhilfe – fünfzig Jahre Beratungsstelle Paderborn, (1987)
- 104) Tölle, R.: Zur neueren Entwicklungsgeschichte der Psychiatrie, in »Selbstverwaltungsprinzip und Herrschaftsordnung«, Hg. Teppe, K., Münster 1987

- 105) DERS. (Hg.): Klinik für Psychiatrie, Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Zehnjahresbericht 1972–1982, Münster, o. J., Fünfjahresbericht 1983–1987, Münster, o. J.
- 106) v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel: Ortschaft Eckardtsheim, Lage, Aufgabe und Darstellung der Einrichtungen in Wort und Bild, Bielefeld 1988
- 107) Ders.: Teilanstalt Eckardtsheim Fachtagung »Chronisch Abhängigkeitskranke – Soziale Realität und Hilfsmöglichkeiten«, Bielefeld 1989
- 108) Verein für katholische Arbeiterkolonien in Westfalen: 100 Jahre Verein für katholische Arbeiterkolonien in Westfalen 1888–1988, Münster 1988
- 109) WALTER, B.: Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne, Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Westfalen zwischen Kaiserreich und NS-Regime, Paderborn 1996
- 110) Westf. Arbeitsgemeinschaft für die Rehabilitation Suchtkranker (WAG): 25 Jahre Westfälische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Suchtkranker (WAG), 1973–1998, o. O., o. J.
- 111) Westfälische Klinik für Psychiatrie Benninghausen 1820–1995: Im Mittelpunkt steht der Mensch – Annotationen, Bestandsaufnahme, Perspektiven – 175 Jahre Westfälische Klinik für Psychiatrie, Benninghausen 1995
- 112) Westfälisches Landeskrankenhaus Benninghausen: 150 Jahre Westfälisches Landeskrankenhaus Benninghausen, Benninghausen 1970
- 113) WITT, H.: Die stillen Kinder der siebziger Jahre – Zur Entwicklung der Qualität der Therapie in Fachkliniken für Suchtkranke, o. O., o. J.
- 114) WITTECK, H.: Sucht im »Dritten Reich«, SR 6/88
- 115) WLISSAK, R.: Grundriß der Alkoholfrage, Berlin 1908
- 116) WÖHRMANN (Pfarrer): Alkohol und Wohnungsnot, in »Ziele und Wege«, s. 62) BEER

Quellenverzeichnis

Archiv der Westfälischen Klinik Gütersloh

Referate der Gütersloher Fortbildungswochen 1958 bis 1985 zum Thema »Sucht«

- 118) HANK: Alkohol im Straßenverkehr (1958)
- 119) HARLFINGER, H.: Rausch, Gewöhnung und Sucht und ihre Beziehungen zu Verstimmungen und Mißbefindlichkeiten (1958)
- 120) SATTES: Anthropologische Gesichtspunkte zum Verständnis der Sucht (1959)

