

Ein Großkrankenhaus entsteht

Einige Aspekte zu Planung und Bau der Landesklinik Nordschwarzwald in Hirsau¹

Reinhold Späth, Hirsau

Einleitung

„Am 27. Januar 1975 war der erste Patient aufgenommen worden“. Ein lapidarer Satz für einen großen Moment, nämlich für die Geburtsstunde der Landesklinik Nordschwarzwald in Calw-Hirsau, den die Krankenhausleitung zum 10. Geburtstag der Klinik formuliert hatte (Vorwort zum Jahresbericht 1985). Weiter heißt es dort rückblickend: *„Schon während der ganzen Planungszeit war das Objekt Hirsau in Öffentlichkeit und Fachwelt äußerst umstritten. Gewiss lag die Klinik geographisch zentral in dem vorgesehenen Einzugsgebiet, jedoch sehr isoliert und sicherlich nicht gemeindenah. Die Eröffnung der Klinik erfolgte zu einem Zeitpunkt, als sich die sozialpsychiatrischen Strömungen in ideologische Höhen verstiegen hatten, als „Gemeindenähe“ als das Allheilmittel in der psychiatrischen Behandlung angesehen wurde.*

Hinzu kam, dass allgemein ein großer Mangel an Pflegekräften bestand, auch an Assistenzärzten gab es einen Mangel.

So stellte sich damals in der Tat die Frage, ob sich die Klinik überhaupt würde betreiben lassen.

Rückblickend können wir alle, die früheren und die jetzigen Mitarbeiter und die Klinikleitung, mit Stolz sagen: „Es ist gelungen“.

Es ist heute rückblickend kaum noch darzustellen, mit welchen Schwierigkeiten wir alle zu kämpfen hatten, dem Mangel an geeignetem Personal, den ideologischen Anfeindungen von innen und außen, dem finanziellen Druck mit der Notwendigkeit, die Klinik so schnell wie möglich voll in Betrieb nehmen zu müssen sowie den Misslichkeiten, die sich daraus ergaben, dass die Bautätigkeit in der Klinik noch voll im Gang war und zu vielen Improvisationen zwang.

Aber gerade all diese Schwierigkeiten waren es wohl, die den besonderen Stil der Landesklinik Nordschwarzwald und die Einstellung der Mitarbeiter nicht unwesentlich geprägt haben: Engagement, konstruktive Zusammenarbeit, das Mitdenken eines jeden Einzelnen, Offenheit im Umgang miteinander und die Bereitschaft, sich nicht mit dem einmal Geschaffenen zufrieden zu geben, sondern die bestehenden Strukturen immer wieder neu zu überdenken und den sich wandelnden Bedürfnissen und Notwendigkeiten anzupassen und nach den Erkenntnissen der Wissenschaft weiter zu entwickeln. ...“

passen und nach den Erkenntnissen der Wissenschaft weiter zu entwickeln. ...“

Es ist in diesem Rahmen nicht möglich, Planung, Bau und Inbetriebnahme der Landesklinik Nordschwarzwald in allen Facetten darzustellen. Ich möchte deshalb nur einige Aspekte herausgreifen, die die Realisierung dieses Großprojekts rückblickend erlebbar machen sollen. Mein Aufsatz gliedert sich in folgende Abschnitte:

1. Ausgangslage
2. Fachspezifische Aspekte
3. Grundsätzliches zum therapeutischen Bedarf
4. Die Standortfrage
5. Planungs- und Baugeschichte.

1. Ausgangslage

Die Geschichte der Psychiatrie in der Bundesrepublik war auch nach dem 2. Weltkrieg zunächst noch durch traditionelle Denkweisen geprägt, wie zum Beispiel:

- In psychisch kranken Menschen wurden Irre und Geisteskranke gesehen, welche gefährlich und lästig waren und vor denen man Angst haben musste. Das war noch das Erbe nicht nur, aber doch vorwiegend schrecklicher, nur wenig zurückliegender Zeiten.
- Psychisch kranke Menschen waren infolge dessen möglichst weit entfernt von menschlichen Ansiedlungen sicher unterzubringen.

Diese Aussagen sind falsch, ungeachtet dessen, dass solches Denken früher auch bei Fachleuten anzutreffen war – wobei ich mich natürlich vor Verallgemeinerungen hüten möchte. Doch auch manche Ärzte, welche ihren Auftrag mit hohem ethischen Anspruch, mit Liebe und mit Hingabe verrichteten, taten dies mit der Vorstellung, dass psychisch kranke Menschen nur abgegrenzt von der Gesellschaft Sicherheit, Ruhe, Besserung, vielleicht auch Heilung finden könnten. Bewahrung führt aber zur Verwahrung, zur „Verwahrpsychiatrie“.

Tendenziell bedeutete das: wenige große Psychiatrische Landeskrankenhäuser meist in abgelegenen Regionen mit langen Verweildauern und der Tendenz

zur Verwahrung anstelle entlassungsorientierter Behandlung². Die moderne psychiatrische Medizin steckte bei uns damals noch in den Kinderschuhen. Fortschritte vor allem in den angelsächsischen und skandinavischen Ländern wurden in Deutschland zwar erkannt, aber kaum übernommen.

Kein Wunder, dass in den gesellschaftlich bewegten 60er und 70er Jahren der Ruf nach grundlegender Verbesserung der psychiatrischen Versorgung laut wurde. Eine Herausforderung an die Gesellschaft: lieb gewonnene, bequeme Denkstrukturen sollten „ad acta“ gelegt, eine moderne, mutige Psychiatrie gewagt werden. Man könnte es in etwa so formulieren: Psychisch kranke Menschen sind Teil der Gesellschaft, sie leben in und nicht neben oder außerhalb der Gesellschaft. Psychiatrische Kliniken müssen also möglichst gemeindenah sein, d.h. sie müssen vom Wohnort aus gut erreichbar sein und den Kranken in der Klinik angemessene Kontakte zum umgebenden bürgerschaftlichen Leben ermöglichen. Außerdem müssen die Kliniken in ihrer Größe und inneren Struktur ein differenziertes diagnostisches und therapeutisches Angebot anbieten. In diese Zeit des Umbruchs fielen Planung und Bau einer neuen psychiatrischen Klinik³ im Lande Baden-Württemberg.

