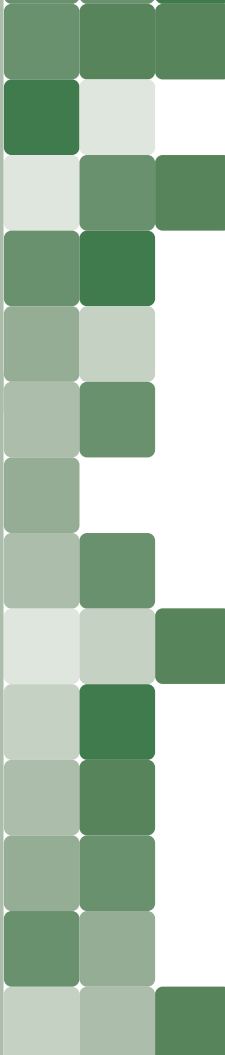




FORSCHUNG FÜR DIE PRAXIS
HOCHSCHULSCHRIFTEN



Heiner Fangerau,
Anke Dreier-Horning,
Volker Hess,
Karsten Laudien,
Maike Rotzoll (Hrsg.)

Leid und Unrecht

Kinder und Jugendliche
in Behindertenhilfe und Psychiatrie
der BRD und DDR 1949 bis 1990



Psychiatrie
Verlag



Heiner Fangerau, Anke Dreier-Horning, Volker Hess,
Karsten Laudien, Maike Rotzoll (Hrsg.)

Leid und Unrecht

Kinder und Jugendliche in Behindertenhilfe und Psychiatrie
der BRD und DDR 1949 bis 1990

**Wissenschaftliche Aufarbeitung des Leids und Unrechts,
das Kinder und Jugendliche in den Jahren 1949 bis 1975
(BRD) bzw. 1949 bis 1990 (DDR) in stationären
Einrichtungen der Behindertenhilfe oder in stationären
psychiatrischen Einrichtungen erfahren haben**

Abschlussbericht und Einrichtungsstudien

Vorgelegt von Christof Beyer, Anke Dreier-Horning,
Heiner Fangerau, Volker Hess, Laura Hottenrott,
Karsten Laudien, Nils Löffelbein, Maike Rotzoll

Unter Mitarbeit von Uta Hinz, Florian Key,
Uwe Kaminsky, Lea Münch, Frank Sparing

Projektleitung: Heiner Fangerau, Volker Hess,
Anke Dreier-Horning, Karsten Laudien, Maike Rotzoll



UNIVERSITÄT
HEIDELBERG
ZUKUNFT
SEIT 1386



**DEUTSCHES INSTITUT
FÜR HEIMERZIEHUNGSFORSCHUNG**

Heiner Fangerau, Anke Dreier-Horning, Volker Hess,
Karsten Laudien, Maike Rotzoll (Hrsg.)
Leid und Unrecht. Kinder und Jugendliche in Behindertenhilfe und Psychiatrie
der BRD und DDR 1949 bis 1990

ISBN: 978-3-96605-040-1

ISBN E-Book (PDF): 978-3-96605-045-6

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Auflage

© Psychiatrie Verlag, Köln 2021

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

Umschlaggestaltung: Dorothea Posdiena, Fröndenberg

Satz: Psychiatrie Verlag, Köln

Druck: KN Digital Printforce, Erfurt

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

Teil 1: Abschlussbericht

1 Einleitung	10
1.1 Einführung	10
1.2 Bisherige Forschungen als Ausgangspunkt	13
1.3 Grundlage der Beschreibung und Bewertung von Leid- und Unrechtserfahrungen	18
1.3.1 Beschreibung von Leid und Unrecht	18
1.3.2 Moralische Rechte von Kindern	21
1.3.3 Recht auf Erziehung	22
1.3.4 Instrumentalisierungsverbot und Zuwendungsgebot	22
1.4 Quellen und methodisches Vorgehen	24
1.4.1 Einrichtungsstudien	24
1.4.2 Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenerfahrungen	29
1.4.3 Interviewdurchführung	29
1.4.4 Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal	31
1.5 Gliederung des Berichts	32
1.6 Danksagung	34
2 Die institutionelle Landschaft zur Unterbringung von Minderjährigen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der stationären Behindertenhilfe	36
<i>(Nils Löffelbein)</i>	
2.1 BRD	36
2.1.1 Die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie	37
2.1.2 Einrichtungslandschaft der stationären Behindertenhilfe	43
2.1.2.1 Historische Entwicklung	43
2.1.2.2 Abgrenzungsprobleme und Bezeichnungsvielfalt	46
2.1.2.3 Die katholische Behindertenhilfe	48
2.1.2.4 Die evangelische Behindertenhilfe	51
2.1.2.5 Sonderschulen mit Internatsanbindung	54
2.1.3 Personalentwicklung in Psychiatrie und Behindertenhilfe nach 1945	55
2.2 DDR	61
2.2.1 Zentrale Erfassung	62
2.2.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie	64
2.2.3 Sonderschuleinrichtungen	67
2.2.4 Einrichtungen zur Betreuung geistig behinderter Kinder und Jugendlicher	71
2.2.4.1 Heilpädagogische Institute	71
2.2.4.2 Konfessionelle Einrichtungen	72
2.2.4.3 Fördereinrichtungen	73
2.2.5 Pflegeeinrichtungen und Kinderpsychiatrien	75
2.3 Zusammenfassung	76

3 Rechtliche Aspekte der Einweisung und Unterbringung	81
3.1 BRD 1949–1975	81
<i>(Nils Löffelbein/Uwe Kaminsky)</i>	
3.1.1 Einleitung	81
3.1.2 Einweisung aufgrund der Regelungen des BGB	83
3.1.3 Fürsorgeerziehung nach dem RJWG/JWG	86
3.1.3.1 Rechtslage bis 1962	86
3.1.3.2 Rechtslage seit der Novellierung des JWG 1961 (Einführung 1962)	91
3.1.4 Einweisung in eine psychiatrische Einrichtung zur Beobachtung	92
3.1.4.1 Einweisung nach dem Jugendgerichtsgesetz (JGG) und den Unterbringungsgesetzen der Länder	97
3.1.5 Unterbringung von Kindern mit geistigen Behinderungen in Einrichtungen der stationären Behindertenhilfe	98
3.1.5.1 Rechtslage bei der Unterbringung bis 1961	98
3.1.5.2 Reform durch das Bundessozialhilfegesetz 1961	102
3.1.5.3 Unterbringung geistig behinderter Minderjähriger	103
3.1.6 Individuelle Rechte der Minderjährigen während der Unterbringung	105
3.1.7 Externe Kontrollen der Einrichtungen	110
3.2 DDR (1949–1990)	117
<i>(Karsten Laudien)</i>	
3.2.1 Forschungsstand	117
3.2.2 Hinweise zur Vorgeschichte in der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) vor Gründung der DDR (1945–1949)	119
3.2.3 Das Rechtsverständnis in der DDR	120
3.2.3.1 Sozialistische Persönlichkeitsrechte	122
3.2.3.2 Die Einheit von Individual- und Kollektivrechten	123
3.2.3.3 Menschenrechte für Menschen mit Behinderungen bzw. für »geschädigte« Menschen in der DDR und abschließende Bemerkungen	126
3.2.4 Rechte von Menschen mit Behinderungen in der DDR	126
3.2.4.1 Das Recht auf Bildung	128
3.2.4.2 Das Recht auf Arbeit	131
3.2.5 Rechtsschutz und Rechtssicherheit	135
3.2.5.1 Verfahrensrechte und Verwaltungsgerichtsbarkeit	136
3.2.6 Elternrechte	137
3.2.7 Die Meldung und Erfassung von Behinderungen bei Kindern und Jugendlichen	139
3.2.7.1 Früherfassung	139
3.2.7.2 Reihenuntersuchungen	141
3.2.7.3 Meldepflichten	142
3.2.8 Rechtsgrundlagen der psychiatrischen Einweisung von Minderjährigen	145
<i>(Laura Hottenrott)</i>	
3.2.8.1 Die Zeit vor dem »DDR-Einweisungsgesetz« von 1968	145
3.2.8.2 Das Einweisungsgesetz der DDR von 1968	150

4 Pädagogische Gewalt und Lebensalltag	153
<i>(Anke Dreier-Horning)</i>	
4.1 Einführung	153
4.2 Das Bild vom psychisch kranken und/oder behinderten Kind	157
4.2.1 Überhöhung der menschlichen Vernunft	157
4.2.2 Kontinuitäten nach 1945	158
4.2.3 Die 1960er und 1970er Jahre	159
4.2.3.1 BRD	159
4.2.3.2 DDR	161
4.2.4 Idealvorstellungen und Normabweichungen	163
4.2.5 Erklärungsansätze	166
4.3 Pädagogische Mittel und Erziehungsmethoden	168
4.3.1 Angst und Demütigung	168
4.3.2 Physische Gewalt	171
4.4 Analyse struktureller Faktoren pädagogischen Handelns	172
4.4.1 Die Begrenztheit sozialer Erfahrungen und Handlungsmöglichkeiten	172
4.4.2 Selbstverständnis der Einrichtung	173
4.4.3 Hospitalisierung	175
4.4.4 Mangelhaftes Fachwissen	178
4.4.5 Ein Kind, das auf die Anstalt hin erzogen wird	180
4.4.5.1 Arbeit in den Einrichtungen	181
4.4.6 Kontrolle und Überwachung	182
4.4.6.1 Umgang mit Sexualität	185
4.4.7 Psycho-soziale Isolation	187
4.5 Zusammenfassung	189
5 Medizinische und therapeutische Gewalt	192
<i>(Christof Beyer)</i>	
5.1 Einführung	192
5.2 Medizinische Lehrmeinung und medizinische Gewalt	194
5.3 Rechtliche Rahmenbedingungen	199
5.4 Invasive Diagnostik: Pneumenzephalographien, Lumbalpunktionen	201
5.5 Invasive Therapien: Elektrokrampftherapie, Insulinschock, Cardiazolschock	205
5.6 Fixierungen und Isolierungen	206
5.7 Stationsverlegungen	213
5.8 Fazit	214
6 Arzneimittel und klinische Studien	216
<i>(Laura Hottenrott)</i>	
6.1 Psychopharmaka in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe und Psychiatrie	216
6.1.1 Forschungsstand – Problematik der rückblickenden Bewertung	216
6.1.2 Arzneimittelsicherheit und klinische Erprobungen an Kindern 1949–1989	217

6.1.3 Informierte Einwilligung – ethisch-rechtlicher Rahmen	220
6.1.4 Psychopharmaka in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – historischer Abriss	225
6.2 Medikationspraxis	228
6.2.1 Vorgehen, Quellen	228
6.2.2 Entwicklung und Dimension	231
6.2.2.1 Medikation in den 1950er Jahren	235
6.2.2.2 Schocktherapie und Dämmer Schlaf – andere somatische Verfahren	240
6.2.2.3 Medikation in den 1960er Jahren	241
6.2.2.4 Medikation in den 1970er Jahren	245
6.2.3 Hinweise auf eine missbräuchliche Medikation	249
6.2.3.1 Therapieren, Disziplinieren, Strafen	250
6.2.3.2 Überdosierung, Dauermedikation, Polypragmasie	255
6.2.3.3 Therapieren und Forschen	257
6.2.3.4 Einwilligungsfragen	260
6.3 Zusammenfassung	265
7 Fazit und abschließende Bewertung	269
7.1 Forschungsziele	269
7.2 Analytischer Zugriff, Vorgehen	270
7.3 Faktoren der Lebensbedingungen in Ost und West	271
7.3.1 Institutionelle Unterversorgung und materieller Mangel	271
7.3.2 Defizitäre Personalsituation und mangelnde Bildungschancen	274
7.3.3 Rechtlosigkeit während der Einweisung und Unterbringung	277
7.3.4 Einstellungen und Werthaltungen	280
7.4 Individuelle Unrechts- und Gewalterfahrungen	281
7.4.1 Verweigerung von Individualität und Lebensgestaltungsmöglichkeiten	281
7.4.2 Formen pädagogischer Gewalt	285
7.4.3 Medizinische Gewalt	286
7.4.4 Arzneimittelmissbrauch	289
7.5 Entwicklungen seit den 1970er Jahren: Reform versus Stagnation	293
7.6 Ausblick und Perspektiven	296
8 Abkürzungsverzeichnis	300
9 Archive	302
10 Liste der im Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal genannten Einrichtungen	303
11 Literaturverzeichnis	310
Teil 2: Einrichtungsstudien	331
Autorinnen und Autoren	834

Teil 1: Abschlussbericht

1 Einleitung

1.1 Einführung

Spätestens seit der Jahrtausendwende haben ausgehend von einzelnen Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenberichten Leid- und Unrechtserfahrungen, die Kinder in deutschen Heimen nach 1949 machen mussten, eine zunehmende mediale Aufmerksamkeit erfahren. Als Reaktion richteten Bund und Länder auf Empfehlung des Petitionsausschusses des Deutschen Bundestages im Februar 2009 unter dem Vorsitz der damaligen Bundestagsvizepräsidentin Antje Vollmer (*1943) einen »Runden Tisch« zur Heimerziehung der BRD ein, dem Betroffene, Trägerinnen und Träger, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Verbände sowie Vertreterinnen und Vertreter des Bundes, der Länder und der Kirchen angehörten. Dieses Format bot den beteiligten Akteurinnen und Akteuren die Möglichkeit, sich über die Erfahrungen in den Einrichtungen auszutauschen, Missstände zu benennen und den Umfang der Gewalterfahrungen zu ermitteln. Zudem wurde ein Fonds zur finanziellen Unterstützung der Betroffenen zur Abmilderung der Folgeschäden jener Leiderfahrungen ins Leben gerufen.¹ Für die DDR gab die Bundesregierung drei Expertisen zu den rechtlichen Bedingungen, den Erziehungskonzepten und den bis heute andauernden Folgen für die ehemaligen Heimkinder in Auftrag.² Sie bildeten die Legitimation für die Gründung eines zweiten Fonds, der ehemaligen DDR-Heimkindern³ finanzielle Unterstützung anbot.

Bereits im Nachgang zum »Runden Tisch« beklagten Betroffenenvertreterinnen und -vertreter zu Recht, dass das Schicksal von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, in Krankenhäusern und psychiatrischen Kliniken weitgehend ausgeblendet worden sei. Dabei ist die Zahl der Betroffenen groß: Schätzungsweise 116.000 Kinder und Jugendliche in der BRD und bis zu 140.000 in der DDR waren im Zeitraum von 1950 bis 1975 bzw. von 1949 bis 1990 zeitweise stationär in Einrichtungen der Behindertenhilfe und in psychiatrischen Anstalten untergebracht.⁴

1 http://www.rundertisch-heimerziehung.de/documents/Abschlussbericht_rth-1.pdf (letzter Zugriff: 19.2.2021).

2 Beauftragter der Bundesregierung für die Neuen Bundesländer (2012).

3 Betroffene, die in Heimen der DDR-Jugendhilfe untergebracht waren, konnten bis dahin ausschließlich nach dem SED-Unrechtsbereinigungsgesetz im Einzelfall rehabilitiert werden. Lediglich für den Geschlossenen Jugendwerkhof Torgau kam es bereits 2004 zu einem Grundsatzurteil, das die Einweisung und Unterbringung in der offiziell einzigen geschlossenen Disziplinierungseinrichtung der DDR-Jugendhilfe per se als rechtsstaatswidrig erklärte.

4 JUNGSMANN (2016).

Um für diese Betroffenen ein Hilfsangebot zu schaffen, forderte der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auf, gemeinsam mit den Bundesländern ein Hilfssystem aufzubauen. In der Folge wurde über das Bundesministerium für Arbeit und Soziales zusammen mit den Bundesländern und den beiden großen Kirchen als Vertreter von Heimträgern die Stiftung »Anerkennung und Hilfe« ins Leben gerufen (<http://www.stiftung-erkennung-und-hilfe.de/DE/Startseite/start.html>). Im Herbst 2017 vergab die Stiftung zur Begleitung ihrer Arbeit einen Auftrag zur wissenschaftlichen Aufarbeitung. Indem das erlebte Leid und Unrecht durch historische Arbeit öffentlich sichtbar und Art und Umfang der Geschehnisse nachvollziehbar gemacht wird, soll ein wesentlicher Beitrag zur Bewältigung und Aufarbeitung des Erlebten geleistet werden. Im Fokus steht dabei die Zeit von der Gründung beider deutscher Staaten bis Anfang Oktober 1990 für die DDR und für das Gebiet der alten BRD bis Ende 1975.

Das von unserer Forschungsgruppe vorgelegte Angebot sah eine dezidiert historische Herangehensweise vor. Ziel des Forschungsprojektes war es, Leid- und Unrechtserfahrungen zu erfassen und zu beleuchten, die Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie in stationären psychiatrischen Einrichtungen in der BRD und der DDR im besagten Zeitraum gemacht haben. Im Zentrum des Interesses standen ungerechtfertigte und deshalb als missbräuchlich zu bewertende medizinische und pädagogische Maßnahmen, sexueller Missbrauch, erzwungene oder nicht entlohnte Arbeit und das Vorenthalten von Sozialversicherungsbeiträgen sowie der Verlust bzw. Vorenthalt von persönlicher, beruflicher und sozialer Lebensqualität und individuellen Entwicklungsmöglichkeiten. Das erfahrene Leid und Unrecht sollte hierbei exemplarisch in einer Auswahl von Einrichtungen ermittelt werden, die geographisch, typologisch und konfessionell *grosso modo* das breit gefächerte Spektrum der institutionellen Landschaft der DDR und der BRD widerspiegelt.

Die Ergebnisse der Auswertung von 17 Einrichtungstudien legen wir mit diesem Bericht vor. Erstmals wird damit eine vergleichende und zusammenführende Analyse verschiedener Einrichtungstypen aus beiden deutschen Staaten auf Basis eines vergleichsweise großen Samples geboten. Überdies bietet der Bericht eine Bestandsaufnahme der heterogenen Heim- und Psychiatrielandschaft der BRD und der DDR.

Ziel des Projekts war es nicht, eine quantitative Erfassung von Leid- und Unrechtserfahrungen vorzunehmen. Uns ging es vielmehr darum, das von Kindern in den betreffenden Einrichtungen erlebte Leid und Unrecht historisch zu rekonstruieren, d. h. es zu beschreiben, zu benennen, zu erörtern und zur Diskussion zu stellen. Eine Rechtsexpertise über die Legalität der als Leid und Unrecht empfundenen Behandlungen und mögliche juristische Folgerungen legen wir nicht vor. Diese wäre von Fachjuristinnen und -juristen vorzunehmen.

Unter dieser Zielsetzung hat unsere interdisziplinäre Forschungsgruppe, bestehend aus Prof. Dr. Heiner Fangerau, Dr. Nils Löffelbein (Koordination), Dr. Maria Griem-

mert (Universität Düsseldorf), Prof. Dr. Volker Hess, Laura Hottenrott M.A. (Charité Berlin), Prof. Dr. Karsten Laudien, Dr. des. Anke Dreier-Horning (Deutsches Institut für Heimerziehungsforschung, Evangelische Hochschule Berlin), Prof. Dr. Maike Rotzoll und Dr. Christof Beyer (Universität Heidelberg), von 2017 bis 2021 auf der Grundlage eines multimethodischen Forschungsdesigns in einem ersten Arbeitsschritt Akten über Bewohnerinnen und Bewohner und Patientinnen und Patienten, Verwaltungsakten und begleitende Materialien aus nach Institutionstypen ausgewählten Einrichtungen eingesehen. Auf dieser Grundlage wurden in einem zweiten Arbeitsschritt 17 Einrichtungsstudien erstellt, die dezidiert den Spuren von Leid und Unrecht in verschiedenen möglichen Ausprägungen nachgegangen sind. Diese Einrichtungsstudien wurden ergänzt um Zeitzeuginnen- und Zeitzeugeninterviews und -aussagen in einem eigens eingerichteten Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal. Auf Basis der Einrichtungsstudien wurden in einem dritten Schritt schließlich Querschnittsanalysen zu verschiedenen Formen von Leid und Unrecht erstellt, die zur weiteren Aufarbeitung beitragen sollen.

Oft steht Aufarbeitung im Verdacht, sie solle einen Schlussstrich ziehen, wie es Theodor W. Adorno (1903–1969) in seiner Kritik am Begriff der »Aufarbeitung« formulierte. Adorno bezog sich auf die »Aufarbeitung« der NS-Verbrechen in der BRD, doch lassen sich seine verallgemeinernden Überlegungen auch auf andere Kontexte von Leid und Unrecht übertragen, wie etwa Berenike Feldhoff im Zusammenhang mit der DDR-Heimerziehung verdeutlicht hat.⁵ Adorno hielt fest:

»Mit Aufarbeitung der Vergangenheit ist in jenem Sprachgebrauch nicht gemeint, daß man das Vergangene im Ernst verarbeite, seinen Bann breche durch helles Bewußtsein. Sondern man will einen Schlußstrich darunter ziehen und womöglich es selbst aus der Erinnerung wegwischen. [...] Man will von der Vergangenheit loskommen: mit Recht, weil unter ihrem Schatten gar nicht sich leben läßt, und weil des Schreckens kein Ende ist, wenn immer nur wieder Schuld und Gewalt mit Schuld und Gewalt bezahlt werden soll; mit Unrecht, weil die Vergangenheit, der man entrinnen möchte, noch höchst lebendig ist.«

Ganz im Gegenteil folgerte Adorno, dass »Aufklärung über das Geschehene einem Vergessen entgegenarbeiten« müsse.⁶ Seinem Ideal von Aufarbeitung folgend, soll unsere Studie neben der historischen Rekonstruktion auch der Arbeit mit Betroffenen dienen und nicht zuletzt ein Orientierungswissen bereitstellen, um in heutigen Einrichtungen eine »Kultur des Hinsehens« zu unterstützen. Die Missstände der Vergangenheit sollen nicht nur aufgedeckt werden, sondern es soll eine Grundlage geschaffen werden, um auch Folgerungen für die Zukunft aus der Geschichte zu ziehen.

⁵ FELDHOFF (2019).

⁶ ADORNO (1977), 555–572.

1.2 Bisherige Forschungen als Ausgangspunkt

Die Generation der Kriegskinder hat sowohl in den Geschichtswissenschaften als auch in den öffentlichen Debatten der letzten Jahre große Aufmerksamkeit gefunden. Dabei rückten die Rolle und Stellung von Kindern und Jugendlichen in den Nachkriegsjahren stärker in den Blickpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit.⁷ So löste 2006 Peter Wensierskis Buch »Schläge im Namen des Herren« über Gewalt und Missbrauch in westdeutschen Kinderheimen eine intensiv geführte Diskussion zur Heimerziehung in Ost- und Westdeutschland aus.⁸ In der Folge widmete sich eine Reihe von Forschungsprojekten diesem Thema, wobei auch die Jugendhilfe in beiden deutschen Staaten berücksichtigt wurde. Sie zeigten die Allgegenwärtigkeit von Gewalt als Mittel der Erziehung und Disziplinierung für mehrere Heimeinrichtungen auf.⁹

Die spezifischen Unrechtserfahrungen und das individuelle Leid von Kindern in Heimen der Behindertenhilfe und in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind dabei jedoch nur unzureichend aufgearbeitet worden, obwohl sich in den letzten Jahren zahlreiche Initiativen der Bearbeitung und Aufarbeitung dieses Komplexes angenommen und gezielte Angebote für Betroffene und Forschende entwickelt haben. Exemplarisch stehen hier Projekte wie der »Rechercheratgeber online« des Landesarchivs Baden-Württemberg, der u. a. Hilfe bei der Suche nach Einrichtungen der Kinder- und Jugendfürsorge und bei der Suche nach personenbezogenen Akten bietet.¹⁰

Folglich ist der Forschungsstand überschaubar. Vorliegende Überblicksdarstellungen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie etwa zeichnen vor allem die Institutionalisierung dieser Fachdisziplin in Westdeutschland 1945 und deren weitere Entwicklung nach,¹¹ fokussieren aber meist auf Gründungsgeschichte, Akteurinnen und Akteure, Personalentwicklung sowie Forschungsschwerpunkte und -programme.¹² Aktuelle Untersuchungen verfolgen inzwischen eine andere Forschungsagenda: Angeregt von der intensiveren Forschung zu Heimkindern gehen Studien zur Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie verstärkt auf die Betroffenenperspektive und Umstände der Unterbringung

7 So etwa: SEEGER (2013); ROSENBAUM (2014); STARGARDT (2006).

8 WENSIERSKI (2006).

9 KRAUL (2013); RÄDLINGER (2014); SACHSE (2010); DREIER/LAUDIEN (2012); HOTTENROTT (2013); DREIER-HORNING (2015).

10 Abrufbar unter: <https://www.landesarchiv-bw.de/de/recherche/rechercheratgeber/71626> (letzter Zugriff: 18.2.2012).

11 ENGBARTH (2003); SIERCK (1994). Auch das oft als Standardwerk zitierte Buch von Rolf Castell vermag die Lücke zwischen Institution und Betroffenen nicht zu schließen, wenngleich hier dankenswerterweise für die Entwicklung des Fachgebiets wertvolle Quellen und Dokumente zusammengetragen und kommentiert wurden. CASTELL (2003); KINZE (2007).

12 Siehe als Auswahl: KEIM (1999); BREUER (1991); OSTENDARP (2017); REXROTH (2011).

ein. Zeitzeuginnen- und Zeitzeugeninterviews tragen dazu bei, die Alltagserfahrungen und Lebensverhältnisse der sogenannten »Zöglinge« und den Arbeitsalltag des Anstaltspersonals zu erschließen.¹³ Repressions- und Gewaltpraktiken in Psychiatrie- und Behinderteneinrichtungen werden hier als inhärentes Merkmal der »Anstaltsverwaltung« begriffen und mit Hilfe soziologischer Ansätze (u. a. von Michel Foucault und Pierre Bourdieu) in einen größeren gesellschaftlichen Kontext gestellt. Insbesondere Erving Goffmans Modell der »totalen Institution« erlaubt es, psychiatrische Anstalten und Heime als gesellschaftliche Zwangs- und Repressionsinstrumente zu beschreiben, die alle Lebensäußerungen der »Insassen« bis ins Detail regeln und kontrollieren.¹⁴

Ein 2017 erschienener Sammelband gibt einen Überblick über das Forschungsfeld und integriert institutionelle, rechtliche, personelle und medizinische Aspekte für die Zeit nach 1933 in eine kritische Gesamtschau.¹⁵ Die einzelnen Beiträge gehen auch auf Leben und Wirken der führenden jugendpsychiatrischen Expertinnen und Experten der frühen BRD sowie auf die Geschichte einzelner Einrichtungen in den Bundesländern ein. Weitere Einzelaufsätze und Monographien thematisieren einrichtungs- und regionalbezogen die Lebensverhältnisse der Kinder und ihre Gewalterfahrungen.¹⁶ Vergleichbare Arbeiten liegen auch für Schweiz und Österreich vor.¹⁷

Die DDR-Psychiatriegeschichtsschreibung folgt gleichfalls einem institutionenbezogenen, meist regionalen, teilweise auch vergleichenden Schwerpunkt (Ost/West).¹⁸ Hervorzuheben ist die aus zwei Untersuchungskommissionen zum Missbrauch der Psychiatrie in der DDR hervorgegangene Studie von Sonja Süß, in der die relevanten Unterlagen der Staatssicherheit systematisch ausgewertet wurden.¹⁹ Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird in den meisten Arbeiten aber lediglich gestreift.²⁰ Vor dem Hintergrund des politischen und gesellschaftlichen Umbruchs im Zuge des Mauerfalls stand die historische Forschung zu Heimeinrichtungen in der DDR somit lange ganz im Zeichen der Aufarbeitung von SED-Unrecht. Thematisch geleitet durch die parallel geführte Entschädigungsdebatte, stand die Frage nach systembedingter, struktureller und institutioneller Gewalt in den Jugendhilfe-Heimen im Fokus der

13 Siehe etwa: KERSTING/SCHMUHL (2018); SIEBERT u. a. (2016).

14 GOFFMAN (1973).

15 Vgl. FANGERAU (2017).

16 Siehe etwa: FEHLEMANN/SPARING (2017); SCHMUHL/KERSTING (2018); ROTZOLL (2017); WILKE/SCHMUHL/WAGNER/WINKLER (2018); SPARING (2018); ENGELBRACHT (2013); dies. (2020).

17 MEIER (2002); HÜRLIMANN (2003); DIETRICH-DAUM (2018); HÄHNER-ROMBACH (2017).

18 Zum Forschungsstand DDR-Psychiatrie vgl. auch LOOS (1992); ders. (2006); STEINBERG/KUMBIER (2015), KUMBIER/STEINBERG (2018); KUMBIER (2020).

19 Süß (1998).

20 Ausnahme: CASTELL (2003), dessen Studie allerdings nur die Zeit bis zum Mauerbau beleuchtet; vgl. auch HANRATH (2002); ROSE (2005); STEINBERG (2005); LOOS (2014); ABU ZAHRA (2015); KUMBIER/STEINBERG (2018).

Aufarbeitung – forschungsleitend waren hier die Begriffe der »Fürsorgediktatur« (Konrad Jarausch) und (erneut) der »totalen Institution« (Erving Goffman). Mittlerweile sind die repressiven Strukturen im Erziehungsalltag, insbesondere der Spezialheime²¹ der DDR-Jugendhilfe vergleichsweise gut erforscht.²² In besonderer Weise trifft dies auf den Geschlossenen Jugendwerkhof Torgau (GJWH Torgau) zu, der stellvertretend für ein repressives Erziehungssystem bereits unmittelbar nach dem Mauerfall mediale Aufmerksamkeit fand und die Aufarbeitung eines ansonsten eher randständig behandelten Themas in Gang setzte.²³ Entscheidend war hier nicht zuletzt das Engagement Betroffener gemeinsam mit einer Bürgerinitiative vor Ort, die heute Träger der Gedenkstätte GJWH Torgau ist. Der GJWH Torgau stellt gegenüber allen übrigen Heimen der DDR-Jugendhilfe insofern eine Besonderheit dar, als dass die Betroffenen²⁴ seit dem Berliner Kammergerichtsurteil vom 15. Dezember 2004 nach dem SED-Unrechtsbereinigungsgesetz strafrechtlich rehabilitiert sind. Eine Unterbringung im GJWH wurde für prinzipiell rechtsstaatswidrig erklärt.²⁵ Analog zum Erziehungsheim in Glückstadt (Schleswig-Holstein) oder zur Odenwaldschule in Heppenheim (Hessen) in der Bundesrepublik kann das Engagement zur Aufarbeitung der Vorgänge im GJWH Torgau als Initialzündung für den Aufarbeitungsprozess der DDR-Heimerziehung betrachtet werden, der einen umfassenden und differenzierten Forschungsprozess einleitete.²⁶

Im Zuge der Arbeit der Stiftung »Anerkennung und Hilfe« kam es zu ersten regionalen Aufarbeitungsbemühungen für die DDR-Bezirke, die auch Sonderpädagogik und Behindertenhilfe mit in den Blick nahmen.²⁷ Eine systematische Aufarbeitung fand allerdings nur ausnahmsweise statt, wie etwa in der Studie von Sebastian Barsch zum Umgang mit Behinderungen in der DDR.²⁸

Mit Blick auf die Geschichte von Menschen mit Behinderungen finden – vor allem am Beispiel von Einrichtungen in den alten Bundesländern – die theoretischen und konzeptionellen Überlegungen der »Disability Studies« zunehmend Berücksichtigung,

21 Als Spezialheime wurden in der DDR Heime für »schwererziehbare und verhaltensgestörte« Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 18 Jahren bezeichnet. Zu diesen zählten insbesondere die »Spezialkinderheime« und »Jugendwerkhöfe«, aber auch die Durchgangsheime der Bezirke und das »Kombinat der Sonderheime für Psychodiagnostik und pädagogisch-psychologische Therapie«.

22 Vgl. zum Forschungsstand: Bauftragter der Bundesregierung für die neuen Bundesländer (2012).

23 HOTTENROTT (2012), 7 ff.; vgl. auch BLASK u. a. (1997).

24 Da der Begriff ehemaliger »Insasse« vorwiegend im Strafvollzug verwendet wird und damit auf ein rechtskräftiges Urteil hinweist, der Begriff »Heimkinder« unpräzise und der Begriff »Zögling« veraltet ist, wird der politisch konnotierte Begriff »Betroffene« bevorzugt, um ihn gleichzeitig deutlich vom Jugendstrafvollzug abzugrenzen, denn den Jugendlichen im GJWH haftete lange Zeit das Stigma »Kriminelle« an.

25 BEYLER (2010); HOTTENROTT (2016b).

26 Z. B. ZIMMERMANN (2005).

27 BERSCH (2020a).

28 BARSCH (2007); RAMM (2016).

denen zufolge »Behinderung« keine biologisch determinierte Kategorie darstellt, sondern als historische Konstruktion begriffen werden muss, die an jeweils zeitgebundene Vorstellungen von Normalität geknüpft ist.²⁹ Sowohl für die stationäre Behindertenhilfe der alten Bundesrepublik als auch für die Einrichtungen der DDR konnten bereits erste Einzelstudien nachweisen, dass auch im heilpädagogischen Behandlungs- und Anstaltsalltag gewaltförmiges Verhalten stark verbreitet war.³⁰ Besonders auch die konfessionell bestimmte Trägerstruktur der Einrichtungen fand dabei Berücksichtigung.

Nur wenige Erkenntnisse existieren bislang zu den rechtlichen Voraussetzungen der Einweisungspraxis in jugendpsychiatrische Einrichtungen und heilpädagogische Heime.³¹ Vorliegende Studien weisen allerdings darauf hin, dass eine Unterbringung in einem Heim oder in einer Anstalt oftmals in einem rechtlichen Graubereich erfolgte. Unschärfe Kategorien (»schwererziehbar«, »verhaltensauffällig«, »hirngeschädigt«, »bildungsunfähig«), widersprüchliche Bestimmungen sowie Zuständigkeitsfragen kennzeichneten den Einweisungsprozess. Kinder wurden in West- und Ostdeutschland implizit oder explizit nach »bildungs- oder »förderfähigen« bzw. »therapierbaren« und »nicht therapierbaren« Pflegefällen unterschieden, was den Weg eines Kindes durch ambulante und stationäre Einrichtungen (Volksbildung, Gesundheitswesen, konfessionelle Heime) vorgab.³²

In den letzten Jahren sind auch der Einsatz von Psychopharmaka und die Durchführung von Medikamentenversuchen in Einrichtungen der Behindertenhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrien ins öffentliche Interesse gerückt.³³ Dass Psychopharmaka in Heimen und Kliniken seit Mitte der 1950er Jahre großflächig und systematisch zur Sedierung und Disziplinierung der Patientinnen und Patienten genutzt wurden, konnte bereits für die BRD gezeigt werden.³⁴ In Westdeutschland schränkte erst das Arzneimittelgesetz von 1976 Medikamenten-Testungen gesetzlich ein und führte eine Genehmigung und Kontrolle durch die Aufsichtsbehörden ein. In den zum Teil von einzelnen Bundesländern vergebenen Forschungsaufträgen konnten auch Medikamenten-Studien an Kindern nachgewiesen werden, so dass die Problematik des »informed consent« anhand exemplarischer Einrichtungsstudien und einzelner Regionen bereits breit erörtert wurde.³⁵ Eine entsprechende Untersuchung für das Land Schleswig-Holstein

29 LINGELBACH (2016 b); dies. (2016 a), 4–6; BöSL (2009); BöSL (2010); vgl. zur DDR auch: POORE (2007); ROHRMANN (2017).

30 FRINGS (2012); KAMINSKY (2011); SCHMUHL/WINKLER (2011); WESTFELD (2016) und WINKLER (2018); HOTTENROTT (2012).

31 Besser erforscht ist dieser Bereich für die Erwachsenenpsychiatrie: COCHÉ (2017).

32 HOTTENROTT (2016 a).

33 Insbesondere nach der Publikation von Sylvia Wagners Aufsatz in dem Periodikum »Sozial.Geschichte Online«: WAGNER (2016).

34 SCHMUHL/WINKLER (2012); FRINGS (2012); WAGNER (2020).

35 HÄHNER-ROMBACH/HARTIG (2019); ENGELBRACHT (2020), LENHARD-SCHRAMM/RATING/ROTZOLL (2020), SPARING (2020); BEYER/BORCK/HOLST/LINGELBACH (2021); KAMINSKY/KLÖCKER (2020).

bezog dabei zudem Medikamentenprüfungen an Erwachsenen vergleichend mit ein, berücksichtigte regionale evangelische und universitäre Einrichtungen und belegte damit auf breiter Basis eine bis 1975 weitgehend unhinterfragte, bereits aus damaliger Sicht ethisch zweifelhafte Prüfpraxis.³⁶ Trotz eines weitgehenden Konsenses unter den Zeitgenossinnen und -genossen, dass Studien an Kindern mangels fehlender Gesetzgebung und Rechtsprechung rechtlich legal gewesen seien, zeigen Stellungnahmen und Publikationen aus der Zeit vor der Verabschiedung des Arzneimittelgesetzes 1976 aber auch, dass sie – sogar bei Zustimmung der Erziehungsberechtigten – teilweise für illegitim gehalten wurden.³⁷ Eine ausführliche juristische Einschätzung im Rahmen der Untersuchung von Medikamentenstudien in Schleswig-Holstein kommt dazu zu dem Schluss, dass in der BRD vor 1976 »greifbare ethische Standards« existierten, die »spätestens mit der Deklaration von Helsinki von 1964 bei ernsthafter Befassung mit dem Thema nicht mehr ignoriert werden konnten.«³⁸ Die rechtlichen Rahmenbedingungen sowie die Organisation klinischer Prüfungen in der DDR sind in zwei Monographien dargestellt, die sich mit den klinischen Auftragsstudien westlicher Pharmahersteller in der DDR besonders in den 1980er Jahren befassen. Auf breiter Quellenbasis wurde diese spezielle Form der Medikamentenerprobung auf die Einhaltung rechtlicher, ethischer und fachlicher Standards untersucht.³⁹ Einzelne Publikationen greifen die Problematik der Psychopharmaka-Vergabe an Kinder auf.⁴⁰ Auch lassen sich punktuell Belege für einen problematischen Umgang mit Psychopharmaka in Heimen⁴¹ finden.

Insgesamt zeigt diese Übersicht, dass im Umgang mit behinderten und psychisch kranken Kindern und Jugendlichen gewaltförmige Praktiken seit vielen Jahren ein Thema der Forschung sind.⁴² Was 1987 noch als »unbewältigtes Problem« galt,⁴³ wurde in den letzten Jahren zu einem Gegenstand zahlreicher Forschungsarbeiten, deren Ansätze, Materialien, Ergebnisse und Folgerungen noch nicht systematisch zusammengestellt worden sind. An diese Arbeiten, von denen einige während der Laufzeit des Projektes erschienen, schließt die vorliegende Studie an.

36 BEYER/BORCK/HOLST/LINGELBACH (2021).

37 LENHARD-SCHRAMM/RATING/ROTZOLL (2020), KOHLHAAS (1958), 423 f.

38 KIELMANSEGG (2021), 59.

39 HESS/HOTTENROTT/STEINKAMP (2016); WERNER u. a. (2016).

40 METHNER (2016); HOTTENROTT (2016 a).

41 Vgl. HOTTENROTT (2016 a), 98.

42 EGLI (1993).

43 BRADL (1987), 9–33.

1.3 Grundlage der Beschreibung und Bewertung von Leid- und Unrechtserfahrungen

1.3.1 Beschreibung von Leid und Unrecht

Die bisherige Forschung zeigt, dass Unrecht und Leid in Heimen und psychiatrischen Einrichtungen auf unterschiedliche Formen von Gewalt zurückgeführt werden können. Viele Aspekte der medizinischen Behandlung, pädagogischen Betreuung und institutionellen Versorgung bergen Formen von struktureller Gewalt im Sinne des Konzepts von Johan Galtung.⁴⁴

Der Terminus der strukturellen Gewalt benennt, dass Gewalt nicht nur aus persönlich zu verantwortendem Denken und Handeln erfolgt, sondern auch durch die überindividuellen Bedingungen und Voraussetzungen begünstigt wird, in denen Menschen agieren. Besonders Institutionen sind dadurch charakterisiert, dass sie Handeln strukturieren und damit auch die Entstehung von Gewalt fördern können. Wenn in einer Einrichtung keine oder nur wenige Fachkräfte tätig sind und/oder keine Spielsachen vorhanden sind und/oder wenn der Betreuungsschlüssel das Personal ständig an die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit führt und/oder die hygienische Situation unbefriedigend ist und/oder persönliche Beziehungen nicht ermöglicht werden, kann eine Atmosphäre entstehen, die unabhängig von den Intentionen der beteiligten Personen eher Gewalt entstehen lässt, als bei einer angemessenen Ausgestaltung dieser Bereiche. In diesem Sinne ist der Begriff »strukturell« zu verstehen. Er verweist auf die »Handlungsgrammatiken« (Pierre Bourdieu) einer Institution, die dem individuellen Handeln zugrunde liegen.

Der Begriff der strukturellen Gewalt steht in enger Beziehung zur Idee der »totalen Institution« von Erving Goffman.⁴⁵ Zu den »totalen Institutionen« zählt Goffman u. a. Psychiatrien, Kinderheime und Pflegeeinrichtungen mit folgenden Merkmalen: Abgeschlossenheit nach außen (Isolation); klare Hierarchien; Bewohnerinnen und Bewohner und Betreuerinnen und Betreuer stehen sich als abgegrenzte Gruppen gegenüber (Verlust individueller Rollenmöglichkeiten); Verregelung der Lebensabläufe (keine subjektive Lebensplanung); alle Tätigkeiten sind durch Verwaltungen vorgesehen (alles muss genehmigt, beantragt, erlaubt werden); niemand ist persönlich »verantwortlich«, insofern das Reglement der Institution eingehalten wird.⁴⁶ Einrichtungen dieser Art

⁴⁴ GALTUNG (1975), 8–12; WIENBERG (1997), 14–38.

⁴⁵ LAUDIEN (2021).

⁴⁶ GOFFMAN (1973).

stehen in Gefahr, das Wohl ihrer Bewohnerinnen und Bewohner den Betriebsabläufen sowie der Selbsterhaltung der Institution unterzuordnen.

Ebenso lassen sich mit Pierre Bourdieu zahlreiche Akte symbolischer Gewalt in der psychiatrischen Versorgung und Behandlung aufzeigen,⁴⁷ deren Regelmäßigkeit und Ritualisierung (z. B. Einkleidung und Anstaltskleidung) den Kriterien einer »totalen Institution« im Sinne Goffmans entsprechen.⁴⁸ Die Grenzen zwischen Betreuung, Erziehung, Hilfe, Kontrolle, Zwang und Therapie sind aber oft nur schwer zu ziehen.

Gewalt in jeder Form wird von Betroffenen oft als Leid und Unrecht erlebt, unabhängig von einem Rechtspositivismus. Für Menschen mit psychischen Erkrankungen und geistiger und körperlicher Behinderung lässt sich ein empirisch erhöhtes Risiko nachweisen, Opfer von Gewalt zu werden.⁴⁹ Zugleich wurde in der Vergangenheit in solchen Einrichtungen gewalttätiges Handeln selten sanktioniert, geächtet bzw. strafrechtlich verfolgt. Bei Betroffenen führen Gewalterfahrungen besonders häufig zu chronischen Folgen, weil ihnen aufgrund einer erhöhten, zum Teil institutionell bedingten Vulnerabilität weniger Bewältigungs- und Verarbeitungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.⁵⁰

Leiderfahrungen sind individuell und nicht nur durch die subjektive Erfahrung von Unrecht bestimmt. Nicht jedes Unrecht erzeugt Leid, und nicht jedes Leid ist auf Unrecht zurückzuführen. Leid als subjektive Erfahrung kann am ehesten aus persönlichen Schilderungen rekonstruiert werden oder sich in Erfahrungen von Menschen in vergleichbaren Situationen mit vergleichbaren Erfahrungen spiegeln.

Der Begriff »Unrecht« wiederum eröffnet zwei Perspektiven. Er legt einerseits nahe, dass Verantwortungsträgerinnen und -träger ein bestimmtes Recht im juristischen Sinne verletzt oder missachtet haben. Wer Unrecht in dieser engen Definition versteht, muss zwangsläufig nach konkreten Rechtsverletzungen suchen. Andererseits ist »Unrecht« in vielen Fällen nicht im Sinne einer konkreten Grenz- oder Regelüberschreitung (als illegal) fassbar, sondern ergibt sich aus vielschichtigen Begleitumständen.

So sind die Unterbringung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen oder diagnostizierten psychischen Erkrankungen in stationären Einrichtungen der alten Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik per se auch aus heutiger Sicht nicht illegal gewesen. Gleichwohl sind jenseits der Buchstaben des Gesetzes weitergehende Kriterien heranzuziehen, die sich in der Wertorientierung auch der damaligen deutschen Gesellschaften und auf dem allgemeinen Menschenrecht begründen. Solche Ansprüche wie z. B. das »Kindeswohl« waren zwar nicht als Rechtsanspruch in den jeweiligen nationalen Gesetzbüchern niedergelegt, wurden aber auch von Politik und Gesellschaft allgemein geteilt. Sie waren darüber

47 BOURDIEU (1987).

48 GOFFMAN (1973).

49 SZYMANSKI (1999); IRBLICH/BLUMENSCHNEIN (2011).

50 Ibid., 88.

hinaus in internationalen Deklarationen wie beispielsweise in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen von 1948 festgeschrieben, die im Grundsatz auch die beiden deutschen Staaten, wenngleich auch mit unterschiedlichen Prämissen, anerkannten.

Vor diesem Hintergrund halten wir es für notwendig, den jeweiligen Einzelfall historisch zu kontextualisieren. Das schließt neben der Prüfung der Begleitumstände im Hinblick auf damals geltendes Recht auch deren Vereinbarkeit mit allgemein anerkannten Rechtsgrundsätzen sowie pädagogischen und medizinischen Standards ein und geht insofern über die rein rechtliche Würdigung nach den Paragraphen des nationalen Gesetzbuches (bindendes/vertragliches Recht) hinaus. Mit Blick auf das »Wohl des Kindes« und seiner besonders schutzwürdigen Interessen plädieren wir im Folgenden für ein weiter gefasstes Verständnis von »Unrecht«, um das, was geschehen ist, möglichst umfassend zu würdigen.

Als Ausgangspunkt für den Untersuchungszeitraum bietet sich mit Blick auf das jeweilige deutsche Gesundheitssystem der idealtypische Begriff von Gesundheit der World Health Organisation (WHO) von 1948 an, der ein weitgefasstes Verständnis von Gesundheit beschreibt, nach welchem »Gesundheit ein Zustand vollständigen, geistig-seelischen und sozialen Wohlbefindens [well-being] ist.«⁵¹ Im Gesundheitsbegriff der WHO wurden sehr unterschiedliche Ansätze international zusammengeführt. Wenn auch idealisierend, formuliert der WHO-Gesundheitsbegriff dennoch einen Anspruch, der weltweit orientierend wirkte und im Grundsatz in beiden deutschen Gesundheitssystemen anerkannt wurde.⁵²

»Vollständiges Wohlbefinden« ist allerdings kaum nachprüfbar, weder in der Mangelwirtschaft der DDR noch im »Wirtschaftswunderland« BRD. Der Anspruch auf einen bestmöglichen Gesundheitszustand begründet bei der WHO aber den Begriff des »Kindeswohls«: »Die gesunde Entwicklung der Kinder ist von grundlegender Bedeutung; Voraussetzung für ihre gesunde Entwicklung ist die Fähigkeit, in einer sich verändernden Gesamtumwelt in Harmonie zu leben.«⁵³ Dieser Anspruch auf eine gesunde Entwicklung ist leichter zu fassen und in seiner Verwirklichung zu überprüfen als der idealisierende WHO-Gesundheitsbegriff, indem das Wirkmoment von Handlungen und Maßnahmen im Hinblick auf ein solches Ziel beurteilt wird. Wir nutzen in unserer Studie dem folgend den Kindeswohlbegriff als analytisches Werkzeug. Er nimmt hier für unseren Blick die Funktion eines »kollektiven Orientierungsmusters« ein.⁵⁴

51 LOHMANN (2019), 224.

52 Die WHO-Definition wird beispielsweise in den methodologischen Grundsätzen eines Lehrbuchs zum DDR-Gesundheitsschutz zitiert mit dem Anspruch, diesen Gesundheitsbegriff »durch die sozialistische Organisation des Gesundheitsschutzes in der Praxis zu verwirklichen«. PAUL (1968), 14; NEUBERT (1958).

53 Auszug aus der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation, Übersetzung, New York, 19. bis 22. Juli 1946, von 61 Staaten unterzeichnet, u. a. der BRD 1951 und der DDR 1975.

54 GÖRGEN u. a. (2018).

In unserer Studie überprüfen wir folglich mit Blick auf Unrecht und Leid, inwieweit konkrete Politiken, Praktiken und Routinen diesem Anspruch auf Förderung einer gesunden Entwicklung zuwiderliefen bzw. ihn konterkarierten. Ein solcher Zugang bietet zudem den Vorteil, auf der normativen Ebene über soziale und somatische Elemente hinaus auch jene psychischen Aspekte einzubeziehen, die auf die Wahrung und Förderung der Persönlichkeit des Menschen hinauslaufen.⁵⁵ Dieser Ansatz wird auch von der anthropologisch-pädagogischen Perspektive auf moralisches Unrecht gedeckt.⁵⁶

1.3.2 Moralische Rechte von Kindern

Um eine in der Vergangenheit liegende Erfahrung als »Unrecht« zu bewerten, bedarf es gewisser Grundannahmen, die eine ethische Bewertung überhaupt erst möglich machen. Weil das juristische Rückwirkungsverbot auch auf die Ethik übertragbar ist, verbietet es sich, heutige Maßstäbe an vergangene Ereignisse anzulegen. Die Zeitgebundenheit von Norm- und Wertkategorien gilt es auch für die moralischen Kategorien der Gegenwart zu bedenken. Gesucht werden dementsprechend Wertevorstellungen, die bereits im Untersuchungszeitraum Gültigkeit für sich beanspruchen konnten. Beispiele bieten hier Auseinandersetzungen um die Professionalisierung der sozialen Arbeit, im Rahmen derer z. B. in den USA über Ethikkodizes und deren Implementierung in den Unterricht diskutiert wurde.⁵⁷ Seit den 1940er Jahren spielte hier die Idee der Befähigung eine zentrale Rolle. Die Werte der sozialen Arbeit bestanden aus dem Respekt ihrer Klientel gegenüber der Orientierung am Hilfebedarf, der Unterstützung vorhandener Fähigkeiten und der Stärkung gegebener Ressourcen.⁵⁸ Aus heutiger Sicht kann hier die moralische Forderung nach der Förderung der Handlungsbefähigung und der Handlungsermächtigung (»Agency«) der Betroffenen als Weiterentwicklung dieses Ansatzes gedeutet werden,⁵⁹ der helfen kann, den Umgang mit den Kindern im Untersuchungszeitraum zu bewerten.

Beide deutsche Staaten knüpften in ihrem Selbstverständnis nach dem Ende des Nationalsozialismus erneut an Traditionen der europäischen Aufklärung an. Humanistische Werte und Normen im Sinne eines allgemeinen Strebens nach »Menschlichkeit« waren Teil der Aushandlungsprozesse in der Rechtswissenschaft, der Pädagogik oder der Medizin. Die Aufklärung hatte die »Kindheit« als entscheidendes Entwicklungsmoment des individuellen Menschseins in den Blick gerückt. Der Kerngedanke lautete: Die

55 LOHMANN (2019), 224.

56 LADWIG (2009).

57 JOHNSON (1955).

58 REAMER (1998), 490.

59 MICK (2012).

Kindheit bedarf – jenseits aller moralischen Annahmen – eines besonderen Schutz- und Schonraums, weil dieser Lebensabschnitt durch eine besondere Vulnerabilität geprägt ist. Die Kindheit wurde als entwicklungs offene Ausgangsphase für das biologische, psychische und soziale Entfaltungspotential eines jeden Menschen verstanden. Wirkmächtig hat Philippe Ariès in diesem Zusammenhang, der sich literarisch in Rousseaus »Entwicklungsroman« »Emile« niederschlug,⁶⁰ von einer sich im 17. Jahrhundert ereigneten »Entdeckung der Kindheit« gesprochen,⁶¹ wobei die Erforschung der entwicklungspsychologischen Implikationen bis heute andauert.

1.3.3 Recht auf Erziehung

Kinder hatten somit in beiden deutschen Staaten nicht nur ein Recht auf ein störungsfreies Aufwachsen und Sich-Entwickeln (das sozusagen aus sich selbst heraus erfolgt), sondern auch einen Anspruch, auf ein gelingendes Leben hin erzogen zu werden. Dieses Recht auf Erziehung impliziert, dass diese eine Entwicklung befördert, die zur Mündigkeit führt.⁶² Sie soll dem Individuum jene Mittel zugestehen und angedeihen lassen, über sich hinauszugehen, sich zu einem aufgeklärten Individuum zu entwickeln und sich seiner Vernunft den eigenen Verstandeskräften gemäß zu bedienen.

Erziehungspraktiken werden immer von der Gefahr des Rigorismus begleitet. Bereits in der Aufklärung existierte vor diesem Hintergrund der Standpunkt, dass der Zweck nicht die Mittel heiligt. Kein noch so hehres Erziehungsziel rechtfertigt den Einsatz verletzender oder übergreifiger pädagogischer Maßnahmen. Eine kindgerechte Erziehung hat vielmehr die Aufgabe, die Subjektwerdung des Kindes zu fördern, sie aber nicht zu behindern oder gar zu verunmöglichen.

1.3.4 Instrumentalisierungsverbot und Zuwendungsgebot

Aus dem Recht auf Erziehung lassen sich demnach zwei moralische Rechte von Kindern ableiten.⁶³

1. Das Instrumentalisierungsverbot: Das Recht auf Erziehung schließt ein, nicht als Objekt von Erziehungszielen missbraucht zu werden. Dies liegt immer dann vor, wenn Kinder

⁶⁰ ROUSSEAU (1876).

⁶¹ ARIÈS (2007).

⁶² GROOTHOFF (1972), 733.

⁶³ Siehe: DREIER-HORNING/LAUDIEN (2018), 11 f.

unabhängig von ihrem Selbstbild und in Missachtung ihrer potentiellen Entwicklungsmöglichkeiten entweder aktiv zu Verhaltensausrägungen und Überzeugungen gedrängt werden, die der Ausbildung einer eigenen aufgeklärten Persönlichkeit zuwiderlaufen, oder passiv durch Unterlassung pädagogischer Zuwendungen daran gehindert werden, ihr Entwicklungspotential auszubilden. Dieser Bewertungsmaßstab läuft letztendlich darauf hinaus, dass Erziehung eine altersgerechte und den Fähigkeiten entsprechende Bestätigung der je individuellen Lebensauffassung und der je individuellen Lebensmöglichkeit mitsamt des darin angelegten Entwicklungspotentials zu leisten hat. Kants Ethik bringt dies kurz und prägnant zum Ausdruck: Kein Mensch darf nur als Mittel, sondern muss immer zugleich als ein Zweck an sich selbst betrachtet werden.

2. Die Unterlassung von Negativem allein bildet allerdings noch keinen Subjektstatus aus. So unabdingbar die Befriedigung körperlicher Bedürfnisse ist, so wichtig ist es darüber hinaus, zwischenmenschliche Interaktionen zu ermöglichen. Erst in der Interaktion mit anderen bildet das Kind ein Verständnis von sich und seiner Welt aus und kann sich als Subjekt und als handelndes Wesen wahrnehmen. Erst auf diese Weise wird das die individuelle Person begründende Entwicklungspotential nicht gebremst. Jedes Kind hatte auch in den beiden deutschen Staaten deshalb Anspruch auf die gestaltete Ermöglichung von Zuwendung. Damit sind Anerkennungsverhältnisse, also Beziehungen gemeint. Liebe, Zuwendung, Anerkennung sind die Ressourcen menschlicher Interaktion. Sie sind die Grundlage, ein Selbstverständnis auszubilden, das trotz aller Begrenzungen, die körperliche oder geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen mit sich bringen, einen positiv-selbstaffirmativen Zugang zur eigenen Person ermöglicht.

Moralische Rechte von Kindern verlängern nicht lediglich die moralischen Rechte von Erwachsenen in das Kindesalter. Moralische Rechte von Kindern formulieren vielmehr altersspezifische Ansprüche an die soziale Umwelt, um der Subjektwerdung Raum zu geben. Gerade bei Kindern mit psychischen Krankheiten und geistigen Behinderungen müssen diese Ansprüche in besonderer Weise gewahrt werden. Je höher der Unterstützungsbedarf von Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen ausfällt, desto höher ist ihre Abhängigkeit von anderen, umso höher auch die Gefahr, Machtmissbrauch ausgesetzt zu sein.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass wir den nicht eingelösten Anspruch auf kindgerechte Entwicklung und Kindeswohl bei der stationären Unterbringung und Betreuung als »erfahrenes Unrecht« begreifen.

Wir schlagen damit in dieser Studie vor, nicht nur ausschließlich konkrete Verstöße gegen das damals geltende nationale Recht als unrechtmäßig zu bezeichnen. Daneben begreifen wir auch Verstöße gegen allgemeine menschliche Grundregeln/Menschenrechte wie die erwähnten Erklärungen der Vereinten Nationen und der WHO als unrecht-

mäßig im Sinne von illegitim. Handhabbar wird diese Kategorie insbesondere dann, wenn die Gesamtumstände einer Unterbringung erstens dazu beitragen, die physische und psychische Integrität Schutzbefohlener zu verletzen, und zweitens, wenn diese Umstände von Verantwortungsträgerinnen und Verantwortungsträgern – auf welcher Ebene auch immer – begünstigend oder billigend in Kauf genommen wurden. Unserer Studie haben wir auf diese Weise eine Konzeption von Leid und Unrecht zugrunde gelegt, mit der die Verengung auf eine allein juristische Bewertung vermieden werden soll.

1.4 Quellen und methodisches Vorgehen

Ausgehend von diesen Überlegungen liegt unserer Studie ein Vorgehen zugrunde, das ein Quellenkorpus aus institutionellen Akten, behördlichen Dokumentationen und Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenaussagen erschließen und analysieren sollte. Um das Leid und Unrecht, das Kinder und Jugendliche in den Jahren 1949 bis 1975 (BRD) bzw. 1949 bis 1990 (DDR) in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe oder in stationären psychiatrischen Einrichtungen erfahren haben, zu erfassen, haben wir in einem ersten Schritt übergeordnet Leid und Unrecht umschreibende Themenfelder in institutionellen Kontexten (Einrichtungsstudien) untersucht und dabei Risikofaktoren herausgefiltert, die die Erfahrung von Unrecht und Leid begünstigt haben. Querschnittsanalysen führen diese Ergebnisse der Einrichtungsstudien unter thematischen Problemfeldern zusammen und ordnen sie historisch ein. Die Referenzen aus den Querschnittsanalysen beziehen sich immer auf die Einrichtungsstudien.

1.4.1 Einrichtungsstudien

Mit den der Forschung zur Verfügung gestellten Mitteln konnten 17 Einrichtungsstudien durchgeführt werden, die stellvertretend und exemplarisch die Heim- und Kinderpsychiatrielandschaft der BRD und der DDR abbilden können, dabei aber aufgrund der vielfältigen Einrichtungstypen nicht alle Institutionsformen in beiden Staaten regional diversifiziert berücksichtigen (siehe Teil 2: Einrichtungsstudien).

Ein erster Versuch der Bestandsaufnahme wurde dennoch unternommen. Alle Einrichtungen, die im Rahmen des Forschungsprojektes bekannt wurden, sind in einem Online-Atlas katalogisiert worden. Der »Einrichtungsatlas Behindertenhilfe & Psychiatrie« umfasst mehr als 1.000 Einrichtungen der BRD (1945–1975) und der DDR (1945–1990) (Stand: Oktober 2020) zur Unterbringung von behinderten oder psychisch erkrankten Kindern

und Jugendlichen.⁶⁴ Die überaus komplexe institutionelle Landschaft der Behindertenfürsorge und der psychiatrischen Unterbringung konnte aufgrund der materiellen und zeitlichen Begrenztheit des Forschungsprojektes nur ansatzweise kategorisiert werden. Neben Mischformen tragen auch Unsicherheiten über das Aufgabenspektrum einiger Einrichtungen und Einrichtungsumwidmungen zur Unübersichtlichkeit bei.

Bei der hohen Zahl mittlerweile identifizierter Einrichtungen, in denen in Deutschland Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen und Behinderungen Spuren und Zeugnisse hinterließen, stellen die Einrichtungstudien Sondierungen einer heterogenen, institutionell zerklüfteten, konfessionell wie politisch diversen Landschaft dar. Soweit es die begrenzten Mittel des Forschungsprojektes erlaubten, haben wir eine möglichst große Streuung der Einrichtungen angestrebt. Die Einrichtungstudien können aber keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben. Zum Beispiel konnten die Internate der Sonder- und Hilfsschulen der BRD und der DDR im Rahmen des Projektes ebenso wenig berücksichtigt werden, wie die Internatsschulen für Minderjährige mit Hör- und Sprachbehinderungen. Unsere Studie gleicht somit im wörtlichen Sinne einer Sonde, nämlich einer systematisch vorgenommenen Erkundung eines noch weitgehend im historischen Dunkel liegenden Terrains.

Im Zuge der Studie haben wir eine Reihe von in Frage kommenden Einrichtungen um ihre Beteiligung gebeten und Archive gesichtet. Die abschließende Auswahl erfolgte erst nach Sichtung des Archivmaterials. Folgende Einrichtungen wurden schließlich als exemplarische Vertreter für Einrichtungstypen in verschiedenen deutschen Regionen in die Analyse einbezogen (Abbildung 1):

Untersuchte Einrichtungen – Aktuelle Namen (Historische Namen und Funktion):

- **Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren** (Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren) – staatlich, Psychiatrie, Süddeutschland
- **Bischöfliche Stiftung Haus Hall, Gescher** (Erziehungs- und Pflegeanstalt Haus Hall) – konfessionell kath. (Caritas), Westdeutschland
- **Charité – Universitätsmedizin Berlin. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie** (Psychiatrische- und Nervenlinik der Charité) – staatlich, Psychiatrie, Berlin-Ost
- **Diakoniewerk Kloster Dobbertin** (Psychiatrisches Pflegeheim Dobbertin, Außenstelle der Bezirksnervenklinik Schwerin) – staatlich, Psychiatrie, Ostdeutschland
- **Dominikus-Ringelsen-Werk, Ursberg** (St. Josefskongregation – Ursberger Anstalten) – konfessionell kath., Süddeutschland
- **Fachklinikum Uchtsprunge, Salus gGmbH** (Landesheilanstalt Uchtsprunge) – staatlich, Psychiatrie, Ostdeutschland

⁶⁴ Einrichtungsatlas des Deutschen Instituts für Heimerziehungsforschung: <https://www.dih-berlin.de/einrichtungsatlas> (letzter Zugriff: 30.10.2020).



Abbildung 1: Untersuchte Einrichtungen (Historische Namen)

- **Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie Berlin-Lichtenberg** – staatlich, Psychiatrie, Berlin-Ost
- **Franziskuswerk Schönbrunn** (Assoziationsanstalt Schönbrunn) – konfessionell kath., Süddeutschland
- **Kinderneuropsychiatrie der Universitäts-Nervenlinik Halle/Saale** – staatlich, Psychiatrie, Ostdeutschland
- **LVR-Klinik Bonn** (Rheinische Landeslinik für Jugendpsychiatrie) – staatlich, Psychiatrie, Westdeutschland
- **Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Pfalzklunikums Klingenmünster** (Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster / Pfälzische Nervenlinik Landeck) – staatlich, Psychiatrie, Südwestdeutschland
- **Psychiatrische Kinderstation im evangelischen Königin-Elisabeth-Hospital** – konfessionell, ev., Berlin-Ost
- **St. Johannesstift Ershausen, Schimberg** – konfessionell kath., Ostdeutschland

- **Vorwerker Diakonie, Lübeck** (Erziehungs- und Pflegeheim »Vorwerk«) – konfessionell ev., Norddeutschland
- **»Waldhaus« Templin, Stephanus-Stiftung** (Waldhof in Templin) – konfessionell ev., Ostdeutschland
- **»Wiesengrund« in Berlin-Reinickendorf** (Kindersanatorium »Wiesengrund«) – staatlich, Psychiatrie, Berlin-West
- **Wohnstätte Haus am See, Träger der Einrichtung Lebenshilfe e. V.** (Kinderpsychiatrie Storkow-Hubertushöhe, Außenstelle der Bezirksnervenklinik Eberswalde) – staatlich, Psychiatrie, Ostdeutschland

Die Einrichtungsstudien stützen sich wesentlich auf Verwaltungsakten, Heim- bzw. Patientinnen- und Patientenakten, Korrespondenz der Einrichtungen (soweit vorhanden) sowie auf Zeitzeuginnen- und Zeitzeugeninterviews, Angaben im Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal (s. u.) und auf Angaben der Anlauf- und Beratungsstellen.

Insbesondere Bewohnerinnen- und Bewohner- sowie Patientinnen- und Patientenakten stellen für uns eine wichtige und besondere Quellengattung dar. Sie können neben Aufnahmebefunden, Verlaufsbeobachtungen, diagnostischen Unterlagen und ärztlicher Korrespondenz auch ärztliche Gutachten und Pflegeberichte, aber auch Briefe und Selbstzeugnisse der Betroffenen enthalten. Anhand der ärztlichen Beobachtungsberichte, Befunde und Verordnungen lässt sich vor allem die institutionelle Sicht nachvollziehen. Akten zeigen dank des langen Untersuchungszeitraums auch den historischen Wandel in der Behandlung von psychisch kranken und geistig behinderten Minderjährigen auf, wobei ebenfalls die Veränderungen der gesellschaftlichen Wahrnehmung und Bewertung psychischer Störungen sichtbar werden. Nicht wenige der Akten enthalten – abhängig von Zeitraum und Aufenthaltsdauer in der Klinik oder Einrichtung – Selbstzeugnisse der Kinder und ihrer Familien, wie etwa Briefe, Erlebnisaufsätze, Lebensläufe und Beschreibungen von Zukunftsplänen. Diese lassen oftmals Rückschlüsse auf die Lebenssituation der Kinder zu. Einblicke in den Klinik- und Heimalltag geben außerdem Krankengeschichten, Pflegeprotokolle, Stationsbücher und Anstaltsberichte (Jahresberichte), in denen besondere Vorkommnisse oder Probleme mit den Kindern vermerkt wurden. Sie können Einzelheiten über den Umgang (insbesondere den von den Betroffenen ungewünschten) mit minderjährigen Bewohnerinnen und Bewohnern offenbaren. Aufschluss über das pädagogische Leitbild, über medizinische Richtlinien sowie Struktur und Funktion der Einrichtungen geben neben den Veröffentlichungen der institutionellen Akteurinnen und Akteure die Verwaltungsakten aus Einrichtungen, staatlichen Behörden oder konfessionellen Trägern und Verbänden.⁶⁵

⁶⁵ Nach Angaben des Deutschen Instituts für Heimerziehungsforschung finden sich allein in 13 Kreisarchiven der neuen Bundesländer Verwaltungsakten zu 20 staatlichen Einrichtungen der DDR-Behindertenhilfe (1949–1990); vgl. <https://www.dih-berlin.de/einrichtungsatlas> (letzter Zugriff: 30.10.2020)

Die Auswertung von Psychiatrie- und Heimakten erfordert eine hohe quellenkritische Sensibilität:⁶⁶ So ist erstens zu berücksichtigen, dass Anstaltsakten den Blick der Institution auf die Patientinnen und Patienten und Bewohnerinnen und Bewohner widerspiegeln. Zweitens wurden gewaltförmige Maßnahmen und Repressionen des Klinikpersonals meist nicht als solche festgehalten, sondern lassen sich, wenn überhaupt, nur indirekt erfassen. Drittens ist oft der Stellenwert überlieferter Ego-Dokumente nur schwer einzuschätzen, da meistens nicht nachzuvollziehen ist, warum Briefe einbehalten und aufgehoben wurden. Auch ist gerade bei Kindern und Jugendlichen zu vermuten, dass auf Form und Inhalt der Schreiben Einfluss genommen wurde. Auch wenn aus verschiedenen Gründen nicht alles dokumentiert wurde, können diese Quellen nützliche Hinweise darauf geben, inwieweit Gewaltanwendung und Zwang im Anstaltsalltag präsent waren, Bildungs- und Entwicklungschancen gewährt wurden und inwieweit versucht wurde, zum Wohl der Kinder zu handeln.

Die gesichteten Akten wurden im Hinblick auf Diagnosen, Therapien und Prognosen systematisch analysiert. Darüber hinaus wurde statistisches Material (Alter, Konfession, soziale Lebenslage) erhoben. Um die Erhebungen vergleichen zu können, haben wir einen Erhebungsbogen einschließlich eines Kategorien- und Fragerasters entwickelt. Die Durchsicht und Auswertung erfolgten nach einer der jeweiligen Archivlage angepassten Methodik der qualitativen Hermeneutik,⁶⁷ d. h. die Quellen wurden bis zur Sättigung der an sie gestellten Fragen durchgesehen und bearbeitet.⁶⁸ Zwar war für jede Einrichtung als Zielgröße eine Stichprobe von rund 100 Akten vorgesehen; in wenigen Archiven existierten für den Untersuchungszeitraum jedoch wesentlich weniger Akten (in den meisten dafür umso mehr). Es wurde deshalb keine quantifizierbare Statistik angestrebt, sondern es wurden Hinweise auf mögliches erlebtes Leid und Unrecht qualitativ-verstehend erfasst. Insgesamt wurden über 1500 Akten eingesehen und ausgewertet.

Hinsichtlich der Einrichtungsstudien ist zusätzlich zu beachten, dass der Forschungsstand zu den ausgewählten Einrichtungen recht unterschiedlich war. Dies erforderte je nach Erschließungsstand der Einrichtung eine historische Kontextualisierung bzw. gezielte Umfeld-Recherche zur Anstaltsgeschichte und ihrer inneren Struktur (etwa in der zeitgenössischen Fachliteratur oder in übergeordneten Archivbeständen).

Die 17 Einrichtungsstudien sind dem Bericht als zweiter Teil beigefügt. Sie bildeten die Grundlage für die Querschnittsanalysen des ersten Teils.

66 MEIER/HÜRLIMANN/BERNET (2002); RADKAU (1997).

67 OEVERMANN (1993).

68 KLÖPPEL (2009); BALZ (2010); HERRN/FRIEDLAND (2014).

1.4.2 Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenerfahrungen

Ergänzt wurden die Befunde aus den Akten zu den Einrichtungsstudien durch die gezielte Befragung von Zeitzeuginnen und Zeitzeugen. Oral-History-Interviews ermöglichen es, an Informationen zu gelangen, die in traditionellen Quellen gar nicht, nur bruchstückhaft oder in verzerrter bzw. tendenziöser Form überliefert sind. Sie können überdies dazu beitragen, den Blick für die Herrschaftsperspektive archivalischer Quellen zu schärfen. Sie können Hinweise auf bislang nicht berücksichtigte Aspekte geben und damit zu einer Erweiterung der Fragestellung oder zur analytischen Neuorientierung anregen. Das gilt insbesondere für »totale Institutionen«, in denen sich die Bewohnerinnen und Bewohner in einem besonderen Abhängigkeitsverhältnis zum Betreuungspersonal befanden.

Wir haben für das Projekt Zeitzeuginnen und Zeitzeugen auf verschiedenen Wegen zu gewinnen versucht. Entsprechend der europäischen Datenschutzverordnung können Interview-Partnerinnen und -partner nicht aus den personenbezogenen Angaben institutioneller Akten rekrutiert werden. Wurden wir nicht direkt von Betroffenen kontaktiert, wurden Interview-Partnerinnen und -partner über die Anlauf- und Beratungsstellen der Stiftung »Anerkennung und Hilfe« vermittelt.

Insgesamt wurden in dem Projekt 59 Interviews durchgeführt, davon 14 mit ehemaligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Die Aussagen wurden in die Auswertung einbezogen. Anbahnung, Durchführung und Nachbereitung der Befragung von Betroffenen gestaltete sich aufgrund oftmals traumatisierender Erfahrungen allerdings schwierig. Für die betroffenen Personen war insbesondere der Gesprächsort von entscheidender Bedeutung: Während einige ein Interview auf »neutralem Boden« vorzogen, die Anreise aber mit Barrieren verbunden war, legten andere auf ein aufsuchendes Interview besonderen Wert, befürchteten aber gleichzeitig eine Re-Traumatisierung durch ein intensives Gespräch. Mehrere frühere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sorgten sich um eine »thematische Engführung« und lehnten deshalb ein Interviewgespräch ab.

1.4.3 Interviewdurchführung

Methodisch wurden »narrative Interviews« geführt, in denen die Gesprächspartnerinnen und -partner selbständig gewichten und die thematische Auswahl treffen konnten. Nach Möglichkeit wurden daher nur Gesprächsimpulse gesetzt und erst danach anhand eines durch die Forschungsgruppe entwickelten Fragenkatalogs Nachfragen in unverbindlicher Reihenfolge gestellt. Es wurden vor allem »offene« Fragen gestellt, die

zu längeren Ausführungen anregen sollten. Dabei erfüllte der Fragenkatalog auch die Funktion, eine Vergleichbarkeit der gemachten Aussagen zu gewährleisten.

Während der Gesprächsführung musste die Gefahr einer möglichen Re-Traumatisierung durch die erinnerten Ereignisse berücksichtigt werden. Es hat sich dabei als hilfreich erwiesen, in einem Vorgespräch auch über den gewünschten Umgang mit problematischen Erinnerungen während eines Interviews zu sprechen, um Situationen der Überwältigung zumindest im Sinne der Betroffenen begegnen zu können.⁶⁹ Insgesamt ist in den Zeitzeuginnen- und Zeitzeugeninterviews – vor allem physische – Gewalt sehr präsent. In einigen Gesprächen mit Bewohnerinnen und Bewohnern mit begrenztem Sprachwortschatz scheint sich eine Beobachtung zu bestätigen, die auch Annerose Siebert und Mitautoren betonten:⁷⁰ Bei der Thematisierung von Gewalt werden die Antworten teilweise sehr knapp und beschränken sich auf wenige Worte. Nichtsdestotrotz sind auch gerade diese – nicht in ein Narrativ eingeordnete – Aussagen in unserer Auswertung in der Gesamtheit von zentraler Bedeutung. Sie sind umso wichtiger, da Formen von Gewalt in den Akten sehr oft ausgespart bleiben.

Bei Interviews in den stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe musste aufgrund von geistigen und/oder körperlichen Beeinträchtigungen der Bewohnerinnen und Bewohner zudem mit einer eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit gerechnet werden. Teilweise war ein Gespräch sogar nur mit Hilfe von Betreuerinnen und Betreuern möglich, was Verlauf und Ergebnis des Interviews zusätzlich beeinflussen konnte. Da sich in den Interviews teilweise ausgeprägte Kommunikationshindernisse ergaben, unterschieden sich der Charakter der Gespräche und der Gehalt der Ergebnisse deutlich. Drei Interviews verliefen deshalb weitgehend ergebnislos, da sich der Anteil der Fragen im Gespräch immer mehr erhöhte und das Interview drohte, den Charakter eines »Verhörs« anzunehmen. Ein Interview musste deswegen abgebrochen werden.

Die Interviews wurden teilweise in Leichter Sprache geführt. Wie allgemein in Interviews konnten genaue zeitliche Zuordnungen Schwierigkeiten bereiten, z. B. wenn abgefragte Ereignisse lange zurücklagen. Zu der generellen Schwierigkeit, Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenaussagen über Zustände oder Lebensverhältnisse zeitlich zu verorten, scheint uns hier eine lebensweltspezifische hinzuzukommen: Die sich wiederholenden Tagesabläufe mit ihren immer gleichen Routinen in einer geschlossenen Einrichtung erschweren die Orientierung an Ereignissen und Einschnitten, die die Erinnerung strukturieren.

⁶⁹ Wir danken Dr. Frank Sparing, der eine Reihe der Interviews geführt hat, für seine zusammenfassende Schilderung der Fallstricke und Probleme, die sich bei der Interviewdurchführung ergeben haben, auf der diese Darstellung basiert.

⁷⁰ SIEBERT u. a. (2016).

1.4.4 Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal

Nach einer ersten Sichtung der Archivbestände im Jahr 2018 und der Auswertung der ersten Erhebungen der Einzelfallakten in den Einrichtungen wurden die Grenzen der Untersuchungsmethode vor allem im Bereich der Behindertenhilfe deutlich. Im Gegensatz zur üblichen Praxis in medizinischen Kontexten ist der Berichts- bzw. Dokumentationspflicht, soweit sie für die Einrichtungen vorgeschrieben war, nur unzureichend nachgekommen worden.

Deshalb haben wir ein Online-Portal für Zeitzeuginnen und Zeitzeugen eingerichtet, in dem die Betroffenen selbst (allein oder mit Betreuerinnen und Betreuern oder Vertrauten) oder auch ehemalige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Anstalten und Heime anonym oder namentlich von ihren damaligen Erlebnissen berichten konnten. Die Idee eines Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportals im Internet, das im Rahmen der Forschung als niedrigschwelliges Angebot einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden sollte, wurde gemeinsam mit dem Lenkungsausschuss der Stiftung »Anerkennung und Hilfe« diskutiert und im Juli 2018 verwirklicht. Das Portal war von August 2018 bis Oktober 2020 unter der Internetseite <https://www.umfrageonline.com/s/zeitzeugenportal> zu erreichen.

Auf der Seite der Stiftung wurde das Portal unter der Rubrik »Aufarbeitung« vorgestellt. Zusätzlich wurde in Kooperation mit der Stiftung ein Flyer erstellt, der in den Anlauf- und Beratungsstellen der Stiftung auslag. Im März 2019 wurde eine weitere Version des Portals in Leichter Sprache eröffnet.

Das Portal umfasst zehn Seiten mit Fragen zu den Einrichtungen, zur Unterbringung behinderter oder psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher, den Lebensbedingungen in den Einrichtungen sowie Fragen zu besonderen Forschungsbereichen des Projektes wie etwa pädagogischer und medizinischer Gewalt sowie Medikamentierung.

Die erste Zuschrift erfolgte am 14. August 2018. Insgesamt haben über 250 Personen das Portal besucht. Manche Teilnehmerinnen und Teilnehmer hinterließen lediglich Angaben zu einer Einrichtung oder persönliche Angaben mit der Bitte, ihnen weitere Informationen zuzusenden. Manche Zuschriften waren jedoch sehr detailliert und regten zu weiteren Nachforschungen an. Ausgewertet werden konnten 161 Zuschriften, in denen mindestens 80 Prozent der Fragen beantwortet wurden. Am Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal in Leichter Sprache beteiligten sich 16 Personen.

Das Portal stellte eine zusätzliche Quelle der Forschungsarbeit dar: Wir gingen Hinweisen nach, traten direkt an Zeitzeuginnen und Zeitzeugen heran und konnten unseren bisherigen Kenntnisstand mit den Zuschriften abgleichen.

Die Mitwirkung am Portal – das verdeutlichen die Zuschriften eindrücklich – setzte darüber hinaus individuelle Aufarbeitungsprozesse bei den Beteiligten in Gang. Das Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal lieferte also nicht nur wichtige Informationen und gab

einen Einblick in eben jene individuellen Handlungs- und Bedeutungskonstruktionen, sondern konnte auch im Gegenüber einen Reflexionsprozess bewirken.

Interessant ist, dass mit dem Portal ein weiter Kreis von Zeitzeuginnen und Zeitzeugen angesprochen werden konnte. 68 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren selbst als Kind oder als Jugendliche/r in einer Einrichtung der Behindertenhilfe oder der Psychiatrie in den angegebenen Zeiträumen (DDR 1949–1989/90, BRD 1949–1975) untergebracht. Allerdings kamen auch 32 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer entweder aus dem Umfeld von Betroffenen oder gehörten sogar zum medizinischen, technischen oder pädagogischen Personal der Einrichtung. Das waren immerhin 24 Personen, die sich zum größten Teil sehr selbstkritisch mit ihrer eigenen Berufsbiographie und mit ihren Erlebnissen auseinandersetzten.

Die Einrichtungen, über die die Zeitzeuginnen und Zeitzeugen berichteten, sind deutschlandweit verteilt.⁷¹ 137 Personen machten Angaben zu spezifischen Einrichtungen. 76 Einrichtungen lagen in Westdeutschland, 62 Einrichtungen in Ostdeutschland.

1.5 Gliederung des Berichts

Die ersten beiden Kapitel nehmen die strukturellen Voraussetzungen der stationären Behandlung und Unterbringung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen und geistigen Behinderungen im Untersuchungszeitraum in der BRD und der DDR in den Blick. Zunächst werden die institutionelle Landschaft der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Behindertenhilfe beschrieben und auf dieser Basis überblicksweise eine Typologie des überaus heterogenen Einrichtungsspektrums entwickelt (Kapitel 2, Nils Löffelbein). Hiermit sollen Charakteristika konfessioneller und staatlich-öffentlicher Trägerschaften in beiden deutschen Staaten definiert werden, um so Unterschiede und Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten. Zudem werden die Personalentwicklung, die räumlichen Bedingungen der Unterbringung und die inneren Strukturen der Anstalten analysiert.

Darauf aufbauend befasst sich das folgende Kapitel (Kapitel 3, Nils Löffelbein, Uwe Kaminsky, Karsten Laudien, Laura Hottenrott) mit den Rechtsgrundlagen für die Einweisung und Unterbringung, die aufgrund der unterschiedlichen politischen Systeme große Unterschiede aufwiesen. Für die Bundesrepublik werden in einem ersten Schritt die Fürsorgegesetzgebung und das Sozialhilferecht als spezifische Vorbedingungen psychiatrischer und heilpädagogischer Unterbringung dargestellt. Ferner werden die

⁷¹ Siehe dazu die Liste der Einrichtungen in Kap. 10.

Überschneidungen zwischen den sozial- und gesundheitspolitischen Bereichen der Fürsorgeerziehung und der Psychiatrie- und Heimunterbringung beleuchtet. Es wird hier der Frage nachgegangen, auf welchen Rechtsgrundlagen der Freiheitsentzug von als psychisch krank diagnostizierten sowie geistig behinderten Minderjährigen basierte und welche Stellen am Einweisungsprozess beteiligt waren. Ermittelt wird auch, ob und welche individuellen Rechte den Kindern und Jugendlichen während ihres Aufenthaltes in den Kliniken und Heimen zugestanden wurden und welchen externen Kontrollen die Einrichtungen unterworfen waren.

In einem zweiten Schritt wird die rechtliche Situation von Kindern und Jugendlichen mit psychischen oder körperlichen Behinderungen in der DDR umrissen. Zunächst werden die zentralistischen Strukturen des Gesundheitswesens sowie das spezifische Rechtsverständnis im Sozialismus DDR-spezifischer Prägung vorgestellt und die daraus resultierenden Besonderheiten der staatlichen Rechtsordnung in der DDR beschrieben. Vor diesem Hintergrund werden die Rechte von Menschen mit Behinderung genauer spezifiziert sowie die konkrete Rechtspraxis bei der stationären Unterbringung Minderjähriger dargestellt. Zuletzt werden die Rechtsgrundlagen für die Einweisung von Kindern und Jugendlichen in psychiatrische Anstalten skizziert.

Kapitel 4 (Anke Dreier-Horning) analysiert die Erziehungsvorstellungen und Erziehungswirklichkeiten in den im Rahmen der Studie untersuchten 17 Einrichtungen. Zunächst werden zeitgenössische Erziehungsideale und pädagogische Standards in der DDR und der BRD miteinander verglichen. Es wird zudem der Frage nachgegangen, welches Bild vom psychisch kranken und/oder behinderten Kind in beiden deutschen Staaten dominierte und welche Verhaltensweisen jeweils als »normabweichend« oder »krankhaft« wahrgenommen wurden. Zudem wird beschrieben, inwieweit sich die fachliche und gesellschaftliche Wahrnehmung von geistigen Behinderungen und psychischen Störungen innerhalb des Untersuchungszeitraums veränderte. Vor diesem Hintergrund werden die 17 Einrichtungen hinsichtlich des Umfangs pädagogischen Handelns, der jeweiligen pädagogischen Leitbilder sowie der im Alltag angewandten gewaltförmigen Erziehungsmethoden untersucht. Ein besonderes Augenmerk liegt hier auch auf der Analyse der strukturellen Faktoren der Anstaltsarbeit, die das pädagogische Handeln in den Einrichtungen präfigurierten, sowie auf den individuellen Folgen pädagogischer Gewalt für die Betroffenen.

Mit verschiedenen Formen medizinischer Gewalt setzt sich Kapitel 5 (Christof Beyer) auseinander. Unter medizinischer Gewalt während der stationären Unterbringung wird hier die Summe der diagnostischen, therapeutischen und prognostischen Verfahren gefasst, die von den Betroffenen als leidvoll empfunden wurden, deren medizinische Begründung zweifelhaft erscheint und/oder die in einem juristischen Sinne als rechtswidrige Handlungen gewertet werden müssen. Zunächst werden die rechtlichen Rahmenbedingungen und die zeitgenössische medizinische Lehrmeinung mit Blick

auf die geltenden Standards bei der Anwendung medizinischer Zwangsmaßnahmen analysiert. Vor diesem Hintergrund werden im Untersuchungszeitraum praktizierte medizinische Verfahren wie die Pneumenzephalographie, die Elektrokrampftherapie, die Durchführung von Fixierungen und Isolierungen entlang der Frage von Legalität, Legitimität und Praxis bewertet.

Kapitel 6 (Laura Hottenrott) schließlich wendet sich dem Einsatz von Medikamenten in Kinderpsychiatrien und Heimen sowie der Durchführung von Arzneimittelversuchen und klinischen Studien zu. Vor dem Hintergrund der ethisch-rechtlichen Rahmenbedingungen im Untersuchungszeitraum wird Hinweisen auf eine missbräuchliche Medikation in der BRD und der DDR nachgegangen. Mittels einer statistischen Auswertung aller in den Akten erfassten Informationen zur Medikationspraxis werden die historische Entwicklung der Arzneimittelverabreichung in den untersuchten Einrichtungen verfolgt und jeweils die Einhaltung ethischer, rechtlicher, pädagogischer und medizinischer Standards geprüft. Besondere Beachtung wird vor allem der Frage geschenkt, ob die Medikamentenvergabe tendenziell eher eine therapeutische oder eine disziplinierende bzw. strafende Funktion besaß.

Im Schlusskapitel werden die Ergebnisse zusammenfassend gebündelt und in einer Gesamtschau historisch kontextualisiert.

1.6 Danksagung

Über 200 Zeitzeuginnen und Zeitzeugen haben uns bei der Verwirklichung des Forschungsprojektes unterstützt – als Interviewpartnerinnen und -partner, im Rahmen des Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportals sowie mit Gesprächen, Dokumenten und weiterführenden Hinweisen. Für dieses Vertrauen möchten wir uns herzlich bedanken.

Wir bedanken uns bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der kooperierenden psychiatrischen Kliniken und Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie der historischen Archive für die tatkräftige Begleitung und Unterstützung des Vorhabens.

Wir danken den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Anlauf- und Beratungsstellen der Stiftung »Anerkennung und Hilfe« für die sehr gute Zusammenarbeit, die Unterstützung und den anregenden inhaltlichen Austausch sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei den Landesbeauftragten zur Aufarbeitung der SED-Diktatur in Sachsen-Anhalt, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern für die vertrauensvolle Kooperation. Christina Härtel gilt Dank für die Unterstützung der Archivarbeiten zur Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik, Ina Herbell für die Begleitung der Archivarbeiten am KEH und Dr. Herbert Loos für wertvolle Hinweise zur Geschichte des psychiatrischen

Krankenhauses Herzberge. Ebenso gilt unser Dank allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern öffentlicher Archive, die unsere Arbeit unterstützt haben.

Dank sagen wir Dr. Uwe Kaminsky für die inhaltliche Beratung und Begleitung des Projektes, Dr. Frank Sparing, PD Dr. Silke Fehleemann für die wissenschaftliche Mitarbeit, den Kolleginnen und Kollegen Prof. Dr. Thomas Beddies, Falk Bersch, Prof. Dr. Heide Glaesmer, Dr. des. Christine Hartig, Prof. Dr. Katharina Klöcker, Dr. Niklas Lenhard-Schramm, Dr. Anne Oommen-Halbach, Prof. em. Dr. Dietz Rating, Dr. Felicitas Söhner, Dr. Sylvia Wagner und Bettina Westfeld für den fachlichen Austausch. Dr. Maria Griemert danken wir für die organisatorische Betreuung des Verbundprojektes, Christoph Roolf für das Lektorat des vorliegenden Berichts.

2 Die institutionelle Landschaft zur Unterbringung von Minderjährigen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der stationären Behindertenhilfe

(Nils Löffelbein)

2.1 BRD

Nach 1949 existierte in der Bundesrepublik ein vielgestaltiges Hilfesystem der psychiatrischen Versorgung und stationären Behindertenhilfe. Joachim Jungmann schätzt für die BRD im Zeitraum von 1949 bis 1975 unter Einbeziehung der psychiatrischen Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Universitätskliniken sowie psychosomatischen und psychotherapeutischen Kliniken eine Gesamtzahl von insgesamt 66.500 untergebrachten Personen unter 21 Jahren, eingerechnet möglicher Mehrfacheinweisungen. Im Jahresdurchschnitt lag die Anzahl der Plätze insgesamt damit bei 4.700 pro Jahr. In der stationären Behindertenhilfe wurden von 1949 bis 1975 in der BRD schätzungsweise 46.600 Minderjährige betreut.⁷²

Jenseits dieser Zahlen wurde die institutionelle Gesamtentwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der stationären Behindertenhilfe nach 1945 für die Bundesrepublik bislang nur punktuell erforscht. Es liegen mittlerweile zwar zahlreiche Arbeiten zu einzelnen Einrichtungen vor.⁷³ Eine organisationsgeschichtliche Kontextualisierung der Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Behindertenfürsorge stellt jedoch bislang noch eine Forschungslücke dar. Lediglich die Entwicklung des katholischen Fürsorgesektors ist organisationsgeschichtlich bereits eingehender untersucht worden.⁷⁴

Das westdeutsche Einrichtungswesen für Kinder und Jugendliche war im Untersuchungszeitraum insgesamt durch eine große institutionelle Vielfaltigkeit, allerdings auch ein hohes Maß an Unübersichtlichkeit gekennzeichnet. Im Folgenden wird daher eine überblicksartige Typologie der verschiedenen Einrichtungsformen mit entsprechenden Charakteristika konfessioneller und staatlich-öffentlicher Trägerschaft entwickelt. Grob lassen sich die der Begutachtung, Diagnostik und Behandlung dienenden psychiatrischen Kliniken oder Klinikabteilungen von den zur dauerhaften Versorgung und Pflege

⁷² JUNGSMANN (2016).

⁷³ Zum Forschungsstand siehe Kap. 1.3.

⁷⁴ KAMINSKY (2016).

bestimmten Heimen unterscheiden. Da die verschiedenen Unterbringungsformen in den meisten Fällen nicht klar voneinander abgegrenzt waren, ist eine Zuordnung allerdings nicht immer eindeutig möglich. Auf Basis der vorhandenen Forschungsergebnisse und Quellenbestände sowie der Analyse der acht westdeutschen Einrichtungsstudien wird zunächst die institutionelle Herausbildung der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Zeitraum von 1949 bis 1975 nachgezeichnet. In einem zweiten Schritt wird die Entwicklung der (zumeist konfessionellen) Einrichtungslandschaft der Behindertenhilfe in der Bundesrepublik dargestellt. Zuletzt wird in einem dritten Schritt die Personalentwicklung der Jahre 1949–1975 in der psychiatrischen Unterbringung sowie der Behindertenfürsorge beleuchtet.

2.1.1 Die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Auch wenn die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland um 1900 nicht als eigenständige Fachdisziplin existierte, so kristallisierte sie sich doch allmählich als Teilbereich der Psychiatrie und Pädiatrie heraus.⁷⁵ So existierten klinische Vorläufer von kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen bereits in der Weimarer Republik. Anfang der 1920er Jahre entstanden erste spezialisierte Abteilungen an den psychiatrischen Kliniken in Berlin, Tübingen und Leipzig. Die bedeutendste Neugründung war die »Rheinische Provinzial-Kinderanstalt für seelisch Abnorme« in Bonn, die 1926 eröffnete. Sie war die erste selbständige psychiatrisch-neurologische Kinderklinik in Deutschland und spielte auch nach dem Zweiten Weltkrieg noch eine wichtige Rolle in der psychiatrischen Versorgung. Zur Zeit des Nationalsozialismus waren die Kinder- und Jugendpsychiatrie Bonn wie auch andere Kliniken in die systematische Ermordung von minderjährigen Patientinnen und Patienten involviert.⁷⁶

Die wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Verwerfungen des Zweiten Weltkriegs führten zu einer rapide steigenden Zahl von heimat- oder elternlos gewordenen Kindern und Jugendlichen. Die Heime und Psychiatrien wurden hier zu Auffangbecken der deutschen »Zusammenbruchsgesellschaft« (Hans-Ulrich Wehler) nach 1945. Die Zahl der Minderjährigen, die aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten psychiatrisch begutachtet werden sollten, stieg in den Nachkriegsjahrzehnten kontinuierlich an – eine Entwicklung, die sowohl durch die gesetzlichen Regelungen als auch den gesamtgesellschaftlichen Trend einer Ausgrenzung aus der Jugendfürsorge in die Psychiatrie und die »Schwachsinnigen-Anstalten« begünstigt wurde.⁷⁷ Das erste Nachkriegsjahrzehnt war

⁷⁵ FANGERAU (2017).

⁷⁶ FORSBACH (2008), 521.

⁷⁷ KAMINSKY (2016), 14.

dabei erkennbar von einer »Restauration« der Vorkriegsstrukturen geprägt, im Zuge dessen die deutsche Psychiatrie zum einen die innovativen Entwicklungen im Ausland fast vollständig ausblendete, und zum anderen die nationalsozialistischen Verbrechen verdrängte.⁷⁸ Außer der Familie und dem Elternhaus standen in der Nachkriegszeit als Wohnformen daher nur die sogenannten Anstalten zur Verfügung, alternative Wohn- und Hilfeformen, Tageseinrichtungen und ambulante Diensten existierten bis in die 1970er Jahre nicht. In der BRD wurden in größerem Umfang Einrichtungen im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich zunächst in Form von Abteilungen an Universitätskliniken und psychiatrischen Anstalten neu gegründet. An der Marburger Universitätsklinik entstand 1954 der erste Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Westdeutschland unter Leitung von Hermann Stutte.⁷⁹ Die Marburger Abteilung setzte bundesweit maßgebliche Impulse zur Verbesserung der Versorgung in Forschungsprojekten, in Initiativen in der Lehre sowie im Aufbau internationaler Kooperationen.⁸⁰ Es folgten Einrichtungen in Bamberg, Bremen, Tübingen, Hamburg, Göttingen sowie Frankfurt am Main.⁸¹ Auch die Kinderabteilung in Kaufbeuren wurde bereits relativ früh, im Jahr 1951, ins Leben gerufen, die kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung der Pfälzischen Nervenlinik Landeck wurde 1954 gegründet. Aus den zunächst kleinen Abteilungen entwickelten sich im Laufe der Zeit oftmals größere Kliniken und seit den 1970er Jahren zunehmend eigenständige psychiatrische Versorgungseinheiten. Bereits vor 1945 bestehende Kliniken, wie das Kindersanatorium »Wiesengrund« in West-Berlin und die Rheinische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bonn, nahmen nach dem Krieg ebenfalls wieder ihren Betrieb auf.

In der Einrichtungsliste des Allgemeinen Fürsorge-Erziehungs-Tags (AFET) von 1959 sind für Westdeutschland 36 »klinische Fachabteilungen und Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie« verzeichnet, die zusammen über rund 1.700 Behandlungsplätze verfügten.⁸² Der Marburger Kinderpsychiater Hermann Stutte (1909–1982) resümierte in einer Publikation von 1966 gar optimistisch, dass »heute praktisch an jeder Universität Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten für Kinder mit psychischen Störungen« bestünden.⁸³ Es deutet allerdings vieles darauf hin, dass in Bundesländern ohne spezielle Einrichtungen oder Abteilungen behandlungsbedürftige Minderjährige in den ersten Nachkriegsjahrzehnten oftmals auf Erwachsenenstationen mitversorgt wurden, wie dies auch schon in den Jahrzehnten zuvor üblich gewesen war.⁸⁴ In jedem

78 FOSTER (1997), 56.

79 REMSCHMIDT (2018), 63–65; RAUH/TOPP (2019).

80 WARNKE (2003), 8.

81 PANSE (1964); ENGELBRACHT (2004).

82 SCHULZ (1959), 126–135.

83 STUTTE (1966), 7–21, hier 9.

84 JUNGMANN (2016), 24.

Fall wurde das institutionelle Netz im Laufe der Jahre komplexer, eine Tendenz, die die zunehmende Binnendifferenzierung der psychiatrischen Versorgung während der 1960er Jahre spiegelt.⁸⁵ So listete das AFET-Verzeichnis von 1968 bereits 149 Kliniken und 35 klinische Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit zusammen 6.500 Plätzen auf.⁸⁶

Bis weit in die 1970er Jahre gestaltete sich die institutionelle Landschaft im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich überaus uneinheitlich. So unterschieden sich die Einrichtungen stark in ihrer Ausrichtung, Therapieform und Größe, was sich allein schon in der Vielzahl der Bezeichnungen ausdrückt. Zudem waren die Abteilungen organisatorisch häufig nicht vom Zuständigkeitsbereich der heilpädagogischen Anstalten abgegrenzt. Zahlreiche Spezialabteilungen für Minderjährige entwickelten sich vor allem innerhalb der Organisationskomplexe der großen psychiatrischen Anstalten. Auch die Kinderstation in Kaufbeuren war zunächst noch im Gebäude der Heil- und Pflegeanstalt für Erwachsene untergebracht. In Klingenmünster war die Kinder- und Jugendpsychiatrie ebenfalls noch Teil der Pfälzischen Nervenlinik Landeck, bis sie 1973 einen Neubau bezog.⁸⁷

Auch in pädiatrischen Einrichtungen wurden Stationen für Minderjährige mit Behinderung oder psychiatrischen Diagnosen gegründet. In den Kinderkliniken trugen diese zumeist Bezeichnungen wie »Heilpädagogische«, »Psychosomatische« oder »Psychomedizinische« Abteilung.⁸⁸ Daneben wurden angesichts der Personalprobleme und der chronischen Überbelegung der Einrichtungen spezielle Abteilungen für Kinder und Jugendliche in den Landeskliniken gegründet, im Rheinland etwa in Düren, Düsseldorf oder Bedburg-Hau.⁸⁹ Mit dem Ziel der »Ausgliederung bestimmter Patientengruppen« wurden etwa in Hessen ab 1964 in den psychiatrischen Krankenhäusern Haina, Gießen, Herborn, Weilmünster und Riedstadt-Goddelau eigene Abteilungen für Minderjährige aufgebaut. Erst 1969 entstand mit der »Kinder- und Familientherapie Idstein« in Hessen die erste eigene jugendpsychiatrische Klinik.⁹⁰

Aus den Kinderstationen der psychiatrischen Landeskrankenhäuser gingen seit den 1950er Jahren die sogenannten Kinderbeobachtungsstationen hervor, die die jugendpsychiatrische Landschaft Westdeutschlands im Untersuchungszeitraum maßgeblich prägten. Die Beobachtungsabteilungen dienten zunächst der Untersuchung und Begutachtung psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher, wobei diese im Wesentlichen

85 BRINK (2010), 422.

86 FRICKE (1968).

87 LÖFFELBEIN: Bezirksnervenlinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD), 619; BEYER: Pfälzische Nervenlinik Landeck, LE KJP (BRD), 652 f.

88 NISSEN (2005), 502–506.

89 Vgl. hierzu HENKELMANN (2011).

90 KEIM (1999), 65.

als Durchgangsstationen in Einrichtungen der Langzeitbetreuung fungierten. Nach abgeschlossener Beobachtung und Diagnostik sollten die Minderjährigen in geeignete Heime oder Fachkrankenhäuser verlegt werden oder zu ihren Familien zurückkehren. Die zentrale Funktion der Beobachtungsstationen spiegelt sich auch im untersuchten Einrichtungssample wider. Zuständig für das Rheinland war die Rheinische Landes- klinik für Jugendpsychiatrie in Bonn, die aufgrund des hohen Patientinnen- und Pati- entenstandes 1957 durch eine Beobachtungsstation gleichen Zuschnitts in der Landes- heilanstalt Süchteln ergänzt wurde.⁹¹ Ab 1951 verfügte auch die bayerische Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren über eine eigene Beobachtungsstation, mit der Zuständigkeit für die psychiatrische Versorgung Schwabens.⁹² Ähnliche Einrichtungen existierten ebenfalls in anderen Teilen der Bundesrepublik. Die 1954 eingerichtete kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung der Pfälzischen Nervenlinik Landeck bei Klingemünster in der Südpfalz diente in gleicher Weise als Beobachtungsstation und nahm überwiegend Kinder aus Baden-Württemberg auf, wenngleich die Station formal als kinderpsychiatrische Abteilung geführt wurde. Die Aufnahmekapazitäten der Kliniken und Abteilungen variierten teilweise erheblich (Abbildung 1).

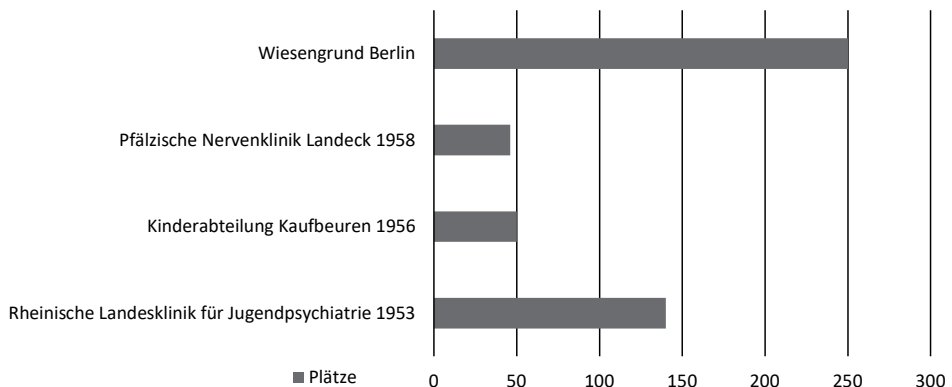


Abbildung 1: Kapazitäten der untersuchten Kinderbeobachtungsstationen

Darüber hinaus wurden bereits in den 1920er Jahren auch private Kliniken und Sanatorien betrieben, so etwa die Heckscher Nervenlinik für Kinder und Jugendliche in München und das private Jugendsanatorium in Nordhausen am Harz.⁹³ Seit Mitte der

91 FEHLEMANN/SPARING (2017), 32–45; POTHMANN (2019). Das Einzugsgebiet in Westfalen deckte ab 1952 die Kinder- und Jugendpsychiatrie Gütersloh ab. Für das Land Schleswig-Holstein wurde 1958 innerhalb der Universitäts-Nervenlinik Kiel in einem Neubau eine eigenständige Einrichtung für Kinder und Jugendliche errichtet. Der Einzugsbereich der Bremer Beobachtungsstation umfasste weite Teile Norddeutschlands.

92 CHRISTIANI (2001), 21–23.

93 STUTTE (1966), 10.

1960er Jahre gab es außerdem einzelne Einrichtungen mit psychotherapeutischem Ansatz, etwa das Kindersanatorium Zell-Ebenhausen bei München. Klinisch ausgerichtete psychotherapeutische Stationen fanden sich unter anderem in Göttingen-Rasemühle (Tiefenbrunn), Aprath, Haus Elbroich in Düsseldorf und Bremen.⁹⁴ Verbreitet waren auch Eigennamen wie »Kindersanatorium«, »Nervenheil- und Forschungsanstalt« oder »Kinder- und Jugendheim«.

Für das Jahr 1973 summierte der Bericht der sogenannten Psychiatrie-Enquête von 1975 unter der Rubrik »Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie« insgesamt 17 Einrichtungen mit 3.725 Betten, davon fünf Fachabteilungen und zwölf Fachkrankenhäuser, wobei auf die bettenreichen Fachkrankenhäuser der Großteil der vorhandenen Plätze entfiel.⁹⁵ Die Abteilungen und Stationen für Kinder- und Jugendpsychiatrie an Universitätskliniken waren hier nicht eingerechnet. Ebenfalls nicht mit erfasst waren die psychotherapeutischen und sozialpädagogischen Heime für Minderjährige sowie Plätze in psychosomatischen und neuropädiatrischen Abteilungen an pädiatrischen Krankenhäusern. Die Bettenzahl in psychotherapeutisch/psychosomatischen Abteilungen bzw. Stationen werden im Bericht an anderer Stelle erfasst und beliefen sich nach Schätzungen auf 635 Betten für Minderjährige.

Die Trägerschaft der Einrichtungen variierte je nach Bundesland. Die statistische Aufarbeitung der »Enquête-Kommission« (s.u.) hat für die Fachkrankenhäuser für Psychiatrie ergeben, dass Mitte der 1970er Jahre in Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz und Berlin (West) der Anteil der freigemeinnützigen Träger überwog, während in Niedersachsen überproportional viele Kliniken privat geführt wurden. In Hamburg und Bayern befanden sich die Einrichtungen vorwiegend in öffentlicher Hand.⁹⁶ In Niedersachsen, im Rheinland und in Westfalen fungierten als Träger seit 1953 die Landschaftsverbände in Form von Körperschaften des öffentlichen Rechts, in Hessen der Landeswohlfahrtsverband. Insgesamt wurde die weitaus größte Anzahl der Fachkrankenhäuser in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft geführt.

Einheitliche Standards bei der stationären Unterbringung fehlten bis in die 1970er Jahre noch weitgehend. So verfügte die Berliner Klinik »Wiesengrund« bis zur Errichtung des Neubaus in den 1970er Jahren über keine geschlossene psychiatrische Station. Dies führte beispielsweise dazu, dass Minderjährige aufgrund einer akuten Suizidgefährdung oder eines »Erregungszustandes« in eines der städtischen Krankenhäuser in West-Berlin mit geschlossener psychiatrischer Station eingewiesen wurden. Da hier keine speziellen Kinderabteilungen vorhanden waren, kam es in der Regel zu einer gemeinsamen Unter-

94 Ibid., 11.

95 Deutscher Bundestag (1975), 13. Im Jahr 1968 gab es in Westdeutschland zudem bereits 35 klinische Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche; NISSEN (2005), 6.

96 Deutscher Bundestag (1975), 89.

bringung mit Erwachsenen.⁹⁷ Bereits in den 1960er Jahren wurden von reformorientierten Psychiatern die veralteten Strukturen der psychiatrischen Versorgung kritisiert. Die Einrichtungen seien in schlechtem baulichen Zustand, zu bettenreich, und zu abgelegen.⁹⁸ Zudem waren, wie erwähnt, in vielen Kliniken die Grenzen zur Behindertenhilfe fließend. Da Heimplätze für Menschen mit Behinderungen in den Nachkriegsjahrzehnten nur in unzureichender Anzahl zur Verfügung standen, verblieben viele Minderjährige mit geistigen Behinderungen in Kliniken wie Bonn und Kaufbeuren sowie den Landeskrankenhäusern oftmals über mehrere Jahre, weil sie nach Ende der Beobachtungszeit nicht weitervermittelt werden konnten. In der Pfälzischen Nervenlinik Landeck existierte bis in 1980er Jahre wie auch in anderen Einrichtungen eine eigene Station, in der sogenannte »nicht mehr formbare, hochgradig schwachsinnige Kinder« dauerhaft untergebracht waren. Auch im Kindersanatorium »Wiesengrund« bestand neben der psychiatrisch-neurologischen Aufnahmeabteilung, in der die Kinder zur Diagnostik ab den 1960er Jahren nur wenige Wochen lebten, zusätzlich eine heilpädagogisch-therapeutische Station für Langzeit-Bewohnerinnen und -Bewohner mit angegliederter Schule.⁹⁹

Mit der Einberufung der 1971 vom Bundestag beauftragten Sachverständigenkommission (die sogenannte »Psychiatrie-Enquête« oder »Enquête-Kommission«) sollte erstmals in der Geschichte der Bundesrepublik eine Bestandsaufnahme der psychiatrischen Versorgungslandschaft geleistet werden. In dem umfangreichen Abschlussbericht von 1975 wurden schwerwiegende Mängel bei der Versorgung psychisch Kranker in allen Bereichen konstatiert.¹⁰⁰ Zusammenfassend stellte die Kommission fest, dass »ein irgendwie systematisierter Aufbau einer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland nur in Ansätzen zu erkennen« sei. Das institutionelle Netz sei zudem für eine flächendeckende und gemeindenahe Versorgung unzureichend ausgestattet und entspreche weder »quantitativ noch qualitativ dem Bedarf«.¹⁰¹ Zwar waren bereits in den 1950er Jahren die alten »Heil- und Pflegeanstalten« in »Psychiatrische Landeskrankenhäuser«, »Landesnervenkliniken« oder »Bezirkskrankenhäuser« umbenannt worden.¹⁰² Diese sprachliche »Modernisierung« hatte allerdings wenig an ihrem Charakter als traditionelle Verwahranstalten geändert.