- 121) DOBRA: Frustration und Sucht (1962)
- 122) WINKLER, W. Th.: Zur Geschichte des Westfälischen Landeskrankenhauses Gütersloh und Ausblick auf die weitere Planung (1970)
- 123) WOLF, N., PESCH, K. H.: Realisierung der Behandlung junger Drogenabhängiger im psychiatrischen Großkrankenhaus (1972)
- 124) GÜNTER, N.: Die Krankengruppen der Anonymen Alkoholiker (1973)
- 125) SCHWEDE, L., HAMERS, H.: Erfahrungen in einem Suchtkrankenbereich im psychiatrischen Landeskrankenhaus und daraus resultierende neue Konzepte (1973)
- 126) WINKLER, W. Th.: Diskussionsbemerkungen zu dem Vortrag von L. Schwede und H. Hamers (1973)
- 127) DERS.: Rahmenplan für das Westfälische Landeskrankenhaus Gütersloh (1974)
- 128) RECK, P. K., SCHWEDE, L. D., KILTZ, R. R., HAMERS, H.: Sozialtherapeutische Gemeinschaft Oerlinghausen – Behandlungsversuch bei chron. Alkoholikern (1974)
- 129) BINDER, S., SCHMITZ, W., MENGE, K.: Therapieprogramme für die Suchtkrankenabteilung im Westfälischen Landeskrankenhaus Eikelborn und Ergebnisse katamnестischer Erhebungen (1975)
- 130) HUNDT, H.-W.: Organisation einer gemischt-geschlechtlich belegten Entwöhnungsstation für Alkoholranke am Westfälischen Landeskrankenhaus Warstein (1975)
- 131) RECK, K. P.: Erfahrungen beim Versuch, den Suchtkrankenbereich eines Landeskrankenhauses bedarfsgerecht zu strukturieren (1978)
- 132) KILTZ, R. R., SCHWEDE, L., HAMERS, H., RECK, K. P.: Psychosoziale Rehabilitation chronisch sucht- und psychisch Kranker am Beispiel des »Sternhofes« (1979)
- 133) KOHLSCHHEIN, M.: Gemeindenahe Suchtkrankenbehandlung der Rheinischen Landesklinik in Düsseldorf (1980)
- 134) STEUWA, Z.: Gemeindenahe Suchtkrankenbehandlung im Krankenhaus Bremen-Ost (1980)
- 135) HAAS, H.: Gemeindenahe Suchtkrankenbehandlung im Krankenhaus Langenberg (1980)
- 136) FRANKE, D.: Überlegungen zur Anwendung von Maßregeln der Besserung und Sicherung nach § 64 bei erwachsenen Drogenabhängigen (1981)
- 137) SNETHLAGE, R., STRAUB, F.: Dialog zwischen Großkrankenhaus und Abteilung über die Unterschiede ihres Arbeitens mit Suchtkranken (1982)
- 138) SEEBERG, C.: Von der Kranken- zur Lebensgeschichte. Falldarstellung eines chronisch Suchtkranken (1983)

- 139) WEINBRENNER, H.: Wie kann ich Abhängigkeit akzeptieren und nutzen? (1984)

Stadtarchiv Herford

- 150) A590/591: Bekämpfung der Trunksucht/Trinkerheilstätten. Circular für die drei Abteilungen der Herforder Diöces, 1843 October 2
- 151) ebd.: ISKRAUT, K.: Alsdann wirst Du eine Stadt der Gerechtigkeit und eine fromme Stadt heißen, in »Aus dem Reich Gottes«, Gohfeld 1895
- 152) ebd.: Die Verhandlungen der Kreis-Synode Herford im Jahre 1899, Herford 1899
- 153) ebd.: Der Kampf der Polizei-Verwaltung in Herford gegen den Mißbrauch geistiger Getränke seit 1. Oktober 1900 bis Ende 1905 und die erzielten Erfolge, Herford 1906
- 154) ebd.: An den Lagerarbeiter Herrn Gottlieb Niewöhner zu Enger, Enger 1906
- 155) C94: Die Trinkerheilanstalt Elim in Diebrock. Kuranstalt »Elim« – Heilstätte für Alkoholiker und Abstinenzschule, Elim bei Herford o.J.
- 156) ebd.: Heilstätte für alkoholranke Frauen, Herford o.J.
- 157a) A590/591: Bekämpfung der Trunksucht/Trinkerheilstätten. WILMS, P., Fürsorgestellen für Alkoholranke, aus »die Innere Mission im evangelischen Deutschland«, 1909, Nr. 5, Hamburg 1909
- 157b) ebd.: Vertrag zwischen dem Vorstand des Bezirksvereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke für Bünde und Ennigloh und dem Diakon Müller aus der Diakonenanstalt Duisburg, Bünde 1911