Die psychiatrische Versorgung im Lande wurde bis zur Inbetriebnahme der Landesklinik Nordschwarzwald wahrgenommen von

- 8 Psychiatrischen Landeskrankenhäusern mit 8.370 Betten = 75,0 %
 - 3 Psychiatrischen Universitätskliniken mit 560 Betten = 5,0 %
 - 5 sonstigen öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern (Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern) mit 454 Betten = 4,1 %
 - 7 frei-gemeinnützigen Krankenhäusern mit 1.170 Betten = 10,4 %
 - 4 Privatkrankenhäusern mit 591 Betten = 5,5 %
- Zusammen sind das 11.145 Betten 100,0%

Von einer dezentralen Versorgungsstruktur konnte damals keine Rede sein; rund zwei Drittel aller psychiatrischen Betten waren in Fachkrankenhäusern im Süden des Landes konzentriert. Dieser Zustand hatte jedoch mit der Bevölkerungsverteilung im Lande nichts zu tun, denn besonders der Raum westlich von Stuttgart hin bis Karlsruhe war benachteiligt, weil nur etwa 15 % der psychiatrischen Krankenhausbetten in diesem dicht besiedelten Gebiet lagen⁴.

Zur allgemeinen Lage der Psychiatrie ist schließlich zu bemerken, dass sie infolge der sträflichen Vernach-

lässigung insbesondere in der Zeit von 1933 bis 1945 als ausgesprochen schlecht zu bezeichnen war. Dieser unhaltbare Zustand wurde im Land Baden-Württemberg durch ein großzügiges Nachhol- und Aufbauprogramm bekämpft, das hoher Anerkennung bedarf.

Die neue Klinik in Hirsau – so wird man sagen können – war also im Interesse der Kranken und ihrer Angehörigen im zukünftigen Aufnahmegebiet der Landkreise Böblingen und Calw, des Enzkreises und des Stadtkreises Pforzheim zwingend notwendig und kann bei überregionaler Betrachtungsweise als wichtiger Markstein auf dem Wege zu einer modernen dezentralen Psychiatrie bezeichnet werden.

2. Fachspezifische Aspekte

Es steht außer Frage, dass die Errichtung eines neuen Großkrankenhauses gründlichster Vorarbeit bedurfte. Da waren Bedarf und Standort, Diagnostik und Therapie, innere Struktur und äußere Einbindung sowie bauliche Struktur und finanzielle Absicherung zu klären.

Zunächst wurde nach umfassender interner Fachdiskussion der „Entwurf eines Funktions- und Raumprogrammes“ erstellt, welches danach einer Prüfung durch nicht weniger als dreizehn Fachgutachter unterzogen wurde. Das geschah Ende 1962, nachdem der Landtag von Baden-Württemberg am 15. März 1962 beschlossen hatte, zur psychiatrischen Versorgung des Gebietes westlich von Stuttgart eine Klinik zu bauen. Nachfolgend werden die wesentlichen Argumente zusammenfassend dargestellt.

Zur Standortfrage:

Der Standort Hirsau (Lützenhardter Hof) wurde von den Gutachtern allgemein für qualifiziert erachtet, wobei Gesichtspunkte wie „ruhige Lage“, „Abgeschiedenheit“, „zentrale Lage im Aufnahmegebiet“ vorgebracht wurden. Es kamen aber auch kritische Stimmen, welche eine größere Nähe zu den Bevölkerungsschwerpunkten Stuttgart, Böblingen/Sindelfingen/Leonberg oder Pforzheim forderten. Auf die Standortfrage werde ich in anderem Zusammenhang noch zu sprechen kommen.

Zur Größe und Gliederung des Krankenhauses:

Das Raum- und Funktionsprogramm von 1962 sah eine Krankenhausgröße von gut 1000 Betten vor, wobei man damals von einer Verwirklichung in zwei (vielleicht auch drei) Stufen ausging. Die 1962 konzipierte Gliederung ergibt sich aus dem nachfolgenden „Funktionsschema für ein psychiatrisches Krankenhaus in Hirsau“:

Therapiebereich I

Privatstation	
Gemischte Station	24 Betten
Offene Abteilung	
2 offene Stationen à 30 Betten	60 Betten
Aufnahmekrankenhaus	
2 ruhige Wachstationen Frauen	60 Betten
2 ruhige Wachstationen Männer	60 Betten
1 offene gemischte Station	<u>30 Betten</u>
zusammen	150 Betten
Neurologie	
Station für Frauen	30 Betten
Station für Männer	<u>30 Betten</u>
zusammen	60 Betten
Jugendliche	
Station für männliche Jugendliche	20 Betten
Station für weibliche Jugendliche	20 Betten
Station für Kinder	<u>30 Betten</u>
zusammen	70 Betten
Alterskranke	
vorwiegend Behandlung Frauen	35 Betten
vorwiegend Behandlung Männer	35 Betten
vorwiegend Pflege (2x35 Betten) Frauen	70 Betten
vorwiegend Pflege (2x35 Betten) Männer	<u>70 Betten</u>
zusammen	210 Betten
Unruhige Abteilung	
Behandlungsstation für Frauen	35 Betten
Behandlungsstation für Männer	35 Betten
Pflegestation für Frauen	35 Betten
Pflegestation für Männer	<u>35 Betten</u>
zusammen	140 Betten

Therapiebereich II

2 gemischte Stationen	80 Betten
2 Stationen für Frauen	70 Betten
2 Stationen für Männern	70 Betten
1 ruhige Wachstation für Frauen	35 Betten
1 ruhige Wachstation für Männer	<u>35 Betten</u>
zusammen	290 Betten

Dieses 1004 Betten umfassende Raum- und Funktionsschema war von Gutachterseite sehr differenziert diskutiert worden. Dabei ging es zunächst um die Größe überhaupt. Für alle war klar, dass die Versorgung psychisch kranker Menschen im Gebiet westlich von Stuttgart dringend verbessert werden musste. Es wurde vorgebracht, dass die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) genannte Krankenhausgröße mit 300 Betten nicht einmal den allerdringend-

sten Bedarf im geplanten Einzugsbereich decken könnte, was aus damaliger Sicht zweifellos richtig war. Jedoch wurde aber eine Bettenzahl von etwa 1000 als zu hoch und damit nicht mehr zeitgemäß angesehen. Ein damals ausgesprochen moderner, zukunftsorientierter Gedanke war, anstelle eines Großkrankenhauses vier kleinere Einheiten ortsnahe mit je 250 Betten zu bauen. Andere Gutachter waren aus den verschiedensten Gründen, die hier nicht erörtert werden können, mit dieser Zahl (nämlich 1000 Betten) durchaus einverstanden. Die Absicht des Landes Baden-Württemberg, die Klinik in zwei Abschnitten zu bauen, mag den Wunsch genährt haben, der zweite Abschnitt werde vielleicht nie gebaut werden müssen. Weitgehende Übereinstimmung gab es darüber, in den großen Städten des Einzugsbereichs flankierende außerstationäre Einrichtungen zu schaffen (ein damals moderner Gedanke, der heute verwirklicht ist). Die Entscheidung lief schließlich darauf hinaus, wie ursprünglich geplant eine Klinik mit ca. 1000 Betten in zwei Bauabschnitten zu bauen. Rückblickend stellen wir heute fest, dass sich, insbesondere durch den sinnvollen Verzicht auf die Unterbringung chronisch Kranker, der zweite Bauabschnitt als nicht mehr erforderlich erwiesen hat.