Seit Mitte der 1970er Jahre – hier spielte die Arbeit der »Psychiatrie-Enquête« ebenso eine Rolle wie die fachärztliche Anerkennung der Kinder- und Jugendpsychiatrie Ende

97 MÜNCH: Kindersanatorium Wiesengrund Berlin, LE KJP (BRD), 571.

98 BRINCK (2010), 425.

99 LÖFFELBEIN: Bezirksnervenlinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD), 618; LÖFFELBEIN: Rheinische Landes- klinik Bonn, LE KJP (BRD), 596; BEYER: Pfälzische Nervenlinik Landeck, LE KJP (BRD), 653; MÜNCH: Kindersanatorium Wiesengrund Berlin, LE KJP (BRD), 568.

100 SÖHNER (2019).

101 Deutscher Bundestag (1975), 102, 93.

102 ARGELANDER u. a. (1975), 226.

der 1960er Jahre – kam es schließlich zu einer weiteren Ausweitung und auch stärkeren Vereinheitlichung des institutionellen Netzes der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In Hessen beispielsweise nahmen 1974 gleich vier Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie ihre Arbeit auf.¹⁰³ Zugleich wurden in der Bundesrepublik vielfach erst in den 1970er Jahren in den gesetzlich für die psychiatrische Grundversorgung verpflichteten Landeskliniken eigenständige Abteilungen für Minderjährige ins Leben gerufen.

Die einzelnen Reformerfolge der Psychiatriekommission von 1975 können hier nicht detailliert erörtert werden. In welchem Ausmaß die im Enquête-Bericht formulierten Ziele in der Folge flächendeckend umgesetzt wurden, ist bis heute umstritten und für die Zeit ab 1975 noch nicht eingehend untersucht worden.¹⁰⁴ Auf lange Sicht lässt sich allerdings konstatieren, dass sich die prekären Lebensbedingungen in den »Anstalten« im Laufe der Zeit verbesserten. Die psychiatrische Versorgung wurde reformiert und dezentralisiert, die Einrichtungen insgesamt »modernisiert, verkleinert und professionalisiert«. Parallel wurden nun verstärkt auch psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern eingerichtet. So gab es 1970 erst 21 dieser Fachabteilungen, bis 2001 stieg diese Zahl auf rund 160.¹⁰⁵

2.1.2 Einrichtungslandschaft der stationären Behindertenhilfe

2.1.2.1 Historische Entwicklung

Noch weitaus unübersichtlicher und vielgestaltiger stellt sich die institutionelle Gesamtheit des Heimwesens für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen in der Bundesrepublik dar. So wurde noch im Bericht der Psychiatrie-Enquête von 1975 konstatiert, dass insbesondere über die zahlreichen kleineren Einrichtungen keine statistischen Daten vorlägen und sich so kaum Aussagen über die Verteilung und den quantitativen Umfang der dort untergebrachten Gruppen von Menschen mit Behinderungen treffen ließen.¹⁰⁶ Der Bericht spricht relativ allgemein von 92 »Heimen und Anstalten« mit mehr als 100 Betten und insgesamt 35.768 Plätzen, wobei unklar bleibt, wie sich diese Zahlen zusammensetzen.¹⁰⁷ Gerade die große Anzahl der unterschiedlichen Wohnformen und Bezeichnungen in diesem Feld erschwert eine klare Zuordnung, insbesondere, wenn man bedenkt, dass sich das Feld ab Mitte der 1960er Jahre organisatorisch und typologisch noch weiter ausdifferenzierte. Hinzu kommt die sich über den Zeitraum von

103 Keim (1999), 66.

104 Für das Rheinland siehe: Zur Nieden/Korecky (2018).

105 Bühring (2001).

106 Deutscher Bundestag (1975), 102.

107 Ibid., 102.

25 Jahren deutlich wandelnde Sicht auf Behinderungen und psychische Störungen,¹⁰⁸ die sich auch in den Namensänderungen der Häuser widerspiegelt.

Weil der Staat lange Zeit kaum Interesse an der Frage der Unterbringung behinderter Menschen zeigte, war die institutionelle Landschaft der Behindertenfürsorge in der BRD mehrheitlich konfessionell organisiert, so dass bis in die Gegenwart weit mehr als die Hälfte der Heime unter dem Dach der evangelischen und katholischen Kirche geführt wird.¹⁰⁹ Das kirchliche Fürsorgewesen für Menschen mit Behinderungen im Gebiet des heutigen Deutschlands entstand zu Beginn des 19. Jahrhunderts mit der Gründung caritativer Einrichtungen. Allerdings begann erst in der zweiten Jahrhunderthälfte die Ära der großen Anstalten, die den Heimsektor bis weit ins 20. Jahrhundert prägen sollten. Zu dieser Zeit wurden zudem vergleichsweise früh Einrichtungen und Abteilungen für Minderjährige mit spezifischen Behinderungen gegründet, wie etwa die »Taubstummerversorgungsanstalt für schulentlassene Mädchen« im oberbayerischen Kloster Hohenwart, oder verschiedene Anstalten für katholische Menschen mit körperlichen Behinderungen, insbesondere im Rheinland, in Westfalen und in Bayern.¹¹⁰ Die weitaus größte Anzahl von Anstalten entstand bereits ab den 1880er Jahren für Menschen mit psychischen Störungen, geistigen Behinderungen sowie epileptischen Erkrankungen.¹¹¹

Insofern sind die Einrichtungen des von uns herangezogenen Einrichtungs-Samples typisch für die weitgehend konfessionell geprägte Heimlandschaft in der Bundesrepublik. So nahm beispielsweise auf katholischer Seite das damalige Vinzenzhaus in Gescher (Haus Hall) im Münsterland 1855 seine Arbeit auf, die Assoziationsanstalt in Schönbrunn bei München wurde im Jahr 1862 eröffnet. 1884 erwarb der Geistliche Dominikus Ringeisen das Prämonstratenserkloster im bayerischen Ursberg und nahm sukzessive Bewohnerinnen und Bewohner mit Behinderungen auf. Im evangelischen Bereich gründete sich 1906 in Lübeck die damals so bezeichnete »Idioten-Anstalt«, also das spätere Vorwerker Heim mit einem Einzugsgebiet vorwiegend im nordwestlichen Reichsgebiet.¹¹² Im Jahr 1859 wurden auch die Bildungs- und Pflegeanstalt Hephata in Mönchengladbach, zuständig für die nördliche Rheinprovinz, und die Einrichtungen der Diakoniananstalten Bad Kreuznach für die südliche Rheinprovinz ins Leben gerufen.¹¹³ Gerade die Anstaltsfürsorge berücksichtigte dabei von Anbeginn vor allem Menschen

108 BÖSL (2010).

109 BRADL (1991).

110 Siehe die Aufstellung katholischer Heime in den »Jahrbüchern für Körperbehinderte« 1951–1962.

111 FRINGS (2012), 7–15.

112 LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 433; HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 396; BEYER: Assoziationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 368; LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 335.

113 KAMINSKY/KLÖCKER (2020).

mit schweren Behinderungen.¹¹⁴ Die Heimkomplexe wurden vorwiegend an entlegenen Orten errichtet. Dies und der Umstand, dass die Einrichtungen aufgrund knapper finanzieller Mittel sich zumeist durch landwirtschaftliche Subsistenzwirtschaft selbst versorgen mussten, trugen zu einer zunehmenden Isolation der Heime bei.¹¹⁵

Während des Nationalsozialismus geriet die konfessionelle Betreuung von Menschen mit Behinderungen aufgrund der Rassen- und Volksgemeinschaftsideologie und der staatlich betriebenen Entkonfessionalisierung der Einrichtungslandschaft unter massiven politischen und wirtschaftlichen Druck. Diese Entwicklung verschärfte sich während des Zweiten Weltkriegs nochmals durch Fremdnutzung der Einrichtungen durch NS-Organisationen. Zudem betrug der Bettenausfall 1947 durch Kriegszerstörung allein im katholischen Bereich 21,2 Prozent.¹¹⁶ Im Zuge der nationalsozialistischen Krankenmorde waren etwa 216.000 Menschen mit körperlichen und/oder geistigen Behinderungen ermordet worden.¹¹⁷

Nach dem Zweiten Weltkrieg ist insgesamt ein kontinuierlicher Anstieg der Zahl der stationären Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen zu verzeichnen. Von 1952 bis in die zweite Hälfte der 1960er Jahre erhöhte sich die Gesamtzahl der Einrichtungen auf 2.200. Anschließend ist wieder ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. Die geschlossene Groß-Anstalt mit zum Teil mehreren tausend Belegplätzen stellte dabei noch bis weit in die 1970er Jahre den vorherrschenden Einrichtungstypus der Behindertenhilfe dar.¹¹⁸ Diese Größenverteilung zeigt sich auch mit Blick auf das untersuchte Einrichtungssample. Ein Komplex wie die katholische Anstalt in Ursberg im bayerischen Schwaben zählte Ende der 1950er Jahre rund 1.500 Bewohnerinnen und Bewohner, davon waren 584 Plätze für Minderjährige bestimmt. Auch in der Assoziationsanstalt im bayerischen Schönbrunn bei München bewegte sich die Bewohnerinnen- und Bewohnerzahl in den Jahren 1950 bis 1976 zwischen 1.200 und 1.400 Personen; hier lebten 1961 257 Kinder. Die Auslastung in anderen Einrichtungen war vergleichbar: In Haus Hall in Gescher waren Ende der 1960er Jahre sogar bis zu 532 Minderjährige untergebracht, die Population dieser Altersgruppe im Vorwerk Lübeck lag bis in die 1970er Jahre konstant bei ca. 440 Kindern.¹¹⁹ Kaum verbreitet waren in den ersten Nachkriegsjahrzehnten hingegen Tagesstätten oder ambulante Hilfen; eine sichtbare Dezentralisierung der Behindertenhilfe setzte in den meisten Bundesländern erst in den 1980er Jahren ein. Häufig verfügten nur

114 KASPER/WOLLASCH (1980).

115 POHL (2001), 242–256, hier 243.

116 KAMINSKY (2016), 25–55, hier 30.

117 Vgl. SCHMUHL (2011), 214–255.

118 Deutscher Bundestag (1975), 109.

119 HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 400; BEYER: Assoziationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 369; LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 336; LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 433.

die großen Anstalten über Beschulungsmöglichkeiten für Menschen mit einer geistigen Behinderung, so dass Familien sich gezwungen sahen, ihre Kinder für einen Schulbesuch in die Obhut stationärer Einrichtungen zu geben.

2.1.2.2 Abgrenzungsprobleme und Bezeichnungsvielfalt

Zur Zeit der Gründung der Bundesrepublik waren 95 Prozent der Heime der Behindertenfürsorge in konfessioneller Hand. Dem katholischen Caritasverband waren 1955 laut Verbandsprotokoll insgesamt 72 Heime mit 19.000 Pflegebetten angeschlossen; die evangelischen Landeskirchlichen Werke verfügten 1958 über 189 »Heime für geistig und körperlich Behinderte« mit 21.410 Plätzen, wobei hier auch die Plätze für Erwachsene miteingerechnet waren.¹²⁰ Im Kinder- und Jugendbereich führte die evangelische Innere Mission das Feld noch in den 1960er Jahren mit 45 Einrichtungen und 9.730 Plätzen an, es folgte die Caritas mit 35 Heimen und 5.435 Betten.¹²¹ Der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband (DPWV) und das Deutsche Rote Kreuz (DRK) verfügten dagegen lediglich über 715 Heimplätze und waren damit eher von marginaler Bedeutung.

Die regionale Verteilung der konfessionellen Einrichtungen war in den Bundesländern stark schwankend. So lagen die katholischen Schwerpunkte in Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg, während in den traditionell protestantisch geprägten Ländern Bremen, Hamburg und Schleswig-Holstein zumeist die großen evangelischen Einrichtungen angesiedelt waren. Den Berechnungen Uwe Kaminskys zufolge stagnierte die Anzahl der katholischen Einrichtungen bis Mitte der 1960er Jahre, ihre durchschnittliche Größe wuchs jedoch um 10 Prozent, was den noch anhaltenden Trend zur Großanstalt spiegelt.¹²² So wurde zum einen Anfang der 1960er Jahre in vielen Einrichtungen damit begonnen, den Sanierungsstau zu beheben, teilweise kam es in den folgenden Jahrzehnten zu beachtlichen baulichen Erweiterungen der Anlagen. Zum anderen konnte mit der Einführung des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) 1961 eine bessere Finanzierung des Systems gewährleistet werden, was wiederum einen Anstieg der Platzkapazitäten nach sich zog.

Aufgrund der Bezeichnungsvielfalt der Einrichtungen zur Unterbringung von Menschen mit Behinderungen fällt eine Kategorisierung schwer. In der AFET-Liste werden die Einrichtungen oder Abteilungen für Minderjährige mit geistigen Behinderungen vor allem unter den Begriffen »heilpädagogisches Kinderheim« oder »Heilerziehungsheim« geführt.¹²³ 1959 wurden hier lediglich 28 heilpädagogische Heime genannt. Allerdings sind sowohl die 87 Einrichtungen für »sinnesgestörte oder körperbehinderte« Min-

120 Jahrbuch 1958/59 der Inneren Mission und des Hilfswerks der Evangelischen Kirche Deutschlands, 12.

121 KAMINSKY (2016), 34.

122 Ibid.

123 SCHULZ (1959).

derjährige als auch die 33 Heime für »bildungsfähige geistesschwache« Kinder getrennt aufgeführt. Laut den Berechnungen der Psychiatrie-Enquête verteilte sich bis in die 1970er Jahre die weitaus größte Zahl der stationär untergebrachten Minderjährigen (Gesamtbettenbestand im Stichjahr 1975: 11.274) auf »Heime und Anstalten für geistig behinderte Menschen und chronisch psychisch Erkrankte«. Es bleibt allerdings unklar, welche Einrichtungen diese Sammelbezeichnung konkret umfasste. Laut der Aufstellung von 1975 wurden in diesem Einrichtungstypus 62,7 Prozent der Kinder im Alter von einem bis 15 Jahren versorgt.¹²⁴

Diese Etikettierungen geben jedoch nicht das gesamte Spektrum der stationären Unterbringung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen wieder. So wurden als Folge der Professionalisierungstendenzen in der Jugendhilfe seit den 1950er Jahren auch in Heimen der Fürsorgeerziehung vermehrt heilpädagogische Abteilungen eingerichtet, wie beispielsweise die heilpädagogisch-psychotherapeutische Abteilung des katholischen St. Josefsheims in Würzburg.¹²⁵ Oftmals blieb es daher umstritten, ob diese in den Bereich der Jugendhilfe oder der Behindertenhilfe fielen. Ähnliches galt für viele Anstalts-Neugründungen.¹²⁶ Letztlich wurde bei vielen Unterbringungen kaum auf die jeweilige fachliche Eignung der Einrichtung geachtet, sondern lediglich auf die Zahl der vorhandenen Plätze. In größeren Einrichtungen, wie etwa den Rotenburger Anstalten bei Stuttgart, waren Kinder und Jugendliche zusammen mit Erwachsenen in eigenen Sonderabteilungen untergebracht.¹²⁷

Neben den Heimen unter katholischer und protestantischer Trägerschaft existierten auch anthroposophisch ausgerichtete Einrichtungen, die laut AFET-Liste üblicherweise die Bezeichnung »Heil- und Erziehungsinstitut für seelenpflegebedürftige Kinder« trugen. Das Heil- und Erziehungsinstitut »Haus Hohenfried« e. V. im bayerischen Bad Reichenhall war etwa – wie auch zahlreiche andere Häuser dieser Art – nach den Grundsätzen Rudolf Steiners (1861–1925) ausgerichtet.

Insgesamt war bei der Versorgung Minderjähriger mit Behinderungen das Problem der Unterversorgung aufgrund der strukturellen Defizite der Einrichtungslandschaft erheblich. Sämtliche Heime waren überbelegt, der Flut der Anfragen konnte nicht im Entferntesten entsprochen werden.¹²⁸ Auch in den im Rahmen dieses Forschungsprojektes untersuchten Einrichtungen waren die Wartelisten bis in die 1970er Jahre lang, stets warteten mehrere hundert Minderjährige auf einen Heimplatz, wobei die Mehrheit der Bewerberinnen und Bewerber abgewiesen werden musste. Die Enquête-Kommission kritisierte in ihrem Bericht von 1975 daher den ausgesprochen hohen Anteil von

124 Deutscher Bundestag (1975), 101.

125 Zentralblatt für Jugendrecht und Jugendwohlfahrt 29 (1952), 45.

126 KAMINSKY (2016), 39.

127 BENAD (2019).

128 RUDLOFF (2005), 551.

Kindern mit geistigen Behinderungen in den Fachkrankenhäusern und -abteilungen für Psychiatrie, der bei 73,4 Prozent lag. Von den Untergebrachten sei »zweifelsfrei ein hoher Anteil nicht krankenhausbefürdigt und [sollte] anderen angemessenen Unterbringungsformen zugeführt werden«. ¹²⁹ Bei dieser Gruppe handelte es sich zum einen sicherlich um die bereits angesprochenen Kinder und Jugendlichen, die aufgrund von Überbelegungen in kein geeignetes »Sonderheim« weiterverlegt werden konnten. Zum anderen verdeutlicht der hohe Prozentsatz von Minderjährigen mit Behinderungen in psychiatrischen Anstalten erneut die institutionellen Überschneidungen zwischen Jugendfürsorge, Psychiatrie und Behindertenhilfe bis in die 1970er Jahre.

Die mangelnden Abgrenzungskriterien im heilpädagogischen Bereich wurden bereits damals durchaus als problematisch empfunden. So wurde auf Veranlassung des Vorstandes des Allgemeinen Fürsorgeerziehungstages eine Kommission bestimmt, die im März 1959 ein Papier über »Richtlinien für heilpädagogische Heime« vorlegte. ¹³⁰ Man strebte hier zunächst eine »Abgrenzung heilpädagogischer Arbeitsweise von der in sonstigen Erziehungsheimen geübten erzieherischen Praxis« an, um so das »Anrecht auf bessere Ausstattung und personelle Besetzung und auf höhere Pflegesätze, als die sonstige Erziehungsheime beanspruchen können« durchzusetzen. Zudem sollten auch generell die pädagogischen Standards in der Behindertenhilfe angehoben werden. Als aufzunehmender Personenkreis wurde definiert:

»[...] Kinder und Jugendliche mit besonderen Verhaltensauffälligkeiten oder mit sozialen Anpassungsschwierigkeiten oder mit körperlichen und geistig-seelischen Behinderungen, die einer individuellen heil- oder sonderpädagogischen Behandlung bedürfen und die Aussicht auf Förderung durch diese Spezialbehandlung bieten.«¹³¹

Ogleich mit dieser Eingrenzung einerseits eine stärkere Präzisierung des institutionellen Rahmens der Heilpädagogik beabsichtigt wurde, zeigt sich andererseits erneut, wie unscharf die Grenze zwischen sozial auffälligen Kindern und Jugendlichen und solchen mit psychischen Erkrankungen und/oder geistigen Behinderungen zu jener Zeit war.

2.1.2.3 Die katholische Behindertenhilfe

Die katholische Behindertenhilfe wurde auch nach 1945 noch maßgeblich von den Ordensgemeinschaften getragen, deren Einfluss auf den Charakter der Einrichtungen bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts prägend blieb und aus denen sich in den ersten beiden Nachkriegsjahrzehnten noch die Mehrheit des Pflegepersonals rekrutierte. ¹³² Im Jahr 1946 zählte der Deutsche Caritasverband als Wohlfahrtsverband

129 Deutscher Bundestag (1975), 109.

130 SCHULZ (1959), 186–192.

131 Ibid., 186 f.

132 Vgl. zur katholischen Behindertenhilfe im Folgenden, soweit nicht anderweitig gekennzeichnet: KAMINSKY (2016), 26 ff.

der katholischen Kirche 89 verbliebene Anstalten aus dem Bereich der »Schwachsinnigenanstalten«, »Heil- und Pflegeanstalten« und den »Heimen für körperlich und geistig Gebrechliche« mit insgesamt 20.500 Plätzen. Die Ermordung von Menschen mit geistigen Behinderungen und psychischen Erkrankungen im Zuge der NS-»Euthanasie« hatte die Bewohnerzahlen auf brutale Weise drastisch verringert; bereits kurz nach dem Krieg stieg die Zahl der Aufnahmen jedoch wieder kontinuierlich an. Mit der schrittweisen staatlichen Konsolidierung der Bundesrepublik wurde auch die organisatorische Verflechtung der katholischen Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen neu ausgerichtet. Der »Verband katholischer Anstalten für Geistesschwache« reformierte sich im Jahr 1950 als »Verband katholischer Anstalten für Abnorme« und benannte sich ab 1961 in »Vereinigung katholischer Einrichtungen für geistig Behinderte« um. Zudem bestimmte noch der für körperlich behinderte Menschen zuständige »Verband katholischer Krüppelanstalten Deutschlands« das Feld. Dieser betrieb 1964 elf Heime mit einer Gesamtkapazität von 1.024 Betten und 776 Plätzen in angeschlossenen Krankenanstalten. Größte Organisation für die Unterbringung geistig behinderter Menschen in Anstalten blieb in der Nachkriegszeit jedoch der katholische Caritasverband, dem 1955 laut Verbandsprotokoll 72 Heime mit 19.000 Pflegebetten angeschlossen waren. In Nordrhein-Westfalen waren Mitte der 1960er Jahre 49 Prozent der hauptamtlich tätigen Heimmitarbeiterinnen und -mitarbeiter in geschlossenen Einrichtungen des Caritasverbands angestellt.¹³³

In dem 1963 herausgegebenen »Situationsbericht 1963« wurde erstmals eine Bestandsaufnahme aller 71 in der »Vereinigung katholischer Einrichtungen für geistig Behinderte« organisierten Häuser veröffentlicht (Abbildung 2).¹³⁴

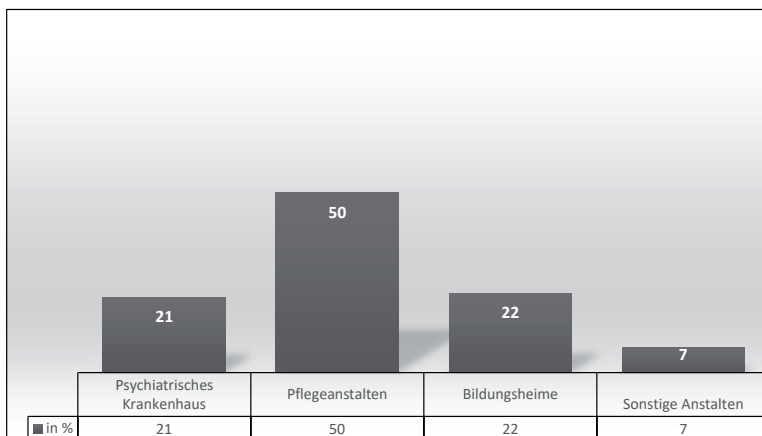


Abbildung 2: Anstalten in der »Vereinigung katholischer Einrichtungen für geistig Behinderte« 1963

133 RUDLOFF (2005), 551.

134 BECKER (1964), 262–265.

32 Prozent der hier gezählten untergebrachten Personen waren minderjährig, wobei 80 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Pflegeheimen versorgt wurden. Der kleinere Teil der Kinder und Jugendlichen (15 Prozent) befand sich in psychiatrischen Krankenhäusern, 60 Prozent von ihnen waren männlich. Insgesamt acht Heime wurden seit 1960 als Neugründungen geführt.¹³⁵ Bis 1966 stieg die Anzahl der unter dem Dach der »Vereinigung katholischer Einrichtungen für geistig Behinderte« vereinten Einrichtungen auf 94 Häuser mit 25.600 Plätzen an. Von den 94 Einrichtungen verfügten 41 über mehr als 300 Betten. Uwe Kaminsky weist jedoch mit Blick auf die wesentlich niedrigeren Werte in der Gesamtstatistik der Caritas darauf hin, dass die Zahlen vermutlich zu hoch angesetzt sind, da es in den Statistiken in der Regel zu »Doppelzählungen« kam, wenn eine Person zwei Plätze belegte, also etwa zugleich in einem Wohnheim und der angeschlossenen Werkstatt, was offenbar häufig der Fall war. Auch statistische Ungenauigkeiten, wechselnde Bezeichnungen und Zählweisen verzerren das Gesamtbild. So wurden in den Statistiken des Caritasverbands die »Heil- und Pflegeanstalten« zusammen mit den »Anstalten für Schwachsinnige« geführt, und in die Auflistung der Krankenhäuser flossen häufig Angaben über psychiatrische Krankenhäuser mit ein. Ebenso wurden bis Ende der 1960er Jahre etwa die »Krüppel-, Taubstumm- und Blindenheime« gesammelt ausgewiesen, ohne dass im Einzelnen nachzuvollziehen wäre, über welche Bettenzahl die Spezialeinrichtungen jeweils verfügten.¹³⁶ Unter dem Sammelbegriff der »Heil- und Pflegeanstalten« waren zum Teil auch Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen subsumiert, und in der 1964 eingeführten Kategorie der »Psychiatrischen Krankenhäuser« wurden ab 1970 auch die »Heilerziehungsheime« erneut miteingefasst. Erschwerend kommen die starken statistischen Schwankungen vor allem im ersten Nachkriegsjahrzehnt hinzu: So betrug die Anzahl der »Krüppel-, Taubstumm- und Blindenheime« 1947 insgesamt 25 mit 3.378 Betten. Diese Zahl erhöhte sich bis 1951 auf 32 Einrichtungen mit 4.132 Plätzen, um darauf bis ins Jahr 1955 wieder auf 26 (3.200) abzufallen. Da sich die Einrichtungszahl bis 1967 halbierte und auch die Platzzahlen stark rückläufig waren, kann hier von einer neuen Zählweise ausgegangen werden, die im Jahr 1970 allerdings erneut verändert wurde.

Erst ab Mitte der 1960er wurde die Benennungsweise des heterogenen Heimspektrums deutlich differenzierter. In den Statistiken wurde nun eindeutig nach Fachkrankenhäusern unterschieden, in der Behindertenhilfe differenzierte man klarer nach erwachsenen und minderjährigen Bewohnerinnen und Bewohnern. Hinzu kamen die gesondert geführten »Beschützenden Werkstätten für Behinderte« sowie die »Beratungsstellen für Behinderte«. Große Auswirkungen hatte jedoch vor allem die Einführung der

135 BECKER (1964), 262–265.

136 KAMINSKY (2016). Zum Folgenden *ibid.*

Schulen für Menschen mit Lernbehinderung Anfang der 1970er Jahre, also für Menschen, die für die Regelschule als nicht geeignet erachtet wurden und bei denen keine geistige Behinderung diagnostiziert worden war. Parallel wurden spezielle Heime für lernbehinderte Kinder ins Leben gerufen. Ab 1967 wurden auch Heime für Menschen mit Körperbehinderungen sowie Hör- und Sehschädigungen getrennt ausgewiesen. Hinzu kam die detaillierte Aufschlüsselung im Bereich der halboffenen Fürsorge nach Behinderungstypen und Schulformen.

In den 1970er Jahren diversifizierte sich das Einrichtungsangebot der Caritas, auch infolge eines Trends zu einer zunehmenden Dezentralisierung der Behindertenhilfe, noch weiter aus. Das Caritas-Jahrbuch von 1978 nennt insgesamt 400 Einrichtungen mit 16.200 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, wozu 203 Anstalten und Heime, 300 Tagesstätten und offene Maßnahmen sowie 88 Behindertenwerkstätten zählten.¹³⁷

2.1.2.4 Die evangelische Behindertenhilfe

Auch die Anfänge der Fürsorge für Menschen mit Behinderungen seitens der evangelischen Kirche liegen im 19. Jahrhundert.¹³⁸ Ähnlich wie im katholischen Bereich kam es in den Jahrzehnten um 1900 zu einer Reihe von Anstaltsgründungen, so etwa in Wildberg, Schreiberhau und Neundettelsau.¹³⁹ In den Jahrzehnten um 1900 lässt sich ein »regelrechter Boom« von protestantischen »Idioten-Anstalten« im Kaiserreich konstatieren, deren Zahl bis in die 1970er Jahre nahezu konstant blieb.

Die traditionellen Strukturen der Behindertenfürsorge wurden auch von der evangelischen Kirche nach 1945 nicht in Frage gestellt, und so beschränkte sich der »Neuanfang« in den Jahren nach dem Zweiten Weltkrieg vor allem auf den Wiederaufbau und die Wiederbelebung der bestehenden Großeinrichtungen.¹⁴⁰ Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde das »Hilfswerk der Evangelischen Kirche in Deutschland« ins Leben gerufen, ab 1957 schlossen sich die Innere Mission und das »Hilfswerk« in den Landeskirchlichen Werken zusammen. 1975 wurden sie im »Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche Deutschlands« vereint.¹⁴¹ Die Diakonie entwickelte sich neben der Caritas zum bedeutendsten Spitzenverband auf dem Sektor der Freien Wohlfahrtspflege – auch dies ein Effekt der Sozialgesetzgebung von 1961, die der freien Wohlfahrtspflege den Vorrang vor der öffentlichen Hand bei der Wahrung von sozialen Aufgaben einräumte.¹⁴² Hauptträger der Einrichtungen für behinderte Menschen war der »Verband deutscher evangelischer Heilerziehungs-, Heil- und Pflegeanstalten«, der

137 WELTER (1978), 255–257.

138 VAN DER LOCHT (1997).

139 PETERSON (2003), 84–94.

140 RUDLOFF (2006), 549.

141 BEYREUTHER (1983), 221–255.

142 LOSCH (2011), 9–11.

im Mai 1959 162 Einrichtungen mit 18.905 Betten organisatorisch vereinte. Hinzu kam der »Verband der deutschen Krüppelheime der Inneren Mission«, der 1951 über 13 Heime für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen verfügte. Darunter befanden sich Großeinrichtungen wie die Orthopädischen Heil-, Lehr- und Pflegeanstalten für Körperbehinderte in Volmarstein mit über 1.000 Plätzen.¹⁴³

Die Konzentration der diakonischen Einrichtungen folgte nach 1945 der konfessionellen Prägung der einzelnen Landesteile. So lagen die Schwerpunkte der evangelischen Anstaltsfürsorge vor allem in Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Bremen und Hamburg. Die Einrichtung im westfälischen Bethel bei Bielefeld war zudem auf die Behandlung von Menschen mit Epilepsie spezialisiert.¹⁴⁴ Das institutionelle Bild wurde dabei wie in der katholischen Fürsorge bis weit in die 1970er Jahre von Großeinrichtungen bestimmt, die zumeist in ländlich geprägten Gebieten lagen. Die Geschichte von etwa 70 Prozent der Einrichtungen lässt sich bis ins 19. Jahrhundert zurückverfolgen.¹⁴⁵

Eine Darstellung der evangelischen Behindertenhilfe wird wie bei der katholischen Fürsorge insbesondere durch die statistische Uneinheitlichkeit sowie die sich wandelnde Benennungspraxis der Einrichtungstypen erschwert.¹⁴⁶

Einrichtungen	Anzahl 1949	Bettenzahl 1949	Anzahl 1960	Bettenzahl 1960
Anstalten für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptiker	50	12.259	172	20.410
Heime für Körperbehinderte	19	2.603	40	2.128
Taubstummen-Heime	3	365	6	509
Blinden-Heime	2	220	4	324
Heilstätten für Suchtkranke	3	112	6	269

Tabelle 1: Einrichtungen der Inneren Mission und des Hilfswerks der Evangelischen Kirche 1949 und 1960

Existierten nach einer Aufstellung der Inneren Mission und des Hilfswerks der Evangelischen Kirche (Tabelle 1) im Jahr 1949 insgesamt 77 Einrichtungen (mit 15.559 Betten), so steigerte sich die Gesamtzahl bis zum Berichtsjahr 1960 um ganze 67 Prozent auf 228 (23.640) Einrichtungen, wobei die hierunter subsumierten »Anstalten für Epileptiker« und Taubstumme den größten Zuwachs, und zwar von 50 (12.259) auf 172 (20.410)

143 Jahrbuch der Fürsorge für Körperbehinderte 1951, 100–104.

144 Jahrbuch 1958/59 der Inneren Mission und der Hilfswerke der evangelischen Kirche in Deutschland, 52.

145 <https://www.wkgo.de/institutionen/evangelische-heimerziehungsarbeit> (letzter Zugriff: 27.2.2021).

146 Vgl. Jahrbuch der Inneren Mission und des Hilfswerks der Evangelischen Kirche in Deutschland 1959/60, 129. Die Zahl der »Heime für Körperbehinderte« stieg in diesem Zeitraum von 19 (2.603) auf 40 (2.128), die Anzahl der »Heime für Blinde« von zwei (229) auf vier (324) und die der »Heime für Taubstumme« von drei (363) auf sechs (509). Zu den folgenden Zahlen *ibid.*

Einheiten, verzeichneten. Die gesondert geführten Zahlen über »Krankenhäuser und Heilstätten« stiegen innerhalb von zehn Jahren hingegen lediglich von 307 (39.710 Betten) im Jahr 1949 auf 321 (51.579) im Jahr 1966. Auffällig erscheint mit Blick auf die Statistik insgesamt, dass der quantitativen Zunahme der Heime von 1949 bis 1960 um 67 Prozent eine Steigerung der Bettenzahlen von lediglich 34 Prozent gegenübersteht. Diese Diskrepanz könnte darauf hindeuten, dass es sich bei den genannten 227 Heimen im Jahr 1966 nicht ausschließlich um selbständige Einrichtungen handelte, sondern nun erstmals auch einzelne Abteilungen und Stationen größerer Organisationskomplexe mitgezählt wurden, die zuvor noch nicht in der Statistik auftauchten. Wahrscheinlich fiel die absolute Zunahme der Einrichtungen während der 1950er Jahre bedeutend kleiner aus.

Dennoch zeigt sich insgesamt, dass im Zuge des Ausbaus des bundesdeutschen Sozialstaates in den 1950er Jahren auch die evangelische Fürsorge für Menschen mit Behinderungen einen quantitativen Zuwachs erlebte. In der teilweise erheblichen Steigerung der Einrichtungs- und Bettenzahlen schlug sich wohl zudem auch der millionenfache Zustrom der (oftmals protestantischen) Flüchtlinge und Vertriebenen aus den ehemaligen deutschen Ostgebieten nieder. Im Vorwerk in Lübeck war der Anteil an Flüchtlingskindern von allen Untergebrachten entsprechend hoch.¹⁴⁷ Die institutionelle Aufwärtsentwicklung hielt in den 1960er Jahren an: Unter der Rubrik »Heime für geistig und körperlich Behinderte, Heil und Pflegeanstalten« wies das Diakonische Werk im Jahr 1966 291 Einrichtungen aus, also eine nochmalige Steigerung um rund 23 Prozent. Auch hier stieg die Bettenzahl allerdings nur um ca. 6 Prozent von 23.640 auf 25.113, was erneut für eine veränderte Zählweise spricht.¹⁴⁸

Der Prozentsatz der untergebrachten Kinder und Jugendlichen an der Gesamtpopulation in der evangelischen Behindertenfürsorge kann anhand der offiziellen Statistiken zwar nicht im Einzelnen nachvollzogen werden, in einem Artikel der »Jahrbücher der Inneren Mission und der Hilfswerke der evangelischen Kirche in Deutschland« wird die Zunahme der Anzahl von Kindern und Jugendlichen in den Heimen von 1949 bis 1960 allerdings mit 112 Prozent beziffert.¹⁴⁹ Der Kinder- und Jugendbereich wies demnach die höchsten Zuwachsraten in der Behindertenfürsorge auf. 1970 existierten in der Bundesrepublik 337 (29.021 Betten) diakonische Heime für Menschen mit Behinderung, 1975 schließlich 346 Einrichtungen (32.790),¹⁵⁰ einschließlich der Berufsförderungs- und Berufsbildungswerke.

147 LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 439.

148 Archiv für Diakonie und Entwicklung (ADE), HGST 7336, Heime für geistig und körperlich Behinderte, Heil- und Pflegeanstalten, Stand 31.12.1966. Für die Recherche und Überlassung dieser Quellen danke ich Dr. Uwe Kaminsky.

149 Jahrbücher der Inneren Mission und der Hilfswerke der ev. Kirche in Deutschland 1959/60, 128.

150 Danken und Dienen. Arbeitshilfen für Verkündigung, Gemeindegemeinschaft und Unterricht (1970), 48; *ibid.* (1975), 45. Für diesen Hinweis danke ich Dr. Uwe Kaminsky.

Bis Ende der 1970er Jahre wurde auch das diakonische Fördersystem komplexer: Die sich zunächst außerhalb der großen Anstalten vollziehende Förderung von Menschen mit Behinderung verlagerte sich nun zusehends auch in die Einrichtungen. Mit erheblichen finanziellen Mitteln wurden 21 Berufsförderwerke mit bis zu 14.000 Plätzen und 38 Berufsbildungswerke mit 14.000 Plätzen ins Leben gerufen.¹⁵¹

2.1.2.5 Sonderschulen mit Internatsanbindung

Viel Forschungsarbeit gilt es noch auf dem Gebiet des Internatswesens für körperlich beeinträchtigte Kinder, insbesondere für blinde, stumme und gehörlose Minderjährige, zu leisten.¹⁵² Aufgrund des begrenzten finanziellen Budgets des Forschungsprojekts konnte die Geschichte dieser ›Spezial-Einrichtungen‹ nicht detailliert untersucht werden. Die Gründung spezieller »Taubstummen-Anstalten« fiel in das 19. Jahrhundert, im Rheinland entstanden etwa Einrichtungen in Köln, Aachen, Brühl, Moers, Kempen und Neuwied. Im Jahr 1968 wurden im gesamten Bundesgebiet laut offizieller Statistik 125 Heime und Internate für »sinnesgestörte« Kinder gezählt, an die in vielen Fällen Sonderschulen angegliedert waren.¹⁵³ Für die Unterbringung in einem der Gehörlosen-Internate standen für die Angehörigen anders als bei anderen Einrichtungen zumeist nicht Verhaltensauffälligkeiten oder familiäre Schwierigkeiten im Vordergrund, sondern die Möglichkeit einer zielgerichteten Beschulung der gehörlosen Kinder. Grund der stationären Unterbringung war in den meisten Fällen deshalb ein zu langer Anfahrtsweg vom Elternhaus zu den verfügbaren Sonderschulen, wenngleich auch soziale oder diagnostische Fragen eine Rolle spielen konnten. Zudem zeigen die Einrichtungsstudien, dass auch in den großen konfessionellen Anstalten und Psychiatrien sprach- und hörbehinderte Minderjährige untergebracht waren; im katholischen Ursberg gab es seit 1962 gar eine eigene »Gehörlosen-Schule«.¹⁵⁴

Die regionale Verteilung der Internate war in der frühen Bundesrepublik allerdings sehr unterschiedlich. So existierten im Einzugsgebiet des Landschaftsverbandes Rheinland, also in den Regierungsbezirken Aachen, Düsseldorf und Köln, bis in die 1960er Jahre mit Euskirchen und Düren nur zwei Internate mit angeschlossener Gehörlosen-Schule, wobei in Aachen, Köln und Essen Kooperationen mit städtischen und konfessionell geführten »Vertragsheimen« bestanden.¹⁵⁵ Das Essener Heim wurde 1953 schließlich durch den Landschaftsverband Rheinland übernommen und in »Rhei-

151 GLOMBIG (1989), 508.

152 Relativ gut erforscht ist die Unterbringungssituation für gehörlose Menschen nach 1945 im Rheinland. Siehe: HOFFSTADT (2018).

153 FRICKE (1968), 156–171.

154 BEYER: Associationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 370; HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 399 f.

155 HOFFSTADT (2018), 209.

nische Landesgehörlosenschule Essen« umbenannt. Die Einrichtung war baulich nach damaligen Standards großzügig gestaltet und galt als vergleichsweise fortschrittlich. Überbelegungen waren allerdings auch hier ein drängendes Problem: So musste der angegliederte, für zwölf Kinder angesetzte Kindergarten bald bereits die Betreuung von 40 Kindern meistern.¹⁵⁶ In der Rheinischen Landesschule für Gehörlose in Köln wurden 1971 39 Gehörlose von 16 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern betreut, in Euskirchen lebten im Stichtag 1960 bis zu 108 Schülerinnen und Schüler.¹⁵⁷

Bis zur »Neuordnung« des Internatswesens für »Hörgeschädigte« Ende der 1960er Jahre wurden – zumindest in den Heimen des Landschaftsverbandes Rheinland – auch mehrfachbehinderte Gehörlose zusammen mit Minderjährigen beschult und betreut, bei denen nur die Hörfähigkeit beeinträchtigt war. Nach der Neuregelung des rheinischen Gehörlosenwesens wurden gehörlose Kinder mit weiteren Beeinträchtigungen nunmehr ausschließlich am Standort Euskirchen beschult und untergebracht.¹⁵⁸ Es kam in den späten 1960er Jahren also gewissermaßen zu einer Spezialisierung der Heimlandschaft für Gehörlose, was allerdings zugleich eine erneute räumliche Separierung von Kindern und Jugendlichen mit geistigen und körperlichen Behinderungen nach sich zog und damit die vorhandene gesellschaftliche Zuschreibung von körperlicher und geistiger »Andersartigkeit« perpetuierte.

2.1.3 Personalentwicklung in Psychiatrie und Behindertenhilfe nach 1945

Ein Kennzeichen sowohl der psychiatrischen Kliniken als auch der Einrichtungen der Behindertenhilfe Westdeutschlands blieb bis weit in die 1970er Jahre der chronische Mangel an qualifiziertem Personal in Pflege und Betreuung. Der Pflegeberuf in stationären Einrichtungen galt in der frühen Bundesrepublik als wenig attraktiv, war gesellschaftlich kaum anerkannt, wurde schlecht bezahlt und war darüber hinaus mit enormen psychischen und physischen Belastungen verbunden. Der Pflege- und Betreuungssektor der Abteilungen und Stationen für Minderjährige (und Erwachsene) blieb daher bis weit in die 1970er Jahre personell unterbesetzt. Aufgrund der jahrzehntelangen Unterfinanzierung der Einrichtungen waren für einen Ausbau des Personalwesens kaum Geldmittel vorhanden. Angesichts der Überfüllung der Anstalten blieb die Betreuungsrelation insgesamt prekär. Oftmals waren wenige Pfl-

156 BALKHAUSEN (1995), IV.

157 HOFFSTADT (2018), 214 f.; zum Folgenden *ibid.*

158 *Ibid.*

gekräfte für bis zu 30 oder 40 so bezeichnete »Pfleglinge« zuständig, obwohl gerade viele schwerstbehinderte Menschen intensive Betreuung und Pflege benötigten. In einigen Einrichtungen waren 50-Stunden-Wochen keine Seltenheit, zumal ohne feste Dienstzeiten und mit oftmals anstrengenden Nachtdiensten und Rufbereitschaften.¹⁵⁹ Hinzu kam ein enormes Aufgabenspektrum, das sowohl Pflege- und -Betreuungs- als auch Reinigungs- und Instandhaltungsarbeiten umfasste. Für die Einrichtungen und Träger brachte diese personelle Konzentration der Aufgabefelder den Vorteil mit sich, die Kosten möglichst niedrig halten zu können.¹⁶⁰

Insgesamt waren die personellen und fachlichen Defizite in der Psychiatrieversorgung und der Behindertenfürsorge somit nicht nur für die untergebrachten Kinder und Jugendlichen mit teilweise schwerwiegenden Folgen verbunden, sondern erwiesen sich auch für das in den Einrichtungen arbeitende Personal als überaus belastend. Freizeit und Erholungszeiten waren angesichts des Aufgabendrucks rar. Vor allem in den konfessionellen Großanstalten gab es für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter praktisch keine Trennung von Berufs- und Privatleben, da das Pflegepersonal in der Regel in der Einrichtung lebte. Bei einem Großteil der ab Ende der 1950er errichteten Neubauten handelte es sich daher um Personalwohnungen. Es ist angesichts der chronischen Überbelegung der Stationen in vielen untersuchten Einrichtungen daher von einer ausgeprägten Überlastung und Überforderung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auszugehen, die zumindest zu einem Teil die Missstände im Umgang mit den Schutzbefohlenen erklärbar machen.

Das Hauptproblem blieb neben dem drängenden Personalmangel die fehlende oder unzureichende Qualifikation der pflegerischen und pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. So verfügte die Mehrheit der in der Psychiatrie arbeitenden Personen bis in die 1950er Jahre über keine staatlich anerkannte Ausbildung, ein Problem, das in vielen Einrichtungen bis in die 1970er Jahre nicht gelöst wurde. Viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren zuvor einfachen, ungelernten Arbeiten in Landwirtschaft und Handwerk nachgegangen. Gleiches traf für den pädagogischen Bereich zu.¹⁶¹ Im Kindersanatorium »Wiesengrund« etwa waren zwar neben den 27 Pflegerinnen auch 36 Erzieherinnen tätig, diese verfügten jedoch über keine fachliche Ausbildung für ihre Beschäftigung.¹⁶² Erst Ende der 1950er Jahre wurde eine standardisierte Ausbildung für die Psychiatriepflege eingeführt und eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen angestrebt, etwa durch eine deutliche Verkürzung der Arbeitszeiten, wobei unklar bleibt, ab wann diese fachliche Standardisierung auch Einzug in den Anstaltsalltag hielt.¹⁶³

159 HOFFSTADT (2018), 237.

160 Ibid., 215.

161 BEYER/NOLTE (2018), 9.

162 MÜNCH: Kindersanatorium Wiesengrund Berlin, LE KJP (BRD), 572.

163 BEYER/NOLTE (2018), 9.

In der überwiegend konfessionell geprägten Behindertenfürsorge lagen Pflege- und Betreuungsaufgaben bis in die 1960er Jahre noch weitgehend in der Hand der Kirchen. Vor allem in den großen Anstalten setzte sich das Pflegepersonal in der Regel aus Ordensschwestern und -brüdern zusammen, wobei anerkannte Pflegeabschlüsse im ersten Nachkriegsjahrzehnt kaum verbreitet waren. Wie das Beispiel der Bonner Landesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie zeigt, delegierten allerdings auch psychiatrische Anstalten die Pflege und Betreuung vertraglich an christliche Ordensgemeinschaften.¹⁶⁴

Seit den 1960er Jahren veränderte sich die Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterstruktur in den konfessionell geführten Heimen und den Psychiatrien jedoch erkennbar. Bereits im Jahrzehnt zuvor hatten die Kirchen mit erheblichen Nachwuchssorgen zu kämpfen gehabt, was sich statistisch vor allem in einer fortschreitenden Überalterung des geistlichen Pflegepersonals bemerkbar machte. In Ursberg stellte die Personalnot bereits Anfang der 1950er ein so großes Problem dar, dass selbst die 75- bis 80-jährigen Ordensschwestern erneut in die Pflicht genommen werden mussten. Dennoch sank der Anteil der Schwestern in der Einrichtung zwischen 1945 und 1975 von 530 auf 396, die Zahl der neu eingestellten »weltlichen« Kräfte stieg hingegen.¹⁶⁵ Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Bonn wurde der Vertrag mit der Kirche 1958 aufgrund des hohen Alters der Schwesternschaft nicht weitergeführt.¹⁶⁶ Im katholischen Haus Hall in Gescher fiel der Anteil der kirchlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter spätestens seit Anfang der 1960er Jahre, während der prozentuale Anteil des nicht-geistlichen Personals kontinuierlich zunahm. Hier bestand das Pflegepersonal bereits 1956 zur Hälfte aus nicht-kirchlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Im Jahr 1967 wurde die Kooperation mit dem Mutterhaus der »barmherzigen Schwestern« ganz eingestellt, da die Einrichtungsleitung sich für die Zukunft pädagogisch geschultes Personal wünschte.¹⁶⁷

Im katholischen Schönbrunn wurden die Betreuung und Pflege bis 1960 hingegen ausschließlich von Ordensschwestern übernommen. Deren Anzahl blieb bis Mitte der 1970er Jahre im Gegensatz zur Entwicklung in anderen Häusern relativ konstant und bewegte sich zwischen 335 und 384 Frauen. Zwar stellte man auch hier ab 1960 nicht-kirchliche Pflegekräfte ein, diese blieben im Untersuchungszeitraum jedoch in der Minderheit. Ihre Zahl stieg zwischen 1960 und 1976 von 60 auf lediglich 90 Personen.¹⁶⁸

Der steigende Anteil außerkirchlicher Mitarbeiter führte in den katholischen und evangelischen Heimen allerdings zunächst nicht zu einer fachlichen Professionalisierung der Pflege und Pädagogik. So wurde bis in die 1970er Jahre vorwiegend auf »Quereinsteiger« ohne spezielle Ausbildung zurückgegriffen, wie die Personalpolitik im

164 LÖFFELBEIN: Rheinische Landesklinik Bonn, LE KJP (BRD), 597.

165 HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 403.

166 LÖFFELBEIN: Rheinische Landesklinik Bonn, LE KJP (BRD), 597.

167 LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 337.

168 BEYER: Assoziationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 369 f.

Vorwerkheim in Lübeck besonders deutlich zeigt.¹⁶⁹ So gelang es in Lübeck aufgrund des generellen Arbeitskräftemangels in diesem Bereich vor allem in den 1960er Jahren nicht, die altersbedingt ausscheidenden Krankenpflegerinnen durch qualifizierte Kräfte zu ersetzen. Zwar stieg wie in anderen Häusern auch hier die Gesamtzahl der Pflegekräfte bis in die 1970er Jahre kontinuierlich an, der fachliche Professionalisierungsgrad verringerte sich hingegen bis Mitte der 1970er Jahre. Im Jahr 1976 erreichte der Anteil der ungelernten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den Vorwerker Pflegekräften mit 76 Prozent seinen Höchststand.¹⁷⁰ Das Vorwerk stellte allerdings einen Sonderfall dar, weil sich das Pflegepersonal hier von Anbeginn ausschließlich aus »weltlichen« Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zusammensetzte – möglicherweise ein Resultat der späten Anbindung des evangelischen Vorwerker Heims an die Diakonie Ende der 1970er Jahre.¹⁷¹ Ein spürbarer Professionalisierungsschub setzte im Lübecker Vorwerk erst in den 1980er Jahren ein.

Während der medizinische Bereich in den psychiatrischen Kinderabteilungen und Fachkrankenhäusern von einem oder mehreren Fachärzten für Psychiatrie geleitet wurde, war das Bild in den Einrichtungen der Behindertenfürsorge uneinheitlicher. Im Lübecker Vorwerk nahm die psychiatrische Begutachtung ein fest angestellter Facharzt für »Nervenkrankheiten« vor, ebenso versahen noch ein Allgemeinarzt und ein Zahnarzt ihren Dienst.¹⁷² Auch in Haus Hall im Münsterland war ein anstaltseigener Psychiater tätig, ab Ende der 1960er Jahre wurde diesem jedoch eine hauptamtliche Psychologin zur Seite gestellt, die in der Folge im Wesentlichen die Diagnosestellung und Therapieempfehlung übernahm. In der St. Josefskongregation Ursberg waren keine Psychiater, sondern lediglich zwei Allgemeinmediziner tätig. Auch in Schönbrunn gab es offenbar nur einen Arzt ohne Facharztausbildung.¹⁷³ Diagnosen und Medikamenteneinstellungen wurden in diesen Heimen zumeist extern in psychiatrischen Einrichtungen vorgenommen. So überstellte man etwa Kinder, die im Ursberger Heimalltag starke Verhaltensauffälligkeiten zeigten oder generell als »nicht tragbar« galten, in vielen Fällen zur Beobachtung und Abklärung in die nahegelegene Kinderbeobachtungsstation in Kaufbeuren.¹⁷⁴

Vor dem Hintergrund der einsetzenden Liberalisierung und (weiteren) Demokratisierung in der Bundesrepublik und ihrer Institutionen ab den 1960er Jahren setzte schließlich auch in den Anstalten ein Professionalisierungsschub ein, der langfristig das

169 LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 437.

170 Ibid.

171 Ibid., 433.

172 Ibid., 438.

173 LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 338; BEYER: Assoziationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 370; HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 411.

174 LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 341; HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 411; BEYER: Assoziationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 390, LÖFFELBEIN: Bezirksnervenklinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD), 626.

Klima für Veränderungen schaffen sollte. Erstmals wurde auch eine breite öffentliche Kritik an den Lebensbedingungen in den Einrichtungen laut, die schließlich zu den verstärkten Reformbemühungen in den 1970er Jahren führen sollte.¹⁷⁵ Vielerorts kam es zudem nun zu einer schrittweisen Öffnung und Dezentralisierung der Anstalten. In nahezu allen untersuchten Einrichtungen wurden seit den 1960er Jahren auch innerhalb des Personalwesens erste Reformen in Gang gesetzt, deren sichtbarster Ausdruck eine zunehmende Pluralisierung der Berufsbilder in Pflege und Betreuung war, die ihrerseits zu einer Diversifizierung der Arbeits- und Tätigkeitsfelder in den Einrichtungen führte. In vielen Anstalten bildete ein altersbedingter Wechsel der Heimleitung den Auslöser für innere Reformen und damit eine Verbesserung der Lebensbedingungen in der jeweiligen Anstalt. So lässt sich in den Einrichtungen des Samples in jenen Jahren ein deutlicher Wandel im pädagogischen Selbstbild und dem erzieherischen Handeln feststellen. Ab 1971 forcierte der neue Direktor in Haus Hall ganz gezielt eine Liberalisierung der Erziehungsmethoden, insbesondere das Verbot von Prügelstrafen sowie eine Öffnung der Einrichtung zur Außenwelt.¹⁷⁶ Auch im Vorwerker Heim in Lübeck übernahm Anfang der 1970er Jahre ein junger, engagierter Direktor die Leitung des Hauses, der auf eine stärkere therapeutisch-pädagogische Förderung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner drängte und die schlimmsten Missstände in Vorwerk zügig zu unterbinden versuchte.¹⁷⁷

In den ersten beiden Nachkriegsjahrzehnten hatten noch nahezu sämtliche Aufgaben der Pflege, Pädagogik und Hauswirtschaft in der Alleinverantwortung des fachlich noch wenig ausdifferenzierten Pflegepersonals gelegen. In den frühen 1970er Jahren zogen nun in großer Zahl neue Berufsgruppen wie Psychologinnen und Psychologen, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Beschäftigungs- und Spieltherapeutinnen und -therapeuten, Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten sowie gehäuft jetzt auch Zivildienstleistende in den Arbeitsalltag ein, die für einen spürbaren Wandel in der pädagogischen Arbeit sorgten. So wurden in der Kinderabteilung der Pfälzischen Nervenlinik Landeck mit der Eröffnung des Neubaus 1973 erstmalig Stellen für Psychologen und Psychologinnen, Heilerziehungshelfer und Heilerziehungshelferinnen, Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen sowie Logopäden und Logopädinnen eingeführt.¹⁷⁸ Im katholischen Haus Hall wurden sogar bereits ab Mitte der 1960er Jahre pädagogische Weiterbildungsmaßnahmen für das Personal verpflichtend; auch die Einstellung einer Psychologin spiegelt eine vergleichsweise frühe Hinwendung zu neuen Therapie- und Erziehungsansätzen.¹⁷⁹ In Ursberg blieb der katholische Einfluss stark,

175 BRINK (2010), 410–461.

176 LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 360.

177 LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 461 f.

178 BEYER: Pfälzische Nervenlinik Landeck, LE KJP (BRD), 653.

179 Vgl. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 338.

allerdings wurde auch hier zusehends auf »externes« Personal gesetzt. Im Zuge der »Generalanierung« Anfang der 1970er Jahre richtete die Leitung eine anstaltsinterne »Fachschnle für Heilerziehungspflege« ein, um den Mangel an qualifiziertem Personal auszugleichen. Mitte des Jahrzehnts wurden erstmals Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Psychologinnen und Psychologen eingestellt.¹⁸⁰

Von den Heimleitungen und -trägern wurden die mangelnde Qualifikation und Ausbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter also zunehmend als unzeitgemäß erkannt. Ein Zeichen dafür, dass diesem Mangel nun auch begegnet werden sollte, ist beispielsweise die Einführung eines sogenannten Heilpädagogischen Seminars in Haus Hall im Jahr 1967, das ein staatlich anerkanntes Abschlussexamen für das Personal vorsah. Auch »Weiterbildungsmaßnahmen« waren für die in der Pflege tätigen Kräfte hier offenbar verpflichtend.¹⁸¹ In Ursberg scheint die fachliche Weiterbildung bereits in den frühen 1950er Jahren eine größere Rolle gespielt zu haben; dokumentiert sind regelmäßig stattfindende Krankenpflegekurse (mit staatlichem Abschluss) und »Pflegekonferenzen«. Ab 1968 fand gar ein wöchentlicher Unterricht für Pflegekräfte statt, was andersherum darauf hindeutet, dass bis dahin die meisten Mitarbeitenden nicht fachlich geschult gewesen sein dürften. Mit der Gründung einer eigenen Fachschule für Heilerziehungspflege im Jahr 1970 lässt sich in der St. Josefskongregation dann von einer stärkeren Professionalisierung der Pflegearbeit sprechen.¹⁸²

Durch die Diversifizierung der Berufsbilder wurde das pädagogische Angebot in den Anstalten spürbar ausgeweitet: In Haus Hall rief man verstärkt therapeutische Freizeitangebote wie Spiel- und Sporttherapien, Gruppentheaterspiele oder therapeutisches Reiten ins Leben.¹⁸³ Auch in Schönbrunn lassen sich eine stärkere individuelle Förderung und zunehmende Orientierung an den Interessen und Bedürfnissen der Kinder ab Anfang der 1970er Jahre beobachten, so durch die Möglichkeit zum Basteln und Kegeln. Zudem wurden nun Radioapparate und ein Tischfußball-Spiel angeschafft. Zugleich überarbeitete die Leitung die noch aus den 1920er Jahren stammende »Anstaltssatzung«.¹⁸⁴ In Wiesengrund bestand nun die Möglichkeit, ein Musikinstrument zu erlernen, auch Spieltherapien, Gymnastik und Schwimmunterricht waren an der Tagesordnung.¹⁸⁵

Zeitzeuginnen und Zeitzeugen aus den Einrichtungen berichten rückblickend, dass sich auch der Umgang des Personals mit den Kindern ab den späten 1960er Jahren änderte. In den 1970er Jahren finden sich in Akten Hinweise auf brutale Strafpraktiken

180 HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 405.

181 LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 338.

182 HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 405.

183 Vgl. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 160.

184 BEYER: Assoziationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 372.

185 MÜNCH: Kindersanatorium Wiesengrund Berlin, LE KJP (BRD), 577.

zudem deutlich seltener als vorher. Es bleibt allerdings festzuhalten, dass sich dieses institutionelle Umdenken während der 1970er Jahre nur nach und nach vollzog und der prozentuale Anteil unqualifizierter Pflegerinnen und Pfleger teilweise unvermindert hoch blieb.

2.2 DDR

Die strukturelle Ausgangslage der Einrichtungen zur Unterbringung Minderjähriger mit psychischen Erkrankungen und/oder körperlichen sowie geistigen Behinderungen in der DDR ähnelte 1949 der Situation in der BRD. Unterschiede bestanden im konzeptionellen Hintergrund. Zwischen Konzept und Umsetzung bestanden allerdings einige Spannungen. Bereits anhand der Einrichtungssystematik ist erkennbar, dass sich die sozialistische Gesellschaft in der Theorie zwar für Menschen mit Behinderung verantwortlich fühlte und ein klarer Fürsorgeauftrag formuliert wurde. Zugleich wird aber auch deutlich, dass das Einrichtungssystem insgesamt eher exkludierte, als zu integrieren. Obwohl die DDR vor allem im Bereich der beruflichen Integration viele, auch im internationalen Vergleich, progressive Ansätze (z. B. geschützte Arbeitsplätze in den Betrieben) vorweisen konnte, blieben die Strukturen der Fremdunterbringung von Kindern und Jugendlichen über die Jahrzehnte nahezu unverändert. Ähnliches lässt sich auch für den Bereich der Heime der Jugendhilfe der DDR feststellen. Während in den sozialistischen Nachbarländern kleinere Heime und familienähnliche Strukturen die Großanstalten nach und nach ablösten,¹⁸⁶ errichtete die Regierung der DDR noch in den 1980er Jahren Einrichtungen für mehrere hundert Kinder.¹⁸⁷ Dabei wurden die negativen Auswirkungen einer zuwendungsarmen und emotional sowie intellektuell wenig anregenden Umgebung auf die Psyche des Kindes (»Hospitalisierung«) auch in der DDR bereits in den 1950er Jahren diskutiert.¹⁸⁸

Die Gründe für das Festhalten an entindividualisierenden und hospitalisierenden Großeinrichtungen können demzufolge nicht auf Unkenntnis zurückzuführen sein. Auch ideologische Wertevorstellungen standen einer angemessenen, kindgerechten Un-

186 Vgl. SACHSE (2016).

187 1980 wurde z. B. in Berlin, Stadtbezirk Lichtenberg, das »Dr.-Janusz-Korczak-Heim« mit einer Kapazität von 285 Plätzen eröffnet. Vgl. DREIER-HORNING/LAUDIEN (2016), 65.

188 Eva Schmidt-Kolmer hatte 1955/56 eine vergleichende Untersuchung des Entwicklungsstandes von 1.768 Säuglingen und Kleinkindern in unterschiedlichen Einrichtungen und Umgebungen durchgeführt. Die Studie zeigte eine signifikante Differenz zwischen Kindern, die zuhause aufwuchsen, und Kindern, die in Heimen untergebracht waren. Unter anderem aufgrund dieser Studie setzte sie sich in den 1950er Jahren mit dem Thema »Hospitalismus« auseinander. Vgl. KITTEL (2016), 136.

terbringung nicht im Wege. Der sozialistische Humanismus umfasste in seiner Theorie alles vom Menschen geborene Leben. Dieses sei Träger eines Wertes und bedürfe des Schutzes und der Fürsorge der sozialistischen Gemeinschaft. Die Psychiatrieverbrechen und Morde an Menschen mit geistigen Behinderungen und psychischen Erkrankungen im Nationalsozialismus sollten u. a. durch ein Entnazifizierungsprogramm in der Anstaltspsychiatrie nach 1945 überwunden werden. Gerade im medizinischen Bereich wurde die Entnazifizierung aufgrund des Mangels an qualifizierten Fachkräften jedoch nur oberflächlich durchgeführt.¹⁸⁹

Die nachfolgende Darstellung der institutionellen Landschaft bezieht sich hauptsächlich auf die Ergebnisse der neun ostdeutschen Einrichtungsstudien. Auf Forschungsarbeiten konnte kaum zurückgegriffen werden. Für den Bereich der Anstaltspsychiatrie in der DDR sind in den letzten Jahren zwar einige Arbeiten und Beiträge erschienen,¹⁹⁰ diese unterscheiden jedoch nur am Rande die verschiedenen Einrichtungstypen und beziehen sich grundsätzlich eher auf den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie. Für das Feld der Behindertenhilfe der DDR ist das Forschungsdesiderat noch größer. Es liegt lediglich eine Arbeit von Sebastian Barsch aus dem Jahr 2007 vor,¹⁹¹ die sich schwerpunktmäßig jedoch mit der Bildung und Erziehung von Menschen mit geistiger Behinderung befasst. Einrichtungstypen zur Unterbringung von Minderjährigen mit Behinderungen werden nur am Rande erwähnt. Es wurden daher zusätzliche Recherchen im Bundesarchiv Berlin-Lichterfelde (Bestand des Ministeriums des Gesundheitswesens der DDR) und im Archiv des Bundesbeauftragten für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der DDR (Berlin-Lichtenberg) durchgeführt.¹⁹²

2.2.1 Zentrale Erfassung

In der DDR ging man Ende der 1940er und Anfang der 1950er Jahre davon aus, dass der Bereich der Sozialpädagogik mit dem Fortschreiten des Sozialismus überflüssig werden würde. Schwererziehbarkeit sah man als ein »Überbleibsel des Kapitalismus« an, das im Zuge der Etablierung der sozialistischen Gesellschaft verschwinden werde.¹⁹³ Auch im Bereich der Behindertenhilfe herrschte die Vorstellung vor, dass mit der zunehmenden Verwirklichung des Sozialismus bestimmte Formen von Behinderung zurückgedrängt werden könnten. So nahm man noch in den 1950er Jahren an, durch eine verbesserte

189 HANRATH (2002).

190 ROSE (2005); KUMBIER/STEINBERG (2018); KUMBIER (2020).

191 BARSCH (2007).

192 Ein Dank geht an dieser Stelle an Anke Dreier-Horning für die Recherchen vor Ort.

193 KORZILIUS (2005), 42.

medizinische Betreuung, eine bessere Ernährung und materielle Versorgung werde die Anzahl von Behinderungen stark sinken.¹⁹⁴

In der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) stand dementsprechend zunächst ausschließlich eine rein medizinische Betreuung psychisch kranker und/oder behinderter Kinder und Jugendlicher im Mittelpunkt. 1947 existierten nur sehr wenige Heime für Kinder mit Behinderungen, eine Statistik führt lediglich 20 Einrichtungen für »Kinder mit körperlichen Gebrechen« auf – diese befanden sich entweder in kirchlicher, staatlicher oder privater Trägerschaft.¹⁹⁵ Für körperbehinderte Kinder und Jugendliche gab es im staatlichen Heimbereich lediglich die »Krüppelanstalten« zur medizinischen Behandlung. Für psychisch erkrankte Kinder oder Kinder mit einer geistigen Behinderung standen zum damaligen Zeitpunkt ausschließlich Plätze in der Erwachsenenpsychiatrie zur Verfügung. So existierten im Land Mecklenburg 1947 für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen oder geistigen Behinderungen nur 239 Betten.¹⁹⁶ Um Kinder oder Jugendliche individuell und medizinisch gut zu betreuen, zu fördern oder nach Krankheiten zu rehabilitieren, sollten Entwicklungsrückstände frühzeitig erfasst werden.¹⁹⁷

Die 1950 errichteten Mütterberatungsstellen (mit einer Betreuung von Kindern bis zum dritten Lebensjahr) meldeten zwar schon früh Behinderungen an die übergeordneten Organe; eine umfassende zentrale Erfassung von geistigen und körperlichen Behinderungen und Störungen wurde jedoch erst 1954 etabliert.¹⁹⁸ (Eine solche umfassende Meldepflicht für Menschen mit Behinderungen gab und gibt es in der Bundesrepublik hingegen nicht, wenngleich in den 1960er Jahren politisch intensiv über eine statistische Erfassung diskutiert wurde.) Die allgemeine Meldepflicht bezüglich erworbener und angeborener Behinderungen, die u. a. vom medizinischen Personal in den Krankenhäusern oder vom Pflegepersonal in den Kinderkrippen an die Abteilung Gesundheitswesen beim Rat des Kreises gemeldet werden mussten, führte zu einem gewissen Druck auf das Einrichtungssystem, dem Bedarf strukturell gerecht zu werden. Dennoch zeichnete sich auch das Versorgungssystem der DDR noch in den 1980er Jahren durch einen tiefgreifenden strukturellen Mangel aus, der sich besonders in den schlechten materiellen und personellen Ressourcen manifestierte, verstärkt durch die gesamtwirtschaftlichen Probleme des Landes, die ab den 1970er Jahren noch zunahmen.

194 WELLMITZ (2003), 26.

195 BArch Berlin: DR/2 4710, o.V.: Übersicht über den Stand der Kinder- und Jugendheime in der sowjetischen Besatzungszone Deutschlands, Stand: Juni 1947.

196 BERSCH (2020b), 395.

197 STOLL (2017), 189.

198 Ministerium für Gesundheitswesen: Rundverfügung über die laufende gesundheitliche Überwachung der Kinder und Jugendlichen vom 23.3.1954; Ministerium für Gesundheitswesen: Anordnung Nr. 1 über die Meldung von Körperbehinderungen, geistigen Störungen, Schädigungen des Seh- und Hörvermögens.

Raum- und Personalnot, Überbelegungen, Finanzknappheit und bauliche Überalterung gehörten im Untersuchungszeitraum zu den hervorstechenden Kennzeichen auch der ostdeutschen Einrichtungen, wobei sich gerade die infrastrukturellen Defizite in den 1980er Jahren nochmals verschärften.¹⁹⁹

Das Statistische Jahrbuch der DDR führte 1966 insgesamt 80.745 Minderjährige mit »geistigen Störungen« auf, darunter 34.686 Kinder und Jugendliche, bei denen unterschiedliche »Schwachsinnformen« diagnostiziert wurden. Der Anteil von Mädchen und Jungen mit »sonstigen geistigen Störungen«, unter denen offenbar psychische Erkrankungen verstanden wurden, belief sich auf 38.712 Personen. Bei 7.347 Kindern wurden eine Epilepsie-Erkrankung oder ein »postencephalitischer Zustand« festgestellt. Bis zum Jahr 1985 stieg die Zahl der Minderjährigen mit »geistigen Störungen« auf 154.877, darunter 86.132 Kinder und Jugendliche, denen eine psychische Störung attestiert wurde.²⁰⁰

2.2.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie

1946 wurden die psychiatrischen Einrichtungen zunächst zu Außenstellen der Provinzialgesundheitsämter umgewandelt.²⁰¹ Sie nahmen auch psychisch kranke und/oder geistig behinderte Kinder, Waisenkinder und Kinder aus den 1945 geschlossenen Jugendhilfeeinrichtungen auf. In der Landesheilanstalt Uchtsprunge waren z. B. im Jahr 1950 1.500 Personen untergebracht, davon 700 »bildungsfähige« Kinder und Jugendliche – die Zahl der geistig behinderten Kinder ist unbekannt.²⁰² Mit der Gründung der DDR 1949 wurden die Provinzialgesundheitsämter dann dem Ministerium für Arbeit und Soziales zugeordnet, bis 1950 schließlich ein eigenes Ministerium für Gesundheitswesen gegründet wurde. Zu diesem Zeitpunkt bestand die DDR noch aus fünf Ländern, die 1952 in 14 Bezirke überführt wurden. Die politischen Kompetenzen wurden in der Folge zentralisiert, die föderalen Strukturen aufgelöst. Auf der Bezirksebene – der mittleren Verwaltungsebene – wurde die Abteilung »Gesundheits- und Sozialwesen« als Fachorgan eingerichtet, das jeweils von einem zuständigen Bezirksarzt geleitet wurde. Die Bezirksstruktur übertrug man deckungsgleich auf die Kreise. Dementsprechend

199 KEY: St. Johannisstift Ershausen, kath. BH (DDR), 471 f; DREIER-HORNING: Waldhof Templin, ev. BH (DDR), 490; LAUDIEN: Kloster Dobbertin, ev. BH (DDR), 515; HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), 677; BEYER: Universitätsnervenklinik Halle/S., LE UKJP (DDR), 776.

200 JUNGMANN (2016), 44 f.

201 Vgl. ROSE (2005), 42.

202 BArch Berlin: DC 1165, Kommission zur Überprüfung der Verhältnisse in der Landesheilanstalt Uchtsprunge am 20.2.1950.

wurden die ehemaligen psychiatrischen Landesanstalten nun in die Zuständigkeit der Kreise überführt, was diverse Probleme mit sich brachte, da die psychiatrischen Einrichtungen weiterhin überregionale Aufgaben wahrnehmen mussten, aber gleichzeitig von einer kommunalen Einheit verwaltet wurden.²⁰³ Die Kreise verfügten beispielsweise nicht über eine ausreichende personelle Ausstattung, um Großanstalten wie Uchtspringe anzuleiten, so dass wichtige Kompetenzen in das zuständige Referat im Gesundheitsministerium verlegt wurden. Die Umbenennung der Einrichtungen in »Krankenhaus für Psychiatrie« bzw. »Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie« (Görden, Eberswalde und Neuruppin) sollte deren medizinisch-klinischen Charakter betonen und geschah auf Wunsch der Anstaltsleitungen.²⁰⁴

Es dauerte bis 1957, bis sich in der DDR eine erste Abteilung für Kinderpsychiatrie etablierte. Bis dahin ist auch für die DDR davon auszugehen, dass die überwiegende Mehrzahl der betroffenen Kinder und Jugendlichen in Krankenhäusern der Allgemeinpsychiatrie oder der Pädiatrie behandelt wurde.²⁰⁵ Ein systematischer Aufbau eines psychiatrischen Versorgungssystems für Kinder und Jugendliche fand erst mit der Einführung der Meldepflicht für Kinder mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen ab 1954 statt, denn nun geriet das staatliche Gesundheitswesen unter Zugzwang, Behandlungs- und Förderangebote bereitzustellen. In der Folge entstanden verstärkt Abteilungen für die psychiatrische Versorgung Minderjähriger, etwa die kinderpsychiatrische Abteilung im städtischen Krankenhaus Herzberge in Berlin, die 1956 gegründet wurde und bald über durchschnittlich 300 Plätze in vier Häusern verfügte.²⁰⁶ Aus der »Kinderbeobachtungsabteilung« der Psychiatrischen und Nervenlinik der Charité ging in den 1950er Jahren die Abteilung für Kinderneuropsychiatrie hervor, deren Gründung eng mit der Berufung Karl Leonhards (1904–1988) als Klinikdirektor im Jahr 1957 verknüpft war, der sich wissenschaftlich der Erforschung von Kinderneurosen und Kinderpersönlichkeiten widmete.²⁰⁷ Die Kinder- und Jugendpsychiatrie der DDR wurde insgesamt maßgeblich von Gerhard Göllnitz (1920–2003), Neurologe und Psychiater, geprägt, der sich stark für eine Etablierung der Neuropsychiatrie in der DDR einsetzte.²⁰⁸

Dennoch fehlte es in den Psychiatrien gerade an Kapazitäten für Minderjährige. Ende 1955 existierten in der DDR insgesamt 21 Einrichtungen, in denen gut 21.000 Betten für die Psychiatrie zur Verfügung standen. 1.544 Betten entfielen auf Kinder. Für

203 Vgl. ROSE (2005), 65.

204 Vgl. *ibid.*, 70.

205 Aufgaben und Organisation der Krankenhäuser des Staatlichen Gesundheitswesens – Rahmen-Krankenhausordnung vom 5.11.1954 – Gesetzblatt – Zentralblatt der DDR, Sonderdruck Nr. 54, Berlin (DDR) 1954, 9–11.

206 Vgl. HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 714.

207 HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), 673.

208 HÄSSLER (2017), 621.

eine neurologische Behandlung waren im Jahr 1954 772 Betten vorhanden. Darüber hinaus gab es 11 kirchliche Einrichtungen mit insgesamt 1.967 Betten, von denen 1.447 Kinderbetten waren.²⁰⁹

Im Jahr 1962 wurde die »Sektion Kinderneuropsychiatrie« im Rahmen der »Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie der DDR« ins Leben gerufen und damit die fachdisziplinären Rahmenbedingungen für einen institutionellen Ausbau geschaffen. Erst in den 1960er Jahren mit der Gründung der sogenannten Rehabilitations-Kommissionen kam es jedoch in größerem Umfang zur Neugründung psychiatrischer Abteilungen im Kinder- und Jugendbereich. 1967 wurde in Storkow-Hubertushöhe z. B. die Außenstelle »Kinderpsychiatrie« der Bezirksnervenlinik Eberswalde ins Leben gerufen. In der Universitätsnervenlinik Halle/Saale (KJPUH) wurde eine kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung in der umgebauten ehemaligen Direktorenvilla der Universitätsklinik mit etwa 30 Behandlungsplätzen eröffnet.²¹⁰ 1963 nahm die Kinderstation für pflegebedürftige Kinder in Dobbertin als Teil der Außenstelle der Bezirksnervenlinik (BNK) Schwerin den Betrieb auf.²¹¹

Im Zeitraum von 1949 bis 1989 wurden im Jahresdurchschnitt 5.607 Behandlungsplätze für Kinder und Jugendliche in stationären psychiatrischen Einrichtungen bereitgestellt. Der Bericht »Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR« des Bundesministeriums für Gesundheit von 1991 zählte für das Jahr 1989 insgesamt 33 Einrichtungen für Minderjährige: Dabei entfielen 3.223 Betten auf Fachkrankenhäuser bzw. Fachabteilungen in Krankenhäusern, 206 auf Fachabteilungen an Universitäten und 811 auf die sogenannten Theoretischen Institute (insgesamt 4.240).²¹² Bei den Theoretischen Instituten handelte es sich ebenfalls um universitäre, an der Forschung beteiligte Einrichtungen. Insgesamt blieb die Unterbringungssituation psychisch kranker und behinderter Kinder allerdings im gesamten Untersuchungszeitraum prekär. So betrug die durchschnittliche Wartezeit für eine Aufnahme Mitte der 1960er Jahre selbst in dringenden Fällen bis zu zwei Jahre.²¹³

In den 1960er Jahren setzte sich in der DDR-Psychiatrie eine zunehmende Reformorientierung durch, als deren Ergebnis sich am Ende der Dekade ein Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen konstatieren lässt, so z. B. von Tageskliniken und kinder- und jugendpsychiatrischen Beratungsstellen. Höhepunkt dieser innerfachlichen Bestrebungen war das »Internationale Symposium über psychiatrische Rehabilitation«, das 1963 in Rodewisch stattfand. Die »Rodewischer Thesen« enthielten eine deutliche Kritik

209 Siehe Kap. 3.2.8.

210 DREIER-HORNING: Hubertushöhe, LE KJP (DDR), 536; BEYER: Universitätsnervenlinik Halle/S., LE UKJP (DDR), 773.

211 LAUDIEN: Kloster Dobbertin, ev. BH (DDR), 512.

212 Bericht einer Expertengruppe im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit: Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR. Bestandsaufnahme und Empfehlungen, Berlin, 30.5.1991.

213 BERSCH (2020b), 398.

an der bisherigen institutionellen Landschaft und dem inneren Aufbau der Heil- und Pflegeanstalten. Progressive Ideen der Medizin, Psychiatrie und Heilpädagogik aus den 1920er Jahren wurden erneut aufgegriffen und führten tatsächlich zu kleinen Teilerfolgen, etwa im Bereich beruflicher Rehabilitation. Ein tiefgreifender Wandel infolge dieser Thesen blieb in der Psychiatrie der DDR jedoch aus.²¹⁴

Jungmann hat anhand der Statistiken des Gesundheitswesens geschätzt, dass die Anzahl der stationären Behandlungsplätze von 4.000 im Jahr 1953 insgesamt auf 7.690 im Jahr 1978 stieg, ab diesem Zeitpunkt jedoch auf die genannten 4.240 im Jahr 1989 absank.²¹⁵ Ein Grund für diesen Rückgang war möglicherweise die seit den 1970er Jahren deutlich verbesserte ambulante Versorgung. Allerdings darf nicht übersehen werden, dass die Entwicklung der psychiatrischen Landschaft in der DDR ab den 1970er Jahren trotz positiver Reformimpulse im Jahrzehnt zuvor zusehends stagnierte und auch deshalb der Ausbau der institutionellen Landschaft ins Stocken geriet.

2.2.3 Sonderschuleinrichtungen

Das »Gesetz über die deutsche demokratische Einheitsschule« bildete die Grundlage für die 1947 erfolgte Einteilung der Minderjährigen in »bildungsfähige« und »nicht bildungsfähige« Kinder (später wurden die Termini in »schulbildungsfähig« und »nicht schulbildungsfähig« verändert).

Galt ein Kind als »bildungsfähig«, wurde es im Bereich der allgemeinbildenden Schulen (inklusive des Sonderschulwesens) aufgenommen. Die Hürde, die die Kinder überwinden mussten, war dementsprechend die Schuleingangsuntersuchung im Alter von sechs Jahren, in der Aussagen zur Schulfähigkeit des Kindes getroffen wurden. Dieser Eignungstest war deshalb bedeutend, weil eine kognitive Förderung außerhalb des Sonderschulwesens bis 1969 nicht vorgesehen war und Kinder im schulfähigen Alter, die als »bildungsunfähig« galten und bei denen man davon ausging, dass sie nicht in Sonderschulen gefördert werden konnten, somit als »ausgeschult« betrachtet wurden. Verantwortlich für die Ausschulung war die Abteilung »Unterricht und Erziehung« im Amt für Volksbildung des Kreises. Die Untersuchung der evangelischen Einrichtung Waldhaus Templin zeigt in diesem Zusammenhang jedoch, dass in den 1950er Jahren hier eine spezielle Gruppe geführt wurde, in die auch staatliche Stellen Kinder einwiesen, mit dem Ziel, die Schulfähigkeit zu fördern.²¹⁶ Ob es weitere Fördergruppen dieser Art

214 HENNINGS (2015).

215 Vgl. JUNG MANN (2016), 53 f.

216 DREIER-HORNING: Waldhof Templin, ev. BH (DDR), 501.

gab, ist bisher unbekannt. Alle Kinder, die als »schulbildungsunfähig« galten, verblieben in der DDR bis 1990 im Gesundheitssektor. Schulen für Kinder mit Lernbehinderungen existierten nicht.

Die »Verordnung über die Beschulung und Erziehung von Kindern und Jugendlichen mit wesentlichen physischen oder psychischen Mängeln« vom 5. Oktober 1951 des Ministeriums für Volksbildung sah folgende Unterteilung der institutionellen Landschaft in der DDR vor. Kinder im schulfähigen Alter, die als »bildungsfähig« galten, aber aufgrund ihrer Behinderung im normalen Unterricht nicht ausreichend gefördert werden konnten, sollten vom Ministerium für Volksbildung in Sonderschulen betreut werden. Eine Einweisung hatte generell durch die Abteilung »Unterricht und Erziehung« im Amt für Volksbildung des Kreises im Einvernehmen mit dem Kreisgesundheitsamt zu erfolgen. Das Sonderschulwesen umfasste Kindertagesstätten, Grundschulen, Berufsschulen (bei Landesschulen für Gehörlose auch Fachschulen, bei Landesschulen für Blinde auch Ober- und Fachschulen). In der Regel waren den Sonderschulen Internate angegliedert, so dass die Kinder stationär untergebracht waren. Diese Internate nahmen bereits Kinder im Vorschulalter auf, um sie entsprechend zu fördern. Weil es nur wenige Sonderschulen für körperbehinderte Kinder mit besonderem Betreuungsbedarf gab, mussten die Eltern, da sie der Schulpflicht nachkommen mussten, ihre Kinder außerhalb des Elternhauses in Internaten unterbringen.

Folgende Sonderschulen waren vorgesehen:

- Sonderschulen für »Mindersinnige«: Blinde, Gehörlose, Taubstummblinde (Zuständigkeit: Ministerium für Volksbildung)
- Sonderschulen für »Sinnesschwache«: Sehschwache und Schwerhörige (Zuständigkeit: Ministerium für Volksbildung)
- Sonderschulen für »Sprachgestörte« (»Stotterer«, »Stammler«, »Polterer« u. a.) und Hörstumme, deren Leiden im Rahmen der Normalschule nicht gebessert werden konnte (Zuständigkeit: Ministerium für Volksbildung im pädagogischen Bereich, Ministerium für Gesundheitswesen für die Verwaltung)
- Sonderschulen für »Schwachsinnige«: Kinder wurden zunächst in die Normalschule aufgenommen, weil dann erst eine sichere Entscheidung getroffen werden konnte (Zuständigkeit: Ministerium für Volksbildung im pädagogischen Bereich, Ministerium für Gesundheitswesen für die Verwaltung)
- Sonderschulen für Schulpflichtige mit sonstigen, vorstehend nicht genannten physischen »Mängeln«, z. B. Körperbehinderte, Insassen von Heilstätten (z. B. Knochen-, Drüsen-, Lungen-Tuberkulose), »Epileptiker« u. ä. (Zuständigkeit: Ministerium für Volksbildung im pädagogischen Bereich, Ministerium für Gesundheitswesen für die Verwaltung)
- sonderpädagogische Einrichtungen in Heilstätten und Krankenanstalten.

1949 gab es 120 Sonderschulen, in denen 23.537 Schülerinnen und Schüler in allgemeinbildenden Klassen der Klassenstufen 1 bis 10 unterrichtet wurden. Spezielle Vorschulgruppen z. B. in den Kindertagesstätten oder berufsbildende Klassen lassen sich für diesen Zeitraum noch nicht nachweisen.²¹⁷

Die Fünfte Durchführungsbestimmung über das einheitliche sozialistische Bildungssystem – Sonderschulwesen – vom 20. Dezember 1968 führte zu einer Erweiterung und Differenzierung des Sonderschulbereichs. Schulbildungsfähige Kinder sollten nunmehr im Sonderschulwesen,²¹⁸ das dem Ministerium für Volksbildung unterstand, unterrichtet werden. Zum Sonderschulwesen gehörten von nun an Hilfsschulen,²¹⁹ Gehörlosenschulen/Gehörlosen-Hilfsschulen,²²⁰ Schwerhörigenschulen/Schwerhörigen-Hilfsschulen,²²¹ Sprachheilschulen,²²² Blindenschulen,²²³ Sehschwachenschulen/Sehschwachen-Hilfsschulen und Schulen für Körperbehinderte. Zusätzlich benannte die Durchführungsbestimmung eine weitere Gruppe von Kindern, die zwar »schulbildungsfähig«, aber auch pflegebedürftig waren. Hierbei handelte es sich langfristig um stationär behandlungsbedürftige bzw. chronisch erkrankte Minderjährige. Diese Kinder sollten in Krankenhäusern, in Internaten der Volksbildung und Einrichtungen des Gesundheitswesens (z. B. Pflegeheime) betreut und beschult werden.

1989 existierten 473 Sonderschulen, davon 352 Hilfsschulen sowie 121 Sonderschulen der übrigen Zweige, die von insgesamt rund 57.000 Kindern und Jugendlichen besucht wurden – das waren rund drei Prozent aller Schüler der DDR. Insgesamt gab es 481 sonderpädagogische Einrichtungen im Bereich Volksbildung und Gesundheitswesen.²²⁴

217 BAUDISCH (1979), 263.

218 Die Schulen konnten angegliederte Berufsschulen oder Kindergärten haben (z. B. allgemeinbildende polytechnische Oberschulen für Schwerhörige mit Vorschulteil) oder selbständige Einrichtungen (z. B. Sprachheilkindergarten, Berufshilfsschule). Sonderschulen, die bezirksübergreifend Schüler aufnahmen, waren Internatsschulen.

219 Hilfsschulen, achtklassig, unterteilt in A-, B- und C-Züge, A-Zug erhält Lehrabschluss, B- und C-Zug Teilausbildung oder Qualifizierung in einem Beruf für einfache Tätigkeiten; Veränderung zur VO von 1951: Hier wurde verfügt, dass Schüler erst in die Normalschule kommen und dann an eine Hilfsschule überwiesen werden. Es existierten auch bereits Hilfsschulkindergärten für Kinder, die bereits im Vorschulalter als schwachsinnig erkannt und bei denen Hilfsschulfähigkeit attestiert wurde.

220 Zehnklassige POS-Gehörlosenschule und achtklassige Gehörlosen-Hilfsschule, denen Vorschulgruppen und Berufsschulklassen angegliedert sein konnten.

221 Zehnklassige POS-Schwerhörigenschule und achtklassige Schwerhörigen-Hilfsschule, denen Vorschulgruppen und Berufsschulklassen angegliedert sein konnten.

222 Sprachheilschulen nahmen Kinder auf, deren Sprachstörung im Vorschulalter nicht beseitigt werden konnte, mit Vorschulgruppen; die Unterbringung sollte nach drei Jahren beendet sein. Sprachheilschulen bestanden aus drei bzw. sechs Jahrgangsstufen.

223 Abgänger der Blindenschule erhielten eine Berufsausbildung im Rehabilitationszentrum für Blinde. An den Schulen konnten Hilfsschul-, Berufsschul-, Abitur- oder Vorschulklassen angegliedert sein.

224 BArch Berlin: DC 14/2368, Abt. Sonderschulen an den Genossen Minister: Standpunkte und Vorschläge zu Ergebnissen der ABI-Kontrollen in Sonderschulen, 19.12.1989.

Pro kommunaler Einheit (Kreis oder Großstadtbezirk) waren ein bis zwei Hilfsschulen vorgesehen. Die übrigen Sonderschulen hatten größere Einzugsbereiche und waren Internatsschulen.²²⁵ Eine Übersicht über die Kategorisierung und Unterbringung der Kinder aus den Quellen für die frühen 1980er Jahre findet sich in der folgenden Tabelle 2.

schulbildungsfähig	schulbildungsfähig, aber pflegebedürftig	Schulbildungs-unfähig, aber förderungsfähig ²²⁶	bildungs- und förderungsunfähig und pflegebedürftig
Einrichtungen der Volksbildung	Einrichtungen des Gesundheitswesens	Einrichtungen des Gesundheitswesens	Einrichtungen des Gesundheitswesens
	1982: ²²⁷ Bedarf: ca. 5 je 10.000 Kinder und Jugendliche	1982: ²²⁸ Bedarf: 47,5 je 10.000 Kinder und Jugendliche	1982: ²²⁹ Bedarf ca. 15 je 10.000 Kinder und Jugendliche
1979: ²³⁰ 8.932 in Internaten des Sonderschulwesens (1969) 10.977 in Internaten des Sonderschulwesens (1979)	1982: ²³¹ 1.533 Plätze (88 Prozent Versorgungsgrad)	1982: ²³² 13.634 Plätze, davon 11.071 staatlich und 2.563 konfessionell (85 Prozent Versorgungsgrad) ²³³	1982: ²³⁴ 4.684 Plätze ²³⁵ (92 Prozent Versorgungsgrad)
	1982: ²³⁶ 538 in Krankenhäuser 383 in Internaten der Volksbildung ²³⁷ 612 in Einrichtungen des Gesundheitswesens	1982: ²³⁸ 6.775 in 217 Tagesstätten (49,7 Prozent) 2.245 in 67 Wochenheimen (16,5 Prozent) 2.557 in 40 Dauerheimen 2.057 in 31 Krankenhäusern (Dauerheime und Krankenhäuser 33,8 Prozent)	1982: ²³⁹ 2.062 in Krankenhäusern 1.610 in konfessionellen Einrichtungen 1.012 in (staatlichen) Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens

Tabelle 2: Statistik zur Unterbringung von für schulbildungsfähig und schulbildungsunfähig gehaltenen Kindern Anfang der 1980er Jahre

225 FREIBURG (1990), 349.

226 Die Erziehung und Bildung dieses Personenkreises erfolgten nach einem rehabilitationspädagogischen Förderungsprogramm.

227 BArch Berlin: DC 14/1735 (MfG: Statistik Geschädigte DDR 1983), Kollegiumssitzung der ABI-Inspektion 21.6.1983 zum Stand der Rehabilitation Geschädigter in der DDR.

228 BArch Berlin: DC 14/1735, Kollegiumssitzung der ABI-Inspektion 21.6.1983 zum Stand der Rehabilitation Geschädigter in der DDR.

229 BArch Berlin: DC 14/1735, Kollegiumssitzung der ABI-Inspektion 21.6.1983 zum Stand der Rehabilitation Geschädigter in der DDR.

230 BAUDISCH/BREITSPRECHER (1979), 263.

231 BArch Berlin: DC 14/ 1735, Kollegiumssitzung der ABI-Inspektion 21.6.1983 zum Stand der Rehabilitation Geschädigter in der DDR.

232 BArch Berlin: DC 14/ 1735, Kollegiumssitzung der ABI-Inspektion 21.6.1983 zum Stand der Rehabilitation Geschädigter in der DDR.

233 Jährlich gab es zu diesem Zeitpunkt ca. 1.000 Abgänger aus Fördereinrichtungen, wobei 20 Prozent

2.2.4 Einrichtungen zur Betreuung geistig behinderter Kinder und Jugendlicher

2.2.4.1 Heilpädagogische Institute

Nach dem Zweiten Weltkrieg gab es auf dem Gebiet der Sowjetischen Besatzungszone einzelne privat geführte Einrichtungen der Heilpädagogik, die geistig behinderte oder psychisch erkrankte Kinder auf der Grundlage z. B. anthroposophischer Konzepte betreuten. In Jena existierte etwa ein bekanntes Heim mit dem Namen »Sophienhöhe«, das von dem Heilpädagogen Johannes Trüper (1855–1921) 1892 gegründet und von seinen Kindern nach seinem Tod auch während des Nationalsozialismus fortgeführt wurde. Nach 1945 arbeitete das Heim mit alternativen Methoden weiter, 1966 wurde es in eine staatliche Sonderschule umgewandelt. Eine weitere heilpädagogische Einrichtung lag in Gerswalde (Brandenburg). Die Einrichtung wurde von Trüpers Tochter Änne 1929 gegründet und zusammen mit dem Heilpädagogen Franz Löffler (1895–1956) geleitet. In der NS-Zeit war das Heilerziehungsheim geschlossen worden, konnte aber 1945 wiedereröffnen.

Bereits nach der Gründung der DDR 1949 nahm das Ministerium für Volksbildung eine Bestandsaufnahme aller auf dem Gebiet der DDR befindlichen Einrichtungen vor. Bis zum 15. März 1952 mussten sich zu diesem Zweck alle Häuser registrieren lassen. Nach und nach entzog man ihnen die Zulassung und Betriebserlaubnis. 1950 wurde Franz Löffler zehn Wochen lang inhaftiert und die Einrichtung in einen staatlichen Jugendwerkhof umgewidmet.²⁴⁰

Das Institut Lauenstein in Seewalde, ebenfalls eine aus dem Trüper-Kreis hervorgegangene anthroposophische Einrichtung, wurde 1949 zwangsenteignet. In dem Bericht der Landesregierung Mecklenburg heißt es, der Verein würde »Ziele verfolg[en], die den gesetzlichen Erziehungspraktiken zuwiderlaufen«.²⁴¹

keiner geschützten Arbeit nachgehen konnten. 4.617 Kinder und Jugendliche wurden zu jenem Zeitpunkt in Dauerheimen bzw. Krankenhäusern gefördert.

234 BArch Berlin: DC 14/ 1735, Kollegiumssitzung der ABI-Inspektion 21.6.1983 zum Stand der Rehabilitation Geschädigter in der DDR.

235 Eigene Berechnung.

236 BArch Berlin: DC 14/ 1735, Kollegiumssitzung der ABI-Inspektion 21.6.1983 zum Stand der Rehabilitation Geschädigter in der DDR.

237 Dies widerspricht der gesetzlichen Grundlage von 1976.

238 BArch Berlin: DC 14/ 1735, Kollegiumssitzung der ABI-Inspektion 21.6.1983 zum Stand der Rehabilitation Geschädigter in der DDR.

239 BArch Berlin: DC 14/ 1735, Kollegiumssitzung der ABI-Inspektion 21.6.1983 zum Stand der Rehabilitation Geschädigter in der DDR.

240 Vgl. DREIER-HORNING (2016), 82.

241 MÜLLER (Oberreferent bei der Landesregierung Mecklenburg): Bericht über Institut Lauenstein in Seewalde, Kf. Neustrelitz, 16.7.1949.

2.2.4.2 Konfessionelle Einrichtungen

Im Jahr 1952 existierten auf dem Gebiet der DDR 152 konfessionelle Heime, die u. a. Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe übernahmen.²⁴² Sie wurden allerdings sukzessive, wie auch die privaten Träger von Heimen, aus dem Bereich der Volksbildung (hier war auch das Ressort Jugendhilfe verortet) gedrängt, die man als genuine Aufgabe des Staates betrachtete. Auch das Engagement der Kirchen im Fürsorgesektor duldete das Regime vor allem im ersten Nachkriegsjahrzehnt aus ideologischen Gründen nur widerwillig. Jedoch wurden die Pflege und Betreuung von Menschen mit Behinderung von der politischen Führung nicht als vorrangig betrachtet, so dass die Behindertenfürsorge – auch aufgrund des offensichtlichen Mangels an staatlichen Betreuungsmöglichkeiten – in der DDR mit der Zeit zu einem primären Betätigungsfeld der Kirchen wurde.²⁴³ Ab 1952 wurden die kirchlichen Erziehungsheime großflächig in Behinderteneinrichtungen umgewandelt. Das ursprünglich der Jugendhilfe zugeordnete Waldhaus Templin beispielsweise hatte 1954 eine Kapazität von 175 Plätzen. 1956 waren jedoch nur noch 94 Plätze belegt, da die staatlichen Behörden die Einweisung von Kindern und Jugendlichen gestoppt hatten, was zu großen finanziellen Problemen führte. Auch der heimeigenen Hilfsschule wurde die Zulassung entzogen. 1958 wurde die Einrichtung schließlich, wie viele andere konfessionelle Heime, in eine Pflegeeinrichtung zur Betreuung schwerstbehinderter Kinder umgewandelt.²⁴⁴

Auch in der DDR existierten große traditionelle Komplexeinrichtungen der Kirchen zur Betreuung behinderter Menschen. Dazu gehörten auch das Oberlinhaus in Potsdam-Babelsberg, der Michaelshof in Rostock-Gehlsdorf, der Martinshof in Rothenburg, die Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische in Kleinwachau, die Pfeifferschen Stiftungen in Magdeburg, in Arnstadt das Marienstift, die Hoffnungsthaler Anstalten Lobetal und die Neinstedter Anstalten bei Thale sowie die Samariteranstalten in Fürstenwalde. Sie setzten auch in den 1950er Jahren ihre Arbeit fort.

Aufgrund der eher protestantischen Prägung wurde die Mehrheit der Menschen in den konfessionellen Einrichtungen der DDR vom Diakonischen Werk betreut. Eine Statistik aus dem Jahr 1988/89 führt insgesamt 123 Förder- und Pflegeeinrichtungen für geistig behinderte Menschen (Kinder und Erwachsene) in der Trägerschaft der evangelischen Kirche mit 7.148 Plätzen auf.

Die katholische Kirche unterhielt zwei Heime für Menschen mit einer Körperbehinderung mit 24 Plätzen, 18 Heime für Menschen mit geistiger Behinderung (1.000 Plätze) und fünf Tagesstätten für Menschen mit geistiger Behinderung (106 Plätze). Auch der Bund Evangelisch-Freikirchlicher Gemeinden führte ein Heim für Menschen

242 DREIER-HORNING/LAUDIEN (2012), 127.

243 HEINECKE (2001), 380.

244 Vgl. DREIER-HORNING: Waldhof Templin, ev. BH (DDR), 492 f.

mit Behinderung (ca. 60 Plätze).²⁴⁵ Michael Steinhoff und Achim Trobisch gehen im Bereich der Einrichtungen der Behindertenhilfe insgesamt von einer hälftigen Betreuung staatlicher und konfessioneller Einrichtungen aus.²⁴⁶

Trotz der ansonsten sehr restriktiven Politik gegen die Kirchen in der DDR gab es im Bereich der konfessionellen Einrichtungen der Behindertenhilfe außergewöhnlich viele Freiräume, da die DDR ein konkretes ökonomisches Interesse daran hatte, dass es nicht zu einem Abbruch der Beziehungen zwischen den west- und ostdeutschen Kirchen kam. Denn der Umstand, dass sich in den 1970er Jahren die materiellen Bedingungen in den konfessionellen Einrichtungen spürbar verbesserten, lag hauptsächlich an den finanziellen Unterstützungen der westdeutschen Kirchen.²⁴⁷

Auch BRD-Fachliteratur aus dem Bereich der Heilpädagogik konnte über Kirchenvertreter eingeführt werden. Zum Beispiel bestand in den 1970er Jahren zunehmend die Möglichkeit, dass Leiterinnen und Leiter größerer stationärer Einrichtungen der diakonischen Behindertenhilfe DDR-Reisegenehmigungen für die Bundesrepublik erhielten. Dies sowie der Reformoptimismus, der sich mit den Rodewischer Thesen verband, sorgten in den Reihen des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche für einen Entwicklungsschub – u. a. wurde ein Beirat Psychiatrie gebildet. 1971 begann das Diakonische Werk jährliche Fachkonferenzen zu Themen der geistigen Behinderung durchzuführen; dafür konnten auch Referentinnen und Referenten aus Westdeutschland und dem Ausland gewonnen werden. 1974, auf der 4. Fachkonferenz in Bad Saarow, wurde der Grundstein für ein Umdenken von der sowjetischen Defektologie²⁴⁸ hin zu einer Normalisierung im Umgang mit Menschen mit geistigen Behinderungen gelegt. Betreuungsprogramme sollten fortan individueller und subjektorientierter ausgerichtet sein.²⁴⁹

2.2.4.3 Fördereinrichtungen

Die Fünfte Durchführungsbestimmung über das einheitliche sozialistische Bildungssystem – Sonderschulwesen – vom 20. Dezember 1968 benannte eine neue Personengruppe, die ab 1968 stärker in den Fokus geriet: die schulbildungsunfähigen, aber sogenannten förderungsfähigen Kinder. Sie verblieben in Einrichtungen des Gesundheitswesens und sollten in neugegründeten und bestehenden staatlichen und konfessionellen Tagesstätten, Wochenheimen und Dauerheimen betreut und gefördert

245 BStU Archiv der Außenstelle Rostock: MfS BV Rostock KD Grimmen Nr. 24. Konfessionelle Einrichtungen für Geschädigte (Statistik o. D. [ca. 1988/89], CDU), 60.

246 STEINHOFF/TROBISCH (2014).

247 HÜBNER (1998).

248 Die sowjetische Defektologie ging davon aus, dass Behinderungen immer durch pathologische Störungen bzw. Defekte bedingt sind; die sozialen Ursachen wurden weitgehend ausgeklammert.

249 GRELAK/PASTERNAK (2020), 42.

werden. Auch Krankenhäuser wurden als Einrichtungen aufgeführt, um förderfähige Kinder zu betreuen – hauptsächlich fand eine solche Unterbringung in psychiatrischen Einrichtungen statt.

Die Neuerrichtung von Förderstätten für geistig behinderte Kinder geht auf eine Initiative von Siegfried Eßbach zurück, der 1968 im Rahmen einer Forschungsgruppe »Rehabilitationspädagogik für schulbildungsunfähige förderungsfähige Intelligenzgeschädigte« ein Konvolut an »Grundlagenmaterial zur Gestaltung der rehabilitativen Bildung und Erziehung« erstellte, an dem die Erziehung und Bildung dieses Personenkreises ausgerichtet werden sollte. 1969 wurde vom Zentralkomitee der Beschluss gefasst, geistig behinderte Menschen in Fördereinrichtungen für schulbildungsunfähige, förderungsfähige Kinder und Jugendliche zu fördern.

Das rehabilitationspädagogische Förderprogramm machte sich Erfahrungen zunutze, die in staatlich-psychiatrischen und kirchlichen Einrichtungen in den 1960er Jahren durch Eigeninitiative erarbeitet worden waren. Im Katharinenhof in Großhennersdorf (Oberlausitz) hatte die leitende Schwester bereits 1966 Förderprogramme für geistige behinderte Kinder entwickelt. Unter anderem auf diese Erkenntnisse konnte die Forschungsgruppe bei der Erstellung des pädagogischen Materials zugreifen. An dieser Stelle wird deutlich, dass es im Bereich der Heil- und Sonderpädagogik weitaus weniger politische Schranken gab, die eine Zusammenarbeit zwischen kirchlichen und staatlichen Stellen erschwerten.

Mit der neuen Differenzierung des Personenkreises sollte die Benachteiligung der Kinder mit geistigen Behinderungen, die nicht vom Schulsystem erfasst wurden, ausgeglichen werden. Ziel war die Förderung und bessere Integration in die Gesellschaft, die Befähigung zur Selbständigkeit und zu einfachen Tätigkeiten. Auch ökonomische Gründe spielten eine Rolle: Durch die Betreuung der Kinder konnten viele Eltern nur eingeschränkt am Berufsleben teilnehmen, so dass unterstellt werden kann, dass eine Betreuung der geistig behinderten Kinder in Tagesstätten vor allem die Rückkehr der Eltern in den Beruf ermöglichen sollte. Die Tagesstätten wurden dementsprechend schrittweise ausgebaut: 1971 gab es 48 Tagesstätten, innerhalb von elf Jahren stieg ihre Zahl auf 212 an.²⁵⁰ Das heißt, nahezu jeder Kreis der DDR hatte bis dahin eine Tagesstätte errichtet. Bis 1989 stieg die Zahl der Plätze in Tagesstätten und Heimen für Kinder, die als schulbildungsunfähig, aber förderungsfähig galten, auf 14.500, davon stellten kirchliche Einrichtungen 2.500 Plätze und Fachkrankenhäusern 6.000 Plätze zur Verfügung. Der Versorgungsgrad betrug 90 Prozent.²⁵¹

Für »schulbildungs- und förderungsunfähige« Kinder, die fremdbetreut werden sollten oder mussten, standen ausschließlich Plätze in Einrichtungen des Gesund-

250 BArch Berlin: DC 14/1735, Kollegiumssitzung der ABI-Inspektion 21.6.1983 zum Stand der Rehabilitation Geschädigter in der DDR.

251 FREIBURG (1990), 349.

heitswesens zur Verfügung: in staatlichen Feierabend- und Pflegeheimen sowie in konfessionellen Heimen und Krankenhäusern (besonders in psychiatrischen Krankenhäusern).²⁵²

2.2.5 Pflegeeinrichtungen und Kinderpsychiatrien

Staatliche Dauerheimplätze für geistig behinderte Kinder waren nur innerhalb der Psychiatrie vorhanden. In einem Konzeptionspapier der Abteilung Sozialwesen des Volksbildungsministeriums heißt es dazu:

»Geistig behinderte Personen unter 18 Jahren sind nicht in Pflegeheimen des Sozialwesens, sondern gemäß Anordnung über die Durchführung der psychiatrischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen in psychiatrischen Einrichtungen des Gesundheitswesens aufzunehmen.«²⁵³

Damit übernahm die Psychiatrie die Langzeitversorgung von Minderjährigen, und das ohne medizinische Indikation. Dies traf z. B. auf die kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung in Eberswalde zu. Ein Großteil der Patientinnen und Patienten war, einem Überprüfungsbericht aus dem Jahr 1990 zufolge, schwer und mehrfach behindert.²⁵⁴ Oftmals übernahmen die Außenstellen der Bezirksnervenkliniken die Aufgabe der Langzeitversorgung. Hier sollten zwei Abteilungen zur Verfügung stehen:

a) eine Abteilung mit Stationen für vollkommen hilflose und pflegebedürftige bildungsunfähige Kinder und Jugendliche
b) eine zweite Abteilung mit Stationen für noch zum Teil entwicklungsfähige Kinder und Jugendliche, mit dem Ziel der Erziehung zur Arbeit bzw. zur Gesellschaftstüchtigkeit.«²⁵⁵

Dass diese Unterteilung innerhalb der Kinderpsychiatrie umgesetzt wurde, zeigt die Einrichtungsstudie Storkow-Hubertushöhe.²⁵⁶

Teilweise versuchten die Psychiatrien, die Kinder und Jugendlichen in Feierabend- und Pflegeheimen unterzubringen. Dies gelang jedoch kaum, weil das Pflegepersonal mit den besonderen Erfordernissen der Betreuung geistig behinderter Menschen überfordert war. Körperbehinderte junge Erwachsene konnten, sobald sie die Sonderschule beendet hatten und einen erhöhten Pflegebedarf besaßen, in sogenannten Schwerstbe-

252 BERSCH (2020 b).

253 BArch Berlin: DR 2/4096, 6 (Abteilung Sozialwesen), Prinzipien der Profilierung der Feierabend-, Pflegeheime und der Heime für bildungsunfähige Kinder, 24.6.1958, 3.