Stadtarchiv Bielefeld

- 158) MV 417: LOHMANN, W., Städtische Fürsorge für Alkoholranke, Bielefeld, Bielefeld 1920
- 159) ebd.: LOHMANN, W., Bericht über den Stand der Alkoholbekämpfung in Bielefeld, an das städtische Wohlfahrtsamt, Bielefeld 1922
- 160) ebd.: SCHELLMANN, Trinkerfürsorge, Auszug aus der Zeitschrift »Blätter für praktische Trinkerfürsorge« vom Sept.–Okt.1921
- 161) ebd.: Wohlfahrtsamt-Zentrale der Stadt Bielefeld, Maßnahmen zur Bekämpfung des Alkoholumismus, Schreiben an den Regierungspräsidenten in Minden, Bielefeld 1922
- 162) ebd.: SIMON, H., An das städtische Wohlfahrtsamt Bielefeld, Gütersloh 1920
- 163) ebd.: LOHMANN, W., Zusammenkunft der Westfälischen Trinkerfürsorgestellen am 13.1.1927 in Münster i./W., Bielefeld 1927

164) ebd.: Westfälischer Provinzialverband für Innere Mission, Rundschreiben IV/27, Trinkerfürsorge, Münster 14.2.27

165) ebd.: Der Landeshauptmann der Provinz Westfalen, Landesfürsorgeverband, Unterbringung von Alkoholkranken (Trinkern) in der Trinkerheilstätte auf dem »Westhof« bei Benninghausen, Münster 1929

166) ebd.: Verwaltungsberichte der Stadt Bielefeld 1951, 1954, 1957, Abschnitt Gesundheitswesen

167) ebd.: Internationaler Guttemplerorden, Distrikt Ostwestfalen, Arbeitsbericht des Distrikts Ostwestfalen und Lippe im Deutschen Guttemplerorden für das Jahr 1952

168) ebd.: Erster Geschäftsbericht (April 1910–1911) der Zentrale der Trinkerfürsorge Münster i.W.

169) ebd.: Grundsätze der Landes-Versich.anstalt Westfalen für die Übernahme der Heilfürsorge bei Alkoholkrankheit

170) ebd.: Centrale der Trinkerfürsorge Münster i.W., Bericht über die Tagung der Westfälischen Trinkerfürsorgestellen am 8. Februar 1911 zu Münster i.W.

Hauptarchiv der von Bodelschwingschen Anstalten Bethel, Teilanstalt Eckardtsheim

171) SLG.BV 1B: Wo finden Opfer des Alkohols verständnisvolle Aufnahme und Hülfe? Bielefeld 1888

172) ohne Sign.: Informationshefte über »Wilhelmsdorf« (1888?) sowie über die Trinkerheilstätten »Friedrichshütte« und »Thekoa« in Eckardtsheim bei Bielefeld (1926)

173) ohne Sign.: TÜRPITZ, Eckardtsheim im Dienst an alkoholkranken Menschen, DERS., Zur Geschichte des Hauses »Friedrichshütte«, DERS., Zeittafeln zu »Alkoholiker-Arbeit« (Suchtkrankenhilfe), »Friedrichshütte«, »Fichtenhof/Friedrich-Wilhelms-Hütte«, »Eichhof«, »Thekoa mit Gemeindesaal«, »Heidegrund/Wilhelmshütte«, o.O., o.J.

Archiv des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe

174) Best. 663 D 8 – Nr. 149: Amts-Blatt der Königl. Regierung zu Münster, Nro. 20, Münster, den 20. Mai 1826

175) 60–21/07: Generalstaatsanwalt in Hamm, Ausführung des Reichsgesetzes über Massregeln der Sicherung und Besserung vom 24.11.1933 – »Die Trinkerheilstätte Westhof in Benninghausen, Kreis Lippstadt, für die Unterbringung von Männern und Frauen in einer Trinkerheilanstalt«

176) Best. 602 Az 60–300516: Information der Landespflegeanstalt Benninghausen an die Beratungsstelle für Suchtkranke in Paderborn über die Möglichkeit der Aufnahme von Trinkern in die Anstalt vom 19.4.1947