Zur fachlichen Gliederung:

Das o.g. Schema zeigt ansatzweise eine differenzierte Gliederung, wobei einige Besonderheiten zu erkennen sind, so zum Beispiel:

- Gliederung nach Behandlungs- und Pflegeintensität, weniger nach diagnostischen- oder therapeutischen Kriterien (Beispiel: keine gesonderten Behandlungseinheiten für Suchtkranke),
- Einordnung der Versorgung Alterskranker schwerpunktmäßig unter pflegerischen Gesichtspunkten,
- starke Betonung der Versorgung von chronisch Kranken,
- weit überwiegende Trennung nach Geschlechtern,
- Betonung der kustodialen Verantwortung⁵.

Von Gutachterseite wurden Bedenken und Anregungen vorgebracht, welche eine Vielzahl von Einzelatbeständen wie Geschlechtertrennung, Suchtbehandlung, Trennung von akut und chronisch Kranken, offene und geschlossene Stationen u.a., nicht jedoch die Gesamtkonzeption betrafen.

Im Ergebnis kann man sagen, dass Planer und Gutachter sehr sorgfältig gearbeitet haben. Dass infolge der gewandelten Einstellung zum psychisch kranken Menschen, infolge des medizinischen Fortschritts

und infolge einer daraus resultierenden besseren Personalausstattung die innere Gliederung der Klinik schon während der Bauzeit und nach der Inbetriebnahme ein völlig anderes Gesicht erhalten musste und auch tatsächlich erhielt, sei dankbar erwähnt.

3. Zum geänderten therapeutischen Bedarf

Wie bereits angedeutet: Planung, Bau und Inbetriebnahme des Krankenhauses, das entsprechend des Beschlusses des Landtags von Baden-Württemberg vom 15. März 1962 westlich von Stuttgart liegen sollte, waren eine gewaltige Herausforderung für alle Beteiligten, nämlich für die Fachministerien und die staatliche Bauverwaltung, für die Architekten und Fachingenieure, für die zukünftige Betriebsleitung und nicht zuletzt für den Landtag selbst, der ja das Unternehmen zu finanzieren hatte⁶. Der ursprüngliche Bauentwurf (ohne die für die Ausstattung notwendigen Kosten) war auf immerhin 150 bis 180 Millionen DM veranschlagt worden, ein damals unerhört hoher Betrag.

Für die Klinik war es insofern ein Glücksfall, dass die zwar großzügige, im Grunde aber recht konservative und auf traditionellen fachlichen Ansichten fußende Planung (die ursprünglich beabsichtigte Struktur ist in Abschnitt 3 „Fachspezifische Aspekte abgedruckt) und schließlich auch der Bau selbst in die stürmische Entwicklungsphase der psychiatrischen Medizin in den 60er- und 70er-Jahren des 20. Jahrhunderts gierten. So – und nur so – war es möglich, aber auch dringend notwendig, dass der Bau und die fachliche Gliederung der Klinik den geänderten Anforderungen an eine moderne psychiatrische Fachklinik angepasst werden konnte. Ging es ursprünglich vor allem darum, den dramatischen Bettenmangel zu lindern, so stand bald, und zwar schon während der Bauphase, die Notwendigkeit im Vordergrund, etwas ganz Neues zu schaffen, nämlich ein therapeutisches Modell, das auf den nachfolgend aufgeführten drei Säulen ruhte:

1. ärztlich-medizinische Diagnostik und Behandlung einschließlich der Pharmakotherapie,
2. Berücksichtigung der sozialen Verhältnisse in Diagnostik und Behandlung (also Einführung sozialpsychiatrischer Aspekte),
3. Psychotherapie im weitesten Sinne.

Die Wahrung der grundgesetzlich geschützten Menschenwürde musste Ausgangspunkt und Ziel aller therapeutischen Bemühungen sein. Dazu gehörten die Freiheit des kranken Menschen zur eigenen Entscheidung und – falls erforderlich – Hilfe zur Überwindung vorhandener Hindernisse dazu. Eine tragfähige Beziehung zwischen dem Patienten und dem therapeutischen Umfeld (welches alle baulichen,

organisatorischen und personellen Aspekte in der Klinik umfasste) erhielt zentrale Bedeutung. Linderung des Leidens und Wiedereinführung in das soziale Umfeld waren selbstverständliche Ziele. Die scheinbare Antinomie (also ein Widerspruch in sich) zwischen der Verantwortung für die Sicherheit der Patienten einerseits (welche sich an das Personal richtete) und die Eigenständigkeit der Kranken andererseits musste im Behandlungskonzept und in der täglichen Praxis aufgelöst werden. Das erforderte vom therapeutischen Personal Bescheidenheit und Verzicht auf hoheitliches Denken.

Alle diese baulich und konzeptionell noch nicht oder kaum erprobten Ziele und Anforderungen mussten Konsequenzen auf die bauliche und organisatorische Struktur haben. Dass das nicht immer ganz einfach war, liegt auf der Hand, musste doch noch während der Bauphase in die bereits verbindliche Planung eingegriffen werden. Nachfolgend werden Punkte genannt, die erfolgreich verändert werden konnten:

- weitgehender Verzicht auf die Unterbringung von Patienten, die bei geringem therapeutischen Aufwand weit überwiegend der Pflege bedurften (sog. Pflegefälle)
- damit verbunden wesentliche Reduzierung der ursprünglich geplanten Bettenzahl
- regionalisierte Behandlung von Psychosekranken entsprechend der Gliederung des Einzugsgebiets in Stadt- und Landkreise anstelle der traditionellen, sich an der Schwere der Erkrankung orientierenden Behandlung
- spezielle Behandlungseinheiten für Neurose- und Suchtkranke,
- differenzierte psychiatrische und somatische Diagnostik⁷
- bedarfsorientiert gegliederte Therapieeinrichtungen wie Arbeits- und Beschäftigungstherapie (u.a. Verzicht auf die anderorts übliche industrielle Fertigung), Bewegungstherapie, Musiktherapie, Kunsttherapie
- Verzicht auf geplante, inzwischen aber als überholt erkannte Einrichtungen wie „Anstaltsfriedhof“, Landwirtschaft usw..

4. Die Standortfrage

Der Landespsychiatrieplan des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung von 1974⁸ hat zum Standort psychiatrischer Kliniken nochmals Stellung genommen und dabei die zwei nachfolgend geschilderten Thesen aufgestellt:

- Ein psychiatrisches Krankenhaus muss inmitten des Aufnahmegebiets liegen, also von Patienten und ihren Angehörigen gut erreichbar sein.

- Ein psychiatrisches Krankenhaus bedarf einer engen räumlichen Anbindung an die Gemeinde, so dass Kranke und Bevölkerung in stetem Kontakt leben können – ein Gesichtspunkt, der besonders für die Kranken von großer Bedeutung ist.