254 Bericht einer Expertengruppe im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit: Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR. Bestandsaufnahme und Empfehlungen, Berlin, 30.5.1991, 79.

255 BArch Berlin: DR 2/4096, 6, Prinzipien der Profilierung der Feierabend-, Pflegeheime und der Heime für bildungsunfähige Kinder, 24.6.1958.

256 Vgl. DREIER-HORNING: Hubertushöhe, LE KJP (DDR).

schädigtenheimen untergebracht werden. Alternative Unterbringungskonzepte außerhalb von Institutionen (z. B. betreutes Wohnen) gab es nur vereinzelt Ende der 1980er Jahre aufgrund der Eigeninitiative von Menschen mit körperlichen Behinderungen und deren Angehörigen.

2.3 Zusammenfassung

In beiden deutschen Staaten entwickelte sich nach der »doppelten Staatsgründung« (Christoph Kleßmann)²⁵⁷ von 1949 ein institutionell überaus heterogenes System der stationären Unterbringung psychisch kranker und geistig behinderter Kinder und Jugendlicher. Aufgrund der Systemdifferenz von 1945 bis 1990 bildeten sich in beiden Staaten unterschiedliche Versorgungsstrukturen aus; zugleich lassen sich strukturell allerdings auch viele Gemeinsamkeiten aufzeigen. Insgesamt war das Gesundheitssystem der DDR seit den 1950er Jahren zunehmend zentralistisch ausgerichtet, während in Westdeutschland angesichts der föderalen Struktur die staatlichen Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern aufgeteilt waren, so dass die Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens regional deutlich variieren konnte.

In beiden Teilen Deutschlands entstand in den 1950er Jahren der Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie als eigene Fachdisziplin, wobei diese in der DDR auch die Neurologie einschloss, was sich in der Bezeichnung als »Kinderneuropsychiatrie« ausdrückte. Die ersten Abteilungen wurden in Ost- und Westdeutschland jeweils an Universitätskliniken gegründet. Der Aufbau eines psychiatrischen Versorgungssystems für Kinder und Jugendliche fand in der DDR jedoch geringfügig später als im Westen statt. Bis 1957 wurde ein Großteil der Minderjährigen hier noch in Einrichtungen der Allgemeinpsychiatrie behandelt, während in der Bundesrepublik bereits Spezialabteilungen existierten, die allerdings den steigenden Unterbringungsbedarf ebenfalls bei weitem nicht abdecken konnten. Die (fach-)disziplinären Rahmenbedingungen²⁵⁸ für einen institutionellen Ausbau wurden in der DDR 1962 mit der Bildung der »Sektion Kinderneuropsychiatrie« im Rahmen der »Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie der DDR« geschaffen; in der BRD erfolgte 1968 die fachärztliche Anerkennung der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die institutionelle Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Ost und West wies jedoch auch erkennbare Unterschiede auf. Zwar existierten in der Bundesrepublik ebenso wie in der DDR zahlreiche psychiatrische Anstalten, die für einen Lang-

257 KLEßMANN (1991).

258 Zum theoretischen Hintergrund und einem Ost-Westvergleich am Beispiel eines anderen Fachs siehe FANGERAU/IMHOF (2015).

zeitaufenthalt der Kinderpatientinnen und -patienten ausgelegt waren, wie etwa das Fachkrankenhaus für Jugendpsychiatrie in Marsberg oder das Landeskrankenhaus für Kinder- und Jugendpsychiatrie Schleswig-Holstein. In Westdeutschland war im kinderpsychiatrischen Bereich jedoch der Organisationstypus der Kinderbeobachtungsstation sehr verbreitet, der einen vergleichsweise kurzen Aufenthalt zur Beobachtung, Diagnostik und anschließenden Verlegung in eine geeignete Einrichtung oder aber die Entlassung der Kinder vorsah.²⁵⁹ Zwar waren auch die neuropsychiatrischen Universitätsabteilungen der DDR in erster Linie für eine erste diagnostische Abklärung neuer Fälle bestimmt. Allerdings wurden die Minderjährigen in der Regel auch hier dauerhaft untergebracht, so dass eine Verteilung auf Spezialeinrichtungen praktisch nicht stattfand. Dies hatte zur Folge, dass die Abteilungen für Minderjährige nach einigen Jahren nahezu vollständig mit jungen Erwachsenen belegt waren. Neuaufnahmen waren so fast nicht mehr möglich, ein strukturelles Problem, das bis 1989/90 nicht gelöst werden konnte. Wie die Einrichtungsstudien zeigen, gelang es auch in den westdeutschen Beobachtungsstationen aufgrund der drückenden Überbelegung der Anstalten häufig nicht, die Minderjährigen nach der Diagnosestellung zu verlegen, so dass diese oft weitaus länger, zum Teil über Jahre, in den Kliniken verblieben. Dennoch erwies sich das Netz der westdeutschen Heim- und Psychiatrielandschaft insgesamt als durchlässiger, flexibler und auf lange Sicht reformfähiger als sein Pendant in der DDR, wo aufgrund der strukturellen Defizite die Kinder- und Jugendpsychiatrie größtenteils die Aufgaben der »Dauerheime« übernehmen musste.

Große Unterschiede zwischen Ost und West bestanden im Bereich der Behindertenfürsorge. In der Bundesrepublik war das Heimwesen für behinderte Menschen bis in die 1970er Jahre überwiegend konfessionell geprägt, staatliche und privat geführte Einrichtungen stellten eher die Ausnahme dar. Auch in der DDR existierten konfessionelle Einrichtungen der Behindertenhilfe, diese machten jedoch maximal nur 50 Prozent der Gesamtkapazität aus. Aufgrund der traditionell protestantischen Prägung im Ostteil Deutschlands unterstanden die Häuser mehrheitlich der Diakonie und wurden zu großen Teilen von der evangelischen »Mutterkirche« im Westen finanziert. Viele konfessionelle DDR-Heime für geistig behinderte Menschen waren im Gegensatz zu den überwiegend auf eine lange Tradition zurückblickenden West-Einrichtungen darüber hinaus Neugründungen, da die Kirchen ihre Erziehungsheime in den 1950er Jahren auf Druck des Regimes in Einrichtungen der Behindertenhilfe umwandeln mussten. Mehrheitlich waren die DDR-Einrichtungen allerdings dem Bereich des staatlichen Gesundheitswesens angegliedert. Staatliche Dauerplätze für geistig behinderte Kinder waren – hier lag ein wesentlicher Unterschied zur bundesrepublikanischen Behindertenfürsorge – wiederum nur innerhalb der Psychiatrie vorhanden, größtenteils in deren

Außenstellen. Aufgrund des eklatanten Mangels an heilpädagogischen Einrichtungen scheint die fehlende Differenzierung zwischen psychiatrischer Behandlung und heilpädagogischer Pflege und Förderung in der DDR somit insgesamt stärker ausgeprägt gewesen zu sein. Allerdings waren psychiatrische und heilpädagogische Zuständigkeiten bis weit in die 1970 Jahre in Westdeutschland ebenfalls nicht trennscharf voneinander abgegrenzt, so dass auch hier in den Psychiatrien behinderte Kinder und Jugendliche in großer Zahl zur Dauerpflege untergebracht waren. In beiden Landesteilen dominierte der Typus der Großanstalt mit im Durchschnitt mehreren hundert Plätzen.

Die institutionelle Landschaft war in den Nachkriegsjahrzehnten in beiden deutschen Staaten durch gravierende strukturelle Defizite und Mängel sowie finanzielle Probleme gekennzeichnet: Allerorts herrschten Platzmangel, Personalnot und erheblicher Sanierungsbedarf; lange Wartelisten waren in Ost und West die Regel. In der DDR wurde dieser Zustand noch durch die lange Präsenz der sowjetischen Truppen verstärkt, die zahlreiche psychiatrische Anstalten bis in die 1960er Jahre für andere Zwecke nutzen.²⁶⁰ In beiden politischen Systemen waren die Einrichtungen zudem chronisch unterfinanziert und das Interesse der politisch Handelnden am Schicksal der asylierten Minderjährigen gering ausgeprägt. Im konservativ-restaurativen Klima der frühen Bundesrepublik wurde normabweichendes, sozial auffälliges Verhalten oftmals sanktioniert und pathologisiert, behinderte Menschen wurden gesellschaftlich diskriminiert. Zudem konzentrierten sich die behinderungspolitischen Bemühungen der Adenauer-Ära vor allem auf die berufliche Integration der zahlreichen Kriegsinvaliden, während der Förderung von geistig behinderten Menschen ein politisch untergeordneter Stellenwert zugesprochen wurde. Elisabeth Bösl hat die Grundfesten der bundesrepublikanischen Behindertenpolitik daher zu Recht als »medizinisches Defizitmodell« bezeichnet.²⁶¹ In der DDR galten für behinderte Menschen in der Theorie zwar *expressis verbis* die Rechte des postulierten »sozialistischen Humanismus«. Sie blieben in der Realität allerdings ebenfalls ein vom »gesellschaftlichen Bewusstsein ausgeblendeter, aus dem öffentlichen Leben verdrängter« Bevölkerungsteil.²⁶² Zudem ging die politische Führung davon aus, dass durch den weiteren Ausbau des Sozialismus die Anlässe für die Behindertenhilfe und Psychiatrie mit der Zeit ohnehin verschwinden würden. Nicht zuletzt galten die Erziehungsheime angesichts des Anspruchs ideologischer Volkserziehung politisch als bedeutsamer als die Behinderteneinrichtungen und Psychiatrien. Vor diesem Hintergrund lässt sich in beiden deutschen Staaten besonders in den ersten beiden Nachkriegsjahrzehnten ein Trend zur Anstaltsunterbringung konstatieren, der letztlich zu einer Ausgrenzung und Marginalisierung der behinderten und/oder psychisch kranken Minderjährigen führte.

260 BERSCH (2020b), 394.

261 BÖSL (2010).

262 BARSCH (2009).

Ab Mitte der 1970er Jahre verlief die institutionelle Entwicklung in Ost und West allerdings dann sehr unterschiedlich. In der Bundesrepublik entwickelte sich wie in vielen westlichen Ländern bereits ab den späten 1960er Jahren eine vielgestaltige Reformbewegung, die auf weitgehende Veränderungen im Heim- und Gesundheitswesen drängte. Eine Folge war der Bericht der sogenannten »Psychiatrie-Enquête« von 1975, einer im Auftrag des Deutschen Bundestages eingesetzten Sachverständigenkommission für alle Bereiche der Psychiatrie,²⁶³ die bei der ambulanten und stationären Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen erhebliche Mängel feststellte. Die Kommissions-Empfehlungen führten in der Folge zu einem sukzessiven Ausbau im kinder- und jugendpsychiatrischen Sektor und der Behindertenhilfe. Zugleich setzte in der Bundesrepublik, auch als Folge des gesellschaftlichen Wertewandels der 1970er Jahre, langsam ein Prozess der De-Institutionalisierung und Dezentralisierung im Heim- und Psychiatriewesen ein. In welchem Ausmaß und Tempo sich die Reformbestrebungen in Westdeutschland allerdings ab den späten 1970er Jahren tatsächlich in der konkreten Versorgungspraxis niederschlugen, konnte im vorliegenden Bericht aufgrund der vorgegebenen Begrenzung des Untersuchungszeitraums nicht abgebildet werden. Dies bleibt Aufgabe weiterer Forschungen.

Im Gegensatz dazu veränderten sich die institutionellen Strukturen in der DDR bis 1989 nur wenig. Zwar lässt sich in den 1960er Jahren auch im heilpädagogischen und psychiatrischen Kinder- und Jugendbereich der DDR zeitweise ein Reformoptimismus konstatieren, im Zuge dessen etwa ambulante Versorgungsstrukturen ausgebaut wurden. Angesichts der gesellschaftlichen Erstarrung und des zunehmenden Reformstaus des DDR-Systems fielen Qualität und Modernisierungsgrad des Gesundheitssystems in den 1970er Jahren allerdings immer stärker hinter den Standard westlicher Industrienationen zurück. Da eine öffentliche Thematisierung und Skandalisierung von Missständen unter den repressiven Bedingungen des Sozialismus nicht möglich waren, geriet die institutionelle Landschaft anders als im Westen auch nicht unter einen reformorientierten Veränderungsdruck außerparlamentarischer Interessengruppen. Darüber hinaus fehlten auch internationale Austauschprozesse und Impulse, die im eigenen Land fachliche Veränderungen in der Pflege- und Betreuungsarbeit hätten anstoßen können, wenngleich es lokal durchaus Ausnahmen gab.²⁶⁴ Auch die von uns erarbeiteten Einrichtungsstudien zeigen, dass die Heimleitungen vereinzelt immer wieder Verbesserungen erreichen konnten. Zentral organisierte Reformen, wie sie im Bereich der Heim- und Psychiatrieunterbringung in der BRD schließlich einsetzten, blieben in der DDR aus. Minderjährige mit psychischen Erkrankungen und/oder geistigen sowie körperlichen Behinderungen gerieten so zunehmend aus dem Blickfeld der

263 SÖHNER u. a (2020).

264 BEYER (2018).

sozialistischen Gesellschaft. Zwar sind politische Initiativen, die prekären Lebens- und Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen abzumildern, immer wieder erkennbar. Mit den Rodewischer Thesen von 1963 wurden sozialpsychiatrische Ansätze sogar wesentlich früher formuliert als in der BRD. Besonders auffällig ist für die DDR allerdings insgesamt die eklatante Diskrepanz zwischen den offiziellen Vorgaben und Beschlüssen staatlicher Gremien und Organe und deren ausbleibender oder unzureichender Umsetzung auf regionaler und lokaler Ebene. Auch dem offiziell ausgegebenen Ziel einer möglichst frühen und vollständigen Rehabilitation der Minderjährigen wurde die institutionelle Landschaft aufgrund der strukturellen Defizite häufig gar nicht oder nur in ungenügendem Umfang gerecht. Die zunehmende fachliche Spezialisierung und Qualifizierung bei der Arbeit mit geistig behinderten Menschen blieben in Ostdeutschland aus. Ein Veränderungswille bestand vor allem in den Einrichtungen selbst, wie mehrere Beispiele aus den Einrichtungsstudien belegen. Dies darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Einrichtungsstruktur, insbesondere die Zuordnung der Einrichtungen der Behindertenhilfe zum Bereich des Gesundheitswesens mit all seinen Mangelerscheinungen, bis 1990 unverändert blieb.

3 Rechtliche Aspekte der Einweisung und Unterbringung

3.1 BRD 1949–1975

(Nils Löffelbein/Uwe Kaminsky)

3.1.1 Einleitung

Die Auseinandersetzungen um die Rechtsgrundlagen und die administrative Praxis des Freiheitsentzugs psychisch Kranker durch Einweisung in eine stationäre Einrichtung bildeten – auch aufgrund der sich ergebenden Rechtsunsicherheit nach dem Untergang des »Dritten Reichs« – ein zentrales Feld der westdeutschen Psychiatriebewegungen nach 1945.²⁶⁵ Im Zuge der zunehmenden institutionellen und disziplinären Ausdifferenzierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik geriet damit auch die zwangsweise Unterbringung von Minderjährigen in stationären Einrichtungen zunehmend in die öffentliche Diskussion von Politikerinnen und Politikern, Juristinnen und Juristen, Sozialexpertinnen und Sozialexperten sowie Medizinerinnen und Medizinern.

Bis zum Erlass des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) im Jahr 1990²⁶⁶ waren die Eingriffsgrundlagen des westdeutschen Staates für eine Fremdunterbringung Minderjähriger im Großen und Ganzen zweigleisig geregelt.²⁶⁷ Die maßgeblichen Gesetze für eine solche Trennung von der Familie und eine Heim- und Psychiatrieeinweisung stellte zum einen der familienrechtliche Eingriff in die elterliche Gewalt durch das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) aus dem Jahr 1900 und zum anderen die aus dem Jugendstrafrecht abgeleitete Fürsorgeerziehung dar, namentlich das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz (RJWG) bzw. ab 1961 das Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG).

Beide Interventionsmaßnahmen beruhten allerdings auf verschiedenen Voraussetzungen: So basierte die Fürsorgeerziehung nach dem RJWG/JWG auf öffentlich-rechtlichen Interventionen zur »Gefahrenabwehr«, mit denen konkret die Gesellschaft vor »verwahrlosten« oder delinquenten Kindern und Jugendlichen geschützt werden sollte. Das BGB fokussierte aus privatrechtlicher Perspektive die Eltern-Kind-Beziehung und

265 HANRATH (2002), 263.

266 Neufassung des JWG durch das Gesetz zur Neuordnung des Kinder- Jugendhilferechts (KJHG) vom 26.6.1990, BGBl. I 1990, 1163; Sozialgesetzbuch (SGB), Aches Buch (VIII) – Kinder- und Jugendhilfe, neu gefasst durch Bekanntmachung vom 14.12.2006 (BGBl. I, 122).

267 EGGERS (1989), 627–630.

griff bei einer schuldhaften Gefährdung des Kindeswohls ein. Es sollte dementsprechend »präventiv« wirken.²⁶⁸ Ergänzt wurde dieser »unbestimmte Rechtsbegriff«²⁶⁹ des BGB mit zwei weiteren Eingriffsvoraussetzungen: zum einen dem sogenannten ehrlosen und unsittlichen Verhalten (bis zum Jahr 1980) und dem Missbrauch des Sorgerechts und Vernachlässigung (bis zum Jahr 2008).²⁷⁰

Kirsten Scheiwe hat in diesem Zusammenhang argumentiert, dass die diesbezügliche Rechtsprechung zudem eine schichtspezifische Stoßrichtung aufwies. So blieb die Eingriffsschwelle in der öffentlichen Fürsorgeerziehung relativ niedrig, da das Gesetz mehrheitlich bei der Herausnahme »verwahrloster« Kinder aus den Familien der Unterschicht und bei Alleinerziehenden angewendet wurde, wohingegen der Zugriff auf die bürgerliche Familie bei einer Kindeswohlgefährdung durch das BGB enorm erschwert war.²⁷¹ Bei Straftatbeständen sowie Selbst- und Fremdgefährdung von Jugendlichen wurde dagegen oftmals auf das Jugendgerichtsgesetz sowie die Unterbringungsgesetze der Länder zurückgegriffen. Auf welche Gesetzesgrundlage jeweils rekurriert wurde, lag häufig allein im Ermessen des Antragsstellers und hing in hohem Maße davon ab, welche Behörde oder Einzelperson die jeweiligen Maßnahmen beantragte.²⁷²

Bei der Aufnahme von behinderten Minderjährigen in Einrichtungen der Behindertenfürsorge spielten ab 1961 vor allem die Bestimmungen des neuen Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) eine zentrale Rolle. Das BSHG bot »seelisch behinderten« (§ 39) Kindern seit 1961 erstmals einen einklagbaren Rechtsanspruch auf vielfältige Eingliederungshilfen, verfolgte also einen gesellschaftlich integrativen Ansatz. Dagegen war die bundesrepublikanische Behindertenpolitik zuvor ausschließlich eine Politik der sozialen Sicherung gewesen. Ein gesellschaftliches Kollektivinteresse für eine stationäre Unterbringung wurde hier allerdings nicht vorgebracht, diese erfolgte daher weitaus häufiger auf freiwilliger Basis mittels einer privatrechtlichen Vereinbarung mit der Einrichtung.

Insgesamt zeigt sich so ein überaus uneinheitliches Regelwerk auf der Ebene der Bundes- und Ländergesetze, das deutliche Gesetzeslücken bzw. Grauzonen aufwies. Die Rechtsgrundlagen, auf deren Basis Kinder und Jugendliche in Erziehungsheime eingewiesen wurden, sind im Rahmen eines Rechtsgutachtens für den »Runden Tisch Heimerziehung« bereits eingehend dargestellt worden.²⁷³ Es wird hier im Folgenden deshalb vor allem darum gehen, die Schnittstellen zur öffentlichen Fürsorge auszuleuchten, um die Zuständigkeitsbereiche und Rechtsvorschriften für Kinder und Jugendliche mit

268 LENHARD-SCHRAMM (2017).

269 SCHEIWE (2013).

270 WIESNER (o. J.), 10.

271 SCHEIWE (2013), 209–231.

272 POST (1990), 145–155.

273 PFORDTEN/WAPLER (2010).

psychischen Problemen und geistigen Behinderungen aufzuzeigen. Im Folgenden sollen dafür zunächst die Einweisungsmöglichkeiten nach dem Bundesgesetzbuch (BGB) näher betrachtet werden, die den privatrechtlichen Bereich der Freiheitsentziehung definierten. Anschließend werden die entsprechenden Paragraphen des RJWG und JWG hinsichtlich der Unterbringung in jugendpsychiatrischen Einrichtungen in den Blick genommen, da Minderjährige zur psychiatrischen Beobachtung in den meisten Fällen mittels der Jugendwohlfahrtsgesetze in die entsprechenden Einrichtungen überstellt wurden. In einem letzten Schritt gilt es die rechtlichen Voraussetzungen für die Unterbringung geistig behinderter Minderjähriger in Häusern der stationären Behindertenhilfe bzw. in heilpädagogischen Heimen zu schildern.

Unter »Fremdunterbringung« wird im Folgenden jede Unterbringung von Kindern oder Jugendlichen außerhalb ihrer Strukturen verstanden, im Zuge dessen sich das alltägliche Leben der Minderjährigen für einen längeren Zeitraum in anderen räumlichen und sozialen Kontexten vollzieht. Nicht in diese Kategorie fallen demnach kurzzeitige Trennungen und zeitlich begrenzte Krankenhausaufenthalte. Gemeint sind vielmehr öffentlich veranlasste, organisierte und überwachte Einweisungen in Heime und psychiatrische Einrichtungen.²⁷⁴

Analysiert wird die Rechtslage der Jahre 1949–1975 mit Blick auf die jeweils geltenden Gesetze. Anzumerken bleibt in diesem Zusammenhang jedoch, dass die gesetzlichen Regelungen oftmals nicht mit der »Rechtswirklichkeit«, also der Rechtspraxis, übereinstimmen, da sich Behörden und Einrichtungen entweder nicht an die Vorgaben hielten oder die häufig vage gehaltenen Bestimmungen in ihrem Sinne interpretierten. Verfahrensaspekte wie die Einweisung einer Patientin oder eines Patienten, Anhörungspflichten und Verwahrungsfristen werden in den jeweiligen Gesetzen oft ungenau umschrieben, teilweise werden zudem alternative Wege angedeutet. Es wurde dennoch versucht, auf die jeweiligen Anwendungs- und Durchführungswege zu verweisen, wenn Kenntnisse über die damalige behördliche und psychiatrische Praxis vorliegen.

3.1.2 Einweisung aufgrund der Regelungen des BGB

Die übergeordneten Bezugspunkte zwischen staatlicher und privater Verantwortung hinsichtlich des Schutzes und der Betreuung von Kindern sind im Grundrechtekatalog des Grundgesetzes von 1949 verankert. In Artikel 6 finden sich Bestimmungen zu Fragen der Erziehungsaufsicht Minderjähriger. Bis zu diesem Zeitpunkt hatten Freiheitsbeschränkungen aus Gründen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung allein

274 KISKER (2012), 481.

in der Entscheidungsgewalt der Polizei gelegen, so dass die Fremdunterbringung eine Gesetzeslücke darstellte. Grundsätzlich wird in der bundesrepublikanischen Verfassung die Familie unter den »besonderen Schutze der staatlichen Ordnung« (GG § 6, 1) gestellt, die Familie damit zur primären Instanz für die Erziehung des Kindes bestimmt. Absatz 2 des Artikels schränkt dieses Recht allerdings sogleich ein und weist auf die diesbezügliche Überwachungsfunktion des Staates hin, wenn es heißt:

»Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft« (GG § 6, 2).

Zwar garantiert die Verfassung die Unverletzlichkeit der Freiheit jedes Bürgers (§ 2 GG), so dass Freiheitsentzug und Zwangseinweisung nur unter schärfsten Auflagen möglich sind. Hierzu sieht das Grundgesetz einen Gesetzesvorbehalt für mögliche Eingriffsmöglichkeiten des Staates in das elterliche Sorgerecht vor, sofern das Wohl des Kindes gefährdet ist. Der Fall einer potentiellen Gefährdung des Kindeswohls wird in Absatz 3 des Artikels weiter konkretisiert:

»Gegen den Willen der Erziehungsberechtigten dürfen Kinder nur auf Grund eines Gesetzes von der Familie getrennt werden, wenn die Erziehungsberechtigten versagen oder wenn die Kinder aus anderen Gründen zu verwahrlosen drohen.« (GG § 6, 2)

Ähnlich wird zur Freiheitsentziehung in § 104 argumentiert, wenn auf die gerichtliche Voraussetzung eines solchen Eingriffs rekuriert wird:

»Über die Zulässigkeit einer Fortdauer der Freiheitsentziehung hat nur der Richter zu entscheiden. Bei jeder nicht auf richterlicher Anordnung beruhenden Freiheitsentziehung ist unverzüglich eine richterliche Entscheidung herbeizuführen. Die Polizei darf aus eigener Machtvollkommenheit niemand länger als bis zum Ende des Tages nach dem Ergreifen in Gewahrsam halten. Das Nähere ist gesetzlich zu regeln.«

Den Gedanken, dass das »Recht« der Eltern zur Erziehung zugleich allerdings auch eine »Erziehungspflicht« nach sich zieht, bekräftigte das Bundesverfassungsgericht 1968 in einem Grundsatzurteil, das bis heute unverändert gültig ist. Eltern, die diese Pflicht in gravierender Weise verletzen, können sich demnach im Gegenzug nicht auf das »Recht« zur Erziehung berufen.

Das Bürgerliche Gesetzbuch definiert vor diesem Hintergrund bestimmte Voraussetzungen, unter denen Minderjährige in ein Heim oder eine psychiatrische Einrichtung eingewiesen werden konnten. Laut § 1666 BGB war es möglich, Kinder und Jugendliche in einer Anstalt unterzubringen, sofern »ihr Wohl« als gefährdet gelten musste, was in der Praxis zumeist hieß, dass Eltern ihren Erziehungsaufgaben nach Ansicht des Gerichts nicht mehr gerecht wurden, das Kind vernachlässigten oder misshandelten.²⁷⁵

275 Wörtlich hieß es in BGB § 1666: »Wird das geistige oder leibliche Wohl des Kindes dadurch gefährdet, dass der Vater das Recht der Sorge [...] missbraucht, das Kind vernachlässigt [...] sich eines ehrlosen, sitt-

Diese Maßnahme konnte dementsprechend auch gegen den Willen der Personensorgeberechtigten durch Entscheidung eines Vormundschaftsgerichts durchgesetzt werden und lief auf eine Entziehung der elterlichen Sorge und die Bestellung eines Vormundes hinaus.²⁷⁶ Es stellte damit gewissermaßen das ›schärfste Schwert‹ des Gesetzgebers dar. Durchgeführt wurde das Verfahren gemäß den Regelungen des Gesetzes über die Angelegenheiten der Freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG). Zuständig für die Entscheidung war das Vormundschaftsgericht.

Ob die Eltern im Verfahrensverlauf zur Anhörung geladen werden sollten, lag bis zur Novellierung des BGB im Jahr 1958 im Ermessensspielraum des Vormundschaftsrichters. Nach der Reform wurde in § 1695 Abs. 1 BGB geregelt, dass die Eltern in jedem Fall zu befragen waren, wobei bei »schwerwiegenden Gründen« auf die Anhörung verzichtet werden konnte. Diese Gründe wurden nicht näher spezifiziert und lagen damit offenbar im Ermessen des Gerichtes. Ob der/die betroffene Minderjährige geladen wurde, konnte das Gericht jedoch auch weiterhin frei entscheiden. In § 1695 Abs. 2 hieß es: »Das Vormundschaftsgericht kann mit dem Kinde Fühlung aufnehmen.« Maßnahmen nach § 1666 BGB konnten auch »vorläufig« angeordnet werden, wenn dafür ein »dringendes Bedürfnis« bestand. Als »vorläufig« wurde eine Einweisung grundsätzlich (auch im RJWG/JWG) bezeichnet, falls der Gerichtsentscheid über die Unterbringung, auch durch einstweilige Anordnung, nicht rechtzeitig herbeigeführt werden konnte. Die Betroffenen konnten längstens bis zum Ablauf des folgenden Tages vorläufig in einer Einrichtung untergebracht werden, wenn der Einweisungsgrund durch ein ärztliches Zeugnis bestätigt worden war.

Wurde eine Gefährdung des Kindeswohls in der Familie richterlich festgestellt, war das Vormundschaftsgericht auch autorisiert, den Eltern das »Aufenthaltsbestimmungsrecht« und das »Recht der tatsächlichen Sorge« abzuerkennen und das Jugendamt als Pfleger (§ 1909 BGB) einzusetzen, welches die Minderjährigen anschließend in eine entsprechende Einrichtung überweisen konnte (bis 1962 auf Grundlage der Reichsfürsorgeverordnung, danach auf der Basis von §§ 5 und 6 JWG). Bis 1980 galt in § 1666 zudem noch der Tatbestand des elterlichen »Verschuldens« bei der Gefährdung des Kindeswohls. Hierbei reichte es bereits aus, dass sich die Eltern vor Gericht als »unbelehrbar« erwiesen, also nicht einsehen wollten, dass das Kind aus der Familie genommen werden müsse. So entschied ein Oberlandesgericht in Bayern Anfang der 1950er Jahre einen Fall zu Ungunsten der Eltern, da diese der Auffassung des Gerichts nicht folgen wollten, dass »sie ihr Kind nicht ausreichend ernähren können«.²⁷⁷

lichen Verhaltens schuldig macht [...] hat das Vormundschaftsgericht geeignete Maßregeln zu treffen. Das Vormundschaftsgericht kann insbesondere anordnen, dass das Kind zum Zwecke der Erziehung in einer geeigneten Familie oder in einer Erziehungsanstalt untergebracht wird.«

276 HARBAUER (1974), 453.

277 RIEDEL (1963), 272.

Eine verschärfende Maßnahme stellte die »unmittelbare«, also sofortige Anordnung zur Unterbringung durch das Vormundschaftsgericht dar, im Zuge derer das Gericht selbst die Einrichtung bestimmen konnte, in welche eingewiesen werden sollte, ohne noch weitere Stellen hinzuziehen zu müssen. Voraussetzung war jedoch eine unmittelbar drohende Gefahr. Zudem musste die Erteilung der Genehmigung unverzüglich nachgeholt werden.²⁷⁸

3.1.3 Fürsorgeerziehung nach dem RJWG/JWG

3.1.3.1 Rechtslage bis 1962

Das 1922 verabschiedete Reichsjugendwohlfahrtsgesetz (RJWG) blieb in seinem Aufbau und seiner Struktur fünfzig Jahre lang weitgehend unverändert gültig, wenngleich einzelne Regelungen bis 1945 dreimal und in der Bundesrepublik schließlich viermal zum Teil erhebliche Änderungen erfuhren.²⁷⁹ Es wurde nach 1949 in der Fassung von 1923 übernommen und blieb unverändert bis 1962. Maßgeblich waren hier insbesondere die Paragraphen 62–77 (RJWG), ab 1961 die Paragraphen 62–78 (JWG). Als Vorbedingung für eine staatlich angeordnete Fürsorgeerziehung wurde im § 63 RJWG definiert:

»(1) Ein Minderjähriger, der das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, ist durch Beschluß des Vormundschaftsgerichts der Fürsorgeerziehung zu überweisen, 1. wenn die Voraussetzungen des § 1666 oder des § 1838 des Bürgerlichen Gesetzbuchs vorliegen und zur Verhütung der Verwahrlosung des Minderjährigen die anderweite Unterbringung erforderlich ist, eine nach dem Ermessen des Vormundschaftsgerichts geeignete Unterbringung aber ohne Inanspruchnahme öffentlicher Mittel nicht erfolgen kann. Zur Verhütung lediglich körperlicher Verwahrlosung ist die Überweisung nicht zulässig; 2. wenn die Fürsorgeerziehung zur Beseitigung der Verwahrlosung wegen Unzulänglichkeit der Erziehung erforderlich ist.«

In seinem Kommentar zum RJWG von 1950 nannte der Jurist und Sozialpolitiker Hans Muthesius (1885–1977) als Ziel dieser Bestimmungen, den Minderjährigen »mit allen Mitteln einer planmäßigen, zielbewussten und liebevollen Erziehung aus der Gefährdung oder Verwahrlosung herauszuhelfen«.²⁸⁰ Dahinter stand das in der Jugendwohlfahrtsgesetzgebung erstmals postulierte »Recht auf Erziehung« des Kindes und der daraus resultierende Anspruch, die Voraussetzungen zu konkretisieren, die

278 Gegen die Entscheidung des Vormundschaftsgerichts konnten die Eltern Beschwerde nach den Vorschriften des FGG erheben. Die Kinder selbst konnten Rechtsmittel erst einlegen, wenn sie verfahrensfähig waren, d. h. nach Vollendung des 14. Lebensjahres.

279 HILL (1975), 17.

280 MUTHESIUS (1950).

eine Bedrohung dieses »Rechts« bedeuteten und staatliche Eingriffe rechtfertigten.²⁸¹ Wenngleich damit die bis dato geltende Rechtsnorm der (staatlich organisierten) »Pflicht zur Erziehung« abgelöst wurde, blieb der autoritäre und ordnungspolitische Charakter des alten RJWG ebenso erhalten wie die Tendenz, die Kinder staatlicherseits aus ihren Familien herauszunehmen.

Diese Stoßrichtung spiegelte sich bereits in der juristischen Terminologie wider: So bestand eine Besonderheit des RJWG in seiner zentralen Verwendung des Begriffs der »Verwahrlosung« als Voraussetzung für die Anordnung der Fürsorgeerziehung. Eine gesetzliche Definition des Terminus, der noch aus der Fürsorgepolitik des 19. Jahrhunderts stammte, gab es nicht. Es blieb somit der Rechtsprechung vorbehalten, diesen juristisch auszulegen, womit sich dessen Verwendung jedoch noch uneinheitlicher gestaltete. Dem Juristen Thilo Ramm (1925–2018) zufolge verstand die Rechtsprechung unter »Verwahrlosung« in den 1950er und 1960er Jahren ein »erhebliches Sinken des geistigen, sittlichen oder körperlichen Zustandes des Kindes unter den Durchschnitt, der bei einem Minderjährigen unter gleichen Verhältnissen als Ergebnis einer sonst ordnungsmäßigen Erziehung erreicht wird.«²⁸² Wie vage und interpretationsoffen der Begriff zeitgenössisch gehandhabt wurde, verdeutlicht auch der Kommentar Hermann Riedels zum JWG von 1965, der die »Verwahrlosung« als Abweichung von einem »normalen, ethisch hochstehenden Durchschnitt« charakterisierte, ohne diese ethische Norm allerdings näher zu konkretisieren.²⁸³ Als überaus problematisch erwies sich die Auslegung des Verwahrlosungs-Begriffs durch seine moralische Aufladung, die erkennbar den wertkonservativen Moral- und Normenhaushalt der frühen Bundesrepublik reflektierte. Deutlich wird dies vor allem hinsichtlich des Tatbestands der sogenannten »sexuellen Verwahrlosung«, die in der Rechtspraxis bezeichnenderweise fast ausschließlich Mädchen und junge Frauen betraf.²⁸⁴ Damit blieb auch der autoritär geprägte Verordnungscharakter der Ausführungsbestimmungen erhalten, der noch den Geist des polizeistaatlichen Ordnungs- und Eingriffsdenkens des Kaiserreichs atmete. Letztlich ging es vor diesem Hintergrund in erster Linie um eine soziale Disziplinierung gesellschaftlich unerwünschten Verhaltens.²⁸⁵

Nachdem die Fürsorgeerziehung 1961 mit der Gesetzesnovellierung auf eine bundesrechtliche Grundlage gestellt wurde, wurde der nunmehr als diskriminierend emp-

281 BÖCKENFÖRDE (1981), 49.

282 RAMM (1990), 353.

283 RIEDEL (1963), 607.

284 *Ibid.*, 610–612. Als »sexuelle Verwahrlosung« wurden demnach nicht nur der frühe und vor allem außereheliche Geschlechtsverkehr junger Mädchen aufgefasst, sondern auch etwa eine Affäre Minderjähriger mit einem verheirateten Mann und sogar der nächtliche Spaziergang einer Dreizehnjährigen mit gleichaltrigen Schülern. Detailliert dazu: SCHÄFTER/HOCKE (1995), 32–46.

285 Zur Entwicklung und Verwendung des Begriffs siehe: ZAHNER (2006), 280–290.

fundene Begriff der »Verwahrlosung« durch den der »Gefährdung« ersetzt, wobei beide Termini in der Rechtspraxis auch weiterhin austauschbar erschienen.²⁸⁶ Was im Einzelfall unter »Gefährdung« zu verstehen war, blieb am Ende dem Rechtsempfinden der Gerichte und Richter überlassen.²⁸⁷

Zwei Instrumentarien standen den Behörden zur Durchführung der allgemeinen Hilfe zur Erziehung Minderjähriger außerhalb des Elternhauses nach dem RJWG/JWG zur Verfügung, die ergänzend und unterstützend wirken sollten: die Freiwillige Erziehungshilfe (FEH) und die nachgelagerte Fürsorgeerziehung (FE).²⁸⁸ FEH und FE wurden unter Aufsicht der Jugendämter in der Regel in einer dafür in Frage kommenden Familie, zumeist jedoch in einem Heim durchgeführt.

Die FEH beruhte auf Freiwilligkeit der Personensorgeberechtigten, also zumeist der Eltern, und setzte voraus, dass diese die Durchführung der Hilfestellung förderten, das Erziehungsrecht aber vertraglich an das Jugendamt übertragen. Das Vormundschaftsgericht selbst konnte die FEH allerdings nicht ohne das Einverständnis der Personensorgeberechtigten einleiten. In einigen Bundesländern konnte die Abmachung erst nach einer festgelegten Zeitspanne gekündigt werden.²⁸⁹ Das Ziel der FEH bestand darin, die ungleich härtere Maßnahme der FE erst als *ultima ratio* einzusetzen und zuvor alle Möglichkeiten der freiwilligen Erziehungsbeihilfen auszuschöpfen.²⁹⁰ Für die 1950er Jahre lässt sich hier zeigen, dass die behördlichen Vertreter jedoch versuchten, die elterlichen Interventionsmöglichkeiten dadurch zu umgehen, dass den Eltern zunächst nach § 1666 BGB das Sorgerecht entzogen und auf einen Pfleger übertragen wurde, der dann für das Kind freiwillige Erziehungshilfe beantragte. Offenbar wurden Eltern zudem häufig dazu gedrängt, in die FEH einzuwilligen, um Zwangsmaßnahmen abzuwenden.²⁹¹ Eine gerichtliche Genehmigung für diese Unterbringung war für Vormünder erst ab 1961, für Eltern seit 1980 erforderlich.

Griff nach Ansicht der Behörden keine andere Erziehungsmaßnahme, konnte für den Fall, dass der oder die Jugendliche »zu verwahrlosen droht oder verwahrlost ist«, die FE angeordnet werden. In der Durchführung unterschieden sich beide Maßnahmen kaum: Sie waren lediglich an andere Voraussetzungen geknüpft, insbesondere war die Kooperationsbereitschaft der Eltern nicht mehr erforderlich.²⁹² So spiegeln gerade die Maßnahmen der FE die Tendenz des Jugendwohlfahrtsrechts wider, die Kinder aus ihren Familien herauszulösen, um »schlechte« Einflüsse abwehren zu können.

286 GIESE (1972).

287 SCHÖLZEL-KLAMP/KÖHLER-SARETZKI (2010), 39.

288 CARSPECKEN (1962).

289 FRINGS/KAMINSKY (2012), 24.

290 HARRER (1971), 48.

291 FEIL (1953).

292 HENKELMANN (2011).

Die Durchführung der FE wurde nach § 63 Abs. 1 RJWG vom Vormundschaftsgericht verfügt. Der Entscheidung ging zumeist ein Antrag des zuständigen Jugendamtes voraus, oder es wurde eigeninitiativ »von Amts wegen« entschieden. Welche Personen und Institutionen jeweils darüber hinaus antragsberechtigt waren, war jedoch in jedem Bundesland durch Zusatzbestimmungen unterschiedlich geregelt.²⁹³ Vor dem Richterspruch galt es nach § 65 Abs. 2 RJWG in jedem Fall Vertreter des Jugendamtes anzuhören, und auch die Sicht der Eltern sowie von sonstigen gesetzlichen Vertretern sollte hinzugezogen werden – als Einschränkung wurde jedoch erwähnt, dass bei »erheblichen Schwierigkeiten« auf eine Anhörung der Eltern auch verzichtet werden könne. Auch mit Blick auf die Anhörungsberechtigten gab es landesrechtliche Unterschiede.²⁹⁴

Eine Unterscheidung wurde im RJWG § 63 Abs. 1 zwischen einer sogenannten »vorbeugenden« FE, die die drohende »Verwahrlosung« verhindern, und der »heilenden« FE gemacht, die eine bereits eingetretene »Verwahrlosung« beseitigen sollte. Die Anordnung galt es im Urteil des Vormundschaftsgerichts im Einzelnen zu begründen. Die »vorbeugende« FE konnte angeordnet werden, falls zum einen die Voraussetzungen von BGB § 1666 oder § 1838 vorlagen und zum anderen die »geistige oder sittliche Verwahrlosung« der Minderjährigen zu befürchten war. Sie trat in Kraft, wenn die »Verwahrlosung« nur durch die Unterbringung in einer Familie oder Anstalt zu verhindern war und dies nicht ohne Finanzierung der öffentlichen Hand möglich erschien. In der Regel wurde die »vorbeugende« FE nur durchgeführt, wenn nach § 1666 ein Verschulden der Eltern nachweisbar war. Die »heilende« FE konnte angeordnet werden, wenn der Zustand der »Verwahrlosung« bereits eingetreten und dieser auf elterliches Versagen zurückzuführen war. Erschien die Maßnahme dem Vormundschaftsgericht als erfolgsversprechend, konnte die FE auch gegen 18-Jährige angeordnet und in laufenden Verfahren auf Antrag bis zur Volljährigkeit ausgedehnt werden, die bis 1975 in der BRD bei 21 Jahren lag. Die FE wurde somit dem elterlichen Erziehungsrecht in diesen Fällen vorgelagert. Hervorzuheben ist, dass uneheliche Kinder von Geburt an der Vormundschaft des Jugendamtes unterstanden, dem somit die gesetzliche Vertre-

293 Antragsberechtigt waren z. B. in Bayern die Schulbehörde, die geistliche Behörde und die Jugendfürsorgevereine (Art. 28 BayJAmtsG), in Bremen die Staatsanwaltschaft (§ 14 BremAVO), in Hessen ebenfalls die Staatsanwaltschaft sowie der Bürgermeister, das Schul- und das Gesundheitsamt, das Pfarramt, die Eltern, Großeltern, Vormünder und Pfleger (Art. 24 HessAG), in Württemberg »alle Behörden« und die freien Vereinigungen für Jugendwohlfahrt (Art. 18 LJWG) sowie die Kirche (§ 55 Abs. 1 VV); vgl. PFORDTEN/WAPLER (2010).

294 So mussten beispielsweise in Bayern, Hessen und Baden ein Pfarrer und die Schule gehört werden, in Bayern und Hessen zusätzlich ein Arzt, in Württemberg der Vorsitzende der Fürsorgeerziehungsbehörde (vgl. für Baden: § 22 AV, § 40 VV; Bayern: Art. 29 JAmtsG; Hessen: Art. 24 AG, für Württemberg: Art. 19 LJWG), in Hessen unter Umständen auch weitere Verwandte und Verschwägerter des Kindes (Art. 24 AG); vgl. PFORDTEN/WAPLER (2010).

tung des Kindes oblag. Allerdings übte die Mutter in diesen Fällen auch weiterhin die elterliche Sorge sowie das Aufenthaltsbestimmungsrecht aus.²⁹⁵

Als weiteres Instrument standen dem Vormundschaftsgericht nach § 67 RJWG darüber hinaus zum einen die »vorläufige« und zum anderen die »endgültige« FE zur Verfügung. Die »vorläufigen« FE sollte bei »Gefahr im Verzuge«, also bei dringenden Fällen, in denen eine akute Verschlechterung der Lage zu befürchten stand, angewendet werden. Diese war sofort vollziehbar, d. h. Rechtsmittel hatten keine aufschiebende Wirkung (§ 70 Abs. 2 Satz 3 RJWG), und Anhörungen mussten nicht vorgenommen werden. Mit der Einleitung der »vorläufigen« (eiligen) FE versuchten die Gerichte nicht selten, eine Anhörung der Minderjährigen und Eltern zu umgehen.²⁹⁶ Beendet wurde die eilige FE, sobald das Gericht die endgültige FE verfügte oder eine solche ablehnend beschied. Die endgültige FE war gleichbedeutend mit der dauerhaften Überstellung der Betroffenen in eine stationäre Einrichtung.

Bis zur erneuten Novellierung 1962 wurde für die vorläufige FE allerdings kein Zeitrahmen genannt, innerhalb dessen das Vormundschaftsgericht über die endgültige FE zu befinden hatte. Zudem war es in der Praxis besonders in den Jahren vor der Novellierung durchaus üblich, dass die vorläufige (eilige) FE zeitlich unbegrenzt ausgedehnt wurde, ohne dass diese jemals in eine »endgültige« Maßnahme, die dann detaillierter hätte begründet werden müssen, umgewandelt wurde – und zwar indem die »vorläufige« Maßnahme in regelmäßigen Abständen gerichtlich erneuert wurde. Auch der Grund für die Einweisung und die lange Dauer des Aufenthalts waren so rückblickend kaum mehr nachvollziehbar.²⁹⁷ Zwischen 1955 und 1975 stieg der Anteil der mittels FE untergebrachten Minderjährigen in den westdeutschen Erziehungseinrichtungen kontinuierlich an, was veranschaulicht, dass die Zahl der als »schwererziehbar« Diagnostizierten zunahm.²⁹⁸

Die gerichtliche Anordnung der vorläufigen FE konnte durch die Antragsberechtigten, die Fürsorgeerziehungsbehörde sowie die gesetzlichen Vertreter und die Eltern durch Einreichung einer Beschwerde angefochten werden, ein Recht, das den Minderjährigen erst nach ihrem 14. Lebensjahr zugestanden wurde (§ 65 Abs. 6 RJWG). Aufgehoben werden konnte die Maßnahme durch Antrag der Eltern allerdings erst nach einem Jahr seit der gerichtlichen Verfügung. Dies wurde damit begründet, dass der erzieherische Erfolg erst nach einer gewissen Zeitspanne erkennbar würde. Beendet wurde die FE durch das Vormundschaftsgericht oder die Fürsorgeerziehungsbehörde (je nach Länderrecht) mit Erreichen des 19. Lebensjahrs oder wenn diese ihr Ziel, also die Beseitigung oder Verhinderung der Verwahrlosung, erreicht hatte. Wie es noch zu

295 FRINGS/KAMINSKY (2012), 22.

296 Vgl. GRÄBER (1963), 202.

297 SIEBERT (1971).

298 Arbeitsgruppe Heimreform (2000), 94.

schildern gilt, musste sie ebenfalls abgebrochen werden, wenn sich die Kinder und Jugendlichen als medizinisch und/oder pädagogisch unerziehbar erwiesen.

Insgesamt fehlte es bei der FE an verbindlichen Fristen, durch die die verantwortlichen Ämter gezwungen gewesen wären, ihre Entscheidung regelmäßig zu überprüfen. Dies sollte sich erst mit der Neufassung des Gesetzes Anfang der 1960er Jahre ändern.

3.1.3.2 Rechtslage seit der Novellierung des JWG 1961 (Einführung 1962)

Nach der Novellierung von 1961 verschoben sich die Voraussetzungen für die Einleitung der FE und der FEH teilweise, wenngleich das Gesetz insgesamt weitgehend in der alten Fassung gültig blieb. Zuständig war nach wie vor das Vormundschaftsgericht. Der Kreis der Antragsberechtigten bei der FE wurde hingegen erweitert, denn neben dem Jugendamt konnten nun auch das Landesjugendamt und die Personensorgeberechtigten tätig werden (§ 65 Abs. 1 JWG). Eine weitere nicht unerhebliche Änderung sah vor, dass nunmehr auch der/die Minderjährige selbst zwingend vorgeladen und vernommen werden musste. Die Erweiterungen der Anhörungspflichten wurden in den meisten Landesausführungsgesetzen allerdings zurückgenommen. Erweiterte Anhörungspflichten galten nur noch in Bayern (Art. 36 JAG) und Rheinland-Pfalz (§ 24 AGJWG).²⁹⁹

Die Regelungen für die »vorbeugende« und die »heilende« FE wurden in § 64 JWG nun angeglichen. Ein Verschulden der Eltern für die »Verwahrlosung« nach § 1666 BGB war bei der vorbeugenden FE demnach nicht mehr notwendigerweise Voraussetzung. Eine vorbeugende FE konnte darüber hinaus nun auch erlassen werden, wenn »nur« eine körperliche »Verwahrlosung« drohte. Insgesamt erleichterte die Novelle 1961 damit die Anordnung auch der vorbeugenden FE erheblich. Allerdings musste die Entscheidung nun vom Gericht begründet werden.³⁰⁰

Ergänzt wurde nun eine Fristsetzung von sechs Monaten für die FE, die die »Vorläufigkeit« der Maßnahme sicherstellen sollte (§ 67 Abs. 5 JWG), nachdem in der alten Gesetzesfassung keinerlei Fristen genannt worden waren. Diese halbjährige Frist wurde in der Realität jedoch oftmals nicht beachtet.³⁰¹ Offenbar wurde die gesetzliche Höchstdauer in der Praxis wohl häufig über die erlaubten sechs Monate hinaus ausgedehnt, indem man die FE nach Ablauf erneut beantragte.³⁰² Viele Kinder blieben so auch dann in staatlicher Obhut, wenn die ursprünglichen Gründe ihrer Einweisung nicht mehr vorhanden waren.

Die FEH wurde mit der Novelle von 1961 deutlich präziser gefasst und zumindest in ihren Grundzügen auf eine einheitliche bundesrechtliche Grundlage gestellt. Im

299 POTRYKUS (1953).

300 WAPLER (2010), 17.

301 Ibid., 79.

302 SOERGEL/W. SIEBERT (1971).

Zuge dessen wurden die Zuständigkeiten der Jugendämter und Landesjugendämter bezüglich der freiwilligen Unterbringung konkreter bestimmt. Für eine Gewährung der FEH war in der Folge ausschließlich das Landesjugendamt verantwortlich (§ 63 JWG), ebenso wie für die Aufsicht über alle »Heime und andere[n] Einrichtungen«. Das Verfahren selbst konnte jetzt nur noch von den Personensorgeberechtigten mittels eines schriftlichen Antrags an das zuständige Jugendamt initiiert werden, welches daraufhin Stellung zu nehmen hatte.³⁰³

Durch die Anordnung der FEH wurde den Angehörigen nicht das Sorgerecht entzogen. Widersprüchlich blieb daher die Auffassung, dass durch die FEH wie bei der Fürsorgeerziehung ein öffentliches Erziehungsrecht begründet werde, das im Heimvertrag mit den Eltern oder durch Landesrecht detaillierter gefasst werden sollte. Die Personensorgeberechtigten konnten gegen die Entscheidung des Landesjugendamts Widerspruch vor dem Verwaltungsgericht geltend machen.³⁰⁴ Nach der Novelle des Jahres 1961 konnten die Eltern die FEH zudem jederzeit beenden, ohne auf die noch zuvor bestehenden Sperrfristen Rücksicht nehmen zu müssen.

3.1.4 Einweisung in eine psychiatrische Einrichtung zur Beobachtung

Bereits vor der Einleitung von FE und FEH mussten die Minderjährigen ärztlich-psychiatrisch begutachtet werden, wenn Entscheidungen über die weiteren Schritte herbeigeführt werden sollten. So besagten die Artikel des § 63 Abs. 2 RJWG/JWG, dass vor der Anordnung von Maßnahmen der FEH/FE auf Grundlage eines psychologischen Gutachtens ein Richter des Vormundschaftsgerichts prüfen musste, ob überhaupt ein »erzieherischer Erfolg« zu erwarten war oder ob eine medizinische oder pädagogische »Unerziehbarkeit« vorlag. Geklärt werden sollte demnach, ob ein Erfolg der Maßnahmen aufgrund einer psychischen Erkrankung oder geistigen Behinderung von vornherein ausgeschlossen werden musste. In diesem Fall war nach dem RJWG (§ 70) eine Einweisung in eine »spezielle Anstalt« angezeigt:

»Minderjährige, die an geistigen Regelwidrigkeiten leiden [...] oder an schweren ansteckenden Erkrankungen, sind, soweit es aus hygienischen oder pädagogischen Gründen geboten erscheint, in Sonderanstalten oder Sonderabteilungen unterzubringen.«

Im RJWG war hierbei noch lediglich von einer »ärztlichen Untersuchung« die Rede, ein Zusatz, der mit der Novelle von 1961 gestrichen wurde. Die »Beurteilung der Per-

303 JANS/HAPPE (1971), 391.

304 Ibid., 482.

sönlichkeit des Minderjährigen« war nunmehr durch einen Sachverständigen (§§ 64 und 66 JWG) zu gewährleisten.³⁰⁵ Im JWG wurde in der Folge erstmals der Begriff der fachärztlichen Begutachtung (also durch einen Psychiater) aufgenommen. Laut Karl-Heinz Jans spiegelte diese Erweiterung des Sachverständigenkreises nicht zuletzt das gestiegene Problembewusstsein Anfang der 1960er Jahre, psychisch kranken Kindern und Jugendlichen mit medizinisch geeigneten Hilfestellungen zu begegnen.³⁰⁶ Dem Bericht der Sachverständigen kam bei der Urteilsfindung erhebliche Bedeutung zu: Oftmals gab allein er den Ausschlag darüber, ob eine medizinische Begutachtung für notwendig gehalten wurde, da vor allem vor 1961 aufgrund fehlender Anhörungspflichten mehrheitlich nach Aktenlage geurteilt wurde.

Weil die Erstellung eines aussagekräftigen psychologischen Gutachtens in den meisten Fällen jedoch eine gewisse Beobachtungszeit durch die Sachverständigen voraussetzte, eröffnete § 65 Absatz 2 JWG die Möglichkeit der Unterbringung der Minderjährigen zur »pädagogische[n], medizinische[n] und psychologische[n] Beobachtung und Beurteilung in einer geeigneten (also laut § 66, 2 JWG kinder- und jugendpsychiatrischen) Einrichtung« durch das Vormundschaftsgericht für einen Zeitraum von zunächst sechs Wochen. Erwies sich dieser Zeitraum als nicht ausreichend, konnte die Unterbringungsdauer auf bis zu drei Monate verlängert werden. Eine solche Verlängerung musste vom Sachverständigen allerdings jeweils im Einzelnen begründet werden (JWG § 66, 2). Ein Antrag auf Verlängerung der Unterbringungsdauer musste innerhalb der Sechs-Wochen-Frist gestellt werden, andernfalls waren der oder die Jugendliche aus der stationären Beobachtung zu entlassen. Zudem war es nicht zulässig, gleich bei der ersten Anordnung zur Unterbringung die maximale Dauer von drei Monaten zu verhängen. Eine Überschreitung der drei Monate war nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Sorgeberechtigten und bei erneuter Anordnung einer »vorläufigen Fürsorgeerziehung« statthaft. Dies geschah in der Praxis wohl vor allem, um die Beschwerderechte der Eltern zu umgehen. In diesem Fall verlängerte sich die Höchstdauer auf sechs Monate. Kinder und Jugendliche, bei denen der »erzieherische Erfolg« im Sinne des Gesetzgebers bereits nach der ambulanten Erstbegutachtung aus medizinischen Gründen als ausgeschlossen galt und bei denen erhebliche »geistige Regelwidrigkeiten« festgestellt wurden, wurden ohne Beobachtungsphase in psychiatrische Anstalten oder heilpädagogische Heime überwiesen.

Der Terminus der »erheblichen geistigen und seelischen Regelwidrigkeiten« war insgesamt denkbar unbestimmt gehalten: Als zugehörig zu jener Gruppe wurden die

305 Die Aufgaben des Sachverständigen wurden durch die »Deutsche Vereinigung für Jugendpsychiatrie« und die »Deutsche Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen« als Empfehlung ausgearbeitet; HARBAUER (1974), 448 f.

306 JANS (1979), 229.

»Geisteskranken« gerechnet, jedoch auch sogenannte »Psychopathen der verschiedenen Triebarten, die immer wieder straffällig werden und allen Erziehungsversuchen gegenüber unbeeinflussbar sind«³⁰⁷ – womit konkret »schwererziehbare« Minderjährige benannt wurden. Insbesondere vor 1962 fehlten hierzu noch genauere gesetzliche Bestimmungen über die Rechtsfolgen. Das RJWG verfügte relativ allgemein, für psychisch kranke oder schwer erziehbare Minderjährige (»geistige Regelwidrigkeiten«) seien Sonderanstalten oder Sonderabteilungen zu bilden (§ 70 Abs. 2 RJWG). Der Gedanke der Heimdifferenzierung wurde jedoch auch in der Novelle 1961 zur bundesgesetzlichen Vorgabe (§ 72 JWG) nicht weiter ausgeführt. Da von den 1950er bis in die 1970er Jahre jedoch noch kein ausreichend dichtes jugendpsychiatrisches und heilpädagogisches Versorgungsnetz existierte (siehe Kap. 2), wurden die Betroffenen oft in reguläre Kinderheime, Psychiatrien, oder Krankenhäuser überwiesen.³⁰⁸

Die Entscheidung über die Wahl der Einrichtung wurde allein vom Vormundschaftsrichter gefällt, der hierzu allerdings in aller Regel direkte Rücksprache mit dem Sachverständigen hielt, jedoch keine Erlaubnis der Personensorgeberechtigten einholen musste.³⁰⁹ Auf diese Weise wurde nicht nur die Unterbringung von Minderjährigen in Heimen, sondern auch diejenige in (kinder-)psychiatrischen Einrichtungen durch die verschiedenen Jugendwohlfahrtsgesetze geregelt. Wie auch die Einrichtungsstudien zeigen, wurde hierzu in der Regel in die jugendpsychiatrischen Beobachtungsstationen überwiesen, in denen die Patientinnen und Patienten nur für einen festgelegten Zeitraum untergebracht werden sollten, um diese nach erfolgter Diagnose entweder zurück ins Elternhaus zu entlassen, in die Obhut von Kinderheimen, Jugendhaftanstalten zu übergeben oder aber in psychiatrische Anstalten oder heilpädagogische Heime weiterzuleiten. Der jeweilige Aufenthaltsort für die Beobachtung wurde dabei ohne Rücksprache mit den Minderjährigen oder den Personensorgeberechtigten vom Landesjugendamt bestimmt (JWG § 71).³¹⁰ Damit wurde das im Grundgesetz § 2, Absatz 2, Satz 2 festgeschriebene Recht der Freiheit der Person ausdrücklich für einen festgesetzten Zeitraum eingeschränkt.³¹¹

Kinder und Jugendliche, die sich ihrer Einweisung in eine stationäre Einrichtung widersetzen, konnten unter Zwang eingewiesen werden (§ 33 FGG). Sowohl die richterliche Entscheidung auf Untersuchung als auch auf stationäre Einweisung musste den Antragsberechtigten (Landesjugendämter, Jugendämter, Personensorgeberechtigten) schriftlich zugestellt werden, ohne notwendigerweise die Entscheidung begründet zu haben. Gegen den Beschluss konnte von den Antragsberechtigten (s.o.) allerdings unmit-

307 POTRYKUS (1953), 466. Siehe zu einer näheren Eingrenzung: STEINACKER (2007).

308 FEHLEMANN/SPARING (2017).

309 POTRYKUS (1972), 435.

310 POTRYKUS (1953), 407.

311 HÄHNER-ROMBACH/HARTIG (2019), 100.

telbar Beschwerde eingereicht werden, die die Einweisung bis zur Prüfung der Eingabe durch das Vormundschaftsgericht vorerst aussetzte (§ 65, 3 JWG).³¹² Beschwerde konnte jedoch nicht der Minderjährige selbst einreichen, auch wenn er das 14. Lebensjahr bereits überschritten hatte.³¹³

Auch die Eltern oder der Vormund konnten die Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt veranlassen. Dies konnte zum einen indirekt geschehen, indem die Angehörigen einen Antrag auf FE beim zuständigen Vormundschaftsgericht stellten. Es wurden jedoch auch Angehörige direkt bei den Einrichtungen vorstellig. In Fachkreisen war indes bereits in den 1950er Jahren strittig, ob ein solcher Schritt, der immer den Entzug der persönlichen Freiheit nach sich zog, auch ohne richterliche Entscheidung des Vormundschaftsgerichtes zulässig sei. Kritiker bezogen sich hier im Allgemeinen auf Art. 104 Abs. 2 GG, der für Freiheitsentziehung grundsätzlich einen Gerichtsentscheid voraussetzte, wohingegen die juristische Fachpresse davon ausging, dass die Zustimmung der Sorgeberechtigten das richterliche Urteil obsolet mache.³¹⁴ Bis Anfang der 1960er Jahre konnten Vormünder daher ohne Gerichtsbeschluss eine Einweisung in geschlossene Anstalten veranlassen.³¹⁵ Laut Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes aus dem Jahr 1960 wurde die Möglichkeit von Vormündern zur Einweisung Minderjähriger in geschlossene Abteilungen zwar eingeschränkt, Eltern konnten ihre Kinder allerdings noch bis ins Jahr 1979 ohne Mitwirkung eines Vormundschaftsrichters in die Psychiatrie verbringen.³¹⁶ Erst danach konnten Minderjährige nur durch Beschluss des Gerichts in eine geschlossene psychiatrische Anstalt eingewiesen werden.

Wurde die Diagnose der »erheblichen geistigen Regelwidrigkeiten« gestellt, mussten die Kinder aus der FE entlassen und in eine psychiatrische Anstalt überwiesen werden. Dieser Umstand wurde von den Kinderheimen der Nachkriegszeit offensichtlich häufig dafür genutzt, »Fürsorgezöglinge«, die als »schwer erziehbar« oder schwierig galten, in die Psychiatrie abzuschieben. Zeittypische Sammeldiagnosen wie »Schwachsinn« und »Psychopathie« ließen hier große Spielräume, praktisch jede Form sozial abweichenden Verhaltens zu pathologisieren.³¹⁷ Nach der Novelle von 1962 (§ 75 Abs. 2 JWG) musste die »medizinische Unerziehbarkeit« nun detailliert und überzeugend dargelegt wer-

312 Die Anordnungen zur Untersuchung und psychiatrischen Beobachtung in einer Einrichtung konnten parallel zur »vorläufigen Fürsorgeerziehung« getroffen werden. »Jedoch ist die Unterbringung selbst erst nach Eintritt der Rechtskraft der betreffenden Anordnung und nicht etwa schon mit Erlaß des Beschlusses auf vorläufige FE zulässig«; POTRYKUS (1953), 408.

313 JANS/HAPPE (1971), 447. Im Gegensatz zur Verordnung der vorläufigen Fürsorgeerziehung, bei der den über 14-jährigen Jugendlichen ein Widerspruchsrecht zugesprochen wurde, wenngleich ohne aufschiebende Wirkung (§ 67, 2 JWG).

314 POTRYKUS (1953), 231; JANS/HAPPE (1971), 398.

315 COCHÉ (2018), 153–155.

316 BVerfG, 10.2.1960 – 1 BvR 526/53; 1 BvR 29/57; siehe auch: BRINK (2010), 393–409.

317 KAMINSKY/KLÖCKER (2020), 14 f.

den. Betont wurde, dass es sich in diesem Fall stets um »erhebliche Regelwidrigkeiten« handeln musste; »Fälle leichten Schwachsinn[s] oder nur geringfügiger Zurechnungsbeschränkung« rechtfertigten dagegen nicht die Aufhebung der Fürsorgeerziehung oder der Freiwilligen Erziehungshilfe.³¹⁸ Die Änderungen im JWG sollten deshalb unter anderem dazu führen, dass die Kinderheime sich der unerwünschten Minderjährigen nicht mehr so einfach entledigen konnten.³¹⁹ Gleichzeitig stieg so die Relevanz psychiatrischer Fachgutachten in der öffentlichen Fürsorge.³²⁰

Insgesamt zeigt diese Debatte jedoch auch nochmals deutlich, dass die Arbeitsbereiche zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie nicht klar abgegrenzt waren, da beide Institutionsformen mit Blick auf soziale und psychische Verhaltensauffälligkeiten fast identische Kriterien anlegten. Ob Kinder und Jugendliche aufgrund ihrer Symptomatik in Heimen der Erziehungshilfe betreut werden sollten oder eine medizinische Therapie in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken notwendig war, blieb umstritten. Im Zweifelsfall konnte von den zuständigen Jugendpsychiatern jede Entwicklungsauffälligkeit als psychische Krankheit klassifiziert werden, ebenso wie die Jugendhilfe diese jeweils als Beeinträchtigung des Erziehungsanspruchs werten konnte, um den eigenen Zuständigkeitsbereich zu markieren.³²¹ Die Definition psychischer Krankheiten und Behinderungen erwies sich im Untersuchungszeitraum dabei insgesamt als hochgradig problematisch, wie bereits zeitgenössisch festgestellt wurde.³²² So wurden psychische Störungen nach § 39 des 1961 eingeführten Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) allgemein als eine »krankhafte Störung der geistig-seelischen Kräfte« umschrieben, worunter jedoch auch Psychosen, Suchtkrankheiten oder Persönlichkeitsstörungen fielen. Damit wurde dieser Personenkreis von geistig behinderten Menschen abgegrenzt, die nach dem selben Gesetz als Personen bezeichnet wurden, »deren geistige Kräfte schwach entwickelt sind«.³²³ Die diagnostischen Übergänge zur Fürsorgeerziehung waren jedoch fließend: Teilweise wurden auch Verhaltensschwierigkeiten und gesetzeswidriges Verhalten bei Jugendlichen als geistige Behinderung klassifiziert,³²⁴ so dass sich die Grenzen zwischen der »Schwererziehbarkeit« und geistiger und seelischer Behinderung auflösten.

Untersuchungen über die Unterbringungspraxis in einzelnen Einrichtungen konnten vor diesem Hintergrund zeigen, dass es gerade in den 1950er und 1960er Jahren

318 HÄHNER-ROMBACH/HARTIG (2019), 99.

319 KRAUL (2012), 133.

320 HÄHNER-ROMBACH/HARTIG (2019), 99.

321 *Ibid.*, 151. Eine Rolle spielte auch die zunehmende Konkurrenz der verschiedenen Stellen im Hinblick auf die eigene Definitionsmacht sowie Finanzierungsfragen.

322 EGG (1966).

323 »Schwach entwickelte Geisteskräfte« wurden in der juristischen Terminologie mit einer herabgesetzten Intelligenz gleichgesetzt. Der Grad dieser Intelligenzminderung spielte keine Rolle; BSHG § 39.

324 Zentralblatt für Jugendrecht und Jugendwohlfahrt: Organ des Deutschen Instituts für Vormundchaftswesen (1965), 230.

im jugendpsychiatrischen Bereich immer wieder zu einer hohen Zahl von »Fehlplatzierungen« kam.³²⁵ So wurde oftmals auch bei Verhaltensauffälligkeiten und Abweichungen ein »angeborener Hirnschaden« diagnostiziert,³²⁶ so dass viele Kinder und Jugendliche in Psychiatrien oder Einrichtungen der Behindertenhilfe unterbracht wurden, die nach heutigen Maßstäben als geistig gesund gelten würden. Zugleich wurden jedoch auch oft geistig behinderte Kinder mit der Diagnose »verwahrlost« in Erziehungsheime eingewiesen, die eigentlich eine heilpädagogische Betreuung benötigt hätten. Die signifikante Anzahl von Fehleinweisungen hing jedoch nicht nur mit der wenig differenzierten Diagnostik zusammen. Sie war auch eine Folge des bis in die 1970er Jahre anhaltenden Mangels an Spezialeinrichtungen für psychisch erkrankte und behinderte Kinder, so dass man die Kinder teilweise wider besseres Wissen in Erziehungsanstalten einwies.³²⁷

3.1.4.1 Einweisung nach dem Jugendgerichtsgesetz (JGG) und den Unterbringungsgesetzen der Länder

Einen rechtlichen Sonderfall bildete die Einweisung von Jugendlichen in eine psychiatrische Einrichtung nach dem Jugendgerichtsgesetz (JGG) vom 4. August 1953. Das JGG griff in Fällen, in denen die erziehenden Instrumente des RJWG/JWG nach einer begangenen Straftat nicht mehr als ausreichend erachtet wurden. Der Grundgedanke der Regelungen postulierte zwar ebenfalls den Vorrang der Erziehung vor der Verhängung einer Strafe. In der Praxis hatten die Rechtsfolgen jedoch erkennbar sanktionierenden Charakter.³²⁸ Anwendung fand das Gesetz auf alle Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren, Kinder bis zu diesem Alter galten als strafunmündig. Nach § 3 musste in jedem Fall die Schuldfähigkeit des Jugendlichen festgestellt werden. Für Personen zwischen dem 18. und 21. Lebensjahr hatte das Gericht nach § 105 zu prüfen, ob die Betroffenen nach Erwachsenenstrafrecht zu behandeln, oder aufgrund ihrer geistig-seelischen Entwicklung noch Jugendlichen gleichzustellen waren.

Dem Jugendrichter stand hierbei beratend ein jugendpsychiatrischer Gutachter zur Seite. Wurde eine eingetretene oder drohende Verwahrlosung festgestellt, verordnete man insbesondere bei jüngeren Straftäterinnen und Straftätern die Durchführung der Fürsorgeerziehung. Aus Gründen einer »Geistesschwäche, krankhafter Störung der Geistestätigkeit und der Bewusstseinsstörung« (§ 51 StGB) konnte schließlich auch die Einweisung in ein »psychiatrisches Krankenhaus oder eine Erziehungsanstalt« veranlasst werden (JGG § 7), zuständig war dann die Jugendkammer (JGG § 107). Nach § 71 war auch eine einstweilige Einweisung möglich, wenn die Gefahr weiterer Straftaten

325 FRINGS (2013), 60–68; ders. (2012), 55–74.

326 KAMINSKY (2012), 485–494.

327 HILL (1975), 169.

328 LEMPP (1980), 430.

bestand. Zu einer »kriminalbiologischen Untersuchung« konnten die Jugendlichen auch in eine geeignete Anstalt für einen maximalen Zeitraum von sechs Wochen verbracht werden (§ 73).

Eine Einweisung in die psychiatrische Anstalt konnte bei »Selbst- und Fremdgefährdung« zudem auf Grundlage der landesrechtlichen psychiatrischen Unterbringungsgesetze geschehen. Der explizite Verweis auf unter »elterlicher Gewalt« stehende Personen in jedem der Landesgesetze zeigt, dass diese auch bei Minderjährigen zur Anwendung kamen – inwieweit von dieser Möglichkeit in der Praxis tatsächlich Gebrauch gemacht wurde, lässt sich hingegen nicht sagen. Die einzelnen Landesgesetze wiesen im Untersuchungszeitraum dabei mit Blick auf die Fristen, Verfahrenswege, Voraussetzungen und Patientinnen- und Patientenrechte und -pflichten erhebliche Unterschiede auf.³²⁹ Die Entscheidung fiel in den Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Amtsgerichte, die auf Antrag entsprechend den jeweiligen Gesetzen die Einweisung anordneten oder bestätigten. Die Verwahrung musste in der Regel befristet werden.³³⁰ In den 1970er Jahren folgte schließlich eine zweite Novellierungswelle der Unterbringungsgesetze der Länder, im Zuge derer diese teils deutliche Änderungen erfuhren.

3.1.5 Unterbringung von Kindern mit geistigen Behinderungen in Einrichtungen der stationären Behindertenhilfe

3.1.5.1 Rechtslage bei der Unterbringung bis 1961

In den ersten Nachkriegsjahren erhielten geistig behinderte Menschen, bedingt durch Krieg und Zusammenbruch sowie eine allgemein schwach ausgebildete gesellschaftliche Akzeptanz von Behinderungen, wenig bis gar keine staatlichen Hilfestellungen.³³¹ Im Zentrum der staatlichen Fürsorgeanstrengungen standen bis in die 1960er Jahre zudem zunächst vor allem die zahlreichen Kriegsinvaliden, die es nach dem Krieg wieder in das Zivilleben zu integrieren galt.³³² Die 1950er Jahre sind daher auch als eine Zeit der »Kriegsfolgenbewältigung« bezeichnet worden.³³³ 1,5 Millionen anerkannte Kriegsbeschädigte wurden im Jahr 1951 gezählt, die in den Kriegsopferverbänden gut organisiert waren und nach den Gewerkschaften und den Vertriebenen die größten Verbände der jungen Bundesrepublik darstellten. Diese Lobbymacht der Veteranen schlug sich auch in Versorgungspolitik der frühen Bundesrepublik nieder, in der als

329 SAAGE (1958), BRINK (2010), 404–409.

330 SCHELLHORN (1959), 31 f.

331 BUDE (2008), 12 f.

332 STOLL (2017), 125–150.

333 BUSAM (2017).

ausschlaggebende Kriterien für Stellung und Ansehen des Einzelnen in der Gesellschaft in erster Linie die berufliche Leistungsfähigkeit und die Ausübung einer angemessenen Berufstätigkeit galten.³³⁴

Die Situation von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen wurde hingegen öffentlich kaum thematisiert. Wie weiter oben ausgeführt, war die institutionelle Versorgungslandschaft bis in die 1970er Jahre wenig differenziert, so dass behinderte Minderjährige, sofern sie familiär nicht betreut werden konnten, zumeist in psychiatrischen Anstalten und Großeinrichtungen der Behindertenhilfe untergebracht waren. In welche Einrichtungen es die Minderjährigen letztlich verschlug, war – wie auch die Einrichtungsstudien zeigen – nicht selten dem Zufall überlassen und richtete sich nach den jeweiligen Aufnahmekapazitäten der Häuser (siehe Kap. 2).

Erst mit dem »Wirtschaftswunder« und dem zügigen Ausbau des Sozialstaats gegen Ende der 1950er Jahre standen größere finanzielle Mittel für eine weitergehende Fürsorgepolitik zur Verfügung. Zudem vollzog sich allmählich eine Perspektivverschiebung, die sich nicht mehr an der Ursache der Behinderung (Kausalprinzip), sondern dem Förderungsbedarf der jeweils Betroffenen (Finalprinzip) orientierte. 1954 erkannte das Bundesverwaltungsgericht an, dass jeder Bürger einen Rechtsanspruch auf Fürsorge besaß.³³⁵ Dennoch gelang Menschen mit einer geistigen Behinderung im Gegensatz etwa zu den Kriegsbeschädigten in den Nachkriegsjahrzehnten kaum eine Integration in das gesellschaftliche Leben der Bundesrepublik. So gaben in einer repräsentativen Umfrage Anfang der 1970er Jahre zwei Drittel der Befragten an, dass ihrer Meinung nach behinderte Kinder in einer geschlossenen Anstalt besser aufgehoben seien als in ihren Familien. Behinderte Menschen lebten zumeist separiert von ihrem Umfeld in abgelegenen Heimen, die kaum Kontakt zu ihrer unmittelbaren Außenwelt hatten.³³⁶

Bis in die 1960er Jahre blieben auch im Fürsorgerecht die Gesetze aus der Weimarer Republik gültig, also insbesondere die »Reichsfürsorgepflichtverordnung« (RFV) von 1924 und die »Reichsgrundsätze über Voraussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge« aus dem Jahr 1931. Die Zuständigkeit der RFV galt nur für »bildungsfähige« Kinder, womit ausgesagt wurde, dass die erzieherischen Bemühungen ganz auf eine Eingliederung des behinderten Kindes in das Erwerbsleben auszurichten waren (»besonders um Gesundheit und Arbeitsfähigkeit zu erhalten«).³³⁷ Der Anspruchskatalog war bis 1961 jedoch rechtlich kaum ausdifferenziert, so dass das Fürsorgerecht weder spezielle Regelungen für behinderte Kinder noch für deren Unterbringung in Heimen umfasste. Dennoch wurde der Heimaufenthalt als eine mögliche Hilfestellung genannt. In § 11 Abs. 1 Rgr hieß es dazu: »Die Hilfe kann in Geld, Sachleistung oder persönlicher Hilfe bestehen und in offener

334 RUDLOFF (1999), 37–61.

335 Bundesverwaltungsgericht, 24.6.1954.

336 RUDLOFF (2010), 172.

337 Reichsgrundsätze über Voraussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge (Rgr.), § 3.

oder geschlossener (Anstalts-)Pflege gewährt werden [...].« Weiter wurde ausgeführt, dass diese Hilfe verhältnismäßig sein musste, eine Heimunterbringung kam also erst in Frage, wenn andere Maßnahmen nicht mehr griffen. Zudem sollte der Aufenthalt auf freiwilliger Basis erfolgen, durfte dementsprechend nicht gegen den erklärten Willen der Eltern oder Erziehungsberechtigten geschehen. Maßgeblich waren jedoch, wie auch in der Jugendhilfe, die Wünsche der Eltern, nicht die der Minderjährigen selbst.³³⁸ Auch hier wurde einschränkend hinzugefügt, dass eine Einweisung unter Zwang nur durch ein gesondertes Gesetz getätigt werden durfte. Die RFV kam als einfache Verordnung hierfür jedoch nicht zum Einsatz. Die Einweisung wurde vom jeweiligen Bezirksfürsorgeverband beantragt und musste durch einen Amtsarzt gestützt werden.³³⁹

Grundsätzlich waren die Bestimmungen der Fürsorge dem Jugendrecht, bis 1961 dem RJWG, rechtlich nachgelagert; dennoch kam es in der Rechtspraxis immer wieder zu Überschneidungen. Zwar fielen per Gesetz alle erzieherischen Maßnahmen in den Zuständigkeitsbereich der Jugendhilfe, alle nicht-pädagogischen Hilfen wie die Aufrechterhaltung des Lebensunterhalts oder der Krankenhilfe in den der Fürsorgegesetze. Eine Abgrenzung fällt jedoch schwer. So konnten auch Kinder mit einer nachgewiesenen geistigen Behinderung mittels der FEH nach dem RJWG in ein Heim verbracht werden. Wandten sich die Eltern etwa an das Jugendamt, da sie sich mit der Betreuung ihres geistig behinderten Kindes überfordert fühlten, so erfüllten sie die Voraussetzung für eine Inanspruchnahme der Hilfen nach der FEH. Der einzige Unterschied bestand darin, dass die Kostenübernahme in diesen Fällen der örtliche Fürsorgeverband bewilligte. Zudem muss hier erneut darauf hingewiesen werden, dass die Grenzen zwischen geistiger Behinderung, psychischer Störung und der sogenannten »Verwahrlosung« in den 1950er und 1960er Jahren nicht klar definiert waren, so dass es auch aus diesem Grund zu gesetzlichen Überlagerungen kam. Oft blieb unklar, ob bei dem oder der Betroffenen FE durch das Vormundschaftsgericht anzuordnen war, etwa wenn sich dieser oder diese als sozial unangepasst oder schulisch nicht integrierbar zeigte, oder ob eine Aufnahme in ein Heim für Menschen mit geistiger Behinderung angezeigt erschien. Möglich war auch hier der Sorgerechtsentzug nach § 1666 BGB, etwa wenn Eltern ihr behindertes Kind vernachlässigten und misshandelten oder nach damaligen Vorstellungen eine »sittliche Gefährdung« bestand.

Für die betroffenen Familien besonders tragisch war, wenn Minderjährige mit Behinderungen gegen den Willen der Eltern in stationären Einrichtungen untergebracht wurden, um die gesetzliche Schulpflicht durchzusetzen, die von den westdeutschen Landesregierungen ab den 1960er Jahren eingeführt wurde. In den ersten beiden Nachkriegsjahrzehnten waren Kinder mit geistigen Behinderungen als »bildungsunfähig« klas-

338 SCHELLHORN (1959), 25.

339 KAMINSKY (2016), 37.

sifiziert und damit von der allgemeinen Schulpflicht und dem Recht auf Erziehung und Bildung ausgeschlossen worden, in den Bestimmungen zum Sonderschulwesen finden sie keine Erwähnung. Die neuen Länder-Schulgesetze von 1954 orientierten sich hierbei am Reichsschulpflichtgesetz vom 6. Juli 1938, in welchem es in § 11 hieß: »Bildungsunfähige Kinder und Jugendliche sind von der Schulpflicht befreit.« Erst gegen Ende der 1960er Jahre wurden mehr Schulen für Menschen mit geistigen Behinderungen gegründet, die jedoch alle auf private Initiativen zurückgingen, insbesondere die »Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung«.³⁴⁰ Konnten die Erziehungsberechtigten das Kind nicht auf eine geeignete Sonderschule schicken, etwa weil im näheren Umkreis keine Einrichtungen existierten oder die finanziellen Möglichkeiten nicht ausreichten, was in ländlichen Gebieten in den 1950er und 1960er Jahren durchaus eher die Regel als die Ausnahme darstellte, wurde oftmals ein Missbrauch des Erziehungsrechts unterstellt.³⁴¹ In diesen Fällen wurde nach dem Reichsschulpflichtgesetz (RSchPflG) von 1938 verfahren: Gemäß § 7 des Gesetzes konnten die Schulaufsichtsbehörden nach Abstimmung mit den Fürsorgebehörden behinderte Kinder in geeignete Anstalten oder Heime verbringen, wenn dies der Durchsetzung der Schulpflicht diene. 1962 hatte Hessen als erstes Bundesland die Schulpflicht für Menschen mit schweren geistigen Behinderungen gesetzlich festgeschrieben, andere Bundesländer folgten in den Jahren darauf.³⁴² Bereits in den 1950er Jahren wurde von Juristen jedoch kritisiert, das Verfahren verstoße gegen den Grundgesetz-Artikel § 6, Abs. 3, der eine Trennung des Kindes von seinen Eltern untersagt, es sei denn, eine drohende oder bereits eingetretene »Verwahrlosung« war anzunehmen. Bei behinderten Sonderschülern sei jedoch eine solche nicht prinzipiell zu unterstellen. In Bayern und Niedersachsen verhinderten die geltenden Bestimmungen hingegen eine behördliche Einweisung ohne Zustimmung der Eltern. Offenbar, so deutet es der Jurist Gerhard Potrykus 1963 jedenfalls an, umgingen die offiziellen Stellen dieses gesetzliche Hindernis jedoch, indem man den Eltern bei einem Verstoß gegen die Schulpflicht einen Missbrauch des Erziehungsrechts nach § 1666 BGB vorwarf und das Kind dann auf diesem Weg aus dem Elternhaus herausnahm. Erschwert wurde die Situation noch dadurch, dass es gerade in den ersten Nachkriegsjahren Schulangebote für Kinder mit Behinderungen fast ausschließlich in den großen Anstalten gab. Oftmals baten daher die Eltern selbst um Aufnahme in eine Einrichtung für Menschen mit Behinderung, um ihrem Kind überhaupt eine schulische Förderung zu ermöglichen.³⁴³ Diese Situation entspannte sich erst mit der flächendeckenden Herausbildung des Sonderschulwesens in den 1970er Jahren.

340 STOLL (2017); BÖSL (2009): 1965 wurde die erste Schule für Menschen mit geistigen Behinderungen in Frankfurt am Main gegründet.

341 POTRYKUS (1963), 30. Zum Folgenden *ibid.*, 127.

342 FRINGS (2013), 19.

343 BÖSL (2009), 104.

3.1.5.2 Reform durch das Bundessozialhilfegesetz 1961

Der gesellschaftspolitische Umbruch im Verlauf der 1960er Jahre schlug sich auch in einer stärkeren Beachtung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung nieder, deren Bedürfnisse, insbesondere das Recht auf Schulbildung, nun öffentlich stärker thematisiert wurden.³⁴⁴

Die bedeutendste neue Rechtsgrundlage für geistig behinderte Kinder stellten das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) von 1961 und dessen Folgeerlasse dar.³⁴⁵ Mit den hier enthaltenen Regelungen wurde den Betroffenen erstmals ein gerichtlich einklagbares Grundrecht auf die sogenannte »Eingliederungshilfe« gewährt, um die »Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen und zu erleichtern« (BSHG § 39, 3). Das Gesetz löste das Fürsorgegesetz von 1924 ab, nach welchem nur »Bedürftige« als förderungswürdig erachtet worden waren. Als ein wichtiger Akteur für die Verbesserung der Situation geistig behinderter Minderjähriger erwies sich in diesem Zusammenhang der 1958 gegründete »Verein für das behinderte Kind«, der sich zur zentralen Interessenvertretung dieser politisch bislang stark vernachlässigten Bevölkerungsgruppe entwickelte.³⁴⁶ Wichtige Forderungen des Vereins fanden sich auch in den Bestimmungen des BSHG wieder. Zum Leistungskatalog des BSHG gehörte bei gegebenen Voraussetzungen auch die Aufnahme in eine Einrichtung der stationären Behindertenhilfe. Die Voraussetzung stellte bei geistigen Behinderungen das Vorliegen »einer erhebliche[n] Beeinträchtigung der geistigen oder seelischen Kräfte oder drohende Behinderung dieser Art« dar.³⁴⁷

Die Voraussetzungen für eine Hilfeleistung nach dem BSHG wurden bis Mitte der 1970er Jahre schrittweise ausgeweitet: Zunächst wurde die sogenannte »Eingliederungshilfe« nur Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen und »[...] Personen, deren geistige Kräfte schwach entwickelt sind«, zugestanden; bei anderen geistigen Beeinträchtigungen bestand hingegen kein Rechtsanspruch.³⁴⁸ Nicht eingeschlossen in den Kreis der Bezugsberechtigten waren nach § 39, Abs. 1 etwa Menschen mit einer »krankhaften Störung der geistig-seelischen Kräfte«. Hilfen für psychisch Kranke wurden nach Absatz 2 jedoch ins Ermessen des Gerichts gestellt (Kann-Verordnung). Das BSHG verfügte allerdings über keine Paragraphen zur Zwangseinweisung von Kindern und Jugendlichen. Ab 1964 wurde der bezugsberechtigte Personenkreis mit der neuen Eingliederungsverordnung weiter gefasst:

»Behinderte im Sinne des § 39, Absatz 1, Satz 1, Nr. 5 des Gesetzes sind Personen, die infolge einer anlagebedingten oder durch Krankheit oder Hirnverletzung verursachten

344 WELTI (2005), 232.

345 FÖCKING (2003).

346 RUDLOFF (2005), 465–501.

347 JIRASEK/SEIPP (1968), 145.

348 KAMINSKY (2016), 38 f.; zum Folgenden *ibid.*

*Hemmung der Entwicklung ihrer geistigen Kräfte oder infolge einer durch Krankheit oder Hirnverletzung verursachten Rückentwicklung ihrer geistigen Kräfte am Leben in der Gemeinschaft, vor allem am Arbeitsleben, nicht oder nur unzureichend teilnehmen können.*³⁴⁹

1969 wurden schließlich auch Menschen mit »seelischen« Behinderungen miteinbezogen, bevor mit der dritten Novellierung von 1975 der Kreis der Anspruchsberechtigten schließlich auf alle Personen mit einer dauerhaften Behinderung ausgeweitet wurde. Kinder und Jugendliche wurden bei der Zuteilung von Eingliederungshilfen bevorzugt.³⁵⁰

Dennoch fehlten wie auch bei den psychischen Problemen für die Feststellung einer geistigen Behinderung bis weit in die 1970er Jahre klare Kriterien, so dass die Diagnosen dementsprechend oft vage blieben. In einem Beitrag aus dem Jahr 1978 wurde eine schwere geistige Behinderung als ein Zustand charakterisiert, der durch »Isolation« und »erschwerter Interaktion« bestimmt war, bei dem man bei der Verrichtung der täglichen Aufgaben auf fremde Hilfe angewiesen blieb und außerdem eine Tendenz zur Selbst- und Fremdgefährdung sowie zur Verhaltensstörung aufweise.³⁵¹ Diese kaum differenzierten Abgrenzungskriterien wirkten sich auch auf die Einweisungspraxis aus. Nach Fritz Hill wiesen 1975 31 Prozent der heilpädagogisch zu betreuenden Kinder in der FE und der FEH intellektuelle Mehrfachbehinderungen auf.³⁵² Bei »debilen« Kindern wurde bei rund 82 Prozent der Kinder und Jugendlichen neben der »Debilität« eine weitere Behinderung festgestellt. Laut einer Anfang der 1970er Jahre im Franz-Sales-Haus Essen durchgeführten psychiatrischen Untersuchung von 200 dort untergebrachten Jungen hatte ein Drittel »ein eindeutig normales Intelligenzpotential«, während 70 Prozent nicht als »schwachsinnig« einzustufen waren. Der untersuchende Arzt sprach daher von »offensichtlichen Fehldiagnosen«, die das Schicksal der Kinder und Jugendlichen nachhaltig bestimmt hätten.³⁵³

3.1.5.3 Unterbringung geistig behinderter Minderjähriger

Ein Aufnahmegesuch in Heimen konnte entweder privatrechtlich im direkten Kontakt von Eltern und stationärer Einrichtung geregelt oder gerichtlich angeordnet werden, wenn die entsprechenden Voraussetzungen dafür gegeben waren. Hier ging es in der Praxis wohl nur um wenige Fälle. Sollten nach Feststellung der Behinderung die Personensorgeberechtigten die empfohlene Einweisung trotz mehrfacher Ermahnung

349 Verordnung nach § 47 Bundessozialhilfegesetz (Eingliederungs-Verordnung) vom 27. Mai 1964, Bundesgesetzblatt, III 2170, 1–5.

350 BÖSL (2009), 164.

351 MÜHL (1978), 60.

352 HILL (1975), 162.

353 FRINGS (2013), 73 f.

verweigern oder sich nicht kooperativ verhalten, musste die Ärztin oder der Arzt das Gesundheitsamt benachrichtigen.

Dennoch waren Zwangseinweisungen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen deutlich seltener als in Erziehungsheime oder psychiatrische Einrichtungen, da die Minderjährigen häufiger mit dem Einverständnis der Erziehungsberechtigten untergebracht waren.³⁵⁴ Im Vordergrund stand behördlicherseits hier auch nicht der Vorwurf des Erziehungsversagens, sondern es wurde eine Überforderung bei der Pflege der Kinder angenommen. Die Zwangseinweisung von Minderjährigen wird im Fürsorgerecht kaum benannt, die Unterbringung galt als Hilfsmaßnahme, mit der die Entwicklung des Kindes gefördert werden sollte. Oftmals suchten die Eltern deswegen direkt den Kontakt zur Heimleitung und baten um einen Heimplatz, womit es sich um eine privatrechtlich geregelte Unterbringung ohne Einschaltung der staatlichen Stellen handelte. Dennoch zeigen die Einrichtungsstudien, dass dem Wunsch der Angehörigen nach einer Aufnahme aufgrund der langen Wartelisten nur selten unmittelbar entsprochen werden konnte. Häufig wurden Angehörige daher auch in Heimen vorstellig, die Hunderte von Kilometern vom Heimatort entfernt lagen. Ebenso führte der Weg ins Heim in vielen Fällen über den Aufenthalt in einer kinderpsychiatrischen Beobachtungsstation, wo nach der Diagnosestellung die Unterbringung in einer »Schwachsinnigen-Anstalt« empfohlen wurde. Die Einrichtungsstudien zeigen aber auch, dass viele Kinder in den Einrichtungen aus prekären Familienverhältnissen stammten oder keine Angehörigen mehr hatten. Vor allem im Lübecker Vorwerk-Heim war ein hoher Prozentsatz der Minderjährigen auf Veranlassung der Jugendämter eingewiesen worden.³⁵⁵

Vielfach förderte die Vergabe der Eingliederungshilfe jedoch den Ausbau ambulanter Hilfen wie Werkstätten für Behinderte, Tageseinrichtungen und später Sonderschulen. Seit 1969 wurden vorhandene Altersgrenzen an- oder aufgehoben und auch Menschen mit seelischen Behinderungen einbezogen.³⁵⁶

Etliche Kinder und Jugendliche, denen im Rahmen einer Begutachtung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik eine geistige Behinderung oder ein vermeintlicher »angeborener Hirnschaden« zugeschrieben wurde, befanden sich im Übergang von der traditionell durch das RJWG von 1922/24 definierten Jugendfürsorge bzw. Jugendhilfe zum Feld der Fürsorge für Menschen mit geistigen Behinderungen. Im Rahmen der psychologischen und psychiatrischen Verwissenschaftlichung der Jugendhilfe wurden seit den 1950er Jahren zunehmend heilpädagogische Abteilungen oder ganze Anstalten eingerichtet, bei denen schnell die Frage aufkam, ob sie zur Jugendhilfe oder zur Behindertenhilfe gehörten. Oftmals erfolgte dabei, wie weiter

354 SCHMUHL/WINKLER (2011).

355 LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 440.

356 BÖSL (2009).

oben bereits ausgeführt wurde, eine Diagnosestellung (verbreitet war die Diagnose »angeborener Hirnschaden«) auf der Ebene von Vermutungen und auf der Basis von Verhaltensschwierigkeiten.³⁵⁷ Das Abschieben von Kindern und Jugendlichen geschah ab Mitte der 1960er Jahre womöglich zum Teil vor dem Hintergrund einer besseren Refinanzierung ihres Aufenthalts in Einrichtungen durch die Eingliederungshilfe.³⁵⁸ Andererseits wurden auch Kinder mit Behinderungen nach Maßgabe der FE in Erziehungsheime eingewiesen, da das maßgebliche Kriterium der Abgrenzung stets die »Erziehbarkeit« darstellte, was auf Kinder mit leichteren geistigen oder körperlichen Einschränkungen in der Regel zutraf.

3.1.6 Individuelle Rechte der Minderjährigen während der Unterbringung

Bei der Unterbringung in einer Psychiatrie oder Einrichtung der Behindertenhilfe gingen nach zeitgenössischer Rechtsprechung die Erziehungsbefugnisse der Eltern bei der Aufnahme bzw. Einweisung der Minderjährigen zumindest temporär auf die jeweilige Klinik oder das Heim über. Diese Minderjährigen unterlagen damit dem öffentlichen Erziehungsrecht. Bei den sogenannten »Fürsorgezöglingen« war zudem die »elterliche Gewalt« (heute »Sorgerecht«) stark eingeschränkt oder ganz aufgehoben worden. Das Jugendamt übernahm etwa bei unehelich geborenen Kindern die Vormundschaft sowie in solchen Fällen, bei denen das Sorgerecht nach § 1666 BGB entzogen worden war.³⁵⁹ Oftmals wurde ein Vormund für die Minderjährigen bestellt. Bei Kindern, die nicht der Fürsorgeerziehung unterlagen, wurde das Sorgerecht der Eltern während der Anstaltsunterbringung allerdings nicht aufgehoben. Die Aufsicht über die Fürsorgeerziehung und die Freiwillige Erziehungshilfe fiel nach 1962 in den Zuständigkeitsbereich der Landesjugendämter. Das Jugendamt sollte an dieser Aufgabe beteiligt werden (§ 69 JWG), landesrechtliche Abweichungen blieben weiter möglich.³⁶⁰

Auch bei der Ausübung des Erziehungsrechts blieben grundsätzlich die im Grundgesetz verankerten Freiheits-, Gleichheits- und Unverletzlichkeitsrechte, die jedem Menschen in der Bundesrepublik gegenüber dem Staat, aber auch innerhalb der Gesellschaft zustanden (Art. 1–17, 33, 101–104 GG), weiter in Kraft. Allerdings wurde das Verhältnis zwischen der Anstalt und den Kindern und Jugendlichen zugleich durch die

357 Vgl. Hinweise bei KAMINSKY (2017), 89–91; FRINGS/KAMINSKY (2012), 299 und 402–407; KAMINSKY (2012).

358 Vgl. FRINGS (2012), 55–74; ders. (2013), 60–68.

359 HÄHNER-ROMBACH/HARTIG (2019), 98.

360 PFORDTEN/WAPLER (2010).

sogenannten »besonderen Gewaltverhältnisse« bestimmt, innerhalb derer Grundrechte z. B. aus erzieherischen Gründen eingeschränkt werden konnten. Erst 1972 befand das Bundesverfassungsgericht Sonderrechtsverhältnisse in stationären Einrichtungen auch für die Jugendhilfe für unzulässig. Darüber hinaus musste in Heimen und Kliniken auch vor 1972 nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts das sogenannte »Übermaßgebot« beachtet werden. Das Handeln der Akteurinnen und Akteure innerhalb der »besonderen Gewaltverhältnisse« hatte sich daher am Verhältnismäßigkeitsprinzip auszurichten und kann auch rückwirkend anhand dessen Maßgaben beurteilt werden.³⁶¹

Verhältnismäßigkeit stellte auch ein Kernproblem in der Bewertung körperlicher Gewalt gegen Kinder dar. Ab wann eine Misshandlung vorlag, war in den Grenzbereichen der Erziehung lange umstritten. Der 1912 ins Strafgesetzbuch eingeführte Absatz 2 des Paragraphen 223a, der Kindesmisshandlung als »grausame oder boshafte Behandlung« als Anzeigedelikt strafbar gemacht hatte, war – was paradox und zynisch zugleich anmutet – 1933 durch die nationalsozialistische Regierung noch verschärft und die Kindesmisshandlung klarer definiert worden. Bis 1969 lautete nun der § 223b:

»(1) Wer Kinder, Jugendliche oder wegen Gebrechlichkeit oder Krankheit Wehrlose, die seiner Fürsorge oder Obhut unterstehen oder seinem Hausstand angehören oder die von dem Fürsorgepflichtigen seiner Gewalt überlassen worden oder durch ein Dienst- oder Arbeitsverhältnis von ihm abhängig sind, quält oder roh mißhandelt oder wer durch böswillige Vernachlässigung seiner Pflicht, für sie zu sorgen, sie an der Gesundheit schädigt, wird mit Gefängnis nicht unter drei Monaten bestraft.«

Quälen meinte nach damaligen Kommentaren auch seelisches Misshandeln oder Vernachlässigung gegebenenfalls aus Gefühlskälte heraus.³⁶²

Dem Strafgesetzbuch stand das Bürgerliche Gesetzbuch gegenüber. Während im Strafgesetz die Kindesmisshandlung als Straftat definiert war, wurde für Erziehende im BGB bis 1998 aus § 1631 ein Züchtigungsrecht abgeleitet. Bis 1958 bestand ein explizites väterliches Züchtigungsrecht nach diesem Paragraphen.³⁶³ Eklatant erscheint hier der Widerspruch zwischen einem doch erstaunlich klaren Strafgesetzparagraphen und dem Interpretationsspielraum von Personenkreisen, die eine mögliche Misshandlung anzeigten. Diese Spannung war auch den Zeitgenossen bewusst. So wurde Ende der 1960er Jahre von einer hohen Dunkelziffer an Misshandlungen ausgegangen. Namhafte Autoren beklagten, dass die Straftat nicht oft zur Anzeige komme, da die Opfer zu klein seien oder aus Angst nicht zur Anzeige schritten. Zur Anzeige fähige Personen wiederum schauten weg, und die Täter versteckten die Opfer, bis sichtbare Zeichen der Misshand-

361 BVerfG, Beschluss vom 5. März 1968, Az. 1 BvR 579/67; BVerfGE 23, 127 (133); BVerfG, Beschluss vom 18. Juli 1973, Az. 1 BvR 23, 155/73; BVerfG 35, 382 (400).

362 SCHUBERT (1990), 252 (Begründung zum Entwurf eines Deutschen Strafgesetzbuches 1936).

363 Seit 2000 haben Kinder laut BGB das Recht auf gewaltfreie Erziehung.

lung verschwunden seien.³⁶⁴ Oder mögliche Zeugen legten, wie der Mediziner Ernst Ziemke (1867–1935) schon 1929 festgehalten hatte, die Grenze zwischen Züchtigung »zu gutem Zwecke, wenn sie dem Kinde Unarten und schädliche Angewohnheiten zum Bewußtsein bringen und abgewöhnen soll«,³⁶⁵ und Misshandlung zu weit aus. Die Rechtsmedizinerin Elisabeth Trube-Becker (1919–2012) stellte hierzu 1964 fest:

»Bestimmend für die Angemessenheit ist im Wesentlichen das allgemeine Sittengesetz. Dieses nicht kodifizierbare Gesetz läßt eine quälerische, gesundheitsschädliche, das Anstands-, Ehr- oder Sittlichkeitsgefühl verletzende Behandlung nicht zu. Im Übrigen endet das Züchtigungsrecht, wo es mit dem Zweck der Erziehung nicht mehr vereinbar ist.«³⁶⁶

Der Psychiater Wilhelm Weygandt (1870–1939) hatte der »Prügelpädagogik« bereits 1912 eine entschiedene Absage erteilt, da Schläge Kinder nicht nur physisch, sondern auch psychisch schädigten.³⁶⁷

Erschwerend bei der Beurteilung von Grundrechtsverletzungen bei Kindern kam in der frühen Bundesrepublik hinzu, dass die gesetzlich garantierten Menschenrechte von den Erziehungsberechtigten in »Vertretung« wahrgenommen wurden. Erst im Jahr 1968 wurden die Grundrechte von Kindern in einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts offiziell bestätigt.³⁶⁸

Mittlerweile gibt es wissenschaftliche Ansätze, auch jenseits der zeitgenössischen Rechtsprechung Kriterien für eine Bewertung der Lebenssituation von Minderjährigen in geschlossenen Institutionen sowie deren lebensgeschichtlichen und gesundheitlichen Folgen zu definieren. Das Heimsystem der 1950er bis 1970er Jahre trug demnach neben offensichtlich traumatisierenden körperlichen und sexuellen Misshandlungen durch schädlich wirkende Reize (Zurückweisung, Bedrohung, Demütigung, Entwürdigung, aber auch emotionale und soziale Vernachlässigung) wesentlich und lebensgeschichtlich wirkungsvoll zur Beschädigung der Eigenständigkeit bei. Verletzt wurde demnach auch das individuelle Recht des Kindes auf eine störungsfreie Entwicklung seiner selbst.³⁶⁹ Ähnliche Ergebnisse brachten – wie im Folgenden dargestellt – auch die Einrichtungsstudien hervor, in denen die Wirklichkeit individueller Rechtewahrung untersucht wurde.

Wie die Einrichtungsstudien zeigen, machte man den Angehörigen in den Fällen, in denen den Eltern das Sorgerecht formal zustand, eine Einflussnahme auf das Wohlergehen und die Erziehung ihrer Kinder nach der Einweisung in eine jugendpsychiatrische Einrichtung oder ein Heim oftmals nahezu unmöglich, oder schränkte die Kontrollmöglichkeiten zumindest stark ein. So wurden die Kinder und Jugendlichen

364 SCHAIBLE-FINK (1968); TRUBE-BECKER (1964), 175 f.

365 ZIEMKE (1929), 171.

366 TRUBE-BECKER (1964).

367 WEYGANDT (1912), 478

368 Beschluss vom 29. Juli 1968, 1 BvL 20/63, 31/66 und 5/67, BVerfGE 24, 119 ff.

369 EILERT u. a. (2019).

bereits im Zuge der Aufnahme bzw. Einweisung nahezu vollständig von ihrem bisherigen Leben abgeschnitten. Am deutlichsten kommt dieser Bruch mit der Außenwelt in der abrupt vollzogenen Trennung von den Angehörigen/Sorgerechtspersonen zum Ausdruck. Neuankömmlinge erhielten bei ihrer Ankunft zumeist weder weitergehende Informationen über ihren neuen Bestimmungsort noch über den Grund ihres Aufenthalts. Wie Eintragungen in den Stationsberichten zeigen, wurden die Kinder häufig nur oberflächlich über ihren neuen Aufenthaltsort unterrichtet. Eine besondere Betreuung in der Eingewöhnungsphase scheint es nicht gegeben zu haben, das auffällige Verhalten vieler Kinder nach der Trennung von den Angehörigen interpretierte das Personal in der Regel als Teil des Krankheitsgeschehens.³⁷⁰

Auch aufgrund der geographischen Abgeschiedenheit vieler Einrichtungen war es für die Eltern mit hohem Aufwand verbunden, ihre Rechte überhaupt wahrzunehmen. Besuche blieben Ausnahmen,³⁷¹ die schriftlichen Auskünfte der Heim- und Klinikleitung über die sogenannten »Pfleglinge« blieben stets formelhaft, knapp und vage, teilweise auch beschönigend. Die konkrete Unterbringungssituation war den Angehörigen oftmals unbekannt, da diese die Stationen und Abteilungen in vielen Einrichtungen nicht betreten durften. Erst in den 1970er Jahren war es zunehmend üblich und auch erwünscht, mit den Eltern die Anlage zu besichtigen und Einblicke in den Lebensalltag der Kinder zuzulassen. Ein Einfluss auf Erziehungs- und Pflegeangelegenheiten in der Anstalt wurde den Eltern grundsätzlich verwehrt und damit auch die Ausübung ihrer gesetzlichen »Sachwalter«-Funktion erheblich erschwert, da diese in der Regel nur rudimentäre Kenntnisse von den Vorgängen in den Anstalten besaßen und sich auf die offiziellen Auskünfte der Heimleitung verlassen mussten. Vereinzelt sind zwar Versuche von Angehörigen dokumentiert, mit der Einrichtung über strittige Fragen ins Gespräch zu kommen. Solche Initiativen wurden von den Heimleitungen jedoch in den aktenkundigen Fällen konsequent abgeblockt. Darüber hinaus stammte ein hoher Prozentsatz der Kinder und Jugendlichen in allen Einrichtungen aus schwierigen Familienverhältnissen, so dass das Verhältnis zu den Eltern ohnehin belastet war oder es gar keinen oder nur sporadischen Kontakt gab. Ein Unterschied bestand hier sicherlich zwischen Psychiatrien und Heimen, da die Kinder aus den Kliniken in der Regel nach einem relativ kurzem Beobachtungszeitraum wieder entlassen werden konnten, zumeist ins Elternhaus. Der Kontaktabbruch zu den Angehörigen war deshalb in der Behindertenhilfe dauerhafter und mit schwerwiegenderen Folgen verbunden, wengleich nicht vergessen werden darf, dass viele Patientinnen und Patienten auch in den psychiatrischen Abteilungen oftmals über Jahre verblieben und für diesen Bereich

370 LÖFFELBEIN: Bezirksnervenklinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD), 628; BEYER: Pfälzische Nervenklinik Landeck, LE KJP (BRD), 665; LÖFFELBEIN: Rheinische Landesklinik Bonn, LE KJP (BRD), 614.

371 Siehe Kap. 4.

minderjähriger »Langzeitpatienten« keine eindeutige Grenze zu Heimen für Menschen mit geistigen Behinderungen zu ziehen ist.

Für die Kinder selbst blieb es zumeist »Glückssache«, ob es sie in eine human ausgerichtete oder eine in hohem Maße von Gewalt geprägte Einrichtung verschlug. Bei »Fürsorgezöglingen« war die Wahl eines geeigneten Heims ganz von der Entscheidung der Fürsorgeerziehungsbehörde abhängig. Dabei sollten die Konfession der Minderjährigen sowie deren individuelle Bedürfnisse berücksichtigt werden.³⁷² Aufgrund der dramatischen Überfüllung vieler Heime und Psychiatrien bis weit in die 1970er Jahre stellten in der Realität jedoch zumeist die Kapazitäten der Einrichtungen das einzige Kriterium für eine Aufnahme dar: Die Kinder kamen dorthin, wo ein Platz frei wurde (siehe Kap. 2). Auch Eltern, die ihre Kinder aus eigener Initiative stationär unterbringen wollten, waren abhängig von der Anzahl der freien Plätze und stets mit langen Wartelisten konfrontiert.³⁷³

Kontakte zur Herkunftsfamilie waren zumeist einer strengen Reglementierung unterworfen, wobei das Besuchsrecht unterschiedlich gehandhabt wurde, jedoch meist starren zeitlichen Regeln unterworfen war.³⁷⁴ Die Kinder selbst hatten keinerlei Einfluss auf die Ausgestaltung der Besuchs- oder Ferienzeiten. Emotionale Bindungen der Kinder an ihre Eltern wurden ebenfalls kaum berücksichtigt, und zwar weder während des Aufenthalts noch bei einer Verlegung in andere, weit vom Wohnort entfernt liegende Einrichtungen.³⁷⁵ Die Aussagen der Heimleitungen lassen vielmehr vermuten, dass es pädagogisch gewollt war, den Kontakt zur eigenen Familie zu erschweren, den man offenbar als störende Einmischung in den Erziehungsanspruch der Anstalt empfand.