177) ebd.: Verwaltung des Provinzialverbandes Westfalen, Mitteilung über die Einrichtung einer Abteilung für Trinker in der Landespflegeanstalt Benninghausen vom 31.8. und 8.9.1949

178) Best. 601 C 60 Nr. 432: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Beihilfe für trinkerfürsorgerische Arbeiten, vom 29.9.1950, angefügt »Über die Bedeutung der Trinker- und Suchtkrankenfürsorge«

179) Best. 601 C 60 Nr. 502: Rundschreiben an die in der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft gegen die Suchtgefahren zusammengeschlossenen Verbände, Ausbau der Fürsorge für Suchtkranke in Westfalen, o.O., o.J.

180) Best. 602 Az 60 – 300516: Landespflegeanstalt Benninghausen, Mitteilung über die Erweiterung der Abteilung für Trinker von 35 auf 60 Plätze sowie der Einrichtung einer Abteilung für alkoholranke Frauen mit 10 Plätzen vom 13.6.1950

181) ebd.: Verband deutscher Trinkerheilstätten, Fragebogen bezüglich Landespflegeanstalt Benninghausen vom 12.1.1951

182) ebd.: Landschaftsverband Westfalen Lippe, Aufnahme von Süchtigen in die Landesheilanstalten vom 11.9.1954

183) Best. 601 C 60 Nr.432: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Unterbringung von Süchtigen zusammen mit Geisteskranken in Heil- und Pflegeanstalten, vom 10.2.1954

184) ebd.: Kreisarbeitsgemeinschaft gegen die Suchtgefahren für den Stadt- und Landkreis Bielefeld, »... (Trennung) der noch aussichtsvollen Fälle von den psychisch und sozial oft stark abgesunkenen Insassen der Trinkerabteilung« vom 28.1.1955 und Begleitschreiben des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe vom 15.2.1955

185) Best. 663 D 8 – 104: Landespflegeanstalt Benninghausen, Behandlung von Trinkern in Benninghausen vom 10.3.1955

186) Best. 602 Az 602101: Landschaftsverband Westfalen-Lippe und Landespflegeanstalt Benninghausen, Informationsschreiben an verschiedene Gesundheitsämter in Westfalen bzgl. der Einrichtung einer Trinkerabteilung in Benninghausen und der dortigen Unterbringungsmöglichkeiten, vom 20.9.1947, 15.12.1949, 16.4.1950, 11., 15. und 27.12.1956, 2.3. und 13.3.57 sowie vom 25.10.57.

187) Best. 601-C 60 Nr. 502: Stadtverwaltung Dortmund, Gesundheitsamt, Entziehungskuren durch die Landesversicherungsanstalten, vom 10.3.1955

188) ebd.: Deutscher Städtetag, Entziehungskuren für Trinker, Köln 16.3.1955

189) ebd.: Landesversicherungsanstalt Westfalen, Übernahme von Kosten für die Durchführung von Entziehungskuren bei Trinkern, Münster 24.5.1955

190) ebd.: (Tagung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe), Bemerkungen zu dem Referat »Welche Aufgaben erwachsen uns aus dem Gesetz über Zuständigkeiten auf dem Gebiete des Fürsorgerechts vom 28.5.1958«, o.J.

191) 60 – 21/01: Westfälisches Landeskrankenhaus Dortmund, Unterbringung von Alkoholsuchtkranken, vom 19.4.62

192) ebd.: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Abt. Sozialhilfe, Aufnahme Suchtkranker zur Anstaltsbehandlung bzw. Entziehungskur auf freiwilliger Basis, vom 8.10.1963

193) ebd.: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Abteilung Gesundheitswesen, Anordnung, »daß Suchtkranke in Landeskrankenhäuser nur wegen deliranter Zustände oder wegen schwerer akuter und chronischer psychischer Störungen, aber keinesfalls zum Zweck eine Entziehungskur aufgenommen werden dürfen«, vom 5.9.1966

194a) 60 – 21/04: Erfassung von Suchtkranken in den Westfälischen Landeskrankenhäusern vom September 1966