Zur Standortproblematik habe ich aus überregionaler und aus fachlicher Sicht schon im Abschnitt 2 „Fachspezifische Aspekte“ Stellung genommen. Für den Standort Hirsau kann man rückblickend sagen, dass zwar die Zentralität im Aufnahmegebiet (sieht man einmal von der schwerpunktmäßigen Verteilung der Bevölkerung ab) gegeben ist, dass aber die unmittelbare Ortsnähe nicht verwirklicht werden konnte. Bezogen auf die inzwischen dramatisch gesunkene Verweildauer im Krankenhaus wird dieser Sachverhalt rückschauend etwas anders, also positiver beurteilt werden können. Insgesamt gesehen wird der Standort der Klinik auf dem „Lützenhardter Hof“ aus heutiger Sicht durchaus als sachgerecht anzusehen sein.

Doch warum gerade der „Lützenhardter Hof“? Hätte es nicht genügend andere, den Ballungszentren näher

gelegene Flächen gegeben (diskutiert wurde u.a. auch ein Standort auf der anderen Seite des Nagoldtals zwischen Althengstett und Deckenpfronn)? Als uralter Klosterbesitz war der „Lützenhardter Hof“ in den Besitz des Herzogtums Württemberg und damit schließlich in Landesbesitz übergegangen⁹. Was lag da näher, als dessen weiträumiges Gelände für ein großes Bauvorhaben, welches ebendieses Land plante, bereitzustellen? Ein durchaus nachvollziehbarer Gedanke: erst recht, wenn sich die Entscheidung für diesen Standort mit den überregionalen und fachlichen Gesichtspunkten vereinbaren ließ.

Die Überlegung, das etwa 42 ha große Gelände des „Lützenhardter Hofes“ in Erwägung zu ziehen, muss schon sehr bald angestellt worden sein. Im Jahr 1961 bereits wurde die Gemeinde davon unterrichtet, dass im „Raum Lützenhardter Hof die Erstellung einer Irrenanstalt“ geplant sei, wie das im Hirsauer Gemeinderatsprotokoll vom 11. November 1961 sehr drastisch zum Ausdruck gebracht wurde. Die Reaktion des Gemeinderats war entsprechend, was aus damaliger Sicht durchaus verständlich war. Dass die Überlegungen vor Ort Ängste und Befürchtungen auslösten



Abb. 1: Luftaufnahme des Lützenhardter Hofes, als es noch keine Landesklinik Nordschwarzwald gab; heute stünde am linken Bildrand das Zentralgebäude.

Fotograf unbekannt

war nur zu verständlich, denn die erheblichen wirtschaftlichen Vorteile für die Region und den Faktor „Arbeitsplätze“ sah man damals weniger oder gar nicht. Auch dürfte die Entscheidung für den Standort Hirsau zu diesem Zeitpunkt im Grunde schon gefallen sein¹⁰. Ich zitiere aus einem Schreiben des damaligen Innenministers Dr. Filbinger an Bürgermeister Gloß vom 13. November 1961: „Der Landtag von Baden-Württemberg hat das Innenministerium mit Entschließung zum Staatshaushaltsplan 1961 ... beauftragt, Untersuchungen darüber anzustellen, wo ein neues psychiatrisches Landeskrankenhaus zu bauen ist. Nach dem Ergebnis dieser Untersuchungen hat das Innenministerium im Einvernehmen mit den anderen beteiligten Ministerien den Lützenhardter Hof als den geeignetsten Standort vorgeschlagen“. Wie konstruktiv und problemorientiert Bürgermeister und Gemeinderat von Hirsau mit diesem schwierigen Thema umgingen, lässt sich aus den Gemeinderatsprotokollen gut ablesen.

Einen Richtung weisenden Beschluss formulierte der Gemeinderat am 21. März 1962, indem er sich zunächst in sehr qualifizierter Weise Gedanken über die weitere Entwicklung des Ortes machte und diese in Wünsche und Forderungen an das Land präziserte. Zunächst ging es dabei unter anderem um die beengte Lage im Nagoldtal (Einbeziehung des Lützenhardter Hofes in die Ortsplanung), die notwendige Ausweisung von Bauland, den Kur- und Fremdenverkehr und den überbordenden Verkehrslärm. Die Forderungen an das Land bezogen sich im besonderen auf die Folgekosten durch den Bau eines Großkrankenhauses und Lasten aus seinem Betrieb, die Ausweisung von Bauvorratsland, den Bau einer Wohnsiedlung für das Krankenhaus im Anschluss an die Gemeinde Hirsau und die Förderung des Fremdenverkehrs durch finanzträchtige Maßnahmen.

Der Pressebericht im „Schwarzwälder Boten“ vom 16. September 1962, im Gemeinderat diskutiert, soll nachfolgend wiedergegeben werden:

„Bauplanung für Psychiatrisches Landeskrankenhaus beginnt 1963. Das Gelände auf dem Lützenhardter Hof bietet die günstigsten Voraussetzungen, sagt die Landesregierung.

Sofern die erforderlichen Haushaltsmittel vom Landtag bewilligt werden, soll die Bauplanung für ein neues Psychiatrisches Landeskrankenhaus auf der Staatsdomäne Lützenhardter Hof im Landkreis Calw im Jahr 1963 aufgenommen werden. Nach Mitteilung des Innenministeriums ist beabsichtigt, die Bauplanung einer freien Architektengruppe zu übertragen. Schon jetzt hat eine besondere Arbeitsgruppe die erforderlichen organisatorischen Voraussetzungen geschaffen und den ersten Entwurf eines Raum- und Funktionsprogramms erarbeitet. Mit dem Bau dieses Krankenhauses soll der Bettenmangel für psychisch

Kranke in den mittleren Teilen Badens und Württembergs, besonders aber im Ballungsraum Stuttgart-Pforzheim, behoben werden. Die Lage des neuen psychiatrischen Landeskrankenhauses wird es nach Ansicht des Innenministeriums auch ermöglichen, die Einzugsgebiete sämtlicher psychiatrischer Landeskrankenhäuser zweckmäßiger aufzuteilen und dadurch die Anreisezeit für Kranke und Besucher wesentlich zu verkürzen. Wie das Innenministerium weiter mitteilt, haben die seitherigen Untersuchungen, insbesondere auch die Erkenntnisse aus Besichtigungen psychiatrischer Krankenhäuser in anderen Bundesländern und in England, die Eignung des Lützenhardter Hofes für dieses Projekt voll bestätigt. Dies gelte sowohl für die medizinischen Anforderungen, als auch für die klimatische und geographische Lage. Nach seiner Gliederung und Gestaltung soll das neue Krankenhaus den neuesten Erkenntnissen auf dem Gebiete der Krankenhauspsychiatrie Rechnung tragen. So ist beispielsweise die Bildung von zwei räumlich voneinander getrennten Behandlungszentren vorgesehen, von denen das eine mit etwa 600 Betten der Behandlung von Akutkranken dient, während das zweite Zentrum mit etwa 400 Betten für Kranke mit längerer Verweildauer und zur Rehabilitation bestimmt ist. Wie vom Innenministerium in diesem Zusammenhang weiter mitgeteilt wird, konnten die anfänglich bei örtlichen Stellen gegen das Projekt bestehenden Bedenken inzwischen ausgeräumt werden.“

Der Gemeinderat sah nun seine Forderungen und Wünsche erfüllt und verwies dabei besonders auf den Anschluss der geplanten Wohnsiedlung an die Gemeinde Hirsau.