In allen untersuchten westdeutschen Einrichtungen wurden den Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern im Alltagsleben weitgehend die Möglichkeiten zur individuellen Selbstentfaltung genommen oder diese zumindest stark eingeschränkt. So verwehrte man den Kindern in vielen Häusern das Recht auf persönliche Besitztümer, von individuellen Kleidungsstücken, Spielzeug oder anderen Gegenständen, was mit dem fast vollständigen Fehlen einer Privatsphäre einherging. Die Möglichkeit, persönliche Gegenstände oder Erinnerungsstücke mit in die Einrichtung zu bringen, bestand zumeist ebenfalls nicht.³⁷⁶ Auch in den »Schwesternbe-

372 PFORDTEN/WAPLER (2010), 30.

373 Siehe etwa: LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 345; BEYER: Assoziationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 372.

374 LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 353 f.; LÖFFELBEIN: LVR-Klinik Bonn, LE KJP (BRD), 608; BEYER: Assoziationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 379 f.

375 LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 449.

376 LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD); 347; LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 447; BEYER: Pfälzische Nervenlinik Landeck, LE KJP (BRD), 656; HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 416.

richten«, in denen das Personal über Jahre besondere Vorkommnisse des Heim- und Klinikalltags vermerkte, wird wenig über individuelle Bedürfnisse und Vorlieben der Kinder berichtet, sondern zumeist lediglich deren Bereitschaft bewertet, sich in die »Gemeinschaft« einzugliedern. Verletzt wurden neben dem Recht auf Eigentum auch weitere Persönlichkeitsrechte, etwa das Briefgeheimnis, da die Einrichtungsleitungen ein- und ausgehende Post in der Regel kontrollierten.³⁷⁷

Der Einsatz körperlicher Gewalt lässt sich in allen Einrichtungen in unterschiedlichen Schweregraden nachweisen und reichte von leichten Schlägen mit der Hand bis hin zu massiven physischen Misshandlungen. Eine Vergewaltigung durch einen Mitarbeiter wurde in einem Fall von einem Zeitzeugen im Kindersanatorium Wiesengrund erinnert.³⁷⁸ Da Fälle sexuellen Missbrauchs praktisch nie aktenkundig wurden, ist jedoch von einer hohen Dunkelziffer auch in anderen Einrichtungen auszugehen. Häufiger in den Akten dokumentiert sind sexuelle Kontakte unter den Minderjährigen selbst, wobei nicht immer nachvollzogen werden kann, ob sich diese freiwillig oder unter Zwang ereigneten.³⁷⁹ Das Personal versuchte in der Regel jede sexuelle Betätigung unter den Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. Patientinnen und Patienten zu unterbinden. Es bleibt allerdings bei vielen vermerkten Fällen unklar, ob das Personal bei sexuellen Übergriffen, etwa wenn Bewohnerinnen und Bewohner sich an kleineren Kindern vergriffen, trotzdem nicht tätig wurde.

3.1.7 Externe Kontrollen der Einrichtungen

Gerade in den ersten beiden Nachkriegsjahrzehnten existierten in stationären Einrichtungen kaum institutionelle Kontrollmechanismen. Dadurch konnten potentielle Missstände in der westdeutschen Psychiatrie- und Heimlandschaft nicht aufgedeckt und unterbunden werden und sich Einschränkungen und Verletzungen von Grundrechten in den untersuchten Einrichtungen fortsetzen. So gelang es aufgrund struktureller Mängel sowie fehlendem Willen der Verantwortlichen selten, die Unterbringungspraxis angemessen zu überwachen. Für den unter öffentlicher Trägerschaft stehenden Heimbereich war gesetzlich seit den 1950er Jahren die von den jeweiligen Landesjugendämtern eingesetzte Heimaufsicht zuständig, während bei den konfessionellen Einrichtungen seitens des Staates auf die kirchliche Fähigkeit zur Selbstkontrolle vertraut wurde.³⁸⁰ Die

377 HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 414; BEYER: Assoziationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 380; LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 448.

378 MÜNCH: Kindersanatorium Wiesengrund Berlin, LE KJP (BRD), 584.

379 BEYER: Assoziationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 390.

380 KRAUL u. a. (2012), 159.

Aufsichtsfunktion hatte zum Ziel, »daß in den Einrichtungen das leibliche, geistige und seelische Wohl der Minderjährigen gewährleistet ist«. ³⁸¹ Durchgesetzt werden sollte sie durch einmal jährlich stattfindende unangemeldete Besuche in den Einrichtungen vor Ort. Die Forschung hat jedoch bereits herausgestellt, dass die eigentlich zum Schutz der Minderjährigen vor Gewalt und Willkür eingerichteten Aufsichtskommissionen in der Praxis kaum ihren Aufgaben nachkamen, unter anderem weil Leistungserbringung und Aufsicht in der Hand ein und derselben Behörde lagen. ³⁸² Die Novelle des JWG von 1961 regelte die »Heimaufsicht und Schutz von Minderjährigen unter 16 Jahren in Heimen«. Inwieweit hierzu auch psychiatrische Anstalten zählten, blieb zeitgenössisch umstritten, da hier der Heilungserfolg im Vordergrund stand und weniger die »Unterkunftsgewährung«. ³⁸³ Zudem waren die behördlichen Kontrollaufgaben in den verschiedenen Bundesländern sehr unterschiedlich ausgestaltet, so dass sich kaum einheitliche Aussagen treffen lassen.

Stichprobenhaft wurde hier exemplarisch die staatliche Aufsichtstätigkeit über Einrichtungen des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) betrachtet, wenngleich auch für das Rheinland unsicher ist, in welchem Umfang die diesbezüglichen Verordnungen umgesetzt wurden. Bereits die Ministerial-Anweisung vom 26. März 1901 über die »Unterbringung in Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten« regelte in §§ 23 und 24 das Besuchsverfahren für Privatanstalten. ³⁸⁴ Demnach waren alle Privatanstalten »unvermutet« zweimal jährlich durch den zuständigen Kreisarzt zu überprüfen sowie einmal jährlich durch eine aus dem Regierungs- und Medizinalrat und einem besonders angesehenen »Irrenarzt« bestehende Besuchskommission zu kontrollieren. Die Einsetzung der Besuchskommission hatte dabei durch den preußischen Minister für Medizinalangelegenheiten und Inneres zu erfolgen. In den Berichten für den Regierungspräsidenten sollten geeignete Maßnahmen »zur Abstellung vorgefundener Übelstände« vorgeschlagen und »Erwägungen von allgemeinem Interesse« zur Kenntnis gebracht werden. Die besagten Besuchskommissionen nahmen nach 1945 ihre Arbeit wieder auf, nachdem ihre Tätigkeit während des Krieges ausgesetzt worden war. Eine Dienstbesprechung der Medizinal-Dezernenten der Regierungspräsidien des Landes Nordrhein-Westfalen im Sozialministerium am 13. Mai 1949 gibt Auskunft, auf welche Aspekte die Kommissionen bei den Kontrollen in psychiatrischen Einrichtungen ein besonderes Augenmerk legen sollten:

»1. Kranke, 2. Ärzte, 3. Personal, 4. Allgemeine Fragen.

Zu 1) Überprüfung der Rechtmäßigkeit der Unterbringung, Entgegennahme entspre-

381 JWG § 78.

382 HARRER (1971), 59. Bis in die 1970er Jahre war die Heimaufsicht durch landesrechtliche Regelungen überaus heterogen, in manchen Bundesländern hingegen überhaupt nicht gesetzlich geregelt.

383 JANS/HAPPE (1971), 570.

384 Ministerial-Blatt für Medizinalangelegenheiten 1901, 104–109.

chender Beschwerden, Überprüfung der amtsärztlichen und polizeilichen Einweisung, Kleidung, Ernährung der Kranken, Gesundheitszustand der Kranken, pflegerische Betreuung und Überwachung (Einsatz der Wachen), notwendige Sicherung und Einrichtung der Krankenabteilung und Nebenräume, Prüfung der unruhigen Abteilung, Überbelegung, mangelnde Besetzung mit Pflegepersonal, usw. Beschäftigung der Kranken und ihre rechtzeitige Entlassung soweit sie als Arbeitskranke tätig sind.

Zu 2) Zahl der Ärzte, Fachausbildung des leitenden Arztes, Anzahl der Untersuchungszimmer, ärztlicher Dienst, Privatpraxis, Führung der Krankengeschichte (die Privatanstalten sind verpflichtet, Krankengeschichten zu führen, Rd. Erl. vom 26.III.01). Überprüfung der Isolierung ansteckender Kranke [sic], Überprüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse ist nicht Aufgabe der Kommission.

Zu 3) Personal-Ausbildung, gesundheitliche Betreuung, Dienstzeiten und Anweisungen.

Zu 4) Auf die Zweckentfremdung der Räume ist besonders zu achten (Priv. Abteilungen, andere Einrichtungen). Verhältnis der Selbstzahler zu den vom Landesfürsorgeverband betreuten Kranken.«³⁸⁵

Dieser detaillierte und umfangreiche Aufgabenkatalog wurde vor Ort allerdings augenscheinlich nicht oder nur unzureichend abgearbeitet. Die Korrespondenz des Gesundheitsdezernenten des Landschaftsverbandes Rheinland, Dr. Müller, mit den zuständigen Landesministerien lässt zumindest darauf schließen, dass die Anstalten vor allem bis Mitte der 1960er Jahre nur sehr oberflächlich überprüft wurden. So resümierte ein Protokoll der Dienstbesprechung mit den Direktoren der Rheinischen Landesheilstalten vom 30. und 31. Juli 1954:

»Dr. Müller gibt die im vergangenen Jahre eingegangenen Berichte der Staatlichen Besuchskommission inhaltlich kurz bekannt. Hierbei wird festgestellt, daß fast alle Beanstandungen schon bekannt waren und die Abstellung der Mängel bereits erfolgt oder eingeleitet ist.«³⁸⁶

Bemängelt wurde etwa, dass die Kommissionsberichte »in vielen Fällen mit einem Wunschzettel der Direktoren der Anstalten verwechselt werden könnten«. Offensichtlich versuchten viele Anstaltsleitungen über den Weg der Besuchskommissionen Forderungen durchzusetzen, die nicht immer im Zusammenhang mit einer Verbesserung der Lebensumstände in den Einrichtungen standen. Im Ministerium hielt man die Arbeit der Kommissionen 1956 deshalb für wenig ergiebig, die Verwaltungsarbeit bei

385 ALVR: 31304, Tl. 1 (unpag.), Niederschrift über die Dienstbesprechung der Medizinal-Dezernenten der Regierungen des Landes Nordrhein-Westfalen im Sozialministerium am 13. Mai 1949, 6. Für die in diesem Kapitel verwendeten Dokumente aus dem Archiv des Landschaftsverbandes Rheinland und die inhaltliche Vorarbeit danke ich Dr. Frank Sparing.

386 ALVR: 31318 (Niederschriften über die Dienstbesprechungen mit den Direktoren der Rheinischen Landeskliniken, 1946-1967): Niederschrift vom 8.10.1955 über die Dienstbesprechung mit den Direktoren der Rheinischen Landesheilstalten am 30. und 31. Juli 1954 in der LHA Marienheide.

der Auswertung der Berichte, so hieß es, stehe jedenfalls in keinem Verhältnis zum erwarteten Erfolg.³⁸⁷

Fest steht, dass die Zusammenarbeit zwischen dem Landschaftsverband und den landesstaatlichen Prüfstellen konfliktreich blieb, da der LVR die externen Kontrollen als Eingriff in seine Verwaltungsautonomie betrachtete und die Fachkompetenz der eigenen Experten in Frage gestellt sah.³⁸⁸ Anfang Juni 1960 beklagte sich der Medizinal-Dezernent des LVR während einer Konferenz der Medizinaldezernenten der Bezirksregierungen über die aus seiner Sicht nicht funktionierende »Zusammenarbeit« mit den staatlichen Besuchskommissionen:

»Dr. Müller berichtet über die Mängel der zur Zeit bestehenden staatlichen Besuchskommissionen. Es fehle im rheinischen Raum an echter Zusammenarbeit zwischen Regierungspräsident, Landschaftsverband und ärztlichen Sachverständigen. Zumindest bei den landeseigenen Anstalten müsse der zuständige Vertreter des Landschaftsverbandes zugegen sein. In den letzten drei Jahren habe er keinen Bericht der staatlichen Besuchskommissionen erhalten. Die Berichte der ärztlichen Sachverständigen, die oftmals nur die Wünsche der Anstaltsdirektoren wiedergäben, könnten nicht als abschließende Berichte der Besuchskommissionen gelten.«³⁸⁹

Es muss also insgesamt in Frage gestellt werden, ob die Prüfabordnungen des Landes tatsächlich im Sinne der untergebrachten Patientinnen und Patienten handelten oder ob die Kontrollen nicht vielmehr im guten Einvernehmen mit den Anstaltsleitungen durchgeführt wurden. Allerdings konnte sich der LVR mit seinen Bemühungen, mehr Einfluss auf die Tätigkeit der staatlichen Besuchskommissionen zu erlangen, indem die Besichtigungen zeitlich weit vor dem eigentlichen Besuch angekündigt wurden, letztlich auch nicht durchsetzen. Anstaltsbesichtigungen im Bereich des Regierungsbezirks Düsseldorf wurden weiterhin nur nach recht kurzfristiger, telefonischer Ankündigung anberaumt³⁹⁰ – im Gegensatz zur Kontrollpraxis des benachbarten Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, in dessen Einrichtungen die Begehungen laut Medizinal-Dezernent Müller stets »rechtzeitig« angekündigt würden.³⁹¹

Die Konflikte zwischen Land und LVR um die Aufsicht der Einrichtungen führten schließlich sogar dazu, dass die Überprüfungen der staatlichen Besuchskommissionen

387 ALVR: 31304, Tl. 1 (unpag.), Aktenvermerk vom 24.2.1956, betr.: Behandlung der Berichte des ärztlichen Sachverständigen der staatlichen Besuchskommission zur Überwachung der öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten.

388 ALVR: 31304, Tl. 1 (unpag.), Schreiben des Gesundheitsdezernenten des LVR, Dr. Müller, an Regierungsmedizinaldirektor Prof. Dr. Trüb bei der Bezirksregierung Düsseldorf vom 25.6.1957.

389 LAV NRW: Abt. R., BR 9/13712, Niederschrift über die Konferenz der Medizinaldezernenten der Bezirksregierungen am 2./3. Juni 1960 in Düsseldorf, Bl. 68-76, hier Bl. 69R.

390 ALVR: 31304, Tl. 1 (unpag.), Schreiben des Gesundheitsdezernenten des LVR, Dr. Müller, an Regierungsmedizinaldirektor Prof. Dr. Trüb bei der Bezirksregierung Düsseldorf vom 25.6.1957.

391 Ibid.

seit Ende 1959 ganz ausgesetzt wurden. Offensichtlich weigerte sich der Landschaftsverband ab diesem Zeitpunkt, staatliche Überprüfungen in seinen Einrichtungen zuzulassen. Erst fünf Jahre später, infolge eines Erlasses des nordrhein-westfälischen Innenministeriums vom 1. Dezember 1964, mit der die Arbeit der Besuchskommissionen neu geregelt wurde, nahmen die Kommissionen ihre Arbeit wieder auf.³⁹² Ab März 1965 erklärte sich der LVR immerhin bereit, »einer Überprüfung von Fall zu Fall durch die Besuchskommission zuzustimmen«.³⁹³

Die Wiederaufnahme der Kontrollen im Sommer 1965 war wohl wesentlich auch durch die zunehmende öffentliche Skandalisierung der Lebensverhältnisse in psychiatrischen Einrichtungen seit Mitte der 1960er motiviert. Im Protokoll der Sitzung der Medizinaldezernenten der Bezirksregierungen wurde im Sommer 1967 zu diesem Thema vermerkt:

»Die Petitionen haben zahlenmässig zugenommen. Auch ihr Umfang ist oft erheblich. Die meisten Petitionen stammen von Patienten der Landeskrankenhäuser. Sie enthalten z.T. erhebliche Beanstandungen über unzureichende Verpflegung, Misshandlungen, schlechte Unterbringung und fehlende ärztliche Betreuung.

Diese Behauptungen werden meistens von den Landschaftsverbänden widerlegt. In besonders auffälligen Petitionsfällen werden den Regierungspräsidenten zukünftig Durchschriften der Berichte des Innenministers an den Präsidenten des Landtags zugesandt werden, damit sie die Besuchskommissionen zur Überprüfung der Landeskrankenhäuser bei ihren Besichtigungen berücksichtigen können.«³⁹⁴

Ab 1965 nimmt die Berichtsdichte quantitativ und qualitativ zu, was darauf hindeuten könnten, dass angesichts des öffentlichen Drucks auch die Kontrollaufgaben ernster genommen wurden. Die von Frank Sparing ausgewerteten Berichte der Besuchskommissionen im LVR-Gebiet seit 1965 zeigen indes deutlich, dass sich an den teilweise erschreckenden Zuständen in den Rheinischen Landeskrankenhäusern bis zu diesem Zeitpunkt nichts geändert hatte.³⁹⁵ Kritisiert wurde insbesondere die räumliche Enge und Überfüllung der Abteilungen: Weder in den Aufenthaltsräumen noch in den Schlafsälen sei genug Platz vorhanden, so dass eine »Aufrechterhaltung von Ruhe, Ordnung, Sauberkeit usw. in den großen Räumen« kaum möglich sei.³⁹⁶ In einem Bericht vom

392 ALVR: 31304, Tl. 1 (unpag.), Schreiben des Landschaftsverbandes Rheinland, Dr. Müller, an Staatssekretär Adenauer im Innenministerium Nordrhein-Westfalen vom 30.8.1965, betr.: Staatliche Besuchskommissionen für Landeskrankenhäuser.

393 ALVR: 31304, Tl. 1 (unpag.), Auszug aus der Stellungnahme des LV zu einer Diskussion über die Verhältnisse in den Landeskrankenhäusern in der Sitzung des Sozialausschusses des Landtages NW vom 26.3.1965.

394 LAV NRW: Abt. R., BR 1014/7, Bl. 517, Niederschrift über die Sitzung der Medizinaldezernenten der Bezirksregierungen am 12./13. Juli 1967 in Düsseldorf, S. 22.

395 SPARING (2018), 203–206.

396 ALVR: 31300, Bericht über die Besichtigung des Rheinischen Landeskrankenhauses Düren am 26.10.1965.

Januar 1965 hieß es zudem: »Besonders die Abteilungen für Schwachsinnige und Kinder sind überfüllt und in ihrer Ausstattung unzulänglich.«³⁹⁷ Die Arbeitsverhältnisse stellten laut Bericht auch das Pflegepersonal vor »ganz außerordentliche Anforderungen«.³⁹⁸ Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter war unter diesen Voraussetzungen eine bedarfsgerechte Pflege der Patientinnen und Patienten demnach nicht mehr möglich, auch weil die materielle Ausstattung der rheinischen Anstalten sich in einem durchweg schlechten Zustand befand. Über die hygienischen Zustände in einer Abteilung für chronisch Kranke im Landeskrankenhaus Bonn hieß es etwa im August 1968:

»Die Betten der Abteilung befanden sich teilweise in einem ausgesprochen unsauberen Zustand. Ein Bett z. B. war offensichtlich schon seit mehreren Tagen erheblich und nicht nur an einer Stelle mit Kot beschmutzt. Ein anderes war frisch eingestäßt. Vom anwesenden Abteilungspfleger wurde als Entschuldigung angegeben, daß an diesem Tage der turnusmäßige Wechsel der Bettwäsche noch nicht fällig sei.«³⁹⁹

Und in einem Bericht von 1966 über das Landeskrankenhaus Düsseldorf hieß es in ähnlicher Form:

»In zwei kleineren Zimmern (mit je 6 Betten) lagen Patienten ohne Bettwäsche im Bett, wie angegeben wurde, weil sie alles zerrissen. Ein Patient, der sich in einem Erregungszustand verletzt hatte, lag auf einem Bodenbett, ebenfalls ohne Bettwäsche. In einem Kinderbett lag, in Matratzen eingepackt, ein etwa 7jähriger Knabe schlafend, offenbar unter Beruhigungsmitteln.«⁴⁰⁰

Festzuhalten bleibt also, dass die vom Land eingesetzten Besuchskommissionen die materiellen und personellen Kapazitäten der LVR-Einrichtungen nun durchaus weitergaben, sie als völlig unzureichend bemängelten und auch konkreten Handlungsbedarf anmahnten. An der desolaten Lage der Psychiatrien und Heime änderte sich bis Mitte der 1970er Jahre aber dennoch kaum etwas. Substantielle Verbesserungen lassen sich in einzelnen untersuchten Einrichtungen erst gegen Ende des Untersuchungszeitraums konstatieren. Presseberichte über die prekären Verhältnisse in der Rheinischen Landeslinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bonn aus dem Jahr 1975 zeigen zudem, dass das Sanierungs- und Reformtempo von Haus zu Haus unterschiedlich ausfiel.⁴⁰¹

397 ALVR: 31300, Bericht über die Besichtigung des Rheinischen Landeskrankenhauses Langenfeld am 26.1.1965.

398 ALVR: 31300, Bericht über die Besichtigung des Rheinischen Landeskrankenhauses Düren am 26.10.1965.

399 ALVR: 31201, Tl. 2, Bericht über die Besichtigung des Rheinischen Landeskrankenhauses Bonn am 21.5.1968.

400 ALVR: 31201, Tl. 1, Bericht über die Besichtigung des Rheinischen Landeskrankenhauses Düsseldorf-Grafenberg am 6.12.1966.

401 LÖFFELBEIN: Rheinische Landeslinik Bonn, LE KJP (BRD), 597.

Im Jahr 1969 reformierte das Land Nordrhein-Westfalen als erstes westdeutsches Bundesland sein Landesunterbringungsgesetz (PsychKG). Damit wurden Besuchskommissionen in psychiatrischen Anstalten erstmals gesetzlich vorgeschrieben. Demnach musste diesen jeweils ein staatlicher Medizinalbeamter, ein in der Psychiatrie erfahrener Arzt und ein zum Richteramt befähigter Beamter angehören. Als Ziel wurde ausgegeben, durch eine jährliche Überprüfung der psychiatrischen Krankenhäuser Aufschluss über den Zustand und die jeweilige Betreuungssituation in den Einrichtungen zu erlangen. Ob sich durch das PsychKG die Kontrollmöglichkeiten im jugendpsychiatrischen Bereich merklich verbesserten, müsste näher geprüft werden.

Welche Kontrollinstanzen für den Bereich der Behindertenhilfe vorgesehen waren – im Rheinland wurden von den Besuchskommissionen nur die psychiatrischen Krankenhäuser und die Heil- und Pflegeanstalten miterfasst –, bleibt ebenso weiteren Forschungen vorbehalten. In den untersuchten Einrichtungen des Untersuchungssamples fanden sich jedenfalls nur wenige Hinweise auf externe Kontrollen oder Überprüfungen der Anstaltsunterbringungen. Ein überliefertes Dokument der Heimaufsichtsbehörde aus dem Vorwerk-Pflegeheim in Lübeck aus dem Jahr 1962 zeigt jedoch, dass auch im Heimbereich Kontrollen nicht sorgfältig und mit Blick auf das Wohl der Bewohnerinnen und Bewohner durchgeführt wurden. Selbst schwerwiegende strukturelle Mängel mussten keinen Niederschlag in den Berichten finden. So wurde ein erkennbar harmonisiertes Bild der Anstalt gezeichnet, das sich nur schwer mit der Vorwerker Realität, wie sie sich in Akten und Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenberichten findet,⁴⁰² in Einklang bringen lässt:

»Die Häuser sind gut durchdacht gebaut worden, es ist alles sehr hell und freundlich gehalten. Gruppen-, Schlaf- und Waschräume sind zweckmäßig und schön gestaltet. Die Schlafräume sind übersichtlich und nicht sehr groß. Bei einem Gang durchs Heim fällt auf, dass die Kinder gut und individuell gekleidet sind, dass zweckmäßiges Spielzeug vorhanden ist, und dass ein recht fröhlicher Ton herrscht. Es wird mit allen Mitteln versucht, alles für die Kranken zu tun.«⁴⁰³

Auch in den dokumentierten Fällen, bei denen sich die Minderjährigen oder ihre Eltern bei der Heim- und Klinikleitung oder den zuständigen Jugendämtern über gewalttätige Übergriffe beschwerten,⁴⁰⁴ änderte sich an den Verhältnissen in den Einrichtungen augenscheinlich nichts. Entsprechende Vorfälle wurden von den Verantwortlichen stets abgestritten oder bagatellisiert. Lediglich beim Lübecker Vorwerk, in dem sich die Anwendung physischer Gewalt bezeichnenderweise besonders häufig und massiv nachweisen lässt, führten Gewaltakte gegenüber den Bewohnerinnen und

402 LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD).

403 Zitiert nach: LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 461.

404 LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 461.

Bewohnern Ende der 1960er Jahre zu einer Anklage der Staatsanwaltschaft.⁴⁰⁵ Die genauen Umstände und Gründe für die Anklageerhebung sind jedoch nicht bekannt. Für einige konfessionelle Heime ist zudem zu belegen, dass die Heimleitungen – wie in Gescher – bis Anfang der 1970er Jahre gewaltförmige Erziehungsmaßnahmen entweder duldeten oder wie in Lübeck selbst körperliche Bestrafungsmaßnahmen durchführten (siehe Kap. 4.4.4).⁴⁰⁶

Gerade in Einrichtungen, in denen die überwiegende Mehrheit der Minderjährigen aus prekären Familienverhältnissen stammte, waren auch seitens der Angehörigen wenig Kontrolle oder Unterstützung und Rückhalt für die Kinder zu erwarten. Im Kindersanatorium »Wiesengrund« hatte über die Hälfte der Kinder und Jugendlichen bereits vor der Einweisung Fürsorgeeinrichtungen unterschiedlichster Art durchlaufen. In Haus Hall verbrachte weniger als ein Drittel der Minderjährigen ihre Sommerferien bei den Eltern, was ebenfalls darauf hindeutet, dass ein Großteil der Kinder über keine engen familiären Bindungen verfügte.⁴⁰⁷ Wenngleich sich gewaltsame Übergriffe seitens des Personals in allen Einrichtungsarten wiederfinden, so scheint doch gerade die langjährige Unterbringung in den Heimen der Behindertenfürsorge und »Langzeitabteilungen« der Kinder- und Jugendpsychiatrie Leid und Unrecht besonders begünstigt zu haben, insbesondere wenn keine Kontrolle durch die Angehörigen vorhanden war. Durch diese fehlende Aufsicht und die mangelnde Transparenz institutionellen Handelns waren die Betroffenen dem Risiko konkreter Gewalt, Verwahrlosung sowie dem Entzug ihrer individuellen Rechte verstärkt ausgesetzt.

3.2 DDR (1949–1990)

(*Karsten Laudien*)

3.2.1 Forschungsstand

Zur rechtlichen Situation von Kindern und Jugendlichen mit psychischen oder körperlichen Behinderungen in der DDR ist bisher keine Sekundärliteratur veröffentlicht worden, die sich näher mit diesem Thema beschäftigt.⁴⁰⁸ Während für die rechtliche Aufarbeitung der DDR-Heimerziehung im Allgemeinen – wenngleich nicht in spezi-

405 Ibid., 459.

406 Ibid., 454–462; LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 355–362.

407 Ibid., 352–354.

408 In der DDR ist in den betreffenden Rechtstexten der Begriff »Geschädigte« verwendet worden, wenn Menschen mit psychischen oder physischen Behinderungen gemeint waren. Die Verfassung von 1974 spricht von »Kinder[n] und Erwachsene[n] mit physischen oder psychischen Schäden« (Art. 25, Abs. 3).

fischer Weise – wissenschaftliche Arbeiten zur Verfügung stehen,⁴⁰⁹ fehlen Beiträge für die hier zu beschreibende Problematik. Es finden sich aber in einigen Abhandlungen zumindest wertvolle Hinweise.⁴¹⁰

Während das Quellenmaterial für die Jugendhilfe systematisch ausgewertet ist, gilt dies nicht für das im Bundesarchiv Berlin-Lichterfelde zugängliche Aktenmaterial des zuständigen Ministeriums für Gesundheitswesen der DDR.

Das Ministerium für Gesundheitswesen war die leitende staatliche Behörde für die Bereiche Rehabilitation und Schwerbeschädigtenbetreuung in der DDR. Für die Umsetzung der dortigen Vorgaben waren jedoch nicht allein die Gesundheitsabteilungen auf Kreis- und Bezirksebene verantwortlich, sondern auch weitere Akteure: Hierzu zählten die Jugendhilfe, der Freie Deutsche Gewerkschaftsbund (FDGB)⁴¹¹, das Deutsche Rote Kreuz⁴¹², aber auch Betriebe und Kombinate. Für die Arbeit der Organe, die unterhalb der Ministeriumsebene agierten, sowie der anderen gesellschaftlichen Akteure sind für dieses Themenfeld jedoch kaum Vorarbeiten vorhanden. Das gilt auch für die Bereiche, in denen Überschneidungen der Aufgaben des Ministeriums für Gesundheitswesen und des Ministeriums für Volksbildung festzustellen sind.⁴¹³ Für das Gesundheitswesen im Allgemeinen ist bereits Forschung geleistet worden.⁴¹⁴

Ein weiterer Aspekt ist hier hervorzuheben: Das von der SED-Führung beanspruchte Erziehungsmonopol des sozialistischen Staates führte dazu, dass in der DDR alle sozialen Einrichtungen, die im weitesten Sinne mit der Bildung von Kindern und Jugendlichen befasst waren, unter staatlicher Verantwortung stehen sollten, während der Bestand der konfessionellen Erziehungsheime über die Zeitdauer der DDR ausgedünnt und deren Arbeit weitgehend zum Erliegen gebracht wurde. Nach nicht geprüften Schätzungen befanden sich jedoch ca. 40 bis 50 Prozent der Einrichtungen für die Fürsorge behinderter Menschen in konfessioneller Trägerschaft. Die Arbeit konfessioneller Träger

409 WAPLER (2012); DREIER-HORNING/LAUDIEN (2012), 45–65, BOLDORF (2004).

410 BARSCH (2007); WILLING (2008); WESTFELD (2017); KERSCHBAUMER (2011); RAMM (2017).

411 Der Gewerkschaftsbund war vor allem an der Organisation von Ferienlagern, Kuren, Familienbetreuung sowie der Frei- und Urlaubszeit für geschädigte Minderjährige beteiligt und war nach heutigem Verständnis auch ein Leistungserbringer, der Mittel aus den Sozialversicherungskassen bezog. Es ist aber nicht geklärt, ob die Gewerkschaft eine »Institution« des Rehabilitationswesens oder nur eine daran »beteiligte« Institution war (vgl. RAMM, 2017, 78 f.). Laut Ministerium für Gesundheitswesen ist die »Mitwirkung der Gewerkschaft bei der Rehabilitation [...] unmittelbarer Bestandteil gewerkschaftlicher Interessenvertretung« (Ministerium für Gesundheitswesen/Akademie für ärztliche Fortbildung der Deutschen Demokratischen Republik, 1987, 21). Die Gewerkschaft selbst verstand sich als Interessenvertretung der »Arbeiterklasse« und beteiligte auch die, die durch Gebrechen, Invalidität oder Alter (Rente) am Arbeitsprozess gehindert waren (Bundesvorstand des FDGB, Beschluss über gewerkschaftliche Aufgaben auf dem Gebiet der Rehabilitation, 1979, 3 f.). Vgl. RAMM (2017), 80 f.

412 Siehe HAGEMOSER (1984); ders. (1985).

413 Siehe RAMM (2016), 2.

414 SPAAR (2003 a); SPAAR (2003 b); THIELE (1990); RUBAN (1981).

im Bereich der Kinderheimerziehung vollzog sich unter rechtlich nicht verlässlichen Bedingungen. Dies gilt auch für den Bereich der Behindertenhilfe.

Für die Einschätzung der rechtlichen Situation in der DDR sind drei grundsätzliche Bemerkungen wichtig.

Erstens ist – anders als in der alten Bundesrepublik – in der DDR seit 1952 der föderalistische Ansatz zugunsten einer zentralen Verwaltung aufgegeben worden. Verschiedene Rechtsprechungen und Rechtspraktiken der einzelnen Bundesländer, wie es sie in der BRD gab, haben sich in der DDR nicht gebildet.

Zweitens verlief zwischen dem geltenden Recht und der tatsächlichen Praxis in der DDR in vielen Bereichen ein Graben. Dass dies auch für den Bereich der Behindertenfürsorge galt, hat Wolfgang Presber, der in den 1970er Jahren das Rehabilitationszentrum in Berlin-Buch leitete, hervorgehoben.⁴¹⁵

Drittens konnte für die Heimerziehung eine relative Stabilität der Strukturen und der Praxis festgestellt werden.⁴¹⁶ Dieser Befund folgte dem nicht ganz ernst gemeinten Diktum Stefan Wolles, nachdem die DDR insgesamt ein Land ohne Geschichte gewesen sei.⁴¹⁷ Gleiches ist auch für den hier zu untersuchenden Bereich formuliert worden.⁴¹⁸ Rechtlich kann unser Befund dies unterstützen. Die einmal etablierten Regeln wurden zwar ergänzt und erweitert, hatten aber bis 1990 Bestand. Gleichwohl haben sich auch in der DDR in der Einstellung und der Praxis der Betreuung von Minderjährigen mit Behinderungen Veränderungen vollzogen.

3.2.2 Hinweise zur Vorgeschichte in der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) vor Gründung der DDR (1945–1949)

Unmittelbar nach dem Krieg hat die Sowjetische Militäradministration (SMAD), die sich am 9. Juni 1945 in Berlin konstituierte, erste Regelungen getroffen, die die Behindertenhilfe auf eine neue rechtliche Grundlage stellten. Zeitgleich haben Heimeinrichtungen, aber auch Sonderschulen ihre Arbeit ohne konkretes rechtliches Fundament aufgenommen bzw. fortgesetzt.⁴¹⁹

Nach 1945 versuchte die SMAD nach dem Vorbild der staatlichen Ordnung der UdSSR, auf dem Gebiet der späteren DDR zentrale Verwaltungseinheiten zu schaffen. Als erste Schritte dazu dienten die Schaffung der »Zentralverwaltung für Volksbildung«

415 PRESBER (2001), o.S.

416 DREIER-HORNING/LAUDIEN (2016), 21.

417 WOLLE (1998).

418 SCHUBERT (2012), 49.

419 Vgl. WERNER (1999), 54.

(DVV, 27.7.1945), der »Zentralverwaltung für Gesundheitswesen« (DZVG, 27.7.1945) und der »Deutschen Verwaltung für Arbeit und Sozialfürsorge« (DVAS, 19.6.1946).⁴²⁰ Auf Befehl der SMAD vom 12. September 1946 war letztere u. a. für »Sozialfürsorge und Sozialversicherung« zuständig und den noch bestehenden Ländern gegenüber weisungsbefugt:

»Alle deutschen Provinzial- (Landes-), Kreis- und städtischen Organe der Selbstverwaltung auf dem Gebiet der sowjetischen Besatzungszone sind verpflichtet, die von der Deutschen Verwaltung für Arbeit und Sozialfürsorge erlassenen richtungsgebenden Dokumenten und Anweisungen in Fragen der Arbeit und Löhne, der Sozialfürsorge und Sozialversicherung zu befolgen.«⁴²¹

Die DVAS erhielt ein zonenweites Gesetzgebungsrecht, das das Landes- und das Kommunalrecht allmählich vereinheitlichen sollte. Zu ihren Aufgaben gehörten Wohnungs- und Siedlungswesen, Sozialversicherung, Betreuung von Mutter und Kind, Invalidenbetreuung, Rentenzahlungen, Betriebskindergärten, Mütterbetreuung und Körperbehindertenschutz. Die Zentralverwaltung wurde durch die SMAD so zu einer Art »Zonenministerium« erhoben, das für die Zentralisierung der Sozialfürsorge zuständig war.⁴²² Die Zentralverwaltung für Gesundheitswesen begann ihre Tätigkeit mit der »Verordnung über den Neuaufbau des öffentlichen Gesundheitswesens« vom 18. September 1945.

Durch die SMAD sind 1947 auf dem Gebiet der späteren DDR bzw. der sowjetisch besetzten Zone die Reichsfürsorgeverordnung und die Reichsgrundsätze der öffentlichen Fürsorge aufgehoben worden. An deren Stelle trat die »Verordnung über die Sozialfürsorge für die Bevölkerung in der sowjetischen Besatzungszone Deutschlands«, die die Vorstufe eines eigenen Sozialfürsorgerechts der DDR bildete.⁴²³

3.2.3 Das Rechtsverständnis in der DDR

Auch wenn die Auswirkungen des sozialistischen Rechtsverständnisses auf die Betroffenen an dieser Stelle nicht geschildert und analysiert werden können, kann eine Darstellung des DDR-Behindertenrechts nicht ohne Erwägungen über den allgemeinen Charakter des sozialistischen Rechtsverständnisses auskommen.

420 Befehl Nr. 17 der SMAD vom 7. Juli 1945.

421 Verordnung für die Deutsche Verwaltung für Arbeit und Sozialfürsorge der sowjetischen Besatzungszone in Deutschland, in: AuS 1 (1946), 246, zitiert nach: WILLING (2008), 21.

422 Ibid., 22.

423 Verordnung über Sozialfürsorge in der sowjetischen Besatzungszone Deutschlands vom 22.4.1947 nebst DVO vom 2.9.1947. Die Dokumentation der SMAD-Befehle für den Bereich des Gesundheits- und Behindertenfürsorgewesens findet sich in: Koordinierungsrat (1976).

Die DDR wurde im Oktober 1949 gegründet. Sie verstand sich als ein sozialistischer Staat, der sich die Befreiung des Menschen zum Ziel gesetzt hatte. Diese Befreiung – versinnbildlicht als Befreiung vom Faschismus – bedeutete einerseits eine fundamentale Gegenstellung zum »Kapitalismus«, worunter die westlichen Demokratien, die als Vorgeschichte und Fortsetzung des Hitlerreiches angesehen wurden, subsumiert waren. Es handelte sich insofern um ein explizit politisches Unterfangen, das aber auch anthropologisch verstanden wurde. Die Befreiung des Menschen von den von ihm selbst geschaffenen Ausbeutungsverhältnissen, der Herrschaft von Individuen über andere Individuen (als »Ausbeutung des Menschen durch den Menschen«), die Schaffung einer klassenlosen Gesellschaft, die Einheit von Kollektiv und Individuum waren zentrale Anliegen des Marxismus-Leninismus, die in die Parteiprogramme der SED einfließen und damit zugleich den ideologischen Rahmen jeder DDR-Regierung bildeten.

Dieser Zielstellung entsprechend und unter der Annahme, dass das Recht eines jedes Staates nicht von allgemeinen Gerechtigkeitsprinzipien beeinflusst und beeinflussbar war, sondern ein direkter Ausdruck der egoistischen Interessen der jeweils Herrschenden darstellte, musste eine neue Rechtsform gefunden werden, in die auch die Behindertenhilfe integriert wurde.

Diese neue Rechtsform wurde mit dem Titel »sozialistisches Recht« versehen und stellte ein Gegenprinzip zum bürgerlichen Individualrecht dar. Es zeichnete sich durch ein kollektivistisches Rechtsverständnis, also die Einheit von Individual- und Kollektivinteressen und ein spezifisches Verhältnis von Recht und Erziehung, aus.

Die Rechtsordnung der DDR ging von der Prämisse aus, dass nicht der/die individuelle, mit persönlichen Freiheits-, Eigentums- und Entscheidungsrechten versehene Bürger/Bürgerin im Zentrum stehen dürfen, sondern der »Mensch«, insofern er einer politischen Gemeinschaft angehört. Diese erschien ihrerseits nur dann rechtlich legitimiert, wenn sie kollektiv dem Aufbau und der Festigung des Sozialismus diene.

Der Einzelne hatte sich in dieses Gefüge einzugliedern und seine eigenen Interessen als Teil der Gemeinschaftsinteressen wahrzunehmen. Dass das einzelne Individuum mit dieser Zielbestimmung nicht übereinstimmen könnte, wurde theoretisch dadurch ausgeschlossen, dass die Zielbestimmung »sozialistische Gesellschaft« als eine »wissenschaftlich« (qua Marxismus-Leninismus) bewiesene, »objektive« Tatsache angesehen wurde. Als ebenso »wissenschaftlich« erwiesen galt das Diktum, dass erst durch die Erreichen dieses Ziels das »wahre Individuum« (der »Neue Mensch«) entwickelt sein würde. Ein Mensch konnte also nur dann gegen diese Vorgabe eingestellt sein, wenn er objektiv gegen seine eigenen Interessen verstieß. Diese grundsätzlich paternalistische Rechtsvorstellung prägte den Umgang der Jugendhilfe ebenso wie den Umgang mit Krankheit und Behinderung.

3.2.3.1 Sozialistische Persönlichkeitsrechte

Die offizielle SED-Doktrin strebte danach, eine negative Besetzung des Terminus »individuelle Rechte« einzuüben. Er wurde mit der Bedeutung besetzt, die Erblast eines bürgerlich-kapitalistischen Menschenbildes einer entfremdeten, vom Sozialismus überwundenen Welt zu sein:

»Die Grundrechte sind zugleich als subjektive Rechte des Bürgers zu verstehen. Dies gilt nicht im Sinne der bürgerlichen Konzeption, wonach durch die Bürgerrechte angeblich eine sogenannte staatsfreie Sphäre gesichert werden soll.«⁴²⁴

Grundrechte, die üblicherweise als bürgerliche Abwehrrechte verstanden wurden, fanden noch 1949 Eingang in die Verfassung der DDR. Sie galten jedoch ab Mitte der 1950er Jahre als »überwunden« und wurden durch »sozialistische Persönlichkeitsrechte« ersetzt, so Walter Ulbricht (1893 – 1973) 1958.⁴²⁵ »Grundrechte« im Sozialismus wurden fortan als »Mitwirkungs- und Gestaltungsrechte der Bürger« ausgegeben, und zwar in dem Sinne, dass sie sich als Grundpflichten zur Mitwirkung am Aufbau des sozialistischen Staates konkretisierten. Grundrechte verpflichteten die Bürgerinnen und Bürger einerseits zur sozialistischen Lebensweise, andererseits ermöglichten sie die Teilhabe an der Gestaltung der sozialistischen Gesellschaft.⁴²⁶ So wurde im Artikel 21, Abs. 2 über die allgemeinen Grundrechte und Grundpflichten der Bürger in der Verfassung der DDR von 1968 postuliert, dass »[d]as Recht auf Mitbestimmung und Mitgestaltung [...] gewährleistet [ist]«, bevor dem eine Aufzählung der Mitbestimmungsmöglichkeiten folgte, die – anders als ein individuelles Recht – als Teilhaberechte definiert wurden: »Die Verwirklichung dieses Rechts der Mitbestimmung und Mitgestaltung ist zugleich eine hohe moralische Verpflichtung für jeden Bürger.« (Art. 21, Abs. 3)⁴²⁷

Auch das Arbeitsrecht wurde als Teilhaberecht des Bürgers und der Bürgerin verstanden. Es sicherte den »Schutz seiner Gesundheit und seiner Arbeitskraft« (Art. 35), es begründete die Schaffung eines »Versicherungssystems«, das »bei Krankheit und Unfällen materielle Sicherheit, unentgeltliche ärztliche Hilfe, Arzneimittel und andere medizinische Sachleistungen« gewährte. Jeder DDR-Bürger und jede DDR-Bürgerin hatte das Recht auf »Fürsorge der Gesellschaft im Alter und bei Invalidität« (Art. 36) sowie ein Recht auf »Freizeit und Erholung«. Auch die Rechtsvorschriften zur Rehabilitation und Schwergeschädigtenbetreuung sollten Menschen mit körperlicher oder geistiger Beeinträchtigung – wenn auch in vielen Fällen keine physische oder psychische Rehabilitation möglich war – doch zumindest eine soziale Rehabilitation ermöglichen. Der Art. 34 enthielt das »Recht auf Arbeit« und die damit korrespondierende »Pflicht zur Arbeit«. Die Rehabilitationsgesetze schienen notwendig, um dem Bürger »die Mög-

⁴²⁴ Akademie für Staats- und Rechtswissenschaft (1977), 185.

⁴²⁵ KLENNER (1964), 103 ff.

⁴²⁶ Vgl. WAPLER (2012), 17.

⁴²⁷ Verfassung der Deutschen Demokratischen Republik vom 6.4.1968; GBl. I Nr. 8, 199.

lichkeit zu geben, wieder gesellschaftlich nützliche Arbeit zu leisten und damit seine Persönlichkeitsentwicklung zu gewährleisten.«⁴²⁸

Menschen mit einer Behinderung sind rechtlich nicht-behinderten Menschen in jeder Hinsicht gleichgestellt worden, was auf der formal-rechtlichen Ebene uneingeschränkt galt. Allerdings wurde dies, wie nachfolgend gezeigt werden wird, in der Rechtsanwendung, also der Praxis, nicht durchgehalten.

3.2.3.2 Die Einheit von Individual- und Kollektivrechten⁴²⁹

Die Rechtsordnung der DDR war davon geprägt, dass die verfassungsrechtlich eingeräumten oder garantierten individuellen Grundrechte (Meinungs-, Religions-, Presse- und Bildungsfreiheit usw.) theoretisch wie praktisch den kollektiven (»staatlichen«) Bedürfnissen untergeordnet waren. Das Mittel dafür bestand in der für den sozialistischen Staat charakteristischen Gleichsetzung von Staats- und Bürger-, Regierenden- und Regierten- sowie Gesellschafts- und Individualinteressen.⁴³⁰ Durch die »Beseitigung der Ausbeutung« war der Gegensatz von Regierung und Regierten aufgehoben und die Über- oder Zusammenführung aller Partikularinteressen in das Bezugssystem der Gesellschafts- und Staatsinteressen (die DDR-Ideologie unterschied hier nicht, weil sie langfristig vom »Absterben« des Staates, also der Notwendigkeit von Machtausübung, ausging) »objektiv« gelungen und vollzogen.⁴³¹ Wie intensiv Überlegungen dieser Art das Selbstverständnis der SED und damit das Regierungshandeln bestimmten, belegt die Aufnahme in den Verfassungstext: »Die Übereinstimmung der politischen, materiellen und kulturellen Interessen der Werktätigen und ihrer Kollektive mit den gesellschaftlichen Erfordernissen ist die wichtigste Triebkraft der sozialistischen Gesellschaft.«⁴³² Auch unterhalb der Verfassungsebene bestimmte dieses Diktum die Arbeit der Organe, z. B. der Jugendhilfe: »In der Deutschen Demokratischen Republik haben Staat und junge Generation zum ersten Mal in der deutschen Geschichte gemeinsame Interessen und Ziele.«⁴³³

428 Ministerium für Gesundheitswesen (1981), 17.

429 Zu diesem Abschnitt siehe: Laudien (2013), 136f.; ders. (2014), 98f.

430 Vgl. Mollnau (1976), 80.

431 Vgl. Schütze (1964), 84; Krebs (1965), 166; Autorenkollektiv (1980), 20.

432 Verfassung der DDR (1968) Art. 2, Abs. 4. 1974 wurde der Absatz wie folgt geändert: »Die Ausbeutung des Menschen durch den Menschen ist für immer beseitigt. Was des Volkes Hände schaffen, ist des Volkes Eigen. Das sozialistische Prinzip ›Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seiner Leistung‹ wird verwirklicht.«

433 Gesetz über die Teilnahme der Jugend am Kampf um den umfassenden Aufbau des Sozialismus [...] in der DDR (4. Mai 1964), Abs. I., in: GBl. DDR I, 1964, Nr. 4, 75 ff. Diese Formulierung aus dem Jugendgesetz von 1964 wurde in der Fassung von 1974 nur leicht abgewandelt: »In der Deutschen Demokratischen Republik stimmen die grundlegenden Ziele und Interessen von Gesellschaft, Staat und Jugend überein.« Gesetz über die Teilnahme der Jugend der Deutschen Demokratischen Republik an der Gestaltung der entwickelten sozialistischen Gesellschaft [...], (28. Januar 1974), Abs. I, in: GBl. DDR I, 1974, Nr. 5, 45.

Besonders für die öffentliche Erziehung und insbesondere für die Heimerziehung galt:

»Auf der Grundlage der objektiven Übereinstimmung der gesellschaftlichen und persönlichen Interessen kann in der sozialistischen Gesellschaft der Widerspruch zwischen dem objektiven Soll-Wert der Gesellschaft und dem individuellen Ist-Wert der Persönlichkeit, das heißt zwischen Individuum und Gesellschaft, gelöst werden.«⁴³⁴

Dass diese Maßstäbe nicht allein für die DDR-Jugendhilfe galten, sondern – allerdings mit anderer Wortwahl – auch als Ziel für die Rehabilitationspädagogik der DDR vertreten wurden, zeigt die starke Betonung des Nutzens, mit der die Rechte auf Bildung und Arbeit begründet wurden:

»Kinder mit körperlichen oder geistigen Gebrechen sowie erheblichen Fehlentwicklungen [wurden] unter dem Naziregime [...] aus der Gesellschaft ausgestoßen oder sogar getötet [...]. Die neue demokratische Gesellschaft stellt sich dagegen die Aufgabe, sie soweit als möglich erwerbsfähig zu machen, ihre Fürsorgebedürftigkeit so weit wie möglich zu beseitigen und ihnen zur Wahrnehmung ihres Rechts auf Bildung und Arbeit zu verhelfen, damit sie zu brauchbaren Mitgliedern der Gesellschaft werden.«⁴³⁵

Aus diesem Ansatz entwickelte sich in der DDR die sogenannte »Rehabilitationspädagogik«. Menschen mit einer Behinderung wurden als »Geschädigte« bezeichnet.⁴³⁶ Die Begriffe »Heilpädagogik« und »Sonderpädagogik« wurden abgelehnt, vermutlich aus Erwägungen, sich vom Sprachgebrauch in der Bundesrepublik abzuheben. Von Beginn an ist die Rehabilitationspädagogik mit dem Ziel der Eingliederung bzw. Wiedereingliederung aufgebaut worden.⁴³⁷ Sie wurde als Einheit von beruflicher, medizinischer und sozialer Rehabilitation aufgefasst.⁴³⁸

»Rehabilitation«, so der spätere Direktor der betreffenden Fakultät (der »Sektion Rehabilitationspädagogik«) an der Humboldt-Universität Berlin, Klaus-Peter Becker, *»ist eine zweckgerichtete Tätigkeit eines Kollektivs in medizinischer, pädagogischer, sozialer und ökonomischer Hinsicht zur Entwicklung, Erhaltung und Wiederherstellung der Fähigkeiten des geschädigten Menschen, aktiv am produktiven, wirtschaftlichen, politischen, kulturellen und familiären Leben der Gesellschaft teilnehmen zu können.«⁴³⁹*

Das Behindertenrecht der DDR zielte demnach auch auf die Ermöglichung (»Verwirklichung«) sozialistischer Teilhaberechte. Dabei wurde die Einheit von Vorsorge, Behandlung, Nachbehandlung, Rehabilitation und die Integration bereits in den frühen

434 SCHÜTZE (1964), 84; KREBS (1965), 166.

435 Resolution von 14 Sonderschullehrern auf dem IV. Pädagogischen Kongress vom 23.–26.8.1949 in Leipzig, zitiert in: BECKER/GROSSE (2007), 26.

436 Zur Terminologie (Schädigung, Behinderung) siehe RAMM (2016), 53–56; BARSCH (2007), 13–15.

437 PRESBER (2001), 62.

438 Autorenkollektiv (1981 a), 18.

439 BECKER u. a. (1984), 236.

Jahren betont, und zwar in Abgrenzung zum Verständnis von Rehabilitation in den westlichen Ländern. Dort sei sie nichts anderes als die »Rückführung Frühinvalider oder Invalider in den Arbeitsprozeß«. ⁴⁴⁰

Allerdings wird man dies vor dem Hintergrund eines in der DDR im Widerspruch zum offiziellen antifaschistischen Vokabular gepflegten utilitaristischen Menschenbildes betrachten müssen. Der Hauptakzent rehabilitativer Vorhaben lag auf der damit kalkulierten Steigerung des gesellschaftlichen Nutzens. In Anlehnung an die sowjetische »Defektologie« sollte Rehabilitation als »gesamtgemeinschaftliche« Aufgabe einen gesellschaftsdienlichen Auftrag ausführen: »Das Ziel, d. h. die Rehabilitation ist erreicht, wenn es gelungen ist, den Leistungsrest maximal zu trainieren und optimal zu nutzen, wobei gleichzeitig möglichst angepasste Lebensbedingungen geschaffen werden müssen.« ⁴⁴¹

Die Rolle der »ökonomischen Basis« spielte in den marxistisch-leninistischen Vorgaben des DDR-Sozialismus eine solche Rolle, dass es kaum anders denkbar war, als dass auch der behinderte Mensch vor allem durch seinen produktiven Beitrag zur sozialistischen Gesellschaft in den Blick geriet. Denn Rehabilitation »maximiert [...] die Leistung der Geschädigten zur Erreichung wirtschaftlicher Ziele«, wird zur »Produktivkraft« und lässt den Geschädigten zur Erhöhung des »Nationaleinkommens« beitragen. ⁴⁴²

Aus der sogenannten »Interessenharmonie« von Staat und Bürger folgte, dass auftretende Konflikte nicht als Interessengegensätze wahrgenommen, sondern als Erziehungsaufgabe interpretiert wurden. Das Recht war ein Mittel der Erziehung, es war ein Hilfsmittel, um Bewusstseinsveränderungen zu bewirken, die ihrerseits dem Ziel dienten, das Individuum von der Notwendigkeit der Maßnahmen des sozialistischen Staates zu überzeugen. Der Erkenntnisfortschritt sollte von oben nach unten weitergegeben werden, was unter der sozialistischen Annahme, dass Staat und Partei die Verkörperung der Erkenntnis der objektiven historischen Notwendigkeiten darstellen, folgerichtig erscheint.

»Erziehung« meinte in der offiziellen Sicht der DDR-Pädagogik nicht allein die im engeren Sinne pädagogischen Momente, sondern war entsprechend des historisch verstandenen Selbstverständnisses der sozialistischen Gesellschaft Kontrolle und Disziplinierung im Hinblick auf die Angleichung der individuellen Lebensumstände an die gesellschaftliche Notwendigkeit. ⁴⁴³

440 RENKER (1967), 18 f.

441 PRESPEL (1973), 13. Vgl. auch RAMM (2016), 26–32.

442 RENKER (1985), 13.

443 Vgl. HANEY (1967), 231 ff.

3.2.3.3 Menschenrechte für Menschen mit Behinderungen bzw. für »geschädigte« Menschen in der DDR und abschließende Bemerkungen

Die DDR war seit 1973 Mitglied der Vereinten Nationen (UNO), nachdem sie seit 1969 einen beratenden Status innehatte. Bereits vorher (1967) hatte sie die »Resolution der IX. Konferenz der Minister für Gesundheitswesen der sozialistischen Länder zu Fragen der Rehabilitation« mit verabschiedet und 1972 die »Deklaration zum Weltjahrzehnt der Rehabilitation« von der Internationalen Rehabilitationsgesellschaft (International Society für Rehabilitation of the Disabled, ISRD) entgegengenommen.

1976 trat der internationale Pakt über Bürgerliche und Politische Menschenrechte (»Zivilpakt«) in Kraft und wurde von der DDR durch ihre Mitgliedschaft in der UNO mitunterzeichnet. Er trat im selben Jahr für die DDR in Kraft und wurde im Gesetzesblatt der DDR auch publiziert.⁴⁴⁴ Die DDR war dadurch verpflichtet – und sie kam dieser Verpflichtung auch nach –, Berichte zu Menschenrechtsthemen abzufassen und sie der UNO vorzulegen.⁴⁴⁵ Allerdings hatte die DDR das sogenannte »Fakultativprotokoll«, das externe Kontrollmöglichkeiten vorsah, nicht unterzeichnet. Individualbeschwerden von Bürgern der DDR mit Bezug auf die Unterzeichnung der UNO-Menschenrechtsdeklaration waren deshalb nicht möglich.

Das Muster ist ähnlich dem Verhältnis von Verfassungsrechten und ihrer praktischen Umsetzung. Mit ihrem Anspruch setzte sich die DDR hohen Normen aus. Die Umsetzung dieser Normen ist jedoch schwer zu beurteilen, weil jede Form externer Kontrolle und unabhängiger Rechtsaufsicht durch Verwaltungs- und Verfassungsgerichte verwehrt wurde. So bleibt festzuhalten, dass die Menschen, die in der DDR in Einrichtungen der Behindertenhilfe lebten, kaum Möglichkeiten hatten, öffentlich auf ihr Schicksal aufmerksam zu machen und rechtlich für die ihnen gewährten Lebenschancen einzutreten.

3.2.4 Rechte von Menschen mit Behinderungen in der DDR

Dieses Kapitel beschreibt die normativen Verfassungsvorgaben der Behindertenhilfe in der DDR. Es informiert über das Selbstverständnis und die humanistischen Ansprüche der DDR-Behindertenhilfe, vor deren Hintergrund die Umsetzung und die Praxis beurteilt werden müssen.

Die DDR beanspruchte bereits im Jahr ihrer Gründung (1949), für »eine grundlegende Änderung in der Einstellung der Gesellschaft zum Geschädigten« einzustehen.⁴⁴⁶

⁴⁴⁴ GBl. DDR, II, 1974, Nr. 6 und 7.

⁴⁴⁵ MIHR (2002), 139.

⁴⁴⁶ THEINER (1984), 18.

Die Forderung des Nationalsozialismus nach »Vernichtung lebensunwerten Lebens« wurde in größtmöglicher Abgrenzung von der Vergangenheit als »Gipfel der Barbarei« bezeichnet, und die SED verstand sich selbst im Verbund mit den anderen sozialistischen Staaten als Verkörperung der einzig möglichen »humanistischen Haltung«, die mit dieser Tradition brach.⁴⁴⁷

»Das Prinzip des sozialistischen Humanismus« wurde in Bezug zu Menschen mit Behinderungen folgendermaßen beschrieben. Es finde

»seinen Ausdruck darin, dass Geschädigte gleichberechtigt in die Gesellschaft integriert sind. Dabei geht das Bemühen dahin, die soziale Gleichstellung der Geschädigten im Sinne ihres aktiven Tätigseins zu gewährleisten. Wesentlich ist, dass die sozialistische Gesellschaft diese Position nicht nur deklariert, sondern vielfältige Bedingungen für ihre Realisierung schafft.«⁴⁴⁸

Dem Anspruch nach ist hier das Prinzip der Gleichberechtigung als »soziale Gleichstellung« im »inkluisiven« Sinne formuliert, nämlich als Ermöglichung eines aktiven sozialen Tätig-seins. Für dieses Ziel beriefen sich die Verfasser auf den wohl einzigen Text, der die Behindertenhilfe im Hinblick auf ihre rechtlichen Aspekte beschreibt, auf eine Reihe von »Normativakte[n] für die Erfassung, Bildung und Erziehung, Berufsausbildung, Arbeit sowie Sozialfürsorge Geschädigter«,⁴⁴⁹ die als verfassungsrechtliche Basis für die Verwirklichung dieses Zieles in Anspruch genommen wurden. Die dort aufgelisteten Rechtspassagen seien hier wiedergegeben.

Grundlage war die Verfassung der DDR in der Fassung von 1975 (die betreffenden Paragraphen finden sich aber bereits in den Verfassungen von 1949 und 1968). Die allgemeine Rechtsgrundlage bildet der Artikel 20: »Jeder Bürger der Deutschen Demokratischen Republik hat [...] die gleichen Rechte und Pflichten. [...] Alle Bürger sind vor dem Gesetz gleich.« Die weiteren angeführten Artikel wurden mit Bezug auf die Persönlichkeitsentwicklung der Geschädigten als besonders wichtig hervorgehoben:

- »Jeder Bürger der Deutschen Demokratischen Republik hat das Recht, das politische, wirtschaftliche, soziale und kulturelle Leben der sozialistischen Gesellschaft und des sozialistischen Staates umfassend mitzugestalten. Es gilt der Grundsatz: ›Arbeite mit, plane mit, regiere mit!« (Art. 21)
- »Jeder Bürger [...] hat das Recht auf Arbeit. Er hat das Recht auf einen Arbeitsplatz und dessen freie Wahl entsprechend den gesellschaftlichen Erfordernissen und persönlicher Qualifizierung. [...] Das Recht und die Pflicht zur Arbeit bilden eine Einheit.« (Art. 24)

447 Ibid., 18.

448 Ibid., 18.

449 Ibid.

- »Jeder Bürger [...] hat das gleiche Recht auf Bildung. Die Bildungsstätten stehen jedermann offen. Das einheitliche sozialistische Bildungssystem gewährleistet jedem Bürger eine kontinuierliche sozialistische Erziehung, Bildung, Weiterbildung. [...] In der Deutschen Demokratischen Republik besteht allgemeine zehnjährige Oberschulpflicht. [...] Alle Jugendlichen haben das Recht und die Pflicht, einen Beruf zu erlernen. [...] Für Kinder und Erwachsene mit psychischen und physischen Schädigungen bestehen Sonderschul- und Ausbildungseinrichtungen.« (Art. 25)
- »Jeder Bürger [...] hat das Recht auf Schutz seiner Gesundheit und seiner Arbeitskraft.« (Art. 36)
- »Jeder Bürger [...] hat das Recht auf Fürsorge der Gesellschaft im Alter und bei Invalidität.« (Art. 36)

Die DDR-Verfassung garantierte also eine umfassende politische, wirtschaftliche, soziale und kulturelle Teilhabe: das Recht auf Arbeit und die Wahl des Arbeitsplatzes; das Recht auf Bildung mittels zehnjähriger Oberschulpflicht; das Recht auf eine Berufsausbildung, das Recht auf Gesundheitsschutz und Schutz der Arbeitskraft; und schließlich das Recht auf Fürsorge bei Alter und Invalidität.⁴⁵⁰

3.2.4.1 Das Recht auf Bildung

Das Recht auf Bildung war im Art. 25 der Verfassung (1968) fixiert. Es galt unterschiedslos für alle Bürgerinnen und Bürger und wurde vom Recht und der Pflicht ergänzt, einen Beruf zu erlernen. »Für Kinder und Erwachsene mit psychischen und physischen Schädigungen bestehen Sonderschul- und -ausbildungseinrichtungen« (Art. 25, Abs. 5). Um die Komplexität der praktischen Umsetzung und Wahrnehmung des Bildungsrechtes zu verstehen, soll an dieser Stelle die Praxis der untersuchten Einrichtungen dargestellt werden.

Die Wahrung der Bildungs- und Schulrechte fielen in Abhängigkeit von der Verweildauer und des Einrichtungstyps sehr unterschiedlich aus. Entsprechend der relativen Kürze des Aufenthaltes versuchten die kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen in den Kliniken den Schulbesuch zum Teil extern zu organisieren.⁴⁵¹

In der Universitätsklinik Halle/Saale sind Schulbesuche je nach Krankheitsstatus organisiert und ermöglicht worden. Dazu wurden Verträge oder Absprachen mit den sonderpädagogischen Einrichtungen abgeschlossen und man versuchte, den Kindern den Besuch ihrer Heimatschulen zu ermöglichen, insofern diese sich in Halle befanden.⁴⁵²

450 Eine Ausnahme bildete laut Sebastian Barsch die Gruppe der sogenannten »nicht-förderungsfähigen« Kinder. Für sie bestand weder das Recht auf Schulbildung noch auf Betreuung, so dass sie im Elternhaus, in konfessionellen Einrichtungen oder Psychiatrien lebten; vgl. BARSCH (2007), 50.

451 In der Universitätsklinik Halle/Saale betrug die Verweildauer durchschnittlich 40 Tage; siehe: BEYER: Universitätsnervenklinik Halle/S., LE UKJP (DDR), 777.

452 Ibid., 784.

Der Berliner Charité stand eine Schule zur Verfügung, die – vermutlich – wie diejenige der Klinik in Herzberge der Volksbildung unterstand.⁴⁵³ In dieser Sonderschule sind von den in der Studie untersuchten Fälle ca. ein Drittel beschult worden.⁴⁵⁴

Auf dem Gelände des Fachkrankenhauses für Neurologie und Psychiatrie Herzberge befand sich eine allgemeinbildende, polytechnische Oberschule. Zwar enthalten die Akten keine Informationen über die Beschulung der Kinder und Jugendlichen,⁴⁵⁵ allerdings hat die Einrichtung einen Kooperationsvertrag mit der Sonderschule abgeschlossen, so dass davon auszugehen ist, dass Kinder und Jugendliche Schulunterricht erhielten. Für diejenigen, die nicht beschult werden konnten, stand kein geeignetes heilpädagogisch ausgebildetes Personal zur Verfügung.⁴⁵⁶ Die Kinder und Jugendlichen, die in der psychiatrischen Kinderstation im evangelischen Königin-Elisabeth-Hospital (KEH) untergebracht waren, galten als »nicht-bildungsfähig« und wurden nicht schulisch unterrichtet.⁴⁵⁷

Eine andere Situation zeigte sich in den Pflegeeinrichtungen der Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen. Auch für diesen Bereich galt allgemein das Recht auf Schulbesuch und Ausbildung. Allerdings konnte dies nur in sehr begrenztem Umfang wahrgenommen werden.

Während Förderungsmöglichkeiten für sogenannte »nicht-schulbildungsfähige« Kinder in der DDR erst in den 1970er Jahren angeboten wurden, begann man z. B. in Haßleben (im »Haus im Sonnenwinkel«, eine Außenstelle der Einrichtung in Templin) bereits in den frühen 1960er Jahren damit, auch als schulbildungsunfähig geltende Kinder sonderpädagogisch zu fördern.⁴⁵⁸ Hierbei versuchte man, Kinder, die als schulbildungsunfähig galten, so zu fördern, dass sie den Status »schulbildungsfähig« erwarben und anschließend eine reguläre Sonderschule besuchen konnten.⁴⁵⁹ Dies ist insofern erwähnenswert, als der Waldhof Templin damit sein Einrichtungszweck eigenständig und mit dem Wissen der staatlichen Stellen »ausweitete«, da er als konfessionelle Pflegeeinrichtung offiziell nicht befugt war, sonderpädagogisch zu arbeiten.⁴⁶⁰

Es sind umgekehrt aber auch Kinder, die als sonderschulbildungsfähig galten, nach Templin eingewiesen worden, weil es im Bezirk Neubrandenburg keine Sonderschulplätze für Kinder mit einem besonderen Hilfebedarf gab.⁴⁶¹ Wie Templin betrieb auch Ershausen bis in die 1960er Jahre (Templin bis 1957) eine eigene »Hilfsschule« (die

453 HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), 698.

454 Ibid., 705.

455 HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 717.

456 Ibid., 726.

457 Ibid., 729 f.

458 DREIER-HORNING: Waldhof Templin, ev. BH (DDR), 495.

459 Ibid., 495.

460 Ibid., 487.

461 Ibid., 495.

»Pestalozzi-Förderschule«), die jedoch aufgrund staatlichen Druckes geschlossen wurde, um dem Profil als »Pflegeeinrichtung« besser zu entsprechen.⁴⁶²

In Dobbertin gab es keine heimeigene Schule, und die Kinder wurden nicht beschult. Allerdings verstand sich Dobbertin dennoch nicht als »Verwahreinrichtung« und insofern sei, laut Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenaussagen, versucht worden, sämtliche Kinder und Jugendliche zu fördern.⁴⁶³ In 20 von 115 analysierten Akten finden sich auch Förderberichte, die jedoch sehr verschieden ausfallen. In manchen Akten sind eher Standardvermerke enthalten, die auch mit den Jahren nur wenig oder überhaupt nicht differenzierter wurden; in anderen Akten sind hingegen detaillierte Informationen über kleine Erfolge oder deren Ausbleiben vermerkt. Diese Informationen betreffen zum Teil elementare Leistungen, wie die Raumorientierung oder die Fähigkeit, Gesichter wahrzunehmen. Es sind aber auch manchmal die verbesserte Beherrschung von (kleinen) Zahlenmengen und dem Erkennen von Farben, ein gesteigertes Gruppenverhalten oder ein sichereres Abschätzen der Uhrzeit gefördert und dokumentiert worden. Darunter fallen auch ganz praktische Dinge, die beobachtet wurden, wie z. B. die verbesserte Fähigkeit, die Schnürsenkel der eigenen Schuhe zu binden.⁴⁶⁴

In Dobbertin sind nach 1977 zwei Förderwerkstätten errichtet worden, von deren Aufgaben und Umfang sich allerdings nur wenig in den Akten niederschlägt. Ein ernüchterndes Bild zeichnet die Einschätzung der Stationsärztin, die hier wiedergegeben werden soll:

»Gezielte Fördermaßnahmen durch pädagogisch ausgebildetes Personal für erwachsene Heimbewohner gab es nicht. Zum strukturell getrennten Kinder- und Jugendbereich gehörte ein förderpädagogischer Bereich, der die zwei Kinderpflegestationen aber nicht umfasste. [...] Unter all den unterprivilegierten Menschen hier waren die mit einer schweren geistigen oder mehrfachen Behinderung am schlimmsten betroffen, da sie nie die Chance einer Förderung hatten und nur unter unsäglichen räumlichen und unzureichenden personellen Bedingungen gepflegt werden konnten.«⁴⁶⁵

Einwände von Eltern, die sich auf die ungenügenden Fördermöglichkeiten für ihre Kinder oder sachlich nicht gebotenen Maßnahmen bezogen hätten, sind nicht überliefert. Wo Einwände z. B. gegen eine sachlich nicht gebotene Einweisung dokumentiert sind, geht es um seinerzeit nicht lösbare Kapazitätsprobleme. In Templin ist ein solcher Fall dokumentiert. Dabei handelte es sich um ein sehbehindertes Kind, für das die Einrichtung keine geeignete Fördermöglichkeit zur Verfügung stellen konnte.⁴⁶⁶

462 KEY: St. Johannisstift Ershausen, kath. BH (DDR), 468.

463 LAUDIEN: Kloster Dobbertin, ev. BH (DDR), 529.

464 Ibid., 529.

465 Ibid., 529.

466 DREIER-HORNING: Waldhof Templin, ev. BH (DDR), 502.

Aufgrund vielfältiger Umstände konnte das in der DDR-Verfassung verankerte Recht auf Bildung und berufliche Ausbildung in den untersuchten Einrichtungen nicht wahrgenommen und verwirklicht werden. Gerade für diejenigen, die als »schulbildungsunfähig« eingestuft wurden, gab es bis in die 1970er Jahre keine institutionelle Möglichkeit der Bildung und Förderung. Fördereinrichtungen – meistens in Form von Tagesstätten – wurden erst in den 1970er Jahren gegründet. Auch waren die Fördermöglichkeiten innerhalb des Bildungssystems für Kinder in den sonderpädagogischen Einrichtungen nicht entwickelt. Es mangelte in diesen Einrichtungen an Kapazitäten, und Förderungen für grundsätzlich als schulbildungsfähig angesehene Kinder wurden nicht regulär, sondern nur punktuell angeboten, angestoßen durch individuelles Engagement des Personals in den Einrichtungen.

Die Verletzung des Rechts auf Bildung für diese Personengruppen war dementsprechend strukturell bedingt und stellte zumeist kein individuelles Versagen einzelner Einrichtungen oder des Fachpersonals dar. Warum die DDR so spät auf die Diskrepanz zwischen Rechtsanspruch und Bildungsmöglichkeit reagierte und die Kapazitätsprobleme zu beheben versuchte, lag einerseits in der allgemeinen wirtschaftlichen Misere begründet, schien aber darüber hinaus von der sozialistischen Ideologie nicht wirklich dringend angeraten zu sein. Aufgrund der sozialkonstruktivistischen Thesen des Marxismus ging man lange Zeit davon aus, dass es innerhalb des Sozialismus und Kommunismus zu einem Verschwinden bestimmter gesellschaftlicher Phänomene – z. B. von sozialen Problemen in Familien – und damit zu einem Absterben der Jugendhilfe kommen würde. Diese wurde daher als ein Notbehelf und als Einrichtung »auf Zeit« betrachtet. Diese Annahme galt zeitweise auch für Bereiche der Behindertenhilfe. Gerda Jun (*1935), Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, berichtete später, dass in den 1950er Jahren auch in den medizinischen Fakultäten diese Ansicht vertreten wurde: »In der Zukunft wird es keine oder kaum noch Probleme durch psychische Störungen oder andere Fehlentwicklungen geben. Die Umwelt formt den Menschen, und wir bauen eine neue Gesellschaft auf.«⁴⁶⁷

Bis zum Ende der DDR gab es keine flächendeckenden Förderungs-, Bildungs- und Ausbildungsmöglichkeiten für Kinder mit kognitiven oder sensuellen Beeinträchtigungen innerhalb und außerhalb von Heimen und Psychiatrien.

3.2.4.2 Das Recht auf Arbeit

Bevor auf die Ergebnisse der Einrichtungsstudien zur Wahrnehmung des Rechts auf Arbeit eingegangen wird, sei auf die große Bedeutung der Arbeit für die SED-Ideologie hingewiesen. Der DDR-Sozialismus fasste die »Arbeit« sowohl in pädagogischer als

⁴⁶⁷ JUN (1986), 10. Allerdings findet sich diese Passage erst in der nach der Wende veröffentlichten 4. Auflage. In der ersten Auflage steht folgende Wendung: »In unserer Gesellschaft haben wir alle Möglichkeiten einer optimalen sozialen Betreuung und Rehabilitation.«

auch in sozialisationstheoretischer Hinsicht als Vergesellschaftungsinstrument in dem Sinne auf, dass das gemeinsame und allen zugutekommende Tätigsein einen Menschentyp schaffen werde, der nicht unter Ausbeutungsverhältnissen und damit an seiner Selbstentfremdung litt, sondern als sogenannter »Neuer Mensch« die Spannung von Individual- und Kollektivinteressen überwand. Deshalb ist in der Verfassung von 1949 als Staatsziel der Schutz der Arbeitskraft formuliert worden.⁴⁶⁸ In der Neufassung von 1968 ist dieses schwer zu konkretisierende Schutzgut fallengelassen und stattdessen das Recht auf einen Arbeitsplatz statuiert worden (Art. 24). Dabei wurde der Satz hinzugefügt: »Das Recht auf Arbeit und die Pflicht zur Arbeit bilden eine Einheit« (Art. 24).

Die Einheit von Arbeitsrechten und Arbeitsverpflichtungen war von enormer Bedeutung, weil »Arbeit« einen wichtigen Bestandteil der sozialistischen Ideologie darstellte und durch Friedrich Engels Schrift »Die Rolle der Arbeit bei der Menschwerdung des Affen« zu einem Bestandteil des sozialistischen Menschenbildes geworden war, das evolutionäre und geschichtsphilosophische Aspekte verband.⁴⁶⁹

Das Arbeitsrecht der DDR erhielt durch das »Arbeitsgesetzbuch der Deutschen Demokratischen Republik« (AGB) von 1977 seine endgültige Gestalt.⁴⁷⁰ Es enthielt eine Reihe weitreichender Regelungen, die die Arbeitsrechte von Menschen mit Behinderungen betrafen. So wurden zum Beispiel Betriebe zu einer Reihe von Maßnahmen verpflichtet, die Menschen mit Behinderungen bzw. den Eltern von minderjährigen behinderten Kindern und Jugendlichen zugutekommen sollten. Dazu zählten insbesondere die Maßgaben:

- Arbeitsplätze und ganze Betriebsteile für Rehabilitanden einzurichten (AGB § 74, Abs. 4);
- kürzere Arbeitszeiten bei vollem Lohnausgleich für Mütter behinderter Kinder anzubieten (AGB § 160, Abs. 3);
- für bestimmte Personengruppen auf die Nacharbeit zu verzichten (AGB § 190, Abs. 3 und 4);
- Zusatzurlaub für behinderte Menschen zu organisieren, zu finanzieren und den Betroffenen anzubieten (AGB § 193);
- soziale Betreuung für Geschädigte anzubieten (AGB § 227).

468 »Die »Arbeitskraft wird vom Staat geschützt«; vgl. Verfassung der Deutschen Demokratischen Republik (1949), Art. 15.

469 ENGELS (1851). Vgl. DREIER-HORNING/LAUDIEN (2017), 5.

470 Arbeitsgesetzbuch der Deutschen Demokratischen Republik vom 16. Juni 1977, in: GBl. DDR, I, Nr. 18, 185. Bis dahin galten das »Gesetz der Arbeit zur Förderung und Pflege der Arbeitskräfte, zur Steigerung der Arbeitsproduktivität und zur weiteren Verbesserung der materiellen und kulturellen Lage der Arbeiter und Angestellten vom 1. Mai 1950« und das »Gesetzbuch der Arbeit der Deutschen Demokratischen Republik vom 12. April 1961«.

Die Betriebe waren dadurch in gewisser Weise Teil des Sozialsystems und konnten die aufgewendeten Leistungen – in Analogie zu den heutigen Trägern – gegenüber den Sozialversicherungen geltend machen.

Neben dem Arbeitsgesetzbuch sind weitere Rechtsvorschriften erlassen worden, die einzelne, für die Berufswelt relevante Rechtsbereiche betrafen. Die »Verordnung zur weiteren Verbesserung der gesellschaftlichen Unterstützung schwerst- und schwergeschädigter Bürger« (1986) bezog als Teil der Verbesserung gesellschaftlicher Teilhabe die berufliche Rehabilitierung ein.⁴⁷¹ In der »Anordnung zur Sicherung des Rechts auf Arbeit für Rehabilitanden« wurden die Bedingungen zur Einrichtung von geschützten Arbeitsplätzen entworfen, der davon betroffene Personenkreis definiert und Finanzierungsfragen geregelt.⁴⁷² Auch die Berufsfindung, die Berufsausbildung, die Umschulung sowie die Berufseingliederung waren durch Anordnungen geregelt.⁴⁷³

Zur Umsetzung dieser Verordnungen sind über das Staatsgebiet der DDR verteilt Rehabilitationszentren für die Berufsbildung eingerichtet worden. Dort sind Jugendliche und auch erwachsene Menschen mit Behinderungen entsprechend ihrem Schädigungsgrad ausgebildet worden. Dabei sind vertraglich die Zahlung eines Mindestlohnes und die Anrechnung der Ausbildungszeit für die Rentenversicherung gewährt worden.⁴⁷⁴

In Storkow-Hubertushöhe, Dobbertin, Templin und Ershausen wurden die Bewohnerinnen und Bewohner regelmäßig zu Arbeiten herangezogen.⁴⁷⁵ Die Bewertung der Arbeitssituation und die damit verbundene Beurteilung einer möglichen Verletzung individueller Rechte sind äußerst schwierig.

Grundsätzlich kann es bei einer sporadischen oder regelmäßigen Arbeit in diesen Einrichtungen zu einer Verletzung des Rechts auf Ausbildung gekommen sein, wenn ausbildungsfähige Jugendliche etwa nur zu Hilfsarbeiten in den Einrichtungen herangezogen wurden, ohne die Möglichkeit einer beruflichen Qualifizierung bereitzuhalten. Zweitens kann es zu Formen der Ausbeutung gekommen sein, wenn eine Arbeit, für die es außerhalb der Einrichtung ein sozialversicherungspflichtiges Äquivalent gab, nicht

471 Ministerium für Gesundheitswesen, Verordnung zur weiteren Verbesserung der gesellschaftlichen Unterstützung schwerst- und schwergeschädigter Bürger vom 29. Juli 1976, in: GBl. DDR, I, 1976, Nr. 33, 411–413.

472 Ministerium für Gesundheitswesen, Anordnung Nr. 1 zur Sicherung des Rechts auf Arbeit für Rehabilitanden vom 26. August 1969, in: GBl. DDR, II, Nr. 75, 470; Ministerium für Gesundheitswesen, Anordnung Nr. 2 zur Sicherung des Rechts auf Arbeit für Rehabilitanden vom 4. Oktober 1973, in: GBl. DDR, II, Nr. 48, 500.

473 Ministerium für Gesundheitswesen, Anordnung über das Lehrverhältnis vom 15. Dezember 1977, in: GBl. DDR, I, Nr. 2, 42; Ministerium für Gesundheitswesen, Verordnung über die Verbesserung der staatlichen Leistungen der Sozialfürsorge für hilfsbedürftige Bewohner nichtstaatlicher Einrichtungen vom 15. März 1968, in: GBl. DDR, II, Nr. 30, 179; Ministerium für Gesundheitswesen, Anordnung zur Erhöhung der Wirksamkeit des gesellschaftlichen Arbeitsvermögens vom 25. Mai 1979, in: GBl. DDR, I, Nr. 15, 115.

474 Vgl. RAMM (2016), 103–105.

475 U. a. DREIER-HORNING: Waldhof Templin, ev. BH (DDR), 502 f; LAUDIEN: Kloster Dobbertin, ev. BH (DDR), 531 f.

oder nicht angemessen entlohnt wurde. In Dobbertin und in Templin hat es zumindest vertraglich geregelte Arbeit gegeben, wenngleich das Ausmaß nicht bestimmt werden kann. Viele Bewohnerinnen und Bewohner haben in den Werkstätten gearbeitet: Ob sie dabei mit oder ohne Arbeitsvertrag tätig waren, lässt sich häufig nicht mehr ermitteln.⁴⁷⁶ In einigen Akten finden sich arbeitstherapeutische Hinweise (z. B. Entwicklungseinschätzungen), auch wenn der Stellenplan laut Auskunft der Stationsärztin keine Arbeitstherapeutinnen und -therapeuten vorsah.

In Ershausen ist seit 1967 eine Form der »Arbeitstherapie« durchgeführt worden, die mit der Tätigkeit für eine Spielwarenfabrik verbunden war. Laut Auskunft eines ehemaligen Mitarbeiters der Einrichtung war sie insbesondere für die Menschen vorgesehen, die nicht innerhalb von Arbeitsprozessen, die für den Ablauf der Einrichtung sorgten, tätig waren.⁴⁷⁷ Im selben Jahr (1967) ist für die Arbeitstherapie eine Werkstatt neu gebaut worden (»Mariensaal«) und 1978 das »Don Bosco«-Haus für zwei Wohngruppen, die an der Arbeitstherapie teilnahmen.⁴⁷⁸ In der Einrichtung wurde auch für andere Firmen gearbeitet, ohne dass die Umstände rekonstruiert werden konnten.⁴⁷⁹ Ob diese Tätigkeiten vertraglich fixiert worden waren, ob Löhne gezahlt wurden, wer diese Löhne erhielt usw., ist nicht mehr in Erfahrung zu bringen.

Diese Tätigkeiten wurden in den Entwicklungsberichten bewertet, wobei auch sehr abfällige und herabwürdigende Formulierungen zu finden sind, die darüber hinaus keine Rücksicht auf die besondere Situation der Bewohnerinnen und Bewohner erkennen lassen (»steht der Arbeit gleichgültig gegenüber [...]. Jegliches Verantwortungsbewusstsein fehlt«).⁴⁸⁰

Die Einrichtung in Templin schloss 1971 mit einer regionalen Genossenschaft einen Vertrag, der vorsah, dass die Heimbewohner für 0,70 Mark pro Stunde arbeiteten. Anfänglich wurden die Bewohnerinnen und Bewohner zu Tätigkeiten einfach zugeteilt, später haben dabei auch Interessen und Begabung eine Rolle gespielt.⁴⁸¹

Das letzte Beispiel deutet auf ein zumeist nicht mehr aufzuklärendes Verhältnis von Arbeit, damit möglicherweise einhergehenden Rechtsverletzungen und dem allgemeinen Wohl der Menschen hin. Ob die Bewohnerinnen und Bewohner freiwillig in der Landwirtschaft, den Werkstätten, in der Küche oder der Wäscherei, wo regelmäßig bis zu acht Stunden täglich gearbeitet wurde, einer Beschäftigung nachgingen und ob diese Betätigungen dem eigenen Wohlempfinden entsprachen und es auch förderten, lässt sich nicht mehr ermitteln.

476 LAUDIEN: Kloster Dobbertin, ev. BH (DDR), 531.

477 KEY: St. Johannisstift Ershausen, kath. BH (DDR), 469.

478 Ibid., 471.

479 Ibid., 475.

480 Ibid., 476.

481 DREIER-HORNING: Waldhof Templin, ev. BH (DDR), 502.

Auch die Motivlage der Einrichtung, die Bewohnerinnen und Bewohner zu Arbeiten anzuhalten, ist nicht immer näher zu bestimmen. Die Trennung von »Fördern«, »Arbeiten« und »Therapieren« lässt sich in den Einrichtungen nicht streng durchhalten, und auch die in den Akten überlieferten »Arbeitsberichte«, »Förderberichte« oder »Berichte über die Entwicklung«⁴⁸² enthalten Angaben über Arbeitstätigkeiten, aus denen nicht hervorgeht, welche Form der Tätigkeit jeweils gemeint ist. »Arbeit« konnte Potentiale entfalten, Wertschätzung und Anerkennung vermitteln, aber auch zu Ausbeutungssituationen führen. Im Vergleich zu den nicht gewährleisteten Bildungs- und Förderungsmöglichkeiten, die ihre Ursachen in einem strukturellen Versagen hatten und systematische Verletzungen von Persönlichkeitsrechten nach sich zogen, ist die Beurteilung der Arbeitstätigkeiten, wie sie sich konkret in der Praxis der Einrichtungen nachweisen lassen, durchaus unterschiedlich und differenziert zu beurteilen.

3.3.5 Rechtsschutz und Rechtssicherheit

»Im Sozialismus gibt es keine Freiheit des Bürgers vom Staat, das wäre Willkür und Anarchie. Freiheit des einzelnen wird vielmehr durch die staatlich organisierten Volksmassen (durch die Mitwirkung des einzelnen also) durch den Staat verwirklicht. Der sozialistische Staat ist Organisator und Garant dafür, daß jeder einzelne seine Fähigkeiten und Fertigkeiten frei entwickelt. [...] das sozialistische Recht gewährt keine Freistätte für die Absonderung einzelner vom Wege der Geschichte.«⁴⁸³

»Der sozialistische Staat ist das Machtinstrument der Werktätigen selbst. Sie brauchen nicht vor der Macht abgeschirmt und geschützt zu werden, die sie selbst revolutionär geschaffen haben und ausüben.«⁴⁸⁴

In diesen parteioffiziellen Verlautbarungen wird deutlich formuliert, dass individuelle Rechte auf individuelle Selbstverwirklichung, auf den Schutz der persönlichen Integrität, auf den Anspruch einer individuellen Biographie und die dazu erforderlichen individuellen Persönlichkeitsrechte im Rahmen eines sozialistischen Rechtverständnisses keine erstrebenswerten Werte darstellten und auch nicht einklagbar waren. Dies sagt unter Umständen wenig darüber aus, wie diese Grundrechte in der Lebenswirklichkeit der verschiedenen Einrichtungen realisiert wurden; es sagt aber etwas über den prinzipiellen Umgang des SED-Staates mit seinen Bürgern aus. In der DDR konnten Abwehrrechte gegen den Staat nicht zum Rechtssystem gezählt werden, weil dieser Staat seine Macht

482 LAUDIEN: Kloster Dobbertin, ev. BH (DDR), 528.

483 KLENNER (1964), 98.

484 Akademie für Staats- und Rechtswissenschaft (1977), 185, 194.

immer als Voraussetzung und Bedingung für den »sozialistischen Humanismus«, aber nicht als Problem verstand.

Eine staatskritische Wahrnehmung von Freiheits- oder Individualrechten war per Definition ein individuelles Versagen angesichts der wissenschaftlich »bewiesenen« historischen Notwendigkeit, den Sozialismus aufzubauen. Dieses Urteil gilt auch dort, wo Grundrechte *expressis verbis* als »subjektive Rechte« bezeichnet wurden. Der Terminus »subjektiv« ist im rechtlichen Sprachgebrauch der DDR denn auch nicht heimisch geworden. Er wurde stets mit der negativen Konnotation artikuliert, Platzhalter »eines durch das Privateigentum individualisierten Machtbegriffs« zu sein.⁴⁸⁵

Grundrechte wurden deshalb nicht durch die Möglichkeiten der juristisch durchsetzbaren Einschränkung staatlichen Machtmissbrauchs zur Geltung gebracht. Sie sind vielmehr so verstanden worden, dass sie das Recht anboten, der ideologischen Theorie (Marxismus-Leninismus) im Hinblick darauf zuzustimmen, dass sie der »Entwicklung der klassenlosen Gesellschaft« und dem »Aufbau des Kommunismus« dienten und deshalb insofern gewährt wurden, wenn sie den politischen Machterhalt der SED beförderten. Dies galt als Verwirklichung der »sozialistischen Gesetzlichkeit« und war auch der Sinn des verfassungsrechtlich statuierten allgemeinen Rechts auf Rechtsschutz.⁴⁸⁶

3.2.5.1 Verfahrensrechte und Verwaltungsgerichtsbarkeit

Von der Systematik des DDR-Rechts werden die eben getroffenen Feststellungen in Theorie und Praxis dadurch abgebildet, dass Instrumente zur Verteidigung von Individual- und Persönlichkeitsrechten nicht vorgesehen waren. Auf keiner Ebene unterhalb der Verfassung sind Verfahrensrechte etabliert worden, die die verfassungsmäßigen

485 HANEY (1967), 272.

486 »(1) Die Deutsche Demokratische Republik garantiert allen Bürgern die Ausübung ihrer Rechte und ihre Mitwirkung an der Leitung der gesellschaftlichen Entwicklung. Sie gewährleistet die sozialistische Gesetzlichkeit und Rechtssicherheit. (2) Achtung und Schutz der Würde und Freiheit der Persönlichkeit sind Gebot für alle staatlichen Organe, alle gesellschaftlichen Kräfte und jeden einzelnen Bürger. (3) Frei von Ausbeutung, Unterdrückung und wirtschaftlicher Abhängigkeit hat jeder Bürger gleiche Rechte und vielfältige Möglichkeiten, seine Fähigkeiten in vollem Umfang zu entwickeln und sein Kräfte aus freiem Entschluß zum Wohle der Gesellschaft und zu seinem eigenen Nutzen in der sozialistischen Gemeinschaft ungehindert zu entfalten. So verwirklicht er Freiheit und Würde seiner Persönlichkeit. Die Beziehungen der Bürger werden durch gegenseitige Achtung und Hilfe, durch die Grundsätze sozialistischer Moral geprägt.« (Verfassung der Deutschen Demokratischen Republik vom 6. April 1968, Art. 19); »(1) Die Persönlichkeit und die Freiheit jedes Bürgers der Deutschen Demokratischen Republik sind unantastbar. (2) Einschränkungen sind nur im Zusammenhang mit strafbaren Handlungen oder einer Heilbehandlung zulässig und müssen gesetzlich begründet sein. Dabei dürfen die Rechte solcher Bürger nur insoweit eingeschränkt werden, als dies gesetzlich zulässig und unumgänglich ist. (3) Zum Schutz seiner Freiheit und der Unantastbarkeit seiner Persönlichkeit hat jeder Bürger den Anspruch auf die Hilfe der staatlichen und gesellschaftlichen Organe« (Verfassung der Deutschen Demokratischen Republik vom 6. April 1968, Art. 30).

Grundrechte umsetzen sollten und einklagbar machten (s. o.). Die Verfassungsaussagen waren im einfachen Recht nicht durch Verfahrensrechte abgesichert. In der DDR ist das Instrument der »Eingabe« als Ersatz für nicht gewollte und fehlende Rechtsstaatlichkeit geschaffen worden. Von seinem Rechtscharakter her oder rechtshistorisch betrachtet, ist es eine Art feudales Relikt mit Zügen des Bittstellertums.

Gegen Akte der öffentlichen Gewalt konnte und brauchte es nach sozialistischem Verständnis keinen Rechtsschutz zu geben, weil die Existenz und Möglichkeit solcher Akte in der DDR geleugnet wurden. Wo die »Gesellschaft« oder der »Staat« in Interessenharmonie mit seinen Bürgern lebte, bedurfte es keiner Rechtsgarantien. Deshalb bestand bis 1989 in der DDR durch das Eingabewesen eine Art verwaltungsinterner »Rechtsschutz«, der vermutlich nur in den Bereichen, die ideologisch ohne Bedeutung waren, als Ersatz für die nicht etablierte Verwaltungs- oder Verfassungsgerichtsbarkeit fungierte.

Dieser Ersatz war jedoch gegen Grundrechtsverletzungen wirkungslos, weil er ohne Unabhängigkeit der Rechtsprechung auskommen musste und die Interpretation der Grundrechte und von Rechtstatbeständen von denjenigen monopolisiert war, an die sich diese Eingaben zu richten hatten. So sah Hilde Benjamin (1953–1967), 1949 bis 1953 Justizministerin der DDR, die Aufgabe der Gerichte darin, für die »Einheit von strikter Einhaltung des Gesetzes und der Parteilichkeit, die die beiden Seiten der sozialistischen Gesetzlichkeit ausmachen«, zu sorgen.⁴⁸⁷

Eine unabhängige Justiz, die auf eine freie Rechtswissenschaft und öffentliche Diskussion gestützt die verfassungsrechtlichen Garantien verwirklichte, widersprach der Idee des Sozialismus grundlegend.⁴⁸⁸

3.2.6 Elternrechte

Die Rechte von Minderjährigen sind auch oder vorrangig eine Teilmenge der Rechte und Pflichten ihrer Erziehungsberechtigten. Dies gilt besonders dann, wenn Rechte nicht abstrakt, sondern im Kontext ihrer Durchsetzungsmöglichkeiten und Realisierungsgarantien betrachtet werden. Im Falle der hier zu untersuchenden Personengruppe, die teilweise ihre eigenen Rechte noch weniger selbständig wahrnehmen konnte als andere Minderjährige gleichen Alters, gilt dies in besonderer Weise. Aufgrund der räumlichen Distanz war den Eltern eine Sicherstellung und Wahrung der Persönlichkeitsrechte ihres Kindes – auch bei großem persönlichem Einsatz – nicht immer möglich.

487 BENJAMIN (1958), 509.

488 WAPLER (2012), 15 f.

Die Elternrechte nahmen bis 1990 in beiden deutschen Staaten einen sehr verschiedenen rechtlichen Rang ein. In der Bundesrepublik erhebt der Art. 6, Abs. 2 des Grundgesetzes die Elternrechte zu einer quasi naturrechtlichen Gegebenheit, über die der Staat zu wachen hat (siehe Kap. 3.1).⁴⁸⁹ Die Väter und Mütter des Grundgesetzes haben diesen Rang des Elternrechts angesichts der staatlichen Willkür und Verfolgung in der NS-Zeit betont.

In den Verfassungen der DDR (1949, 1968, 1975) findet sich keine vergleichbare Betonung des elterlichen Sorgerechtes. Das scheint dem oben skizzierten humanistischen Ansatz zuwiderzulaufen, kann allerdings von Karl Marx hergeleitet werden: »Wir Kommunisten entreißen die Erziehung dem Einfluss der herrschenden Klasse [...], indem wir an die Stelle der häuslichen Erziehung die gesellschaftliche setzen.«⁴⁹⁰ Mit drastischen Formulierungen ist dieses Vorhaben von führenden Pädagogen der DDR begründet worden: Warum sollten »einzelne Menschen, nur weil sie zufällig Kinder haben, ebenso zufällig die Ziele und Aufgaben der Erziehung bestimmen [...]. Wie sollte der einzelne auch [...] die Erziehung im Sinne des gesellschaftlichen Fortschrittes bestimmen?«⁴⁹¹

Zwar beschreiben diese Sätze nicht die tatsächliche Bedeutung der Familie in der DDR, aber in den Rechtsabhandlungen zum Thema ist im Kontrast zur »bürgerlichen Familie« zumeist von der »Familie neuen Typs« – in Analogie zur »Partei neuen Typs« – die Rede.⁴⁹² Aufgrund dieser wenig gesicherten Rechtsstellung der Eltern konnte sich nicht allein die Jugendhilfe, sondern auch das Gesundheitswesen über den elterlichen Willen hinwegsetzen. Das Aufenthaltsbestimmungsrecht der Eltern wurde mit der Einweisung des Kindes in eine Einrichtung des Gesundheitswesens kurzfristig außer Kraft gesetzt. Dementsprechend konnte eine Entlassung auch nicht von den Eltern, sondern nur von staatlichen Behörden veranlasst werden – selbst wenn eine Unterbringung des Kindes auf Wunsch der Eltern geschah.

Gegen Einweisungsbescheide in Einrichtungen des Gesundheitswesens war aufgrund der fehlenden Verwaltungsgerichtsbarkeit in der DDR kein rechtliches Mittel vorgesehen. Es konnte aber nach § 20 der »Verordnung über die Fürsorge in den staatlichen Feierabend- und Pflegeheimen« innerhalb von 15 Tagen eine »Eingabe« eingereicht und in diesem Sinne ein rechtlich unverbindlicher Einspruch erhoben werden. Dieses Anliegen wurde allerdings von derselben Instanz geprüft, die die Einweisung verordnete: vom Rat der Gemeinde oder des Kreises.⁴⁹³

489 »Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft« (GG Art. 6, Abs. 2).

490 MARX/ENGELS (1979), 63.

491 BECKER/MÜLLER in der Zeitschrift »Pädagogik« von 1958, zitiert nach: OBERTREIS (1986), 201.

492 Autorenkollektiv (1976), 22 und 26.

493 Verordnung über die Fürsorge in den staatlichen Feierabend- und Pflegeheimen vom 23. Februar 1956, § 20, in: GBl. DDR, I, 1956, Nr. 28, 240.

Dies gilt in ähnlicher Form auch für die Einrichtungen der Jugendhilfe. In diesem Bereich stand den Sorgeberechtigten und den Jugendlichen selbst ein Beschwerderecht (Eingabe) gegen die die Einweisung aussprechenden Organe der Jugendhilfe zu.⁴⁹⁴ Auch diese Eingaben sind nur verwaltungsintern behandelt worden. Während DDR-Behörden in der Regel sehr sensibel auf solche Eingaben reagierten und diesen einzigen Weg der Widerrede wenn möglich (also wenn es sich um Beschwerden eher unpolitischen Charakters handelte) im Sinne der Beschwerdeführer und Beschwerdeführerinnen entschieden, kamen für den Bereich der Jugendhilfe die Verfasser einer Studie zu dem Befund, dass von den 16 zufällig untersuchten Eingaben des Jahres 1984 sechs vom Referat für Jugendhilfe des Stadtbezirkes Lichtenberg abschlägig beschieden und die übrigen zehn von den Beschwerdeführern nach einem Gespräch mit der Behörde zurückgezogen wurden.⁴⁹⁵

3.2.7 Die Meldung und Erfassung von Behinderungen bei Kindern und Jugendlichen

Um bei Kindern eine geistige und/oder körperliche Behinderung frühzeitig zu erkennen und gegebenenfalls geeignete Rehabilitations- und/oder Fördermaßnahmen zu initiieren, sind ab 1950 Strukturen geschaffen worden, die Früherfassungen, Reihenuntersuchungen und Meldepflichten möglich machten bzw. vorschrieben (Tabelle 1, S. ###).

3.2.7.1 Früherfassung

Als erstes ist in diesem Zusammenhang die »Früherfassung« zu nennen:

»Für eine allseitige Persönlichkeitsentwicklung Geschädigter im Sinne der Zielstellung, diese Menschen zur Ausübung einer produktiven oder einer anderen gesellschaftlich-nützlichen Tätigkeit, zur Beteiligung am politisch-kulturellen Leben und zur Führung eines möglichst harmonischen Familienlebens zu befähigen, sind die frühzeitige Erfassung, früh einsetzende medizinische Betreuung sowie zielgerichtete pädagogische Einflussnahme unter rehabilitativem Aspekt bedeutsam.«⁴⁹⁶

Der erste Schritt hierzu war das am 27. September 1950 erlassene »Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau«, das die Betreuung von Frauen in Schwangerschafts- und Mütterberatungsstellen festlegte.⁴⁹⁷ In der Folgezeit ist dieses

494 Verordnung, über die Aufgaben und Arbeitsweise der Organe der Jugendhilfe vom 22. April 1965, § 50, Abs. 1, und § 51, in: GBl. DDR, II, 1965, 359.

495 LAUDIEN/DREIER (2016), 87.

496 THEINER (1984), 20.

497 Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau vom 27. September 1950, in: GBl. DDR, I, 1950, Nr. 111, 1037. Das Gesetz wurde mehrfach geändert (Gesetz vom 28. Mai 1958, in: GBl.

Ressort	Verordnung	Quelle
Ministerium für Gesundheitswesen	Rundverfügung über die laufende gesundheitliche Überwachung der Kinder und Jugendlichen vom 23. März 1954	
Ministerium für Gesundheitswesen	Anordnungen Nr. 1 über die Meldung von Körperbehinderungen, geistigen Störungen, Schädigungen des Sehvermögens und Schädigungen des Hörvermögens vom 12. Mai 1954	ZBl. 1954, Nr. 20, 194
Ministerium für Gesundheitswesen	Gesetz vom 12. Januar 1968 zur Bekämpfung von Ordnungswidrigkeiten	GBI. DDR, I, 1968, Nr. 3, 101
Ministerium für Gesundheitswesen	Anordnung Nr. 2 über Meldung von Körperbehinderungen, geistigen Störungen, Schädigungen des Sehvermögens und Schädigungen des Hörvermögens vom 4. Juli 1967	GBI. DDR, II, 1967, Nr. 81, 571
Ministerium für Gesundheitswesen	Anordnung über die Durchführung psychiatrischer Betreuung von Kindern und Jugendlichen vom 15. Mai 1954	ZBl. 1954, Nr. 21, 216
Ministerium für Volksbildung	Fünfte Durchführungsbestimmung zum Gesetz über das einheitliche sozialistische Bildungssystem – Sonderschulwesen – vom 20. Dezember 1968	GBI. DDR, II, 1969, Nr. 3, 36
Ministerium für Gesundheitswesen	Anordnung über die gesundheitliche Überwachung von Kindern und Jugendlichen vom 11. April 1979	GBI. DDR, I, 1979, Nr. 12, 91
Ministerium für Gesundheitswesen	Methodische Hinweise zur Dispensairebetreuung für geschädigte Kinder und Jugendliche vom 16. August 1982	
Ministerium für Gesundheitswesen	Pflichtuntersuchungen der Schüler vom 31. Dezember 1959	VuM, 1960, Nr. 4, 22

Tabelle 1: Gesetze und Verordnungen zur Erfassung Minderjähriger mit Behinderungen

Gesetz mehrfach präzisiert und durch Verordnungen ergänzt worden. Den Endpunkt dieser Entwicklung stellte die »Anordnung über die gesundheitliche Überwachung von Kindern und Jugendlichen« (1979) dar. Sie regelte, dass in jeder Poliklinik und in jedem Ambulatorium eine sogenannte Mütterberatungsstelle vorhanden zu sein hatte oder einzurichten sei.⁴⁹⁸

Das Gesetz zum Mutter- und Kinderschutz hatte die Betreuung von Kindern mit Behinderungen noch nicht ausdrücklich im Blick; zumindest werden sie nicht erwähnt. Ziel war es vielmehr, die Arbeitskraft der Frau durch die Schaffung von Kinderbetreuungseinrichtungen, deren »Öffnungszeiten [...] der Arbeitszeit der Frauen anzupassen«

DDR, I, 1958, 41; Gesetz vom 12. April 1961, in: GBl. DDR, I, 1961, 49; Gesetz vom 9. März 1972, in: GBl. DDR, I, 1972, 89) und ist durch eine Reihe von Durchführungsbestimmungen präzisiert worden. Siehe zu Abs. 1 die Durchführungsbestimmungen vom 3. November 1950, in: GBl. DDR, I, 1950, 1139; zu § 10 vom 20. Januar 1951, in: GBl. DDR, I, 1951, 37; zu §§ 2 und 3 vom 31. Januar 1951, in: GBl. DDR, I, 1951, 118; zu § 27 vom 10. Februar 1953, in: GBl. DDR, I, 1953, 390, geändert am 1. März 1954, in: GBl. DDR, I, 1954, 233, vom 3. Juli 1953, in: GBl. DDR, I, 1953, 818; zu § 6 vom 1. März 1954, in: GBl. DDR, I, 1954, 234.

498 Ministerium für Gesundheitswesen: Anordnung über die gesundheitliche Überwachung von Kindern und Jugendlichen vom 11. April 1979, § 4, Abs. 1, in: GBl. DDR, I, 1979, Nr. 12, 91.

seien, zu fördern.⁴⁹⁹ Ende der 1970er Jahre sind die Regelungen zur Erfassung und Meldung von Behinderungen bei Kindern und Jugendlichen ohne gravierende inhaltliche Änderung überarbeitet worden.⁵⁰⁰

3.2.7.2 Reihenuntersuchungen

Zugleich wurden zur Früherkennung von Behinderungen sogenannte »kontinuierliche Reihenuntersuchungen« eingeführt:⁵⁰¹

»Die Chancen, biologische Mängel frühzeitig zu erkennen, ist [sic] durch kontinuierliche Reihenuntersuchungen nach einem einheitlich festgelegten Untersuchungsprogramm für verschiedene Lebensalter [...] gegeben.«⁵⁰²

War die Früherkennung bei Säuglingen und Kleinkindern Teil der Schwangerschaftsvor- und -nachsorge, so sind Kinder ab dem dritten Lebensjahr durch Reihenuntersuchungen bis zur Schulfähigkeitsuntersuchung einmal jährlich dem Kinderarzt vorgestellt worden. Dazu wurden ab Mitte der 1950er Jahre in der gesamten DDR Beratungsstellen eingerichtet, die mit der Aufgabe betraut waren, die Kinder- und Jugendgesundheit zu fördern. Sie waren den Räten der Städte bzw. Kreise unterstellt.⁵⁰³ Diese Stellen waren in der Regel selbständige Abteilungen einer Poliklinik oder eines Ambulatoriums.⁵⁰⁴

Die Schulfähigkeitsuntersuchung wurde von einer interdisziplinären Fachkommission durchgeführt. Kinder, bei denen eine sonderpädagogische Betreuung notwendig erschien, meldete der untersuchende Arzt bzw. die untersuchende Ärztin nach der ersten und zweiten Einschulungsuntersuchung an die Abteilung Volksbildung des Rates des Kreises, der Stadt oder des Stadtbezirkes.⁵⁰⁵ Beim Vorliegen einer geistigen Behinderung konnte eine Heimeinweisung vorgeschlagen werden.⁵⁰⁶

Die Früherfassungen im Rahmen von Reihenuntersuchungen sind zwar von den Gesundheitsbehörden durchgeführt worden, geregelt wurden sie jedoch im Bildungsrecht

499 Ministerium für Gesundheitswesen, Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau vom 27. September 1950, § 24, Abs. 1, in: GBl. DDR, I, 1950, Nr. 111, 1037.

500 Ministerium für Gesundheitswesen, Anordnung über die gesundheitliche Überwachung von Kindern und Jugendlichen vom 11. April 1979; Ministerium für Gesundheitswesen, Richtlinien für die Mütterberatung vom 26. April 1979; Ministerium für Gesundheitswesen, Richtlinien für den Kinder- und Jugendgesundheitsschutz vom 26. April 1979, in: GBl. DDR, I, 1979, Nr. 12, 91.

501 Ministerium für Gesundheitswesen, Anweisung zur Einführung des Untersuchungsprogramms für die gesundheitliche Überwachung von Kindern und Jugendlichen vom 11. April 1979, in: GBl. DDR, I, 1979, Nr. 12, 91; Richtlinie für den Kinder- und Jugendgesundheitsschutz vom 26. April 1979, in: VuM, 1979, Nr. 5.

502 THEINER (1984), 22.

503 Vgl. BARSCH (2007), 69.

504 Ministerium für Gesundheitswesen, Anordnung über die gesundheitliche Überwachung von Kindern und Jugendlichen vom 11. April 1979, § 4, Abs. 2, in: GBl. DDR, I, 1979, Nr. 12, 91.

505 Vgl. Ministerium für Gesundheitswesen, Instruktion für die 1. und 2. ärztliche Einschulungsuntersuchung vom 16. März 1970, in: VuM, 1970, Nr. 10, 77.