194b) Best. 602 Az 60 – 21/01: Schreiben eines Vormundes an das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen in Düsseldorf vom 15.4.1975

Archiv der Klinik Schloss Haldem

195) ohne Sign.: Zeittafeln zur Entwicklungsgeschichte von Schloss und Klinik Schloss Haldem

196) ohne Sign.: Klinikinterne Anordnungen und Aushänge Dr. Dobra

Archiv der Bernhard-Salzmann-Klinik Gütersloh

197) ohne Sign.: Konzeptionelle Darstellungen der Arbeit

198) ohne Sign.: Schriftwechsel des Klinikleiters, Dr. Marx, mit dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe 1966–1978

199) ohne Sign.: Veröffentlichungen in der örtlichen und regionalen Presse über das Thema »Sucht« und Aktivitäten der Bernhard-Salzmann-Klinik 1967–1978

Archiv des Evangelischen Johanneswerkes e.V.

200) ÖA, Nr. 50: Presseinformation – Einweihung der Kurklinik am Hellweg (Heilstätte für alkohol- kranke Männer) in Lipperreihe am 25. Juli 1966

201) ebd.: Ebd., – aus der Sicht des leitenden Arztes Dr. Sandmann

202) ebd.: »Eine Trutzborg gegen die Trunksucht« – Zwischen Rhein und Weser» – »Westfalen- Zeitung« v. 20.6.1964

Interviews

- 219) Dr. H. Marx, ehem. Leitender Arzt der Bernhard Salzmänn-Klinik, München 8.9.97
- 220) Herr Barkowsky und Herr Mimbach, Herr Voss, ehem. Pflegedienstleiter in der Klinik Schloss Haldem, ehem. Verwaltungsleiter, Haldem 12.3.98
- 221) Herr G. Buthke, ehem. Leiter des Pflegedienstes in der Klinik Schloss Haldem und in der Landesheilstätte Gütersloh (Bernhard Salzmänn-Klinik), Gütersloh 18.3.98
- 222) Frau A. Prager-Andresen, Dipl.-Psych., Therap.Leutung der Abteilung, Sucht-Rehabilitation »Stillenberg« der Westf. Klinik Warstein, Warstein 13.8.98
- 223) Herr V. Dsehrwit, ehem. Leiter des Pflegedienstes der Trinker(Landes)heilstätte Gütersloh, (Bernh. Salzmänn-Klinik), Gütersloh 4.11.98
- 224) Herr L. Schwede, Dipl.-Psych. an der Westf. Klinik Gütersloh, Gütersloh 7.11.98
- 225) Herr H. Hamers, Sozialarbeiter an der Westf. Klinik Gütersloh, Gütersloh 10.11.98
- 226) Herr O. Garthe, Oberpfleger an der Westf. Klinik Gütersloh, Gütersloh 16.11.98
- 227) Herr R. Snethlage, Leitender Arzt an der Westf. Klinik Gütersloh, Gütersloh 17.11.98
- 228) Herr U. Borchert, Dozent an der Kath. Fachhochschule in Münster, Gütersloh, Münster 18.11.98
- 229) Herr E. Scharner, ehem. Sozialarbeiter in der Suchtberatungsstelle des Kreises Gütersloh, Gütersloh 19.11.98
- 230) Frau R. Buthke, ehem. Krankenschwester im Suchtbereich des Landeskrankenhauses Gütersloh, Gütersloh 23.11.98
- 231) Herr H. Löhner, Freundeskreise der Suchtkrankenhilfe im Kreis Gütersloh, Gütersloh 24.11.98
- 232) Herr E. Diekmann, Blaues Kreuz Gütersloh, Gütersloh, 24.11.98
- 233) Frau R. Elpers, Leitende Pflegekraft an der West. Klinik Gütersloh, Gütersloh 25.11.98
- 234) Frau I. Wrachtrup, Sozialarbeiterin in der Suchtberatungsstelle am Gesundheitsamt der Stadt Bielefeld, Bielefeld 3.12.98
- 235) Frau H. Stimpfle, Oberschwester beim »Verein für Rehabilitation«, Gütersloh 14.12.98
- 236) Herr H. Nussbaum, ehem. Dipl.-Psych. am Landeskrankenhaus Gütersloh, Hannover 20.12.98
- 237) Frau M. Hoppe, Oberschwester an der Westf. Klinik Gütersloh, Gütersloh 22.12.98
- 238) Herr Th. Welter, Dipl.-Psych. an der Westf. Klinik Gütersloh, Gütersloh 30.12.98