5. Planungs- und Baugeschichte

Konzeptionierung, Planung, Bau und Inbetriebnahme eines psychiatrischen Großkrankenhauses – das ist, wie bereits oben dargestellt, ein Werk, das umfangreicher gedanklicher und praktischer Vorbereitung bedurfte, und zwar in wissenschaftlich-medizinischer, strukturell-planerischer, finanzieller, architektonischer und organisatorischer Hinsicht. In diesem Abschnitt möchte ich den Ablauf von Planung, Bau und Inbetriebnahme schildern.

Wie schon erwähnt, hatte der Landtag von Baden-Württemberg den grundlegenden Baubeschluss am 15. März 1962 gefasst. Nachdem auch die Standortfrage zugunsten von Hirsau gefallen war, konnte die Bauplanung mit Nachdruck auf den Weg gebracht werden.

Ab Mitte der 60er Jahre war angesichts der gegebenen schwierigen Haushaltslage des Landes die ursprünglich recht großzügige Planung, welche Bau-

kosten in Höhe von ca. 180 Millionen Deutsche Mark vorsah, nicht mehr zu halten. Dies war einer Pressemitteilung vom Januar 1966 zu entnehmen. Vom damaligen Finanzminister Angstmann wurden der Standort Hirsau ebenso wie auch die vorgesehene Pavillonbauweise nochmals in Zweifel gezogen, wobei vermutet werden kann, dass hier weniger fachspezifische Überlegungen als vielmehr finanzielle Nöte beim Land, also die damals sehr angespannte Haushaltslage, maßgebend waren. Denn eine Diskussion über den Standort kam darnach nicht mehr auf. Das Innenministerium (damals noch für die Psychiatrie zuständig) wurde vom Finanzausschuss des Landtags beauftragt, einen neuen Plan auszuarbeiten zu lassen, der folgende Merkmale aufweisen sollte:

- die Bettenzahl soll auf etwa 700 verringert werden
- der spätere Ausbau soll möglich sein
- das Raumprogramm wird reduziert
- die Baukosten werden auf maximal 120 Millionen DM begrenzt
- mit der Planung sollen freie Architekten beauftragt werden.

Das Raum- und Funktionsprogramm wurde nach diesen Maßgaben überarbeitet und schließlich vom

Finanzministerium genehmigt (vorläufige Genehmigung vom 29. August 1966). Danach wurde die Bauplanung entsprechend den Vorgaben des Finanzausschusses und dem überarbeiteten Raumprogramm energisch vorangetrieben. Und spätestens im September 1967 war der Gemeinde Hirsau bekannt, dass mit dem Baubeginn im Jahr 1968 zu rechnen sei.

Am 8. November 1967 berichtete Bürgermeister Gloß im Gemeinderat über seine Beratungen u.a. mit Finanzminister Angstmann und hohen Vertretern des Finanzministeriums am 26. Oktober, bei denen es um die vertraglichen Vereinbarungen zwischen dem Land Baden-Württemberg und der Gemeinde Hirsau über die Belange der Gemeinde ging, deren volle Berücksichtigung der Finanzminister zusagte (z.B. Bereitstellung von Bauvorratsland).

Schließlich beriet der Gemeinderat nochmals am 20. März 1968 mit dem Finanzminister, dem Vorsitzenden des Finanzausschusses des Landtags, MdL Helmstädter, dem Landtagsabgeordneten Groß, Landrat Pfeiffer und hohen Beamten des Finanzministeriums über den Bau der Klinik und die daraus resultierenden finanziellen Fragen. Der Finanzausschuss hatte nämlich am 21. Februar 1968 „grünes Licht“ für den Bau der Klinik gegeben. Und nun ging es für die Gemeinde um viele Details, die zu klären