506 Vgl. BARSCH (2007), 69.

und waren deshalb auch Gegenstand des »Gesetzes über das einheitliche sozialistische Bildungssystem«:

»Das Ministerium für Volksbildung gewährleistet in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Gesundheitswesen die Bildung und Erziehung des physisch bzw. psychisch Geschädigten. Dazu gehört die systematische Früherfassung.«⁵⁰⁷

Die Erfassung aller Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen sollte den rechtzeitigen Beginn rehabilitativer Maßnahmen ermöglichen und die gesundheitliche Betreuung gewährleisten.

3.2.7.3 Meldepflichten

Die ersten staatlichen Meldepflichten wurden ab 1954 in Fortsetzung der SMAD-Befehle erlassen. In der Nachkriegszeit dienten sie der Eindämmung von Seuchengefahren, später sollten sie behinderte Menschen erfassen. Schließlich entwickelte sich daraus eine umfangreiche und stetig wachsende ärztliche Meldepflicht.⁵⁰⁸ (Datenschutzrechtliche Aspekte in der DDR spielten insgesamt eine recht untergeordnete Rolle.) Ärztliche Beurteilungen konnten in der DDR unmittelbar ihren Niederschlag im Ausweis für Arbeit und Sozialversicherung (SV-Ausweis) finden; sie waren von jedem Arbeitgeber einsehbar und bei jedem Arztbesuch vorzulegen. Das konnte von den Betroffenen als stigmatisierend wahrgenommen werden.

Am 27. Februar 1954 wurden die »Anordnung über die laufende gesundheitliche Überwachung für Kinder und Jugendliche« und im Mai desselben Jahres die »Anordnung über die Meldung von Körperbehinderungen, geistigen Störungen, Schädigungen des Sehvermögens und Schädigungen des Hörvermögens« erlassen.⁵⁰⁹ Diesen folgten weitere, die in spezieller Weise auf bestimmte Personengruppen bezogen waren. Vor allem sind hier die Anordnungen zu nennen, die sich auf die orthopädische (1954) und psychiatrische (1954) Betreuung bezogen.

Die »Anordnung über die Pflicht zur Meldung von Körperbehinderungen« regelte, dass alle Kinder und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr zu melden seien,

507 Ministerium für Volksbildung, Gesetz über das einheitliche sozialistische Bildungssystem vom 25. Februar 1965, § 19, in: GBl. DDR, I, 1965, Nr. 6, 93.

508 RAMM (2016), 54.

509 Ministerium für Gesundheitswesen, Anordnung über die laufende gesundheitliche Überwachung für Kinder und Jugendliche vom 27. Februar 1954, in: GBl. DDR, I, 1954, Nr. 26, 250; Meldung von Körperbehinderungen, geistigen Störungen, Schädigungen des Sehvermögens und Schädigungen des Hörvermögens vom 12. Mai 1954, in: GBl. DDR, I, 1954, Nr. 20, 194. Auch diesen Gesetzen folgten Durchführungsbestimmungen: Ministerium für Gesundheitswesen, Erste Durchführungsbestimmung zur Anordnung über die laufende gesundheitliche Überwachung für Kinder und Jugendliche vom 27. Februar 1954, in: GBl. DDR, I, 1954, Nr. 26, 251; Ministerium für Gesundheitswesen, Anordnung Nr. 2 zur Anordnung über die Meldung von Körperbehinderungen, geistigen Störungen, Schädigungen, Schädigungen des Sehvermögens und Schädigungen des Hörvermögens vom 4. Juli 1967, in: GBl. DDR, II, 1967, Nr. 81, 571.

»bei denen nachfolgende angeborene oder erworbene Leiden bestehen oder zu erwarten sind: Körperbehinderungen, geistige Störungen, Schädigungen des Sehvermögens, Schädigungen des Hörvermögens [vorliegen].«⁵¹⁰

Dabei sollte die Schulbildungsfähigkeit festgestellt werden, wobei festgehalten wurde, dass solche Kinder, bei denen »krankheitsbedingte Unterrichtsausfälle in einem solchem Umfange zu erwarten sind, dass übliche Förderungsmaßnahmen die altersgerechte Entwicklung nicht sichern können«, »besonders zu fördern« sind.⁵¹¹ Verpflichtet zur Meldung waren laut der ersten Anordnung über die Meldung von Körperbehinderungen:

a) Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker

b) Krankenpflegepersonen (Schwestern, Pfleger, einschließlich Hilfsschwestern, unabhängig von ihrer Fachrichtung), Masseur, Heilgymnasten, Hebammen, Fürsorgerinnen

c) Angehörige pädagogischer Berufe

d) Eltern und sonstige Erziehungsberechtigten.«⁵¹²

Andere Rechtstexte sahen ähnliche Verantwortlichkeiten vor:

»Bei der frühen Erkennung und wirksamen Betreuung von Sprach-, Stimm- und Hörgeschädigten ist seitens der Pädagogen der Beratungsstellen eine enge Zusammenarbeit mit Krippenerziehern, Pädagogen in Kindergärten, Oberschulen und Heimen, mit den Psychologen im Pädagogischen Kreiskabinett, mit Mitarbeitern des Gesundheitswesens sowie mit den Eltern der Geschädigten zu sichern.«⁵¹³

Die Meldungen wurden an die Abteilung Gesundheitswesen beim Rat des Kreises gerichtet und hatten sofort bis spätestens acht Tage nach Feststellung zu erfolgen. Wurde das Kind bzw. der oder die Jugendliche einem Arzt überstellt, übertrug sich die Verantwortlichkeit auf ihn und befreite die genannten anderen Personen von der Meldepflicht.⁵¹⁴

Ab 1964 mussten auch alle angeborenen Spaltbildungen des Kiefer- und Gesichtsreiches bei Neugeborenen sowie bei Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr

510 Ministerium für Gesundheitswesen, Anordnungen Nr. 1 über die Meldung von Körperbehinderungen, geistigen Störungen, Schädigungen des Seh- und Hörvermögens vom 12. Mai 1954, § 1, Abs. 1, in: ZBl. Nr. 20, 194, in der Fassung des Gesetzes vom 12. Januar 1968 zur Bekämpfung von Ordnungswidrigkeiten, in: GBl. DDR, I, Nr. 3, 101.

511 THEINER (1984), 22.

512 Ministerium für Gesundheitswesen, Anordnungen Nr. 1 über die Meldung von Körperbehinderungen, geistigen Störungen, Schädigungen des Seh- und Hörvermögens vom 12. Mai 1954, § 2, Abs. 1, in: ZBl., Nr. 20, 194, in der Fassung des Gesetzes vom 12. Januar 1968 zur Bekämpfung von Ordnungswidrigkeiten, in: GBl. I, Nr. 3, 101.

513 Ministerium für Gesundheitswesen, Anweisung zu den Aufgaben und zur Arbeitsweise der sonderpädagogischen Beratungsstellen für Sprach-, Stimm- und Hörgeschädigte vom 25. März 1981, in: VuM, 1981, Nr. 5, 49.

514 Vgl. Ministerium für Gesundheitswesen: Anordnungen Nr. 1 über die Meldung von Körperbehinderungen, geistigen Störungen, Schädigungen des Seh- und Hörvermögens vom 12. Mai 1954, § 2, Abs. 2, in: ZBl., Nr. 20, 194), in der Fassung des Gesetzes vom 12. Januar 1968 zur Bekämpfung von Ordnungswidrigkeiten, in: GBl. DDR, I, 1968, Nr. 3, 101.

gemeldet werden. Neben der frühzeitigen Therapie ging es nun auch um eine statistische Erfassung der Häufigkeit der Fehlbildung.⁵¹⁵ Die Meldungen gingen an die Klinik für Plastische und Wiederherstellende Kiefer- und Gesichtschirurgie in Thallwitz.

Die Meldungen an die Abteilungen für Gesundheit beim Rat des jeweiligen Kreises wurden dort von zwei verschiedenen Betreuungseinrichtungen bearbeitet. Vom Rat des Kreises wurden eine ambulante orthopädische Betreuung und eine ambulante psychiatrische Betreuung eingerichtet (Beratungsstellen).⁵¹⁶

Zu diesem Zweck wurden ein Facharzt bzw. eine Fachärztin für Orthopädie von der Abteilung Gesundheitswesen des Kreises als Kreisorthopäde – später: Kreisjugendarzt – bestellt.⁵¹⁷ Dieser leitete die orthopädische Beratungsstelle, die z. B. die Aufgabe hatte, Therapien einzuleiten und gemeinsam mit der Abteilung Volksbildung die Lebensverhältnisse der Kinder und Jugendlichen zu überprüfen. Zudem musste er für die Abteilung Volksbildung beim Rat des Kreises diejenigen Kinder und Jugendlichen ärztlich begutachten,

»bei denen gemäß der Verordnung vom 5. Oktober 1951 über die Beschulung und Erziehung von Kindern und Jugendlichen mit wesentlichen physischen und psychischen Mängeln (GBl. der DDR, Nr. 122, S. 915) die Einweisung in eine Sonderschule oder die Entlassung aus dieser für erforderlich gehalten wird.«⁵¹⁸

Die Aufgaben der psychiatrischen Beratungsstellen sind vergleichbar mit denen der orthopädischen Beratungsstellen. Auch hier wurde von der Abteilung Gesundheit ein Kreispsychologe bestellt. Dieser erfasste die Meldungen, veranlasste Untersuchungen und Therapien und überprüfte die Erziehungsverhältnisse des Minderjährigen in Zusammenarbeit mit der Abteilung Jugendhilfe/Heimerziehung.

515 Vgl. Ministerium für Gesundheitswesen, Anordnung Nr. 2 über Meldung von Körperbehinderungen, geistigen Störungen, Schädigungen des Sehvermögens und Schädigungen des Hörvermögens vom 4. Juli 1967, Präambel, in: GBl. DDR, II, 1967, Nr. 81, 571.

516 Wichtige Gesetzestexte, Ministerium für Gesundheitswesen: Anordnung über die Durchführung der orthopädischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen vom 15. Mai 1954, § 4, Abs. 2, in: ZBl., Nr. 21, 216; Ministerium für Gesundheitswesen, Richtlinie zur Durchführung der Verordnung über Feierabend- und Pflegeheime vom 2.10.1978 (einschließlich der 1. Durchführungsbestimmung); Ministerium für Gesundheitswesen, Anordnung über die Durchführung der psychiatrischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen vom 15. Mai 1954, § 3, Abs. 1.

517 Zu den Aufgaben des Kreisjugendarztes siehe: Methodische Hinweise zur Dispensairebetreuung für geschädigte Kinder und Jugendliche vom 30. Juni 1982, in: VuM, Nr. 6.

518 Ministerium für Gesundheitswesen: Anordnung über die Durchführung der orthopädischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen vom 15. Mai 1954, § 4, Abs. 2, in: ZBl., Nr. 21, 216.

3.2.8 Rechtsgrundlagen der psychiatrischen Einweisung von Minderjährigen (*Laura Hottenrott*)

3.2.8.1 Die Zeit vor dem »DDR-Einweisungsgesetz« von 1968

In der Nachkriegszeit und in den 1950er Jahren standen die psychiatrischen Anstalten infolge der NS-Krankenmorde entweder leer, oder waren mit nur wenigen Patientinnen und Patienten belegt. In großen Teilen wurden sie fremdgenutzt oder waren von der Roten Armee beschlagnahmt worden. Gleichzeitig stieg laut dem Referat Psychiatrie im Ministerium für Gesundheitswesen die Zahl psychiatrischer Patientinnen und Patienten wieder so stark an, dass der Bedarf nicht gedeckt werden konnte.⁵¹⁹ Laut einem Bericht wären die in der NS-Zeit »von den Familien versteckt gehaltenen Kranken und die Neuerkrankungen wieder den Anstalten zugeführt« worden.⁵²⁰ Außerdem sei der »Prozentsatz der Alterskranken in den Anstalten um ein Vielfaches gestiegen«, weil die in den Arbeitsprozess eingebundenen Frauen kranke Angehörige nicht mehr zuhause pflegen konnten.⁵²¹ Bis in die 1960er Jahre war das Referat Psychiatrie im Ministerium für Gesundheitswesen bemüht, zweckentfremdete Betten wieder der Psychiatrie zuzuführen oder bestehende Stationen zu erweitern.⁵²²

Ende 1955 gab es DDR-weit 21 Einrichtungen, in denen gut 21.000 Betten für die Psychiatrie zur Verfügung standen. 1.544 Betten entfielen auf Kinder. Für eine neurologische Behandlung standen 1954 772 Betten zur Verfügung. Darüber hinaus gab es elf kirchliche Einrichtungen mit insgesamt 1.967 Betten, von denen 1.447 Kinderbetten waren (siehe Kap. 2.2.2).⁵²³

Offiziellen Berichten zufolge fehlte es besonders an Kapazitäten für die Aufnahme von Kindern. 1954 konnten aufgrund der großen Nachfrage keine Aufnahmegebiete mehr für die einzelnen Einrichtungen festgelegt werden. Die staatlichen Einrichtungen sahen sich zum Missfallen von Partei und Verwaltung gezwungen, eng mit den kirchlichen und privaten Einrichtungen zusammenzuarbeiten. Aus diesen Gründen sollten zumindest die sogenannten bildungsfähigen Kinder in staatlichen Einrichtungen untergebracht und zu diesem Zweck neue Einrichtungen auf Bezirks- und Kreisebene geschaffen werden.⁵²⁴

Früh im Vergleich zur Bundesrepublik forderten die Psychiaterinnen und Psychiater der DDR sozialpsychiatrische Reformen. Die sogenannten »Rodewischer Thesen« von

519 BArch Berlin: DQ 1/20523 (Referat Psychiatrie 1956-1959): Entwurf Memorandum über die Lage in den psychiatrischen Anstalten der DDR, unpag.

520 Ibid.

521 Ibid.

522 Ibid.

523 Ibid.

524 Ibid.

1963 sahen unter anderem das Recht der psychisch Kranken auf eine offene Behandlung im Krankenhaus sowie Arbeit, Fürsorge, ambulante Behandlung und Wohnen außerhalb des Krankenhauses vor.⁵²⁵

Ihre Fortsetzung und Ergänzung fanden die Rodewischer Thesen in den »Brandenburger Thesen« (1976) sowie in den Entwicklungsgrundsätzen der psychiatrischen Rehabilitation. Allerdings blieb die Umsetzung der Reformen, so die historische Forschung, weitgehend aus, was an dieser Stelle aber nicht weiter erörtert werden soll (siehe Kap. 2.2.2).⁵²⁶

Für die Einweisung in stationäre Behandlungsinstitutionen galten in der DDR – ähnlich wie in verschiedenen westdeutschen Bundesländern – bis zur Verabschiedung eigener Unterbringungsgesetze 1968 die Vorschriften des preußischen Polizeiverwaltungsgesetzes (PVG) vom 1. Juni 1931, die weitgehend unspezifisch eine lediglich vage Beschreibung des amtlichen Aktes der Freiheitsentziehung enthielten:

»§ 14 (1) Die Polizeibehörden haben im Rahmen der geltenden Gesetze die nach pflichtmäßigem Ermessen notwendigen Maßnahmen zu treffen, um von der Allgemeinheit oder dem einzelnen Gefahren abzuwehren, durch die die öffentliche Sicherheit und Ordnung bedroht wird.

§ 15 (1) Personen in polizeiliche Verwahrung zu nehmen sind die Polizeibehörden nur dann befugt, wenn diese Maßnahme erforderlich ist a) zum eigenen Schutz dieser Personen; b) zur Beseitigung einer bereits eingetretenen Störung der Ordnung oder zur Abwehr einer unmittelbar bevorstehenden polizeilichen Gefahr, falls die Beseitigung der Störung oder Abwehr der Gefahr auf andere Weise nicht möglich ist.

§ 15 (2) Die in polizeiliche Verwahrung genommenen Personen müssen, soweit es sich nicht um gemeingefährliche Geisteskranke handelt, spätestens im Laufe des folgenden Tages aus der polizeilichen Verwahrung entlassen werden.

§ 15 (6) Öffentliche Ordnung bedeutet den Inbegriff der Normen, deren Befolgung nach den jeweils herrschenden sozialen und ethischen Anschauungen als unentbehrliche Voraussetzung für ein gedeihliches Miteinanderleben der Menschen angesehen wird.»⁵²⁷

Die Einweisung Minderjähriger in stationäre psychiatrische Einrichtungen geschah aber nicht nur nach den Paragraphen des preußischen Polizeiverwaltungsgesetzes, sondern auch nach den Anordnungen und Verfügungen des Ministeriums für Volksbildung und des Ministeriums für Gesundheitswesen.

Die Zuweisung der Kinder nach dem Kriterium der »Bildungsfähigkeit« in entsprechende Einrichtungen war bereits in der »Verordnung über die Beschulung und Erziehung von Kindern und Jugendlichen mit wesentlichen physischen oder psychi-

525 BRUNS (1993), 176.

526 Vgl. zur tatsächlichen Situation der DDR-Psychiatrie: Der Bundesminister für Gesundheit (1991).

527 Zitiert nach Süß (1998), 465 f.

schen Mängeln« von 1951 festgelegt worden.⁵²⁸ Sie besagte gemäß §§ 6 und 7, dass »bildungsfähige schwachsinnige Kinder ohne wesentliche Erziehungsschwierigkeiten in den entsprechenden Sonderschulen mit und ohne Internate untergebracht« werden sollten. »Bildungsunfähige Kinder« waren hingegen gemäß § 9 von den Organen des Gesundheitswesens zu übernehmen.⁵²⁹ Die erste Anordnung zur Heimerziehung sowie ihre Durchführungsverordnung von 1951 formulierten Entsprechendes.⁵³⁰

Solche Verwaltungsanordnungen hatten in der DDR insofern eine besondere Bedeutung, als dass es keine strikte Gesetzesbindung der Verwaltung gab. Regierungsorgane wie der Staatsrat oder der Ministerrat waren ermächtigt, für ihren Aufgabenbereich »inhaltlich unbegrenzt rechtsverbindliche Beschlüsse zu fassen oder Verfügungen zu erlassen.«⁵³¹ Gleichzeitig waren sie dazu verpflichtet, die Einhaltung dieser Verfügungen zu überwachen. Darüber hinaus galten die Beschlüsse der SED als rechtsverbindlich. Die »sozialistische Gesetzlichkeit« lief im »Wesentlichen auf eine Kontrolle der Rechtsanwendung und Rechtsbefolgung von oben nach unten hinaus.«⁵³² Die »weite Ermächtigung der Regierung und Verwaltung führte in der DDR dazu, dass erhebliche Teile des öffentlichen Lebens nicht oder nur sehr allgemein durch Gesetze geregelt waren, während die Einzelheiten im Wege der Verordnung, des Beschlusses, der Anordnung, Richtlinie oder Durchführungsbestimmung verbindlich gemacht wurden« (siehe Kap. 3.2.7).⁵³³

Das zeigt sich analog zur Heimerziehung auch für den Bereich der Kinderpsychiatrie und der Behindertenhilfe. Früh wurden dazu entsprechend der Grundausrichtung des DDR-Gesundheitswesens Maßnahmen der Früherkennung und Prophylaxe etabliert, die sich in zahlreichen Anordnungen, Anweisungen und Richtlinien zur Erfassung und Betreuung von Kindern mit Behinderungen widerspiegeln.

Bereits vor der Einrichtung der ersten Universitäts-Lehrstühle für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie⁵³⁴ waren eine Erfassung und ambulante Betreuung »psychisch fehlentwickelter« Kinder und Jugendlicher in jedem Kreis der DDR angeordnet worden. Hiermit sollte nach einheitlichen Arbeitsrichtlinien ein Netz aus Beratungs- und Betreuungseinrichtungen geschaffen werden, das einen Schwerpunkt im Bereich der Vorsorge sowie in der ambulanten Betreuung setzen sollte. Seit dem 12. Mai 1954 bestand dazu eine Meldepflicht für alle Kinder und Jugendlichen mit körperlichen

528 Verordnung über die Beschulung und Erziehung von Kindern und Jugendlichen mit wesentlichen physischen oder psychischen Mängeln, 5. Oktober 1951, GBl. DDR, 915.

529 Ibid.

530 BAArch Berlin: DR 2/60997: Erste Durchführungsbestimmung zur Verordnung über Heimerziehung von Kindern und Jugendlichen, 27.11.1951.

531 Zitiert nach WAPLER (2012), 15.

532 Ibid.

533 Ibid.

534 1958 in Rostock (Gerhard Göllnitz), es folgten weitere in Leipzig, Berlin und Jena.

Behinderungen oder geistigen Störungen.⁵³⁵ Der Kreis der von der gesetzlichen Meldepflicht Betroffenen war in der DDR dabei von Beginn an weit gefasst. Als »geistige Störung« galten hier »alle Störungen der Hirnfunktionen, die dem Minderjährigen die Einordnung in die Gesellschaft wesentlich« erschwerten.⁵³⁶ Zur Meldung verpflichtet waren »Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker«, »Pflegepersonal«, außerdem »Masseur, Heilgymnasten, Hebammen, Fürsorgerinnen«, »Angehörige der Pädagogischen Berufe« sowie »Eltern und sonstige Erziehungsberechtigte« (§ 2, Abs.1) (siehe Kap. 3.2.7).⁵³⁷ Die Meldung musste auch bei begründetem Verdacht spätestens innerhalb von acht Tagen an die Abteilung Gesundheitswesen des Rates des Kreises erfolgen (§ 2, Abs. 2). Die Meldepflicht oblag dem behandelnden Arzt, sofern andere Meldepflichtige sofort eine ärztliche Untersuchung vornehmen ließen (§ 2, Abs. 2). Der Verstoß gegen die Meldepflicht konnte vom Rat des Kreises mit einer Ordnungsstrafe von bis zu 150 Mark belegt werden, das im Verwaltungszwangsverfahren eingezogen werden konnte (§ 3, Abs. 1). Gegen die Ordnungsstrafe konnte innerhalb von 14 Tagen mit dem Rechtsmittel der Beschwerde vorgegangen werden. Die Entscheidung des Bezirksrates über die Beschwerde war allerdings endgültig (§ 3, Abs. 2). Die Durchführungsbestimmungen erließ das Ministerium für Gesundheitswesen im Einvernehmen mit dem Ministerium für Volksbildung (§ 4).

Konkret wurden zur Durchführung und Lenkung der psychiatrischen Betreuung durch die Abteilung Gesundheitswesen des Rates des Kreises psychiatrische Beratungsstellen unter fachärztlicher Leitung eingerichtet. Diese besaßen verschiedene Aufgaben: Hier sollten die eingehenden Meldungen erfasst und ausgewertet, außerdem die Betroffenen psychiatrisch untersucht und beraten, erforderliche therapeutische Maßnahmen veranlasst und deren Durchführung überprüft werden. Für die Überweisung an die Beratungsstelle waren bestimmte Kriterien festgelegt worden, u. a. die »Früherfassung [...] aller Kinder mit dem Verdacht auf eine Hirnschädigung im Säuglings-, Kleinkind-, Vorschulalter«, ferner sämtlicher »Schulkinder mit Verhaltensstörungen und Leistungsminderungen bei Verdacht auf eine hirnorganische Ätiologie⁵³⁸ [...]«, »Suizidgefährdete«, »Kinder mit dem Verdacht der Entwicklung eines epileptischen Anfallsleiden« sowie »Kinder und Jugendliche mit Verwahrlosungstendenzen und Kriminalitätsgefährdung«, »insbesondere bei sozial insuffizienten Familien«. Die Beratungsstellen hatten die Auf-

535 Anordnung über Meldung von Körperbehinderungen, geistigen Störungen, Schädigungen des Sehvermögens und Schädigungen des Hörvermögens vom 12.5.1954. In: ZBl., Nr. 20, 194. Einen vergleichbaren Schritt ging die Bundesrepublik drei Jahre später mit dem Körperbehindertengesetz vom 27. Februar 1957; vgl. Mück (1982), 134.

536 § 1, Abs. 2 der Anordnung über die Durchführung der psychiatrischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen vom 15.5.1954. In: ZBl., Nr. 21, 216 (8).

537 Anordnung über Meldung von Körperbehinderungen, geistigen Störungen, Schädigungen des Sehvermögens und Schädigungen des Hörvermögens, 12.5.1954. In: ZBl., Nr. 20, 194.

538 In der Medizin bezeichnet sie die Ursache der Entstehung einer Erkrankung.

gabe, die Lebensverhältnisse der Kinder und Jugendlichen zu prüfen, Einfluss auf das Milieu nehmen, in Erziehungsfragen zu beraten und dabei gegebenenfalls mit den Organen der Jugendhilfe zusammenzuarbeiten.⁵³⁹ Teilweise wurden neuropsychiatrische Gerichtsgutachten angefertigt.⁵⁴⁰

Ab 1971 kam es zu einem DDR-weiten Ausbau der ambulanten Betreuung zur Prophylaxe, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge psychisch entwicklungs-gestörter Kinder und Jugendlicher. An dieser Organisationsstruktur wurde bis zum Ende der DDR festgehalten.

Schon im Vorfeld einer Einweisung war damit neben den Eltern/Erziehungsberechtigten und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten eine Vielzahl weiterer Akteurinnen und Akteure im Sinne einer staatlich verordneten Mitwirkungspflicht beteiligt, die letztlich das Prozedere einer Einweisung in Gang setzen konnten. So erschöpfte sich das eingeführte System nicht in der bloßen Meldung, sondern sah laut Präambel bereits weitere Maßnahmen vor, die der »Sicherung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit« dienen sollten – beispielsweise die Überweisung an eine geeignete Stelle zur Weiterbehandlung, um den reibungslosen Übergang in die Therapie zu gewährleisten. Eine ausdrückliche Behandlungspflicht war dabei zwar nicht normiert, aber das vorgesehene Verfahren lief praktisch darauf hinaus: Die Meldung endete nicht beim Kreisjugendarzt oder der Kreisstelle für Ärztliches Begutachtungswesen und Rehabilitation, sondern es wurden Fachärztinnen und Fachärzte mit dem Ziel der Dispensairebetreuung, der Rat des Kreises (Abteilung Volksbildung) mit der Aufgabe der sonderpädagogischen Betreuung sowie Rehabilitationskommissionen mit dem Ziel der beruflichen Rehabilitation mit eingebunden.⁵⁴¹

Bereits die »Anordnung über die Durchführung der psychiatrischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen vom 15. Mai 1954« besagte darüber hinaus in § 4, dass Kinder und Jugendliche, »bei denen Bildungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist, [...] durch die Abteilung Gesundheitswesen des Rates des Kreises in gesonderten Pflegeheimen oder in besonderen Abteilungen der psychiatrischen Einrichtungen unterzubringen« waren.⁵⁴² Die Abteilung Gesundheit, die dem Kreisarzt unterstand, konnte die Einweisung und Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung demnach auch außerhalb eines Gerichtsverfahrens anordnen. Das ist insofern rechtlich problematisch, als dass es für eine außerhalb eines Strafverfahrens vorgenommene Einweisung in die Psychiatrie in der ehemaligen DDR erst ab Inkrafttreten des Gesetzes über die Einweisung in stationäre Einrichtungen für psychisch Kranke vom 11. Juni 1968 eine gesetzliche Grundlage

539 Anordnung über Meldung von Körperbehinderungen, geistigen Störungen, Schädigungen des Sehvermögens und Schädigungen des Hörvermögens, 12.5.1954. In: ZBl., Nr. 20, 194, § 3.

540 JUN (1979), 478, zitiert in: HOTTENROTT (2016a), 91 f.

541 MÜCK (1982), 135.

542 Zitiert nach: WIEGMANN (2018), 71.

gab. Die heutige Rechtsprechung geht davon aus, dass ungeachtet dessen auch vorher die im späteren Einweisungsgesetz formulierten »(Mindest-)Gewährleistungen der Erforderlichkeit eines medizinischen Grundes, d.h. einer durch die Unterbringung in der Psychiatrie behandelbaren psychischen Erkrankung und einer gerichtlichen Entscheidung bei einer auf Dauer angelegten Zwangseinweisung, auch dem damaligen Rechts- und Verfassungsverständnis der DDR« entsprachen.⁵⁴³ Die Annahme wird u. a. darauf gestützt, dass bereits »die Verfassung der DDR vom 7.10.1949 in Art. 8 Abs. 1 die persönliche Freiheit des Einzelnen, die von den Staatsorganen nur auf Grund der Gesetze eingeschränkt oder entzogen werden durfte, gewährleistet und in Art. 136 Abs. 2 Entscheidungen über die Zulässigkeit und Fortdauer von Freiheitsentziehungen dem Richter vorbehalten hatte«.⁵⁴⁴

3.2.8.2 Das Einweisungsgesetz der DDR von 1968

Die Möglichkeit der Einweisung von nicht straffälligen psychisch Kranken, auch gegen ihren Willen, wurde 1968 durch das sogenannte Einweisungsgesetz geregelt. Dieses trat zusammen mit einem neuen Strafgesetzbuch (StGB) und einer neuen Strafprozessordnung (StPO) der DDR am 1. Juli 1968 in Kraft.⁵⁴⁵ Das Einweisungsgesetz sollte Artikel 30 Abs. 2 der Verfassung der DDR vom 6. April 1968 konkretisieren, der Einschränkungen der Freiheit eines Bürgers »nur im Zusammenhang mit strafbaren Handlungen oder einer Heilbehandlung« legitimierte, und auch nur dann, wenn diese außerdem »gesetzlich begründet« sowie »verhältnismäßig« waren.⁵⁴⁶ Das Gesetz wurde in juristischen und medizinischen Fachzeitschriften der DDR diskutiert,⁵⁴⁷ wobei die historiographische Untersuchung der Rezeption noch aussteht. Generell war die Einweisung als medizinisches Verfahren geregelt und stärkte im Vergleich zur Bundesrepublik die Position der Ärztinnen und Ärzte. Es räumte diesen, »offenbar unter der Prämisse verantwortungsbewußter Entscheidungskompetenz«, »einen großen Entscheidungsspielraum ein«.⁵⁴⁸

543 Vgl. Rehabilitierung wegen Einweisung in eine psychiatrische Anstalt. OLG Jena, Beschluss vom 1.12.2014 – 1 WS Reha 6/14, ZOV 2016, 151 (mit Anmerkungen von Ass. iur. Philipp Mützel), LSK 2014, 118961: Die durch den Rat des Kreises erfolgte Einweisung und langjährige Unterbringung (1953–1959) einer knapp eineinhalb Jahre alten Betroffenen in einer Psychiatrie wurde u. a. wegen des Fehlens einer konkreten ärztlichen Einweisungsdiagnose und behandelbaren psychischen Erkrankung strafrechtlich rehabilitiert.

544 Ibid.

545 Gesetz über die Einweisung in stationäre Einrichtungen für psychisch Kranke vom 14.6.1968, in: GBL DDR, I, Nr. 13, 273–276, abgedruckt in: LEMKE (1987), 486 ff.; vgl. auch HÜTTNER u. a. (1982), 172 f.; DÜRWARD/HERING (1974), 142 ff.

546 OLG Jena, Beschluss vom 15.12.2014 – 1 Ws Reha 6/14, BeckRS 2014, 118961.

547 Süß (1998), 465 f.

548 Zitiert nach BRUNS (1993), 182, der in seinem kurzen Beitrag zum DDR-Einweisungsgesetz auch Kommentare sowie empirische Befunde aus der DDR zusammenfasst und eine vergleichende kommentierende Bemerkung zum Einweisungsgesetz tätigt.

Das Gesetz definierte für »psychisch Kranke, Kranke mit begründetem Verdacht auf eine psychische Erkrankung und Personen mit schwerer Fehlentwicklung der Persönlichkeit von Krankheitswert« (§ 1) drei Formen der Einweisung:

(1) konnte die Einweisung auf der Grundlage einer ärztlichen Einweisungsdiagnose erfolgen, die bei Minderjährigen das Einverständnis des Betroffenen/gesetzlichen Vertreterin oder Vertreters voraussetzte (§§ 3f.),

(2) konnte eine befristete ärztliche Einweisung auch gegen den Willen der Patientin oder des Patienten oder seiner gesetzlichen Vertreterin oder seines gesetzlichen Vertreters angeordnet werden (§§ 6ff.),

(3) schließlich konnte die Einweisung durch gerichtlichen Beschluß erfolgen (§§ 11ff.).

Die befristete ärztliche Einweisung ordnete die Kreisärztin oder der Kreisarzt, bei bereits im Krankenhaus befindlichen Personen die ärztliche Leitung des Krankenhauses bzw. die für die psychiatrische Betreuung verantwortliche Ärztin oder der verantwortliche Arzt mit Zustimmung des Kreisarztes, an, wenn es »der Schutz von Leben oder Gesundheit der Kranken oder die Abwehr einer ernsten Gefahr für andere Personen oder für das Zusammenleben der Bürger« erforderten. Die Einweisung in ein Krankenhaus oder in eine Pflegeeinrichtung auf Anordnung durfte einen Zeitraum von sechs Wochen nicht überschreiten. Bei Gefahr im Verzug im Sinne des Abs. 2 konnte jede Ärztin bzw. jeder Arzt aufgrund seiner Feststellung eine vorläufige befristete Einweisung anordnen. In diesem Fall war der Kreisarzt sofort schriftlich in Kenntnis zu setzen, der die Anordnung innerhalb einer Frist von drei Tagen bestätigen oder aufheben musste (Abs. 3). Die Kreisärztin oder der Kreisarzt mussten eine Anordnung außerdem den nächsten Angehörigen, dem zuständigen Staatsanwalt, dem Leiter der behandelnden Einrichtung und dem zuständigen Rat der Stadt oder der Gemeinde am ständigen Wohnsitz der Patientin oder des Patienten unverzüglich und schriftlich mitteilen (Abs. 5 und 6). Schließlich war die fachärztliche Nachprüfung der Einweisungsdiagnose und Notwendigkeit der stationären Betreuung vorgeschrieben (§ 7 Abs. 1). Die Überprüfung musste in den Betreuungsunterlagen protokolliert werden, und der zuständige Staatsanwalt und der Kreisarzt waren darüber schriftlich zu informieren. Waren die Voraussetzungen der Anordnung nicht mehr gegeben, musste die verantwortliche Ärztin oder der verantwortliche Arzt mit Zustimmung des Kreisarztes die Anordnung unverzüglich aufheben. Eine Entlassung musste nicht erfolgen, wenn Patientin, Patient oder gesetzliche Vertreterin oder Vertreter die Zustimmung zum weiteren Verbleib in der Einrichtung gaben. Patientin/Patient oder gesetzliche Vertreterin/Vertreter und jede/r Angehörige, der oder die die persönliche Fürsorge für den Eingewiesenen übernehmen wollte, konnte beim Leiter der Einrichtung die Aufhebung der Anordnung beantragen. Über den Antrag entschieden die Krankenhausleitung oder die verantwortliche Ärztin bzw. der Arzt. Die Kreisärztin oder der Kreisarzt mussten der Entscheidung zustimmen (§ 7, Abs. 2). Patientin, Patient oder gesetzliche Vertreter/Angehörige konnten außer-

dem Beschwerde einlegen, die innerhalb einer Woche nach der Anordnung bei der Kreisärztin bzw. beim Kreisarzt einzureichen war. War die Beschwerde erfolglos, war sie an die Bezirksärzte weiterzuleiten, die nach Anhörung der leitenden Ärztin oder des leitenden Arztes endgültig über den Antrag entschieden (§ 10, Abs. 2).

War demnach aus den in § 6 genannten Gründen ein längerer Verbleib als sechs Wochen erforderlich und verweigerte die Patientin oder der Patient oder seine gesetzliche Vertreterin oder sein Vertreter die Zustimmung, entschied das Kreisgericht über eine unbefristete Einweisung. In dem Fall musste die Leiterin oder der Leiter des Krankenhauses mindestens alle sechs Monate die Notwendigkeit überprüfen und in den Betreuungsunterlagen protokollieren (§ 13). Er konnte die Patientin oder den Patienten auch vorübergehend von seinem stationären Aufenthalt freistellen. Darüber musste das Gericht lediglich informiert werden. Waren die Voraussetzungen nicht mehr gegeben, musste von der zuständigen Ärztin oder dem zuständigen Arzt ein Antrag auf Aufhebung der gerichtlichen Anordnung gestellt werden (§ 14).

Wurden die von Kreisarzt oder Gericht getroffenen Anordnungen nicht befolgt, konnten die Maßnahmen auch mit Hilfe der Volkspolizei durchgesetzt werden. Dabei sollte Rücksicht auf den Gesundheitszustand der Betroffenen genommen werden (§ 18).

Das Einweisungsgesetz von 1968 galt auch nach 1990 bis zu den landesgesetzlichen Neuregelungen in den neuen Bundesländern als Landesrecht fort.⁵⁴⁹

549 Gem. Art. 9 Abs. 1 des Einigungsvertrags in Verbindung mit Art. 1 des Einigungsvertragsgesetzes, BGBl. 1990 II, 885. Zitiert nach: <https://de.wikipedia.org/wiki/Psychisch-Kranken-Gesetz> (letzter Zugriff: 26.4.2021).

4 Pädagogische Gewalt und Lebensalltag

(Anke Dreier-Horning)

4.1 Einführung

»In meiner Erinnerung waren die wenigsten Kinder gern in unserer Einrichtung.«⁵⁵⁰ Diese Aussage einer ehemaligen Krankenschwester aus der Psychiatrischen Klinik in Berlin-Herzberge trifft den Kern der Bewertung der Lebensbedingungen in den Einrichtungen der Psychiatrie und der Behindertenhilfe in der DDR und der BRD in den jeweiligen Untersuchungszeiträumen.

Um sich in einer Einrichtung »wohl fühlen« zu können, muss sie Rahmenbedingungen schaffen, die die subjektiven und objektiven Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten oder der Bewohnerinnen und Bewohner schützt. Dieser Anspruch gilt für jegliche Einrichtungstypen und für alle Träger – ob staatlich oder konfessionell – und für alle gesellschaftlichen Systeme. Was jene subjektiven und objektiven Interessen sind, was also ein Kind, ein Jugendlicher oder eine Jugendliche braucht, ist einerseits zwar nicht abschließend zu beantworten. Andererseits ist aufgrund vielfältiger historischer Beispiele und empirischer Studien doch sehr viel über die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen, die das Wohlergehen eines Kindes positiv oder negativ beeinflussen, bekannt. Die Verweigerung elementarer Grundbedürfnisse z. B. verunmöglicht das Wohlergehen und die Entwicklung eines Kindes. Fehlende Zuwendung, so wissen wir heute, kann die Gehirnentwicklung des Kindes massiv beeinträchtigen.⁵⁵¹ Die Kindheit wird nicht zuletzt aus diesem Grund als eine vulnerable Periode wahrgenommen. Um die Interessen von Kindern – inklusive der zukünftigen – zu schützen, wird im deutschen Recht oftmals auf den unbestimmten Rechtsbegriff des »Kindeswohls« zurückgegriffen. Für die Gesellschaft bietet das »Kindeswohl« gleichzeitig ein kollektives Orientierungsmuster zur Bewertung des Umgangs mit Kindern.⁵⁵² Entscheidend dabei ist der Umstand, dass der Begriff des »Kindeswohls« immer auch perspektivisch angelegt ist, also einerseits die aktuellen Interessen der Minderjährigen in den Blick nimmt, zugleich aber auch das zukünftige Wohlergehen.⁵⁵³ Das Kind wird auf seine eigene Zukunft hin entworfen

550 Vgl. HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 735.

551 Eine aktuelle Studie konnte nachweisen, dass soziale Vernachlässigung auch organische Auswirkungen haben kann. So wiesen ehemalige Kinder rumänischer Kinderheime, die über einen längeren Zeitraum hospitalisiert wurden, signifikant kleinere Gehirne auf; vgl. MACKES u. a. (2020).

552 GÖRGEN u. a. (2018).

553 Vgl. SCHICKHARDT (2016), 165 ff.

und seine Zukunft des Kindes darauf befragt, welche Voraussetzungen heute erfüllt sein müssen, um später ein gelingendes Leben zu führen.

Die von uns untersuchten 17 Heime und Kliniken konnten – und damit ist das Ergebnis der Einrichtungsstudienanalyse zusammenfassend vorweggenommen – für einen Großteil der Kinder auf diese Frage keine adäquaten Antworten bieten. Der Umstand, dass die individuellen und objektiven Interessen der Kinder nicht hinreichend gewahrt werden konnten, führte zu Leid- und Unrechtserfahrungen. Die Faktoren, die dazu beitrugen, sind höchst vielfältig und komplex und können weder in diesem Kapitel noch im vorliegenden Bericht in Gänze erörtert werden. Im Folgenden sollen daher zentrale Bereiche ausgeleuchtet werden, die das Kindeswohl negativ beeinträchtigten bzw. beeinträchtigen konnten. Denn aufgrund individueller Resilienzfaktoren wirken sich die gleichen Rahmenbedingungen in den Einrichtungen biographisch doch recht unterschiedlich aus.⁵⁵⁴

Das vorliegende Kapitel befasst sich mit den Erziehungsvorstellungen und der in den Einrichtungsstudien dargestellten Erziehungswirklichkeit in den 17 untersuchten Einrichtungen. Pädagogisches Handeln ist für das Kindeswohl, vor allem in seiner perspektivischen Orientierung auf die Zukunft des Kindes, entscheidend. Wenn wir davon ausgehen, dass Erziehung ein spezifisches moralisches Recht der Kindheit darstellt (vgl. die Ausführungen zu moralischen Rechten von Kindern in Kap. 1.3.2), dann haben Kinder in diesen Einrichtungen nicht nur einen Anspruch auf Fürsorge und die Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse, sondern auch ein Recht auf Bildung und sozialpädagogischer Zuwendung. Die Einrichtungen wurden dementsprechend hinsichtlich des Umfangs des pädagogischen Handelns, hinsichtlich der jeweiligen pädagogischen Leitbilder sowie bezüglich der Methoden zum Erreichen der Erziehungsziele untersucht.

Pädagogisch ist ein Handeln dann, wenn es mit der Absicht erfolgt, die kognitiven und emotionalen Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes zu fördern. Das heißt, pädagogisches Handeln weist über die Tätigkeiten im Rahmen der Fürsorge hinaus.⁵⁵⁵ Fürsorge hat zwar immer auch die Bedürfnisse und Interessen des Gegenübers im Blick und versucht diese aufgrund einer nicht vorhandenen inneren und/oder äußeren Autonomie zu befriedigen, zielt jedoch nicht auf Lerneffekte. Dies markiert einen wichtigen Unterschied zum pflegerischen Handeln.⁵⁵⁶

Wenn ein Kind in einer Einrichtung ernährt wird, dann werden zwar Grundbedürfnisse gestillt, ein pädagogischer Anspruch ist mit diesem sozialen Handeln jedoch nicht verbunden. Erst wenn das Kind ermuntert wird, selbständig zu essen, es Hilfestellungen

554 Das Konzept der Resilienz beschreibt eine gesunde Entwicklung trotz risikoreicher Lebensumstände. Cowen und Work haben dafür das Bild von Kindern entworfen, die schwimmen, obwohl sie aufgrund der negativen Umstände sinken müssten. Vgl. COWEN/WORK (1988), 602.

555 Vgl. GIESINGER (2007), 81 ff.

556 Obwohl Autonomieförderung heute ein fester Bestandteil einer guten Pflege ist.

erhält, es motiviert wird, es gelobt wird, kann von einem pädagogischen Bemühen gesprochen werden: Denn dieses Handeln ist auf eine dem gegenwärtigen und künftigen Kindeswohl dienende Perspektive hin orientiert. Der Begriff des »Kindeswohls« zielt auf die Entwicklung einer kindlichen Selbstbestimmungsfähigkeit, also auf die Entwicklung einer inneren und äußeren Autonomie, um – soweit möglich – seine individuellen Interessen in Zukunft vertreten zu können.⁵⁵⁷ Um dies zu ermöglichen, müssen bereits heutige kinderspezifische Interessen und Bedürfnisse gewahrt werden.

Dieser Anspruch hat sich in der Pädagogik des 20. Jahrhunderts erst spät durchgesetzt. Die Pädagogik der DDR und der BRD der 1950er und 1960er Jahre sah ihre Aufgabe vielmehr in der Vergesellschaftung und sozialen Disziplinierung des Kindes. Dementsprechend ging es vor allem um die Vermittlung von sogenannten Sekundärtugenden (Fleiß, Pünktlichkeit, Sauberkeit usw.), also um die Anpassung an bestehende Normen, an Unterordnung und Gehorsam. Erst mit den Reformen der 1970er Jahre gerieten in der BRD kinderspezifische Interessen in den Fokus. Die DDR-Pädagogik enthielt bis 1990 keinen emanzipatorischen Anspruch.⁵⁵⁸

Zum Umfang des pädagogischen Handelns – ein wichtiges Kriterium zur Bestimmung der Erziehungswirklichkeit in den von uns untersuchten Einrichtungen – kam deshalb noch ein zweites Untersuchungskriterium hinzu. Es galt, nicht nur das pädagogische Handeln vom bloßen pflegerischen Handeln abzuheben, sondern auch innerhalb des pädagogischen Handelns die Ziele, Methoden, Mittel und Formen der Erziehung zu prüfen, denn nicht jedes pädagogische Handeln fördert das Kindeswohl. Pädagogische Mittel, die das Subjekt herabsetzen, z. B. durch Demütigungen oder Gewalt, können das Kind nachhaltig in seiner Entwicklung behindern. Erziehungsmethoden, die das Subjekt in seinem Kern erschüttern, die mit Angst und Strafe arbeiten, erschweren bis verunmöglichen einen gelingenden Lebensweg. Dementsprechend kann der Einsatz von Gewalt zu psychischen oder physischen Leiderfahrungen führen, die sich nicht nur auf das aktuelle Kindeswohl auswirken, sondern auch die Zukunft des Kindes beeinträchtigen. Gewalterfahrungen über einen längeren Zeitraum können das Selbstbild des Kindes dauerhaft beschädigen, was wiederum negativen Einfluss auf die Entwicklung und die Ausschöpfung des Potenzials des Kindes haben kann. Demnach können auch Leiderfahrungen, hervorgerufen durch pädagogische Gewaltanwendung – unabhängig von ihrer strukturellen Verwurzelung innerhalb der Institution –, Unrecht darstellen, und zwar immer dann, wenn das spezifisch moralische Recht des Kindes, sich entwickeln zu können, nachhaltig beeinträchtigt wird.

Drittens waren strukturelle Faktoren zu beschreiben. Sie liegen außerhalb des pädagogischen Handelns, beeinflussen dieses jedoch maßgeblich. Der Begriff »pädago-

557 Vgl. BAGATTINI (2019), 128 ff.

558 Vgl. DREIER/LAUDIEN (2012), 21.

gische Gewalt« wird im Rahmen dieser Studie also nicht nur als individuell ausgeübtes und körperlich und seelisch unmittelbar erfahrbares Leid (z. B. mittels körperlicher Züchtigung) verstanden, sondern darüber hinaus als ein strukturelles Element gefasst. Pädagogische Gewalt geht nicht nur von Personen aus, sondern kann auch in der Verfasstheit von Institutionen angelegt sein. Die strukturellen Momente von Einrichtungen können Unrecht befördern oder ermöglichen. Sie stellen die Hinterbühne von Handlungen dar, die zu direkter Gewalterfahrung führen können. Dazu zählen etwa die geringe Qualifikation des Personals, das nicht bedarfsgerecht auf das Verhalten der Bewohnerinnen und Bewohner oder der Patientinnen und Patienten reagieren kann, eine unverhältnismäßige Gruppengröße, eine anregungsarme Umgebung oder das Fehlen von Privatsphäre.

Auch wenn dies nicht beabsichtigt war, so verunmöglichen diese Faktoren eine pädagogische Zuwendung und dementsprechend eine Förderung des Kindeswohls. Eine Folge von struktureller Gewalt ist etwa Hospitalismus. So konnten Kinder in ihrer körperlichen oder psychischen Entwicklung gehemmt werden und hinter ihren Möglichkeiten zurückbleiben, ohne dass es zu direkter Gewaltanwendung oder empirisch nachweisbaren Leiderfahrungen gekommen war.

Forschungsarbeiten zur Pädagogik und den Lebensbedingungen in den Einrichtungen der Psychiatrie und der Behindertenhilfe in der BRD liegen zumeist in Form von Einrichtungsstudien vor.⁵⁵⁹ Über den Alltag und die Erziehungsvorstellungen bzw. die Erziehungswirklichkeit in den Einrichtungen der Psychiatrie und der Behindertenhilfe der DDR wissen wir sehr wenig. Die bisher umfassendste Arbeit stammt von Sebastian Barsch aus dem Jahr 2007⁵⁶⁰ und von Falk Bersch aus dem Jahr 2020. Bersch untersucht zwar ausschließlich die ehemaligen Nordbezirke der DDR, seine Ergebnisse weisen jedoch über den regionalen Rahmen hinaus und sind vielmehr paradigmatischer Natur.⁵⁶¹ Die ersten Studien über Einrichtungen der Behindertenhilfe der DDR erschienen 2018,⁵⁶² während sich vorliegende Arbeiten zur Psychiatrie der DDR nur am Rande mit den Lebensbedingungen in den Einrichtungen befassen.⁵⁶³

559 Z. B. SCHMUHL/WINKLER (2012); ders./dies. (2014); sowie für die katholische Kirche und die Caritas: STIELS-GLENN (2011); A. SIEBERT u. a. (2016); KAMINSKY/FRINGS (2012).

560 BARSCH (2007).

561 BERSCH (2020 a).

562 WESTFELD (2018).

563 Vgl. MÜLLER/MITZSCHERLICH (2005).

4.2 Das Bild vom psychisch kranken und/oder behinderten Kind

Bevor das konkrete pädagogische Handeln in den Einrichtungen, die Lebensbedingungen und die damit verbundenen Strukturen näher beschrieben werden, soll zunächst erläutert werden, welche grundsätzlichen Vorstellungen vom behinderten bzw. psychisch kranken Kind in den Gesellschaften der BRD und DDR überwogen und inwiefern sich diese Vorstellungen während des Untersuchungszeitraums veränderten.

4.2.1 Überhöhung der menschlichen Vernunft

Dass jedem Menschen, unabhängig von seinen Leistungen und seinen Fähigkeiten, ein moralischer Wert innewohnt, ist ein Grundgedanke der europäischen Aufklärung. Die Würde des Menschen ist über jeden Preis erhaben, man kann sie nicht verrechnen, sie ist nicht eintauschbar und sie ist universell gültig, d. h. man kann sie nicht verlieren und muss sie sich nicht verdienen. Der Mensch hat eine Würde, allein weil er Mensch ist. Der Grund dafür, dass der Mensch, nach Immanuel Kant im Gegensatz zu den Tieren, eine Würde, also einen unveräußerlichen und absoluten inneren Wert besitzt, liegt in seiner Fähigkeit, moralisch zu handeln, sich und seine natürlichen Triebe zurückzustellen und sein Handeln freiwillig an ein moralisches Gesetz zu binden. Für diesen Schritt bedarf es der menschlichen Vernunft.⁵⁶⁴

Weitaus mehr als der Gedanke der Gleichheit prägte die Überhöhung der menschlichen Vernunft, die in der Moralphilosophie Kants und anderer europäischer Aufklärer zum Tragen kommt, auch in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts den Blick auf das behinderte oder psychisch kranke Kind, das als defizitär wahrgenommen wurde. Kant zufolge kam einem Menschen mit Behinderung nicht dieselbe Würde wie einem Menschen ohne Behinderung, folglich erwachsen hieraus ihm gegenüber folglich auch keine »moralischen Pflichten« durch andere Menschen. Die Bewohnerinnen und Bewohner, so schrieb der Direktor des Lübecker Vorwerk-Heimes Lindow 1956, sollten daher »vom Instinktmäßigen, Triebartigen, allmählich zum Bewußten und Überlegten« geführt werden.⁵⁶⁵ Durch die Überwindung der Natur, des Triebhaften und des Irrationalen würde man der menschlichen Natur gerecht werden. Dieser defizitorientierte Blick auf das Kind, das von der Norm abweicht und dem aufklärerischen Menschenbild nicht gerecht wird, findet sich trotz unterschiedlicher Erziehungsleitbilder in allen 17 untersuchten Einrichtungen.

⁵⁶⁴ Vgl. KANT (1994), 32 ff.

⁵⁶⁵ LINDOW (1966), zit. nach: LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 450.

Andererseits bestimmen pädagogische Leitbilder nie vollständig die Erziehungspraxis. Vielmehr verkörpert die Praxis ein Konglomerat an Alltagsmentalitäten und Werthaltungen, die sich auch außerhalb der Einrichtungen wiederfinden. Heime und andere stationäre Einrichtungen bilden zwar einen sozialen Mikrokosmos, in dem allgemeine Erziehungsvorstellungen besonders stark zur Geltung kommen können, sie sind aber immer Teil einer Gesellschaft, in denen jene Vorstellungen ebenfalls wirkmächtig sind oder zumindest wirkmächtig waren. Die Mentalitäten in den Heimen unterschieden sich also nicht grundsätzlich von denen in den Familien, konnten jedoch – aufgrund des geschlossenen Mikrokosmos – weitaus stärker zur Geltung gelangen.

4.2.2 Kontinuitäten nach 1945

Der Begriff der Menschenwürde, der die Gleichwertigkeit menschlichen Lebens zum Ausdruck bringt, wurde zwar in beiden deutschen Staaten als politisches Ideal formuliert. Im Alltagsdenken blieben jedoch Topoi und Stereotypen, die Formen gesellschaftlicher Minderwertigkeit zum Ausdruck brachten, weiterhin bestehen. Sven Korzilius hat dies eindrücklich für bestimmte Randgruppen in der Sowjetischen Besatzungszone und der DDR nachgewiesen. Er zeigte, wie auch im Sozialismus kollektive Vorstellungen zwar nicht biologischer, so doch gesellschaftlicher Minderwertigkeit (z. B. in Form von »Asozialität«) unter neuen politisch-ideologischen Vorzeichen fort dauerten.⁵⁶⁶ Trotz der vielerorts herrschenden Aufbruchsstimmung lässt sich für die Nachkriegsjahre überwiegend ein Festhalten an traditionellen Werthaltungen und Alltagsmentalitäten konstatieren. Das heißt, die Nachkriegsgesellschaften in allen Besatzungszonen waren noch immer stark von nationalsozialistischen Erziehungsvorstellungen geprägt, und im abgeschlossenen Heimkosmos und im Klinikalltag konnten ab 1945 z. B. aufgrund starker personeller Kontinuitäten – dies trifft insbesondere auf die BRD zu – konservative Erziehungs- und Gesellschaftswerte unhinterfragt wirkmächtig bleiben. Dies äußerte sich in Vorstellungen von abweichendem Verhalten, in sozial konstruierten Normalitätsbildern, im Sprachgebrauch und im konkreten Umgang mit Kindern und Jugendlichen. Selbst vermeintlich progressive Erziehungsvorstellungen wurden an traditionelle Werte und Normen zurückgebunden. 1950 erschien in der DDR in der Fachzeitschrift »Die Kindergärtnerin« eine Rezension über das Hauptwerk des sowjetischen Pädagogen Anton S. Makarenko. Der Verfasser schrieb:

»Die Nazis mißbrauchten wertvolle Erziehungsmittel für ihre verbrecherischen Ziele. Sollen wir deshalb auf sie verzichten? Wer Makarenkos Pädagogisches Poem mit Verständ-

566 KORZILIUS (2005).

nis liest, wird erkennen, daß wir damit auf die Erziehung eines neuen, des kollektiven Menschen überhaupt verzichten würden.»⁵⁶⁷

Der Autor plädierte also für eine Rückbesinnung auf Werte wie Disziplin, Ordnung und Unterordnung.

Veränderungen konnte es nur dort geben, wo der Wille zu einem Neuanfang auch auf entsprechende Freiräume und geringen Widerstand stieß. Bis 1950 gab es auf dem Gebiet der SBZ durchaus reformpädagogische, teilweise sogar libertäre Praxisversuche.⁵⁶⁸ Die Sowjetisierung des pädagogischen Feldes und damit die Angleichung der pädagogischen Vorstellungen an das stalinistische System setzten mit der Gründung der DDR 1949 ein.

4.2.3 Die 1960er und 1970er Jahre

4.2.3.1 BRD

In Westdeutschland versuchte die Sonderpädagogik nach dem Zweiten Weltkrieg zunächst an ihre Vorläufer aus der Weimarer Republik anzuknüpfen. Doch erst in den 1960er Jahren setzte langsam auch ein gesamtgesellschaftlicher Bewusstseinswandel ein, der langfristig auch Auswirkungen auf die Wahrnehmung von Menschen mit Behinderungen hatte. Angesichts des allgemeinen gesellschaftlichen Wertewandels bildete sich in den 1970er Jahren ein neues pädagogisches Leitbild heraus, das nun in erster Linie die Möglichkeiten und Potentiale behinderter und psychisch erkrankter Kinder berücksichtigte. Dieser langsame Paradigmenwandel lässt sich parallel auch in den religionspädagogischen Debatten nachweisen.⁵⁶⁹ Zum Ausdruck kamen diese neuen Zielvorstellungen in der Heilpädagogik, etwa in einer Broschüre der Ursberger Fachschule für Heilerziehungspflege aus dem Jahr 1977, die hier unter den Schlagworten »Partizipation«, Entwicklung von »Selbständigkeit« und »Persönlichkeitsentwicklung« zusammengefasst wurden.⁵⁷⁰

Im Zuge des gesellschaftlichen Wandels in der Bundesrepublik mit seinen Liberalisierungs- und Demokratisierungstendenzen ab den späten 1960er Jahren baute sich auch in der Anstalts-Pädagogik ein steigender Veränderungsdruck auf, der im Heim- und Psychiatriesektor langfristig zu einem Professionalisierungsschub führen sollte. Dieser Wandel lässt sich in vielen der untersuchten Einrichtungen nachweisen. Oftmals bildete ein altersbedingter Wechsel der Heimleitung den Auslöser für innere Reformen und

567 STOHR (1950), 16.

568 DREIER-HORNING (2020), 140f.

569 JÄNICHEN (2010), 141.

570 HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 415 f.

damit eine Verbesserung der Lebensbedingungen in der Anstalt. In vielen untersuchten Einrichtungen lässt sich bis Mitte der 1970er Jahre eine deutliche Reformorientierung im pädagogischen Selbstbild feststellen, die auch zu Veränderungen im erzieherischen Handeln führte. In Haus Hall forcierte der neue Direktor ab 1971 zum Beispiel ganz gezielt eine Liberalisierung der Erziehungsmethoden, wozu insbesondere das Verbot von Prügelstrafen sowie eine Öffnung der Einrichtung zur Außenwelt gehörten.⁵⁷¹ Auch im Vorwerker Heim in Lübeck übernahm Anfang der 1970er Jahre ein junger, engagierter Direktor die Leitung des Hauses, der auf eine stärkere therapeutisch-pädagogische Förderung der Heimbewohner und -bewohnerinnen drängte und zumindest die schlimmsten Missstände in Vorwerk relativ zügig unterband.⁵⁷²

Vorangetrieben wurde der Reformschwung in der pädagogischen Arbeit in den 1970er Jahren vor allem auch durch eine neue Generation von Pädagogen/Pädagoginnen und Betreuern/Betreuerinnen, Sozialpädagogen/-pädagoginnen, Beschäftigungstherapeuten/-therapeutinnen und Psychologen/Psychologinnen. Erstmals leisteten auch Zivildienstleistende in nennenswertem Umfang ihre Dienstzeit in Einrichtungen für behinderte Menschen und sorgten laut mehrerer Zeitzeugenberichte für einen freieren, unkonventionelleren Stil im alltäglichen Umgang mit den Bewohnerinnen und Bewohnern. In der Kinderabteilung der Pfälzischen Nervenlinik Landeck wurden mit der Eröffnung des Neubaus 1973 erstmalig Stellen für Psychologen/Psychologinnen, Heilerziehungshelfer/-innen, Sozialpädagogen/-pädagoginnen und Logopäden/Logopädinnen geschaffen.⁵⁷³ Im katholischen Haus Hall waren sogar bereits ab Mitte der 1960er Jahre pädagogische Weiterbildungsmaßnahmen für das Personal verpflichtend, und auch die Einstellung einer Psychologin Ende der 1960er Jahre signalisiert eine vergleichsweise frühe Hinwendung zu neuen Therapie- und Erziehungsansätzen.⁵⁷⁴

Durch die in vielen Häusern zu beobachtende Diversifizierung der Berufsbilder (vgl. Kap. 2.3.1) wurde das pädagogische Angebot in den Anstalten deutlich ausgeweitet: In Haus Hall rief man vermehrt therapeutische Freizeitangebote wie Spiel- und Sporttherapien, Gruppentheaterspiele oder therapeutisches Reiten ins Leben.⁵⁷⁵ Auch in Schönbrunn fanden eine stärkere individuelle Förderung und zunehmende Orientierung an den Interessen und Bedürfnissen der Kinder ab Anfang der 1970er Jahre statt, so etwa durch die Möglichkeit zum Basteln und Kegeln; zudem wurden nun Radioapparate und ein Tischfußball-Spiel angeschafft. In dieser Zeit überarbeitete die Leitung auch die noch aus den 1920er Jahren stammende »Anstaltssatzung«.⁵⁷⁶ In Wiesengrund

571 Vgl. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 360.

572 LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 435 f.

573 BEYER: Pfälzische Nervenlinik Landeck, LE KJP (BRD), 653.

574 Vgl. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 338 f.

575 Vgl. *ibid.*, 351.

576 BEYER: Assoziationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 379, 384.

bestand nun die Möglichkeit, ein Musikinstrument zu erlernen, auch Spieltherapien, Gymnastik und Schwimmunterricht waren an der Tagesordnung.⁵⁷⁷

Auch das Schulwesen in den Einrichtungen wurde gängigen Standards angepasst, die Schülerinnen- und Schülerzahlen stiegen in den meisten Einrichtungen kontinuierlich. In Schönbrunn wurden ab 1969 Klassen für Minderjährige mit Lernbehinderungen und geistigen Behinderungen differenziert unterrichtet, in Haus Hall bildete sich bereits in den 1960er Jahren ein mehrgliedriges Schulsystem aus.⁵⁷⁸ Nach der staatlichen Anerkennung der Anstalts-Sonderschule 1976 verbesserte sich auch im Lübecker Vorwerk die Schulsituation.⁵⁷⁹

4.2.3.2 DDR

Ähnliche Liberalisierungstendenzen lassen sich auch in den konfessionellen Einrichtungen in der DDR beobachten. Eine veränderte Sicht war die Folge von Werthaltungen und Einstellungen, die neue Kolleginnen und Kollegen mit in die Einrichtung brachten. Ein Zeitzeuge erinnert sich:

»Als ich hier angefangen habe zu arbeiten, war das ein bisschen schwierig, weil, ich sag mal, [...] es war eher eine Verwahrung, als dass wirklich ernsthaft was mit ihnen gemacht worden ist [...] und die Konzentration auf Tabletten war relativ hoch.«⁵⁸⁰

Verändert habe sich der Umgang mit den Bewohnerinnen und Bewohnern auch durch einen Generationswechsel beim Personal. Insbesondere die jüngeren Kolleginnen und Kollegen hätten in den späten 1970er und 1980er Jahren auf mehr Aktivität und Interaktion gedrängt. So habe man mit den geistig behinderten Menschen nach der Arbeitstherapie Spiele gespielt und Sport getrieben. Von einigen Kolleginnen und Kollegen seien diese Veränderungen jedoch durchaus kritisch gesehen worden.

Innerhalb der staatlichen Sonderpädagogik der DDR konzentrierte man sich zunächst ausschließlich auf Kinder, die schulbildungsfähig waren. Für Kinder, die keine Einrichtung des Sonderschulwesens besuchen konnten, waren keine pädagogischen Maßnahmen vorgesehen. Noch in den 1970er Jahren wurde vom Präsidenten der Akademie der Pädagogischen Wissenschaft der DDR, Gerhart Neuner, die Auffassung vertreten, »dass das Erreichen des sozialistischen Bildungs- und Erziehungsziels das ›gesunde Kind‹ voraussetzt«⁵⁸¹ (siehe Kap. 3.2).

An der Berliner Humboldt-Universität benannte sich 1969 das »Institut für Sonderschulwesen« in die Sektion »Rehabilitationspädagogik und Kommunikationswissenschaft« um. »Rehabilitationspädagogik« sollte auf die kollektive Anstrengung verweisen,

577 MÜNCH: Kindersanatorium Wiesengrund Berlin, LE KJP (BRD), 577.

578 BEYER: Assoziationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 381.

579 LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 446.

580 Vgl. DREIER-HORNING: Waldhof Templin, ev. BH (DDR), 503.

581 BECKER/GROSSE (2007), 110.

in medizinischer, pädagogischer, sozialer und ökonomischer Hinsicht dem geschädigten Menschen zu helfen, wieder aktiv und produktiv am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Der Versuch, mit der Etablierung der Sektion Rehabilitationspädagogik eine eigenständige Grundlagenforschung zu betreiben und sich dementsprechend von der sowjetischen Defektologie abzusetzen, stieß innerhalb der Akademie der Pädagogischen Wissenschaft (APW) der DDR allerdings auf Widerstand.

Erst in den 1970er Jahren wurde der Bereich der Rehabilitationspädagogik um die Arbeit mit schulbildungsunfähigen, aber förderfähigen Kindern ergänzt. Dass die Fördereinrichtungen Teil des Gesundheitswesens blieben, ist laut Sigmar Eßbach, der in der DDR maßgeblich am Ausbau dieser Einrichtungen beteiligt war, auf eine Verweigerungshaltung des Ministeriums für Volksbildung zurückzuführen. Die Betreuung oder Förderung von Kindern, die als nicht schulbildungsfähig galten, wurden vom Volksbildungsministerium nicht als pädagogische Aufgabe verstanden und ein entsprechender Ministerratsbeschluss aus dem Jahr 1968 zurückgewiesen.⁵⁸² Pädagogisches Material für die Arbeit mit geistig behinderten Kindern wurde in der DDR erst 1974 bereitgestellt. Rehabilitative Bildung und Erziehung sollten die Kinder in speziellen Fördereinrichtungen zur Umweltorientierung, zur Selbstsorge, zur Gestaltung sozialer Beziehungen, zur Arbeit und zu einer sinnvollen Freizeitgestaltung befähigen. Aus dem Ministerium für Gesundheitswesen hieß es dazu:

»Förderungsfähige Intelligenzgeschädigte sind solche physisch-psychisch Geschädigte, die wegen eines angeborenen oder erworbenen Hirnschadens in allen Äußerungsbereichen (Denken, Sprache, Bewegung, Sinnesfunktionen, Verhalten i. w. S. einschließlich des emotional-volitiven Bereichs) – zum Teil erhebliche – Auffälligkeiten aufweisen, wobei als besonders gravierend die Ausfälle im intellektuell-integrativen Bereich, insbesondere im Denken und in der Sprache in Erscheinung treten.«⁵⁸³

Auch in der DDR gab es in den 1970er Jahren – wenn auch weitaus vorsichtiger als in der BRD – im sonderpädagogischen Bereich emanzipative Initiativen und Vorstöße. Neben dem Ausbau der Fördereinrichtungen für Kinder mit einer geistigen Behinderung erschien eine Vielzahl belletristischer Werke, die auf die besondere Situation von Menschen mit Behinderungen und deren Angehörigen aufmerksam machten.⁵⁸⁴

Bestehende Vorbehalte gegenüber Menschen mit Behinderungen oder psychischen Erkrankungen konnten, das zeigen die Einrichtungsstudien, dort aufgeweicht werden, wo es entsprechende Freiräume des Experimentierens gab und das Personal neue Erfahrungen im Umgang mit den Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. den Patientinnen und Patienten machen konnte. Aufgrund des permanenten Personalmangels in allen von uns untersuchten Einrichtungen waren diese Freiräume jedoch selten vorhanden. Die alltägliche

582 Vgl. ESSBACH (2002), 81.

583 Ministerium für Gesundheitswesen (1974), 21.

584 PETZOLD (1981); MEISINGER (1980); FÜHMANN (1985).

Überlastungssituation und der stark verregelte Alltag gestatteten es kaum, vorhandene Ressentiments über Bord zu werfen und das Kind mit anderen Augen zu sehen. Zudem bewirkte die Fremdwahrnehmung des sozialen Umfeldes bei den Minderjährigen selbst einen Anpassungsprozess. So berichtet etwa eine Mitarbeiterin der Kinderpsychiatrie Storkow-Hubertushöhe über ihre Arbeit in den 1980er Jahren rückblickend:

»Wir hatten zwei Bewohnerinnen, von denen wurde immer gesagt, sie sind nur Hülle, sie sind einfach nur doof, Hülle, da ist nichts. Und wenn du jemanden von Anfang an erzählst, dass er dumm ist, dann passt er sich an und so war das auch. Aber was ich da noch für Ressourcen aktivieren konnte, ist Wahnsinn.«⁵⁸⁵

Erst aufgrund eines Umzuges und der damit einhergehenden Veränderung der Wohnverhältnisse gelang es der Mitarbeiterin der Einrichtung, eine neue Beziehung zu den Bewohnerinnen und Bewohnern aufzubauen und auch Vorbehalte ihnen gegenüber zu überwinden. Die Freiräume waren hier im wahrsten Sinne des Wortes neue Räume, die auch den Blick auf das behinderte Kind veränderten.

4.2.4 Idealvorstellungen und Normabweichungen

Betrachtet man die in den 17 Einrichtungsstudien zum Ausdruck kommenden normativen Idealvorstellungen eines »guten Kindes«, so fällt auf, dass diese trotz unterschiedlicher gesellschaftlicher Systeme und pädagogischer Leitvorstellungen in der Praxis nur geringfügig voneinander abweichen. Kinder sollten gehorsam, fleißig, freundlich, wahrhaftig, diszipliniert und unauffällig sein. Sie sollten sich einordnen, unterordnen und gut führen lassen. So wurden Minderjährige in den Entwicklungsberichten gelobt, wenn sie »folgsam«, »angepasst«, »ordnungsliebend«, »brav« und »peinlich sauber« waren.⁵⁸⁶ Diese Attribute lassen sich nicht ausschließlich mit den ideengeschichtlichen Wurzeln der Pädagogik erklären, sondern zeugen auch von dem jeweiligen Bedarf der Einrichtung. Wenn Kinder beispielsweise sehr »pflegeleicht« waren, also der Aufwand ihrer Betreuung gering ausfiel, wurde dies als positive Eigenschaft des Kindes in den Entwicklungsberichten festgehalten.⁵⁸⁷ Die pädagogischen Bemühungen richteten sich dementsprechend nicht auf das Kind, sondern auf die Fähigkeit zur »Einordnung in die Stationsgemeinschaft«⁵⁸⁸ und die Einhaltung von Ordnung, Sauberkeit und Disziplin.⁵⁸⁹

585 Vgl. DREIER-HORNING: Kinderpsychiatrie/Storkow-Hubertushöhe, 555.

586 Vgl. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 352.

587 Bei einer Bewohnerin heißt es in einem Beobachtungsbogen, sie sei »eines unserer bravsten Kinder«, insbesondere da sie »peinlich sauber« sei; vgl. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 352.

588 Vgl. HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), 704.

589 Vgl. z. B. LÖFFELBEIN: Rheinische Landeslinik Bonn, LE KJP (BRD), 606 f.

Verhielten sich die Kinder entsprechend dieser Norm, wurde dies wohlwollend zur Kenntnis genommen. Wichen sie von dieser Maßgabe ab, wurde es kritisiert. Diese Kritik wurde nicht nur am Verhalten festgemacht, sondern bezog sich generell auf den Charakter des Kindes, der als mangelhaft oder gar als minderwertig bewertet wurde. In den Akten finden sich Attribute wie »hinterlistig«⁵⁹⁰, »lügt auf dummdreiste Art«⁵⁹¹, »seelische Abartigkeit«⁵⁹², »sie scheint immer dümmer zu werden in ihrer unnatürlichen Weise«⁵⁹³, »egoistisch«⁵⁹⁴, »angeberisch«⁵⁹⁵, »lästig«⁵⁹⁶, »aufdringlich«⁵⁹⁷, »launenhaft«⁵⁹⁸, »rechthaberisch«⁵⁹⁹, »schlecht«⁶⁰⁰, »unangenehm«⁶⁰¹, »unerträglich«⁶⁰², »unausstehlich«⁶⁰³, »ungezogen«⁶⁰⁴. Eine elfjährige Schwerstbehinderte sei »ein Taugenichts. Bisher war es nicht möglich, sie zur Ordnung zu erziehen.«⁶⁰⁵ Selbst eine kognitive Einschränkung wurde den Kindern durch negative Attribute (ein »dummes Kind«) vorgehalten.

Die hier zitierten Eigenschaftszuweisungen durch das Personal, die sich in den Akten immer wieder finden lassen, verdeutlichen den defizitorientierten Blick auf das Kind. Nicht das Verhalten des Kindes wurde als auffällig oder abweichend beschrieben, sondern die Kinder als Individuen an sich diskreditiert. Dies konnte von ideologischen oder religiösen Vorstellungen verstärkt werden:

Der Umstand zum Beispiel, dass das körperlich und/oder geistig behinderte Kind⁶⁰⁶ in der DDR als »chronisch krank« galt, weshalb die Betreuung vom Gesundheitswesen übernommen wurde,⁶⁰⁷ verstellte den Blick auf das individuelle Potential jedes einzelnen Kindes.

590 LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 352.

591 Ibid.

592 Ibid.

593 Ibid.

594 HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), 704.

595 Ibid.

596 LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 450.

597 Ibid.

598 Ibid.

599 Ibid.

600 Ibid.

601 Ibid.

602 Ibid.

603 Ibid.

604 Ibid.

605 Ibid., 451.

606 Der Begriff »geistige Behinderung« war kein offizieller Terminus in der DDR, er wurde mit dem Begriff der »Intelligenzschädigung« zu ersetzen versucht, im konfessionellen Bereich jedoch weiterhin genutzt.

607 Die Rehabilitationspädagogik hatte dementsprechend die Aufgabe, den Krankheitszustand zu verbessern und das Kind trotz seiner »Schädigungen« (so der in der DDR gebräuchliche Terminus) zu pflegen und zu erziehen, um den Anschluss an die Gesellschaft zu ermöglichen und das Recht auf Bildung und Arbeit zu verwirklichen. Auch eine ehemalige Mitarbeiterin der Kinderpsychiatrie in Storkow-Hubertushöhe erin-

In den pädagogischen Leitbildern konfessioneller Träger findet sich nicht selten die Vorstellung vom seelisch defektiven Kind, das aus einer spezifischen Auslegung der christlichen Glaubensvorstellungen herrührte, die der kindlichen Seele einen besonderen Hang zur Sündhaftigkeit unterstellte. Zugrunde lag dieser Tradition der Religionspädagogik, die bis in die 1970er Jahre vertreten wurde, das Kindesbild des Augustinus, der ausgehend vom Dogma des »Sündenfalls« den Menschen für grundsätzlich böse hielt.⁶⁰⁸

Wie Uwe Kaminsky anhand von mehreren unveröffentlichten Manuskripten des Schuldirektors des Franz-Sales-Hauses in Essen, Gerhard Kämmerer, gezeigt hat, waren solche defizitorientierten Sichtweisen in der konfessionellen Behindertenfürsorge der Nachkriegszeit sogar noch weitaus stärker ausgeprägt:

»Der Schwachsinnige wie der sonst psychisch Abartige wird nie dieses Ideal der christlichen Persönlichkeit erreichen, aber auch er ist Kind Gottes. Als Kind Gottes muß auch er durch äußere Zucht zur inneren Zucht geführt werden, um in der Persönlichkeitsentfaltung das ihm Mögliche zu erreichen.«⁶⁰⁹

Kinder, die sich nicht fügen, Anordnungen und Regeln der Erwachsenen nicht befolgten oder sich renitent verhielten, wurden in Einrichtungen der katholischen Kirche als sündhaft und gotteslästerlich gebrandmarkt, oder wie Rudolf Oswald es formuliert hat: »Erwünschte Verhaltensweisen wurden im Einklang mit Gott und seinem Willen imaginiert. Auf Renitenz hingegen warteten Höllenstrafen, mindestens aber der Limbus.«⁶¹⁰ Das behinderte Kind erscheint im Lichte dieses Menschenbildes wie ein »gefallener Engel«, dem die Gottesgnade zwar noch zuteilwird, das aber durch äußerste Strenge und Härte auf den rechten Pfad zu führen war.

Es fanden sich aber auch andere Vorstellungen und Menschenbilder in den von uns untersuchten konfessionellen Einrichtungen. Es waren Vorstellungen, die vielmehr an humanistische Traditionen (s. o.) anknüpften und die Hilfe Schutzbedürftiger in den Mittelpunkt der Arbeit mit Menschen mit Behinderung stellten.⁶¹¹

Inwiefern pädagogische Vorstellungen ursächlich für Leid- und Unrechtserfahrungen waren, ist kaum zu entscheiden. Traugott Jähnichen hat zu Recht angemerkt, dass die Unrechtshandlungen und das Leid in den kirchlichen Anstalten durch die zeitgenössische Glaubensauslegung für die Umwelt durchaus eine gewisse Legitimität erhielten.

nert sich, dass in der Einrichtung die Ansicht verbreitet war, dass geistig behinderte Menschen krank seien und deswegen auch von ihnen, den Krankenschwestern, betreut werden würden; vgl. DREIER-HORNING: Storkow-Hubertushöhe, 23.

608 WAPLER (2012), 33.

609 KAMINSKY/KLÖCKER (2020), 29.

610 OSWALD (2019), 199.

611 Zum Beispiel der Waldhof Templin unter der Leitung des Direktors Rau: DREIER-HORNING: Waldhof Templin, ev. BH (DDR).

Flächendeckend als Leid und Unrecht wirksam wurden sie etwa durch strukturelle Mängel der institutionellen Landschaft.⁶¹²

Dass allerdings vielfach die pädagogischen Leitbilder lediglich vorhandene Strukturen nachträglich legitimierten, lässt sich allein daran erkennen, dass veränderte materielle Strukturen (eine veränderte Personalausstattung, neue Räumlichkeiten) fast immer automatisch zur Entwicklung neuer Werthaltungen gegenüber den Kindern führten. Ferner wurden die Verbote und Gebote nur so lange gerechtfertigt, wie sie von offizieller Seite aufrechterhalten wurden, selbst wenn sie nicht mehr dem Ideal der Zeit entsprachen. So stellte eine Krankenschwester der KJP Herzberge rückblickend fest: »[...] letzten Endes hat sich immer gezeigt, dass all das, was zuvor verboten war, keine Rolle mehr spielt, wenn das Verbot beseitigt ist.«⁶¹³ Dieser Umstand verdeutlicht eindrücklich, wie stark konkrete Praxis und Theorie sich gegenseitig beeinflussen können. Verändert sich die Praxis, z. B. durch veränderte räumliche Bedingungen, werden neue Formen des Miteinanders gelebt, der Andere neu und anders wahrgenommen und progressive Ideen freigesetzt. Andersherum konnten Fachdiskussionen einen immensen Handlungs- und Rechtfertigungsdruck auf die Praxis ausüben.

4.2.5 Erklärungsansätze

Aus ideologischen Gründen wurden in der DDR die Ursachen für bestimmte Erscheinungen (psychische Erkrankungen, Alkoholismus, Kriminalität etc.) außerhalb des Sozialismus gesucht. Zunächst einmal ging man in der sog. »Rudimenten-These« davon aus, dass die meisten »Normabweichungen« ein Überbleibsel der bürgerlich-kapitalistischen Gesellschaft seien und es mit dem Fortschreiten des Sozialismus bestimmte gesellschaftliche Institutionen (z. B. die Jugendhilfe) nicht mehr geben werde (siehe Kap. 3.1).

In den 1960er Jahren hatte ein zweiter Erklärungsansatz Konjunktur – die »Infiltrationsthe«. Der Einfluss des kapitalistischen Westens wurde für soziale Probleme verantwortlich gemacht. Zum Beispiel werde die Jugend mit »Schundliteratur« verdorben, was als Hauptursache verschiedener Formen abweichenden Verhaltens angesehen wurde (z. B. des »Rowdytums«). Das führte zusätzlich zu einer Politisierung des Umgangs mit eben jenen Gruppen. Beide Erklärungsansätze hielten sich in der Psychologie, im Strafrecht und in der Jugendhilfe bis zum Ende der DDR.⁶¹⁴

612 JÄNICHEN (2010), 139.

613 Krankenschwester KJP Herzberge (1964–1998) [anonymisiert], Interview 2019; HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 713.

614 Vgl. zur sogenannten »Rudimententthese« und »Infiltrations- oder Diversionsthe«: KORZILIUS (2005), 478 ff.

Der Bereich der Sonderpädagogik der DDR befasste sich auf wissenschaftlich-universitärem Gebiet verstärkt mit der sowjetischen »Defektologie« und der »Reflexologie« (nach Pawlow) (vgl. Kapitel 3.1). Dadurch trat die Konstitution des Einzelnen verstärkt in den Mittelpunkt der Erklärungsansätze von geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung. Der Verweis auf individuelle Faktoren abweichenden Verhaltens wurde eigentlich innerhalb der marxistischen Lehre abgelehnt, da es immer die materiellen gesellschaftlichen Verhältnisse seien, die zu Auffälligkeiten führten. Der Verweis auf individuelle Erfahrungen würde demnach lediglich die soziale Ungerechtigkeit des kapitalistischen Systems verschleiern helfen. Individualpsychologische Zugänge wurden daher abgelehnt. Diese ideologische Grundannahme erschwerte eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit sozialen Problemen wie Kindesvernachlässigung, Alkoholmissbrauch oder jugendlicher Kriminalität.

Ab den 1950er Jahren erlangte der »frühkindliche Hirnschaden« als Erklärungsansatz für Behinderungen und psychische Erkrankungen parallel in der DDR und der BRD zunehmend Bedeutung. In der DDR blieb die Wissenschaft damit im Gefilde der Lehre des Materialismus, auch wenn sie sich mit dem Fokus auf das Hirn nun von den gesellschaftlichen Verhältnissen wegbewegte und vielmehr die biologische Konstitution des Einzelnen in den Mittelpunkt stellte. Hirnorganische Schädigungen wurden durch Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft, durch schwere Geburtsverläufe oder durch Infektionen kurz nach der Geburt des Kindes erklärt. In den 1950er Jahren noch durchaus kontrovers diskutiert, wurde in den 1970er Jahren fast ausschließlich der »biologische Mangel« für eine geistige Behinderung verantwortlich gemacht. Der Klinikdirektor der Charité, Karl Leonhard, resümiert rückblickend, dass während seiner Amtszeit (1957 – 1969) Verhaltensauffälligkeiten und organische Schädigungen des Gehirns in vielfacher Form in einen Zusammenhang gebracht wurden.⁶¹⁵ Ähnliche Entwicklungen gab es im Übrigen auch im Bereich der Kriminologie. Während in den 1950er Jahren in der DDR ein gewisser Erziehungsoptimismus herrschte und pathologische Erklärungsmuster zurückgedrängt wurden, gab es im Bereich der Kriminalitätsbekämpfung zahlreiche Misserfolge, die schließlich die Vorstellung einer individuellen, »anlagebedingten Schädigung« reaktivierten. Auch in der Kriminologie spielte ab den 1960er Jahren die »hirnorganische Schädigung« eine zunehmende Rolle. Gleichzeitig wurde der Ruf nach Verwahranstalten statt Erziehungseinrichtungen laut.⁶¹⁶

Mikrosoziale Probleme (z. B. Vernachlässigung, Alkoholmissbrauch in den Familien, geringe Zuwendung und Förderung, familiäre Probleme durch Scheidungen, Gewalt- und Missbrauchserfahrungen) spielten in der DDR – anders als in der BRD, das verdeutlichen die von uns untersuchten Akten der Bewohnerinnen und Bewohner,

615 HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), 701.

616 KORZILIUS (2005), 330 ff.

Patientinnen und Patienten – bei der Bestimmung der maßgeblichen Faktoren der psychischen Erkrankung oder kognitiven Beeinträchtigung im Vergleich zu den biologisch-physiologischen Faktoren eine vergleichsweise geringe Rolle. Obwohl die ersten empirischen Untersuchungen am Institut für Sonderschulwesen zu Beginn der 1950er Jahre eindeutige Hinweise darauf ergaben, dass für die frühkindliche Entwicklung insbesondere das soziale Umfeld entscheidend war,⁶¹⁷ spielten »Milieuschädigungen« als Erklärungsansatz für Verhaltensauffälligkeiten oder Entwicklungsrückstände in den von uns untersuchten Einrichtungen der BRD ab den 1960er Jahren eine weitaus größere Rolle für Behinderungen und/oder psychische Erkrankungen.

4.3 Pädagogische Mittel und Erziehungsmethoden

4.3.1 Angst und Demütigung

Angst und Demütigung wurden in den meisten untersuchten Einrichtungen bis weit in die 1970er Jahre als positive Verstärker von Erziehungsmaßnahmen betrachtet. »Die Angst vor dem Keller«, so steht es in einer Akte von Haus Hall in Gescher, habe dem Jungen sehr »zu schaffen gemacht«.⁶¹⁸ Die Angst, die das Kind in dem Isolierraum im Keller erlebt hat, wurde zeitgenössisch als eine positive Entwicklung im Erziehungsprozess eingestuft, und zwar als ein Zeichen, dass man nun einen Zugang zu ihm gefunden hätte, um auf den Jungen einwirken zu können. In der DDR-Pädagogik wurde die Herstellung der »Erziehungsbereitschaft« sogar als wichtigster Schritt im Prozess der Umerziehung von sogenannten »schwererziehbaren« Kindern und Jugendlichen betrachtet.⁶¹⁹ Die absichtliche Herbeiführung von Angst, um das Kind einzuschüchtern und »gefügig« zu machen, spielte in mehreren der von uns untersuchten Einrichtungen eine Rolle.

In Besenkammern⁶²⁰, Bunkern⁶²¹, »Beruhigungszimmern«⁶²², »Besinnungsstübchen«⁶²³, in Kellerräumen, die verdunkelt waren, wurden Kinder teilweise mehrere

617 BECKER/GROSSE (2007), 33.

618 Vgl. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 358.

619 DREIER-HORNING/LAUDIEN (2012), 37 und 89.

620 Vgl. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 357.

621 Vgl. *ibid.*; LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 458.

622 Vgl. HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 426.

623 Vgl. LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 458.

Tage⁶²⁴ isoliert und in einem überlieferten Fall sogar zusätzlich mit einer Zwangsjacke fixiert.⁶²⁵ Die Isolation wurde umschrieben mit einer »kürzer oder länger andauernde[n] Trennung von den übrigen Pfleglingen in einem gesonderten, hellen Raume«. ⁶²⁶ Isolierräume wurden in Ursberg noch 1974 in der Planung von Neubauten berücksichtigt. Zwei neue Wohnblöcke sollten errichtet werden und jedes Haus des Wohnblocks eine Beruhigungszelle mit WC und Liege haben; einzelne Stationen sollten auch eine »Kleinstisolation (1,00 m × 1,50 m) mit Sehschlitz« haben.⁶²⁷ Ab Mitte der 1970er Jahre wurden sie »Time-out-Räume« genannt.⁶²⁸

Diese Räume dienten nicht nur der Bestrafung des Kindes, sie dienten auch dem Personal als Sicherungsmittel, um Situationen in den Einrichtungen wieder kontrollieren zu können.⁶²⁹ Im Rahmen akuter Selbst- oder Fremdgefährdung sind solche Räume auch heute noch in Gebrauch, z. B. in psychiatrischen Kliniken. Dennoch gilt es den Umgang mit diesen Zwangsmaßnahmen als Ursache von Leid und Unrecht zu überprüfen. Äußerst kritisch ist der Einsatz einer Isolation aus disziplinarischen Gründen zu sehen.

In den von uns untersuchten Akten lassen sich beide Begründungen auch im Zusammenhang mit Fixierungen finden, wobei der Eindruck entsteht, dass sie weit häufiger aus disziplinarischen Gründen und zur Aufrechterhaltung der Anstaltsstruktur eingesetzt wurden.⁶³⁰ Mehrfach findet sich in den Akten die Notiz, dass ein Kind wegen Unruhe o. ä. den Nachmittag im Bett verbringen musste.⁶³¹ Weil davon ausgegangen werden kann, dass Kinder, die wegen Unruhe negativ auffielen, nicht freiwillig im Bett verblieben, kamen Fixierungen zum Einsatz. Fixierungen gab es im Bett⁶³², mit Gurten in einer Ecke am Boden⁶³³, an Stühlen oder Heizungen⁶³⁴ oder mit Zwangsjacken (»Schutzjacken«).⁶³⁵ In Lübeck wurden auch Kleinkinder fixiert; ebenso wird von Dauerfixierungen mit Handschellen berichtet.⁶³⁶

624 Vgl. *ibid.*, 458 f.

625 Vgl. *ibid.*, 459.

626 Vgl. BEYER: Assoziationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 385.

627 Vgl. HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 426.

628 Vgl. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 358.

629 Vgl. DREIER-HORNING: Hubertushöhe, 561.

630 Überliefert ist der Fall eines Jungen, der den anderen Kindern das Essen weggenommen hat und daraufhin an der Treppe im Flur fixiert wurde; DREIER-HORNING: Hubertushöhe, LE KJP (DDR), 557. Oder es wurden Kinder an den Bettpfosten mit Lederriemen fixiert, um die Bettruhe zu gewährleisten; vgl. LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 453.

631 Vgl. HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), 699.

632 Vgl. HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 428; BEYER: Universitätsnervenklinik Halle/S., LE UKJP (DDR), 785.

633 Vgl. HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 427.

634 Vgl. LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 457.

635 Vgl. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 357; HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 428 f.; LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 457.

636 Vgl. LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 457 f.

Die Isolierung von der Gemeinschaft erzeugte einen psychosozialen Druck und hatte nicht nur einen strafenden Charakter für das betreffende Kind, sondern enthielt auch eine Botschaft an die Gemeinschaft. Der Ausschluss der Kinder wurde für alle sichtbar gemacht. Dabei konnten Isolierungen auch ohne Isolierräume und/oder Fixierung erfolgen. Kinder mussten z. B. ihr Essen an einem anderen Ort als die anderen Kinder einnehmen,⁶³⁷ abgesondert sitzen, allein in einem Raum stehen⁶³⁸ oder durften nicht an Feiern teilnehmen.⁶³⁹ Es sind Strafen zur Anwendung gekommen, deren Form sich nur erklären lässt, wenn man eine Stigmatisierungs- bzw. Demütigungsabsicht annimmt: Kinder mussten sich z. B. hinknien und mit erhobenen Händen über einen längeren Zeitraum in dieser Haltung verharren.⁶⁴⁰

Auch der alltägliche Umgang – wahrscheinlich oftmals nicht so beabsichtigt – wurde von Betroffenen als demütigend erfahren. Dazu gehörten das Tragen von Anstaltskleidung auch außerhalb der Einrichtung als sichtbares Kennzeichen der Zugehörigkeit zu einer Gruppe, die von der Gesellschaft ausgeschlossen war, oder das Gebot, dass Kinder sich in Zweierreihen auch außerhalb der Einrichtung bewegen mussten.⁶⁴¹ Allein sich vor anderen entkleiden zu müssen oder entkleidet zu werden,⁶⁴² bedeutete ab einem bestimmten Alter einen tiefen Einschnitt in den Schambereich des Kindes. Vielfältige Handlungen führten den Bewohnerinnen und Bewohner immer wieder vor Augen, dass sie in der jeweiligen Anstalt eben nicht der anderen Gesellschaft angehörten und auch nichts ihr Eigen nennen konnten – die Einrichtung verfügte über sie und über alles, was zu ihnen gehörte. So wurde z. B. der Inhalt eines persönlichen Paketes, das das Kind zugeschickt bekommen hatte, in der Gruppe verteilt, weil die Schwestern der Ansicht waren, es hätte es nicht verdient.⁶⁴³ Noch greifbarer ist die Demütigung im Fall eines 16-jährigen Patienten, der einer klinischen Demonstration unterzogen wurde. Er schrieb an seine Freundin, dass seine Liebesbriefe, die er an sie geschrieben hatte, in einer Vorlesung in seinem Beisein Studentinnen und Studenten vorgelesen wurden.⁶⁴⁴

637 Vgl. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 358.

638 Vgl. BEYER: Assoziationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 385.

639 Vgl. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 358.

640 Vgl. *ibid.*, 357.

641 Vgl. *ibid.*, 348.

642 Vgl. *ibid.*, 347.

643 Vgl. LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 447.

644 Vgl. HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), 707.

4.3.2 Physische Gewalt

Der Ruhigstellung der Kinder diene auch eine Praxis, die als »nasse Packung« bezeichnet wurde. »Nasse Packungen« bestanden aus nassen Tüchern, in denen die Kinder eng eingewickelt wurden, so dass sie sich nicht mehr bewegen konnten.⁶⁴⁵ Auch kalte Duschen mit hartem Strahl dienten der Disziplinierung.⁶⁴⁶ In diesen Bereich gehört auch »die zwangsweise Platzierung in einer Badewanne mit kaltem Wasser [...], die – mit einer Aussparung für den Kopf – mit einem Brett abgedeckt worden sei. Stärkere Bewohner wären dann dafür eingesetzt worden, durch Sitzen auf dem Brett dafür zu sorgen, dass die Betroffenen sich nicht aus dieser Situation befreien konnten.«⁶⁴⁷

Zu körperlicher Gewaltanwendung kam es – in der BRD zumindest bis Mitte der 1970er Jahre – in allen untersuchten Einrichtungen. Im Lübecker Vorwerk oblag zwar ab 1954 das Recht, Strafen zu verhängen, allein dem »Hausvater«⁶⁴⁸, allerdings verhinderte dies nicht, dass körperliche Gewalt in den 1950er und 1960er Jahren weiterhin ein Bestandteil des Alltags blieb.⁶⁴⁹ Anders als in anderen Einrichtungen wurde in Lübeck trotz des Verbots körperlicher Gewaltanwendung diese vom pädagogischen Personal in den Akten festgehalten.⁶⁵⁰ Die physische Gewalt war teilweise so massiv, dass die Kinder medizinisch versorgt werden mussten. Von den Gewalttäterinnen und -tätern wurde demnach in Kauf genommen, dass auch Dritte von der Gewalt Kenntnis erhielten.

In dem Entwicklungsbericht eines Kindes wird Gewalt von der Anstaltspsychologin in Haus Hall (Gescher) dabei als ein pädagogisches Mittel gerechtfertigt.⁶⁵¹ Geschlagen wurde u. a., wenn Kinder die Arbeit verweigerten, Aufgaben nicht ordentlich ausführten, das Essen ihnen nicht schmeckte oder sie die Nachtruhe störten.⁶⁵² Geschlagen wurde mit dem Rohrstock⁶⁵³, dem Kleiderbügel⁶⁵⁴ und einem Billardstock.⁶⁵⁵ In der DDR war körperliche Züchtigung bereits seit 1949 verboten. Dennoch lässt sich auch in Einrichtungen der DDR – staatlichen und konfessionellen – physische Gewalt nachweisen.⁶⁵⁶

645 Vgl. LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 459.

646 Vgl. *ibid.*

647 BEYER: Assoziationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 386.

648 Vgl. LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 455.

649 Vgl. *ibid.*

650 Vgl. *ibid.*

651 Vgl. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 357.

652 Vgl. *ibid.*, 356.

653 »Der Bewohnerin T.I. zufolge mussten die Kinder in der Mittagspause stets den Kopf auf den Tisch legen, um Mittagsruhe zu halten. Die Betreuer seien herumgegangen und hätten kontrolliert, ob alle mit dem Kopf auf dem Tisch lagen. Bei Fehlverhalten sei mit dem Rohrstock auf den Rücken geschlagen worden«; LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 356.

654 Vgl. BEYER: Assoziationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 386.

655 Vgl. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 356.

656 DREIER-HORNING: Hubertushöhe, LE KJP (DDR), 557.

Auch zum Essen wurden Kinder häufig unter Gewaltanwendung gezwungen. Die Akten dokumentieren, dass Kinder unter Androhung von Strafen, teilweise unter Tränen ihr Essen zu sich genommen haben. Das Kind wurde in diesem Zuge als »empfindlich« und »zu wählerisch« geschildert.⁶⁵⁷ Zeitzeuginnen und Zeitzeugen berichten, dass sie gezwungen wurden, Erbrochenes zu essen.⁶⁵⁸

Ferner wurden Grupp hierarchien in Form eines Präfektensystems genutzt und teilweise sogar erst gebildet, um andere Kinder in das Bestrafungssystem zu integrieren. In Ershausen wurden laut Aussage eines ehemaligen Mitarbeiters Regeln durch Kinder gegenüber Kindern durchgesetzt.⁶⁵⁹ Auch in Lübeck wurden Kinder mit Funktionen bzw. Ämtern ausgestattet. Dadurch konnten Disziplinierungsmaßnahmen delegiert werden und mussten nicht mehr vom Personal selbst ausgeführt werden.⁶⁶⁰

4.4 Analyse struktureller Faktoren pädagogischen Handelns

4.4.1 Die Begrenztheit sozialer Erfahrungen und Handlungsmöglichkeiten

Eine (stationäre) Einrichtung ist ein Mikrokosmos mit eigenen Regeln, eigenen Strukturen und eigenen Gesetzmäßigkeiten. Der Soziologe Pierre Bourdieu spricht von »Feldern« der sozialen Praxis. Diese Felder durchdringen zwar einander, haben aber jeweils ihre eigene Ordnung, eine eigene Form des von den Beteiligten geteilten Denkens (»illusio«) sowie eine eigene Form materieller und symbolischer Einsätze. Vor allem ist ein soziales Feld ein Machtbereich: Sein Einfluss endet da, wo seine Regeln nicht mehr gelten.⁶⁶¹

Je nach Grad der Abgeschlossenheit der Einrichtung entwickelt sich nach dieser Theorie eine Form von Totalität innerhalb dieses Feldes, die der Soziologe Erving Goffman am nachdrücklichsten beschrieben hat. Wenn alle Lebensvollzüge von Individuen innerhalb einer relativ abgeschlossenen Lebenswelt und Einrichtung stattfinden, dann

657 BEYER: Pfälzische Nervenlinik Landeck, LE KJP (BRD), 657.

658 Zeitzeugenportal, ID 52394323/Stadtroda, ID 56004402/Bamberg, ID 65987751/Stolberg, ID 48999741/Paderborn, Archiv des DIH.

659 Vgl. KEY: St. Johannisstift Ershausen, kath. BH (DDR), 475.

660 Vgl. LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 447.

661 Vgl. REHBEIN (2011), 107 ff.

sind die für jeden Sozialisationsvorgang unabdingbaren Erfahrungen mit der Vielfalt sozialer Rollen beschnitten. Kinder in solchen Einrichtungen können am Leben in anderen sozialen Feldern (Bourdieu nennt sie auch »Spielfelder«) nicht mehr partizipieren. Die Folge ist, dass ihre sozialen Erfahrungen und Handlungsmöglichkeiten nur für die Lebensformen eingeübt werden, die in der betreffenden Einrichtung abverlangt werden. Die Kinder sind der Sozialisationsform der Einrichtung ausgeliefert. Dadurch entsteht eine größere Vulnerabilität als in der Familie, in der die Möglichkeit gegeben ist, durch die Teilhabe an anderen sozialen Feldern als der geschlossenen Familie in anderen sozialen Rollen (z. B. durch den Besuch einer Tagesstätte, den Besuch bei den Nachbarn) Anreize und Handlungsmöglichkeiten zu erhalten. Goffman spricht in diesem Zusammenhang von der Gefahr des gesellschaftlichen Todes des Individuums in der »totalen Institution«.⁶⁶² Damit ist gemeint, dass der Kontakt auf nur diejenige Gruppe von Menschen, die in den Einrichtungen vorzufinden sind, beschränkt bleibt und die sich im Kindesalter entwickelnde Fähigkeit zum routinierten Verhalten in vielfältigen sozialen Kontexten verkümmert.

In den von uns untersuchten Einrichtungen traf diese Vereinzelung insbesondere auf Kinder zu, die keinen Kontakt mehr zu ihrer Herkunftsfamilie hatten und ihre Lebensumgebung nicht verlassen konnten. Für sie stellt die Abgeschlossenheit der Einrichtung in gewisser Weise die Grenzen ihrer Welt dar.

4.4.2 Selbstverständnis der Einrichtung

Die Begrenztheit des Erfahrungsspektrums geht nicht nur mit der Abgeschlossenheit der Einrichtung einher, sondern auch mit ihrem Selbstverständnis. Das Profil (Einrichtungstyp, Ziele und Aufgaben der Einrichtung etc.) entscheidet maßgeblich über Lern- und Erfahrungsangebote, die den Kindern unterbreitet werden. Versteht sich eine Einrichtung als eine medizinische oder Pflegeeinrichtung und nicht als eine Bildungs- oder Erziehungseinrichtung, so verfolgt sie erstens im Rahmen ihres Alltagsgeschäfts auch nur wenige bis keine pädagogischen Ziele. Sie verfügt zweitens auch nicht über die notwendigen Ressourcen (Material, Qualifikation des Personals, Räumlichkeiten), um pädagogische Angebote zu machen, und gerät auch weder in der Öffentlichkeit noch in den eigenen Reihen unter einen Rechtfertigungsdruck, wenn sie wenig Bildungs- und sozialpädagogische Arbeit leistet.

662 Die Arbeiten GOFFMANS erschienen Anfang der 1960er Jahre (*Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates*, Chicago 1961; *Stigma. Notes on the Management of spoiled Identity*, New York 1963). 1973 wurde sein bekanntestes Werk »Asyle« in Deutschland publiziert.

Das Waldhaus Templin in Brandenburg war nach seinem ursprünglichen Selbstverständnis eine Erziehungseinrichtung. Ende der 1950er Jahre, im Zuge der Durchsetzung des staatlichen Bildungsmonopols, musste sich die Einrichtung neu profilieren. Fortan durfte sie nur noch schwerbehinderte Kinder und Jugendliche beherbergen. Diese Kinder waren nach Einschätzung staatlicher Stellen nicht förderungs- bzw. bildungsfähig. Entsprechend wechselte die Verantwortlichkeit für die Einrichtung vom Ministerium für Volksbildung, der alle Erziehungseinrichtungen unterstanden, zum Ministerium für Gesundheit. Erziehungs- und Förderaufgaben gehörten nun nicht mehr zum Arbeitsauftrag der Einrichtung, die sich jetzt allein auf die Pflege schwerstbehinderter Kinder zu konzentrieren hatte. Im Gegensatz zu dieser Regelung wurde von der Einrichtung dennoch für eine weitere Zeit eine Fördergruppe beibehalten, die Kinder mit Entwicklungsrückständen oder Kinder, die als nicht schulfähig galten, aufnahm. Offiziell wurden diese Kinder als Pflegefälle geführt und dem Gesundheitsministerium auch als solche übermittelt, um die entsprechenden Tagesgeldsätze zu erhalten. Dennoch hat die Einrichtung versucht, ihre bisherige Arbeit entsprechend ihrem bisherigen Selbstverständnis als Fördereinrichtung aufrecht zu erhalten, und dafür ihre Ressourcen (z. B. qualifizierte Pädagogen) auch weiterhin genutzt.⁶⁶³

Haus Hall und Vorwerk verstanden sich traditionell ebenfalls als Einrichtungen der Fürsorgeerziehung. Beide trugen die Bezeichnung »Erziehungsheim« auch noch im Eigennamen. Nach dem Zweiten Weltkrieg wandelte sich allerdings die Bewohnerstruktur gravierend. Es wurden mehrheitlich nur noch behinderte Kinder aufgenommen. Ein Wandel im Selbstverständnis hin zu einer Pflegeeinrichtung wurde allerdings nie vollständig vollzogen. Der Erziehungsanspruch kollidierte somit gewissermaßen mit der Realität der pflegebedürftigen Kinder.⁶⁶⁴

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Städtischen Krankenhaus Herzberge waren sich das medizinische und das Pflegepersonal darüber im Klaren, dass die ihnen für eine dauerhafte Unterbringung anvertrauten Kinder und Jugendlichen im Rahmen ihrer Einrichtung nicht adäquat betreut werden konnten: »Es wurden Schwestern eingestellt, die dann pädagogische Arbeit leisten mussten«, lautete eine Selbstwahrnehmung aus Herzberge.⁶⁶⁵ Die Einrichtungsleitung bemühte sich bereits Anfang der 1960er Jahre vergeblich um pädagogische Fachkräfte:

»Wir vermeiden den Ausdruck ›bildungsfähig bzw. bildungsunfähig«, sondern unterscheiden zwischen schwerst-, mittel- und leicht-hirngeschädigten Kindern und sind der Meinung, dass jedes Kind beschränkt bildungs- bzw. entwicklungsfähig ist, auch wenn die Entwicklung nicht so weit geht, dass es selbst die untersten Klassen der Hilfsschule

663 Vgl. DREIER-HORNING: Waldhof Templin, ev. BH (DDR).

664 LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD).

665 Vgl. HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 732.

besuchen kann. [...] Für uns ist diese Unterscheidung deshalb von Wichtigkeit, weil Volksbildung erklärt, dass für diese Kinder nicht sie, sondern nur das Gesundheitswesen zuständig sein müsse. Die Folge ist, dass wir keine Erzieher haben.»⁶⁶⁶

Wenn Pflegekräfte – wohlgermerkt: kein pädagogisches Personal – in den Krankenhäusern, wie z. B. in Herzberge, mit den Kindern pädagogisch sinnvolle Beschäftigungen durchführten oder auch nur Spaziergänge auf dem Klinikgelände unternahmen,⁶⁶⁷ gingen sie freiwillig über die von ihnen erwarteten Arbeitsaufgaben hinaus. Nicht nur in Herzberge, sondern in allen Einrichtungen, in denen einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihr Aufgabenprofil erweiterten, erforderte dies stets eine große Einsatzbereitschaft und das Vermögen, die vorhandenen Strukturen und die Regeln der hier gegebenen sozialen Lebenswelt in Frage zu stellen.

Das zeigt, dass eine einzelne Einrichtung kaum flexibel auf notwendige Herausforderungen und Aufgaben reagieren konnte. Das gilt für den Osten wie für den Westen. Der zunehmende Aufbau pädagogischer Angebote in Psychiatrien und Heimen etwa in der BRD zu Beginn der 1970er Jahre war möglich, weil sich grundsätzlich das Selbstverständnis der Einrichtungen veränderte.

4.4.3 Hospitalisierung

Das Vorenthalten einer pädagogischen und fördernden Betreuung stellte bei einem lediglich kurzen Aufenthalt in einer medizinischen Einrichtung nur ein geringes Problem dar. Aus heutiger Perspektive ist die Unterbringung in einem Krankenhaus oder einer Psychiatrie einer akuten Situation geschuldet, die eine medizinische Betreuung notwendig macht. Es wird davon ausgegangen, dass eine vorübergehende Einschränkung in der Bewegungsfreiheit, ein stark verregelter Tagesablauf und häufig wechselndes Personal für die meisten Kinder in der akuten Situation vorübergehend zu verkraften sind, wenn sie in der Lage sind, sich auf die veränderte Umgebung mit ihren eigenen Spielregeln einzustellen. Ein längerer oder gar dauerhafter Aufenthalt in einer reizarmen, nicht den Bedürfnissen des Kindes entsprechenden Umgebung führt jedoch häufig zu nachhaltigen physischen und psychischen Schädigungen.

Gerda Jun, in der DDR Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, berichtete in einem Interview 2004 von der Situation hospitalisierter Kinder, die in Berlin-Herzberge untergebracht waren:

⁶⁶⁶ Historisches Archiv am KEH: Dr. Vogl (Ärztlicher Direktor des Städtischen Krankenhauses Herzberge) an Med. Rat. Magistrat Groß-Berlin (Abt. Gesundheits- und Sozialwesen), betr. Umsetzung der Anordnung des Magistrats, 12.11.1962, in: HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 732.

⁶⁶⁷ Vgl. HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 737.