239) Herr D. Koster, Therapeutischer Leiter der Wohngruppe für Drogenabhängige in Casum, Borgholzhausen 8.1.99

240) Herr J. Schildknecht, Sozialarbeiter in der Drogenberatungsstelle der Stadt Gütersloh, Gütersloh 20.1.99

241) Herr R. van Spankeren, Diakonisches Werk, Arbeitsgemeinschaft Suchtkrankenhilfe, Münster 16.2.2000

242) Herr und Frau Engel, Guttempler-Gruppe Versmold, Versmold 7.2.2000

243) Herr W. Kersting, Caritasverband für das Erzbistum Paderborn, Paderborn 29.2.2000

244) Herr Stratmeier, Pastor, ehem. Sozialarbeiter beim Diakonischen Werk in Herford, Löhne 8.3.2000

245) Herr H. Sitzer, Kreuzbund-Gruppe Lippstadt, Lippstadt 16.3.2000

246) Herr Borcheld, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Landesverband NRW, Blomberg 24.3.2000

247) Herr Lenzen, ehem. Leiter der Arbeits- und Kreativtherapie in der »Klinik am Hellweg« in Oerlinghausen, Oerlinghausen 6.7.2000

248) Frau Dr. Sandmann, ehem. Ärztin in der »Klinik am Hellweg« in Oerlinghausen, Osnabrück 6.8.2000

249) Herr S. Weitzel, Kreuzbund Schmallenberg, Schmallenberg-Holthausen 2.5.2002

250) Herr K.-J. Fischer, Psychiatrie- und Suchtkoordinator des Hochsauerlandkreises, Schmallenberg-Holthausen 2.5.2002

Abbildungsverzeichnis

S. 10: »Bekanntmachung des Königl. Oberpräsidenten«, vergl. 174) Amts-Blatt der Königl. Regierung zu Münster, Nro. 20, Münster, den 20. Mai 1826

S. 13: Enthaltensamkeitserklärung von Herrn Strottmann aus Enger vom 15. Dezember 1868, vergl. 150) Stadtarchiv Herford A590/591, Bekämpfung der Trunksucht/Trinkerheilstätten

S. 18: »Kalender des Blauen Kreuzes, 1885«, vergl. 70) KLEMENT, H., Das Blaue Kreuz in Deutschland, S. 33

S. 20: »Volksfreund – Organ des Kreuzbündnisses, Verein abstinenter Katholiken, Jahrgang 1910«, vergl. 73) Kreuzbund Hamm, S. 6