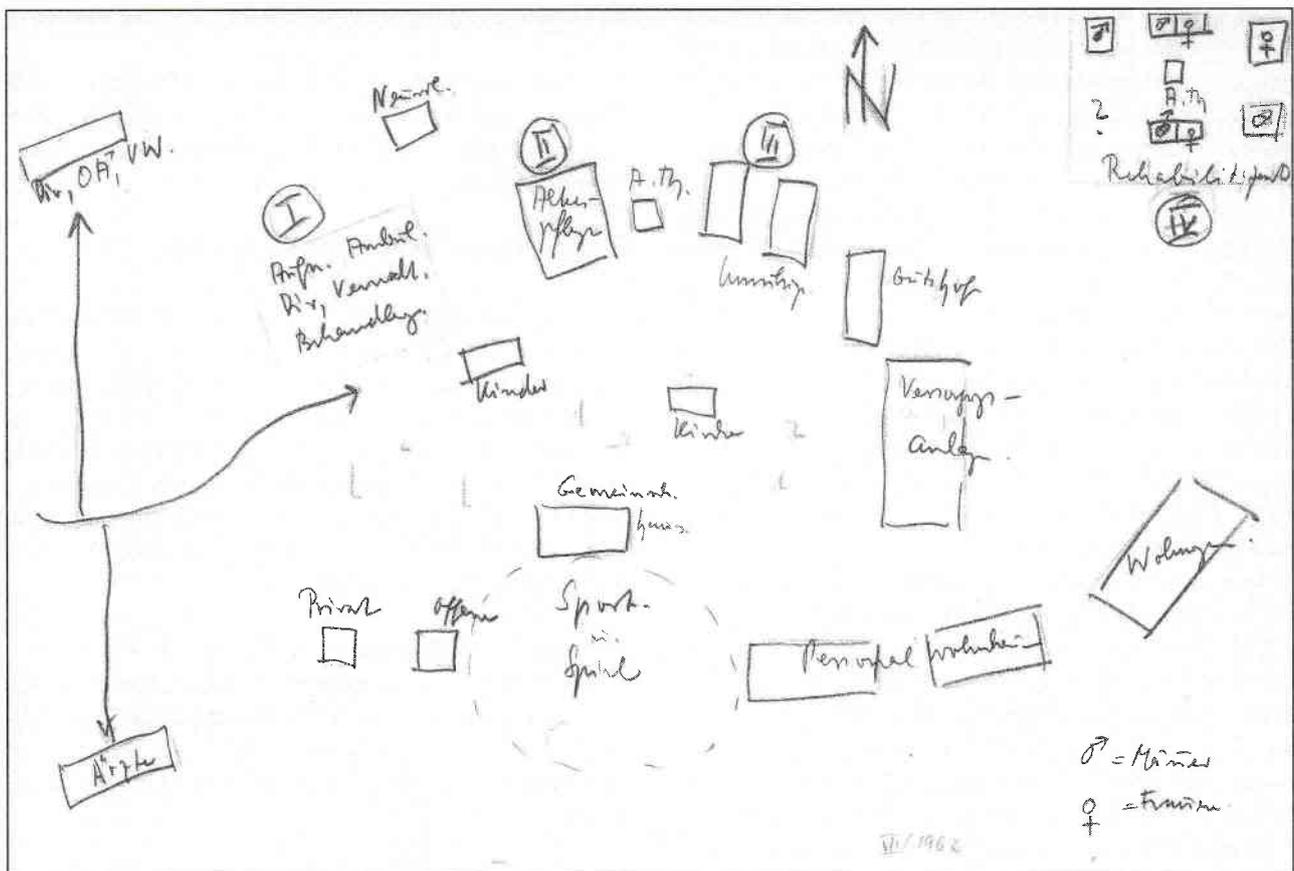


Abb. 2: Spontane Verteilungsskizze der Funktionen aus der frühen Planungsphase der neuen Hirsauer Klinik
 Autor unbekannt

waren, wie z.B. den Bau einer Wohnsiedlung am Ottenbronner Berg und nicht auf der Höhe, die Bereitstellung von Bauvorratsland, die verkehrsmäßige Anbindung einschließlich befürchteter Verkehrsprobleme, Kosten für die innere Erschließung und die Kläranlage und schließlich den zu erwartenden Finanzausgleich. Zu dem von der Gemeinde gewünschten „Generalvertrag“ kam es nicht, wenn auch die Wünsche und Forderungen der Gemeinde Hirsau im Wesentlichen erfüllt waren. Über den Verlauf der Sitzung sagt das Protokoll nichts aus, doch wird man annehmen können, dass die Diskussion recht engagiert geführt wurde. Auch das Aufgebot an hochrangigen Vertretern seitens des Landes und des Landkreises lässt auf die Bedeutung schließen, die man den Beratungen zwischen der örtlichen Gemeinde und dem Land Baden-Württemberg beimaß.

Noch im selben Jahr, also 1968, wurde mit den Bauarbeiten begonnen. Dazu gehörten zunächst

- der Bau der Kreisstraße K 4322, von der B 294 abzweigend und zum Klinikgelände führend, und der K 4323 von Oberkollbach zur K 4322,
- das krankenhauserne etwa 2,5 km umfassende Straßennetz,
- ein unterirdischer etwa 1 km langer Versorgungsgang, der alle Gebäude des Klinikbetriebs erreichen sollte,
- die internen Ver- und Entsorgungsnetze (Wasser, Strom, Abwasser),
- der Anschluss an das Stromnetz, an die Wasserversorgung (über einen eigenen Hochbehälter) und an die Hirsauer Kläranlage.

- die grundlegende Sanierung des historischen Wohngebäudes „Lützenhardter Hof“.

Am 10. Juli 1970 fand unter Anwesenheit von rund 100 geladenen Gästen die Grundsteinlegung statt. Nicht nur von Landtag und Landesregierung, sondern auch bei der Gemeinde Hirsau selbst wurde diesem Ereignis große Bedeutung beigemessen. Landtagspräsident Wurz, die Landtagsabgeordneten des Kreises Calw und die Minister Gleichauf (Finanzminister) und Krause (Innenminister) nahmen teil. Bürgermeister und Gemeinderat von Hirsau luden die Gäste zu einem Empfang nach Hirsau ein, „um ihnen die Gemeinde näher zu bringen und notwendige Kontakte zu knüpfen“.

Damit war der Startschuss für den Hochbau gegeben, der in konstruktiver (naturgemäß manchmal auch schwieriger) Zusammenarbeit zwischen der Staatlichen Hochbauverwaltung, der beauftragten Architektenarbeitsgemeinschaft und den Fachingenieuren sowie der nutzenden Verwaltung (inzwischen das Sozialministerium und die Mitglieder der zukünftigen Krankenhausbetriebsleitung¹¹), bewältigt wurde.

Mit dem Bau des Technik- und Wirtschaftsbereich wurde im Mai 1970 begonnen. Er umfasste

- Bauteil A: Beschäftigungstherapiegebäude,
- Bauteil B: Zentrallager, Schreinerei und Malerei,
- Bauteil C: Zentrales Heizwerk mit den technischen Werkstätten wie Elektrowerkstätte, Schlosserei und Flaschnerei,
- Bauteil D: Zentralküche mit Bäckerei und Metzgerei, Wäscherei mit Näherei und Wäscheverwaltung.