»Auch durch unsere Eingaben hatte sich dann eine Arbeitsgruppe gebildet, die sehen wollte, ob da was dran ist [der Hospitalisierung von behinderten Kindern; Anm. A. D.-H.], wo es so viele Beschwerden gibt. Und dann kam eine Volkskammergruppe in die Klinik Herzberge, um sich zu informieren. [...] Dort habe ich ihnen ein Erlebnis verschafft, was manche zum Weinen brachte, was ich auch nicht bedauert habe. Ich habe ihnen erstmalig Kinder gezeigt, die keine Angehörigen hatten. Zum Teil waren die Eltern nach dem Westen gegangen und hatten die Kinder in der DDR gelassen. Das war die Hälfte der Station. Das waren natürlich andere Gesichter. Dieser Hospitalismus [...], das waren stumpfe Gesichter. Im Gegenzug sahen sie Kinder [ohne Hospitalisierung; Anm. A. D.-H.], die etwa vom Schweregrad eine gleiche Hirnschädigung hatten, aber im pulsierenden Leben waren. Und da sage ich: ›Sehen Sie, das möchten wir, dass dieses Elend nicht entsteht, wie Sie es zuerst gesehen haben. Wenn man die Kinder adäquat betreut, fördert und in Familie und Gesellschaft eingliedert, dann sind das auch fröhliche Menschen.«⁶⁶⁸

Eine Zeitzeugin erinnert sich an eine Station in einer Einrichtung der Diakonie in Borsdorf in Sachsen, in der 20 schwerstbehinderte Kinder untergebracht waren:

»Das betreuende Personal kümmerte sich nur um das Füttern und Waschen und Windeln der Patienten. Es gab kein persönliches Verhältnis zu den Kindern. Die übrige Zeit wurde mit Putzen verbracht. [...] Ich habe es nicht erlebt, dass Eltern oder Angehörige jemals zu Besuch kamen. Keines der Kinder konnte sprechen, geschweige denn lesen. Leid und Unrecht entstand in der emotionalen und sozialen Vernachlässigung der Kinder. Es war mir zum Beispiel als dort täglich arbeitender Person nicht gestattet, ein Kind auf den Arm zu nehmen und ihm ein Lied vorzusingen. Die Kinder haben auch keinerlei Förderung erfahren, sondern sind wie Tiere in Gitterbetten ohne Kontakt zueinander gehalten worden.«⁶⁶⁹

Die Zeitzeugin hatte 1987 eine Ausbildung als Heilerzieherin in der Einrichtung begonnen, neun Monate später wurde ihr Ausreiseantrag aus der DDR bewilligt.

Die Unterbringung von Kindern, insbesondere von sogenannten »familiengelösten Kindern« (ein in der DDR gebräuchlicher Terminus) in Dauereinrichtungen, war seit den 1950er Jahren umstritten.⁶⁷⁰ Die Gefahr der Hospitalisierung als Folgewirkung einer inadäquaten und reizarmen Umgebung, gepaart mit geringer persönlicher zwischenmenschlicher Zuwendung, war hinreichend bekannt. Die Medizinerin und Krippenforscherin Eva Schmidt-Kolmer (1913–1991) hatte bereits in den 1950er Jahren empirische Untersuchungen an Krippenkindern durchgeführt und festgestellt, dass sich Kinder dann am besten entwickeln, wenn sie viel Anschluss an die Familie und

⁶⁶⁸ Vgl. Interview von Sebastian Barsch mit Gerda Jun, 2004; zitiert in: BARSCH (2006), 154.

⁶⁶⁹ Zeitzeugenportal, ID 59172133/Borsdorf, Archiv des DIH.

⁶⁷⁰ Vgl. SIEK (2002), 60.

das soziale Umfeld haben. Schmidt-Kolmer warnte vor Folgeerscheinungen frühzeitiger oder ausschließlicher Institutionalisierung von Kindern.⁶⁷¹

Das bedeutete im Umkehrschluss, dass sie die Einweisung von Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung oder psychischen Auffälligkeit in eine medizinische oder Pflegeeinrichtung zur Dauerunterbringung grundsätzlich für problematisch hielt und diese nur dann statthaft sein sollte, wenn die Bedürfnisse der Kinder auf eine auf diese Bedürfnisse vorbereitete institutionelle Ordnung treffe. Rückblickend muss für Langzeitunterbringungen, in denen diese Bedingungen nicht gegeben waren, von Fehlplatzierungen gesprochen werden.

Für eine Langzeitunterbringung von Kindern und Jugendlichen war nach unserer Analyse keine der von uns untersuchten 17 Einrichtungen geeignet. Zum Beispiel war im Selbstverständnis der Einrichtungen keine Familienersatzfunktion angelegt, es gab nur unzureichende bedarfsgerechte Angebote und Rahmenbedingungen (insbesondere keine Atmosphäre, in der sich ein Kind über einen längeren Zeitraum wohlfühlen konnte) sowie eine inadäquate Personalsituation, die keine Aussicht auf eine kontinuierliche Bindung zu einzelnen Erwachsenen des Betreuungspersonals bot.

Die Räumlichkeiten der Einrichtung wirkten oftmals kalt und unwohnlich, wie diese anonym bleiben wollende, damals beteiligte Person rückblickend unterstreicht:

»Sehr viele Zimmern, Anzahl der Zimmer kann ich nicht nachzählen. Dieses Heim war mal eine Nervenheilanstalt bis 1944, und die Räume sind genauso wie im Krankenhaus, gemeinsames Badzimmer für alle Heimkinder. Im 12-Betten-Zimmer habe ich geschlafen und nur einen sehr schmalen Schrank (im Extra-Zimmer) hatte ich sonst nichts. Kein Sofa und kein Wohnzimmer und nicht mal einen Fernseher, erst viel später. Die Räume waren alles weiß wie im Krankenhaus ohne Bilder. Wir hatten keine Spiele im Heim, ganz selten Fußball draußen spielen oder in Brunnen planschen.«⁶⁷²

Eine Zeitzeugin, die als Kind in der Einrichtung Evangelische Stiftung Volmarstein untergebracht war, erinnert sich besonders an das starke Gefühl der Einsamkeit:

»Für mich war die Einrichtung nicht gut, da ich oft auf mich alleine gestellt war. Es wurde sich nicht um mich gekümmert, keine Spiele gemacht. Fühlte mich oft einsam und mit meinen Nöten und Problemen sowie Ängsten alleine gelassen.«⁶⁷³

Selbst wenn das Personal gewillt war, sich dem Kind zuzuwenden, so war dies aufgrund des Arbeitspensums kaum möglich. Das Personal hat in allen von uns untersuchten Einrichtungen die Unterbesetzung thematisiert, der Mangel an Förderung war ihm offenbar auch bewusst: »Wenn so viele Bewohner auf einer Station sind, und dann zur Frühschicht nur zwei Pfleger [...] mehr als Aufbewahren und Versorgen [...] schafft man nicht.«⁶⁷⁴

671 SCHMIDT-KOLMER (1957), 895 ff.

672 Zeitzeugenportal in leichter Sprache, ID 73261695, Taubstummenanstalt München, Archiv des DIH.

673 Zeitzeugenportal in leichter Sprache, ID 64630916, Volmarstein, Archiv des DIH.

674 Vgl. HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 735.

Selbst dort, wo – wie in der Charité in Ost-Berlin – qualifizierte Sonderpädagoginnen und -pädagogen angestellt waren, konnten sich die Bedingungen kaum verbessern, da nicht ausreichend Personal zur Verfügung stand.⁶⁷⁵

In der Nervenklinik Landeck gab es für die mehrfach behinderten Kinder bis in die 1970er Jahre kein Spielzeug. Eine ehemalige Mitarbeiterin erinnert sich, dass zu Beginn ihrer Tätigkeit das Personal nicht einmal die Namen der Kinder kannte. Die Kinder lebten auf einer ehemaligen »Siechenstation«.⁶⁷⁶ Mit privatem Engagement gelang es, die Kinder nach und nach – trotz der Skepsis eines Teils des Personals – zu mobilisieren.⁶⁷⁷

In Kaufbeuren bemängelten Eltern die nicht kindgerechte Atmosphäre der Station, die in einem Flügel der Erwachsenenpsychiatrie untergebracht war.⁶⁷⁸ Dennoch wurde vom Personal kein Zusammenhang zum Verhalten des Kindes hergestellt, wenn es ausschließlich allein spielte, teilnahmslos in der Ecke saß, nur aus dem Fenster schaute und keinen Kontakt zu anderen Kindern hatte.⁶⁷⁹ Nicht selten wurde das Verhalten von Kindern, die Anzeichen eines Hospitalismus boten – wie in diesem Beispiel aus Kaufbeuren –, in den von uns untersuchten Akten auch beschrieben und festgehalten – manchmal in Form von Fatalismus⁶⁸⁰, manchmal als Kritik am Kind.⁶⁸¹

4.4.4 Mangelhaftes Fachwissen

Mangelhaftes Fachwissen über Erscheinungsformen von psychischen Erkrankungen oder Formen von Behinderungen konnten zu vielfältigen Fehleinschätzungen führen. Zum Beispiel konnte das Pflegepersonal das Verhalten eines Kindes nicht deuten und griff zu Erklärungen, die der subjektiven Handlungsstruktur des Kindes nicht gerecht wurden. Ein Beispiel dafür findet sich in der Akte der sechsjährigen E. H., die in Vorwerk (Lübeck) lebte. Die Stationsschwester vermerkte:

675 Die Sonderpädagogen an der Charité hatten als Kindergärtner eine zusätzliche Qualifizierung zur Sonderpädagogik an der Humboldt-Universität absolviert. In der Charité gab es eine Zusammenarbeit zwischen Medizinerinnen und Sonderpädagogen. Die Sonderpädagogen haben an den Visiten und Besprechungen teilgenommen; vgl. HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), 701 f.

676 Wie bereits erläutert, kann das Selbstverständnis einer Einrichtung oder einer Abteilung auch den Umgang mit den Klienten stark beeinflussen.

677 BEYER: Pfälzische Nervenklinik Landeck, LE KJP (BRD), 656.

678 Vgl. LÖFFELBEIN: Bezirksnervenklinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD), 627 f.

679 Vgl. *ibid.*, 628.

680 »Umtriebigkeit, Unlenkbarkeit, unmotiviertes Schreien, Stereotypen, anfallsartige Kopf- und Blickwendungen unter Mitbewegung der Hände – Grund: psychischer Hospitalismus bei frühkindlichem Hirnschaden«; Bezirkskrankenhaus Frankfurt/Oder, Kinderklinik, Einzelfallakte P. S., Storkow-Hubertushöhe, ID7.

681 Vgl. LÖFFELBEIN: Bezirksnervenklinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD), 628.

»18.5.59. E. benahm sich heute unerträglich. Jedem Kind gab sie was. Gab man ihr einen Klaps, dann schrie sie, daß es durchs ganze Haus schallte. Sie kam in die Schutzjacke. 15.7.59. E. benahm sich heute Abend unausstehlich. Sie lief aus dem Bett rein und raus und machte alle Kinder wieder wach. Als ich ihr hinten eins vorgab, schrie und tobte sie wie eine Wilde herum. Es war beim Chloral [ein Schlafmittel; Anm. A. D. -H.] einnehmen unmöglich. Daraufhin bekam sie eine kalte Dusche.«⁶⁸²

In keiner anderen Einrichtung, in denen das Personal körperliche Züchtigung anwandte, wurde diese so unverhohlen und offen wie in der Einrichtung in Vorwerk dokumentiert. Hier und auch in vielen anderen Bewohnerinnen- und Bewohnerakten anderer Einrichtungen wird aber auch indirekt deutlich, wie ratlos und hilflos, aber auch wie wütend das Personal wurde, wenn die eingesetzten pädagogischen Mittel keinen Erfolg brachten. Bestrafungen durch Schläge und Fixierungen wurden andernorts wohl auch deshalb seltener in den Einzelfallakten dokumentiert, als sich Zeitzeuginnen und Zeitzeugen an sie erinnern, weil sie auch nach damaligen Maßstäben Unrecht darstellten. Womöglich war aber auch die Krankenakte nicht der Ort, dies zu dokumentieren, sondern z. B. die Pflege- und Stationsberichte. Auch erscheint es denkbar, dass Fixierungen und körperliche Züchtigungen in so hohem Maß als normaler Teil des Anstaltsalltags galten, dass sie nicht in der Krankenakte dokumentiert wurden. Züchtigungen waren nach den meist auf Länderebene geregelten Bestimmungen verboten bzw. stark bürokratisch reglementiert, was in vielen Einrichtungen zu einer Art »doppelten Buchführung« beitrug, die nicht überliefert ist.⁶⁸³

Weil Konfliktsituationen dieser Art nicht oder nur sehr selten, zumindest nicht in einer professionellen Umgebung und Anordnung, unter den Mitarbeitern besprochen werden konnten, wurden Erfahrungen des pädagogischen Misserfolgs auch nicht reflektiert. Die Ursache für das Versagen der pädagogischen Mittel wurde beim Kind vermutet oder der grundsätzlich defizitorientierte Blick auf das Kind bestätigt. Dort, wo ein Mangel an Professionalität herrschte, wo es also auch keine Analyseinstrumente gab, Situationen wie die zuvor beschriebene kritisch zu reflektieren und womöglich andere Verhaltensstrategien zu testen, hätte es zumindest eines Handlungsspielraums bedurft, um neue Verhaltensweisen auszuprobieren. Diese Handlungsspielräume boten sich in der Regel jedoch nicht oder wurden nicht genutzt. Daher ist die flächendeckend nachweisbare Beschäftigung von ungelernten Kräften bzw., wie im Fall der Charité Berlin, von erwachsenen Mitpatientinnen und -patienten⁶⁸⁴ in den von uns untersuchten Einrichtungen als höchst problematisch einzuschätzen.

Ein regelmäßiger fachlicher Austausch zwischen Theorie und Praxis oder Angebote zur Weiterbildung und Qualifizierung des Personals lassen sich anhand der Einrich-

682 Vgl. LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 456.

683 Vgl. SCHMUHL (2010).

684 HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), 702 f.

tungsunterlagen für den Untersuchungszeitraum nicht feststellen – mit wenigen Ausnahmen: Ab den 1970er Jahren bewirkten die Heimreformen in der BRD einen Professionalisierungsdruck. Dieser sorgte für eine zunehmende fachliche Differenzierung in den Einrichtungen, verbunden mit Qualifizierungs- und Weiterbildungsangeboten für das Personal (siehe Kap. 2.1.3). Angeregt von den Reformen entstanden auch im konfessionellen Bereich ein größeres Interesse an professioneller Expertise und ein Wille zu Reformen im Bereich der Psychiatrie und bei der Betreuung von Menschen mit Behinderungen. In der DDR sind insbesondere von den ab 1971 jährlich stattfindenden »Psychiatrischen Fachkonferenzen« der Diakonie neue Impulse für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen ausgegangen. Für deren Umsetzung brauchte es noch viele Jahre, und doch erlaubten diese Zusammentreffen einen fachlichen Austausch in diesem Bereich – auch mit Kolleginnen und Kollegen aus der BRD.⁶⁸⁵

4.4.5 Ein Kind, das auf die Anstalt hin erzogen wird

Jede pädagogische Einrichtung hat im Idealfall ein begrenztes und klar definiertes Erziehungsziel: Die Kinderkrippe betreut Säuglinge und Kleinkinder und versucht sie in ihrer Entwicklung so weit zu fördern, dass sie altersgerecht entwickelt sind. Ebenso verhält es sich mit der Einrichtung des Kindergartens: Am Ende soll der Übergang zu einer weiteren Sozialisationsinstanz – die Schule – ermöglicht werden. Die Einrichtungen, inklusive ihrer Strukturen, begleiten das Kind nur für einen bestimmten Lebensabschnitt. Damit ist ihr Auftrag klar begrenzt, so dass auch der Erfolg der Erziehungsarbeit von weiteren Instanzen (Eltern, Kinderärzte, Schule) überprüft werden kann.

Bei Einrichtungen, in denen Kinder dauerhaft untergebracht werden, ist dies anders. Die Einrichtung muss eigenständige Erziehungs- und Lernziele formulieren, die von außen nur selten überprüft werden. Dadurch verringert sich der Druck auf die Einrichtung. Dies muss nicht unbedingt negative Konsequenzen für die Erziehungsarbeit haben. Es kann für alle am pädagogischen Prozess beteiligten Personen sogar mehr Freiheiten eröffnen. Die größte Gefahr – dies verdeutlichen die Einrichtungsstudien – ist jedoch, dass das Wissen um den Verbleib des Kindes in der Einrichtung dazu führt, dass das Kind fortan mit Blick auf die Anstalt und nicht auf ein Leben außerhalb der Anstalt hin erzogen wird. Wie ernsthaft z. B. der Schulunterricht betrieben wurde, hing mit den für die Kinder vorgesehenen Perspektiven zusammen. Einige Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtung Schönbrunn hatten das Gefühl, nicht gefördert zu werden, weil die Schwestern annahmen, dass die Kinder und Jugendlichen in der Einrichtung

⁶⁸⁵ Vgl. HOH (2005), 172 f.

bleiben würden und die schulische Bildung nicht benötigten: »Ja, die haben gemeint, dass wir ewig bleiben in Schönbrunn. Das aus uns nichts wird.«⁶⁸⁶

Die Anpassung des Kindes in einem auf die Strukturen der Anstalt bezogenen sinnvollen Zusammenhang steht im Widerspruch zu dem moralischen Recht des Kindes, als Subjekt wahrgenommen zu werden, verbunden mit dem Recht auf eine ergebnisoffene Entwicklung seines Potentials. Wenn eine Erziehung nicht auf die Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes setzt, dann verletzt sie zugleich das Eigenrecht des Kindes. Anstatt dass Erziehung den Selbstzweck des Kindes im Auge hat, wird dieser Anspruch aufgegeben und durch einen fremden Zweck (die Erziehung für die Anstalt) ersetzt.

4.4.5.1 Arbeit in den Einrichtungen

Besonders im Bereich der Arbeitstätigkeit wird deutlich, dass pädagogische Bemühungen oftmals fremden Zwecken unterlagen. In allen untersuchten Einrichtungen gab es, zwar nicht zu jeder Zeit, aber doch zu einem Zeitpunkt innerhalb der untersuchten Periode, Arbeitstherapieangebote in unterschiedlicher Ausprägung und mit unterschiedlicher Intention oder Formen der Arbeitsverpflichtung.

Gerade in den 1950er Jahren wurden die Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtungen der Behindertenhilfe, auch aus einer gewissen materiellen und personellen Notwendigkeit heraus, zu Arbeiten in der Landwirtschaft (vorwiegend die Jungen) und in der Hauswirtschaft (vorwiegend die Mädchen) herangezogen.⁶⁸⁷ Viele der hier untersuchten Einrichtungen in Ost und West wie in Templin, Dobbertin, Lübeck oder Schönbrunn waren Selbstversorger. Sie betrieben eine Landwirtschaft, die die Einrichtung mit wichtigen agrarischen Erzeugnissen versorgte.⁶⁸⁸ Teilweise wurden die hergestellten Produkte und Erzeugnisse auch verkauft. In Gescher übernahm man ab den 1960er Jahren Arbeiten für auswärtige Firmen, etwa einfache Verpackungs- und Montagearbeiten.⁶⁸⁹ In der katholischen Einrichtung Ershausen wurden in der Einrichtung auch staatliche Arbeitsaufträge erfüllt: So wurden für die »Vereinigung volkseigener Betriebe Metallwarenindustrie« (MEWA) Haarklemmen auf Kärtchen gesteckt.⁶⁹⁰ Geistig behinderte Kinder, die nicht in der Schule, im landwirtschaftlichen Betrieb oder den Werkstätten beschäftigt werden konnten, verrichteten in Ursberg im Werksaal einfache Tätigkeiten wie das Aufziehen von Perlen. Daraus entstanden ab 1974 kleinere Werkstätten, in denen Kleingruppen beschäftigt wurden.⁶⁹¹ In Haus Hall/Gescher wie auch in den meisten anderen Einrichtungen wurde das Arbeiten als

686 Vgl. BEYER: Assoziationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 384.

687 Ibid.

688 Vgl. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 350.

689 Vgl. *ibid.*

690 Vgl. KEY: St. Johannisstift Ershausen, kath. BH (DDR), 475.

691 Vgl. HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 417.

»Beschäftigungstherapie« oder »Arbeitstherapie« bezeichnet. Auch Kinder und Jugendliche mit einer Schwerstbehinderung wurden zu Tätigkeiten wie »Stoffzerzupfen, Säckeausziehen und Mattenflechten« herangezogen.⁶⁹² Zeitzeuginnen und Zeitzeugen berichten auch von unentgeltlichen Arbeiten für Privatpersonen.⁶⁹³

Die Arbeiten stellten für die Einrichtungen einerseits einen wirtschaftlichen Faktor dar, andererseits hatten sie aus Sicht der Anstaltsleitung und des Personals eine positive Wirkung auf die Kinder und Jugendlichen. Die in Haus Hall in der Landwirtschaft eingesetzten Jungen, so heißt es im Jahresbericht 1959, wären durch die Arbeit besser ausgelastet.⁶⁹⁴ Ein Werkstattraum (»Web-, Bürsten-, Lattenflechtraum«) im Haus Hall sollte die »tiefstehenden, kaum fixierbaren« Jungen zu »Ausdauer und Konzentration« erziehen.⁶⁹⁵

Aus heutiger Sicht kann kaum nachgeprüft werden, ob der damals propagierte, für das Befinden der Kinder positive Effekt der Arbeit tatsächlich eintrat. Unabhängig davon war die Arbeitstherapie nicht allein pädagogischen Zwecken verpflichtet.⁶⁹⁶ Das geht erstens aus dem Umstand hervor, dass sie keinen Angebotscharakter trug, sondern verpflichtend war. Arbeitsverweigerung wurde in den meisten Einrichtungen bestraft.⁶⁹⁷ Zweitens orientierte sich der pädagogische Erfolg der Therapie am Erreichen des Arbeitszieles (Produktivität, »Soll«) und nicht am Lernerfolg des Kindes oder dessen Interessen. Dies zeigt sich z. B. daran, dass Kinder, die Freude an der gerade verrichteten Arbeit äußerten, umstandslos in einen anderen Arbeitsbereich versetzt werden konnten, wenn sie ihre Arbeit nicht ordentlich und effektiv ausführten.⁶⁹⁸ Eine 21-jährige im Vorwerk Lübeck zum Beispiel zeige, so steht es in ihrer Akte aus dem Jahr 1972, zwar Interesse für Handarbeiten, bringe »aber nichts Ordentliches zustande«.⁶⁹⁹

4.4.6 Kontrolle und Überwachung

Zu den Notwendigkeiten des Ablaufs jeder Einrichtung gehört es, Routinen zu etablieren. Allerdings scheint dies in einigen Einrichtungen zu einer Art Selbstzweck geworden zu sein. Ein Beispiel dafür ist der von den Zeitzeuginnen und Zeitzeugen beschriebene starre

692 Vgl. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 349.

693 Zeitzeugenportal in leichter Sprache, ID 73261695, Taubstummenanstalt München, Archiv des DIH.

694 Vgl. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 349.

695 Vgl. *ibid.*

696 DREIER-HORNING (2019), 295–303; dies./LAUDIEN (2018).

697 Vgl. z. B. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 356.

698 Vgl. z. B. HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 418.

699 Vgl. LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 451.

und minutiös geplante Tagesablauf,⁷⁰⁰ dem sich die Kinder unterzuordnen hatten. Die Kinder, so heißt es dann, wären an die Tagesstruktur gut angepasst gewesen und hätten »funktioniert«,⁷⁰¹ »18 Uhr Abendessen, die Schnitten waren alle schon in der Küche vorbereitet, so dass kein Kind mit Messer und Gabel essen konnte.«⁷⁰² Das System war auf Effektivität und Kontrolle ausgerichtet, nicht darauf, die Eigenständigkeit der Kinder zu fördern – es sei denn, diese wäre dem Anstaltsleben förderlich gewesen. Dabei ging es jedoch nicht nur um die Kontrolle der Bewohnerinnen und Bewohner: Bei Aufnahme in die Kinderabteilung der Psychiatrischen Klinik der Charité im Jahr 1974 wurde den Kindern ein 13-Punkte-Regelkatalog vorgelesen. Der Katalog beschreibt präzise den Ablauf des Tages. Die Regulierung erfasst selbst die Anweisung, wo das Kind seinen Schulrucksack nach der Schule hinstellen hatte, dass es sich vor dem Frühstück die Hände waschen solle und dass es sich während der Hausaufgabenzeit bei einer Frage zu melden habe.⁷⁰³ Ein solcher Plan richtet sich vordergründig an die Kinder, er sorgte aber indirekt auch für eine Verregelung, Angleichung und Generalisierung des Verhaltens des Personals.

In konfessionellen Einrichtungen waren religiöse Praktiken ein fester Bestandteil des Tagesablaufs. Bereits am Morgen mussten die Kinder in Lübeck, Ursberg und Schönbrunn mit den Schwestern zur Andacht.⁷⁰⁴ Der Kirchengang war bei den meisten Kindern eher unbeliebt und dennoch verpflichtend. Die Gottesdienste durften von den Kindern nicht gestört werden, es sollte Ruhe und Ordnung herrschen.⁷⁰⁵ Zum sonntäglichen Gottesdienst ging man in Zweierreihen und in einheitlicher Festkleidung.⁷⁰⁶ Die Beschäftigungszeiten, Spaziergänge und Spiele fanden stets in Gruppen statt. Individuelle Freizeitaktivitäten gab es kaum.⁷⁰⁷

Die Anstalt überwachte die Körperpflege, die im Mittelpunkt des Tagesablaufes stand. Die Kinder mussten sich z. B. in Templin vor den Betreuerinnen und Betreuern und den anderen Bewohnerinnen und Bewohnern entkleiden und gruppenweise duschen.⁷⁰⁸ In Storkow-Hubertushöhe sind die Kinder und Jugendlichen, in der Zeit, als es noch keinen Duschraum gab, am »Badetag« nacheinander in die gleiche Badewanne gegangen.⁷⁰⁹ Toilettengänge wurden in Lübeck und in Storkow-Hubertushöhe unter

700 Vgl. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 348.

701 Vgl. KEY: St. Johannisstift Ershausen, kath. BH (DDR), 475.

702 Vgl. HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 734.

703 Vgl. HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), 704 f.

704 Vgl. BEYER: Assoziationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 379; LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 446; HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 414.

705 Vgl. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 353.

706 Vgl. LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 448.

707 Vgl. HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 734; LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 348.

708 Vgl. DREIER-HORNING: Waldhof Templin, ev. BH (DDR), 391.

709 Vgl. DREIER-HORNING: Hubertushöhe, LE KJP (DDR), 542.

Aufsicht durchgeführt. Das sogenannte »Absetzen«⁷¹⁰ oder »Topfen« wurde nach einem Tagesplan – in Lübeck von den »Tanten« (also dem weiblichen Personal), in Storkow vom Pflegepersonal – durchgeführt oder in Lübeck an »Stationskinder« delegiert⁷¹¹.

Auch die Kleidung wurde vom Personal ausgesucht,⁷¹² also etwa in Lübeck vom Personal zugeteilt und aus einem zentralen Kleiderschrank in der Station in geschnürten Bündeln ausgegeben.⁷¹³

Kontrolle und Überwachung bezogen sich nicht nur auf den Tagesablauf und auf das Befolgen der Regeln der Einrichtung. Es wurde auch der Zugang zum Grundstück bzw. zu einzelnen Wohnbereichen oder Stationen stark reglementiert: In Lübeck durften die Gebäude ohne Erlaubnis nicht verlassen werden.⁷¹⁴ Auch in Haus Hall wurde das Verlassen des Anstaltsgeländes bestraft.⁷¹⁵ In Storkow waren die Stationen mit einem Vierkantschlüssel verschlossen.⁷¹⁶ Doch nicht nur für die Bewohnerinnen und Bewohner, sondern auch für die Eltern waren die meisten Bereiche nicht zugänglich. Das Anstaltsgelände konnte von Außenstehenden nicht ohne Weiteres betreten werden. Eltern durften zumindest noch in den 1960er Jahren die Stationen in Lübeck nicht aufsuchen, erst ab 1971, unter der neuen Leitung, waren eine Besichtigung des Heimes und der Gebäude möglich.⁷¹⁷ Die Kontrolle und Überwachung der Bewohnerinnen und Bewohner wurden durch Zäune und Mauern nach außen hin deutlich sichtbar.

Die Unterbringung erfolgte besonders in den 1950er und 1960er Jahren in großen Schlafsälen. Eine Privatsphäre war nicht vorhanden und ebenso wenig die Möglichkeit, sich mit persönlichen Gegenständen zu umgeben.⁷¹⁸ So gab es in Haus Hall in Gescher in der Josefs-Gruppe große, überfüllte Schlafsäle mit bis zu 40 Betten.⁷¹⁹ In Templin waren in manchen Jahren bis zu 65 Kinder in einem Saal untergebracht. Die Betten waren eng zusammengestellt, aneinandergebunden oder zusammengeschrubt.⁷²⁰ In Ershausen wurden 25 Betten von jeweils 1,50 m Länge so nah zusammengeschoben, dass der Platz im Schlafsaal ausreichte.⁷²¹

Die hier geschilderten Lebensbedingungen erschwerten nicht nur langfristig eine individuelle Entwicklung des Kindes. Die fehlenden Rückzugsmöglichkeiten führten

710 Vgl. LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 448.

711 Vgl. *ibid.*

712 Vgl. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 348.

713 Vgl. LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 447.

714 Vgl. *ibid.*

715 Vgl. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 358.

716 Vgl. DREIER-HORNING: Hubertushöhe, LE KJP (DDR), 541.

717 Vgl. LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 449.

718 Vgl. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 346f.; LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 435.

719 Vgl. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 346.

720 Vgl. DREIER-HORNING: Waldhof Templin, ev. BH (DDR), 490.

721 Vgl. KEY: St. Johannisstift Ershausen, kath. BH (DDR), 471.

auch unmittelbar zu Spannungen untereinander, die sich in Aggressivität niederschlugen. Akten dokumentieren, wie bei manchen Kindern erst unter den Bedingungen des Anstaltslebens Verhaltensauffälligkeiten entstanden: Kinder, die zunächst in ihrem Verhalten unauffällig gewesen waren, entwickelten mit der Zeit Aggressionen gegen sich selbst und gegen andere.⁷²²

4.4.6.1 Umgang mit Sexualität

Der Anspruch der vollständigen Überwachung und Kontrolle wird kaum deutlicher als im Umgang mit der Sexualität der Heranwachsenden. Allein der Versuch, Kontakt zum anderen Geschlecht aufzunehmen, wurde in Schönbrunn bestraft. Eine Bewohnerin wurde geschlagen, weil sie einen Liebesbrief geschrieben hatte. Sie wurde von der Schwester als »Männernärrische« bezeichnet.⁷²³ Strikte Geschlechtertrennung im Alltag gab es auch in Lübeck – eine Hofaufsicht überwachte das Anstaltsgelände, um sicherzustellen, dass es nicht zum Austausch von Zärtlichkeiten kam.⁷²⁴ Ein Ausleben sexueller Bedürfnisse galt in allen Einrichtungen als »unsittliches Verhalten«. Jugendliche, die ihren sexuellen Neigungen nachgingen, wurden als »hemmungslos«⁷²⁵ und triebhaft beschrieben. In Schönbrunn wurde jede sexuelle Betätigung zu verhindern versucht – u. a. indem die Bewohnerinnen und Bewohner ständig beaufsichtigt wurden; es sollte verhindert werden, dass zwei Personen alleine waren.⁷²⁶

Onanie wurde als krankhaftes Phänomen gewertet. Das führte so weit, dass beim Waschvorgang die Genitalien ausschließlich von der Schwester berührt werden durften.⁷²⁷ Auch Erwachsenen wurde eine sexuelle Bedürfnisbefriedigung verwehrt. Männliche Bewohner wurden an Händen und Füßen mit Lederriemen an den Bettpfosten fixiert, um zu verhindern, dass sie sich selbst befriedigten.⁷²⁸ In Schönbrunn dagegen wurde Onanie vom Personal zumindest in den 1970er Jahren akzeptiert.⁷²⁹ Ein ansonsten generell tabuisierter Umgang mit Sexualität lässt sich in den Einrichtungen noch in den 1980er Jahren feststellen.⁷³⁰ Es fehlte insbesondere an Aufklärung aller Beteiligten, um adäquat auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner reagieren zu können.

Unsicherheiten zeigen sich auch im Umgang mit homosexuellen Handlungen. Eine Mitarbeiterin der ehemaligen Kinderpsychiatrie in Storkow-Hubertushöhe erinnert sich,

722 Vgl. LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 453 f.

723 Vgl. BEYER: Assoziationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 389.

724 Vgl. LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 453.

725 Vgl. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 352.

726 Vgl. BEYER: Assoziationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 387.

727 Vgl. LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 452.

728 Vgl. *ibid.*, 453.

729 Vgl. BEYER: Assoziationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 387.

730 Z. B. HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 424; DREIER-HORNING: Hubertushöhe, LE KJP (DDR).

dass sie über die regelmäßigen homosexuellen Kontakte der Bewohner erschrocken, aber auch verunsichert war, denn ihr sei bewusst gewesen, dass die jungen Männer sexuelle Bedürfnisse hatten und diese auch ausleben wollten. Dennoch war sie sich nicht sicher, ob die Handlungen immer in beiderseitigem Einvernehmen vollzogen wurden. Eine Thematisierung der Problematik wurde von der Einrichtungsleitung abgewehrt:

»Man sagte uns, dass bei behinderten Menschen Sexualität anders wäre und deswegen wäre das kein Missbrauch oder dass die sexuelle Befriedigung unter Männern in der Psychiatrie normal wäre.«⁷³¹

In anderen Einrichtungen wurden sexuelle Handlungen, wie z. B. in Vorwerk, unterbunden⁷³² oder wieder andernorts geduldet, bestraft oder ignoriert. In Schönbrunn nahm man zur Kenntnis, dass sexuelle Handlungen nicht unterbunden werden könnten: »Die Personen mit homosexuellen Beziehungen sind den Betreuern bekannt, jedoch gelingt es ihnen nicht, sie davon abzuhalten.«⁷³³ Aus dem Gefühl, »etwas tun zu müssen«, wurden in Storkow Ende der 1980er Jahre Sitzbäder mit Kaliumpermanganat (eine rot-violette Lösung) durchgeführt.

»Dann hatten alle, die ›Schweinereien‹ gemacht haben – so wurde das damals bezeichnet –, ein rosa Hinterteil, zur Abschreckung, als Bestrafung. Dabei kannten die Bewohner keine andere Möglichkeit, ihre Triebe zu befriedigen, und durch die Enge und die nicht vorhandene Intim- und Privatsphäre wusste man sie nicht zu schützen.«⁷³⁴

Sexuelle Gewalt wurde vor allem durch die Größe der Schlafsäle begünstigt. Auch das schildern die Akten: »N. fühlt sich oft im Schlafsaal K3 unglücklich, er muss wohl sehr oft hässliche Dinge erleben.«⁷³⁵ Es kam zu Übergriffen älterer Kinder auf jüngere Kinder,⁷³⁶ besonders in der Nacht.⁷³⁷ Die Enge der Räume und die Hilflosigkeit im Umgang mit sexuellen Übergriffen führten in Einrichtungen dazu, dass Kinder in der Nacht angebunden wurden, wenn es zu sexuellen Handlungen kam.⁷³⁸ Zeitzeuginnen und Zeitzeugen berichten von sexueller Gewalt bis hin zu Vergewaltigungen und ungewollten Schwangerschaften.⁷³⁹

731 Interview Anke Dreier-Horning mit Frau S. [anonymisiert], 18.1.2019, 1:55:34-2:00:11, Archiv des DIH; DREIER-HORNING: Hubertushöhe, LE KJP (DDR), 557 f.

732 Vgl. LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 457.

733 ROSNER (1972), 55–58, zit. in: BEYER: Assoziationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 387.

734 Interview Anke Dreier-Horning mit Frau S. [anonymisiert], 18.1.2019, 1:38:44- 1:47:00, Archiv des DIH, DREIER-HORNING: Hubertushöhe, LE KJP (DDR), 558.

735 Vgl. LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 457.

736 Vgl. *ibid.*

737 Vgl. BEYER: Assoziationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 390; DREIER-HORNING: Hubertushöhe, LE KJP (DDR), 557.

738 Vgl. LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 453.

739 Zeitzeugenportal in leichter Sprache, ID 64630916/Volmarstein; ID 64801825/Friedberg; ID 57509193/Franz-Sales-Haus; ID 56884143/Franz-Sales-Haus, alle Archiv des DIH; und Zeitzeugenportal ID 48951368, Albert-Gutzmann-Schule/Berlin; ID 49159299/Institut für Hörgeschädigte Straubing; ID 49578655/Köln;

4.4.7 Psycho-soziale Isolation

Ein Großteil des Lebens der Bewohnerinnen und Bewohner wurde vom Alltag in der Anstalt bestimmt. Einerseits ist es positiv zu bewerten, wenn innerhalb der Einrichtung für die Kinder und Jugendlichen Feste organisiert wurden.⁷⁴⁰ Dass dies jedoch damit verbunden war, dass sie an Veranstaltungen in den umliegenden Gemeinden nicht teilnehmen konnten, verdeutlicht das Problem der Isolierung. Ausflüge in den Zoo, Wildpark o.ä. waren eher selten, und es konnten oder durften auch nicht alle Kinder daran teilnehmen.⁷⁴¹

Die meisten Anstalten betrieben eine heimeigene Schule und unterhielten eigene Werkstätten und landwirtschaftliche Betriebseinheiten.⁷⁴² Das erleichterte den Ablauf des Alltages, ebenso wie es auch ein Element der Isolierung der Kinder darstellte. Denn auf diese Weise gab es keinen Anlass, den Kontakt zu Kindern außerhalb der Einrichtung zu pflegen.

Aber auch die Pflege sozialer Kontakte innerhalb der Einrichtung richtete sich nicht nach den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen, sondern nach den Ordnungsvorstellungen der Einrichtung. Nicht nur, dass Jungen und Mädchen zumeist streng voneinander getrennt waren, auch Kinder unterschiedlicher Gruppen konnten in einigen Einrichtungen aufgrund des reglementierten Alltags ihre Freizeit nicht miteinander verbringen. Es war zumeist nicht möglich, am Abend nochmal zu einem Freund oder einer Freundin zu gehen oder sich gegenseitig in einer anderen Gruppe auf dem Anstaltsgelände zu besuchen.⁷⁴³

Die Freizeit wurde insbesondere mit Spaziergängen verbracht. Dabei waren die Kinder gruppenweise in der umliegenden Umgebung oder auf dem Klinik- bzw. Anstaltsgelände unterwegs.⁷⁴⁴ Die täglichen Spaziergänge, die in einigen Einrichtungen durchgeführt wurden, erinnern an die zu dieser Zeit übliche Tagesstruktur eines Kindergartens.

ID 49719529/Dormagen; ID 50068819/ Sonderkombinat Oberspree; ID 50246059/Herzberge; ID 51547957/ Gescher, ID 52649856/Schloss Ulenburg; ID 52818628/Ingerkingen; ID 52858012/St. Wendel; ID 53311188/ Marsberg; ID 54061230/Bielefeld; ID 56004402/Bamberg; ID 58251239/Halberstadt; ID 58893854/Schleswig; ID 64391463/Bielefeld; ID 75669281/Münster; ID 76200798/Holzolling, alle Archiv des DIH.

740 In Lübeck feierte man z. B. Anstaltsfeste und Volksunterhaltungsabende; vgl. LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 448. In Haus Hall/Gescher fanden im Festsaal Unterhaltungsprogramme (Filmvorführungen, Kasperletheater, Theateraufführungen, Nikolausfeiern etc.) statt; vgl. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 353. In Ursberg sind zwar vielfältige Feste oder Freizeitaktivitäten in der Anstaltschronik vermerkt – die meisten Ereignisse fanden jedoch wie in den anderen Einrichtungen auch innerhalb der Anstalt statt; vgl. HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 413.

741 Vgl. DREIER-HORNING: Hubertushöhe, LE KJP (DDR), 553; LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 353.

742 Zum Beispiel in Ursberg, in Vorwerk/Lübeck, in Haus Hall/Gescher, in Dobbartin, Ershausen und Schönbrunn.

743 Vgl. BEYER: Assoziationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 380.

744 Vgl. z. B. *ibid.*

Positiv erlebt wurde von den Bewohnerinnen und Bewohnern, dass es auf den Grundstücken der meisten Einrichtungen Spielplätze gab, die allerdings nur gruppenweise und unter Aufsicht zu benutzen waren. In einigen Einrichtungen gab es sogar ein Schwimmbad und eine Bücherei.⁷⁴⁵

Manchmal regelten feste Besuchszeiten die Kontakte zu den Angehörigen. In Ursberg wurde einem Kind untersagt, zum Weihnachtsfest nach Hause zu fahren, mit der Begründung, die Kinder der Einrichtung würden generell nur in den Sommerferien die Eltern besuchen.⁷⁴⁶ Solche strikten Regeln wurden ab Mitte der 1960er Jahre gelockert. In Lübeck besuchten nur 25 Prozent der Kinder des untersuchten Samples ihre Eltern in den Ferien, 25 Prozent hatten gar keinen familiären Kontakt.⁷⁴⁷ In den 1950er Jahren galt in Haus Hall/Gescher, dass Urlaube erst nach einem Jahr Eingewöhnungszeit erlaubt waren. Nach dem ersten Jahr stand für Besuche der Eltern lediglich ein Sonntag im Monat zur Verfügung. Spontane Besuche waren nicht möglich, die Eltern wurden ohne vorherige Anmeldung nicht auf das Gelände gelassen.⁷⁴⁸

Auch in den psychiatrischen Kliniken galten strenge Besuchsregeln. Eine Zeitzeugin, die als Kind in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Herzberge untergebracht war, erinnert sich daran so:

»Irgendwann, aber ich kann nicht sagen wann, war meine Mutter mit meiner Schwester da. Aber ich durfte nicht zu ihnen, sondern konnte sie nur sehen, wie sie draußen vor dem Haus hin und her liefen, zu mir hochguckten und ich gewunken habe.«⁷⁴⁹

Isolation war nicht nur objektiv bestimmbar, sondern konnte auch konkret subjektiv erfahren werden. Die Einrichtung schob sich bildlich gesprochen in die Beziehungen zwischen Kindern und Eltern und war eher eine Barriere als eine Brücke. Dies wurde von beiden Seiten so wahrgenommen, z. B. bei der Trennung vom Kind am ersten Tag in der Einrichtung,⁷⁵⁰ bei der »Abgabe« oder »Annahme« des Kindes an der Eingangstür der Station⁷⁵¹ oder angesichts der mangelnden Kommunikation zwischen Einrichtung und Elternhaus.

Die Besuchsregeln zeigten, dass der Kontakt zu den Eltern weniger als das Bedürfnis der Kinder denn als eine zusätzliche Arbeiterschwernis verstanden wurde. Es gibt allerdings

745 Vgl. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 353.

746 Vgl. HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 415.

747 Vgl. LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 449.

748 Vgl. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 353.

749 Patient der KJP (1967) [anonymisiert], Interview 2019, HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 736.

750 DREIER-HORNING: Hubertushöhe, LE KJP (DDR), 550 f.

751 »Dann haben sie mir S. rausgebracht auf den Flur im Treppenhaus und haben mir die Sachen rausgegeben. Ich habe meistens selber Sachen mitgebracht, wenn ich ihn abgeholt habe. Dann habe ich ihn da im Flur angezogen.« Interview Anke Dreier-Horning mit Frau H. [anonymisiert], 27.11.2018, 45:06-49:37, Archiv des DIH; DREIER-HORNING: Hubertushöhe, LE KJP (DDR), 541, FN 14.

Ausnahmen. In Templin und Dobbertin hat sich die Anstaltsleitung zum Teil intensiv um eine Pflege der Beziehungen bemüht.⁷⁵² Auch in Schönbrunn gab es anscheinend keine strikten Vorgaben. Ganztägige Besuche der Eltern waren möglich, einige von ihnen übernachteten – zumindest ist dies für die 1970er Jahre belegt – sogar auf dem Gelände.⁷⁵³ In den meisten Fällen – das gilt für die DDR und die BRD gleichermaßen – wurden die Eltern nicht als Partner, sondern eher als Störfaktor für den Erziehungs- und Entwicklungsprozess des Kindes angesehen. Sie wurden deshalb nur wenig in die Betreuung der Kinder einbezogen, manche erhielten einmal im Jahr einen Bericht, in dem über das Kind und gegebenenfalls neue Entwicklungen informiert wurde.⁷⁵⁴ Ein pädagogischer Austausch darüber fand in der Regel aber nicht statt.

Die emotionalen Probleme, die sich einstellten, wenn Kinder sich unter den besonderen Spannungen befanden, die der seltene Kontakt zu den eigentlich engsten Bindungspersonen mit sich brachte, wurden damals nur wenig verstanden und berücksichtigt. Statt auf emotionale Auffälligkeiten verständnisvoll zu reagieren, ist dieses Verhalten häufig als »unerwünscht« angesehen worden und zog manchmal nach sich, dass den Eltern weiterer Besuch zeitweilig verwehrt wurde.⁷⁵⁵

Zudem übernahmen die Anstaltsleitungen nicht selten Aufgaben der Jugendfürsorge, z. B. wenn den Eltern der Umgang mit dem Kind – ohne eine entsprechende Veranlassung des Jugendamtes oder der Jugendhilfe – untersagt wurde. Auch wenn die Entscheidungen – zumindest nach Aktenlage – in den von uns ausgewerteten Fällen nachvollziehbar erscheint, z. B. weil die Eltern während der Betreuung des Kindes ihrer Aufsichtspflicht nicht nachkamen, so stellte dieses Vorgehen dennoch einen unbefugten Eingriff in die Rechte der Eltern und des Kindes dar. Dabei wurden Regelungen der »Hausordnungen« von den Heimleitungen als vorrangig angesehen.

4.5 Zusammenfassung

Den von uns untersuchten 17 Einrichtungen gelang es im Untersuchungszeitraum über weite Strecken nur ungenügend, Kinder mit einer psychischen Erkrankung oder einer Behinderung in einem adäquaten, bedarfsgerechten Lebens- und Wohnumfeld stationär zu betreuen.

752 Vgl. DREIER-HORNING: Waldhof Templin, ev. BH (DDR), 503; Laudien: Kloster Dobbertin, ev. BH (DDR), 526 f.

753 Vgl. BEYER: Assoziationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 379 f.

754 Z. B. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 354.

755 Vgl. *ibid.*; LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 449; DREIER-HORNING: Waldhof Templin, ev. BH (DDR), 504.

Erstens sind Leid- und Unrechtserfahrungen zu konstatieren, für die einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter persönliche Verantwortlichkeit tragen. Kinder und Jugendliche erlebten demütigende Strafen, psychische Gewalt durch Isolation und körperliche Gewalt in vielfältiger Art und Weise. Nachhaltig schädigten diese Formen des Umgangs und der generellen angstvollen Atmosphäre in den Einrichtungen die Subjektwerdung, das Selbstbild des Kindes und dessen Wohlergehen.

Zweitens waren es strukturelle Faktoren, die die Subjektwerdung, die individuelle Entwicklung und das Wohlbefinden erschwerten bis unmöglich machten. Dazu gehörte die psycho-soziale Isolation der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. der Patientinnen und Patienten. Hinzu kamen der stark verregelte Anstaltsalltag, die permanenten Eingriffe in den Privat- und Intimbereich der Kinder und Jugendlichen, die nicht vorhandenen Rückzugsmöglichkeiten und die Fokussierung der Erziehung auf die Förderung eines anstaltskonformen Verhaltens. Das Kind geriet zum Objekt der Erziehung und wurde als ein Element im Anstaltswesen betrachtet, das die Aufgabe hatte, zu funktionieren, um die Alltagsabläufe der Einrichtung nicht zu behindern. Nicht die Einrichtung passte sich den Bedürfnissen der Kinder an, sondern die Kinder mussten sich den Bedürfnissen der Einrichtung anpassen. Die aus der strukturellen Gewalt der Institution resultierenden Leid- und Unrechtserfahrungen wirken heute noch in Form verpasster Lebens- und Entwicklungschancen und dem darüber empfundenen Groll nach.

Allein individuelle Resilienzfaktoren konnten den betroffenen Kindern und Jugendlichen helfen, relativ unbeschadet aus den beschriebenen gewaltförmigen Lebensverhältnissen hervorzugehen. Zu diesen Resilienzfaktoren gehörten insbesondere die Aufrechterhaltung des Kontaktes zur Familie oder zu anderen Menschen außerhalb der Einrichtung, Menschen innerhalb der Einrichtung (Freunde oder andere Bezugspersonen), die den betroffenen Kindern Halt, Zuwendung und Zuversicht gaben, ferner persönliche Eigenschaften, die es den Betroffenen ermöglichten, Ereignisse und Erlebnisse besser zu bewältigen. Zudem ergaben die Untersuchungen Hinweise darauf, dass in der BRD und in der DDR die Häufigkeit der Gewalterfahrung in Relation zur Anzahl der sozialen Kontakte außerhalb der Einrichtung stand. Vielfältige soziale Kontakte scheinen das Risiko gemindert zu haben, Opfer von Gewalt zu werden. Eine Erklärung dafür liegt bisher nicht vor, so dass nur vermutet werden kann, dass häufige soziale Kontakte die Hemmschwelle erhöhten, in den untersuchten Anstalten zum Objekt von Verdinglichung, Gewalt und Übergriffen zu werden. Dieser Faktor bedarf weiterer Untersuchungen, da er auch für heutige Präventionsstrukturen genutzt werden könnte.

Die Erziehungswirklichkeit in den von uns untersuchten Einrichtungen war drittens weniger von pädagogischen Leitbildern als von einer eigenen Anstaltslogik und von äußeren Interessen bestimmt. Dadurch lässt sich erklären, warum die Verhältnisse in den Einrichtungen – trotz unterschiedlicher Träger und gesellschaftlicher Systeme – zu sehr ähnlichen Erfahrungen führten.

Probleme und Widrigkeiten konnten jedoch – und dieser Punkt stellt einen Unterschied im Vergleich der Einrichtungen dar – dort besser überwunden werden, wo der Druck einer kritischen Öffentlichkeit existierte oder walten konnte. Der Umstand, dass sich in der DDR die Lebensverhältnisse in den staatlichen psychiatrischen Einrichtungen und den Einrichtungen der Behindertenhilfe kaum veränderten oder verändern konnten, war der Tatsache geschuldet, dass die SED-Diktatur jegliche Form der Einmischung oder Kritik unterband. Lediglich punktuell konnten durch das Engagement einzelner Personen Verbesserungen vor Ort bewirkt werden. Dabei war der Handlungsspielraum der Beteiligten äußerst gering.

Auffällig ist, dass eine Veränderung äußerer Umstände der Unterbringung (räumliche Bedingungen) in den Einrichtungen fast immer auch neue sozial- und sonderpädagogische Möglichkeiten des Handelns eröffnete. Räumliche, aber auch materielle Veränderungen lösten in Routinen erstarrte Institutionsstrukturen und weichten überlieferte, tradierte Vorstellungen vom psychisch erkrankten oder behinderten Kind auf. Das gewonnene Wissen über die strukturellen und individuellen Faktoren, die in der Vergangenheit zu Leid- und Unrechtserfahrungen in den Einrichtungen führten, leistet einen wichtigen Beitrag für die gegenwärtige Ausgestaltung der stationären Unterbringung. Die historische Aufarbeitung ist dann nachhaltig, wenn es gelingt, dieses Wissen in aktuelle Fachdiskurse zu überführen.

5 Medizinische und therapeutische Gewalt

(Christof Beyer)

5.1 Einführung

Grundsätzlich stellt jeder medizinische Eingriff ohne Einwilligung eine Körperverletzung dar. So können auch vermeintlich harmlose Maßnahmen wie eine Blutentnahme als medizinische Gewalt gewertet werden, wenn sie gegen den Willen der oder des Betroffenen vorgenommen werden. Neben diesem physischen kommt der psychische Aspekt hinzu: Medizinische Gewalt als subjektive Leiderfahrung kann nicht damit entkräftet werden, dass eine ärztliche Maßnahme gerechtfertigt und notwendig ist. Für die individuelle Erfahrung von Leid durch eine medizinische Behandlung ist nicht ausschlaggebend, ob diese den jeweils zeitgenössischen rechtlichen und medizinischen Standards entsprochen hat.

Behandlungspraktiken, die häufig als leidvoll erlebt wurden, umfassten in Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Heimen der Behindertenhilfe im hier untersuchten Zeitraum unter anderem diagnostische Verfahren wie die Pneumenzephalographie, therapeutische Maßnahmen wie die Elektrokrampftherapie und Medikation bzw. Sedierung.⁷⁵⁶ Hinzu kamen weitere Verfahren wie Fixierungen und Isolierungen, bei denen tendenziell eine medizinische Begründung – etwa die Verhinderung selbst- oder fremdverletzenden Verhaltens – denkbar gewesen ist, auch wenn hier die Übergänge zwischen medizinischer und pädagogischer Gewalt fließend sein können.⁷⁵⁷ Darüber hinaus können medizinische Einschätzungen des Krankheitsverlaufs bzw. der weiteren Entwicklung von Patientinnen und Patienten sowie von Bewohnerinnen und Bewohnern durch einen defizitorientierten Blick und problematische oder voreingenommene Zuschreibungen stigmatisierend gewirkt und durch die Festschreibung eines Anstalts- oder Heimaufenthalts die Betroffenen langfristig aus der Gesellschaft ausgegrenzt haben.

Unter medizinischer Gewalt in psychiatrischen Kliniken und Heimen werden also im Folgenden diagnostische, therapeutische und prognostische Prozesse verstanden, die von den Betroffenen als leidvoll empfunden wurden, die mit einer fragwürdigen Indikation, d. h. medizinischer Rechtfertigung einhergingen und/oder in einem ju-

756 Die Medikamentenverabreichung als medizinische Gewalt wird in Kap. 6 behandelt.

757 Vgl. Kap. 4.

ristischen Sinne unrechtmäßig waren. Begrenzt wird der Begriff der medizinischen Gewalt durch die Verbindung mit der professionellen Medizin, ihren Vertreterinnen und Vertretern und ihrem Hilfspersonal.⁷⁵⁸

Eine Reihe von in den letzten Jahren veröffentlichten Forschungsarbeiten hat verdeutlicht, dass derart verstandene Formen medizinischer Gewalt in Einrichtungen der Behindertenhilfe und in psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Untersuchungszeitraum des Forschungsprojektes keine Ausnahme darstellten, sondern vielmehr in unterschiedlicher Ausprägung nahezu allgegenwärtig waren. Dies betrifft Einrichtungen in katholischer⁷⁵⁹, evangelischer⁷⁶⁰ und in öffentlicher⁷⁶¹ Trägerschaft sowohl in der BRD als auch – wie sich bei deutlich lückenhafterer Forschungslage andeutet – in der DDR.⁷⁶² Zeitgeschichtliche Studien stellten zu Missständen in psychiatrischen Kliniken und Heimen der Behindertenhilfe überdies fest, dass medizinische Behandlungspraktiken von Patientinnen und Patienten auch als Gewalt erfahren werden konnten, wenn diese unter juristischen Gesichtspunkten legal waren oder therapeutisch erforderlich schienen.⁷⁶³ Auch in der Medienberichterstattung zum Thema schildern immer wieder Betroffene medizinische Gewalt im oben genannten Sinne.⁷⁶⁴

Ebenso wie diese Sichtweise von Betroffenen hier nicht vernachlässigt werden soll, kann die Unterscheidung zwischen einer Zwangsmaßnahme und einer »medizinisch-therapeutischer Behandlungsform« nicht allein von der fachlichen Sichtweise von Psychiaterinnen und Psychiatern abhängen. Zwang in psychiatrischen Kliniken und Heimen der Behindertenhilfe – und damit auch medizinische Gewalt – lässt sich laut Marietta Meier dann »sinnvoll analysieren [...], wenn man ihn auf Ordnungs- und Normalitätsvorstellungen bezieht, die den Einsatz dieser Maßnahmen motivieren können.«⁷⁶⁵ Dementsprechend ist die Motivlage therapeutischen (Kinder- und Jugendpsychiatrie)

758 Zur allgemeinen Definition des Gewaltbegriffs im Forschungsprojekt vgl. Kap. 1.3.1.

759 Vgl. u. a. FRINGS (2012); ders. (2013); KERSTING/SCHMUHL (2018).

760 Vgl. u. a. ENGELBRACHT/HAUSER (2013); SCHMUHL/WINKLER (2010); dies. (2011); WILKE u. a. (2018); WINKLER/SCHMUHL (2019); ROELCKE (2019).

761 Vgl. u. a. FEHLEMANN/SPARING (2017); HÄHNER-ROMBACH/HARTIG (2019); SPARING (2018).

762 Vgl. etwa KUMBIER/STEINBERG (2018); BARSCH (2013); HERRN/HOTTENROTT (2010); HANRATH (2002).

763 Vgl. KERSTING/SCHMUHL (2018), 81.

764 Vgl. z. B. Gernot KNÖDLER, *Medizinversuche an Heimkindern*. In: taz nord, 16.1.2018 (<https://taz.de/Dunkle-Geschichte-der-Jugendpsychiatrie/!5474562>, letzter Zugriff: 21.1.2021); Daniela SCHMIDT-LANGELS, *Das lange Leiden nach dem Kinderheim*. In: Der Spiegel, 2.2.2016 (<https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/medikamententests-in-deutschland-das-lange-leiden-nach-dem-kinderheim-a-1075196.html>, letzter Zugriff: 21.1.2021); *Gewalt im Erziehungsheim*. In: ZDF heute, 5.1.2021 (<https://www.zdf.de/nachrichten/heute-in-deutschland/gewalt-im-erziehungsheim-100.html>, letzter Zugriff: 21.1.2021); *Gehörlosen Kindern wurde die Gebärdensprache verboten*. In: Die Welt, 20.5.2019 (<https://www.welt.de/politik/deutschland/plus193666715/Missbrauch-in-der-Kinderpsychiatrie-Ich-wurde-gefuegig-gemacht.html>, letzter Zugriff: 21.1.2021).

765 MEIER (2005), 75 f.

sowie fürsorgerischen bzw. heilpädagogischen (Heime für Menschen mit Behinderungen) Handelns auch aus zeitgenössischen Vorstellungen »normaler« Heranwachsender, psychiatrisch-therapeutischer Standards, institutioneller Abläufe, konfessioneller Prägung und erzieherischer Standards abzuleiten. So können beispielsweise ein zeitgenössischer Fokus der Erziehungsvorstellungen auf Gehorsam und Ordnung, die Vermittlung eines religiös-sittlichen Wertgefühls sowie eine autoritär-paternalistische Haltung des medizinischen Personals eine rücksichtslose, die körperliche und seelische Integrität der betroffenen Minderjährigen missachtende Durchführung medizinischer Maßnahmen begünstigt haben.⁷⁶⁶

5.2 Medizinische Lehrmeinung und medizinische Gewalt

Innerhalb der diagnostischen Paradigmen der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie der Nachkriegszeit wurde ein Großteil psychischer Störungen bei Minderjährigen vor allem in den ersten beiden Nachkriegsjahrzehnten als »anlagebedingt« bzw. körperlich verursacht angesehen. Kriegserfahrungen und die Auswirkungen von Kriegsfolgen – wie etwa Flucht, zerrissene Familien, Gewalterfahrungen etc. – wurden zwar bis in die 1960er Jahre in der deutschen Psychiatrie als Faktoren für psychische Probleme auch bei Minderjährigen mitbedacht, tatsächliche psychische Erkrankungen allerdings als Folge einer unabhängig vom Erlebten bereits zuvor »schwachen« Konstitution gedeutet.⁷⁶⁷ Ebenso fanden Misshandlungen und Missbrauchserfahrungen innerhalb der Familie zwar Eingang in die Anamnese, wurden als kindliche Gewalterfahrungen oftmals jedoch nicht bei der Diagnosestellung berücksichtigt.⁷⁶⁸ In dieser tendenziellen Bevorzugung »biologistischer« und oft auf Erblichkeit fixierter Krankheitsmodelle in den 1950er und 1960er Jahren unterschieden sich die dominierenden Strömungen der sich entwickelnden Kinder- und Jugendpsychiatrie in der BRD wenig von der sich gleichzeitig etablierenden »Kinderneuropsychiatrie« in der DDR.⁷⁶⁹

766 Vgl. dazu auch Kap. 4.

767 FEHLEMANN/SPARING/VÖGELE (2017), 544–547. Typischerweise stellte auch Gottfried Ewald in seinem Lehrbuch von 1959 fest, es scheine ihm »in letzter Zeit allerdings etwas reichlich Wind um die »Nestwärme« der Kinder gemacht zu werden, was diesen bestimmt auch nicht nur gut bekommt. Es müssten sonst alle Kriegs- und Nachkriegskinder verkümmert oder verbogen sein«, EWALD (1959), 351. Mit der Annahme der konstitutionellen Bedingtheit psychischer Folgeerscheinungen von Kriegserfahrungen wurde nahtlos an die psychiatrische Lehrmeinung der Weimarer Republik angeschlossen. Vgl. FEHLEMANN/SPARING (2017), 93–105.

768 Vgl. KERSTING/SCHMUHL (2018), 92.

769 Dies gilt auch für den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie. Vgl. dazu BEYER (2018).

Im Laufe der 1960er Jahre wandelte sich diese Herangehensweise unter dem Einfluss internationaler Entwicklungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der BRD.⁷⁷⁰ Auch in der DDR hielt beispielsweise der dort führende Rostocker Kinderpsychiater Gerhard Göllnitz (1920–2003) in seinem Lehrbuch zur »Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters« 1970 fest, dass in den »vergangenen Jahrzehnten [...] allzu sehr der Akzent auf die erbliche Festlegung von Persönlichkeitsmerkmalen gelegt« worden sei. Inzwischen sei es für die Forschung »nahezu unmöglich [...] zu trennen, wieweit psychisch abnorme Eigentümlichkeiten [...] ererbt oder durch die frühen Umwelteinwirkungen, die Mutter-Kind-Beziehungen, die Kind-Eltern-Beziehungen geprägt wurden und damit letztlich doch als umweltbedingt anzusehen sind.«⁷⁷¹

Lehrbücher der Psychiatrie vor 1970, die auch seelische Probleme bei Minderjährigen ansprechen, empfehlen vor allem die Klinikeinweisung als das Mittel der Wahl bei Kindern und Jugendlichen mit seelischen Problemen. Auch erschien bei Minderjährigen mit Behinderung die Heimeinweisung, wenn keine familiäre Betreuung erfolgen konnte, als nahezu alternativlos.⁷⁷² Inwieweit die im Folgenden angeführten Werke selbst in den Kliniken und Heimen zur Kenntnis genommen wurden, ist aus heutiger Perspektive kaum noch nachzuvollziehen. Allerdings geben sie einen zeitgenössischen Kanon therapeutischer Sichtweisen wieder, der für das Verständnis der Rahmenbedingungen medizinischen Handelns und damit auch medizinischer Gewalt wichtig ist.

Als Basis dieser therapeutischen Sichtweisen kann zunächst die Position der prominenten Kinder- und Jugendpsychiater der westdeutschen Nachkriegszeit, Werner Villinger (1887–1961) und Hermann Stutte (1909–1982), gelten, die in den 1950er Jahren die »Sichtung, Siebung und Lenkung« des »Strandgutes von jugendlich Verwahrlosten und Dissozialen« durch den Arzt bzw. den Psychiater in »zentralen Aufnahmeeinrichtungen« forderten.⁷⁷³ Dementsprechend hieß es beispielsweise im 1959 publizierten »Lehrbuch für Neurologie und Psychiatrie« des Göttinger Universitätspsychiaters Gottfried Ewald (1888–1963):

»Abnorme Kinder, mit deren Eigenarten Eltern oder Kinder nicht fertig werden, müssen zum Nervenarzt gebracht werden, insbesondere ehe man laienhaft drauflos psychotherapeutisiert. [...] Wird ein organischer Defekt gefunden, so ist weitere Facherziehung in psychiatrischen Kinderabteilungen mit besonders geschultem Personal anzustreben und oft auf lange Zeit unentbehrlich, um das herauszuholen, was bei solcher Konstellation noch herauszuholen ist.«⁷⁷⁴

770 ROELCKE (2017), 462.

771 GÖLLNITZ (1970), 306f. Göllnitz' wissenschaftliche Arbeiten hatten sich in den 1950er und 1960er Jahren vor allem Fragen des frühkindlichen Hirnschadens gewidmet. Vgl. CASTELL u. a. (2003), 329–339.

772 Vgl. u. a. RUDLOFF (2010).

773 Zit. nach ROELCKE (2017), 450.

774 EWALD (1959), 354.

Der Göttinger Klinikdirektor Gerhard Kloos (1906–1988) schrieb in seinem Lehrbuch »Grundriß der Psychiatrie und Neurologie« diese therapeutische Haltung in der neunten Auflage von 1972 fort. Dort empfiehlt der Autor die Anstaltsunterbringung bei »cerebraler Kinderlähmung« sowie »angeborene[m] Schwachsinn«, wenn »Hilflosigkeit oder störendes Verhalten« vorliegen. Ähnliches gelte bei »früherworbenen Schwachsinn«, bei dieser Diagnose sei auch eine Therapie »aussichtslos«. Bei »Mongolismus« bestehe nach Kloos durch Anstaltsbehandlung »die Möglichkeit, gewisse Leistungen anzuerziehen«. ⁷⁷⁵ Jugendliche »Psychopathen« könnten unter »Schutzaufsicht« »auf den rechten Weg« zurückgebracht werden, »Schwachsinnige« in Pflegestellen und Heimen so weit gefördert werden, dass »sie auf ihrem bescheidenen Platz noch brauchbare Mitglieder der Gemeinschaft werden, wenn sie sich aus dieser nicht durch störende Charakterzüge ausschließen«. ⁷⁷⁶ Allerdings galt hier laut Kloos ebenfalls, dass »selbst die beste Erziehung [...] im Erbgut des Zöglings nicht nur ihre Grundlage, sondern auch ihre Grenze« finde: »Bei aller verdienten Achtung vor den Leistungen der Pädagogen teilen wir heute nicht mehr den naiven Glauben an die Allmacht der Erziehung, den die Vertreter der »Milieutheorie« noch hatten.« ⁷⁷⁷

Unter diesen Voraussetzungen konnte das Scheitern therapeutischer Bemühungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie tendenziell auf die minderjährigen Patientinnen und Patienten abgewälzt werden. Gleichzeitig implizierte gerade eine Diagnose wie die des »Schwachsinn« einen therapeutischen Nihilismus – für die Medizinerin oder den Mediziner gäbe es im eigentlichen Sinne hier nichts zu »heilen«. Vielmehr handelte es sich hier um einen »Container«-Begriff, der für den Großteil des Untersuchungszeitraums »in erster Linie [...] eine Schwäche der Willens- und der moralischen Urteilskraft« bezeichnete. Als Diagnose bildete der »Schwachsinn«, so Hans-Walter Schmuhl und Franz-Werner Kersting, das Ende einer »langen Kette von Beschreibungen, Bewertungen und kategorialen Zuordnungen«, die sozial abweichendes Verhalten – meist ohne Berücksichtigung des Milieus – pathologisierten. ⁷⁷⁸

Die Feststellung von Intelligenzminderungen, deren Testung auf gängiges Schulwissen rekurrierte, konnte dazu beitragen, dass bei prekärem familiärem Hintergrund soziale Faktoren die Diagnose »Schwachsinn« begünstigten, ebenso wie deren Ausgestaltung als moralisches Urteil auch vom Geschlecht der oder des Betroffenen abhing. Auch wenn Intelligenzprüfungen keine medizinische Gewalt im Sinne eines Eingriffs in die körperliche Unversehrtheit oder Bewegungsfreiheit darstellten, waren sie als diagnostisches Instrument entscheidend für die »Funktion der Kinder- und

775 KLOOS (1972), 367, 379, 371.

776 Ibid., 487.

777 Ibid., 488.

778 KERSTING/SCHMUHL (2018), 92.

Jugendpsychiatrie als Ratgeberin in einem Grenzbereich zwischen ›normal‹ und ›nicht normal‹.⁷⁷⁹

Diese »Verteilungsfunktion«⁷⁸⁰ war in den Einrichtungen allerdings schwer zu verwirklichen: Im Untersuchungszeitraum herrschte selbst nach diesen Kriterien ein Mangel an Plätzen in geeigneten Einrichtungen, so dass die Unterbringung und der Aufenthalt von Kindern und Jugendlichen sowohl in für sie nicht geeigneten Einrichtungen erfolgten als auch mangelnde Entlassungs- bzw. Verlegungsmöglichkeiten zu Überbelegungen und der Herausbildung von chronisch vernachlässigten Abteilungen führten. Überfüllung und Unterversorgung förderten dabei tendenziell medizinische Gewalt, da sie Gewalthandeln des medizinischen Personals durch Überforderung, Fixierungen und Sedierungen als Effekt einer aggressiven und unruhigen Stationsatmosphäre sowie die disziplinarische Anwendung therapeutischer Behandlungsformen begünstigen konnten.

Im Untersuchungszeitraum erschienene Lehrbücher zur Kinder- und Jugendpsychiatrie in der BRD und der DDR nahmen in diesem Kontext zur medizinischen Begründung von Fixierungen und Isolierungen kaum Stellung. Möglicherweise wurden diese Maßnahmen nicht als Thema eines medizinischen Lehrbuches verstanden. Erwähnungen dazu finden sich aber etwa bei dem Psychiater, Psychotherapeuten und Psychoanalytiker Gerhardt Nissen (1923–2014) in dessen einflussreichen »Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie« von 1974 – diese beziehen sich allerdings auf die elterliche Erziehung bzw. gesellschaftliche »Erziehungsvorstellungen und Erziehungsrealitäten«. Nissen hielt im Lehrbuch fest, dass körperliche Bestrafungen abzulehnen seien. Schlimmer als »isolierte Affektdurchbrüche«, also »gelegentliche körperliche Bestrafungen«, seien jedoch »bestimmte intellektuelle Strafzumessungen, bei denen nicht körperliche Gewaltakte, aber schmerzliche seelische Eingriffe vollzogen werden: tagelanger Stubenarrest, stundenlanges Stillsitzen, affektive Isolierung des Kindes.«⁷⁸¹ Damit sind jene Maßnahmen beschrieben, die in den untersuchten Klinik- und Heimkontexten eine prominente Rolle spielten; gleichzeitig werden diese von Nissen im Lehrbuch ausschließlich als negative Form elterlicher Erziehung kritisiert. Als »schmerzliche seelische Eingriffe« bergen diese »intellektuelle[n] Strafzumessungen« für Nissen die Gefahr, »schädliche Dauerfolgen« hervorzurufen.⁷⁸²

Das Überblickswerk »Das schwierige Kind« des Schweizer Kinderpsychiaters Walter Züblin (1919–1990) nahm 1967 dagegen explizit Bezug auf institutionelle Mängel, die sich insbesondere auf die Betreuung und Behandlung von Minderjährigen mit stärkeren kognitiven oder psychischen Einschränkungen beziehen:

779 ROTZOLL (2017), 521.

780 Ibid., 522.

781 NISSEN (1974a), 44.

782 Ibid.

»Die affektive Betreuung ist um so wichtiger, je stärker der Intelligenzdefekt ist. Selbst idiotische Kinder können sich ihres Lebens freuen und andern Freude bereiten, wenn sie affektiv genügend betreut werden. In Heimen, in denen sie zwar gekleidet und genährt werden, in denen sie aber von zu wenig Personal betreut werden, das überdies weder genügend ausgebildet noch genügend angeleitet ist, verwahrlosen und verblöden Schwachsinnige.«⁷⁸³

Die therapeutischen Methoden verlangten laut Züblin vom Therapeutinnen und Therapeuten bzw. Heilpädagoginnen und Heilpädagogen »eine innere Zuwendung zum Kind, eine Bereitschaft, auch im vermeintlich bösen Kind den Menschen zu sehen und auf eine moralische Verurteilung des Kindes seiner Symptome wegen zu verzichten«. ⁷⁸⁴

Damit wird benannt, dass fehlende Möglichkeiten der Zuwendung schon in den 1960er Jahren als mangelndes therapeutisches Engagement und damit geradezu als therapeutische Gewalt verstanden werden konnten – in dem Sinne, dass das Fehlen eines geeigneten institutionellen Rahmens zur Behandlung den Betroffenen einen Gutteil von Besserungsmöglichkeiten für ihren Zustand nahm. Tatsächlich umriss der Begriff des Hospitalismus bereits im Untersuchungszeitraum, dass sich die Entwicklungsmöglichkeiten Minderjähriger durch einen Anstalts- oder Heimaufenthalt auch deutlich verschlechtern konnten, wenn ihnen Zuwendung versagt wurde (siehe Kap. 4.4.3). Wenn dieser Aspekt in den genannten Lehrbüchern mit Bezug auf Institutionen Erwähnung findet, stehen allerdings Säuglings-, Kinder- und Fürsorgeheime im Vordergrund – Einrichtungen für Minderjährige mit geistigen Behinderungen oder kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen werden nicht genannt. ⁷⁸⁵

Dabei beziehen sich beispielsweise die im »Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie« von Gerhardt Nissen 1974 genannten Verbesserungsvorschläge zur Behebung institutionellen Hospitalismus überwiegend auf jene kritikwürdigen Verhältnisse, die in den Einrichtungsstudien beschrieben werden und die oftmals von Überbelegung, Personalmangel, fehlenden Besuchsmöglichkeiten und mangelnder Privatsphäre geprägt waren. ⁷⁸⁶ Diese Vorschläge enthielten u. a. die Verringerung des Betten- und die

783 ZÜBLIN (1971), 30 f.

784 Ibid., 153.

785 GÖLLNITZ (1970), 307 f.; NISSEN (1974b); ZÜBLIN (1971), 65 f. Vgl. dazu auch Kapitel 4.

786 Vgl. zu reglementierten Besuchszeiten, Personalmangel, fehlender Privatsphäre und Überbelegung in den einzelnen Einrichtungen die Einrichtungsstudien LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 336, 346 f., 353; LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 435, 438, 449; HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 399–404, 414 f.; HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), 677; LÖFFELBEIN: Rheinische Landesklinik Bonn, LE KJP (BRD), 595 f.; HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 719, 727–731, 733, 736; HOTTENROTT: Bezirksnervenklinik Uchtspringe, LE KJP (DDR), 800–803; LÖFFELBEIN: Bezirksnervenklinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD), 619 f.; BEYER: Assoziationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 371 f., 379 f.; BEYER: Pfälzische Nervenklinik Landeck, LE KJP (BRD), 652; MÜNCH: Kindersanatorium Wiesengrund Berlin, LE KJP (BRD), 571 f., 579; DREIER-HORNING: Waldhof Templin, ev. BH (DDR), 409, 504; KEY: St. Johannisstift

Verbesserung des Pflegeschlüssels, die Individualisierung von Besuchszeiten, die kindgerechte Ausgestaltung der Räumlichkeiten und die Möglichkeit, Lieblingsspielzeuge oder Stofftiere bei Klinikeinweisung als »ein Stück vertrauter Umgebung« mitzunehmen.⁷⁸⁷ In seinem Lehrbuch zur »Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters« betonte Göllnitz, dass »affektiv-unechte und inkonsequente Erziehungsmethoden« für Hospitalismus-Störungen ausschlaggebender sind als eine frühe Trennung von der Mutter. Diese solle tiefenpsychologisch nicht überbetont werden, da sie durch einen »hinreichenden Mutterersatz« ohne häufigen Wechsel der Person kompensiert werden könne – wobei sich Göllnitz auf die Betreuung in Heimen, Wochen- und Tageskrippen bezog.⁷⁸⁸

5.3 Rechtliche Rahmenbedingungen

Zwangsbehandlungen und Freiheitsentzug als medizinische Maßnahme bei Minderjährigen mit psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen waren im Untersuchungszeitraum juristisch nur ungenügend geregelt. Einschlägige Bestimmungen fanden sich dazu in den Unterbringungsgesetzen der einzelnen westdeutschen Bundesländer, die in Verbindung mit weiteren Rechtsvorschriften auch den »Behandlungszwang« in unterschiedlicher Weise definierten.⁷⁸⁹ Dies betraf allerdings nicht Minderjährige, die bis zu einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes 1960 allein auf Grundlage der Entscheidung ihres Vormundes in geschlossene Abteilungen eingewiesen werden konnten.⁷⁹⁰

Bei der Frage der zwangsweisen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Anstalten spielten die »Grenzen der elterlichen Gewalt« und ihre zeitgenössische rechtliche Einschätzung eine gewichtige Rolle. Wie eine juristische Studie zum Unterbringungsrecht in der BRD von Jürgen Baumann aus dem Jahr 1966 feststellte, liefen dieses Unterbringungsrecht und das Behandlungsrecht »nicht parallel«: Die Unterbringung in

Ershausen, kath. BH (DDR), 471; DREIER-HORNING: Hubertushöhe, LE KJP (DDR), 538, 541, 543, 558; LAUDIEN: Kloster Dobbertin, ev. BH (DDR), 518 f., 526.

787 NISSEN (1974b), 80.

788 GÖLLNITZ (1970), 307 f.

789 BRINK (2010), 392–294; vgl. dazu auch Kap. 3.1.

790 BRINK (2010), 399. Allein die Unterbringungsgesetze der Länder Bayern, Baden-Württemberg, Bremen, Hessen und Rheinland-Pfalz äußerten sich explizit zum »Umfang der Heilbehandlung« während der Unterbringung. Vgl. BAUMANN (1966), 435. Ein dort zitierter Runderlass des nordrhein-westfälischen Innenministers vom 22. September 1960 zum dortigen Unterbringungsgesetz hielt beispielsweise dazu ausdrücklich fest, dass dieses Gesetz weder die Frage regelt, ob behandelt werden darf, noch die Frage, welcher Art die Behandlung zu sein habe. Zu den rechtlichen Rahmenbedingungen siehe auch Kap. 3.

einer öffentlichen oder privaten Krankenanstalt schränke die »elterliche Gewalt« nicht ein, so der Autor, sondern diese wirke »in die Anstalt hinein und modifiziert sich lediglich nach den dort in der Anstalt vorliegenden Gegebenheiten«. Darüber hinaus gelte:

»Wenn schon die Freiheitsentziehung als solche lediglich auf Grund der Willensentscheidung der Eltern erfolgt, so können auch die in der Anstalt vorgenommenen Eingriffe in die körperliche Integrität keine andere Rechtsgrundlage haben, also nicht ohne die Einwilligung der Eltern erfolgen (Schluß a maiore ad minus).«⁷⁹¹

Das Einwilligungsrecht der Eltern galt nach dieser juristischen Argumentation (»Schluss vom Größeren auf das Kleinere«) bei Operationen ihrer Kinder; auch körperliche Untersuchungen waren nach zeitgenössischer Rechtsauffassung nur mit Einwilligung der Eltern zulässig. Dies galt auch bei angeordneter Fürsorgeerziehung oder Freiwilliger Erziehungshilfe. Ebenso wie ein »Behandlungsrecht des Arztes [...] im deutschen Rechtskreis zwar vielfach gefordert, aber niemals von der Rechtsprechung anerkannt worden« sei, könne die Berechtigung zu körperlichen Untersuchungen »nicht schon aufgrund irgendeiner Anstaltsgewalt vorgenommen werden«. Also stand es jeder Patientin und jedem Patienten im Grundsatz zu, eine Behandlung abzulehnen. Ebenso war keine Anstalt durch eigene Regelungen bzw. Satzungen berechtigt, medizinische Eingriffe oder Zwangsmaßnahmen vorzunehmen (»Anstaltsgewalt«), für die es keine ausreichende rechtliche Grundlage gab. Zulässig sei jedoch »jede medizinisch indizierte Behandlung der Krankheit, die den Unterbringungsgrund (für Eltern oder Vormund) abgibt«, was eine Behandlung von Minderjährigen mit psychischen Erkrankungen und/oder Suchterkrankungen gegen deren Willen zulässig mache. Allerdings sei bei »riskanten Behandlungsmethoden (Elektroschock usw.) [...] in jedem Fall die Einwilligung der Eltern« erforderlich.⁷⁹²

Bei der rechtlichen Kodifizierung des Verhältnisses der Ärztin oder des Arztes zur Patientin oder zum Patienten in der DDR war ein wesentlicher Unterschied, dass »indiziertes ärztliches Handeln« nicht Gegenstand des Strafrechts war, obwohl wie in der BRD keine »allgemeine Duldungspflicht« für ärztliche Eingriffe bestand. Insofern konnten ohne Einwilligung vorgenommene Eingriffe in der DDR allein disziplinarrechtliche Konsequenzen haben, d. h. zu Ahndungen im Rahmen des Arbeitsverhältnisses führen. Auch in der DDR war diese Einwilligung bei Minderjährigen durch die Eltern zu geben bzw. konnte unter bestimmten Voraussetzungen durch Gerichtsentscheid erfolgen.⁷⁹³ Die Durchführung eines medizinischen Eingriffs ohne Einwilligung wurde aber nicht wie in der BRD als Körperverletzung und damit als strafrechtlich relevante Handlung gewertet. Nach zeitgenössischer Darstellung ergab sich der rechtliche Zusammenhang

791 BAUMANN (1966), 168, 171.

792 Ibid., 172–174. Gegenwärtige Bestimmungen zur ärztlichen Zwangsbehandlung (BGB § 1906a) betrafen Minderjährige nicht, hier war die Einwilligung der Erziehungsberechtigten nach erfolgter Aufklärung maßgeblich (BGB § 630d, e).

793 LOHMANN (2019), 112, 115.

zwischen der nicht näher geregelten ärztlichen Aufklärungspflicht und der Einwilligung der Patientin oder des Patienten im »sozialistischen Gesundheitsschutz« nicht daraus, »daß erst durch Aufklärung und Zustimmung eine ansonsten grundsätzliche Rechtswidrigkeit des ärztlichen Handelns aufgehoben werden müßte«. Die Verletzung dieser Pflichten stellte dementsprechend die »Rechtmäßigkeit des ärztlichen Vorgehens nicht insgesamt in Frage«. ⁷⁹⁴

5.4 Invasive Diagnostik: Pneumenzephalographien, Lumbalpunktionen

Mehrere Studien haben in den 2010er Jahren von als gewaltvoll erlebten diagnostischen und therapeutischen Methoden in psychiatrischen Heimen und Einrichtungen der Behindertenfürsorge berichtet. ⁷⁹⁵ Als besonderes Beispiel wird dabei oft die Pneumenzephalographie (PnEG) hervorgehoben, die als Vorläufer der Computertomographie (CT) zur röntgendiagnostischen Durchleuchtung des Schädels bzw. des Gehirns bis in die 1970er Jahre in Gebrauch war. Hierbei wurde mit einer Lumbalpunktion Gehirn-Rückenmarks-Flüssigkeit (Liquor) entnommen. Diese Hirnwasserentnahme konnte auch als diagnostische Einzeluntersuchung angewandt werden. Bei der PnEG diente sie dazu, durch Auffüllung mit Luft und Umlagerung des Patienten oder der Patientin die Ventrikel des Gehirns mit einer Röntgenaufnahme sichtbar zu machen. ⁷⁹⁶ Als mit starken Beschwerden für die jeweiligen Betroffenen verbundene Untersuchungsmethode ist diese besonders dann als medizinische Gewalt zu bewerten, wenn sie ohne eine Indikation zur Abklärung infrage kommender Diagnosen ⁷⁹⁷ und/oder ohne vorhandene bzw. ausreichende Begründung mehrmals durchgeführt worden ist. Die Fachmeinungen über mögliche Indikationen gingen dabei auch im Untersuchungszeitraum auseinander. ⁷⁹⁸ Im Wesentlichen waren aber bei zeitgenössischen Autoren »raumfordernde Prozesse des Gehirns« wie Hirntumore, die Diagnose eines Hydrozephalus, »angeborene Mißbildungen und Entwicklungsstörungen des Gehirns« sowie Narben und »andere lokalisierte Läsionen« als Indikationen für die PnEG anerkannt. Bei der Epilepsie differierte die Sichtweise bereits: Sie wurde häufig als Indikation genannt, ohne genauer zu definieren, warum dies geschah. ⁷⁹⁹

794 BECKER (1973), 65.

795 Vgl. u. a. KERSTING/SCHMUHL (2018), 78–90; ENGELBRACHT/HAUSER (2013), 197, 200 f.; FEHLEMANN/SPARING (2017), 152–154; HÄHNER-ROMBACH/HARTIG (2019), 107.

796 Vgl. dazu ROELCKE (2019), 2.

797 Vgl. dazu *ibid.*, 2–4.

798 SCHEPKER/CASTELL (2019), 559.

799 BÖKER/REMSCHMIDT/STRUNK (1973), 93. Zur Indikation Epilepsie stellen die Autoren fest, der Grund für die uneinheitliche Handhabung sei »vielleicht darin zu suchen [...], daß viele Autoren von der Pneu-

Abschließende Aussagen über die Art und Umfang der Anwendung dieser Methode in der BRD und der DDR können an dieser Stelle nicht getroffen werden. Allerdings legen die vorliegenden Studien ebenso wie die hier betrachteten Einrichtungsanalysen nahe, dass – abhängig von der Klientel und der »Philosophie« bzw. der ärztlichen Haltung der Leitung einer Einrichtung – Begründung und Durchführungshäufigkeit der PnEG deutlich variieren konnten. Eine wesentliche Voraussetzung für die Neigung von Ärztinnen und Ärzten in psychiatrischen Anstalten, diese komplikationsbehaftete Methode durchzuführen, war jedoch die erwähnte, bis in die 1960er Jahre vorherrschende grundsätzliche Annahme von »hirnorganischen« bzw. »cerebalorganischen« Ursachen für Schwererziehbarkeit und Verhaltensauffälligkeiten bei »schwierigen« Kindern.⁸⁰⁰

So lässt sich mit Blick auf die durchgeführten Einrichtungsstudien insgesamt festhalten, dass in kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen und Kliniken eine vergleichsweise häufige Durchführung der PnEG feststellbar ist, die im Zusammenhang mit der klinisch-diagnostischen Tätigkeit dieser Einrichtungen zu sehen ist. In den Samples der kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen in der BRD und der DDR ist eine größere Durchführungsanzahl dieser Untersuchung zu finden, als es in den Einrichtungen der Behindertenhilfe der Fall ist. Bei Letzteren ist die PnEG – soweit feststellbar – extern bzw. im Rahmen der Diagnostik im Vorfeld der Heimaufnahme vorgenommen worden.⁸⁰¹

In der Kinderbeobachtungsabteilung Kaufbeuren ließ sich für die 1950er Jahre eine Quote von 14 Prozent an durchgeführten PnEG feststellen, in der Klinik in Bonn insgesamt sogar eine von etwa 40 Prozent. Die Auswertung der Akten von minderjährigen Patientinnen und Patienten der Pfälzischen Nervenlinik Landeck ergab dagegen nur einen Anteil von 12 Prozent an durchgeführten PnEGs, was möglicherweise mit den Laufzeitbeschränkungen bei der Aktenauswahl (bis 1958) zusammenhängt.⁸⁰² Im Kindersanatorium Wiesengrund in Berlin soll nach der Erinnerung eines ehemaligen Leiters der Klinik in den 1950er Jahren bei 75 Prozent der Patientinnen und Patienten eine PnEG durchgeführt worden sein. Danach sei diese Zahl – vermutlich auch durch eine neue, psychodynamisch orientierte ärztliche Leitung ab 1963 – deutlich zurückgegangen.⁸⁰³ Auch für die Universitätspsychiatrie der Charité lassen sich in

menzephalographie bei den ätiologisch unklaren Formen der Epilepsie ein morphologisches Substrat zu finden hoffen« (ibid.).

800 ROELCKE (2019), 6; HÄHNER-ROMBACH/HARTIG (2018), 105. Siehe auch LÖFFELBEIN: Bezirksnervenklinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD), 624 f.

801 HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 411; LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 341.

802 LÖFFELBEIN: Bezirksnervenklinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD), 625; LÖFFELBEIN: Rheinische Landes-klinik Bonn, LE KJP (BRD), 603; BEYER: Pfälzische Nervenlinik Landeck, LE KJP (BRD), 661.

803 MÜNCH: Kindersanatorium Wiesengrund Berlin, LE KJP (BRD), 572, 585.

rund 51 Prozent der untersuchten Fallakten PnEGs feststellen, im Fachkrankenhaus Herzberge beläuft sich der Anteil auf 39 Prozent.⁸⁰⁴ Bei der Kinderabteilung der Universitätspsychiatrie Halle/Saale hingegen ist diese Untersuchungsart mit fünf Prozent nur sehr selten angewendet worden, was möglicherweise mit dem späteren Beginn des Untersuchungszeitraums (ab 1968) und der psychotherapeutischen Ausrichtung des Hauses erklärt werden kann.⁸⁰⁵

Lumbalpunktionen und PnEG stellten nach der im Untersuchungszeitraum getätigten Rechtsprechung für die BRD einen »nicht ungefährlichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit« dar, der nicht ohne Zustimmung des Betroffenen zuzumuten sei.⁸⁰⁶ Auch in der DDR waren solche Eingriffe einwilligungspflichtig, auch wenn hier galt, dass bei fehlender Einwilligung gegebenenfalls nur disziplinarrechtliche und nicht wie in der BRD strafrechtliche Konsequenzen befürchtet werden mussten.⁸⁰⁷

Gemeinsam ist den Kliniken in Ost und West, dass bei der Durchführung dieses diagnostischen Eingriffs auf die Einholung von Einwilligungen durch die Zustimmungsberechtigten geachtet wurde, auch wenn diese unterschiedliche formale Kriterien erfüllten (siehe Kap. 6.1.3). Bei Ablehnung der Untersuchung durch die Sorgeberechtigten wurde diese nach den von uns ausgewerteten Unterlagen nicht durchgeführt.⁸⁰⁸ Gelegentlich wurde von der Untersuchung auch explizit abgesehen, wenn sie für die weitere diagnostische Abklärung als nicht unbedingt notwendig oder angesichts der Nebenwirkungen als nicht vertretbar betrachtet wurde – dies ließ sich in Einzelfällen in den Samples der Einrichtungsstudien zur Charité sowie zu den Kliniken Kaufbeuren und Halle/Saale feststellen.⁸⁰⁹ Das zeugt davon, dass Aufwand und Invasivität der Untersuchung den Ärztinnen und Ärzten bewusst gewesen sind und hier eine besondere rechtliche Absicherung gesucht wurde. Dagegen wird in manchen der genannten Lehrbücher angegeben, die PnEG werde von Kindern

804 HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), 686; HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 740.

805 BEYER: Universitätsnervenklinik Halle/S., LE UKJP (DDR), 787.

806 BSG, 10 RV 335/55 = BSGE 4, 116 (Urteil vom 13.11.1956); BSG, 11. Senat, 11 RV 1520/60 (Urteil vom 15.6.1961). Auch die Zweite Verordnung zur »Durchführung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten« vom 5. Juli 1955 (BGBl. I., 402) gestattete die Liquorentnahme nur mit Einwilligung; <https://opiniojuris.de/entscheidung/1335> (letzter Zugriff: 23.2.2021).

807 Der Rechtswissenschaftler Ulrich Lohmann sieht dadurch die DDR-spezifische Problematik, dass »die Schwelle zur Mißachtung des Patientenwillens niedriger gelegt ist« und die »Untersuchung und Sanktionierung innerhalb derselben Institution verbleibt, sodaß falsch verstandener kollegialer Solidarität Tür und Tor geöffnet sind«; vgl. LOHMANN (2019), 121.

808 LÖFFELBEIN: Bezirksnervenklinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD), 624 f.; HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 724; BEYER: Pfälzische Nervenklinik Landeck, LE KJP (BRD), 661; LÖFFELBEIN: Rheinische Landesklinik Bonn, LE KJP (BRD), 603.

809 LÖFFELBEIN: Bezirksnervenklinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD), 625; HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), 687 f.; BEYER: Universitätsnervenklinik Halle/S., LE UKJP (DDR), 787.

»meist ausgezeichnet« vertragen⁸¹⁰ bzw. stelle einen »ungefährlichen diagnostischen Eingriff«⁸¹¹ mit einem »Minimum an Beschwerden«⁸¹² dar.

Jüngere zeithistorische Studien beschreiben entgegen solcher Aussagen die Furcht der Betroffenen vor der Untersuchungsmethode und die massiven Nebenwirkungen, zu denen Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen und Fieber zählten.⁸¹³ Eine Person aus der Klinik Herzberge in Berlin-Lichtenberg schildert dazu die Betroffenenperspektive:

»Ich persönlich habe die unter den Kindern sehr gefürchtete Untersuchung per »Enze« als körperliche Gewalt erfahren. Ich wurde festgehalten, wenn nicht sogar fixiert und mir ist in den Rücken gestochen worden. Diese Situation habe ich als äußerst schmerzhaft und sogar als Bedrohung meines Lebens empfunden. Eine eventuelle Betäubung – sofern überhaupt erfolgt – hatte kaum Wirkung, da ich davon sehr viel bewusst wahrgenommen habe. Über den Sinn oder Ablauf dieser Untersuchung wurde ich nie informiert.«⁸¹⁴

Eine weitere Auskunft aus dem Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal verdeutlicht das Gefühl des Ausgeliefertseins und den Umstand, dass durch mangelnde Aufklärung vor der schmerzhaften Untersuchung das unangenehme Ereignis offensichtlich noch verstärkt erlebt wurde bzw. noch fester im Gedächtnis haften geblieben ist:

»Wenn morgens außer zum Waschen jemand ins Zimmer kommt und sagt, dass eine von uns mitkommen soll, wird es ganz still. Niemand sagt ein Wort, bis diejenige das Zimmer verlassen hat. Keiner weiß, was passiert. Vielleicht ist es nur Wiegen. Vielleicht eine LP [Lumbalpunktion; Anm. C. B.]. Da wird man von zwei kräftigen Männern, die sonst gar nicht auf der Station sind, in eine Art Schwitzkasten genommen und muss sich nach vorn beugen. Dann muss man ganz still halten, während ein weiterer eine dicke lange Nadel unten in die Wirbelsäule sticht. Sie sagen, wenn man wegzuckt, ist man gelähmt und kann nie wieder laufen. Ich halte still und wache wieder auf, als die beiden starken Männer mich zurück ins Bett legen, und höre, wie sie zu der Schwester sagen, »sie haben genug herausgezogen und ich muss jetzt ganz still auf dem Bauch liegenbleiben«. Wieder werden die Gurte festgezogen. Bis zum Abend darf ich mich nicht bewegen. Die Kopfschmerzen sind furchtbar.«⁸¹⁵

810 EWALD (1959), 353. So auch die Angabe beim Kinder- und Jugendpsychiater Werner Villingen bereits 1942; vgl. SCHEPKER/CASTELL (2019), 559.

811 KLOOS (1972), 482. Dort werden allerdings an anderer Stelle die Nebenwirkungen Kopfschmerzen, Brechreiz/Erbrechen, Schweißausbruch und »Erkältungsgefahr« genannt (ibid., 96).

812 GÖLLNITZ (1970), 45. Der DDR-Kinderpsychiater empfahl allerdings für die Durchführung bei Säuglingen und Kleinkindern eine Narkose und die »Dämpfung« der Kinder für 1–2 Tage vor und nach der Untersuchung, »damit sie mehr in Horizontallage und Betruhe gehalten werden können. Dadurch lassen sich vegetative Störungen und subjektive Beschwerden weitestgehend ausschalten.« Ibid., 47.

813 FEHLEMANN/SPARING (2017), 152 f.; HÄHNER-ROMBACH/HARTIG (2019), 107.

814 Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal, Antwort ID 50246059/Herzberge, Archiv des DIH.

815 Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal, Antwort ID 62339117/Agricola Krankenhaus, Archiv des DIH.

Auch in den im Rahmen der Einrichtungsstudien gesichteten Einzelfallakten finden sich Schilderungen von Nebenwirkungen, die von Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Kopfschmerzen, Fieber und Appetitlosigkeit bis hin zu starker Sedierung im Umfeld und nach der Untersuchung reichten.⁸¹⁶ In der Kinder- und Jugendpsychiatrie Bonn schilderten sich die Patientinnen und Patienten auch gegenseitig die schmerzhafteste Prozedur, so dass manche Minderjährige im Vorfeld der Untersuchung aus der Einrichtung fliehen wollten.⁸¹⁷

Als zeitgenössisches diagnostisches Instrument war die PnEG eine schmerzhafteste und belastende Untersuchung, die starke Nebenwirkungen haben konnte. Dadurch war es Sache der Nutzen-Risiko-Abwägung durch die Ärztinnen und Ärzte, ob sie die Untersuchung für notwendig und vertretbar hielten. Einer Durchführung mussten die Einwilligungsberechtigten zustimmen (s. o.). Ob, wie und in welchem Umfang hier vor der Einwilligung allerdings eine Aufklärung in den einzelnen untersuchten Einrichtungen erfolgt ist, kann leider nicht mehr nachvollzogen werden. Nach zeitgenössischen Standards nicht indizierte oder allein aufgrund eines besonderen Forschungsinteresses der Ärztin oder des Arztes durchgeführte PnEG können klar als medizinische Gewalt beurteilt werden, wie Studien aus Hessen und Niedersachsen gezeigt haben.⁸¹⁸ Dazu verdeutlichen die vorangegangenen Betroffenschilderungen ebenso den individuellen Aspekt von Leid und Unrecht im Kontext dieser Untersuchung: In der Kombination aus angstbehaftetem Anstaltsaufenthalt und mangelhafter bzw. ausbleibender Information über den diagnostischen Eingriff konnte auch eine möglicherweise medizinisch berechtigte Durchführung als individuelles Leid erfahren werden, an das sich die Betroffenen heute noch in traumatischer Weise erinnern.

5.5 Invasive Therapien: Elektrokrampftherapie, Insulinschock, Cardiazolschock

Elektrokrampftherapie (EKT), Insulin- und Cardiazolschocks spielten in den untersuchten Einrichtungen nicht überall eine Rolle. Hier dominierten die psychiatrischen Kliniken. Bei fünf von 17 Einrichtungsstudien ließ sich eine Anwendung dieser invasiven

816 BEYER: Pfälzische Nervenlinik Landeck, LE KJP (BRD), 662; LÖFFELBEIN: Rheinische Landeslinik Bonn, LE KJP (BRD), 603; HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 739; LÖFFELBEIN: Bezirksnervenlinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD), 625.

817 LÖFFELBEIN: Rheinische Landeslinik Bonn, LE KJP (BRD), 694. Auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung des Landeskrankenhauses Wunstorf ist ein Fluchtversuch wegen einer geplanten PnEG belegt. Vgl. HÄHNER-ROMBACH/HARTIG (2019), 107.

818 ROELCKE (2019); HÄHNER-ROMBACH/HARTIG (2019), 103–112.

Therapieformen nachweisen. Einzelne Akteneinträge zu Patientinnen und Patienten in der Charité Berlin verweisen auf die Angst vor und die leidvolle Erfahrung mit diesen Therapien.⁸¹⁹

Mit dem »Elektroschock-Urteil« des Bundesgerichtshofes von 1954 wurde dabei für die BRD unterstrichen, dass Aufklärung und Einwilligung bei der EKT erforderlich sind. In der Begründung zur abgelehnten Revision des Urteils wurde zusätzlich betont, dass auch »aus der Tatsache, dass der Kläger zu den psychisch Kranken gehörte«, Ärztinnen und Ärzte nicht ableiten könnten, »dass sie zu erheblichen Eingriffen in seine körperliche Integrität ohne jede Mitteilung berechtigt seien.«⁸²⁰ Insofern waren auch hier die Information und Einwilligung der Eltern bzw. Vormünder erforderlich.

Aus heutiger Sicht erscheinen gelegentlich die Indikationen für die Schocktherapien fragwürdig. So schien die Anwendung der Insulin-Koma-Therapie bei einem minderjährigen Patienten in der Berliner Charité in den 1950er Jahren mit der Diagnose »Retardierung mit abnormen Reaktionen« medizinisch nicht indiziert zu sein,⁸²¹ und in anderen Fällen wird deutlich, dass beispielsweise die EKT als Beruhigungs- und Bestrafungsmittel bei »unruhigem« oder »unmöglichem Benehmen« – im Einzelfall als Ergänzung oder Alternative zu Psychopharmaka – eingesetzt wurde.⁸²² Insgesamt entsteht der Eindruck, dass die Schocktherapien vorrangig am Übergang zur Einführung der Psychopharmaka in den 1950er Jahren bei Minderjährigen angewendet wurden, wenn Medikamente nicht den erwünschten Erfolg – also die Besserung der Symptomatik oder die Behebung von »unruhigem« bzw. unerwünschtem Verhalten – brachten oder diese nicht zur Verfügung standen.

5.6 Fixierungen und Isolierungen

Fixierungen können in der psychiatrischen Behandlung insofern therapeutisch begründet sein, als dass sie selbstgefährdendes oder fremdgefährdendes Verhalten verhindern sollen. Diese Form der Freiheitsberaubung aus medizinischen Gründen ist stets ein

819 Vgl. HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR) 692, 696; BEYER: Pfälzische Nervenlinik Landeck, LE KJP (BRD); LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD); HOTTENROTT: Bezirksnervenlinik Uchtsprunge, LE KJP (DDR); LÖFFELBEIN: Bezirksnervenlinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD). Warum in den anderen Einrichtungen diese Schocktherapien nicht zu finden waren, ist nicht klar und kann ganz unterschiedliche Gründe haben.

820 BGH, 10.7.1954, VI ZR 45/54, 14 f., Hervorhebung im Original.

821 HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), 690. Zeitgenössische Indikationen für eine Insulin-Koma-Therapie waren die Diagnosen »Schizophrenie« und »Depression«; vgl. *ibid.*, 689.

822 BEYER: Pfälzische Nervenlinik Landeck, LE KJP (BRD), 663; LÖFFELBEIN: Bezirksnervenlinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD), 627, 634.

besonders umstrittenes Thema innerhalb und außerhalb des Fachgebietes der Psychiatrie gewesen, und diese Debatten halten mit einiger Berechtigung bis in die Gegenwart an.⁸²³ Es kann an dieser Stelle nicht diskutiert werden, inwiefern freiheitsentziehende Maßnahmen in der Psychiatrie eine grundsätzliche Berechtigung haben können.

In den Einrichtungsstudien erscheint die Grenze zwischen einer medizinisch indizierten Fixierung, in deren Verlauf die Patientin oder der Patient bzw. die Bewohnerin oder der Bewohner »etwa vor einer drohenden Selbstverletzung geschützt werden sollte, und einer disziplinierenden Maßnahme, bei welcher der strafende Charakter im Vordergrund stand, fließend«.⁸²⁴ Auch vorangegangene Studien zum Thema haben bereits darauf hingewiesen, dass, was »aus ärztlicher Sicht als Mittel zur Ruhigstellung [...] ein Element des therapeutischen Prozesses darstellte, [...] von den Bewohnerinnen und Bewohnern zumeist als Strafe für widerspenstiges und widerständiges Verhalten empfunden wurde«.⁸²⁵ Andere Untersuchungen benennen die Fixierung von »unruhigen« Bewohnerinnen und Bewohnern als zur »Normalität« einer Einrichtung gehörend.⁸²⁶ Eine Studie zu den Verhältnissen in der rheinländischen Psychiatrie bezeichnet Maßnahmen wie »feuchte Ganzpackungen« und »Dauerbäder« als zur »Therapie verklärte Zwangsmittel zur Ruhigstellung« von aggressiven Patientinnen und Patienten. Diese sollten zum Ende der 1950er Jahre nur noch mit Genehmigung des jeweiligen Anstaltsdirektors verabreicht werden. Auch sollten Patientinnen und Patienten allein mit Genehmigung des Abteilungsarztes in »Dauerbäder« gesteckt werden.⁸²⁷

Zeitgenössische offizielle Darstellungen von kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen behandeln die Praxis der Zwangsmaßnahmen indirekt, wenn sie wie etwa die Jahresberichte der Anstalt Kaufbeuren darauf verwiesen, dass käfigartige »Netzbetten« (1960) und Fenstervergitterungen (1954/55) abgeschafft worden seien.⁸²⁸ Im Haus Hall trugen zu einer solchen Verbesserung der therapeutischen Atmosphäre vermutlich auch die Einstellung einer Psychologin sowie ein dezidiert psychologischer und pädagogischer Schwerpunkt der Einrichtung ab der zweiten Hälfte der 1960er Jahre bei – doch zeigt sich dort ebenso, dass Prügelstrafen und Zwangsmaßnahmen bis in die 1970er Jahre »an der Tagesordnung« waren und im Einzelfall sogar vom psychologischen Personal ausdrücklich gutgeheißen wurden.⁸²⁹

823 Zuletzt etwa durch die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 19.7.2017 zur medizinischen Zwangsbehandlung (http://www.bverfg.de/e/rs20170719_2bvr200314.html, letzter Zugriff: 21.1.2021) sowie vom 24.6.2018 zum Richtervorbehalt bei Fixierungen von Patientinnen und Patienten (http://www.bverfg.de/e/rs20180724_2bvr030915.html, letzter Zugriff 21.1.2021).

824 So z. B. LÖFFELBEIN: Bezirksnervenklinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD), 629.

825 KERSTING/SCHMUHL (2018), 81.

826 ENGELBRACHT/HAUSER (2017), 196.

827 SPARING (2018), 243f., 262.

828 LÖFFELBEIN: Bezirksnervenklinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD), 620, 628.

829 LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 356 f.

Ebenfalls können durchaus einrichtungseigene Regelwerke existiert haben, die – wie im genannten Fall der Rheinischen Landesklinik für Jugendpsychiatrie Bonn – einerseits eine Bestrafung der Patientinnen und Patienten durch das Pflegepersonal untersagten, andererseits »Maßregelungen« wie »mehrtägige Bettstrafe« der Entscheidungskompetenz der Ärztin oder des Arztes zurechneten.⁸³⁰ Auch in der Einrichtung Vorwerk Lübeck sollten Körperstrafen, Freiheitsbeschränkungen etc. laut Dienstanweisung von 1954 allein vom »Hausvater« verhängt werden dürfen.⁸³¹ Ebenso definierte die »Strafordnung« der Assoziationsanstalt Schönbrunn offiziell Isolation und Züchtigung als vom »Anstaltsdirektor im Einvernehmen mit dem Anstaltsarzt« zu verhängende Maßnahme.⁸³² Während die Einrichtungsstudien wenig Anhaltspunkte geben, inwieweit diese offiziellen Regelungen eingehalten wurden, verdeutlichen die Regelwerke andererseits doch, dass Strafen als gravierende Maßnahmen dem Prinzip nach allein in der Leitungsverantwortung einer Einrichtung lagen. Solche Ordnungen können auch als Hinweis darauf interpretiert werden, dass Strafmaßnahmen eine besondere Aufmerksamkeit und Kontrolle durch die Einrichtungsleitungen erforderten und als solche den Charakter medizinischer Verordnungen annahmen (siehe Kap. 4.2.2).

Die Häufigkeit solcher Maßnahmen konstituierte sich auch aus den personellen und strukturellen Rahmenbedingungen, die Fixierungen und Isolierungen begünstigen konnten. Personalmangel sowie Überfüllung von mangelhaft ausgestatteten Stationen und Abteilungen konnten permanente und/oder situative Überforderungssituationen zur Folge haben. Ebenso konnten aus diesen Rahmenbedingungen dauernde Stresssituationen für minderjährige Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohner resultieren, die überhaupt erst zu herausforderndem Verhalten führten. Dieses Verhalten traf wiederum auf mangelnde Kapazitäten und Möglichkeiten, ihm adäquat (d.h. ohne mechanische Beschränkungen oder räumliche Isolierungen) zu begegnen. Insofern ist hier für den Untersuchungszeitraum von einer fatalen Gemengelage auszugehen, die sich aus einer gesundheitspolitischen Ignoranz gegenüber der mangelhaften Versorgungssituation sowie fehlender Kontrolle in den Einrichtungen, zeitgenössischen Erziehungsvorstellungen und einer unter Umständen ablehnenden Haltung des pflegerischen und therapeutischen Personals gegenüber den ihnen anvertrauten Kindern und Jugendlichen zusammensetzte.