- S. 21: »Deutscher Gut-Templer, Zeitschrift zur Förderung der Totalenthaltssamkeit, Flensburg, Sonntag, den 15. Januar 1899«, vergl. 49) GLÄSS, Th., BIEL, W. S. 32
- S. 26: »ehemaliges Zisterzienserinnenkloster, erbaut 1721–1725« (Benninghausen), vergl. 51) GUNGA, M., S. 231
- S. 28: Die Commission des Westf. Städtetages für Förderung der Bestrebungen des deutschen Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke, Archiv des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, 102/224
- S. 33: »Kirche, Pfarrhaus und Asyl« (Lintorf bei Ratingen), vergl. 75) KRUSE, ROCHA, S. 3
- S. 37: »Wilhelmsdorf«, v. Bodelschwingh'sche Anstalten bei Bielefeld, vergl. 172) Informationshefte über »Wilhelmsdorf«
- S. 41: Entwurf zum Neubau einer Trinkerheilanstalt in Maria Veen, Münster Mai 1901, vergl. 108) Verein für katholische Arbeiterkolonien in Westfalen, S. 109
- S. 46: Heilstätte »Ellikon« bei Zürich, vergl. 97) REIMANN, A., S. 30
- S. 49: Heilanstalt »Elim« bei Herford, vergl. 155) C 94, »Die Trinkerheilanstalt Elim in Diebrock«
- S. 52: »Lageplan der Irrenanstalt in Ellen bei Bremen.« um 1900, vergl. 35) Engelbracht, G., Tischler, A., S. 14
- S. 54: »Die Abstinenz in Irrenanstalten«, vergl. 22) Delbrück, A., S. 449
- S. 60: »Antrags-Begründung des Bezirksvereins Bielefeld des Deut. Vereins gegen Mißbrauch geistiger Getränke betreffend die Errichtung von Trinkerheilanstalten in der Provinz Westfalen«, Archiv des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe
- S. 62: »Vortrag betreffend die »Errichtung von Trinkerheilstätten und Trinkerasylen durch die Provinz«, vergl. 88) Möller, K., S. 1
- S. 66: Bezeichnung des Lagerarbeiters Herrn Gottlieb Niewöhner zu Enger als »Trunkenbold« am 15. November 1906, vergl. 154) Stadtarchiv Herford
- S. 73: »Bericht über die Tagung der westfälischen Trinkerfürsorgestellen am 8. Februar 1911 zu Münster i.W.«, vergl. 170)
- S. 79: Universitäts-Nervenklinik Münster, »Nahaufnahme vom Westring« aus, vergl. 67) Kehrer, A., Bildanhang
- S. 81: »Hauptgebäude der Westfälischen Provinzialheilanstalt« in Gütersloh, Murken, A.H., Hermann Simon – Wegweisend für die moderne Psychotherapie, in »Gütersloher Beiträge zur Heimat- und Landeskunde«, Gütersloh Januar 2000
- S. 83: »Hermann Simon in seinem Arbeitszimmer«, vergl. Murken, A.H., a.a.O., S. 1549

- S. 85: »Blaukreuz-Hof in Eilmsen bei Soest, Postkarte aus dem Jahr 1906«, vergl. 70) Klement, H., S. 68
- S. 90: »Trinkerfürsorgestelle des DVMG, Hamburg, Ringstraße 15«, vergl. 55) Hauschildt, E., S. 48
- S. 96: »Flugblatt gegen den Alkoholismus aus den zwanziger Jahren«, vergl. 96) Pross, C., Winau, R., S. 131
- S. 97: »Das Gesundheitsamt Tiergarten in der Turmstraße«, vergl. 96) a.a.O., S. 125
- S. 99: »Hier trägst Du mit«, vergl. 61) Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, S. 41
- S. 101: »Zur Aufklärung über das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933.«; vergl. 95) Projektgruppe Volk und Gesundheit, S. 147
- S. 106: »Betrifft: Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs. Ohne Erlaß.«, vergl. 25) Der Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Bielefeld
- S. 109: »Betr.: Sammeltransporte aus der Landesheil- und Pflegeanstalt Wunstorf«, vergl. 39) Finzen, A., S. 74
- S. 110: »Euthanasie«-Erlaß vom 27. August 1940, vergl. 95) a.a.O., S. 69
- S. 111: »Blick auf den Klosterbau und den Tötungstrakt (1941 oder 1942)« der Anstalt Hadamar, vergl. 95) a.a.O., S. 96
- S. 115: »Betr.: Beihilfe für trinkerfürsorgerische Arbeiten.« 29.9.1950, vergl. 178) Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren
- S. 119: »Betrifft: Ausbau der Fürsorge für Suchtkranke in Westfalen.«, vergl. 179) Rundschreiben ...
- S. 127: »Betrifft: Behandlung von Trinkern in Benninghausen.«, 10. März 1955, vergl. 185) Landespflegeanstalt Benninghausen
- S. 128: Westfälische Klinik Schloß Haldem, vergl. 195) Sponer, Geschichte des Schlosses Haldem, Haldem o.J.
- S. 131: »Aushang« Dr. Dobra, vergl. 196) Klinikinterne Anordnungen und Aushänge Dr. Dobra
- S. 137: »Jetzt auch »Fachpfleger für Suchtkranke« (1970), vergl. 199) a.a.O.
- S. 138: »Suchtkranke bilden eine Wohngemeinschaft«, 10.3.1976, »Nachtambulanz für Alkoholiker zieht erfolgreiche Bilanz« 12.3.1976, vergl. 199) a.a.O.
- S. 140: »Eine Trutzburg gegen die Trunksucht«, 20.6.1964, vergl. 200) Presseinformation – Einweihung der Kurklinik am Hellweg