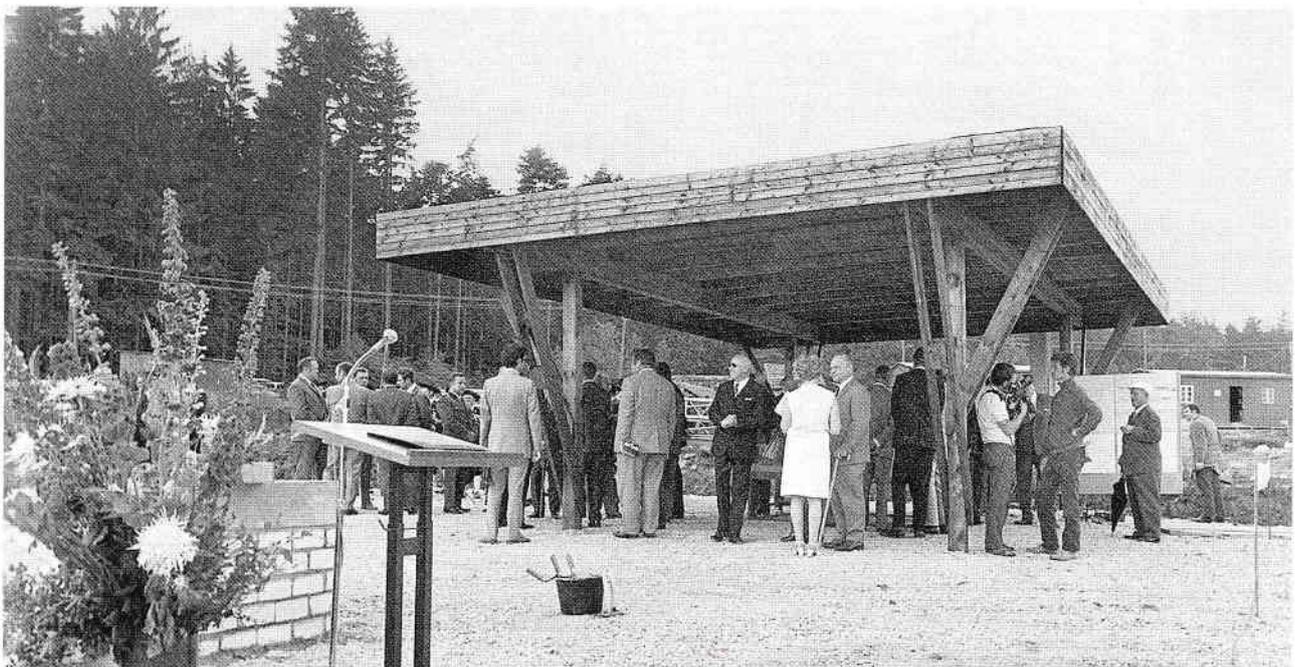


Abb. 3: Grundsteinlegung der Landeslinik Nordschwarzwald am 10.07.1970

Foto: privat

In einer anspruchsvollen Bauplanung hat das Architektenbüro Karl Schmucker, Mannheim, die vielfältigen Anforderungen des Raumprogramms umgesetzt. Dabei mussten bei schwieriger Topografie (Hanglage) die sehr unterschiedlichen therapeutischen, technischen und Versorgungs-Bereiche je in sich funktionsgerecht gestaltet und außerdem sinnvoll miteinander verzahnt werden. Das ist gelungen, wobei der Bau im Blick auf die zukünftige technische Entwicklung ausreichend flexibel gestaltet wurde. Im März 1975 wurde der Baukomplex fertig gestellt und für den Krankenhausbetrieb übergeben.

Die Bauplanung für die zunächst fünf 1- und 2-geschossigen Krankengebäude lag in der Verantwortung von Architekt Dieter Quast aus Heidelberg. Das Gebäudeensemble umfasst ein zunächst für eine psychosomatische Behandlungsstation genutztes eingeschossiges Gebäude, zwei zweigeschossige Gebäude für zusammen vier geronto-psychiatrische Stationen sowie zwei eingeschossige Bauten für die Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung. Die je mit einem Garten versehenen fünf Gebäude sind in das parkartig gestaltete Hanggelände im Süden des Zentralkrankenhauses eingebettet. Sie haben T-förmige Grundrisse,

wobei die Krankenzimmer von den Wohn- und Funktionsbereichen getrennt wurden. Noch während der Bauzeit konnten durch neue medizinische Erkenntnisse notwendig gewordene Änderungen berücksichtigt werden. Die im November 1970 begonnenen so genannten T-Gebäude wurden im Januar 1975 fertig gestellt.

Zur gleichen Zeit, also im November 1970, wurde mit dem Bau des Zentralkrankenhauses begonnen. In sehr kompakter Bauweise wurden vorgesehen:

- im 1. Untergeschoß: Andachtsraum, Zentralapotheke, Nuklearmedizin, Obduktionsraum, Physiotherapie mit Bewegungsbad u.a.
- im Erdgeschoß: klinisches Labor, Röntgendiagnostik, Elektrodiagnostik (EKG, EMG, EEG), Zahnbehandlung, ärztliche- und Pflegedienstleitung, Verwaltung
- im 1. bis 5. Obergeschoß: Krankenstationen für die neurologische Abteilung (2), Psychotherapie (2), Suchtkrankheiten (1) und Psychosenbehandlung (4); eine geplante Intensivstation musste zugunsten anderer Funktionen nicht in Betrieb genommen werden.
- im 6. Obergeschoß: Personalspeiseraum.

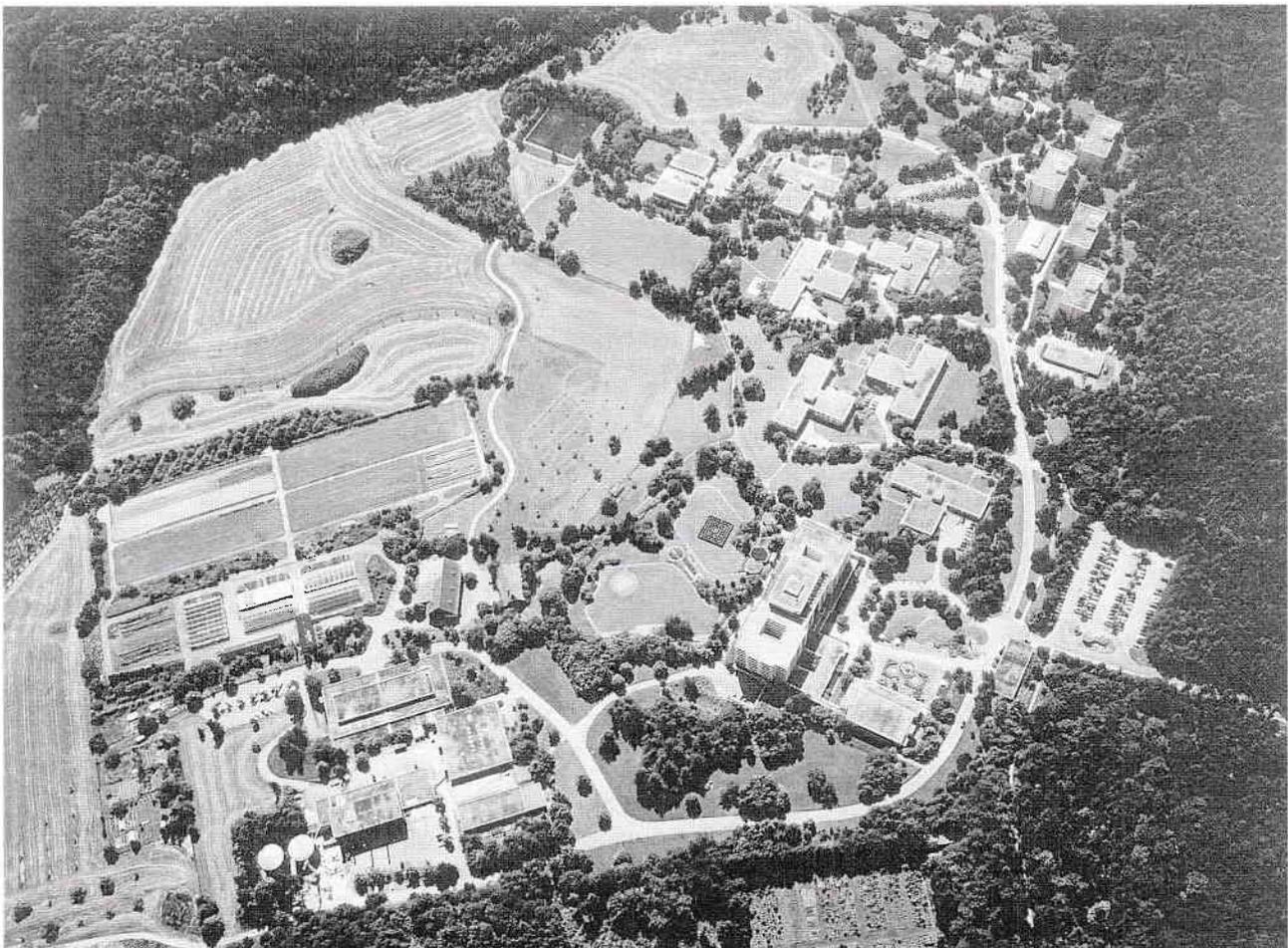


Abb. 4: Gesamtansicht der Landesclinik Nordschwarzwald aus der Vogelperspektive nach Abschluss der Bauarbeiten.
Foto: Günter Beck, Pforzheim