Dies bildet sich überwiegend auch in den Einrichtungsstudien ab: Anhand deren Auswertung muss davon ausgegangen werden, dass Fixierungen in allen untersuchten Einrichtungen angewandt wurden. Während die Analyse der Einzelfallakten hierzu keine quantitativen Aussagen erlaubt, so wird doch anhand der Dokumentation in diesen Akten in qualitativer Hinsicht deutlich, wie in bestimmten Einrichtungen zu

830 FEHLEMANN/SPARING (2017), 132.

831 LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 455.

832 BEYER: Assoziationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 385.

einem bestimmten Zeitpunkt solche Maßnahmen schriftlich festgehalten und begründet wurden. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen in Kliniken und Heimen haben nach den Erkenntnissen der Einrichtungsstudien vorrangig Jungen und Mädchen betroffen, die ein großes Maß an motorischer Unruhe, unerwünschtem Verhalten und renitentem Benehmen zeigten und damit eigentlich einer erhöhten pflegerischen, fürsorgerischen und/oder therapeutischen Zuwendung bedurft hätten. Wenn diese aufgrund mangelhafter personeller und/oder räumlicher Ressourcen nicht möglich war, sie aufgrund einer spezifischen Priorisierung der Ressourcen nicht geboten werden sollte bzw. aufgrund der vorliegenden therapeutischen und pädagogischen Haltung nicht für erforderlich gehalten wurde, dann lagen die mechanische oder medikamentöse »Ruhigstellung« bzw. »Sicherung« nahe. Das wird insbesondere deutlich und bedeutsam, wenn bei sogenannten erethischen, d. h. besonders unruhigen Kindern aus der Dokumentation ersichtlich wird, dass intensive individuelle Zuwendung ihr Verhalten eindeutig positiv beeinflusste.⁸³³ Meist erhielten solche Kinder, den Einrichtungsstudien nach zu urteilen, statt Zuwendung sedierende Medikamente in hohen Dosierungen oder wurden – wie in Kaufbeuren – mit kalten Wickeln oder »Beruhigungsbädern« ruhiggestellt.⁸³⁴ Die Bonner Klinik konstatierte 1968 ebenfalls, dass auf »mechanische Ruhigstellung« trotz Medikamenten bei »erethischen« Kinder nicht verzichtet werden könne.⁸³⁵

Art und Häufigkeit der Dokumentation von Fixierungen lassen somit durchaus Rückschlüsse darauf zu, wie mit einer bestimmten Klientel unter den Versorgungsbedingungen eines Hauses umgegangen und freiheitsentziehende Maßnahmen begründet wurden. Die Einrichtungsstudien zu den Kinder- und Jugendpsychiatrien in Kaufbeuren und Bonn belegen dabei eine breite Anwendung von Fixierungen, die häufig mit der »Unruhe« und »Erregung« von Patientinnen und Patienten begründet wurde,⁸³⁶ ohne dass explizit nachvollzogen werden könnte, ob diese nun Symptom einer Erkrankung oder Behinderung gewesen ist oder das Ergebnis der Verhältnisse auf der jeweiligen Abteilung selbst. Ebenfalls denkbar ist ein Zusammenwirken dieser beiden Faktoren. Diese Unschärfe drückt sich auch in der zwangsweisen Verordnung von »Bettruhe« aus, die sich über längere Zeiträume erstrecken konnte und meist mit Fixierungen und Sedierungen verbunden war.⁸³⁷ Der euphemistische Begriff »Bettruhe« hebt in den hier behandelten institutionellen Kontexten der Dokumentation exemplarisch die

833 Vgl. BEYER: Pfälzische Nervenlinik Landeck, LE KJP (BRD), 660.

834 LÖFFELBEIN: Bezirksnervenklinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD), 627. Zur Medikation vgl. Kapitel 6.

835 LÖFFELBEIN: Rheinische Landeslinik Bonn, LE KJP (BRD), 610.

836 LÖFFELBEIN: Bezirksnervenklinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD), 629 f.; LÖFFELBEIN: Rheinische Landeslinik Bonn, LE KJP (BRD), 609.

837 Ibid.; LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 458; HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), 706.

Grauzonen zwischen medizinischen und disziplinarischen »Ruhigstellungen« besonders hervor, da der therapeutisch klingende Ausdruck geeignet ist, den Disziplinarcharakter der Maßnahme zu verdecken.

Als mechanische Mittel für Fixierungen werden in den Einrichtungsstudien »Käfigbetten« (Bonn), »Lederriemen« (Lübeck), »Schutzjacken« (Lübeck, Ursberg, Bonn), »Schutzmuff«, »Lederhandschuhe«, »Bettgurte« (Ursberg), »nasse Packungen« (Lübeck), »Gurtbänder« und »Handfesseln« (Herzberge) sowie »Zwangsjacken« (Hall) genannt. Der Charakter von Fixierungen als Strafe wird in den Einrichtungsstudien auch durch die Schilderungen der damals Betroffenen deutlich: »Wenn sie gemerkt haben, dass bei mir irgendwas brodelte, dann haben sie mich ans Bett gefesselt, Punkt, das war's.«⁸³⁸ Ein ehemaliger Mitarbeiter der Landesheilanstalt bzw. des Rheinischen Landeskrankenhauses Bedburg-Hau schildert dies aus seiner Perspektive im Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal folgendermaßen:

»Die Mitarbeitenden agierten mit Machtausübung, mit Bestrafung, Instrumentalisierung der Kinder für die Befriedigung eigener Bedürfnisse, agierten durch bewusstes Nichtreagieren in Situationen, die einer Reaktion bedürfen, durch Nahrungs- und Getränkeentzug, körperlichen Zwang und Verletzungen, Einschließen und/oder Festbinden, durch Erzwingen von Medikamenten- bzw. Nahrungseinnahme, durch Missachtung der Intimsphäre, sie strafte durch soziale Isolation, Ignorieren und Liebesentzug, Diskriminierung, verbale Verletzungen und Beleidigungen, Einschüchterung und Drohungen und emotionale Erpressung. Die meisten der Kinder verhielten sich überaus ängstlich, unsicher, die Vorgaben bejahend, andere, die sich weniger »angepasst« verhielten, wurden in ihrem Verhalten negativ sanktioniert, bis auch sie einlenkten.«⁸³⁹

Manches Mal lässt sich der Zusammenhang zwischen unerwünschtem Verhalten und Fixierung als Strafmaßnahme auch direkt aus der Dokumentation in den Einzelfallakten herleiten, wenn beispielsweise allein »dranghafte Unruhe« und die Verringerung des Betreuungsaufwands als Gründe für die Bewegungsbeschränkungen genannt werden, diese aufgrund von Fluchtversuchen verordnet wurden, bei »ungezogenem« Verhalten⁸⁴⁰ oder – ein extremes Beispiel aus dem Heim Vorwerk in Lübeck – weil Betroffene nach der Züchtigung durch das Pflegepersonal zu laut geschrien hatten.⁸⁴¹

Ungewöhnlich sind die »erstaunliche Offenheit« und der »nüchterne Tonfall«, mit der Fixierungen ebenso wie andere »Strafmaßnahmen« wie körperliche Übergriffe – trotz des Verbots in der Dienstanweisung – gegen Bewohnerinnen und Bewohner in

838 BEYER: Universitätsnervenklinik Halle/S., LE UKJP (DDR), 785.

839 Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal, Antwort ID 55779547/Bedburg-Hau, Archiv des DIH.

840 LÖFFELBEIN: Bezirksnervenklinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD), 629 f.; LÖFFELBEIN: Rheinische Landeskrankenklinik Bonn, LE KJP (BRD), 610; LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 457; HOTTENROTT: Bezirksnervenklinik Uchtspringe, LE KJP (DDR), 829.

841 LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 456.

den Akten der evangelischen Einrichtung in Lübeck vermerkt sind.⁸⁴² So lässt sich hier anhand der Unterlagen relativ dicht nachvollziehen, dass Fixierungen zwar auch etwa bei Gefahr der Selbstverletzung durchgeführt, vorrangig jedoch bei »jeder Form unerwünschten Verhaltens« und zur »systematischen Bestrafung«⁸⁴³ angewendet wurden. Wenn sich bei den anderen Einrichtungsstudien eher verklausulierte Formulierungen finden, die bei der Gewichtung der Begründung freiheitsentziehender Maßnahmen Interpretationsspielraum lassen, so herrscht in den Einzelfallakten der Einrichtungsstudie Vorwerk Lübeck ein eindeutiges Bild: So wird in den Lübecker Akten auch das Festbinden an Heizkörpern sowie anderen Gegenständen und Möbeln explizit genannt⁸⁴⁴ – eine institutionelle Praxis, die in anderen Einrichtungsstudien allenfalls in Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenberichten zur Sprache kommt.⁸⁴⁵

Eine ähnliche Ambivalenz zeigt sich in den Einrichtungsstudien bei der Dokumentation der Isolierungspraxis. Als Maßnahme konnte diese angezeigt sein, wenn eine Gefährdung anderer Mitpatientinnen und -patienten bzw. -bewohnerinnen und -bewohner durch den Betroffenen vorlag. Fast durchgängig lassen sich nach Aktenlage bzw. durch Betroffenenaussagen und Schilderungen ehemaliger Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den untersuchten Einrichtungen besondere Räume dazu identifizieren, die als »Einzelzellen«⁸⁴⁶, »Beruhigungszellen«⁸⁴⁷, »Bunker« bzw. »Besinnungsstübchen«⁸⁴⁸, Isolierräume⁸⁴⁹, »Dunkelkammern«⁸⁵⁰, »Eckzimmer«⁸⁵¹, »Karzer«⁸⁵², »Kerker«⁸⁵³ und »Time-Out-Räume«⁸⁵⁴ der Absonderung von einzelnen Mädchen und Jungen dienten. Die Anmutung dieser Räume reichte nach den verfügbaren Schilderungen offenbar von einem umfunktionierten Aufenthaltsraum (Storkow-Hubertushöhe) über eine fensterlose Abstellkammer (Schönbrunn) bis hin zu einem völlig abgedunkelten Kellerraum mit einem Eimer für die Notdurft (Vorwerk Lübeck, Haus Hall, Uchtsprunge).

842 Ibid., 455.

843 Ibid., 457.

844 Ibid.

845 HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 729, 751; BEYER: Pfälzische Nervenklinik Landeck, LE KJP (BRD), 653. Siehe auch Kap. 3.1.6.

846 HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), 695.

847 HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 426. In Ursberg sahen sogar bauliche Neuplanungen 1974 »Beruhigungszelle[n] mit WC und Liege« und eine »Kleinstisolierstation (1,00 m × 1,50 m) mit Sehschlitze« vor; vgl. *ibid.*

848 LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 458; HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 712; MÜNCH: Kindersanatorium Wiesengrund Berlin, LE KJP (BRD), 583 f.

849 HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 749.

850 BEYER: Assoziationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 386.

851 DREIER-HORNING: Hubertushöhe, LE KJP (DDR), 560–562.

852 DREIER-HORNING: Waldhof Templin, ev. BH (DDR), 505.

853 HOTTENROTT: Bezirksnervenklinik Uchtsprunge, LE KJP (DDR), 830.

854 LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 358.

Als Gründe für solche Isolationen ließen sich u. a. »Unruhe«, »Toben« bzw. »Stören«⁸⁵⁵, »schwieriges« Verhalten⁸⁵⁶, »Arbeitsverweigerung«⁸⁵⁷, »Ungehorsam«⁸⁵⁸, Gewalttätigkeit gegenüber bzw. »Ärgern« von anderen Kindern⁸⁵⁹, infektiöse Erkrankungen⁸⁶⁰, Fluchtversuche⁸⁶¹ sowie Zerreißen von Wäsche⁸⁶² identifizieren. Die Maßnahme konnte sich von fünf bis zehn Minuten⁸⁶³ bis zu »tagelanger« Isolation⁸⁶⁴ erstrecken.

Das Spektrum der Begründungen verweist auf die überwiegend strukturellen Ursachen für Isolationen, die von den räumlichen Voraussetzungen einer Station bis hin zu zeitgenössischen Erziehungs- und Normalitätsvorstellungen reichen konnten.⁸⁶⁵ Isolierungen fanden also vor allem aus disziplinarischen Gründen statt.⁸⁶⁶ Dabei ist immer wieder festzustellen, dass solche Maßnahmen auch den Rahmen zeitgenössischer Erziehungsvorstellungen sprengen konnten. Solche Dynamiken innerhalb von Kliniken, Anstalten und Heimen hingen – wie der Historiker Wilfried Rudloff mit Bezug auf die Heimerziehung hervorhebt – ebenso vom jeweiligen Betreuungspersonal wie vom »Anstaltsregime« ab (siehe Kap. 4.2.4 und 4.3.2).⁸⁶⁷

In der Einrichtungsstudie zu Haus Hall findet sich dazu in Bezug auf einen Bewohner ein expliziter Katalog von Regelverstößen aus dem Jahr 1973:

- »1. Jeder eindeutige und böse gemeinte persönliche Angriff auf Kinder, Erwachsene und Tiere. 2. Jeder ganz grobe, freche und böse gemeinte und ausdauernd verbale Angriff. 3. Jeder Übergriff auf fremdes Eigentum, auch das ‚Ausleihen‘, wenn er nicht gefragt wurde. 4. Jede unerlaubte Entfernung vom Gelände, wenn er sich nicht hierfür abgemeldet hat.«⁸⁶⁸*

855 LÖFFELBEIN: Bezirksnervenlinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD), 630; Hinz: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 426.

856 HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 749.

857 LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 358.

858 BEYER: Pfälzische Nervenlinik Landeck, LE KJP (BRD), 657.

859 Ibid., 658; BEYER: Universitätsnervenlinik Halle/S., LE UKJP (DDR), 786; DREIER-HORNING: Waldhof Templin, ev. BH (DDR), 505.

860 BEYER: Pfälzische Nervenlinik Landeck, LE KJP (BRD), 658.

861 LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 458; DREIER-HORNING: Waldhof Templin, ev. BH (DDR), 505.

862 LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 457 f.

863 LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 358.

864 BEYER: Pfälzische Nervenlinik Landeck, LE KJP (BRD), 658.

865 Im Falle der Einrichtung Hubertushöhe bezog sich dies nach Angaben einer Zeitzeugin auch auf den Tagesablauf, wenn mehrere Schwerstbehinderte isoliert wurden, während die anderen Bewohnerinnen und Bewohner an der Arbeitstherapie teilnahmen; vgl. DREIER-HORNING: Hubertushöhe, LE KJP (DDR), 560.

866 HOTTENROTT: Bezirksnervenlinik Uchtsprünge, LE KJP (DDR), 829 f.; MÜNCH: Kindersanatorium Wiesengrund Berlin, LE KJP (BRD), 583 f.; BEYER: Universitätsnervenlinik Halle/S., LE UKJP (DDR), 785.

867 RUDLOFF (2018), 253.

868 Vgl. LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 358.

Bei der Vorwerker Diakonie in Lübeck erscheint aus der Erinnerung des damaligen Leiters auch das Unterbinden von Masturbation als Fesselungsgrund⁸⁶⁹ – eine Praxis, die mit Blick auf das rigide Verhindern von sexuellen Handlungen bei Bewohnerinnen und Bewohnern auch in anderen untersuchten Einrichtungen und über den hier behandelten Untersuchungszeitraum hinaus denkbar ist (siehe Kap. 4.4.6.1).

5.7 Stationsverlegungen

Ähnlich wie der Verordnung von »Bettruhe« kommt in den vorliegenden Einrichtungsstudien der Anordnung von »Stationsverlegungen« bei minderjährigen Patientinnen und Patienten in größeren psychiatrischen Einrichtungen die Eigenschaft zu, gegebenenfalls eine disziplinarische Maßnahme in medizinisches Vokabular zu kleiden. Kurzzeitige oder längerfristige Unterbringungen auf einer Erwachsenenstation gehörten beispielsweise in der Anstalt Kaufbeuren zum festen »pädagogischen Instrumentarium« der Kinderbeobachtungsabteilung, die vor allem »schwere Fälle« unter den minderjährigen Patientinnen und Patienten betrafen.⁸⁷⁰ Auch in der Kinderneuropsychiatrie der Charité sowie der Bezirksnervenklinik Uchtsprunge sind solche Verlegungen aus disziplinarischen Gründen feststellbar⁸⁷¹, während sich für die Kinderneuropsychiatrie der Universität Halle/Saale nur vereinzelt therapeutische oder personelle Gründe für eine avisierte Verlegung auf eine Erwachsenenstation belegen ließen.⁸⁷² Ein Bewohner der Einrichtung Dobbertin erinnerte sich an geschlossene Stationen als »Strafstationen«, wo er aus ihm nicht bekannten Gründen mit Erwachsenen untergebracht war.⁸⁷³ In der Kinder- und Jugendpsychiatrie Bonn ließen sich ebenfalls Verlegungen solcher »schwerer Fälle« auf Erwachsenenstationen feststellen, die auch dem Platzmangel in der Abteilung geschuldet waren – die Gefahr sexueller Übergriffe von Erwachsenen auf minderjährige Patientinnen und Patienten wurde dort bis Mitte der 1960er Jahre implizit in Kauf genommen.⁸⁷⁴ Auch in der Pfälzischen Nervenklinik Landeck waren einige minderjährige Patientinnen und Patienten im Untersuchungszeitraum – wohl

869 LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 102 f. So auch die Angaben einer betroffenen Person aus dem St.-Johannis-Stift Marsberg im Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal, Antwort ID 53311188/Marsberg, Archiv des DIH.

870 LÖFFELBEIN: Bezirksnervenklinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD), 631.

871 HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), 706; HOTTENROTT: Bezirksnervenklinik Uchtsprunge, LE KJP (DDR), 820.

872 BEYER: Universitätsnervenklinik Halle/S., LE UKJP (DDR), 786.

873 LAUDIEN: Kloster Dobbertin, ev. BH (DDR), 532.

874 LÖFFELBEIN: Rheinische Landesklinik Bonn, LE KJP (BRD), 610 f.; FEHLEMANN/SPARING (2017), 151, Anm. 192.

meist aus Platzgründen – auf Erwachsenenabteilungen untergebracht, was schriftliche Äußerungen von Mitpatientinnen und -patienten, Angehörigen und auch seitens des Klinikdirektors über die Gefahr von gewalttätigen Übergriffen durch erwachsene Patientinnen und Patienten verdeutlichen.⁸⁷⁵

5.8 Fazit

In der Gesamtschau der erarbeiteten Erkenntnisse zu medizinischer Gewalt in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Behindertenhilfe kann eine Einschätzung entlang der Frage nach Legalität, Legitimität und Praxis⁸⁷⁶, nach medizinischer Diagnostik, Therapie und Prognostik vorgenommen werden. Hinsichtlich der Legalität ist das zentrale Kriterium die Zustimmung zu Untersuchungen und Therapien. Im Untersuchungszeitraum war diese prinzipiell bei Minderjährigen durch die Eltern bzw. Vormünder erforderlich und konnte nicht durch eine »Anstaltsgewalt« obsolet gemacht werden. Die in den Samples der Einrichtungsstudien überlieferten, mehr oder minder formalisierten und spezifischen Einwilligungserklärungen weisen – besonders im Kontext der PnEG – auf das zeitgenössische Bewusstsein für diesen Sachverhalt hin. Bei fehlenden Einwilligungen war für das Rechtsgebiet der BRD der Tatbestand der Körperverletzung erfüllt. Für die Rechtsauffassung in der DDR war eine fehlende Einwilligung zumindest als Verletzung ärztlicher Berufspflichten zu verstehen. In beiden Fällen können fehlende Aufklärung und Einwilligung als Indikator medizinischer Gewalt gewertet werden.

Neben der Legalität ist medizinische Gewalt ethisch auf ihre Legitimität hin zu befragen. Dies betrifft zum einen die Frage der medizinischen Begründung von Diagnostik und Therapie: Untersuchungen und Behandlungen müssen sich aus dem zeitgenössischen medizinischen Wissen und dessen Standards legitimieren – eine Begründung aus den Bedingungen des jeweiligen Heimes oder der jeweiligen Klinik bzw. anhand bestimmter Forschungsinteressen der Behandelnden ist nicht hinreichend. Im therapeutischen Bereich sind zudem therapeutische und disziplinierende Maßnahmen aufgrund »ambivalenter Indikation«⁸⁷⁷ kaum voneinander zu trennen. So findet sich in den Einrichtungsstudien in unterschiedlichen Abstufungen der Rückgriff auf medizi-

875 BEYER: Pfälzische Nervenlinik Landeck, LE KJP (BRD), 659.

876 Vgl. zu dieser Einteilung v. a. den Abschlussbericht zum Forschungsauftrag »Arzneimittelprüfungen an Minderjährigen im Langzeitbereich der Stiftung Bethel in den Jahren 1949 bis 1975«: LENHARD-SCHRAMM/RATING/ROTZOLL (2020), 186 f.

877 So die Beschreibung des Medikamenteneinsatzes in Bethel zwischen Therapie und Disziplinierung; vgl. *ibid.*, 176.

nische Maßnahmen als disziplinierendes Mittel (EKT, »Bettruhe«, Stationsverlegungen, Sedierungen).

Bei Fixierungen und Isolierungen sind medizinische und disziplinierende Gründe noch weniger voneinander zu trennen und lassen sich kaum entwirren. Deutlich werden bei diesen Maßnahmen der Unterschied und die Abstufungen ihrer Anwendung als Strafe nach Einrichtungstypen: In den Einrichtungsstudien zu Heimen der Behindertenhilfe stehen Fixierungen und Isolierungen als disziplinarische Mittel im Vordergrund, auch weil diagnostische und therapeutische Maßnahmen – und damit tendenziell ihre Anwendung als medizinische Gewalt – gegebenenfalls im klinischen Vor- oder Umfeld des Aufenthaltes in einem Heim der Behindertenhilfe erfolgt sind. Damit ist auch die Prognostik als Element medizinischer Gewalt angesprochen, die dem Prinzip nach im Untersuchungszeitraum mit der Überweisung in ein Heim abgeschlossen war. Mit einer negativen Prognose geistiger Entwicklungsmöglichkeiten oder eines seelischen Krankheitsgeschehens ist auch der Entzug von Zukunftschancen als medizinisches Gewalthandeln zu werten.

So wird deutlich, dass medizinisches Handeln umso klarer als medizinische Gewalt bestimmbar ist und als Leid erlebt wird, je gravierender die Dimensionen der Legalität und Legitimität missachtet werden und je mehr sie in der Praxis zur Missachtung der körperlichen Integrität und seelischen Grundbedürfnisse von Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohnern führen.

6 Arzneimittel und klinische Studien (*Laura Hottenrott*)

6.1 Psychopharmaka in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe und Psychiatrie

Psychopharmaka – oder Arzneimittel mit einer psychotropen Wirkung – sind für die Behandlung von psychisch kranken Menschen unverzichtbar. Häufig kommen Psychopharmaka auch in der Behindertenhilfe zum Einsatz, insbesondere bei Menschen mit einem höheren Grad der Behinderung oder ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten.⁸⁷⁸ Minderjährige sind davon nicht ausgenommen, obwohl sie in mehrfacher Weise als besonders vulnerabel gelten. Das betrifft die Achtung ihres Personenstatus ebenso wie mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Nachwirkungen der Medikation. 25–40 Prozent von ihnen werden, wie aktuelle Studien zeigen, im stationären Setting medikamentös behandelt.⁸⁷⁹ Weil Psychopharmaka oft bewusstseins- oder persönlichkeitsverändernd wirken, stellt ihre Medikation, selbst wenn sie freiwillig erfolgt, grundsätzlich einen Eingriff in die persönliche Selbstbestimmung dar. Das verleiht der Frage nach der Einhaltung ethischer, rechtlicher, pädagogischer und medizinischer Standards besonderes Gewicht.

Gerade in Heimeinrichtungen kam es wiederholt zu einem breiten, wenn nicht sogar systematischen Missbrauch psychotroper Medikamente zur Anpassung und Einfügung von Kindern in den Anstaltsalltag.⁸⁸⁰ Jede Medikation, ob mit oder ohne ärztliche Anordnung, die nicht der Therapie, sondern anderen Zwecken wie beispielsweise der wissenschaftlichen Erforschung oder Disziplinierung dient, stellt einen Missbrauch dar und erfüllt gegebenenfalls den Tatbestand einer (schweren) Körperverletzung.

6.1.1 Forschungsstand – Problematik der rückblickenden Bewertung

Da eine missbräuchliche Medikationspraxis selten als solche dokumentiert wurde, ist ihr Nachweis schwierig. Bei der Interpretation der Quellen (von Krankenakten bis Oral History) müssen viele Umstände bedacht werden (fachlich, ethisch, rechtlich, struktu-

878 HÄSSLER/FEGERT (2005), 125 f.

879 FEGERT/KÖLCH/KRÜGER (2017), 97.

880 Vgl. dazu Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ (2010), 19 f.

rell). Die jüngst veröffentlichte Studie zu Arzneimittelprüfungen an Minderjährigen im Langzeitbereich der Stiftung Bethel im Zeitraum 1949–1975 geht davon aus, dass die in den Krankenakten häufig dokumentierte Begründung »erheblicher Unruhe und Geiztheit (›Erethie‹)« weder »in der akuten Situation, geschweige denn in der historischen Rückschau« erlaubt, zwischen einem disziplinarischen und therapeutischen Einsatz hinreichend zu unterscheiden⁸⁸¹ (vgl. Abschnitt »Therapieren und Disziplinieren«).

Eine besondere Konstellation stellt aus medizinischer wie ethisch-rechtlicher Perspektive eine Medikation im Rahmen klinischer Studien dar. Erste Forschungsergebnisse einer Metaanalyse zum Thema zeigen, dass klinische Erprobungen neuer Psychopharmaka an Kindern insbesondere vor Einführung des bundesdeutschen Arzneimittelgesetzes Teil des stationären Alltags waren. Auch Heimkinder wurden einbezogen.⁸⁸² Angesichts der öffentlichen Debatte zum Thema wurde von medizinischer Seite darauf hingewiesen, dass es für eine moralische Bewertung einer mehrdimensionalen Einordnung hinsichtlich ethischer Richtlinien (Forschungsethik), rechtlicher Bestimmungen (Aufklärung und Einwilligung), Kinder- und Elternrechte sowie fachlicher Aspekte (Indikationen, Dosierungen, Wissensstand um Wirkungen und Nebenwirkungen) bedürfe.⁸⁸³ Dieser widmen sich daher neuere Studien mit besonderer Sorgfalt, so etwa die Studie von Uwe Kaminsky und Katharina Klöcker zur Medikationspraxis im Franz-Sales-Haus in Essen in den 1950er Jahren.⁸⁸⁴ Vergleichbar systematische Arbeiten zu Kinderstudien in der DDR stehen noch aus.⁸⁸⁵ Hier sei mit Blick auf die inneren Abläufe sowie ethisch-rechtliche Fragen auf drei Arbeiten zu klinischen Studien westlicher Pharmahersteller in der DDR verwiesen.⁸⁸⁶

6.1.2 Arzneimittelsicherheit und klinische Erprobungen an Kindern 1949–1989

Vor dem Hintergrund des Contergan-Skandals werden Arzneimittelstudien an Kindern besonders kritisch gesehen. So galt die klinische Forschung an Minderjährigen wegen der besonderen Schutzbedürftigkeit und mit Blick auf Einwilligungsfragen lange Zeit

881 LENHARD-SCHRAMM/RATING/ROTZOLL (2020), 176.

882 WAGNER (2019); dies. (2018).

883 SCHEPKER/KÖLCH (2017), 423.

884 KAMINSKY/KLÖCKER (2020); auch LENHARD-SCHRAMM/RATING/ROTZOLL (2020); KAUFUNG/HOLZMANN/BOEGE (2019); NEUPERT (2020); zur missbräuchlichen Verwendung von Psychopharmaka auch AFSCHAR-HAMDI (2018); HÄHNER-ROMBACH/HARTIG (2019).

885 Als Ausnahme ist eine Untersuchung zu Psychopharmaka in der Kinderpsychiatrie in Jena hervorzuheben: GERHARD/SCHÖNBERG (2016).

886 HESS/HOTTENROTT/STEINKAMP (2016); WERNER/KÖNIG/JESKOW/STEGE (2016); STEGER/JESKOW (2018).

als »unethisch« und blieb gesetzlich stark eingeschränkt oder untersagt,⁸⁸⁷ weshalb der Kinderarzt Harry Shirkey den Begriff der »therapeutic orphans« (therapeutische Waisen) prägte.⁸⁸⁸ Viele Medikamente wurden nicht für Kinder zugelassen und werden folglich »off-label« verordnet. Erst im Jahr 2001 kam es zu einer Novellierung, der zufolge neu zuzulassende Arzneimittel auch an Kindern erprobt werden müssen.⁸⁸⁹ Für die Psychiatrie gilt nach wie vor, dass nur ein geringer Anteil der verfügbaren Arzneimittel auch für Kinder zugelassen ist.⁸⁹⁰

Gerade für die 1950er und 1960er Jahre ist die Grenze zwischen einem Heil- oder Therapieversuch und einer klinischen Erprobung oftmals schwer zu bestimmen, da Wirksamkeitsnachweise in der Regel auf kasuistischen Beschreibungen kleiner Versuchsgruppen beruhen. Zudem waren die Übergänge zwischen einer Testung vor und nach der Markteinführung fließend.⁸⁹¹

In der BRD kam hinzu, dass keine einheitlichen Zulassungsverfahren bestanden, da man befürchtete, durch formalisierte Verfahren die Entwicklung neuer Präparate zu hemmen und damit die Konkurrenzfähigkeit der deutschen Industrie im Ausland zu gefährden.⁸⁹² Kriterien der Arzneimittelsicherheit⁸⁹³ spielten kaum eine Rolle.⁸⁹⁴ Die Verantwortung für die Unschädlichkeit und Wirksamkeit der Präparate lag beim Hersteller.⁸⁹⁵

Der Staat räumte den Pharmaunternehmen auch im internationalen Vergleich eine weitreichende Handlungsfreiheit ein. Bei Arzneimittelproben wurden Indikationen gezielt »weit« gefasst, Dosierungen nicht vorab festgelegt. Es galt als ärztliche Aufgabe, über die Anwendung belastbare Erfahrungen zu gewinnen.⁸⁹⁶ Behandlungsversuche (Heil- bzw. Therapieversuche) wurden auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durchgeführt, wie der Erfahrungsaustausch auf Fachtagungen wie dem Concilium Paedopsychiatricum

887 MAGNUS (2006), 12 f.

888 SHIRKEY (1968), 119 f.; vgl. dazu auch § 40 Abs. 1 und 4 im Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelrechts vom 24.8.1976, in: Bundesgesetzblatt, Teil 1, 1976, 1. September 1976, Nr. 110, 2445–2482, hier 2461.

889 Verordnung (EG) Nr. 1901/2006 der Europäischen Parlaments und des Rates vom 12. Dezember 2006 über Kinderarzneimittel und zur Änderung der Verordnung (EWG) Nr. 1768/92, der Richtlinien 2001/20/EG und 2001/83/EG sowie der Verordnung (EG) Nr. 726/2004.

890 KÖLCH/PLENER/FEGERT (2012), 1188 f.; BACHMANN (2015), 16 f.

891 BALZ (2010), 92, zitiert nach: WAGNER (2019), 41.

892 Deutscher Bundestag (2017), 14; KÖLCH (13.9.2019); vgl. dazu auch für die Schweiz die Studie von MEIER/KÖNIG/TORNAY (2019).

893 Nutzen-Risiko-Abwägung: pharmazeutische Qualität und relative Unbedenklichkeit, nachgewiesene Wirksamkeit bei einer bestimmten Indikation (z. B. Anwendungsgebiet, Alter), sachgerechte, ausreichende Information des Fachpersonals und der Patienten über das jeweilige Arzneimittel, Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen UAW/ADR (Überwachung/Monitoring).

894 AAGARD/SCHAEFER/MEYER/HANSEN (2011), 60.

895 Deutscher Bundestag (19.1.1961), 2.

896 SCHEPKER/KÖLCH (2017), 423.

zeigt.⁸⁹⁷ Erst der Contergan-Skandal⁸⁹⁸ 1961 zog eine öffentliche Sensibilisierung für die Risiken von Arzneimitteln und in der Konsequenz auch international eine schrittweise Verschärfung und Vereinheitlichung der Zulassungsverfahren nach sich.⁸⁹⁹ Viele Länder, auch die DDR (1964), etablierten Meldesysteme für unerwünschte Nebenwirkungen. Diese wurden seit 1968 unter dem Dach der WHO zusammengeführt.⁹⁰⁰ In beiden deutschen Staaten wurde Anfang der 1960er Jahre die Dokumentationspflicht für neue Arzneimittel erweitert. Hatte das bundesdeutsche Arzneimittelgesetz (AMG) von 1961 noch lediglich die Registrierung von industriell hergestellten Arzneimitteln verbindlich eingeführt, ohne materielle Anforderungen an sie zu stellen, war seit der Arzneimittelgesetz-Novelle von 1964 bei allgemein unbekanntem Wirkstoffen ein ausführlicher Bericht des Herstellers über die pharmakologische und klinische Prüfung einzureichen.⁹⁰¹ Er musste außerdem schriftlich versichern, dass die Arzneispezialität nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis ausreichend und sorgfältig geprüft worden war.⁹⁰² Die Verantwortung für die klinische Prüfung verblieb weiterhin beim Hersteller. Das Bundesgesundheitsamt hatte von eigenen Prüfungen abzusehen. Es legte keine Prüfungsmaßstäbe fest. Ethische Aspekte kamen nicht zur Sprache, was in der Presse irritierte Reaktionen hervorrief.⁹⁰³

Die DDR trieb die gesetzliche Regulierung der Arzneimittelzulassung vergleichsweise früher voran – aus wirtschaftlichen wie medizinischen Gründen. Die Orientierung an westlichen Standards folgte gleichfalls wissenschaftlichen wie außen- und handelspolitischen Interessen (Wettbewerbsfähigkeit, internationale Anerkennung). Das staatlich zentralisierte Gesundheitswesen erlaubte eine relativ einfache Installierung staatlicher Aufsichtsbehörden und Fachgremien (1950 Staatliches Institut für Arzneimittelprüfung – IFAR, Zentraler Gutachterausschuss für Arzneimittelverkehr),⁹⁰⁴ die vorab die

897 HEINZE (1968), 309 ff; vgl. auch einen Band zu den damals neuen Phenothiazinderivaten, der allein elf Beiträge zur Anwendung des Chlorpromazins in der Kinderpsychiatrie zitiert: KLEINSORGE/RÖSNER (1958), 215.

898 Als unbedenkliches Schlaf- und Beruhigungsmittel 1957 von der Firma Grünenthal auf den Markt gebracht, wurde es in vielen Ländern rezeptfrei an Schwangere vertrieben, da es gegen Schwangerschaftsübelkeit half. Vier Jahre später stellte es sich als teratogen (erbgutschädigend) und die Einnahme in der Frühschwangerschaft als ursächlich für embryonale Fehlgeburten und Fehlbildungen heraus, von denen allein in der Bundesrepublik etwa 5.000 Kinder betroffen waren.

899 DAEMMRICH (2004); 1962 verschärfte das Kefauer-Harris-Amendment die FDA-Richtlinien; vgl. MEIER/KÖNIG/TORNAY (2019), 124, 198.

900 AAGARD/SCHAEFER/MEYER/HANSEN (2011), 60.

901 § 21 Abs. 1a AMG (1964), in: Deutscher Bundestag (2017), WD 9 – 3000 – 001/17, 15; MEIER/KÖNIG/TORNAY (2019), 198; ROTTHEGE (2010), 252.

902 Ibid.

903 Ibid; vgl. auch »Beschämend für die deutsche Medizin«. Unzulängliches Arzneimittelgesetz – Jeder darf Chemikalien an Patienten erproben. In: Die Zeit, Nr. 27, 5.7.1968.

904 Vgl. zu den rechtlichen Entwicklungen in der DDR HESS/HOTTENROTT/STEINKAMP (2016), 32–54; AAGARD u. a. (2011), 60.

Durchführung klinischer Prüfungen zu genehmigen hatten. Hierfür wurden die Vorhaben nach Kriterien der Arzneimittelsicherheit überprüft. Gegebenenfalls wurde eine Modifizierung des Prüfplans verlangt.⁹⁰⁵

Die Durchführung von Arzneimittelstudien in der Bundesrepublik wurde erstmals im Arzneimittelgesetz von 1976 geregelt, das 1978 in Kraft trat. Damit wurde ein einheitliches Verfahren für die Zulassung festgelegt.⁹⁰⁶ Eine vergleichbare Regelung findet sich in der DDR in den 12. Durchführungsbestimmungen zum Arzneimittelgesetz von 1976 sowie in der 1. Durchführungsbestimmung zum Arzneimittelgesetz vom 1. Dezember von 1986 (GBl. I, Nr. 37, S. 479).⁹⁰⁷

6.1.3 Informierte Einwilligung – ethisch-rechtlicher Rahmen

Die hohen und international geltenden Standards der heutigen Arzneimittelforschung gewannen erst allmählich gesetzliche Form (Arzneimittelgesetze, standesrechtliche Regelungen). Der Contergan-Skandal markiert für beide deutschen Staaten den Beginn einer Verrechtlichung, auch wenn manche Anfänge weiter zurückreichen.⁹⁰⁸ Im Jahr 1901 wurden erstmals ethische Grundprinzipien in einer Verfügung des preußischen Kultusministers formuliert. Verboten wurden medizinische Eingriffe zu Versuchszwecken an minderjährigen und geschäftsunfähigen Personen, während ansonsten eine sachgemäße Belehrung über die Folgen des Eingriffs und eine eindeutige Zustimmung der Probandinnen und Probanden verlangt wurden.⁹⁰⁹ Der Völkerbund verabschiedete 1924 die »Geneva Declaration of the Rights of the Child«, die auf die besonderen ethischen Anforderungen an Arzneimittelversuchen bei Kindern und Jugendlichen einging.⁹¹⁰ Weitergehende Richtlinien über therapeutische und wissenschaftliche Versuche am Menschen wurden 1931 in Berlin erlassen, erlangten aber nie Gesetzeskraft.⁹¹¹ Angesichts der systematischen Krankenmorde und Menschenversuche im Nationalsozialismus formulierte die Präambel

905 Vgl. Richtlinien für die Erstattung von Gutachten für die pharmazeutische, pharmakologische und klinische Erprobung, erwähnt in BÖHM (2007), 33; Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln – Arzneimittelgesetz – und erste Durchführungsbestimmung vom 15.5.1964, in: medicamentum. Informationen für Ärzte und Apotheker, Sonderheft zum Arzneimittelgesetz (1964), 1–59.

906 Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln, Arzneimittelgesetz (AMG): § 40 in der Fassung vom 24.8.1976, BGBl. I, 2445, zitiert in: Deutscher Bundestag (2017), 11; vgl. zur Entwicklung der Rechtslage in der Bundesrepublik HÄHNER-ROMBACH/HARTIG (2019), 24–28.

907 HESS/HOTTENROTT/STEINKAMP (2016), 42.

908 Deutscher Bundestag (2017), 11; vgl. auch BETTIN/GADEBUSCH BONDIO (2010), 7–39.

909 Deutscher Bundestag (2017), 11.

910 NISSEN (2005), 439.

911 Ibid.; SCHEPKER/KÖLCH (2017), 419.

zum Urteilsspruch der Nürnberger Ärzteprozesse schließlich, unter welchen Kriterien ein medizinischer Versuch am Menschen überhaupt ethisch gerechtfertigt werden könne. Die zentrale Forderung einer informierten Einwilligung (»informed consent«) wurde in den folgenden Jahrzehnten in internationalen Erklärungen wie den Deklarationen von Helsinki (1964), Tokio (1975), Venedig (1983) und Hongkong (1989) aufgegriffen und weiter ausgeführt. Eine Rechtsverbindlichkeit erhielten die dort formulierten Grundsätze allerdings erst mit Eingang in die nationale Gesetzgebung.⁹¹²

In beiden deutschen Staaten wurden im Untersuchungszeitraum keine juristisch verbindlichen Regelungen zu »nicht einwilligungsfähigen« Patienten getroffen. Gerade die Frage der Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger bewegte sich lange Zeit in einer rechtlichen Grauzone.⁹¹³ Auch der Nürnberger Kodex hatte keine Aussagen über die Zulässigkeit medizinischer Experimente an nicht einwilligungsfähigen Personen getroffen.⁹¹⁴ Die Deklaration von Helsinki, die bei der Abwägung von Risiken und Nutzen (Versuchsperson, Wissenschaft, Allgemeinwohl) dem Interesse der Probanden den Vorrang gab, war rechtlich nicht verbindlich. Die mehrfach überarbeitete Deklaration differenzierte zwischen (1) Heil- bzw. Therapieversuch (»clinical research combined with professional care«) und (2) klinischem Experiment/klinischem Versuch (»non-therapeutic clinical re-search«). Die Form der Einwilligung war explizit an die Art des Versuchs geknüpft: Ein klinisches Experiment, das ausschließlich Forschungszwecken diente, erforderte eine Einwilligung zwingend; beim Heilversuch blieb die Einwilligung lediglich eine Soll-Vorschrift. Bei einwilligungsunfähigen Kindern sollte die Einwilligung durch den gesetzlichen Vertreter erfolgen, im Falle eines klinischen Versuches sogar schriftlich.⁹¹⁵

Beispiele aus der Praxis der 1970er Jahre zeigen, dass die »informierte Einwilligung« in der Forschung bis dahin eher beiläufig verhandelt wurde. Die Selbstbestimmungsrechte von Patientinnen und Patienten spielten gegenüber den wissenschaftlichen Interessen des behandelnden Arztes faktisch keine Rolle. In einem Artikel über einen kontrollierten Behandlungsversuch mit Imipramin bei 62 enuretischen (bettnässenden) Kindern in der psychosomatischen Abteilung der Universitätskinderklinik Hamburg hieß es 1971 schlicht, dass der Begleitperson des Kindes, »meist der Mutter«, ein »Behälter mit der jeweils niedrigsten Kodenummer« mit der Erklärung auszuhändigen sei, es handele sich um »ein neues, wirksames Medikament gegen das Bettnässen«.⁹¹⁶

In der DDR klangen die Empfehlungen des beratenden Expertengremiums des Ministeriums für Gesundheitswesen aus demselben Jahr (1971) im Tenor ähnlich:

912 Ibid., WAGNER (2019), 147.

913 Ibid.

914 Deutscher Bundestag (2017), 13.

915 Ibid., 21.

916 SCHRÖDER/FLISSBACH (1971), 149.

»Aus der langjährigen Erfahrung im Bereich der Erprobung und Anwendung von Impfstoffen ist abzuleiten, daß die schriftliche Erklärung des Einverständnisses der/ des Erziehungsberechtigten als durchsetzbar erachtet werden muß. Dabei sollte besonderes Augenmerk auf die inhaltliche Abfassung des Formblattes gerichtet werden, um mit Hilfe der vorformulierten Erklärung die Überzeugungskraft des Arztes sinnvoll zu unterstützen.«⁹¹⁷

In der BRD fand die »informierte Einwilligung« erstmals im Arzneimittelgesetz von 1976 eine klare Regelung.⁹¹⁸ Vergleichbar erlangte sie in der DDR in den 12. Durchführungsbestimmungen zum Arzneimittelgesetz von 1976 und in der 1. Durchführungsbestimmung zum Arzneimittelgesetz vom 1. Dezember von 1986 Rechtsverbindlichkeit.⁹¹⁹ Das DDR-Gesundheitswesen orientierte sich dabei gleichfalls an internationalen Vorgaben (Helsinki 1964, Tokio 1975, GCP-Richtlinien USA 1977).⁹²⁰ Die 12. Durchführungsbestimmung zum DDR-Arzneimittelgesetz von 1976 verlangte wie das Arzneimittelgesetz der BRD, dass eine Prüfung von Arzneimitteln am Menschen in den Phasen I–III⁹²¹ nur durchgeführt werden dürfe, wenn die Probandinnen und Probanden nach ausreichender Aufklärung mit der Prüfung einverstanden waren. Die Aufklärung sollte über den Ablauf der Studie, mögliche Wirkungen, Nebenwirkungen und Risiken informieren. Ein schriftliches Einverständnis der Studienteilnehmer war allerdings nur bei klinischen Studien erforderlich, die den Probandinnen und Probanden keinen unmittelbar erkennbaren Nutzen bot wie zum Beispiel reine Verträglichkeitsstudien (Phase I).⁹²² Bei handlungsunfähigen oder beschränkt handlungsfähigen Personen war eine klinische Prüfung nur erlaubt, »wenn die hierbei zu ermittelnden Daten aus medizinisch-wissenschaftlichen Gründen nur mit diesen Personen erarbeitet werden

917 BArch Berlin: DQ1/26604, Teil 2 von 2, unpag., darin: Protokoll der Sitzung Sektion Humanmedizin des ZGA, 10.6.1971; sie enthält die Stellungnahme zum Protokoll der UA-Sitzung vom 8.12.1970 (Sera-Impfstoffe).

918 Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln, Arzneimittelgesetz (AMG): § 40 in der Fassung vom 24.8.1976, BGBl. I, 2445, zitiert nach: Deutscher Bundestag (2017), 11; vgl. zur Entwicklung der Rechtslage in der Bundesrepublik HÄHNER-ROMBACH/HARTIG (2019), 24–28.

919 HESS/HOTTENROTT/STEINKAMP (2016), 42.

920 BETTIN (2010), 241.

921 Phasen klinischer Prüfungen am Menschen: Phase 1: Kleine Anzahl gesunder Probandinnen und Probanden bzw. sorgfältig definierter Patientinnen und Patienten mit bestimmten Indikationen, sofern am Gesunden nicht möglich (z. B. Krebsmedikament) (Verträglichkeit, Pharmakokinetik, Pharmakodynamik). Phase 2: Therapeutische Exploration. Arzneimittel wird einer begrenzten Anzahl an Patientinnen und Patienten verabreicht, bei deren Indikation Wirkung angenommen wird (Dosierung, Wirksamkeit, Nebenwirkungen, klinische Toxizität). Phase 3: Therapeutische Bestätigung. Arzneimittel wird in groß angelegten Studien getestet, bei denen es um Wirksamkeit und Sicherheit geht. Vgl. <https://www.dimdi.de/dynamic/de/glossar/glossareintrag/Studienphasen> (letzter Zugriff: 25.1.2021).

922 BStU: MfS AIM 8276/91, Teil II, 2, HA XX/1: Information zu honorierten klinischen Auftragsuntersuchungen von BRD-Arzneimitteln, 31.8.1984; vgl. auch § 11 der 12. DB zum Arzneimittelgesetz – Prüfung von Arzneimitteln zur Anwendung in der Humanmedizin vom 17.5.1976.

können und für eine breite Anwendung des Arzneimittels von entscheidender Bedeutung« waren.⁹²³ Klinische Prüfungen an Kindern und Jugendlichen waren grundsätzlich erst ab Phase III zulässig. Eine Einverständniserklärung der Eltern oder des gesetzlichen Vertreters war zwingend vorgeschrieben.⁹²⁴

Bei der Novellierung des Arzneimittelgesetzes 1986 wurden Impfstoffe von diesen Bestimmungen ausgenommen, wenn sie »zur Anwendung im Kindesalter bestimmt waren« und die Ergebnisse »nur mit Kindern und Jugendlichen erarbeitet werden« konnten.⁹²⁵ Das Einverständnis der Eltern, der gesetzlichen Vertreterin oder des Vertreters war auch in diesem Falle erforderlich.⁹²⁶

Angesichts bemerkenswert hoher ethischer Standards in der DDR ist allerdings einschränkend zu bedenken, dass Aufklärung und Einwilligung im »medizinischen Betreuungsverhältnis« der DDR unter anderen rechtstheoretischen Prämissen erfolgten. Diese gingen von übereinstimmenden Interessen von Individuum und Gesellschaft aus (siehe Kap. 3.2.3.2), wobei die Wissenschaft zu wissen meinte, was im Interesse der Patientinnen und Patienten lag:

»Entsprechend der neuen juristischen Wertung der medizinischen Heilbehandlung erhält auch die Einwilligung des Patienten zu bestimmten Maßnahmen (z. B. Endoskopien, Operationen, Zahnextraktionen) einen völlig neuen Inhalt und eine neue Funktion. Sie ist in der Hauptsache ein Instrument der subjektiv herzustellenden, objektiv existierenden Übereinstimmung der Interessen zwischen Individuum und Gesellschaft, weil der Heileingriff, den der Arzt vorschlägt, nach dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand ein objektives Erfordernis darstellt, das somit auch im ureigensten Interesse des Patienten liegt.«⁹²⁷

Die »informierte Einwilligung« wurde eher als sittlich verbindliche Pflicht betrachtet, die dem Heilzweck und dem Ermessen des behandelnden Arztes untergeordnet blieb. Persönlichkeitsrechtliche Belange der Patientinnen und Patienten blieben nachgeordnet.⁹²⁸ Sinn und Zweck der Einwilligung dienten weniger der individuellen Autonomie, sondern galten vielmehr als »Fähigkeit, persönliche Bedürfnisse und Interessen mit objektiven Erfordernissen in Form notwendiger Maßnahmen in Übereinstimmung zu bringen.«⁹²⁹

Folglich stellte »der in Übereinstimmung mit den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft ausgeführte ärztliche Eingriff« in der DDR nach herrschender Meinung

923 Gesetzblatt der Deutschen Demokratischen Republik Teil I, Nr. 17, Ausgabetag: 2. Juni 1976, Zwölfte DB zum Arzneimittelgesetz – Prüfung von Arzneimitteln zur Anwendung in der Humanmedizin – § 12, Abs. 1.

924 Ibid.

925 Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln – Arzneimittelgesetz – vom 27. November 1986: Durchführungsbestimmung zum Arzneimittelgesetz – Prüfung, Zulassung und Kennzeichnung von Arzneimitteln zur Anwendung in der Humanmedizin – vom 1. Dezember 1986, § 8, Abs. 1.

926 Ibid., § 8, Abs. 2.

927 PERSIKE/PÜSCHEL (1972), 517, zitiert nach: MÜCK (1982), 94 f.

928 Ibid., 87.

929 BECKER (1978), 76, zitiert nach: MÜCK (1982), 39.

auch »keine tatbestandsmäßige Körperverletzung« dar, weil dem Heileingriff das strafrechtlich geforderte Merkmal der »Gesellschaftswidrigkeit« oder »Gesellschaftsgefährlichkeit« fehlte.⁹³⁰ Eine mangelhafte oder unterbliebene Aufklärung hatte für sich gesehen nach überwiegender Ansicht weder zivilrechtliche noch strafrechtliche, sondern allenfalls disziplinarische Folgen.⁹³¹

Über die Risikoaufklärung hieß es in der Rahmen-Krankenhausordnung der DDR von 1954:

»Für die Genesung und Gesunderhaltung ist das Verständnis der Patienten für das Krankheitsgeschehen und die durchzuführenden Behandlungsmethoden von großer Bedeutung. Die Ärzte des Krankenhauses sollen darum die Zeit der Behandlung des Patienten benutzen, um ihn durch das Verständnis seines Krankheitsgeschehens zur Beachtung der notwendigen Behandlungsmaßnahmen und aktiven Beteiligung am Genesungsprozeß zu veranlassen.«⁹³²

Ob es sich bei der Aufklärungspflicht des Arztes um eine Rechtspflicht handelte, wurde in der DDR erst 1977 abschließend beantwortet. In § 5 der Approbationsordnung von 1977 hieß es, dass der Arzt ein vertrauensvolles Verhältnis zu seinen Patientinnen und Patienten aufzubauen und sie in angemessenem Umfang über die Erkrankung und medizinischen Betreuungsmaßnahmen aufzuklären habe. Dies wurde als Basis für die Mitwirkung der Patientinnen und Patienten »am Prozeß der Wiederherstellung seiner Gesundheit« vorausgesetzt. Zuvor gingen auch die Meinungen zur Aufklärungspflicht weit auseinander.⁹³³ In der Rahmenkrankenhausordnung von 1979 wurde erstmalig auch ein entsprechender Anspruch auf Patientinnen und Patientenseite formuliert: »Das vertrauensvolle Gespräch zwischen Arzt und Patient schließt den Anspruch des Bürgers ein, über seinen Gesundheitszustand, Anlaß und Ziel vorgesehener Maßnahmen in angemessener Weise informiert zu werden.«⁹³⁴ Dieser Anspruch wurde an anderer Stelle des Gesetzes auch hinsichtlich einer Medikation konkretisiert. So war der Patient bzw. die Patientin über die »Notwendigkeit und möglichen Folgen medizinischer Eingriffe bzw. der Anwendung von Arzneimitteln in angemessener Weise aufzuklären. Sein oder ihr Einverständnis bzw. die Zustimmung der gesetzlichen Vertreter zu den vorgesehenen Maßnahmen« waren seitdem einzuholen.⁹³⁵ Auch hier fällt der manipulative Unterton auf, mit dem Patientinnen und Patienten zur Mitwirkung an der

930 Ibid. MÜCK, (1982), 88; vgl. auch LOHMANN (2019), 20, 115.

931 WITTENBECK (1971), 1215, zitiert nach: MÜCK (1982), 87. Der Autor gibt darüber hinaus an, dass in der DDR bis 1974 kein Fall bekannt war, in dem lediglich der Umstand einer mangel- oder fehlerhaften Aufklärung zu einer strafrechtlichen Haftung geführt hätte; siehe auch HÜTTNER u. a. (1982), 121.

932 Ibid., 93.

933 Das Oberste Gericht vertrat die Ansicht, es gebe keine Aufklärungspflicht, wohl aber eine ethisch-moralische Pflicht. Vgl. MÜCK (1982), 92.

934 Rahmen-Krankenhausordnung vom 14.11.1979, Abschnitt A, Nr. 7, 1, zitiert in: Ibid.

935 Abschnitt B II, Nr. 2 Abs. 2, 2, zitiert in: Ibid.

medizinischen Betreuung gewonnen werden sollten, um ihren Willen zur Genesung zu stärken.⁹³⁶ Die Notwendigkeit der Aufklärung wurde mit der »auf Kenntnissen und Einsichten in gesundheitsfördernde und krankheitsverhindernde Faktoren beruhenden Eigenverantwortung allseitig gebildeter sozialistischer Persönlichkeiten auf dem Gebiet des Gesundheitsschutzes« begründet.⁹³⁷ In der Praxis ließen Approbationsordnung und Rahmen-Krankenhausordnung dem Arzt im Hinblick auf Umfang und Form der Aufklärung aber weiterhin einen weiten Ermessensspielraum.⁹³⁸ Eine Selbstaufklärung der Patientin oder des Patienten durch Einsichtnahme in die Krankenunterlagen wurde in der DDR abgelehnt.⁹³⁹

6.1.4 Psychopharmaka in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – historischer Abriss

Erst im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts stand eine größere Anzahl psychotroper Substanzen für die medikamentöse Therapie psychischer Störungen zur Verfügung (Anxiolytika, Nootropika, Antidepressiva, Neuroleptika und Lithium).⁹⁴⁰ Spezielle Leitfäden und Lehrbücher für die Psychopharmakotherapie von Kindern und Jugendlichen wurden zu Beginn der 1970er Jahre veröffentlicht, zunächst in den USA, mit Verzögerung in Europa. 1984 erschien in Deutschland ein Handbuch zur »Kinder- und jugendpsychiatrische[n] Pharmakotherapie in Klinik und Praxis«. ⁹⁴¹ In der DDR findet sich in einschlägigen Lehrbüchern dieser Zeit ebenfalls ein eigener Abschnitt zur Kinder- und Jugendneuropsychiatrie, doch wurde die Pharmakotherapie im Kindes- und Jugendalter nicht gesondert betrachtet.⁹⁴²

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass alle in der Erwachsenenpsychiatrie gebräuchlichen Therapeutika – ob Medikamente oder physische Heilverfahren – mit meist nur kurzer Verzögerung auch bei Kindern und Jugendlichen eingesetzt wurden. Das gilt für die ersten psychotropen Wirkstoffe im späten 19. Jahrhundert wie Kaliumbromid (1826) oder Chloralhydrat (1869) ebenso wie für die neuen Substanzklassen in den 1950er und 1960er Jahren.⁹⁴³

936 Ibid.

937 BECKER/MÜHLMANN (1980), 188, zitiert nach: MÜCK (1982), 94.

938 Ibid.; vgl. etwa HÜTTNER u. a. (1982), 87 ff.

939 Ibid., 98.

940 NISSEN (2005), 438.

941 NISSEN/EGGERS/MARTINIUS (1984).

942 SEIDEL u. a. (1987); LEMKE/RENNERT (1987).

943 NISSEN (2005), 437; GERHARD/SCHÖNBERG (2016), 286.

Bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen kamen gegen Ende des 19. Jahrhunderts vor allem noch Allgemeinmaßnahmen (z. B. Bettruhe, Spaziergänge, Spiele, Basteln), physikalische Therapie (z. B. Wannenbäder, Kaltwassergüsse) und psychotherapeutische Verfahren zur Anwendung.⁹⁴⁴ Für Aufenthalte in Heim- oder Pflegeanstalten ist bereits der Einsatz von Medikamenten, insbesondere Chloralhydrat, Bromkalium, Hyoscamin sowie Opiumpräparate und Haschisch gegen »Seelenschmerz und Angst«, dokumentiert.⁹⁴⁵ Als Antiepileptika standen Bromharnstoffderivate (1907), Phenobarbital (1912), Phenytoin und ab 1945 Trimethadion zur Verfügung. Bis 1952 wurden weitere neue Antiepileptika eingeführt.⁹⁴⁶ Auch Chloralhydrat blieb bis Mitte des 20. Jahrhunderts weit verbreitet, beispielsweise als Narkosemittel bei Enzephalographien.⁹⁴⁷

1937 beobachtete der US-amerikanische Psychiater Charles Bradley bei einigen Heimkindern, die er mit dem Amphetamin Benzedrin behandelt hatte, eine Abnahme ihrer Verhaltensauffälligkeiten. Aus seinen Studien ging die Behandlung von AD(H)S (Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts)-Syndrom) hervor. Bereits 1937 wurde die erste kinder- und jugendpsychiatrische Studie mit Benzedrin Placebo-kontrolliert an 90 Kindern durchgeführt.⁹⁴⁸ Verhaltens- und lerngestörte Kinder werden seitdem mit Amphetamin-Abkömmlingen behandelt.⁹⁴⁹

Im Arzneiverordnungsbuch von 1932 wurden als »wichtige Mittel für Kinder« mit Dosierungsangaben u. a. Atropin (Belladonna), Bromoform (Beruhigungsmittel), Camphora (Analeptikum), Cardiazol (Krampftherapie), Chloralhydrat (Schlaf- und Beruhigungsmittel), Codein (beruhigendes Opiat), Luminal (Migräne und Epilepsie), Morphin (schwerste Erregungszustände), Opium (bei Depressionen) und Somnifen (Beruhigungsmittel) angeführt.⁹⁵⁰

Von der modernen psychiatrischen Pharmakotherapie wird seit der Einführung des Phenothiazinderivats Chlorpromazin (1952) gesprochen.⁹⁵¹ Das von Rhône-Poulenc entwickelte Präparat wurde in der BRD als Megaphen (1953), in der DDR als Propaphenin (1954) vermarktet. Es läutete einen Paradigmenwechsel in der Psychiatrie ein. Erstmals gab es ein Mittel, das wirksam die Symptome von Psychosen behandelte. Erkrankte Patientinnen und Patienten konnten nach oder unter der medikamentösen Behandlung aus der Anstalt entlassen werden. In den 1950er und 1960er Jahren folgten

944 BACHMANN (2015), 14; NISSEN (2005), 437.

945 Ibid.

946 GERHARD/SCHÖNBERG (2016), 286.

947 NISSEN (2005), 438.

948 BACHMANN (2015), 16.

949 NISSEN/EGGERS/MARTINIUS (1984), 1.

950 Arzneiverordnungsbuch (1932), 227 ff.

951 HESS (2018), 301.

weitere Entwicklungen (Neuroleptika/Antipsychotika, Antidepressiva, Anxiolytika), die auch in der Praxis zunehmend breitere Verwendung fanden (vgl. Abschnitt »Dimension der Medikation«).⁹⁵² 1954 wurde das Reserpin (Rauwolfia-Alkaloid), 1958 das erste Antidepressivum Imipramin (BRD Tofranil® 1958, DDR 1959, bzw. 1971 Pryleugan®) eingeführt, dessen Wirksamkeit sich auch bei Kindern nachweisen ließ, gefolgt von den Anxiolytika mit den Benzodiazepinen Chlordiazepoxid (BRD Librium® 1960 bzw. DDR Timosin®/Radepur® 1967) und Valium (BRD Diazepam® 1963, DDR 1964 bzw. Faustan® 1968).

Der pharmakologische Enthusiasmus der 1950er Jahre wich unter dem Eindruck des Contergan-Skandals bald der Erkenntnis, dass die neuen Präparate die Krankheit nicht heilen, sondern lediglich Symptome lindern konnten. Viele Patientinnen und Patienten wurden nach dem Absetzen der Medikamente wieder vorstellig, weil die Wirkung schnell nachließ und die meisten Stoffe über einen langen Zeitraum täglich eingenommen werden mussten. Die ruhigstellende und dämpfende Wirkung brachte den neuen Arzneimitteln zudem den Ruf einer »chemischen Zwangsjacke« ein.⁹⁵³ Aus der klinischen Praxis mehrten sich neben »Erfolgsberichten« in der Behandlung beispielsweise Beobachtungen, dass hohe Dosierungen der Neuroleptika zu schweren und teilweise irreversiblen Beeinträchtigungen (u. a. Spätdyskinesien) führten. So zeigten die klassischen Neuroleptika neben der erwünschten antipsychotischen Wirkung beträchtliche unerwünschte Wirkungen (z. B. extrapyramidales Syndrom).⁹⁵⁴ Dennoch setzte man die Präparate auch weiterhin unter bestimmten Indikationen (z. B. hochgradige Erregungszustände bei akuten Schizophrenien oder hirnorganisch bedingten Erregungszuständen) und in teilweise hoher Dosierung ein (vgl. Abschnitt »Überdosierung«). Grundlegend war hierbei die Annahme, dass die antipsychotische Wirkung parallel mit extrapyramidalen Nebenwirkungen (u. a. Zungen-Schlundkrämpfe) einhergehe. Der Psychiater Hans-Joachim Haase (1922–1997)⁹⁵⁵ führte auf der Suche nach der optimalen Dosierung 1961 hierfür die Begriffe der »neuroleptischen Schwelle« und der »neuroleptischen Potenz« ein: Die neuroleptische Schwelle definierte die minimale Dosis, ab der extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen auftraten (u. a. Veränderung der Handschrift), sie definierte nach Haase zugleich auch die Schwelle der antipsychotischen Wirksamkeit.⁹⁵⁶ 1972 verlor die Theorie ihre Bedeutung mit der Zulassung von Clozapin (Leponex® = »Hase tot«). Die atypischen Neuroleptika versprachen eine antipsychotische Wirkung bei geringen oder fehlenden extrapyramidalmotorischen Nebenwirkungen. Wegen der in Finnland beobachteten

952 MEIER/KÖNIG/TORNAY (2019), 125.

953 Ibid., 122; HESS (2018), 302.

954 Ibid.

955 Von 1973 bis Ende 1988 (Pensionierung) war H.-J. Haase Ärztlicher Direktor und Leiter der Pfalzlinik Landeck in Klingenstein; vgl. Deutsches Ärzteblatt 94, Heft 31–32, 4.8.1997, 52.

956 HAASE (1966), 104–110.

schweren Nebenwirkungen (Agranulozytose) wurde Clozapin erst 1982 in der DDR eingeführt und ab 1985 nachproduziert (Alemoxan®).⁹⁵⁷

In der psychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen fanden die Neuroleptika über den gesamten Untersuchungszeitraum in allen Einrichtungen Anwendung. Die Palette der Psychopharmaka wurde insgesamt aber breiter (Anxiolytika, Antidepressiva, Stimulanzien). Auch die Anwendungsbereiche differenzierten sich weiter aus. Seit den 1970er und 1980er Jahren setzt man zunehmend auch auf komplementäre Ansätze wie Elternberatung und psychotherapeutische Verfahren.⁹⁵⁸

6.2 Medikationspraxis

6.2.1 Vorgehen, Quellen

Die folgende Querschnittsanalyse geht den Hinweisen auf eine missbräuchliche Medikation in den untersuchten Einrichtungen in der BRD und DDR nach, die im Rahmen unserer Stichprobe erhoben wurden. Datenbasis der Auswertung waren 1.100 erfasste Kranken- und Heimakten aus den 17 untersuchten Einrichtungen. Von den 1.100 Akten enthielten mehr als die Hälfte (593 Akten) Informationen zu relevanter Medikation.⁹⁵⁹

Mit Blick auf das große Diagnosespektrum, die Vielzahl der Applikationen (N=2.032) und verabreichten Wirkstoffe (N=144) ist eine Einzelfallprüfung im Rahmen der vorliegenden Studie illusorisch.⁹⁶⁰ Daher wird im Folgenden auf die Entwicklung der Medikationspraxis in den untersuchten Einrichtungen fokussiert, um beobachtete Auffälligkeiten unter der Fragestellung des systematischen Missbrauchs historisch einzuordnen. Zu diesem Zweck wurden Angaben zur Medikation der Stichprobe kategorial nach Kriterien einer inadäquaten Verwendung systematisiert. Als Orientierung wurden in der Forschungsliteratur zitierte Kriterien herangezogen, die 1987 aufgrund der missbräuchlichen Verordnungspraxis in US-amerikanischen Pflegeheimen aufgestellt wurden.⁹⁶¹

957 NISSEN (2005), 436; HESS (2018), 303.

958 Etwa NISSEN (1978), 1358–1361.

959 Im Wesentlichen Antiepileptika/Psychopharmaka, weniger Hormone.

960 Insgesamt 144 Arzneistoffe, die auf das Nervensystem wirken sowie Kombinationen.

961 Von einer inadäquaten Verwendung von Psychopharmaka wird ausgegangen, wenn die Medikation dem übergeordneten Ziel (Verbesserung der Lebensqualität) entgegensteht. Als inadäquat (»unnecessary«) wurden u. a. eine unangemessene Dosis und Dauer ohne Überwachung und Indikation sowie das Inkaufnehmen starker Nebenwirkungen bewertet. Vgl. etwa BORSON/DOANE (1997).

Grundlage der historischen Einordnung bilden die 17 Einrichtungsstudien. Zusätzlich wurden zeitgenössische Arzneimittelverzeichnisse,⁹⁶² Fachliteratur, Verordnungen (z. B. Rahmen-Krankenhausordnung) sowie die im Bundesarchiv Berlin-Lichterfelde einsehbaren Akten der DDR-Aufsichtsbehörden (Zentraler Gutachterausschuss für Arzneimittelverkehr, ZGA) hinzugezogen.

Die folgende Auswertung steht unter dem Vorbehalt, dass die erhobenen Stichproben (1.511 Akten) nur einen minimalen Ausschnitt der Medikation angesichts der sechsstelligen Anzahl überlieferter Krankenakten im Untersuchungszeitraum abbilden.⁹⁶³ Hinzu kommt, dass die im Hinblick auf die Medikation interessanten Akten späterer Zeiten nicht immer eingesehen werden konnten (wegen bestehender Sperrfristen).⁹⁶⁴ Berücksichtigt werden muss auch, dass die Dokumentationspraxis der untersuchten Einrichtungen ausgesprochen heterogen war (vgl. u. a. Tabelle 1: Einrichtungstypen, Zeiträume). Eine standardisierte und damit besser vergleichbare Aktenführung (z. B. Formulare/Vordrucke von Einwilligungserklärungen, Stempel diagnostischer Standardverfahren) entwickelte sich erst im Laufe des Untersuchungszeitraums, parallel zu wachsenden Anforderungen auf der ethischen und der Rechts- und Verfahrensebene.⁹⁶⁵ Systematisch dokumentiert wurde die Medikation eher in psychiatrischen Einrichtungen, selten hingegen in den Heimen der Behindertenhilfe.⁹⁶⁶

Den Heimakten anderer Einrichtungen der Behindertenhilfe lagen teilweise Pflegeberichte, Arztbriefe, Verordnungen oder Abrechnungen bei, aus denen sich genauere Angaben zur Medikation entnehmen ließen.⁹⁶⁷ So fanden sich beispielsweise in der Einrichtung Waldhof Templin der Stephanusstiftung in einem guten Drittel der eingesehenen Akten, im Ursberger Heim sogar in mehr als der Hälfte der Akten Hinweise auf die Verabreichung von Antiepileptika und Psychopharmaka.⁹⁶⁸ Weil die Heime der Behindertenhilfe in der Regel mit externen Fachärztinnen und Fachärzten oder

962 »Rote Liste« für die Bundesrepublik sowie das »Arzneimittelverzeichnis« der DDR.

963 Z. B. 100 von ca. 6.000 Krankenakten des Fachkrankenhauses Berlin-Lichtenberg im Zeitraum 1965–1993.

964 So verweisen Interview und Akte einer ehemaligen Patientin der KJP im Bezirkskrankenhaus Uchtsprünge auf einen breiten Einsatz von Psychopharmaka in den 1970er und 1980er Jahren; LASA: M 81, Nr. P 1905; Interview Nr. 05 von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Patientin der Bezirksnervenklinik Uchtsprünge (1977/1982) [anonymisiert], 20.6.2019.

965 HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), 686, 688 f.

966 Die Akten des Franziskuswerks Schönbrunn (Dachau) sowie der vier Einrichtungen der Behindertenhilfe in der DDR, Storkow-Hubertushöhe (AS der Bezirksnervenklinik Eberswalde), Dobbertin (Mecklenburg-Vorpommern), ehem. AS der Bezirksnervenklinik Schwerin, Waldhof Templin, Stephanusstiftung (Brandenburg) und das Heim St. Johannesstift Ershausen (Thüringen), wurden nicht in die systematische Auswertung einbezogen.

967 HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), Medikamentenerhebung; KEY: St. Johannesstift Ershausen, kath. BH (DDR); DREIER-HORNING: Waldhof Templin, ev. BH (DDR), 505 ff.

968 Ibid; HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), Medikamentenerhebung.

Fachkrankenhäusern kooperierten, ist davon auszugehen, dass separate Krankenblätter geführt und möglicherweise dort auch archiviert wurden.⁹⁶⁹ In den Akten der Assoziationsanstalt Schönbrunn fanden sich lediglich punktuell Hinweise auf eine Medikation. Ein Mädchen wurde zur »Medikamenteneinstellung« in das nächste Bezirkskrankenhaus Haar eingewiesen. Es lässt sich anhand der Quellen keine Aussage über Art und Umfang der Medikation treffen.⁹⁷⁰ Ebenso verhält es sich im Heim Diakoniewerk Kloster Dobbertin gGmbH. Hinweise sprechen allerdings dafür, dass Psychopharmaka auch hier zum Lebensalltag gehörten.⁹⁷¹ Die Akten der Kinderpsychiatrie Storkow-Hubertushöhe enthielten als Pflegeeinrichtung der Bezirksnervenklinik Eberswalde zwar eine medizinische Dokumentation, allerdings war nur noch ein kleines Aktenkonvolut für den Zeitraum 1964 bis 1990 zugänglich.⁹⁷²

969 Z. B. wurde die Kinderstation im ev. Königin-Elisabeth-Hospital Herzberge durch das Fachkrankenhaus Berlin-Lichtenberg psychiatrisch versorgt. Die Heimakten enthalten keine medizinische Dokumentation. Behandlungsberichten aus dem Fachkrankenhaus lassen sich aber Angaben zur Medikation entnehmen; LAUDIEN: Kloster Dobbertin, ev. BH (DDR), 533.

970 BEYER: Assoziationsanstalt Schönbrunn, kath. BH (BRD), 392 f.

971 LAUDIEN: Kloster Dobbertin, ev. BH (DDR), 533.

972 In elf der zwölf überlieferten Akten ist eine Medikation über den gesamten Zeitraum der stationären Unterbringung dokumentiert (Sedativa, Neuroleptika, Antikonvulsiva, Tranquilizer); siehe DREIER-HORNING: Hubertushöhe, LE KJP (DDR), 538, 562 ff.

6.2.2 Entwicklung und Dimension

Einrichtung	Träger	Typ	Ost/ West	Zeitraum (erfasste Akten)	Anzahl relevanter Akten (Me- dikation)	Anzahl Da- tensätze/ Applikati- onen
Kinder- und jugendpsychia- trische Abteilung der Pfälzi- schen Nervenlinik Landeck bei Klingenstein	staat- lich	KJP	West	1949–1958	54	449
Kindersanatorium Wiesen- grund/Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berlin- West	staat- lich	KJP	West	1949–1975	59	252
Das Kinder- und Pflegeheim Vorwerk in Lübeck	konfes- sionell	Heim	West	1949–1975	67	250
Abteilung für Kinderneu- ropsychoatrie der Psychia- trischen- und Nervenlinik der Charité	staat- lich	KJP	Ost	1949–1976	64	209
Kinderabteilung der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren	staat- lich	KJP	West	1951–1966	65	162
Fachkrankenhaus für Neurolo- gie und Psychiatrie Berlin- Lichtenberg (Herzberge)	staat- lich	KJP	Ost	1961–1990	53	161
Rheinische Landeslinik für Jugendpsychiatrie in Bonn	staat- lich	KJP	West	1949–1975	51	141
St. Joseph-Versorgungsanstalt Ursberg	konfes- sionell	Heim	West	1949–1975	54	136
Kinderabteilung der Landes- heilanstalt Uchtspringe	staat- lich	KJP	Ost	1949–1958	39	134
Kinder- und jugendpsychia- trische Abteilung der Univer- sitätsnervenlinik Halle/Saale (KJPUH)	staat- lich	KJP	Ost	1968–1990	33	80
Erziehungs- und Pflegeanstalt Haus Hall	konfes- sionell	Heim	West	1949–1975	24	58
gesamt:					593	2.032

Tabelle 1: Applikationen nach Anzahl und Einrichtungen sortiert. Die meisten Applikationen wurden in den Einrichtungen Klingenstein, Wiesengrund und Lübeck erfasst, gefolgt von der Charité.

Patient/-innen Einrichtungen	weiblich	männlich	Ost	West	Psychiatrie	Heim	staatlich	konfessionell
Anzahl Datensätze	821	1.196	584	1.448	1.588	444	1.838	194
	2.017		2.032		2.032		2.032	

Tabelle 2: Verteilung erfasster Medikamenten-Applikationen nach Geschlecht und Einrichtungstyp.

In der Regel wurde der Handelsname von Arzneimitteln dokumentiert (z. B. Faustan® DDR, Valium® BRD). Die Präparate wurden unter ihrer generischen Bezeichnung (z. B. Diazepam) erfasst, woraus sich eine Tabelle mit 2.032 Datensätzen (d. h. Applikationen bzw. Verordnungen) ergab.⁹⁷³ Im Schnitt erhielten die Kinder drei unterschiedliche Präparate. Nach der gängigen ATC-Klassifikation⁹⁷⁴ ließ sich diese Medikation in einem ersten Schritt in »Mittel, die auf das Nervensystem wirken (ATC-N)/psychotrope Substanzen« (N=1347) sowie »andere Medikamente« (N=686) einteilen (Abbildung 1).

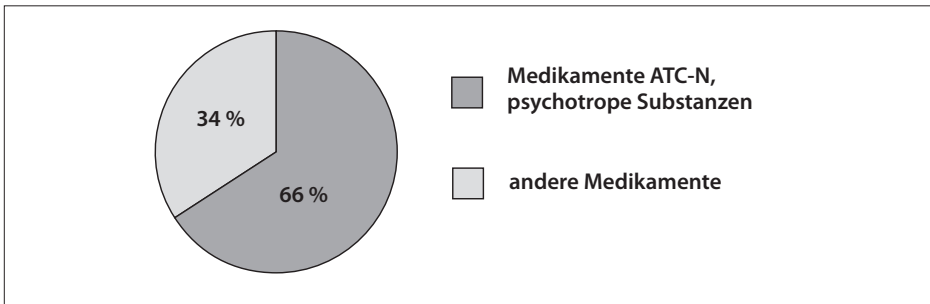


Abbildung 1: Erfasste Medikation 1949–1989

Außerdem ließen sich verschiedene Kategorien der Medikation unterscheiden (Abbildung 2):

1. Psychopharmaka-Therapie (N=1.001)
2. antikonvulsive Therapie (N=196)
3. Sedierung bei Eingriffen, vor allem der Pneumenzephalographie (N=149)
4. sonstige bzw. begleitende Behandlung (N=686).

973 Für die erfassten Krankenakten aus den Einrichtungsstudien wurden jeweils eindeutige ID-Nummern (z. B. Einrichtungs- oder Archivkürzel und laufende Nummer) vergeben, die im Folgenden anstelle von Aktensignaturen zitiert werden (z. B. HPAC001). Gesamttabelle und Liste zum Abgleich der Signaturen werden im Archiv des Instituts für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin (IGMEM) der Charité – Universitätsmedizin Berlin aufbewahrt.

974 Die Anatomisch-Therapeutische-Chemische (ATC) Klassifikation ist eine amtliche Klassifikation für pharmakologische Wirkstoffe: Wirkstoffe werden nach dem Organ oder Organsystem, auf das sie einwirken, und nach ihren chemischen, pharmakologischen und therapeutischen Eigenschaften in verschiedene Gruppen eingeteilt, vgl.: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/anzweimittel/atc-klassifikation> (letzter Zugriff: 25.1.2021).

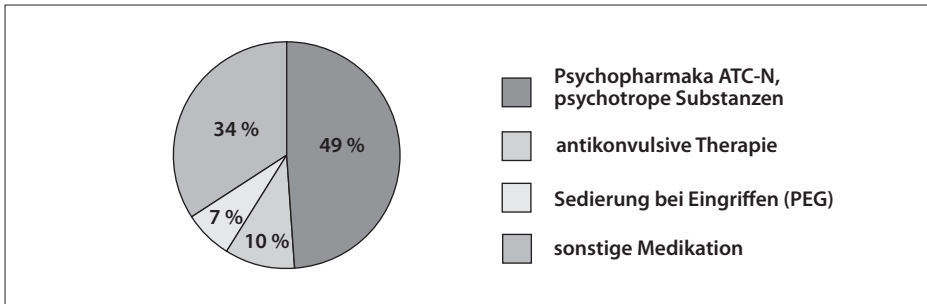


Abbildung 2: Erfasste Medikation nach Einsatzbereich 1949–1989

Da ein Arzneistoff häufig unter verschiedenen Indikationen eingesetzt wurde, ist diese Einteilung nicht trennscharf.⁹⁷⁵ Barbiturate (z. B. Phenobarbital) wurden beispielsweise in den 1950er Jahren *lege artis* bei Unruhe- und Erregungszuständen und Schlafstörungen, aber auch als Antiepileptika verordnet. Die in den 1960er Jahren eingeführten Benzodiazepine (z. B. Chlordiazepoxid, Diazepam) wirken nicht nur angstlösend und entspannend, sondern auch muskelrelaxierend.⁹⁷⁶ Applikationen wurden als antikonvulsiv erfasst, wenn Diagnose oder Indikation einen entsprechenden Hinweis darauf gaben (N=196).⁹⁷⁷

Zu den Psychopharmaka (N=1.001) wurden geordnet nach therapeutischen Hauptgruppen (ATC-N) Antidepressiva, Antipsychotika (Neuroleptika), Anxiolytika, Hypnotika (Sedativa), Antiparkinsonmittel und Psychostimulanzien, außerdem andere psychotrope Substanzen wie Coffein, Campher oder Cardiazol gezählt, die vor allem in den 1950er Jahren noch eine Rolle spielten (Abbildung 3, S. 234). Antiparkinsonmittel meint in unserem Sample vor allem Biperiden, einen anticholinergen Wirkstoff zur Behandlung von Bewegungsstörungen, insbesondere Schlundkrämpfen, die durch Neuroleptika ausgelöst werden können (N=35) (Abbildung 3: Mittel gegen extrapyramidale Nebenwirkungen, S. 234).

Wurde eine Pneumenzephalographie (PnEG) durchgeführt, erhielten Kinder eine Sedierung, beispielsweise Atropin kombiniert mit Pethidin und Promethazin, im Nachgang schmerzlindernde Analgetika wie Aminophenazon oder Ibuprofen.⁹⁷⁸

975 Nicht-opioide Analgetika wurden beispielsweise mit Blick auf die Forschungsfragen als eher irrelevant den »sonstigen Medikamenten« zugeordnet.

976 GERHARD/SCHÖNBERG (2016), 286; NISSEN/EGGERS/MARTINIUS (1984), 198; SEIDEL/SCHULZE/GÖLLNITZ (1987), 245.

977 Insgesamt waren bei 104 Kindern entweder eine »Epilepsie«, eine »Krampfbereitschaft« oder ein »Anfallsgeschehen« vermerkt.

978 MÜNCH: Kindersanatorium Wiesengrund Berlin, LE KJP (BRD), 587; HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), Medikamentenerhebung; HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), Medikamentenerhebung; LÖFFELBEIN: Rheinische Landeslinik Bonn, LE KJP (BRD), Medikamentenerhebung.

Ein Drittel der Applikationen (N=686) umfasste außerdem »sonstige Arzneimittel« wie Antibiotika, die wegen Begleiterkrankungen (z.B. Infekte) oder Nahrungsergänzungsmittel (z.B. Vitamine, Mineralstoffe), die zur allgemeinen Stärkung verabreicht wurden (Abbildung 2).

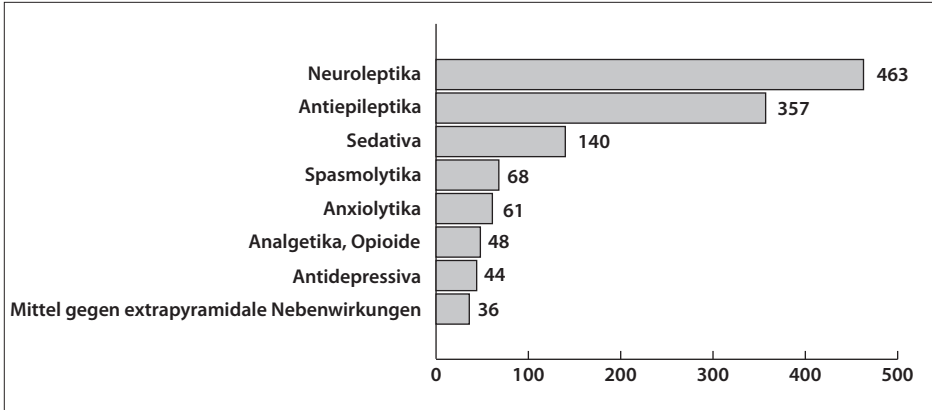


Abbildung 3: 1949–1990: Medikation nach therapeutischen Hauptgruppen (ATC-N)⁹⁷⁹

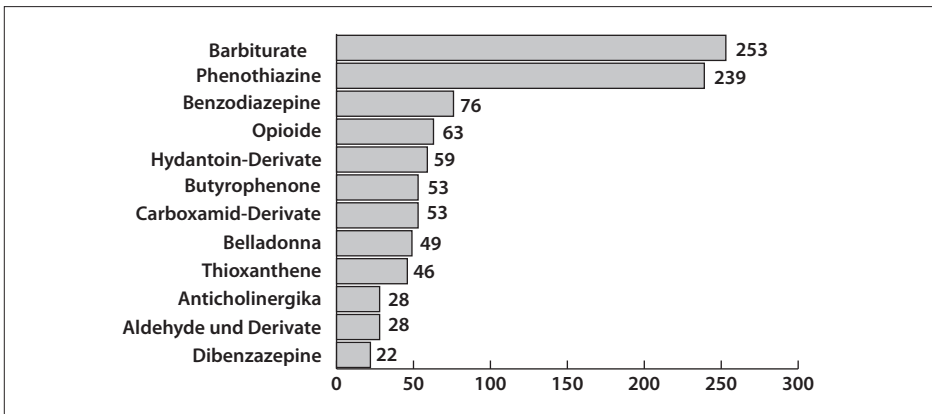


Abbildung 4: Medikation nach Stoffgruppen 1949–1990

⁹⁷⁹ Die Zahlenangaben in allen Abbildungen beziehen sich jeweils auf die Anzahl der Medikamentenapplikationen (N=2.032).

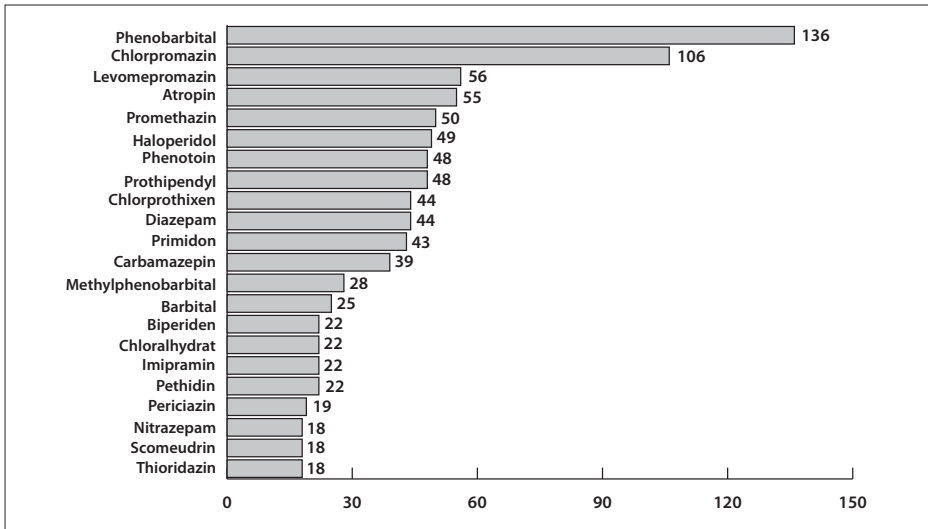


Abbildung 5: 1949–1990: Medikation nach Wirkstoffen – am häufigsten verabreichte Arzneimittel (ATC-N)

6.2.2.1 Medikation in den 1950er Jahren

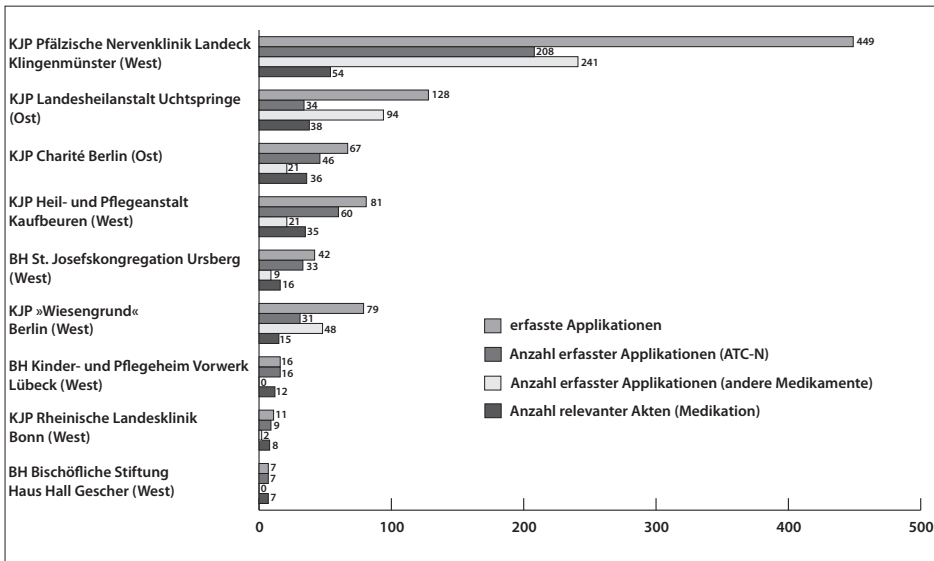


Abbildung 6: Erfasste Medikation nach Einrichtungen, 1950er Jahre

Zur besseren Vergleichbarkeit der Einrichtungen wurde die erfasste Medikation in Dekaden eingeteilt. Es zeigten sich im Querschnitt der Einrichtungen dabei recht deutliche Unterschiede im Umfang der Medikation.

Ein Beispiel für einen arzneimittel-zentrierten Therapieansatz stellt die Pfälzische Nervenlinik Landeck (PNL) dar (Abbildung 6: Erfasste Medikation nach Einrichtungen, 1950er Jahre). Bereits in den 1950er Jahren legte der damalige Anstaltsleiter Gerhart Mall großen Wert auf die genaue Dokumentation verabreichter Arzneimittel.⁹⁸⁰ Einzelne Kinder erhielten über 20, etliche über zehn verschiedene Medikamente, zum Teil auch Hormonpräparate, die in anderen Einrichtungen unseres Samples kaum eine Rolle spielten (vgl. Abschnitt »Therapieren und Forschen«).⁹⁸¹

Der Beginn des Untersuchungszeitraums fällt mit der Einführung von Chlorpromazin zusammen (Megaphen®, Propaphenin®). Es wurde in allen Einrichtungen eingesetzt, wobei in den 1950er Jahren mehrheitlich noch auf herkömmliche Präparate zurückgegriffen wurde. Es dominierten die Barbiturate (Luminal®, Somnifen®) mit einer sedativen oder antikonvulsiven Wirkung (Abbildungen 7, 8 und 9).⁹⁸² Das Phenobarbital (Luminal®, Lepinal®) wurde in den 1950er Jahren am häufigsten verabreicht (Abbildung 9). Eingesetzt wurde es entsprechend seiner beiden Anwendungsbereiche als Antiepileptikum,⁹⁸³ mehrheitlich aber bei Kindern mit der Diagnose »erethischer Schwachsinn« oder mit »Unruhezuständen« wegen seiner sedativen Wirkung als Schlaf- und Beruhigungsmittel.⁹⁸⁴ Das konnten beispielsweise auch »Heimwehreaktionen« im Zuge der stationären Aufnahme sein. Die Grenze zur Disziplinierung war fließend.⁹⁸⁵ Die Medikation erfolgte in den meisten Fällen über einen längeren Zeitraum.

In der Charité wurde das Phenobarbital später außerdem mit Pethidin (Dolcontral®) kombiniert und vor allem als Prämedikation bei einer Pneumenzephalographie (PnEG) appliziert.⁹⁸⁶

Auch Narkotika wie Scomeudrin (Oxycodonhydrochlorid, Scopolamin, Ephedrin) oder Scophedal (S.E.E.I, Scopolamin-Eucodal-Ephedrin) wurden zur Sedierung bei diagnostischen Eingriffen verwendet. Allerdings wurden diese sogenannten Mischsprit-

980 BEYER: Pfälzische Nervenlinik Landeck, LE KJP (BRD), 663 ff.

981 Ibid.

982 Z. B. HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), Medikamentenerhebung.

983 Ibid., ID STJU 72, 90, 99; KEY: St. Johannesstift Ershausen, kath. BH (DDR), 482.

984 DREIER-HORNING: Hubertushöhe, LE KJP (DDR), 562 f.; LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 463.

985 LÖFFELBEIN: Rheinische Landeslinik Bonn, LE KJP (BRD), 614; BEYER: Pfälzische Nervenlinik Landeck, LE KJP (BRD), 665; in der KJP im Fachkrankenhaus Herzberge wurde bei »Heimweh und Trennungsreaktionen« später das Antidepressivum Imipramin verabreicht; vgl. HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 752.

986 Z. B. HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), Medikamentenerhebung, ID HPAC035, HPAC038, HPAC042, HPAC043, HPAC045, HPAC046.

zen auch bei »widersetzlichem Verhalten« »sehr erregter« Patientinnen und Patienten verabreicht. Dabei ist der strafende Charakter einer Injektion hervorzuheben.⁹⁸⁷

Als Antiepileptikum stand neben Brom und Phenobarbital bereits das Hydantoin-Derivat Phenytoin zur Verfügung. Es wurde bei verschiedenen Epilepsie-Formen verordnet (Lepitoin®, Comital®, Zentropil®, Citrullamon®).⁹⁸⁸ 1938 in den USA auf den Markt gebracht, konnte es die Anfallsfrequenz in vielen Fällen nicht wesentlich beeinflussen. Die unerwünschten Arzneimittelwirkungen waren zum Teil beträchtlich (Abb. 7, 8 und 9).⁹⁸⁹

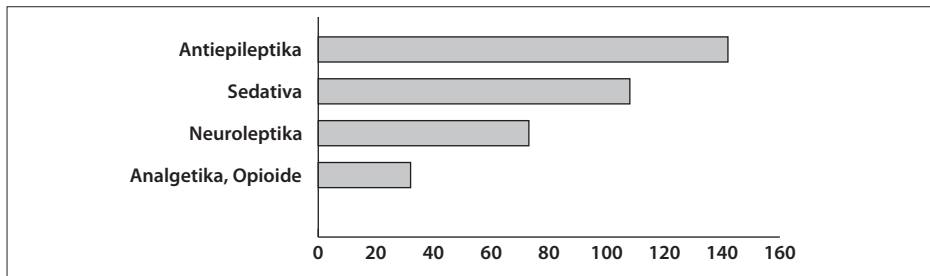


Abbildung 7: Medikation nach therapeutischen Hauptgruppen (ATC-N), 1950er Jahre

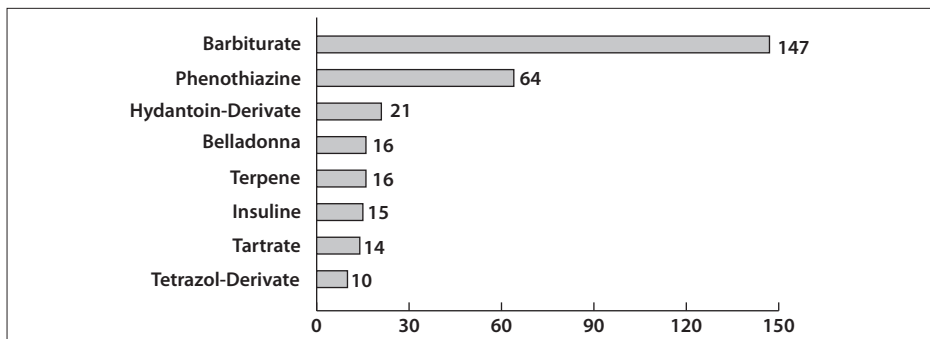


Abbildung 8: Medikation nach Stoffgruppen, 1950er Jahre

987 Vgl. zum strafenden Charakter von Injektionen in den 1960er Jahren auch die Aktenauswertung im Bezirkskrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie in Brandenburg in: SPÄTE/OTTO (2011), 69; vgl. auch HOTTENROTT: Bezirksnervenklinik Uchtsprunge, LE KJP (DDR), 828; LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 465; auch BEYER: Pfälzische Nervenklinik Landeck, LE KJP (BRD), 664; zur Verwendung zur PnEG auch Münch: Kindersanatorium Wiesengrund Berlin, LE KJP (BRD), Medikamentenerhebung; HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), Medikamentenerhebung.

988 Ibid.; HOTTENROTT: Bezirksnervenklinik Uchtsprunge, LE KJP (DDR); HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 747; LÖFFELBEIN: Bezirksnervenklinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD), Medikamentenerhebung; BEYER: Universitätsnervenklinik Halle/S., LE UKJP (DDR), 789; DREIER-HORNING: Waldhof Templin, ev. BH (DDR), 508; HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), Medikamentenerhebung.

989 LENHARD-SCHRAMM/RATING/ROTZOLL (2020), 174.

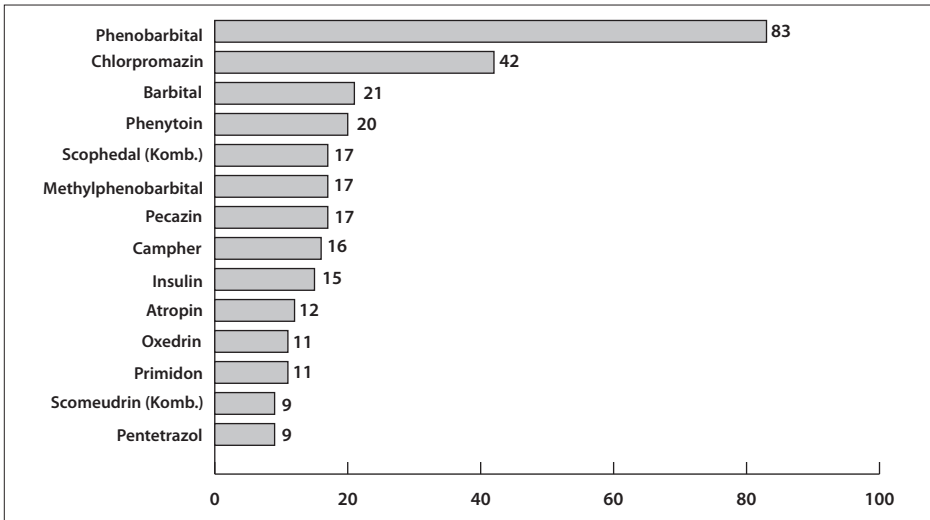


Abbildung 9: Medikation nach Wirkstoffen, 1950er Jahre. Die Abbildung zeigt die am meisten erfassten psychotropen Substanzen.

Chlorpromazin wurde zunächst nur vereinzelt als Antipsychotikum eingesetzt, in Uchtsprünge auch kurzzeitig bei einer diagnostizierten Neurose.⁹⁹⁰ Psychosen spielten in der Kinderpsychiatrie damals kaum eine Rolle. Einer Fachpublikation von 1958 ist zu entnehmen, dass die neuen Phenothiazine hauptsächlich wegen ihrer sedierenden Komponente verordnet wurden. Sie sollten »erethische, schwachsinnige oder cerebralgeschädigte Kinder« »allgemein beruhigen«.⁹⁹¹ Dabei wurde Chlorpromazin in oralen Gaben von $2-3 \times 10$ mg bis 2×50 mg oder mehr pro Tag und über Wochen oder Monate verabreicht.⁹⁹² Ausgesprochen positiv dokumentiert wurde die »Dämpfung der motorischen Unruhe«, aber auch die »bessere Konzentrationsfähigkeit«, »die das Lernen erleichtert und Hilfsschulleistungen verbessert« habe. Dabei wurde den Neuroleptika eine »echte Steigerung des Intelligenzquotienten« zugeschrieben. Das »Nichtauftreten einer Verblödung« unter Chlorpromazin galt als besonderer Vorzug.⁹⁹³ Wolfgang von Haller, leitender Arzt der Kinderpsychiatrie Kaufbeuren, hatte Phenothiazine bereits kurz nach Markteinführung bei »Erregungszuständen« eingesetzt. In seiner Veröffentlichung in der Zeitschrift »Nervenarzt« über deren Anwendung bei »hirngeschädigten« Kindern betonte er die zukunftsweisende Rolle der neuen Medikamente für den kinderpsychiatrischen Bereich.⁹⁹⁴ Die Anwendungsbereiche der Neuroleptika ergaben sich

990 MÜNCH: Kindersanatorium Wiesengrund Berlin, LE KJP (BRD), 587 f.; HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), 697; dies.: Bezirksnervenlinik Uchtsprünge, LE KJP (DDR), 827.

991 KLEINSORGE/RÖSNER (1958), 215.

992 Ibid.

993 Ibid.

994 LÖFFELBEIN: Bezirksnervenlinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD), 632.

somit aus der Praxis. Sie waren definiert durch einen »defizitären Blick« auf Patientinnen und Patienten (»Nichtauftreten einer Verblödung«) und die normierende Funktion der neuen Psychopharmaka (»echte Steigerung des Intelligenzquotienten«). Unerwünschte Wirkungen der Neuroleptika waren zwar bekannt, wurden aber kaum problematisiert.⁹⁹⁵

In der Kategorie der sonstigen Medikamente wurden in den 1950er Jahren insbesondere Antibiotika (Penicilline, Sulfonamide), Mittel zur allgemeinen Stärkung (z. B. Vitamin C, Biomalz) sowie Fieber- und Schmerzmittel (Aminophenazon) eingesetzt (Abbildung 10: Sonstige Medikamente, 1950er Jahre). Ein experimentelles Präparat war die Aminosäure Glutaminsäure, der ebenfalls eine positive Wirkung auf die »Intelligenzleistung« zugeschrieben wurde. Eine Verabreichung sollte Intelligenzquotienten, Aufmerksamkeit, Ausdauer, Interessiertheit, Erziehbarkeit und Konzentration steigern.⁹⁹⁶ Ein Beispiel für einen solchen Therapieversuch findet sich im Aktensample der KJP »Wiesengrund«.⁹⁹⁷

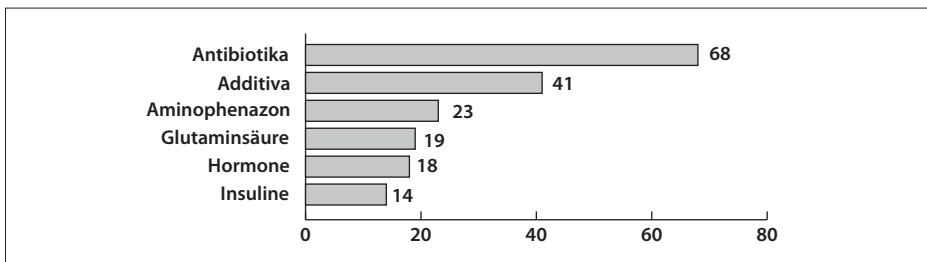


Abbildung 10: Sonstige Medikamente, 1950er Jahre

Die Hormonbehandlung spielte im Gesamtsample nur vereinzelt eine Rolle (Z. B. Cyproteronacetat).⁹⁹⁸ Eine Ausnahme bildet die bereits erwähnte Anstalt Landeck, in der 18 Minderjährigen des Samples Hormonpräparate verabreicht wurden (Hypophysenvorderlappenhormone, Schilddrüsenhormone und die Sexualhormone Östrogen und Gestagen). Die Behandlungsversuche standen wahrscheinlich mit der endokrinologisch-psychiatrischen Forschung des Anstaltsleiters zu »zyklusgebundenen, periodisch rezidivierenden« Psychosen und seinem Interesse an einer hormonellen Behandlung von Sexualdeviationen im Zusammenhang (vgl. Abschnitt »Therapieren und Forschen«).⁹⁹⁹

995 Ibid.; z. B. HAASE (1954).

996 GÖLLNITZ (1967), 308; vgl. dazu auch SCHEPKER/KÖLCH (2017), 418.

997 MÜNCH: Kindersanatorium Wiesengrund Berlin, LE KJP (BRD), Medikamentenerhebung, ID WG 025.

998 Hottenrott: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 745.

999 Beyer: Pfälzische Nervenlinik Landeck, LE KJP (BRD), 665.

6.2.2.2 Schocktherapie und Dämmer Schlaf – andere somatische Verfahren

Neben der Pharmakotherapie zählten auch Fieberturen durch Malaria tertiana, Schlaftherapien (ab 1920) unter Einsatz von Somnifen (Barbituratsäurepräparat), Koma- und Schocktherapien mit Insulin (ab 1933), Cardiazol (ab 1934), Kampfer (Camphora) und elektrischem Strom (1937) zu den somatischen Behandlungsverfahren, die auch in den von uns untersuchten Einrichtungen im Untersuchungszeitraum noch angewendet wurden (siehe Kap. 5.5).¹⁰⁰⁰ Die Landesheilanstalt Uchtspringe verfügte hierfür beispielsweise über spezielle diagnostisch-therapeutische Einrichtungen (1949).¹⁰⁰¹ Es fanden sich einzelne Belege für die Durchführung bei Jugendlichen, wobei Cardiazol und Kampfer (Camphora) auch als Angiotikum, kleine Insulindosen auch zur »allgemeinen Stärkung« eingesetzt wurden.¹⁰⁰² Viele Kinder in Uchtspringe waren körperlich geschwächt und hatten schwere interkurrente Erkrankungen (Infekte).¹⁰⁰³ Auch in anderen Einrichtungen wurden die Verfahren angewendet.¹⁰⁰⁴ In der Charité-Nervenlinik blieben Elektroschockbehandlung und Insulin-Koma-Therapie bis weit in die 1950er Jahre Mittel der Wahl zur Behandlung der Schizophrenie. Sie wurden bei vier Patienten unseres Aktensamples kombiniert eingesetzt, wobei im Falle eines Jugendlichen mit »katatoner Schizophrenie« insgesamt 21 Komata dokumentiert sind. Seine Behandlung wurde bereits mit Chlorpromazin (Propaphenin®) kombiniert, das bald an die Stelle der Elektrokrampftherapie trat.¹⁰⁰⁵ Die Cardiazol-Krampfbehandlung blieb auch in den 1960er Jahren noch Mittel zweiter Wahl bei der Behandlung von Melancholien und Psychosen.¹⁰⁰⁶ Auch in Landeck wurden Elektrokrampf- und Insulin-Therapie kombiniert, sofern die Patientinnen und Patienten nicht auf eine medikamentöse Therapie ansprachen.¹⁰⁰⁷ Im Haus Hall wurde bei einem als psychotisch bezeichneten Kind eine »große Insulinschockkur« durchgeführt, bei einer anderen Minderjährigen setzte man »unterschwellige Insulinkuren« an, ebenso in der Heil- und Pflgeanstalt Kaufbeuren.¹⁰⁰⁸

Spätestens seit den 1960er Jahren wurden diese Verfahren nicht mehr regelhaf eingesetzt. Sie blieben aber bei spezifischen Indikationen über den ganzen Untersuchungs-

1000 GERHARD/SCHÖNBERG (2016), 286.

1001 HOTTENROTT: Bezirksnervenlinik Uchtspringe, LE KJP (DDR), 799.

1002 Ibid., 824 f., Medikamentenerhebung, z. B. ID U 016, U056; HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), Medikamentenerhebung, ID STJU 94; vgl. Arzneimittelverzeichnis (1957), 65 f. und 88.

1003 Ibid.; HOTTENROTT: Bezirksnervenlinik Uchtspringe, LE KJP (DDR), 826 f.

1004 BEYER: Pfälzische Nervenlinik Landeck, LE KJP (BRD), 662; HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), 689 f.; LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 361 f.

1005 HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), 691 f.; vgl. auch RZESNITZEK (2015), 1412; vgl. auch die 1949 letztmalig erschienenen Behandlungsempfehlungen der Charité: ROGGENBAU (1949), 395; ATZL/HESS/SCHNALKE (2005), 37.

1006 HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), 694.

1007 BEYER: Pfälzische Nervenlinik Landeck, LE KJP (BRD), 662.

1008 LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 361; ders.: Bezirksnervenlinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD), 633.

zeitraum hinweg Mittel der Wahl, falls »keinerlei Psychopharmakawirkung« zu erreichen war.¹⁰⁰⁹ Auch die »Dämmer Schlaftherapie«, »Dauernarkose« oder »Heilschlafbehandlung« nach Jakob Klaesi (1883-1980) ließ sich in den von uns untersuchten Einrichtungen nachweisen. Dabei wurden die Patientinnen und Patienten in einen, zum Teil mehrmonatigen Schlaf- oder Dämmerzustand versetzt. In Haus Hall wurde bei mehreren »sehr unruhigen« Kindern unmittelbar nach der Markteinführung eine »Winterschlafkur« mit Megaphen durchgeführt.¹⁰¹⁰ Auch eine damals achtjährige Patientin, die 1958 in die Nervenheilanstalt Uchtsprunge eingewiesen worden war, erinnert sich daran, dass sie in den ersten sechs Wochen isoliert wurde und Tabletten bekam, von denen sie »unendlich lange geschlafen« habe.¹⁰¹¹ Auf den überlieferten Seiten ihrer Krankenakte ist die Medikation nicht aufgezeichnet, in anderen Fällen schon, wie die sogenannte Heilschlafbehandlung im Falle eines 18-jährigen Patienten mit katatonen Symptomen (1953); außerdem findet sich bei einem weiteren Patienten eine Megaphen-Schlafkur als »nicht durchgeführt« in den Akten (1956).¹⁰¹² Schlafkuren gehörten demnach auch in Uchtsprunge zum therapeutischen Repertoire der 1950er Jahre.¹⁰¹³ Im Aktensample der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren fielen noch für Ende der 1950er Jahre die verordneten Schlaf- und Dämmer Schlafkuren auf. Der Leiter der Kinderabteilung Wolfgang von Haller war ein ausdrücklicher Befürworter des Verfahrens. In einem Fall scheint die Behandlung sozialdisziplinarisch gedacht gewesen zu sein. Ein 16-jähriger Patient mit einer geistigen Behinderung wurde in einen einmonatigen Dauerschlaf versetzt, nachdem die Behandlung mit Decentan und Megaphen nicht zu einer Veränderung seines »flegelhaften Verhaltens« geführt hätte.¹⁰¹⁴

6.2.2.3 Medikation in den 1960er Jahren

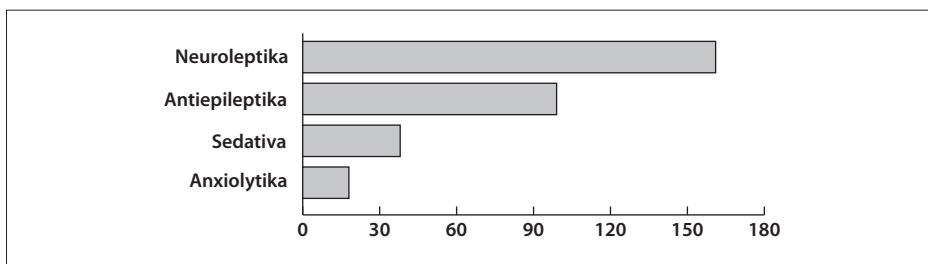


Abbildung 11: Medikation nach therapeutischen Hauptgruppen (ATC-N), 1960er Jahre

1009 Vgl. SEIDEL/SCHULZE/GÖLLNITZ (1987), 246; Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 748.

1010 LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 362.

1011 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Patientin der KJP Bezirksnervenlinik Uchtsprunge [anonymisiert], 7.6.2019, 04:49–05:06.