- S. 143: »Ansicht des Westf. Landeskrankenhauses Warstein – Arbeit eines Patienten in der kreativen Beschäftigungstherapie«, vergl. 11) Böckmann, M., 75 Jahre Westfälisches Landeskrankenhaus Warstein
- S. 145: »Drogenbehandlung in Warstein: Viel Zeit und Zuwendung nötig – Persönlichkeit muß nachreifen«, vergl. 199), a.a.O.
- S. 147: »Klinik half Tausenden aus dem Teufelskreis der Sucht«, vergl. »Verrückte Welten« – Behinderte und Heilfürsorge in Westfalen, S. 247, Schmallenberg 2002
- S. 150: »Demokratischer Führungsstil als Grundlage eines Konzeptes«, 4.10.1974, vergl. 199) a.a.O.
- S. 153: »Erfahrungen in einem Suchtkrankenbereich im psychiatrischen Landeskrankenhaus und daraus resultierende neue Konzepte«, vergl. 125) Schwede, L., Hamers, H., in »Gütersloher Fortbildungswoche 1973«, S.81
- S. 157: »Walter Schulte-Haus« des Landeskrankenhauses Gütersloh, Priv. Aufnahme 1984
- S. 159: »Konzept einer gemeindenahen Suchtkrankenbehandlung im Kreise Gütersloh (nach der Sitzung vom 2.7.81)«, Priv. Unterlagen 1981
- S. 163: »Casum 12«, Therapeutische Wohngruppe für Drogenabhängige Casum, priv. Aufnahme
- S. 164: »Holthäuser Mühle«, vergl. »Therapiekonzept Holthäuser Mühle«, Schmallenberg, o.J.
- S. 167: »Beratungsstelle der Caritas wieder besetzt: Suchtkranken kann jetzt gezielt geholfen werden«, 8.1.1977, vergl. 199) a.a.O.
- S. 168: »Neue Beratungsstelle auf Kreisebene hilft den Alkoholkranken jetzt zentral«, 19.9.1975, vergl. 199) a.a.O.
- S. 171: »DROBS – Anlaufstelle für alle, die von der Droge wegwollen«, 11.9.1976, (vergl. 199) a.a.O.
- S. 177: »Freundeskreis der Abstinenzler verstärkt sein Hilfsangebot: Neuheit: Beratungsstunden und umfassende Telefonfürsorge« (1976), vergl. 199) a.a.O.
- S. 178: »Begegnungszentrum Roonstraße der Selbsthilfegruppen im Kreis Gütersloh«, Priv. Aufnahme
- S. 184: »Ernst Herhaus, Kapitulation – Aufgang einer Krankheit«, vergl. 95) Herhaus, E.
- S. 185: »Alkohol im Dienst verbieten – Gute Firmenerfahrungen – Konferenz über Suchtgefahren in Berlin« (1978), vergl. 83) Maul, D., S. 294
- S. 190: »Psychiatrische Versorgung in Westfalen (1985)«, vergl. 104) Tölle, R., S. 139