Für die Bauplanung zeichnete das Architektenbüro Alfred Bohne und Partner in Karlsruhe verantwortlich. Es war die in den 60er Jahren einsetzende, zum Teil stürmische Entwicklung in der psychiatrischen Medizin, die zu einer spürbaren Divergenz zwischen Bauplanung einerseits und dem im Einzelnen noch gar nicht voll erkennbaren zukünftigen Bedarf andererseits führte. Änderungen infolge neuer medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse waren auch hier in begrenztem Umfang möglich.

Mit dem Bau des im Oktober 1975 fertig gestellten Gemeinschaftszentrums wurde im November 1972 begonnen. Zwingende therapeutische Belange machten diesen Bau notwendig. Er beherbergt ein Café, ein Friseurgeschäft, Einkaufsmöglichkeiten, einen Festsaal mit Simultankirche, Kino und Bühne, die inzwischen ausgelagerte Krankenpflegeschule sowie im Keller eine Kegelbahn.

Schließlich wurde im Herbst 1977 mit dem Bau der Sport- und Schwimmhalle begonnen.

Nach Baubeginn im Jahre 1973 konnte im Dezember 1975 ein großes Wohngebiet fertig gestellt werden. Das in Bauträgerschaft erstellte Vorhaben umfasste 18 Dienstwohnungen, 84 Einzelzimmer und 98 Appartements. Ein großes Wohngebiet (ebenfalls durch Bauträger) entstand zwischen Juni 1975 und August 1976 am Ottenbronner Berg. Ohne die Bereitstellung von geeignetem Wohnraum wäre die Anwerbung von qualifiziertem Fachpersonal nicht möglich gewesen.

Eine so komplexe bauliche Anlage bedarf eines durchstrukturierten Leit- und Orientierungssystems. So auch die neu entstandene Landeslinik. Patienten, Beschäftigte und Besucher sollten sich, mittels Buchstaben, Zahlen und Farben orientieren können. Das von Fritz Jarchow aus Heidelberg ganz im Geiste der 70er Jahre konzipierte System stellte an seine Nutzer sehr hohe Anforderungen und konnte trotz aller (auch ästhetischer) Qualitäten den gestellten Anforderungen auf Dauer leider nicht gerecht werden.

Die künstlerische Gestaltung des Platzes vor dem Zentralkrankenhaus (Fertigstellung 1978) war Gegenstand eines Wettbewerbs. Welch großes Interesse dieser Wettbewerb fand, lässt sich an der großen Zahl von annähernd 100 teilnehmenden (und zum Teil sehr renommierten) Künstlern ablesen. Mit der künstlerischen Gestaltung wurde schließlich Prof. David Lauer aus Karlsruhe beauftragt. Eine dreiteilige Bronzestele und eine schöne Brunnenanlage zieren zusammen mit der landschaftsgärtnerischen Gestaltung den sehr gelungenen zentralen Ort der Begegnung.

Nach der Inbetriebnahme der Klinik wurde ein weiteres eingeschossiges Krankengebäude erstellt und zu-

nächst als Pflegeheim genutzt. Mit seiner Fertigstellung im August 1982 waren die großen Baumaßnahmen vorerst abgeschlossen. Überlegungen, den Bettenbestand von ca. 550 auf etwa 750 zu erhöhen, waren damit gegenstandslos geworden.

Abschließend ein Wort zum Namen: Um den betont klinischen Charakter des neu entstandenen Hauses hervorzuheben, hat die Landesregierung beschlossen, ihm den Namen „Landeslinik Nordschwarzwald“ zu geben. Rasch setzte sich im Sprachgebrauch die Abkürzung LKN durch. Bis in jüngste Zeit hat das von Winfried Damrow gestaltete Signet den Namen in das Bewusstsein der Bevölkerung im Landkreis und weit darüber hinaus eingepägt.



LANDESKLINIK NORDSCHWARZWALD
FACHKLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND NEUROLOGIE

Fußnoten:

¹ Der jetzige Name lautet: „Klinikum Nordschwarzwald Calw“; aus naheliegenden Gründen wird in diesem Aufsatz der frühere Name verwendet.

² Bei der Ausarbeitung des Landespsychiatrieplans anfangs der 70er Jahre des vorigen Jahrhunderts ist mir z.B. der Nachweis gelungen, dass zwischen der Entfernung vom Wohnort zum Krankenhaus und der Behandlungsdauer ein folgenreicher Zusammenhang besteht: je größer die Entfernung, desto länger die Behandlungsdauer.

³ Also der Landeslinik Nordschwarzwald

⁴ Quelle: Landespsychiatrieplan Baden-Württemberg 1974

⁵ Darunter fällt die Einrichtung geschlossener und so genannter Wachstationen.

⁶ Aus dem großen Kreis der engagiert Beteiligten sind stellvertretend zu nennen: MinRat a.D. Dr. Gottlieb Sautter (†) vom Sozialministerium und Verw.Dir. a.D. Wolfgang Knöpfler, Bad Schussenried.

⁷ Die LKN hat 1978 als erste Klinik in Baden-Württemberg überhaupt einen Computertomografen in Betrieb genommen.

⁸ Der Landespsychiatrieplan (Sozialministerin war damals Frau Annemarie Griesinger) wurde zwischen 1972 bis 1974 von Prof. Dr. Karl-Joachim Linden (Ärztlicher Direktor der Landeslinik Nordschwarzwald) zusammen mit dem Verfasser erstellt.

⁹ Ich möchte hier auf meinen Aufsatz „Der Weiler Lützenhardt und der Lützenhardter Hof bei Hirsau“ in Heft 13 Einst & Heute (2002) hinweisen.

¹⁰ Zitat aus dem „Südkurier“ vom 25.11.1961: „... Vorgesehen ist von der Landesregierung die Staatsdomäne Lützenhardter Hof bei Oberkollbach im Kreis Calw.“

¹¹ Ärztlicher Direktor Prof. Dr. K-J. Linden, Pflegedienstleiter Walter Beer (†), Betriebsdirektor (Verfasser)