1012 Bezirksnervenlinik Uchtsprunge M 81, Nr. P 249; Charité, HPAC 1955/46M.

1013 HOTTENROTT: Bezirksnervenlinik Uchtsprunge, LE KJP (DDR), 822 und 826.

1014 LÖFFELBEIN: Bezirksnervenlinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD), 640 f.

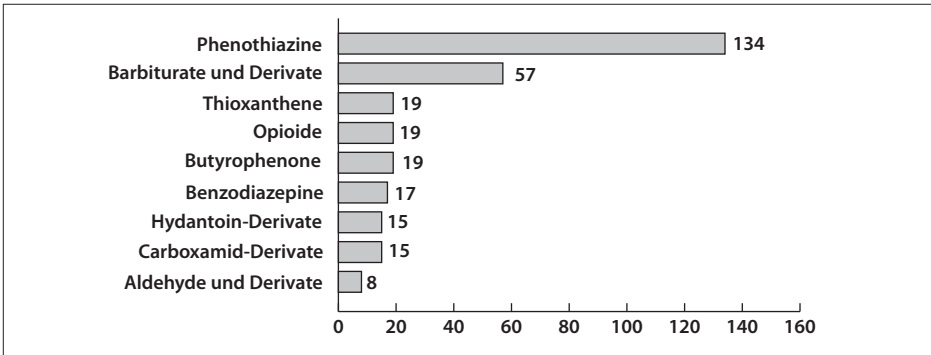


Abbildung 12: Medikation nach Stoffgruppen, 1960er Jahre

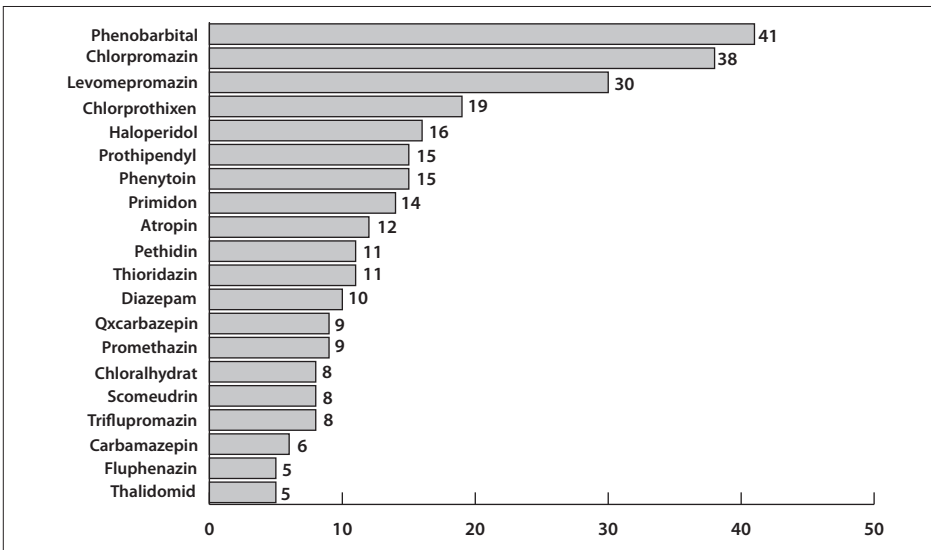


Abbildung 13: Medikation nach Wirkstoffen, 1960er Jahre

Wurden »besonders unruhige« Kinder in den 1950er Jahren überwiegend mit Barbituraten behandelt, traten in den von uns untersuchten Einrichtungen ab den 1960er Jahren vor allem Neuroleptika (Phenothiazine) an ihre Stelle. Phenobarbital, Chloralhydrat und Someudrin wurden zwar auch weiterhin verwendet, allerdings wurde das Spektrum psychotroper Substanzen deutlich erweitert (Abbildung 13).

Neuroleptika wie Levomepromazin (Neurocil®), Prothipendyl (Dominal®) und Chlorprothixen (Taractan®, Truxal®) fanden breitere Anwendung.¹⁰¹⁵ Auch stark wirkende Neuroleptika wie beispielsweise Haloperidol (Haldol®) oder Triflupromazin

1015 MÜNCH: Kindersanatorium Wiesengrund Berlin, LE KJP (BRD), 588.

(Psyquil®) spielten bereits eine Rolle.¹⁰¹⁶ Haloperidol wurde 1965 in der BRD und 1976 in der DDR registriert.¹⁰¹⁷ Zur Anwendung hieß es 1965 lediglich: »Neuroleptikum für psychiatrische Indikationen.«¹⁰¹⁸ Und 1969 etwas spezifischer: »psychomotorische Erregungszustände, wie z. B. Unruhe bei zerebraler Arteriosklerose [...] Akute u. chronische Schizophrenien. Choreiforme Hyperkinesien, Tic nerveux, Stottern.«¹⁰¹⁹ Stark wirkende Neuroleptika wurden auch in unserem Sample gegeben, zum Teil hochdosiert und für »unruhige« Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner auch über längere Zeiträume.¹⁰²⁰ Dieser Einsatz entsprach offenbar einer allgemein üblichen Medikationspraxis. Der Kinderpsychiater Hans Heinze jun. konstatierte 1968: »Kein Zweifel besteht jedoch daran, dass bei ausgeprägten erethischen Syndromen, bei erheblichen Aggressionstendenzen und einer ähnlichen Symptomatologie auch neuroleptisch höher potente Psychopharmaka [hier: Chlorperphenacin (Decentan)] Anwendung finden müssen.«¹⁰²¹

Als Tranquilizer standen bereits Diazepam (Faustan®; Veronal®), als Antiepileptika Phenytoin und das Carbamazepin zur Verfügung (Abbildung 13).

Im Querschnitt der Einrichtungen fällt in den 1960er Jahren die hohe Anzahl verabreichter Arzneimittel in der KJP Wiesengrund auf, nachdem die Zahlen in den 1950er Jahren hier noch marginal waren (Abbildung 14). Am häufigsten wurden niedrig potente Neuroleptika, d. h. Arzneimittel mit vorrangig sedierender Wirkkomponente, verabreicht wie Neurocil® (Laevomepromazin) oder Dominal® (Prothipendyl), Lyogen (Fluphenazin) und Psyquil (Triflupromazin) sowie Chlorprothixen (Taractan®, Truxal®).¹⁰²²

Der größere Anteil der Applikationen fiel allerdings in die Kategorie der sonstigen Medikamente (Fieber- und Schmerzmittel, Vitaminpräparate). Hierfür waren vermutlich Alter und Einweisungsgrund ausschlaggebend. Die Kinder des Aktensamples befanden sich bei der Aufnahme mehrheitlich im Kleinkind- und Vorschulalter und wurden in erster Linie zur diagnostischen Abklärung von Verhaltensauffälligkeiten eingewiesen.¹⁰²³

Umfangreicher war die Medikation mit Psychopharmaka in der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren sowie im Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck. Dagegen blieb die Medikationspraxis in der KJP der Universitätsnervenklinik in Halle über den

1016 HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 430; LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 363.

1017 HESS (2018), 303.

1018 Rote Liste (1965), 597.

1019 Rote Liste (1969), 543.

1020 HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 747; 1970er Jahre auch im Heim Waldhof Templin, in: DREIER-HORNING: Waldhof Templin, ev. BH (DDR), 508 f.

1021 HEINZE (1968), 313.

1022 MÜNCH: Kindersanatorium Wiesengrund Berlin, LE KJP (BRD), 588.

1023 Ibid., 568 und Medikamentenerhebung.

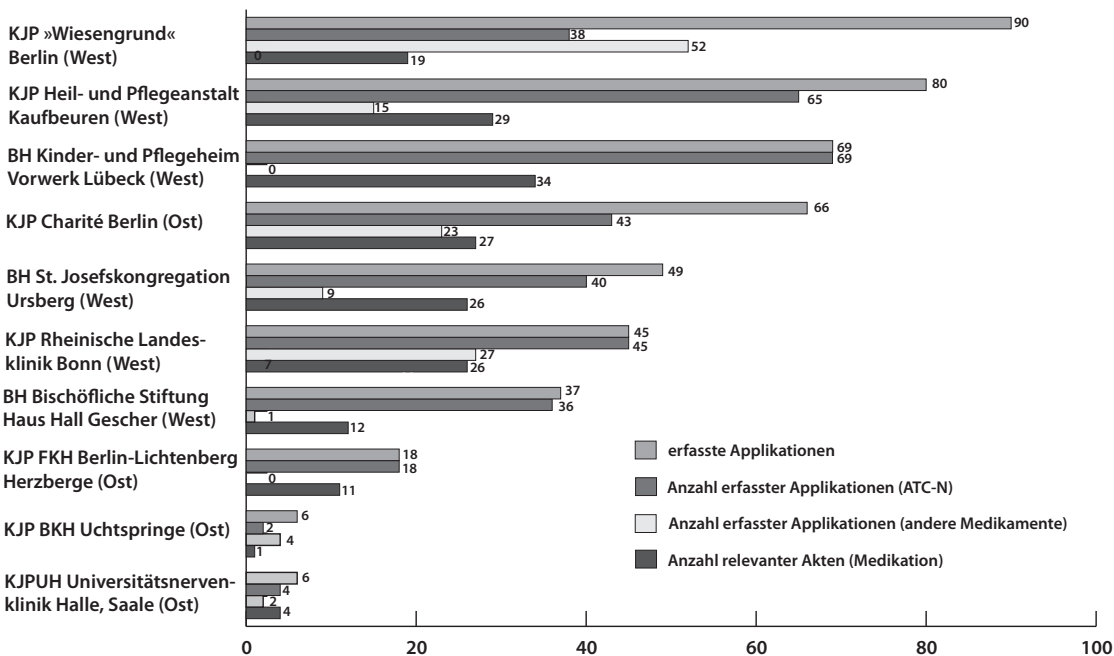


Abbildung 14: Erfasste Medikation nach Einrichtungen, 1960er Jahre

gesamten Zeitraum zurückhaltend. Hier wurde eher psychotherapeutischen Ansätzen der Vorzug gegeben.¹⁰²⁴

In den Einrichtungen der St. Josefskongregation in Ursberg spielten Psychopharmaka wahrscheinlich erst seit dem Leitungswechsel Mitte der 1960er Jahre eine nennenswerte Rolle. Erfasst wurden sie in einem erweiterten Berichtsbogen. Neben der antikonvulsiven Behandlung wurden einige Kinder über längere Zeiträume sediert, vor allem unruhige Kinder, die zuvor fixiert worden waren. Hier haben Psychopharmaka offenbar physische Zwangsmaßnahmen abgelöst (vgl. Abschnitt »Therapieren und Disziplinieren«).¹⁰²⁵

1024 BEYER: Universitätsnervenklinik Halle/S., LE UKJP (DDR), 788.

1025 HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 430 f.

6.2.2.4 Medikation in den 1970er Jahren

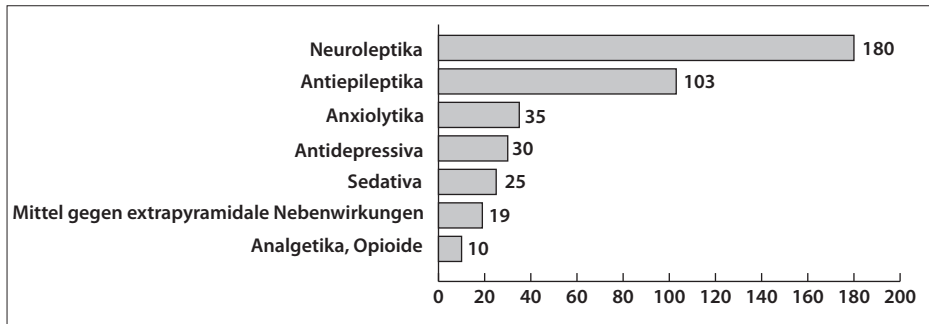


Abbildung 15: Medikation nach therapeutischen Hauptgruppen (ATC-N), 1970er Jahre

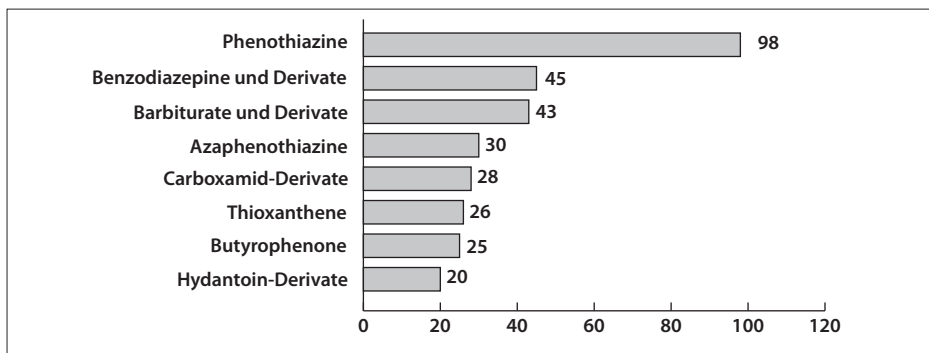


Abbildung 16: Medikation nach Stoffgruppen, 1970er Jahre

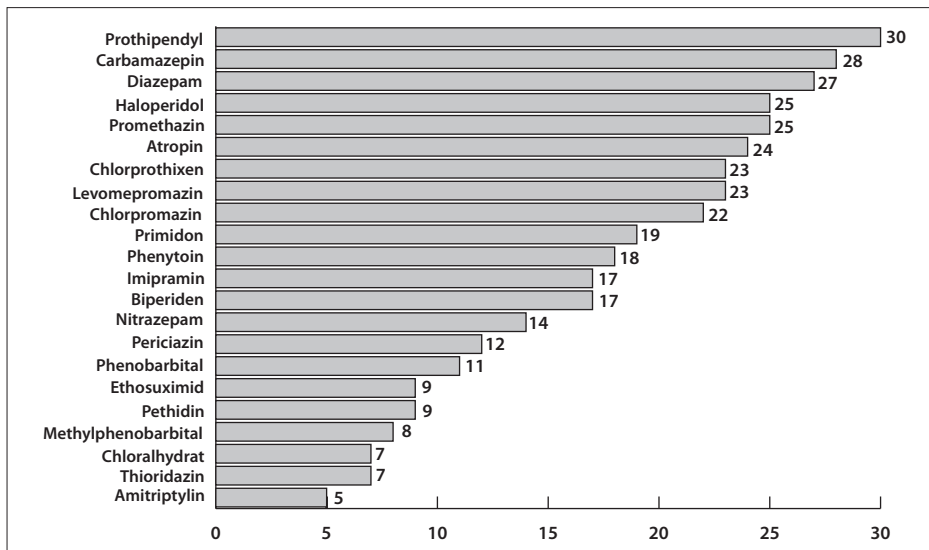


Abbildung 17: Medikation nach Wirkstoffen, 1970er Jahre

Die Anwendung der Psychopharmaka erfuhr in den 1970er Jahren eine erneute Ausweitung. Es dominierten im Querschnitt weiterhin Neuroleptika, vor allem Prothipendyl und Haloperidol (Abbildungen 15 und 17). Die vergleichsweise häufige Verabreichung von Biperiden (Akineton) deutet auf die »unerwünschten Wirkungen« (UAW) der Neuroleptika hin. Es wurde ausnahmslos bei Auftreten extrapyramidaler Bewegungsstörungen, teilweise auch vorbeugend, verabreicht. Besonders häufig verordnete der Anstaltsarzt im Kinder- und Pflegeheim Vorwerk in Lübeck das Medikament, regelhaft in Kombination mit hochpotenten Neuroleptika wie Haloperidol.¹⁰²⁶ Behandelt wurden hierbei Minderjährige, die bereits über Jahre Neuroleptika erhalten hatten.

Aber auch die Antidepressiva wie Imipramin (Melipramin®, Tofranil®, Pryleugan®) und Amitriptylin (Laroxyl®; Saroten®) spielten zunehmend eine Rolle. Sie wurden u. a. bei Enuresis verabreicht.¹⁰²⁷ In der DDR wurde Imipramin bereits 1957 eingeführt und war wie in der BRD für endogene Depressionen, Involutionsdepressionen, psycho-vegetative Erschöpfung und zusätzlich bei chronischen Schmerzzuständen zugelassen.¹⁰²⁸ Es sollte »stimmungsaufhellend, antriebssteigernd und psychomotorisch aktivierend« wirken und wurde »bevorzugt bei gehemmten Depressionen« eingesetzt, während das mehr »erregungsdämpfend bzw. sedierend« wirkende Amitriptylin eher bei »ängstlich-agitierten Depressionen« indiziert war.¹⁰²⁹

In den 1970er Jahren gehörten die Psychopharmaka in den meisten untersuchten Einrichtungen zum Anstaltsalltag (Abbildung 18). Auch in der KJPUH wurden Neuroleptika, außerdem Antidepressiva und Anxiolytika nun breiter eingesetzt. Dabei wurde weitestgehend entsprechend damaliger Anwendungsbereiche verordnet. Es gab allerdings auch hier Fälle, die sich im Grenzbereich zwischen Therapie und Erziehung bewegten, wenn beispielsweise Haloperidol zur »Dämpfung und sozialen Anpassung« verabreicht wurde.¹⁰³⁰ Auch Stimulantien spielten in Halle eine Rolle: Aponeuron (Amphetaminil) wurde bei starker »psychomotorischer Unruhe«, »Verhaltensauffälligkeiten« und »elektivem Mutismus«¹⁰³¹ verabreicht.¹⁰³²

1026 LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 463 und Medikamentenerhebung.

1027 St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD); Kindersanatorium Wiesengrund Berlin, LE KJP (BRD); Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD); Bezirksnervenlinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD); Rheinische Landesklinik Bonn, LE KJP (BRD); Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD); Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR).

1028 Rote Liste (1959), 206.

1029 SEIDEL/SCHULZE/GÖLLNITZ (1987), 243.

1030 BEYER: Universitätsnervenlinik Halle/S., LE UKJP (DDR), 791, KJPUH 1237/77.

1031 Dauerhaftes, wiederkehrendes Schweigen in bestimmten Situationen (z. B. Kindergarten, Schule) und gegenüber bestimmten Personen (z. B. gegenüber Personen, die nicht zum engsten Familienkreis gehören). Ebenso ist die Redebereitschaft gegenüber einigen wenigen vertrauten Personen in vertrautem Umfeld gegeben; vgl. <https://www.selektiver-mutismus.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte> (letzter Zugriff: 25.1.2021).

1032 BEYER: Universitätsnervenlinik Halle/S., LE UKJP (DDR), 790.

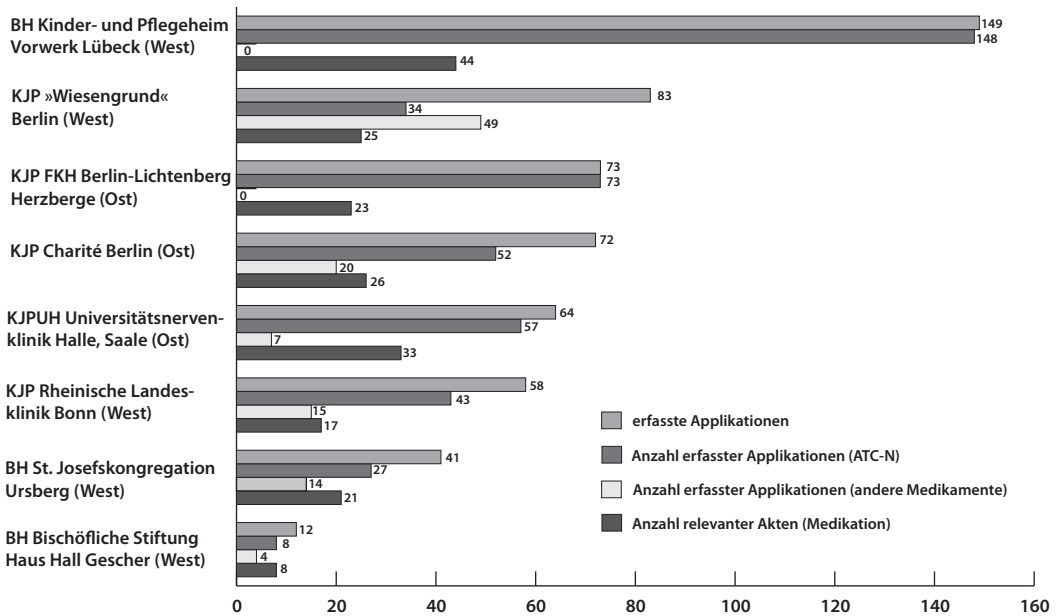


Abbildung 18: Ausgewählte Einrichtungen – Medikation, 1970er Jahre

Die breitere Verwendung der Psychopharmaka in Halle entspricht beispielsweise dem Eindruck nach einer allgemeineren Entwicklung in der DDR: Der Zugang zu Arzneimitteln wurde im Vergleich zur BRD stärker reguliert. Pharmahersteller sowie chemische Unternehmen waren auf dem Gebiet der Bundesrepublik angesiedelt, weshalb DDR-eigene Nachentwicklungen zunächst nur schleppend vorankamen. Man blieb auf der anderen Seite des Eisernen Vorhangs immer auf Importe angewiesen. Der Einsatz von Psychopharmaka wurde in den 1960er Jahren auch politisch-ideologisch belegt.¹⁰³³

Auch innerhalb der Ärzteschaft, der staatlichen Gesundheitsbehörden und der pharmazeutischen Industrie gab es nicht immer Konsens über den medizinischen Nutzen neuer Medikamente. In Bezug auf die Anstaltspsychiatrie kritisierte ein Teil der DDR-Ärztenschaft die fatalistische Einstellung gegenüber dem Verlauf psychischer Erkrankungen, die den Einsatz von Psychopharmaka zur schlichten Ruhigstellung der Patienten förderte (»chemische Zwangsjacke«).

Sozialpsychiatrischen Ansätzen folgend (siehe den Abschnitt zu den Rodewischer Thesen von 1963, Kap. 2.2.2.), wollten reformorientierte Psychiaterinnen und Psychiater die bisherige »Verwahrspsychiatrie« nicht mit Hilfe sedativer Medikamente fortsetzen. Ein Ministerratsbeschluss stellte 1969 die Weichen für rehabilitative Maß-

1033 BALZ/KLÖPPEL (2015), 321–349.

nahmen.¹⁰³⁴ Ambulante Maßnahmen und die Förderung und Wiedereingliederung von Menschen mit psychischen und physischen Behinderungen in Fördereinrichtung, Schule oder Beruf schlossen auch den »aktivierenden« Einsatz von Psychopharmaka aufgrund ihres »resozialisierenden Effektes« ein. Stationäre Einrichtungen sollten durch ambulante Behandlung entlastet werden, die der »Reaktivierung des Patienten und seiner Arbeitskraft« dienten. Das ideologisch konnotierte Argument half, neue Medikamente nicht nur als therapeutisch wirksam, sondern auch als ökonomisch zweckmäßig zu etablieren.¹⁰³⁵ Zwischen 1965 und 1978 stieg der Verbrauch von Neuroleptika um ein Dreifaches, der von Antidepressiva sogar um ein Zehnfaches, während die Zahlen in westlichen Ländern bereits wieder rückläufig waren.¹⁰³⁶

An der Nervenlinik der Charité wurde die Behandlung mit Psychopharmaka seit den 1970er Jahren ausgeweitet. In dieser Zeit übernahm Karl Seidel (Jg. 1930) das Direktorat der Klinik (1971–1989).¹⁰³⁷ Unter seinem Vorgänger Karl Leonhard (1904–1988) hatten Psychopharmaka noch eine vernachlässigbare Rolle gespielt, stattdessen stand die Diagnostik im Vordergrund. So wurden in unserer Aktenstichprobe sedierende Arzneimittel in den 1960er Jahre fast ausschließlich im Rahmen der PnEG eingesetzt.¹⁰³⁸

Auch wenn die Psychopharmaka spätestens in den 1970er Jahren den Anstaltsalltag erreicht hatten, dominierten sie nicht in allen Einrichtungen die Medikation. Während man sich die Medikationspraxis in Halle überwiegend an therapeutischen Gesichtspunkten zu orientieren schien (Diagnosen), zielte sie im Kinder- und Pflegeheim Vorwerk in Lübeck eher symptomorientiert auf die Anpassung und Sedierung »störender Kinder« ab (vgl. Abschnitt »Therapieren und Disziplinieren«). Dort wurde weiterhin hochdosiert neuroleptisch behandelt. In Haus Hall in Gescher hielt man hingegen nur noch in »schweren Fällen« an stark wirksamen Neuroleptika fest. Bei anderen Kindern wurde bereits versucht, Chlorpromazin durch schwächere Arzneistoffe wie etwa Baldrian zu ersetzen.¹⁰³⁹

Die wenigen Beispiele aus dem Querschnitt der Einrichtungen vermitteln einen groben Eindruck über die maßgebenden Faktoren einer Medikation (Funktion der Einrichtung, Zeitraum, Alter der Klientel, fachliche Überzeugungen/therapeutische Ansätze). Im Längsschnitt lässt sich erkennen, dass die Entwicklungen teilweise zwar zeitversetzt,

1034 Ministerratsbeschluss über »Maßnahmen zur Förderung, Beschulung und Betreuung geschädigter Kinder und Jugendlicher sowie psychisch behinderter Erwachsener«, in: HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 715.

1035 KLÖPPEL/BALZ (2010), 393.

1036 Ibid.

1037 HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), 696.

1038 Ibid.

1039 LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 363.

aber dennoch für alle Einrichtungen analog verliefen. In den 1950er und 1960er Jahren wurden vor allem »sedierende« Wirkstoffe eingesetzt (Barbiturate, Neuroleptika). Die neuroleptische Behandlung ersetzte hingegen zunächst offenbar heroische Verfahren (Krampfbehandlungen, Schocktherapie) sowie Zwangsbehandlungen in Heimen der Behindertenhilfe. Gleichzeitig befand sich die Psychopharmakotherapie in den 1950er Jahren noch in den Anfängen, so dass nur wenige Präparate zur Verfügung standen. Dies gilt insbesondere für die Antiepileptika.

In den 1970er Jahren hielten zunehmend auch sozialpsychiatrische und rehabilitative Ansätze Einzug in die Behindertenhilfe und Psychiatrie, was neue Aufgaben der Medikationspraxis (»aktivierende Therapie«) nach sich zog. Psychopharmaka sollten nun bei der Wiedereingliederung in Förderinstitution, Schule oder Ausbildung helfen. Die therapeutische Wende erfasste aber nicht alle Einrichtungen gleichermaßen; manche blieben, wie beispielsweise Lübeck, außen vor.¹⁰⁴⁰ Insbesondere »erethische« Minderjährige, die als »bildungsunfähig« galten, wurden in den chronifizierten Bereich abgeschoben und oftmals über viele Jahre medikamentös ruhiggestellt.¹⁰⁴¹

6.2.3 Hinweise auf eine missbräuchliche Medikation

Von einer unsachgemäßen Verwendung gehen wir dann aus, wenn eine Medikation (1) ohne oder unter (2) zweifelhafter Indikation erfolgte. Das konnte der Fall sein, wenn die Medikation in konkretem Zusammenhang weniger therapeutische als disziplinierende oder strafende Zwecke verfolgte. In dieser Kategorie wurden im weiteren Sinne auch dauerhafte Applikationen mit aufgenommen, die erkennen ließen, dass sie vorrangig der (3) Aufrechterhaltung der institutionellen Ordnung oder (4) der Reduktion pflegerischen Aufwands dienten (vgl. Abschnitt »Therapieren und Disziplinieren«). Außerdem wurden Fälle erfasst, in denen Anzeichen für (5) eine Überdosierung wie z. B. übermäßige Nebenwirkungen vorlagen. Diese Kategorie schloss auch Fälle ein, die durch eine unangemessene Dauer oder eine hohe Anzahl verabreichter Medikamente (Polypragmasie¹⁰⁴²) auffielen (vgl. Abschnitt »Überdosierung, Dauermedikation, Poly-

1040 Z. B. Kinder- und Pflegeheim Vorwerk in Lübeck.

1041 Vgl. dazu auch HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 729 f.; DREIER-HORNING: Hubertushöhe, LE KJP (DDR), 538 und 562 ff.: Vor allem Bewohner der dortigen Station 1 wurden laut einer Zeitzeugen-Aussage umfassend medikamentiert (»Pflegefälle«).

1042 Polypragmasie bezeichnet in der Medizin die sinn- und konzeptlose Diagnostik und Behandlung mit zahlreichen Arznei- und Heilmitteln sowie anderen therapeutischen Maßnahmen. Dadurch steigt das Risiko für Wechsel- und Nebenwirkungen. Zugänglich unter: <https://flexikon.doccheck.com/de/Polypragmasie> (letzter Zugriff: 27.1.2021).

pragmasie«). Eine eigene Kategorie hinsichtlich ethisch-rechtlicher Fragen bilden außerdem codiert verabreichte Arzneimittel, die auf (6) eine klinische Erprobung hindeuteten (vgl. Abschnitt »Therapieren und Forschen«). Eine Behandlung ohne Zustimmung der Betroffenen bzw. Einwilligung ihrer Vertreter wird gesondert behandelt (vgl. Abschnitt »Einwilligungsfragen«).

6.2.3.1 Therapieren, Disziplinieren, Strafen

»Und ich kann mich auch erinnern, dass in diesem Saal, wo geschlafen wurde oder was auch immer, war große Unruhe, da wurde viel getobt, viel Krach und sehr viel Theater.«¹⁰⁴³

Für alle Einrichtungen ist belegt und in den Einrichtungsstudien ausführlich beschrieben, dass eine Medikation weniger therapeutischen Zwecken folgte, sondern der Aufrechterhaltung der institutionellen Ordnung diente, selbst wenn sich eine Applikation aufgrund weit gefasster Indikationen auch therapeutisch begründen ließ (z. B. akuter Erregungszustand mit dem zusätzlichen Vermerk der Selbst- und Fremdgefährdung).¹⁰⁴⁴ In einigen Einrichtungen handelte es sich eher um Einzelfälle (etwa KJPU Halle), während in anderen Einrichtungen offenbar der Aspekt der Ruhigstellung dominierte (z. B. Kinder- und Pflegeheim Vorwerk in Lübeck).

In etwa 13 Prozent (N=77) der relevanten Akten (N=593) sind Anzeichen für eine inadäquate Verwendung psychotroper Substanzen zu finden. Betroffen waren 24 Patientinnen und 51 Patienten, gleichermaßen Kleinkinder und Heranwachsende. Mehrheitlich (N=49) waren »Schwachsinn« und/oder »Hirnschädigung« diagnostiziert worden, in drei Fällen »Down-Syndrom«, in zehn weiteren Fällen außerdem ein »Anfallsgeschehen«. Auch Kinder und Jugendliche mit »Seh- oder Sprachbehinderung« befanden sich darunter. In zehn Fällen lautete die Diagnose »Schizophrenie« oder »Psychopathie«, in sechs weiteren Fällen »Chorea« oder »Enuresis«. Die Medikamente wurden an Kinder im Vorschulalter (N=13), an Sechs- bis Zehnjährige (N=27), an 10- bis 13-Jährige (N=20), an Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren (N=27) und zum Teil an bereits junge Erwachsene, d. h. über 21-Jährige (N=10), verabreicht. Einige Applikationen konnten nicht genauer datiert werden. Sie verteilten sich aber insgesamt gleichmäßig über den gesamten Untersuchungszeitraum mit einem Schwerpunkt in den Jahrzehnten vor 1970.

Nur selten wurde in den Akten dokumentiert, wenn sich eine Patientin oder ein Patient gegen eine unsachgemäße Medikation wehrte. Bei einer Patientin im Kinder- und Pflegeheim Vorwerk in Lübeck war angegeben, dass sie die Einnahme von

1043 Interview von Laura Hottenrott mit einem ehemaligen Patienten der KJP im Städtischen Krankenhaus Berlin-Lichtenberg, Herzberge (1967) [anonymisiert], 19.6.2019, 10:13–10:20.

1044 Hier wird auf die ausführlichen Beschreibungen der Medikationspraxis in den Einrichtungsstudien verwiesen, die auch Einzelfallschilderungen enthalten.

Medikamenten verweigerte (1976).¹⁰⁴⁵ In Herzberge (1984) war die Verweigerung der Nahrungsaufnahme und von Tabletten festgehalten worden.¹⁰⁴⁶

In den Akten verschiedener Einrichtungen gab es hingegen deutliche Anzeichen für eine gewaltsame Verabreichung (N=25) von Arzneimitteln (»wehrhaftes Verhalten«, »Festhalten«, zusätzliche Zwangsmaßnahmen, Injektion).¹⁰⁴⁷ Eine sachgemäße Beurteilung ist schwierig, da eine zwangsweise Behandlung in manchen Fällen medizinisch sinnvoll und indiziert gewesen sein kann (etwa bei akuten Psychosen). Auch bei schweren Hirnschädigungen oder hochgradiger geistiger Behinderung kann unter Umständen eine zwangsweise Behandlung (z. B. bei akuten Infektionen und Stoffwechselstörungen) erforderlich gewesen sein. Auch in diesen Fällen ist aber zu bedenken, dass es oft die Umstände der institutionellen Unterbringung waren, die zu Schreien, Toben oder anderen, die Umgebung beeinträchtigenden Verhaltensstörungen führten oder diese verstärkten, was wiederum Zwangsmaßnahmen nach sich zog. Dafür sprechen auch die gefundenen Hinweise in den Akten: Mehrheitlich handelte es sich bei den betroffenen Personen um männliche jugendliche Patienten oder Bewohner. 17 von ihnen galten als geistig behindert, manche sogar hochgradig bzw. »imbezill« (N=8), in sechs Fällen war ein »Anfallsleiden« dokumentiert. Eine ausschließlich psychische Erkrankung (Verhaltensstörung, Depression) war nur in zwei Fällen angegeben, die Diagnose Schizophrenie in nur einem einzigen Fall.¹⁰⁴⁸

Der Logik der Akten folgend, hatte die Dokumentation einer situativen Medikation immer auch eine legitimierende Funktion. Es ist davon auszugehen, dass hierbei die in der jeweiligen Institution eingebürgerte Grenze einer legitimen Verordnung überschritten wurde und daher begründet werden musste. Deshalb ist die Dokumentation der Ereignisse weniger Tatsachenbericht als Begründungsschreiben, weshalb wir nicht wissen, inwieweit die beschriebenen Umstände den tatsächlich vorgefallenen Ereignissen entsprachen. Häufig wurde störendes oder wehrhaftes Verhalten vermerkt (»lautes Schreien«, »an Bettbretter hämmern«, »Toben«, »Zerstören«, »zerriss die Schutzjacke, die sie anbekam«). Genauer wurden die Notizen, wenn Anzeichen für ein aggressives Verhalten gegenüber Mitpatientinnen und -patienten oder Personal vorlagen (»wurde handgreiflich gegen einen Betreuer«; »im Treppenhaus hat er ihr [Tante G.] die Faust

1045 LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), Medikamentenerhebung, HEL056.

1046 HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), Medikamentenerhebung, FKH026.

1047 LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), HEL37, 50, 56, 68, 79, 81, 99, 104; außerdem Medikamentenerhebung Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR); Charité, LE UKJP (DDR); Bezirksnervenlinik Uchtsprünge, Pfälzische Nervenlinik Landeck, LE KJP (BRD); Löffelbein: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD); ders.: Bezirksnervenlinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD).

1048 BEYER: Universitätsnervenlinik Halle/S., LE UKJP (DDR), Medikamentenerhebung 766/79; HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), Medikamentenerhebung, HPAC084, HPAC091.

ins Gesicht geschlagen«, »stieß Kinder mit den Füßen«).¹⁰⁴⁹ Das konnte auch nur ein aggressives Verhalten in Form verbaler Drohungen sein, wie die Sedierung eines Jugendlichen nach Gewaltandrohung mit dem Narkotikum S.E.E. I (Scophedal, Merck) zeigt.¹⁰⁵⁰ Während Fremdgefährdung häufiger vermerkt wurde, findet sich nur vereinzelt ein Hinweis auf eine Selbstgefährdung (z. B. »Suicidandrohung«).¹⁰⁵¹

In den meisten Fällen wurde eine situative Medikation mit einem »akuten Erregungszustand« begründet. Die Sedierung erfolgte meist per Injektion, in einigen Fällen sind wiederholte Injektionen dokumentiert. In einem Fall bekam eine Patientin erst eine Beruhigungsinjektion und wurde dann »mit Tante G.'s Hilfe ins Bett gesteckt«,¹⁰⁵² in einem anderen Fall wurde ein Kind mit wiederholten Injektionen »für 1 – 2 Tage im Bett gehalten«. ¹⁰⁵³ Betroffene berichteten von regelrechten »Spritzenkuren«, wobei ein Zusammenhang zu Disziplinarverstößen nicht immer herzustellen ist.¹⁰⁵⁴

In den 1950er Jahren wurden häufig Chloral oder auch Mischspritzen (z. B. Sco-meudrin), in den 1960er Jahren vor allem Neuroleptika (Chlorpromazin, Prothipendyl, Haloperidol), im späteren Zeitraum auch Benzodiazepine (z. B. Diazepam) verabreicht.¹⁰⁵⁵

Es ist nicht immer klar nachzuvollziehen, wer eine situative Medikation in der konkreten Situation anordnete. In den psychiatrischen Einrichtungen war dies üblicherweise der Arzt vom Dienst. Vergleichbare Muster finden sich für andere Einrichtungstypen nicht. In den 1950er und 1960er Jahren wurde dem Pflegepersonal oft noch ein großer Handlungsspielraum zugestanden, der auch die eigenmächtige Gabe zusätzlicher Beruhigungsmittel im Sinne einer »Bedarfsmedikation« einschloss.¹⁰⁵⁶ Situative Medikationen wurden auch von der Pflegeleitung, der diensthabenden Schwester oder in einem Fall sogar von der »Tante« (Erzieherin) autorisiert.¹⁰⁵⁷ Im

1049 Ibid., Medikamentenerhebung.

1050 LÖFFELBEIN: Bezirksnervenklinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD), Medikamentenerhebung, KK 55.

1051 HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), Medikamentenerhebung, FKH013.

1052 LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), Medikamentenerhebung, HEL050.

1053 BEYER: Pfälzische Nervenklinik Landeck, LE KJP (BRD), Medikamentenerhebung, KM-T24-3.

1054 HOTTENROTT: Bezirksnervenklinik Uchtsprünge, LE KJP (DDR), 828; ein Patient der KJP Jena erhielt in vergleichbaren Situationen (»war sehr ungezogen ...«) 3 × Lepinal Natrium gespritzt, dokumentiert in: Patientenakte und Interview von Laura Hottenrott mit einem ehemaligen Patienten der KJP Universitätspsychiatrie Jena [anonymisiert], 21.8.2018, 1:30:47.

1055 LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), Medikamentenerhebung HEL056, 57, 68, 79; HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), FKH052.

1056 LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 463.

1057 Eine ehemalige Krankenschwester der KJP Herzberge berichtete, dass die diensthabende Schwester in der Regel den Bereitschaftsarzt rief, der dann »in einer hilflosen Situation« ein Medikament verordnete; siehe HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 746.

Längsschnitt zeigt sich eine zunehmende Verrechtlichung, die von der eigenmächtigen Verordnung durch die »Tante« (1963) bis zur »Anordnung durch den Bezirksarzt«¹⁰⁵⁸ (1983) reicht. In letzterem Fall wurde eine Genehmigung zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen (Medikation und Fixierung) bei einem als suizidal beschriebenen Jugendlichen eingeholt (»Wutanfälle«, »tobt«, »zerschlägt Scheiben«, »äußert Suicidabsichten«).¹⁰⁵⁹ Hierfür war mit dem Einweisungsgesetz der DDR von 1968 eine gesetzliche Grundlage geschaffen worden.¹⁰⁶⁰

Im Querschnitt war es allerdings weniger wehrhaftes denn »störendes Verhalten« (z. B. »unruhig«, »Umherlaufen«, »lautes Reden«), das Anlass für eine situative Sedierung gab. Im Kinder- und Pflegeheim Vorwerk in Lübeck war die Toleranzschwelle offenbar besonders niedrig. Weil eine jugendliche Patientin sich im Waschraum wie ein »bockiges Kleinkind« benahm, sich »nicht waschen« wollte und die Zahnpasta auf den Boden »klatsch[t]e«, wurden Bettruhe und eine Beruhigungsinjektion verordnet. Als sie daraufhin dennoch mehrmals das Bett verließ, wurden ihr zusätzlich zwei Megaphen-Tabletten gegeben.¹⁰⁶¹ In einem anderen Fall (1964) erhielt eine Patientin Megaphen, »da sie den ganzen Tag unanständig war«,¹⁰⁶² eine andere wurde »wegen ihres schlechten Verhaltens« zur Einnahme von »Truxal Dragees« (1975) genötigt.¹⁰⁶³ Aber auch in anderen Einrichtungen schienen die angeordneten Maßnahmen unverhältnismäßig: »Wegen Ungezogenheit und Unruhe erhielt er am Abend eine Scomeudrin-Injektion (1955)«. ¹⁰⁶⁴ Auch »Heimwehreaktionen« wie Weinen konnten Anlass für eine »beruhigende Medikation« sein (»1975: 3 mal 10 mg Librium gegen Heimweh«).¹⁰⁶⁵ In Landeck wurden zur Linderung von »Heimwehreaktionen« als Schlafmittel zur Nacht sogar Opiate und Barbiturate verabreicht.¹⁰⁶⁶

Die Bandbreite unerwünschter Verhaltensweisen oder »Wesenszüge« markiert den fließenden Übergang zwischen Therapieren und Disziplinieren: von »ungezogen«, »frech«, »unruhig«, »weinerlich«, »laut« über »distanzlos«, »motorisch unruhig«, »triebhaft«, »aggressiv« bis hin zu »Affektausbrüchen« und »pathologischer Wideretzlichkeit« (sämtlich Begriffe aus den Akten). Teilweise wurde auch nur ergänzend

1058 Ibid., Medikamentenerhebung, FKH013.

1059 Ibid.

1060 Vgl. zum Regelungsbedarf hinsichtlich Fragen der Unterbringung auch HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), Abschnitt 3.5. »Dauerunterbringung«, 726 f.

1061 LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), Medikamentenerhebung, HEL050.

1062 Ibid., HEL056.

1063 Ibid., HEL056, HEL079.

1064 Ibid., HEL079.

1065 LÖFFELBEIN: Rheinische Landesklinik Bonn, LE KJP (BRD), Medikamentenerhebung, KJB112; HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 753.

1066 BEYER: Pfälzische Nervenklinik Landeck, LE KJP (BRD), 665.

auf ein allgemein unangepasstes Verhalten hingewiesen, um die Notwendigkeit der Sedierung zu unterstreichen (»weinerlich«, »antriebslos«, »nicht gruppenfähig«). Widersetzliches Verhalten wurde tendenziell mit Eigenschaften wie »ungeordnet« und »psychotisch«, ruhiges Verhalten mit Attributen wie »geordnet«, »angepasst« und »normal« gleichgesetzt.¹⁰⁶⁷

Sedierende Medikamente wurden aus sehr verschiedenen Gründen gegeben. Diese reichten von der gezielten Behandlung in einer individuellen Situation (Aufregung nach Streit etc.) bis hin zu einer schematischen Ruhigstellung aller Kinder im Schlafsaal. In den Bettensälen der 1950er und 1960er Jahre schien eher eine schematische Verordnung zu überwiegen, bei der »Ruhe« als Norm und Anspruch, »Unruhe« aber im Sinne eines Gegenpols als »krank« begriffen wurde. Der Anspruch an die »innere Ordnung« der Anstalt zeigt sich beispielsweise auch in der Krankenhausordnung der DDR von 1954: Auch im Anschluss an die »Mittagsruhe« war in den stationären Abteilungen eine strenge »Ruhezeit« von zwei Stunden einzuhalten. Mit Rücksicht auf die »Ruhe« der Mitkranken waren Unterhaltungen untersagt. Von den Ärzten und Pflegepersonal durften in der »Ruhezeit« nur in dringendsten Fällen Verrichtungen vorgenommen werden. Das Verhalten des Personals durfte die »Ruhe« nicht beeinträchtigen. Die »Nachtruhe« begann im Sommer um 21:30, in den Wintermonaten um 21 Uhr. Der organisatorische Ablauf war den »Ruhezeiten« anzupassen. Dabei sollte der »Bekämpfung des Lärms« im Krankenhaus besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. So sollten die Patientinnen und Patienten »zu einem geräuscharmen Verhalten und gedämpfter Sprechweise« im Krankenhaus angehalten und dahingehend beeinflusst werden.¹⁰⁶⁸

Im Alltag sah sich das Personal aber einer anderen Realität gegenüber, in der Ruhe nur schwer herzustellen war: Große Krankensäle, überbelegte Kinder- und Erwachsenenstationen, personell unterbesetzte Stationen, Ärztemangel, fehlende Beschäftigungsmöglichkeiten sowie wenig Bewegungsfreiheit für Kinder und Jugendliche bestimmten das Bild (siehe Kap. 2.3).¹⁰⁶⁹ Die Medikation mit Psychopharmaka hatte hier eine weitere Funktion jenseits der individuellen Behandlung – sie sollte nämlich systemstabilisierend wirken. Kurzfristig gedacht, reduzierte eine Sedierung den pflegerischen Mehraufwand. In einigen Fällen wurde die Verringerung des pflegerischen Aufwandes als Motiv für

1067 Vgl. zum Beispiel HOTTENROTT: Bezirksnervenlinik Uchtsprunge, LE KJP (DDR), 36; vgl. dazu auch SPÄTE/OTTO (2011), 68 ff.

1068 Aufgaben und Organisation der Krankenhäuser des Staatlichen Gesundheitswesens – Rahmen-Krankenhausverordnung – vom 5. November 1954, in: Gesetzblatt Zentralblatt der Deutschen Demokratischen Republik. Sonderdruck Nr. 54, Berlin 1954, 34 f.

1069 Die kritikwürdigen Rahmenbedingungen bis weit in die 1960er Jahre wurden in mehreren Einrichtungsstudien ausführlich beschrieben; z. B. LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 435 ff.; LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 346 f.; HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 399 ff.; DREIER-HORNING: Waldhof Templin, ev. BH (DDR), 489 f.; HOTTENROTT: Bezirksnervenlinik Uchtsprunge, LE KJP (DDR), 799 f.

eine Medikation sogar *expressis verbis* formuliert.¹⁰⁷⁰ In Ursberg löste die Sedierung den Akten der Stichprobe zufolge die bisherige Fixierung mit Gurten und Riemen ab.¹⁰⁷¹ In der KJP Storkow- Hubertushöhe gab es offenbar eine systematisch verabreichte »Medikation zur Mittagsruhe«¹⁰⁷², ein Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren wies explizit auf den »anstrengenden und komplizierten Dienst« der Schwestern im Umgang mit »einem Saal voller psychomotorisch unruhiger Kinder« hin.¹⁰⁷³

6.2.3.2 Überdosierung, Dauermedikation, Polypragmasie

»1982: Elterngespräch mit Mutter: Am Wochenende ist die Dosierung zu hoch, Kind schläft nur. Reduktion auf 3 × 1 Radepur, da auch hier über längere Stundenzahl am Tage schlafend.«¹⁰⁷⁴

In den Akten aller Einrichtungen fanden wir zahlreiche Beispiele, dass einzelne Kinder mit einer Vielzahl von Arzneimitteln behandelt wurden. Dokumentiert wurden Überdosierungen (Blickkrämpfe und vegetative Symptome mit Schweißausbrüchen, Blässe, Schwindel, Übelkeit und Blutdruckabfall),¹⁰⁷⁵ manchmal lässt die Anwendung von Antiparkinsonmitteln auf eine hochdosierte neuroleptische Behandlung schließen (siehe Kap. 6.2.2).¹⁰⁷⁶ In den Heimen der Behindertenhilfe wurden Bewohnerinnen und Bewohner nicht selten dauerhaft, zum Teil über Jahrzehnte mit Sedativa behandelt. Nicht immer waren eine regelmäßige Überwachung und Neueinstellung zu erkennen, wie ein Fall aus dem Heim Storkow-Hubertushöhe zeigt. Vom 3. bis zu seinem 20. Lebensjahr (1984) wurde dem Bewohner Chloralhydrat verabreicht.¹⁰⁷⁷

In den 1970er Jahren setzte ein Wandel der Medikationspraxis ein. Bereits 1968 wurden in der DDR Grundsätze für die wissenschaftliche Anwendung von Arzneimitteln formuliert, wie »eine wissenschaftliche Therapie mit den wirksamsten Arzneimitteln« unter »Anwendung einer exakten Dosierung« und unter »Ausschaltung der Polypragmasie« erfolgen solle.¹⁰⁷⁸ Die dokumentierte Praxis spricht jedoch nicht für eine rasche

1070 MÜNCH: Kindersanatorium Wiesengrund Berlin, LE KJP (BRD), 589 f.; HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), 430 f.

1071 Ibid.

1072 Interview Anke Dreier-Horning mit Frau S. [anonymisiert], 18.1.2019, 43:90–44:19, Archiv des DIH, zitiert in: DREIER-HORNING: Hubertushöhe, LE KJP (DDR), 562.

1073 LÖFFELBEIN: Bezirksnervenklinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD), 620.

1074 HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), Medikamentenerhebung, FKH021.

1075 HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), Medikamentenerhebung, HPAC 105.

1076 Z. B. Medikamentenerhebung BEYER: Pfälzische Nervenklinik Landeck, LE KJP (BRD), KM-T24-3, KM-2527, KM-T24-10; MÜNCH: Kindersanatorium Wiesengrund Berlin, LE KJP (BRD), WG 051, WG 025; HOTTENROTT: Bezirksnervenklinik Uchtsprünge, LE KJP (DDR), U056; LÖFFELBEIN: Rheinische Landesclinik Bonn, LE KJP (BRD), KJB 057, KJB 111; HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), HPAC067.

1077 DREIER-HORNING: Hubertushöhe, LE KJP (DDR), 564, Hub. Pa 3, Medikamentenblatt.

1078 PAUL (1968), 166.

Umsetzung, wie der eben erwähnte Fall einer 17 Jahre währenden Schlafmittelverordnung zeigt. Das trifft insbesondere für chronifizierte Anstaltsbereiche zu, die auch in anderer Hinsicht (Ressourcen, strukturelle Mängel) stark vernachlässigt wurden. Auch die westdeutsche Behinderteneinrichtung St. Josef in Ursberg fällt durch teilweise hochdosierte und langjährige Verordnungen von Neuroleptika und Antikonvulsiva auf (z. B. »1960: Beständig müssen ihr Beruhigungstabletten verabreicht werden«; »1971: Hat sehr starke Medikamente. Ohne die könnten wir ihn nicht mehr behalten«).¹⁰⁷⁹ Zwei Einrichtungen stachen allerdings aus dem Gros der Einrichtungen so negativ heraus, dass sich hier fast schon von einer »enthemmten Medikation« sprechen lässt.

So lag in unserem Aktensample aus Landeck die durchschnittliche Anzahl verordneter Medikamente in den 1950er Jahren deutlich über allen anderen Einrichtungen. 15 Kinder erhielten mehr als zehn, manche sogar mehr als 20 verschiedene Arzneimittel, weitere 17 Kinder mehr als sechs Präparate. Die Anzahl verabreichter Präparate korrelierte nicht mit der Länge des stationären Aufenthaltes. Kinder und Jugendlichen blieben durchschnittlich sechs Monate in der Einrichtung, viele aber auch nur ein bis zwei Monate.¹⁰⁸⁰ Der damalige Klinikapotheker der Einrichtung, O.K. Linde, bestätigte den Eindruck einer aus heutiger Sicht unverantwortlichen Polypragmasie. Manche Kinder hätten acht bis 15 Präparate (Neuroleptika, Hormone, Barbiturate) gleichzeitig bekommen.¹⁰⁸¹ Begründet wurde dies – wie in anderen Einrichtungen dieser Zeit – mit der Notwendigkeit der allgemeinen Beruhigung besonders »erethischer Kinder«. Es ist aber auch ein ausgeprägtes Forschungsinteresse der Einrichtungsärztinnen und -ärzte zu vermuten.¹⁰⁸² Ursula K. Laschet, ehemalige Endokrinologin der PNL, gab an, der Klinikdirektor habe nach einem Mittel zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Sexualdeviationen geforscht, da er diese bis dahin erfolglos mit Neuroleptika »zugeschüttet« hätte. Die Unterhaltung eines endokrinologischen Labors unterstreicht in diesem Zusammenhang auch noch einmal die medikamentöse Ausrichtung der Nervenklinik Landeck.¹⁰⁸³

Die vergleichbar enthemmt anmutende, überaus laxe Verschreibungspraxis des Anstaltsarztes des Kinder- und Pflegeheims Vorwerk in Lübeck schien hingegen kaum von einem Forschungsinteresse geleitet. Einmal verordnete Medikamente wurden nur selten abgesetzt, sondern über Jahre, manchmal über Jahrzehnte auch in höherer Dosierung oder mit stärkeren Medikamenten fortgeführt, ohne dass sich eine Verbesserung der Symptome zeigte. Das gilt auch für die zahlreichen Fälle, in denen langfristig hochdosierte mit einem hochpotenten Neuroleptikum (Haloperidol) behandelt wurde, wobei gegen das als unerwünschte Wirkung auftretende Parkinsonoid zusätzlich Biperiden

1079 HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD), Medikamentenerhebung, STJU 92, STJU 45.

1080 BEYER: Pfälzische Nervenklinik Landeck, LE KJP (BRD), 655.

1081 Ibid., 668.

1082 Ibid., 667.

1083 Ibid.

(Akineton®) gegeben wurde. Kam es zu Unverträglichkeitserscheinungen, wurden die Minderjährigen zur erneuten Einstellung in die Psychiatrie eingewiesen. Diese Praxis entsprang kaum therapeutischen Überlegungen, sondern dürfte vorrangig der Ruhigstellung gedient haben. Die systematische und oft auch maßlose Sedierung »auffälliger« oder »unruhiger« Bewohnerinnen und Bewohner setzte sich in Lübeck unter dem Nachfolger des fraglichen Anstaltsarztes bis in die 1980er Jahre fort.¹⁰⁸⁴

6.2.3.3 Therapieren und Forschen

In unseren Stichproben haben wir 15 Fälle gefunden, in denen ein kodiertes Präparat verabreicht wurde. Das haben wir als Hinweis auf eine klinische Erprobung eines noch in der Entwicklung befindlichen Arzneimittels gewertet. In der Mehrzahl wurden diese Erprobungen in den 1950er Jahren durchgeführt. Leider ist den Akten in den meisten Fällen nicht zu entnehmen, um welchen Wirkstoff es sich im Einzelfall gehandelt hat.

Neun Präparate sind für die 1950er Jahre allein in den Akten der Kinderabteilung Landeck dokumentiert.¹⁰⁸⁵ Fast alle (SH 204; Roche bzw. Hypnoticum Ro; Injektionen Nr. 338, D206, 207, 378; Mixt. Sedina forte) wurden einer einzigen Patientin der Stichprobe verabreicht. Die Patientin wurde 1950 auf Betreiben der Eltern unter der Diagnose »erethische Idiotie« eingewiesen und über den gesamten Zeitraum des stationären Aufenthaltes zunächst mit Barbituraten (u. a. Luminal und Somnifen), später auch neuroleptisch behandelt. Zusätzlich erhielt sie die aufgeführten kodierten Präparate.¹⁰⁸⁶ Eine der Testsubstanzen, die der besagten Patientin 1957 verabreicht wurde, lässt sich möglicherweise entschlüsseln und verbirgt das Azaphenothiazin-Neuroleptikum Prothipendyl, das sich zu diesem Zeitpunkt noch in der Entwicklung befand. Dafür sprechen etwa zeitgleich erschienene Fachveröffentlichungen.¹⁰⁸⁷ 1958 unter dem Handelsnamen Dominal eingeführt, diente es der Dämpfung kindlicher Unruhe- und Erregungszustände im Rahmen psychiatrischer Grunderkrankungen.¹⁰⁸⁸ Auch die von Beginn an ausgesprochen hohe Dosierung mit einer Steigerung bis zur maximalen Höchstgrenze weisen auf eine klinische Prüfung hin (200 bis 600 mg). Bei »Mixt. Sedina forte« könnte es sich um die Rezeptur eines pflanzlichen Sedativums gehandelt haben. Das Arzneimittelverzeichnis von 1956 gibt beispielsweise verschiedene Mixturen unter den Sedativa, Hypnotika und »Mitteln gegen Bewegungskrankheiten« an (Mixt. hypnotica, Mixt. nervina, Mixt. sedativa).¹⁰⁸⁹ Das »Hypnoticum Ro« sowie die verschiedenen nummerierten Injektionen ließen sich nicht konkret zuordnen.

1084 LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD), 464.

1085 BEYER: Pfälzische Nervenlinik Landeck, LE KJP (BRD), 667.

1086 Ibid., Medikamentenerhebung, KM-T24-10.

1087 QUERCI/AMASIO (1958), 443–449; DIETEL/DIETEL (1958), 594–596; DELIGNE (1961), 363–370.

1088 BACHMANN u. a. (2014), 27.

1089 Arzneimittelverzeichnis1 (1957), 11.

Die Patientin verstarb bereits 1958 im Alter von 14 Jahren in der Anstalt Landeck in direkter zeitlicher Nähe mit der Verordnung der Präparate. Als Todesursache wurde »akute Herzschwäche« angegeben. Am Tag zuvor hatte sie eine ausgesprochen hochdosierte Medikation (30.6.1958 »D206« 600 mg, »278« 3 × 1 plus einmalig Morph. 1 ccm) erhalten.¹⁰⁹⁰ Mangels weiterer Unterlagen lässt sich nicht sagen, ob hier ein besonders verzweifelter Heilversuch oder wildes Experimentieren vorlag. Die »enthemmt« anmutende Medikationspraxis und das gegenüber den Behörden vertretene Interesse des Anstaltsleiters an experimenteller Forschung deuten aber darauf hin, dass die Anwendung neuer Substanzen eher wissenschaftlich als therapeutisch geleitet war. So verfolgten Gerhart Mall und seine aus Tübingen in die Pfalz geholten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein ausgeprägtes Interesse an psychiatrischer Endokrinologie.¹⁰⁹¹ Bekannt ist, dass Mall bereits 1955 gegenüber dem Bezirksverband Pfalz die Finanzierung der Forschungsarbeiten durch Pharmafirmen offenlegen musste (z. B. Versuche mit hohen Testosviron-Dosen an Patientinnen und Patienten mit Multiple Sklerose).¹⁰⁹² Der Träger sah die klinischen Erprobungen kritisch und forderte die Einstellung aller Medikamententests bis zum Ende des Jahres 1955.¹⁰⁹³

Es ist nicht belegt, ob eine spezifische Einwilligung zur Verabreichung von Präparaten, die sich noch in der Entwicklung befanden, eingeholt wurde. Aber auch die damals übliche Form einer globalen Einwilligung zu therapeutischen Maßnahmen liegt der Akte offenbar nicht bei.¹⁰⁹⁴

In einem anderen Fall einer Patientin in Haus Hall 1951 wurden die Eltern vorab angeschrieben, ob sie der Verabreichung eines »völlig unschädlichen« Eiweißpräparates zustimmen würden, das bei längerer Anwendung wesentlich dazu beitragen würde, die Intelligenz »bei geistig zurückgebliebenen Kindern« zu verbessern. »Die Amerikaner« hätten das Mittel entwickelt und »begeisterte Berichte« darüber abgegeben. Es wären bereits einige Kinder damit behandelt worden.¹⁰⁹⁵ Auch hier lassen sich keine weiteren Aussagen über eine durchgeführte klinische Erprobung treffen.

In der Kinderabteilung der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren wurden klinische Erprobungen mit »T 57« (Perphenazin) durchgeführt.¹⁰⁹⁶ Zunächst als Tranquilizer

1090 600 mg werden als orale Höchstdosis bei erwachsenen Patientinnen und Patienten angegeben. Vgl. https://de.wikipedia.org/wiki/Liste_von_Antipsychotika (letzter Zugriff: 2.2.2021).

1091 BEYER: Pfälzische Nervenlinik Landeck, LE KJP (BRD), 667; vgl. MALL (1958), 58–62; LASCHET/FETZNER/LASCHET (1968), 628; GRAETZ/REISS/WALDON (1954) 145–148; MALL/BINDER/GRAETZ (1952), 317–327.

1092 BEYER: Pfälzische Nervenlinik Landeck, LE KJP (BRD), 666.

1093 Ibid.

1094 Ibid., Medikamentenerhebung, T24-10.

1095 LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), Medikamentenerhebung, HH 60.

1096 Vgl. dazu ausführlich LÖFFELBEIN: Bezirksnervenklinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD), 642 ff. und Medikamentenerhebung U46, 47.

und Antiemetikum mit der Bezeichnung Trilafon® von der US-amerikanischen Scheering Corporation eingeführt, wurde es von Merck nachproduziert und 1957 in zahlreichen klinischen Einrichtungen der BRD klinisch erprobt, bevor es schließlich als Decentan® registriert wurde.¹⁰⁹⁷ Laut roter Liste von 1959 war das »Neurolepticum für psychiatrische und fachneurologische Indikationen, wie endogene Psychosen, manisch-depressive Gemütsstörungen, hirnorganisch bedingte Psychosen, Neurosen, hysterische Syndrome, Chorea major und minor« vorgesehen.¹⁰⁹⁸ Obwohl die Eltern zum Teil regen Anteil am Klinikaufenthalt ihrer Kinder nahmen, fanden sich keine Hinweise in den Akten, dass sie über die klinische Erprobung informiert wurden.¹⁰⁹⁹

Ebenfalls in Kaufbeuren wurde das »R 1647« (Anisoperidone) an einem 13-jährigen Patienten mit der Diagnose »Hirnschädigung, Erziehungsschwierigkeiten, Leistungsabfall in der Schule« verabreicht, jedoch bald wieder abgesetzt. Näheres konnte nicht ermittelt werden.¹¹⁰⁰ An der Charité wurde 1965 ein siebenjähriger Patient mit einer »Choroethetose nach perinataler Hirnschädigung« mit einem neuen Medikament »kr 339« behandelt, ein Mittel, das gegen seine ausgeprägten Bewegungsstörungen helfen sollte. Die Anwendung des Prüfmedikamentes ist in der Verlaufsgeschichte der Krankenakte recht zugewandt beschrieben und macht den Eindruck, dass hier weniger ein Forschungsinteresse als die Therapie des Jungen leitend war, auch wenn die Anwendung des neuen Mittels in einen größeren Forschungszusammenhang eingebettet gewesen sein dürfte.¹¹⁰¹ In diesem Fall ist nach Interpretation der Akte eher von einem individuellen Heilversuch zu sprechen. Der Krankenakte liegt lediglich eine globale Einwilligungserklärung der Eltern bei: »Ich gebe meine EW zu den an mir – an meinem Kinde NAME notwendigen Heilmaßnahmen und ärztlichen Eingriffen, über die ich – auch in ihren Folgen – aufgeklärt worden bin. Art und Umfang der Maßnahmen oder des Eingriffes je nach Befund zu bestimmen, überlasse ich dem leitenden Arzt der Klinik oder seinem Stellvertreter. Unterschrift Vater [...].«¹¹⁰² Ob die Eltern mündlich über die Anwendung eines neuen Arzneimittels (kr 339) aufgeklärt wurden, lässt sich anhand der Unterlagen nicht sagen.

1097 SCHULTZ/HENDERSON (1957), 1117 f.; HANSEN (1958); FRUEHMANN/GROSS (1959), 808–812; GLATTHAAR (1959), 2090–2092; vgl. auch KAMINSKY/KLÖCKER (2020), 88 ff.

1098 Rote Liste (1959), 223.

1099 LÖFFELBEIN: Bezirksnervenklinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD), 645.

1100 *Ibid.*, 646 f. Es könnte sich um die Seriennummer des Butyrophenon-Derivats Anisoperidone gehandelt haben; vgl.: DIVRY u. a. (1959), 1033-1044; COLLARD (1961).

1101 Vgl. dazu ausführlich HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), 698 ff.

1102 Krankenakte HPAC104, zitiert in: HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR), 700.

6.2.3.4 Einwilligungsfragen

Ein Blick in die Akten zeigte im Querschnitt der Einrichtungen, dass Einwilligungsfragen bezüglich der Medikation zumindest in den 1950er Jahren kaum eine Rolle spielten. Wie einschneidend ein solcher Umgang von Betroffenen erlebt werden konnte, vermittelt das Beispiel eines damals 18-jährigen Oberschülers, das im Folgenden exemplarisch skizziert werden soll.

Er wurde 1955 mit der Diagnose einer »paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie« in einer westdeutschen Universitätsklinik stationär behandelt und erhielt zunächst sedierende Psychopharmaka,¹¹⁰³ dann Megaphen. Wie er heute berichtet, litt er während der Behandlung mit Megaphen an Todesangst, »weil er den sich verlangsamenden Herzschlag spürte«.¹¹⁰⁴ Für ihn ist es rückblickend unerträglich, dass er vorab weder über die Wirkungsweise des Megaphen noch über die Risiken und Nebenwirkungen aufgeklärt wurde.¹¹⁰⁵ Das wiegt für ihn umso schwerer, weil er davon ausgeht, zu Unrecht stationär eingewiesen worden zu sein. So hatte er sich nach der Veröffentlichung eines kritischen Artikels in der Schülerzeitung seines Gymnasiums im Dezember 1954 zunächst freiwillig in die ambulante psychiatrische Behandlung desselben Oberarztes begeben, um einen Schulverweis des Direktors zu verhindern.¹¹⁰⁶ In einem Brief des Oberarztes an den Schullektor war zu diesem Zeitpunkt von »Entwicklungsstörungen in einer Pubertätskrise«, nicht aber von einer »paranoid-halluzinatorischen-Schizophrenie« die Rede.¹¹⁰⁷

Seiner Akte liegt eine handschriftliche Einverständniserklärung des Vaters, datiert auf den Vortag der Einweisung, zu seiner »stationären Behandlung in der Nervenklinik in der geschlossenen Abteilung zur Beobachtung seines geistigen und seelischen Zustandes auf angemessene Zeit (vorläufig zeitliches Maximum 6 Wochen)« bei.¹¹⁰⁸ Einzelne Maßnahmen sind darin nicht benannt. Zur konkreten Diagnostik findet sich in der Akte wenig. Die Behandlung mit Megaphen ist in der Fieberkurve dokumentiert, in der Krankengeschichte ist aber nicht vermerkt, wann und aus welchem Anlass genau die Medikation mit Megaphen begonnen wurde.¹¹⁰⁹ Während seines zweimonatigen stationären Aufenthalts erhielt er vier Wochen lang Megaphen-Zäpfchen, Megaphen-Tabletten, schließlich Megaphen-Injektionen (15.2.–16.3.1955).¹¹¹⁰ Als dies nicht die

1103 Z. B. eine Ampulle SEE forte am 12.2.1955, in: Anonymisierte Person, Krankenakte Universitätspsychiatrie BRD [Ort anonymisiert], 1955, Fieberkurve.

1104 Interview von Laura Hottenrott mit einem ehemaligen Patienten einer UKJP [Person und Einrichtung anonymisiert], telefonisch, 29.5.2019; ders., ergänzendes Fax-Schreiben vom 1.4.2021 an die Verfasserin, S. 1.

1105 Ibid.

1106 Ibid.; vgl. auch ders., Krankenakte, benanntes Schreiben vom 17.12.1954.

1107 Ibid.

1108 Ibid., Schreiben des Vaters an den leitenden Oberarzt, 7.2.1955.

1109 Ibid. Der Interviewte hat uns seine Krankenakte in Kopie zur Verfügung gestellt: Anonymisierte Person, Krankenakte Universitätspsychiatrie BRD [Ort anonymisiert], 1955.

1110 Ibid., Fieberkurve 8.2.–7.4.1955.

gewünschte Wirkung zeigte, wurde eine vierzehntägige Insulinschocktherapie durchgeführt (17. bis 31. März).¹¹¹¹

Zu den Behandlungsmaßnahmen findet sich erst Wochen nach der stationären Aufnahme ein Eintrag in der Krankengeschichte. Demnach hätten beide Elternteile während einer persönlichen Vorsprache dem leitenden Arzt ihr Einverständnis zu weiteren Insulin-Injektionen erteilt, auch zu einer Steigerung der Dosierungen bis zum Koma. Dabei lässt der Tonfall des Eintrags kaum an der direktiven und suggestiven Note des Aufklärungsgesprächs zweifeln. Es ist festgehalten, dass die Eltern »noch einmal darauf hingewiesen« worden wären, dass »das Risiko dem einer Narkose gleiche und dass es einen kleinen Prozentsatz von Fällen gebe, die aus dem Koma nicht mehr erwachen«. »Dieses Risiko« müsse aber »bei der Schwere und Unbeeinflussbarkeit der Erkrankung durch andere Mittel getragen werden«.¹¹¹² Eine formale Einwilligungserklärung zur Insulinbehandlung findet sich hingegen nicht. Offenbar wurden die dokumentierte mündliche Aufklärung und Zustimmung als ausreichend erachtet.¹¹¹³ Ob die Eltern in diesem speziellen Fall allerdings über die medikamentöse Behandlung (Megaphen) und die Risiken informiert waren, lässt sich der Dokumentation nicht entnehmen. Die globale schriftliche Einwilligung der Eltern zur stationären Behandlung schloss offenbar die medikamentöse Behandlung als Maßnahme mit ein. Gleichzeitig scheint zumindest in diesem Fall eine vorzeitige Entlassung auf Wunsch der Eltern nicht ohne Weiteres durchsetzbar gewesen zu sein.¹¹¹⁴ So spiegelt die Akte eine gewisse Machtlosigkeit der Eltern gegenüber den autoritären Strukturen der Klinik wider. Ein insgesamt dreiseitiger Brief, den der Vater – selbst Jurist – bereits zehn Tage nach der Einweisung des Sohnes an den Oberarzt adressierte, zeigt dessen Bemühungen um eine vorzeitige Entlassung:

»Meinen seit ungefähr 14 Tagen in der Nervenklinik zur Beobachtung weilenden Sohn [Name] habe ich am letzten Sonntag zusammen mit meiner Frau und am Samstag zuvor allein besucht. Er leidet furchtbar unter der ihm dort zuteil werdenden Behandlung. Die Art seiner Klagen werden Sie selbst kennen. Man kann sie dahin zusammenfassen, dass diejenigen, mit denen er dort in Berührung kommt, ihm nicht Wohl wollen. Eine derartige Beobachtung habe ich aber früher, solange er in Freiheit war, nie bei ihm gemacht.«¹¹¹⁵
»Ich bitte Sie dringend zu erwägen, ob nicht [Name des Sohnes] baldigst aus der Klinik entlassen werden kann.«¹¹¹⁶

1111 Ibid.

1112 Anonymisierte Person, Krankenakte Universitätspsychiatrie BRD [Ort anonymisiert], 1955, Krankengeschichte, 28 f.

1113 Ibid.

1114 Vgl. Abschnitt »Informierte Einwilligung – ethisch-rechtlicher Rahmen«; vgl. für die DDR auch HÜTTNER u. a. (1982), 129 ff.

1115 Anonymisierte Person, Krankenakte Universitätspsychiatrie BRD [Ort anonymisiert], 1955, Brief des Vaters an den leitenden Oberarzt der Nervenklinik, 21.2.1955.

1116 Ibid.

Dabei sah sich der Vater sichtlich unter Druck, wegen seiner zunächst erteilten Zustimmung zur stationären Behandlung die Motivation und Rationalität seines »Sinneswandels« zu untermauern: »Nicht Mitleid und väterliche Liebe sondern Verstandesgründe« hätten ihn dazu bewogen, »nicht auf den ersten Antrieb«, sondern »reiflich überlegt«, »nach mehrfachen Beobachtungen« würde er sein Anliegen vortragen.¹¹¹⁷ Der Brief schließt mit dem Versuch des Vaters, den leitenden Arzt durch Aufzeigen einer milder erscheinenden Behandlungsalternative zu überzeugen:

»Wäre es nicht möglich, dass man [Name] irgendwohin aufs Land zur Kur gibt auf einige Wochen an eine Stelle, wo er, der so sehr freiheitsdürstig ist, in Freiheit leben kann und doch wieder einer gewissen Hausordnung unterliegt. Ich glaube, dass damit allen am besten gedient wäre.«

Die vorzeitige Entlassung des Sohnes auf »dringenden Wunsch der Eltern nach Hause« und damit gegen ärztlichen Rat erfolgte dennoch erst weitere sechs Wochen später und lässt die zwischenzeitlich dokumentierte mündliche Aufklärung und Zustimmung der Eltern zur Insulinbehandlung in der Krankengeschichte in einem anderen Licht erscheinen.

Kein Wort wird außerdem in der Akte über den Willen des Patienten verloren. Vielmehr lässt auch die Verlaufsgeschichte darauf schließen, dass der Patient nicht freiwillig behandelt wurde. Dokumentiert ist beispielsweise, dass er mit allen Mitteln versucht habe, Mutter und Arzt »von der Unsinnigkeit der Insulininjektionen zu überzeugen«. Er habe über »Missempfindungen an Herz, Kopf und Bauch geklagt«, die er »auf das Insulin zurückgeführt« hat. Er habe außerdem Erbrechen »provoziert« und dafür »das Insulin angeschuldigt«.¹¹¹⁸ Im Tenor spiegelt der Eintrag dabei den defizitorientierten Blick auf den Patienten wider, der bereits in den vorigen Kapiteln zur Sprache kam. So irritiert vor allem die Verwendung negativ konnotierter Begriffe (»provoziert« und »angeschuldigt«), die darauf hindeuten, dass simulierendes Verhalten unterstellt und/oder mangelnde Einsichtsfähigkeit untermauert werden sollte. Die Willensäußerungen des Patienten wurden demnach zwar dokumentiert, aber nicht als Akt der Selbstbestimmung gekennzeichnet, sondern als Symptom und diagnostisches Indiz der Diagnose/Erkrankung zugeschrieben. Die Einwilligung der Eltern wurde demnach als ausreichend erachtet, wenn eine Patientin oder ein Patient minderjährig war oder ihre bzw. seine Einsichtsfähigkeit (Geschäftsfähigkeit) bezweifelt wurde.

Eine vergleichbare Einwilligungspraxis zeigt sich auch in anderen von uns untersuchten Einrichtungen. Dabei veranschaulichen die Einträge in den Akten zunächst einmal, dass auch in den 1950er Jahren bereits ein Bewusstsein für Einwilligungsfragen

1117 Ibid.

1118 Anonymisierte Person, Krankenakte Universitätspsychiatrie BRD [Ort anonymisiert], 1955, Krankengeschichte, 27 f.

vorhanden war.¹¹¹⁹ In Ost und West fanden sich über den gesamten Zeitraum hinweg global formulierte Einwilligungserklärungen der Eltern zum stationären Aufenthalt und den therapeutischen Maßnahmen, die in der Regel um spezifische Punkte ergänzt wurden, wenn ein invasiver Eingriff geplant war (PnEG, EEG, Insulinbehandlung, EKT, Röntgenbehandlung, operativer Eingriff) (siehe Kap. 5.5).¹¹²⁰ Ein Dokument in einer Landecker Akte gibt 1956 das Aufklärungsgespräch zur Insulinbehandlung wie folgt wieder: »Besuch der Mutter: [...] Eingehende Belehrung über Art der beabsichtigten (Insulin- und psychotherapeutischen) Behandlung sowie evtl. Encephalographie. Erklärt sich auch nach Belehrung über mögliche Gefahren durch Unterschrift einverstanden.«¹¹²¹ Einer Akte der Landesheilanstalt Uchtsprunge von 1951 liegt die richterliche Genehmigung für »10 körperliche Untersuchungen« bei.¹¹²² In Uchtsprunge bestand der Ärztliche Direktor außerdem bei jeder Einweisung auf ein Ärztliches Einweisungsattest als formale Rechtsgrundlage einer stationären Behandlung der Kinder.¹¹²³ Befand sich das Sorgerecht bei den Eltern bzw. wurden die Kinder aus dem Elternhaus eingewiesen (zehn Fälle), ist der Akte eine globale Einwilligung beigefügt. Diese führte in der »Maximalversion« pauschal »alle ärztlicherseits zur Behandlung der geistigen Erkrankung« als »notwendig« erachteten »Behandlungsmaßnahmen« auf und benannte zusätzlich invasive diagnostische sowie therapeutische Verfahren (Elektrokrampfbehandlung, Insulin-Behandlung, Lumbalpunktion und Enzephalographie). Außerdem enthielt sie zusätzlich einen Satz zur Risikoaufklärung mit vergleichbarem Wortlaut: »Ich bin auf die evtl. Gefahren einer derartigen Behandlung aufmerksam gemacht worden. Uchtsprunge, 26.6.1957. Unterschrift.«¹¹²⁴ In einer Akte des Kindersanatoriums Wiesengrund aus den 1950er Jahren wurde die globale Einwilligung um die Polioimpfung erweitert.¹¹²⁵ Die Medikation findet allerdings in keiner Einwilligungserklärung gesonderte Erwähnung.

Über die Notwendigkeit therapeutischer Maßnahmen befanden dabei in erster Linie die Ärztinnen und Ärzte nach medizinischen Gesichtspunkten. Es herrschte ein paternalistisches Verständnis vor. Stellten sich die Eltern der stationären Behandlung oder einzelnen Maßnahmen entgegen, wurde ärztlicherseits in Einzelfällen versucht, den Behandlungsabbruch über den Behördenweg zu verhindern (Sorgerechtsentzug). Vergleichbar drastische Maßnahmen blieben im untersuchten Aktensample zwar eher

1119 HOTTENROTT: Charité, LE UKJP (DDR); HOTTENROTT: Bezirksnervenklinik Uchtsprunge, LE KJP (DDR).

1120 BEYER: Universitätsnervenklinik Halle/S., LE UKJP (DDR), 787f.

1121 BEYER: Pfälzische Nervenklinik Landeck, LE KJP (BRD), Medikamentenerhebung, KM 1566.

1122 HOTTENROTT: Bezirksnervenklinik Uchtsprunge, LE KJP (DDR), Medikamentenerhebung, ID U083.

1123 HOTTENROTT: Bezirksnervenklinik Uchtsprunge, LE KJP (DDR), 806.

1124 Ibid., Medikamentenerhebung, U016.

1125 MÜNCH: Kindersanatorium Wiesengrund Berlin, LE KJP (BRD), ID WG 024.

die Ausnahme. In einem dieser Fälle wurde der Sorgerechtsentzug sogar von der Jugendhilfe aufgrund fehlender Voraussetzungen des § 1666 BGB abgelehnt.¹¹²⁶ Das Vorgehen war an sich jedoch nicht aus der Luft gegriffen und folgte zumindest in der DDR auch dem Grundgedanken der später erlassenen Rahmen-Krankenhausordnung: »Verweigern Erziehungsberechtigte entgegen den Interessen des Kindes die Einwilligung zu notwendigen medizinischen Betreuungsmaßnahmen bzw. zu weiterer stationärer Betreuung, kann das zuständige Referat Jugendhilfe um eine Entscheidung ersucht werden.«¹¹²⁷

Auch in den Akten der DDR-Einrichtungen ist daher die deutliche Tendenz zu erkennen, Eltern von der Notwendigkeit geplanter Maßnahmen zu überzeugen. Therapieziel und staatlicher Erziehungsauftrag, nicht Selbstbestimmungsrechte waren hier maßgeblich.¹¹²⁸

Im Ost-West-Vergleich unterschieden sich die Einwilligungserklärungen inhaltlich und formal bis in die 1980er Jahre wenig.¹¹²⁹ In einer Akte des Fachkrankenhauses Herzberge fand sich entsprechend eine Einwilligungserklärung vom September 1990 mit folgendem Wortlaut: »Hiermit erkläre ich, dass ich im Falle einer körperlichen Erkrankung mit allen notwendigen Untersuchungen bei meinem Kind NAME einverstanden bin.«¹¹³⁰ Es ist im Querschnitt davon auszugehen, dass die Einwilligungserklärungen in den Krankenakten der 1950er bis 1980er Jahre den rechtlichen Ansprüchen der damaligen Zeit genügt haben. Alle Hinweise sprechen außerdem dafür, dass eine Aufklärung und Einwilligung zu einer spezifischen Medikation, wenn überhaupt, in mündlicher Form stattfanden. Das liegt zum Beispiel auf der Hand, wenn Kinder beurlaubt und die Medikation in dieser Zeit zuhause fortgesetzt wurde. So wurden die Eltern seit den ausgehenden 1960er Jahren zunehmend in die Behandlungsabläufe einbezogen, allerdings mehr in therapieunterstützender Absicht als mit der Motivation, Selbstbestimmungsrechte zu verwirklichen.¹¹³¹

Zur Begründung eines medizinischen Betreuungsverhältnisses in der DDR war lediglich die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters erforderlich. Auf eine Zustimmung konnten auch die jeweiligen Umstände hindeuten, wie das Erscheinen eines Jugendlichen zu einem mit den Eltern vereinbarten Termin.¹¹³² Ein selbständiges medizinisches Betreuungsverhältnis konnten Jugendliche begründen, wenn sie als geschäftsfähig galten

1126 In Uchtsprunge wurden 19 von 84 Kindern auf Veranlassung der Eltern frühzeitig entlassen. Vgl. HOTTENROTT: Bezirksnervenklinik Uchtsprunge, LE KJP (DDR), 811 f. und Tabellenanhang.

1127 Rahmen-Krankenhausordnung vom 1.1.1980, Abschnitt B II Nr. 13 Abs. 3, zitiert in: MÜCK (1982), 95 f.

1128 Vgl. HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 726 f.

1129 Ibid., 723 f.

1130 Historisches Archiv am KEH, Krankenakte FKH044/87, zitiert in: HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP, 723.

1131 Vgl. zur Einbindung der Eltern in die Behandlungsabläufe auch: HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP, 719 f.

1132 MÜCK (1982), 37 f.

(ab 16 Jahren; § 51 ZGB). Sie galten als geschäftsfähig, wenn sie die aus abgeschlossenen Verträgen erwachsenen Zahlungsverpflichtungen aus eigenen Mitteln selbst erfüllen konnten.¹¹³³

Die Aufklärung der Patientinnen und Patienten selbst lässt sich anhand der Akten schwerlich ermitteln. Wenn überhaupt, dann fand diese mündlich im Arztgespräch statt. Aussagen von Zeitzeugen (Patient/-innen, Bewohner/-innen, Pflegepersonal) und fehlende Belege in den Akten sprechen eher dafür, dass der Wille der Patientinnen und Patienten mindestens bis in die 1970er Jahre nicht maßgeblich war. Vielmehr gibt es Hinweise, dass Medikamente auch ohne Wissen der Patientinnen und Patienten verabreicht wurden, etwa indem sie den Mahlzeiten untergemischt wurden.¹¹³⁴ In den identifizierten Fällen einer Medikation mit codierten Arzneimitteln, die sich noch in der Entwicklung befanden, ließen sich keine spezifischen Einwilligungserklärungen in den Aktenstichproben finden. Nur in einem einzigen Fall wurden die Eltern nachweislich deswegen kontaktiert. Weil diese Erprobungen in den 1950er und 1960er Jahren durchgeführt wurden, ist davon auszugehen, dass erst die späteren Arzneimittelgesetze zu Veränderungen führten.

6.3 Zusammenfassung

In den 1950er Jahren befanden sich die meisten Psychopharmaka noch in der Entwicklung. In dieser Zeit waren mangels gesetzlich vorgeschriebener Zulassungsverfahren die Übergänge zwischen Therapieversuch und klinischer Forschung und die Übergänge zwischen Erprobung und Markteinführung fließend. Auch die Form der Einwilligung im Rahmen klinischer Erprobungen war nicht rechtsverbindlich festgelegt. Erst seit Ende der 1970er Jahre regelten Arzneimittelgesetze und Durchführungsbestimmungen in beiden deutschen Staaten die legale bzw. rechtsverbindliche Durchführung von Arzneimittelstudien.

Ethisch-rechtliche Fragen zur Medikationspraxis und missbräuchlichen Verwendung bewegten sich bis zu diesem Zeitpunkt in einer rechtlichen Grauzone. Die historische Forschung sieht sich dabei vor der Schwierigkeit, klinische Erprobungen als Teil der Medikationspraxis rückblickend zu rekonstruieren, weil sie sich mangels standardisierter und gesetzlich vorgeschriebener Verfahren kaum in der medizinischen Dokumentation niederschlugen. Dies gilt in besonderem Maße für Fragen der informierten Einwilligung. Als Grundprinzip ärztlichen Handelns auf verschiedenen Ebenen verankert (Berufs-

1133 Ibid., 38.

1134 LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD), 364.

ordnung, Rechtsprechung, ethische Leitlinien), waren Form und Inhalt (schriftlich, mündlich, konkludent) in den 1950er und 1960er Jahren in beiden deutschen Staaten formal nicht rechtsverbindlich geregelt und oblagen in der Praxis der Entscheidungsfreiheit der behandelnden Ärztinnen und Ärzte.

Die fragmentarische Dokumentation zur jeweiligen Indikation erschwert eine rückblickende fachliche Bewertung der Medikation. Was als Indikation für ein Medikament angesehen wurde, konnte bereits von Klinik zu Klinik variieren. Ebenso heterogen waren die Maßstäbe der Klassifikation psychiatrischer Krankheiten, was die Lage verkompliziert.

Die Untersuchung dieser Querschnittsanalyse setzt mit der Einführung der neuen Psychopharmaka in den 1950er Jahren ein. Diese kamen in einigen Einrichtungen unmittelbar zur Anwendung, vielfach aber erst zeitversetzt, insbesondere in der DDR.

Bedeutung und Rolle der Medikation blieben sehr unterschiedlich. Nicht nur Zeitraum und Funktion der Einrichtung (Diagnostik, Therapie, Dauerunterbringung), sondern auch therapeutische »Vorlieben« und wissenschaftliche Interessen der jeweiligen Leitungspersonlichkeit beeinflussten die Medikationspraxis. Auch institutionenbezogene Unterschiede ließen sich beobachten. Während in einigen Einrichtungen eher zurückhaltend verordnet wurde, weil beispielsweise der Direktor psychotherapeutische Ansätze vorzog (UKJP Halle) oder die Diagnostik möglichst von einer Medikation unbeeinflusst erfolgen sollte (KJP Charité, Leonhard), dominierte in anderen Einrichtungen ein medikamentöser Therapieansatz (PNL, Lübeck, Kaufbeuren, Wiesengrund). In mindestens zwei Einrichtungen folgte die Medikation offenbar sachfremden Zwecken oder wirkte schlicht maßlos (Forschungsinteresse: PNL, Disziplinierung, Sedierung: Lübeck).

Die Bewohnerinnen- und Bewohnerakten der Heimeinrichtungen der Behindertenhilfe enthielten meist keine systematische, einer Krankenakte gleichkommende Dokumentation. Die Einrichtungen wurden aber von den kooperierenden Fachkrankenhäusern psychiatrisch betreut. Sie folgten insofern, soweit ersichtlich, der allgemeinen Entwicklung (Psychopharmakotherapie). Allerdings blieb der Zugang zu neuen Medikamenten wohl vergleichsweise beschränkt. Beispielsweise wurde noch bis in die 1980er Jahre auf hochpotente Neuroleptika und Barbiturate zurückgegriffen. Bewohnerinnen und Bewohner erhielten zum Teil über Jahre und Jahrzehnte dieselbe Medikation; ein regelmäßiges Monitoring ist nicht belegt. Die Rationalität der Medikationspraxis erschließt sich häufig nicht (»Mittagsmedikation«, »medikamentenfreie Tage«).¹¹³⁵

Den Psychopharmaka kam in allen untersuchten Einrichtungen abseits einer therapeutischen Wirkung eine normierende und systemstabilisierende Funktion zu. So standen insbesondere die 1950er Jahre noch deutlich im Geist einer an Defiziten ori-

1135 DREIER-HORNING: Hubertushöhe, LE KJP (DDR), 562 und 565 f.

entierten »Minderwertigkeitspsychiatrie«. Strukturelle Mängel (»Verwahrspsychiatrie«) überdauerten reformpsychiatrische Ansätze, in manchen Einrichtungen hartnäckig. Auch die Medikationspraxis blieb davon nicht unbeeinflusst. Gleichzeitig ist in einzelnen Einrichtungen eine schrittweise Hinwendung zum Patienten bzw. zur Patientin zu erkennen. So sind die Indikationen der späteren Zeit (1970er Jahre) präziser oder lassen sich leichter nachvollziehen als die teilweise wahllosen Verordnungen von Sedativa und Neuroleptika in den 1950er und 1960er Jahren.

In der DDR waren die Akteurinnen und Akteure bis in die 1970er Jahre generell zurückhaltender in der Verordnung, was auch dem stärker regulierten und begrenzten Zugang zu Arzneimitteln insgesamt geschuldet gewesen sein dürfte. Eine breitere Akzeptanz fanden die Psychopharmaka erst zu einem Zeitpunkt, als das Konzept der Wiedereingliederung (Fördereinrichtung, Schule, Beruf) in die Psychiatrie und Behindertenhilfe Eingang fand (Ministerratsbeschluss von 1969). Seitdem wurden die neuen Medikamente auch in den untersuchten Einrichtungen als »aktivierende Therapie« in breiterem Maßstab verordnet.

Insgesamt prägte der Anstaltscharakter einiger Einrichtungen auch die Medikationspraxis mitunter bis weit in die 1970er Jahre. Diese lässt sich als »sedierende« Medikationspraxis beschreiben, die eher unspezifisch denn indikationsbezogen erfolgte und oft den defizitären Rahmenbedingungen geschuldet war. Speziell für Kinder und Jugendliche, die als »bildungsunfähig« bezeichnet wurden, gab es kaum Angebote (Beschäftigung, Förderung). Sie wurden oftmals dauerhaft in psychiatrischen Anstalten und Heimen untergebracht, aber nicht gefördert. Die häufige Sedierung insbesondere »erethischer« Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner kann auch als Akt der Hilflosigkeit begriffen werden. Die äußeren Bedingungen – also der Anstaltscharakter, fehlende Beschäftigung, unterqualifiziertes Pflegepersonal und Ärztinnen- und Ärztemangel – trafen dabei in den 1950er und 1960er Jahren mit überkommenen Ordnungsvorstellungen (Sekundärtugenden), einem defizitären Blick auf die Patienten und Patientinnen (»Minderwertigkeitspsychiatrie«) sowie mit einem noch unkritischen Umgang mit den neuen Psychopharmaka zusammen (»wenn diese ›nicht helfen sollten, dann schocken wir«¹¹³⁶). Medikamentierte wurde deshalb tendenziell eher zu viel als zu wenig.

Die Medikation der Kinder und Jugendlichen ist folglich weniger als systematischer Missbrauch einzuschätzen, auch wenn zahlreiche Fälle missbräuchlicher Medikation belegt sind. Sie stellt vielmehr einen weiteren Aspekt struktureller Benachteiligung und Vernachlässigung dar. Rechtliche Grauzonen, eine besondere Vulnerabilität der minderjährigen Patientinnen und Patienten sowie der Anstaltscharakter der Einrichtungen erhöhten dabei auch das Risiko einer unsachgemäßen Medikation.

1136 Anstaltsleiter Gerhart Mall (PNL), zitiert in: BEYER: Pfälzische Nervenlinik Landeck, LE KJP (BRD), 662.

Dies gilt insbesondere für den sogenannten »chronifizierten« Bereich, d. h. für Kinder, die als »erethisch«, »nicht heilbar«, »bildungsunfähig« oder als »Pflegefälle« deklariert und in gesonderte Abteilungen oder Heime abgeschoben wurden.¹¹³⁷ Äußere und innere Struktur der Krankenhäuser und Heime (Bettensäle, räumliche Enge, fehlende Rückzugsmöglichkeiten, fehlende Beschäftigung und individuelle Zuwendung) wirkten dabei eher als Verstärker einer Symptomatik. Eine sedierende Behandlung (»kein Schreien, kein Weinen, kein Toben«) blieb für diese Kinder Anstaltsalltag, bis sich überkommene Strukturen durch neue Angebote änderten, die auch zu einer Enthospitalisierung führten.

1137 Z. B. Uchtsprunge »Idiotenstation 5 C«, in: HOTTENROTT: Bezirksnervenlinik Uchtsprunge, LE KJP (DDR), 816; Haus 9 in der KJP Herzberge, in: HOTTENROTT: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 729 ff.; DREIER-HORNING: Hubertushöhe, LE KJP (DDR), 542 f.

7 Fazit und abschließende Bewertung

7.1 Forschungsziele

Das Forschungsprojekt hatte zum Ziel, Leid und Unrecht, das Minderjährige in stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe der Bundesrepublik (1949–1975) und DDR (1949–1989/90) erfahren haben, zu ermitteln, zu beschreiben und zur Diskussion zu stellen.

Leid wurde im Rahmen des Forschungsprojektes als subjektive Erfahrung definiert, die nicht zwingend mit Unrecht einhergehen musste. Als subjektive Erfahrung lässt sich »Leid« am ehesten anhand von persönlichen Schilderungen rekonstruieren. Der Begriff »Unrecht« legte hingegen zunächst nahe, dass es ein »Recht« im juristischen Sinne gab, welches ein Verantwortungsträger verletzt oder missachtet hat. In vielen der im Projekt untersuchten Fälle war »Unrecht« allerdings kaum im Sinne einer konkreten Rechtsverletzung, einer Grenz- oder Regelüberschreitung (d. h. als illegal) fassbar. Unrecht ergab sich vielmehr aus vielschichtigen Begleitumständen und Interpretationsräumen, die von strukturellen Mängeln bis hin zur juristischen Grauzone zwischen der jeweils nationalen Gesetzgebung und Verwaltungspraxis einerseits und einem allgemein verpflichtenden Kindeswohl andererseits reichten. Das Projekt folgte mit einer dezidiert historischen Herangehensweise einem weit gefassten Verständnis von »Unrecht«, das über die Gesetzgebung und Rechtsprechung der Zeit hinausgeht, um angesichts besonders schutzwürdiger Interessen von Minderjährigen zu einer umfassenden historischen Aufarbeitung und Bewertung der Geschehnisse zu gelangen. Die Projektbeteiligten wollten auf diesem Weg im Sinne einer »Kultur des Hinsehens«¹¹³⁸ erfahrenes »Leid und Unrecht« sichtbar machen, die Ereignisse vor dem Vergessen bewahren und gleichzeitig für leidvolle, individuelle Erfahrungen in stationären Kontexten sensibilisieren. Dadurch sollte auch ein Nachdenken über gegenwärtige und zukünftige Betreuungsformen angeregt werden. Es wird dabei betont, dass eine systematische Aufarbeitung der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Behindertenhilfe in beiden deutschen Staaten nach 1945 erst am Anfang steht.

1138 ADORNO (1977), 555–572; vgl. dazu auch Kap. 1.1.

7.2 Analytischer Zugriff, Vorgehen

Als Ausgangspunkt und analytischer Zugriff diente der Gesundheitsbegriff der World Health Organisation (WHO) von 1948, nach welchem »Gesundheit ein Zustand vollständigen, geistig-seelischen und sozialen Wohlbefindens [well-being] ist.«¹¹³⁹ Diese sehr weit gefasste Definition von Gesundheit wurde allerdings durch den Begriff des Kindeswohls konkretisiert, da dieser sich auf Handlungen und Maßnahmen beziehen lässt, die im untersuchten stationären Setting überprüfbar sind: »Die gesunde Entwicklung der Kinder ist von grundlegender Bedeutung; Voraussetzung für ihre gesunde Entwicklung ist die Fähigkeit, in einer sich verändernden Gesamtumwelt in Harmonie zu leben.«¹¹⁴⁰

Das führte zu der Frage, inwieweit konkrete Politiken, Praktiken und Routinen einem Anspruch auf Förderung einer gesunden Entwicklung zuwiderliefen bzw. diesen konterkarierten. Über diesen Zugang konnten Aspekte der Alltagspraxis in den Einrichtungen berücksichtigt werden, die sich auf die seelische Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sowie die Wahrung und Förderung ihrer menschlichen Persönlichkeit beziehen.¹¹⁴¹

Der aktuelle Forschungsstand verdeutlicht, dass »Leid und Unrecht« in Heimen der Behindertenhilfe und in psychiatrischen Einrichtungen vor allem auf unterschiedliche Formen von Gewalt zurückgeführt werden können bzw. dass sich viele Aspekte der medizinischen Behandlung, pädagogischen Betreuung und institutionellen Versorgung als Formen von Gewalt konzipieren lassen. So lässt sich z. B. das Konzept der strukturellen Gewalt von Johan Galtung auch für die Psychatriegeschichtsschreibung nutzen.¹¹⁴²

Der vorliegende Abschlussbericht fokussiert davon ausgehend auf:

- ungerechtfertigte medizinische bzw. therapeutische Maßnahmen,
- pädagogische Zwangs- und Strafmaßnahmen sowie demütigende Erfahrungen,
- den missbräuchlichen Einsatz von Psychopharmaka,
- sexuelle Gewalterfahrungen,
- erzwungene oder nicht entlohnte Arbeit oder das Vorenthalten von Sozialversicherungsbeiträgen sowie

1139 LOHMANN (2019), 224.

1140 Auszug aus der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation, Übersetzung, New York, 19. bis 22. Juli 1946; sie wurde von 61 Staaten unterzeichnet, von der BRD 1951 und von der DDR 1975.

1141 LOHMANN (2019), 224.

1142 Gewalt ist demnach eine vermeidbare Beeinträchtigung grundlegender menschlicher Bedürfnisse. Beeinträchtigt werden können Menschen dabei in ihrem physischen Überleben, ihrem Wohlbefinden, ihrer Freiheit, ihrer Identität und ihrem Sinn. Diese Definition schließt die Menschenwürde mit ein und verweist darauf, dass ihre Beeinträchtigung häufig vermeidbar ist. Galtung unterteilt Gewalt in personelle (ereignisorientiert), strukturelle (prozesshaft) und kulturelle Gewalt (invariant); vgl. GALTUNG (1975), 8–12; WIENBERG (1997), 14–38; auch PAINKE (2006).

- den Verlust bzw. das Vorenthalten von persönlicher, beruflicher und sozialer Lebensqualität.

Fragmente, Spuren und Hinweise, die sich dazu in überlieferten Aktenbeständen und den Erinnerungen von Zeitzeuginnen und Zeitzeugen fanden, wurden zusammengeführt und möglichst genau historisch rekonstruiert.¹¹⁴³ Es wurden zudem die institutionellen und rechtlichen Rahmenbedingungen der Einweisungs- und Unterbringungspraxis in den Blick genommen, die Unrechtshandlungen und Leiderfahrungen in Kinder- und Jugendpsychiatrien und Einrichtungen der Behindertenhilfe erst ermöglichten oder begünstigten.

Die Forschungsgruppe hat dazu in einem ersten Schritt exemplarisch 17 Einrichtungstudien erarbeitet, die in der Zusammenschau ein breites Spektrum verschiedener Einrichtungstypen in beiden deutschen Staaten im Untersuchungszeitraum abbilden. Diese Einrichtungstudien basieren im Wesentlichen auf der systematischen Auswertung von 1.511 Krankenakten und 59 Interviews mit Zeitzeuginnen und Zeitzeugen sowie auf 177 Zuschriften über ein für das Projekt geschaffenes Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal (Betroffene, Angehörige, damaliges Personal).¹¹⁴⁴ Die Einrichtungstudien gingen dezidiert benannten Spuren von »Leid und Unrecht« nach. Darauf aufbauend wurden in thematischen Querschnittsanalysen diese Hinweise historisch eingeordnet. Erstmals wird damit eine vergleichende und zusammenführende historische Analyse verschiedener Einrichtungstypen aus beiden deutschen Staaten auf Basis eines vergleichsweise großen Samples vorgelegt, deren Ergebnisse im Folgenden zusammengefasst und bewertet werden.

7.3 Faktoren der Lebensbedingungen in Ost und West

7.3.1 Institutionelle Unterversorgung und materieller Mangel

Die Verhältnisse in den psychiatrischen Kliniken und Einrichtungen der Behindertenhilfe, die Leid und Unrecht hervorbrachten, sind in hohem Maße das Ergebnis der besonderen institutionellen Struktur der ost- und westdeutschen Versorgungslandschaft

1143 Vgl. dazu Kap. 1.4. Angesichts der heterogenen Quellenlage konnte es dabei im Ergebnis nicht um eine Quantifizierung von Leid- und Unrechterfahrungen gehen.

1144 Vgl. *ibid.*

nach dem Zweiten Weltkrieg. Diese wies trotz der deutsch-deutschen Systemdifferenz und der dadurch bedingten gesundheitspolitischen Unterschiede in der DDR und der BRD viele Gemeinsamkeiten auf.

In beiden deutschen Staaten bildete sich ab Mitte der 1950er Jahre die Kinder- und Jugendpsychiatrie als eigenständige Fachdisziplin heraus; an den großen Universitätskliniken entstanden spezielle Abteilungen für Kinder und Jugendliche. Wenngleich es sowohl in der DDR als auch in der BRD in den Nachkriegsjahrzehnten zu zahlreichen Neugründungen kam, konnte der steigende Bedarf an Behandlungsplätzen allerdings bei weitem nicht abgedeckt werden. Kinder und Jugendliche mit geistigen und/oder körperlichen Behinderungen waren in der Bundesrepublik überwiegend in konfessionellen Großanstalten der Behindertenhilfe untergebracht. Zugleich existierten allerdings auch in zahlreichen psychiatrischen Kliniken Sonderabteilungen für einen Langzeitaufenthalt geistig behinderter Minderjähriger. In der DDR wurden Menschen mit geistigen Behinderungen aufgrund der Zuständigkeit des Ministeriums für Gesundheitswesen hingegen vorwiegend psychiatrisch versorgt und in Außenstellen der großen »Bezirksnervenkliniken« untergebracht. Die von den westdeutschen Kirchen unterstützten konfessionellen Einrichtungen wurden vom Staat auf dem Gebiet der Behindertenhilfe geduldet und benötigt, machten laut Schätzungen allerdings nur knapp die Hälfte der Einrichtungen aus. Insgesamt lässt sich festhalten, dass in beiden Teilen Deutschlands spezielle Einrichtungen für Minderjährige im gesamten Untersuchungszeitraum nur in unzureichender Zahl vorhanden waren. So erwiesen sich für die Wahl der Einrichtung bei der Unterbringung weniger die jeweiligen Bedürfnisse oder der individuelle Förderbedarf als ausschlaggebend, sondern die Anzahl der freien Plätze. Aufgrund des Mangels an geeigneten Pflegeeinrichtungen verblieben viele Kinder in allgemeinen Krankenhäusern oder lebten in Kinder-, Pflege- oder Altersheimen (»Fehlplatzierungen«).

Obwohl unser Einrichtungssample aus sehr unterschiedlichen Einrichtungen (konfessionell/staatlich, Heim/Klinik, DDR/BRD) bestand, lassen sich im Hinblick auf die Unterbringungssituation von Minderjährigen in den jeweiligen Untersuchungszeiträumen überwiegend Parallelen beschreiben. So war die Einrichtungslandschaft vor allem in den 1950er und 1960er Jahren in beiden Staaten von tiefgreifenden Mangelerscheinungen geprägt: chronische Unterfinanzierung, Personal- und Raumnot, Sanierungsstau und dauerhafte Überbelegung prägten die Unterbringungssituation. Hinzu kam ein ausgeprägtes Desinteresse der Gesellschaft in beiden deutschen Staaten am Schicksal von Menschen mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung bzw. von psychisch erkrankten Menschen. Der gesellschaftliche Blick auf diese Bevölkerungsgruppe blieb vorrangig defizitorientiert, was deren fortdauernde soziale Marginalisierung begünstigte. In beiden Teilen Deutschlands blieben Minderjährige mit Behinderungen oder psychischen Erkrankungen eine Randgruppe der Gesellschaft, die aus dem öffentlichen

Bewusstsein verdrängt wurde. Diese soziale Ausgrenzung manifestierte sich beispielsweise auch in der abgeschiedenen Lage der größtenteils aus der Vorkriegszeit stammenden Großanstalten. Im Stil der an der Wende zum 20. Jahrhundert etablierten Verwahrspsychiatrie prägten sie auch nach 1945 die Einrichtungslandschaft in Ost und West.

Aufgrund der wirtschaftlichen Probleme der DDR war die finanzielle und materielle Unterversorgung der Heime und Kliniken im Sozialismus systemisch ausgeprägter und dauerhafter als im Westen. Allerdings zeigen die gleichermaßen prekären Lebensbedingungen in den von uns untersuchten Einrichtungen nachdrücklich, dass auch in der BRD weder die staatlichen noch die konfessionellen Anstalten finanziell vom ökonomischen Aufschwung des »Wirtschaftswunders« der 1950er und 1960er Jahre profitierten. Für beide Staaten lassen sich besonders in ihrer Frühphase in den Lebensverhältnissen daher kaum Unterschiede feststellen. Die sich andeutende Auseinanderentwicklung der Versorgung in der BRD und DDR ab den 1970er Jahren konnte durch die unterschiedlichen Untersuchungszeiträume nicht vertiefend untersucht werden.

Die mitunter prekären Zustände in den von uns betrachteten Einrichtungen hatten unmittelbar einen negativen Einfluss auf die Lebenssituation und das Wohlergehen der Bewohnerinnen und Bewohner sowie Patientinnen und Patienten. Dazu zählen Raumgröße (Anzahl der Betten) und Beschaffenheit, die hygienischen Bedingungen, Personalausstattung und Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Entfernung von größeren Ortschaften und andere Ressourcen (Spielzeug, Lernmaterial, Lebensmittel etc.). Große, überfüllte Schlafsäle, therapeutischer Nihilismus, fehlende Privat- und Intimsphäre, mangelnde Beschäftigungs- und Freizeitmöglichkeiten sowie fehlende Zuwendung oder Unterstützung hinsichtlich einer schulischen oder individuellen Förderung durch das Personal der Einrichtungen führten zu Stresssituationen, die sich massiv auf das Verhalten der Kinder und Jugendlichen auswirkten und als Konsequenz wiederum Gewalt in Form von Disziplinierungsmaßnahmen und Strafen oder Medikation zur Ruhigstellung durch das Personal nach sich zogen.

Die mangelhaften finanziellen und materiellen Ressourcen der Einrichtungen hatten dabei auch Einfluss auf den Tagesablauf der Minderjährigen. Zur finanziellen Unterstützung der Einrichtung wurden die Heimbewohnerinnen und -bewohner und Patientinnen und Patienten sowohl für hauswirtschaftliche Aufgaben (Reinigungsarbeiten, Küche, Wäscherei) herangezogen als auch in anstaltseigenen Handwerks- und Landwirtschaftsbetrieben eingesetzt, meist ohne dass eine finanzielle Entlohnung erfolgte oder ein Lern- oder Ausbildungsziel mit der Beschäftigung verbunden gewesen wäre. Schulunterricht konnte nur dort stattfinden, wo auch Räumlichkeiten und Lernmaterialien zur Verfügung standen. Die Beschulung insbesondere von Minderjährigen mit geistigen Beeinträchtigungen wurde zumeist als nachrangig betrachtet.

7.3.2 Defizitäre Personalsituation und mangelnde Bildungschancen

Vernachlässigungs-, Demütigungs- und Gewalterfahrungen in der Anstaltsunterbringung wurden vor allem in den 1950er und 1960er Jahren unter anderem durch eine defizitäre Personalsituation begünstigt. Die Anstalten waren als Arbeitsorte bereits durch ihre abgeschiedene Lage unattraktiv. So stand in den Einrichtungen generell zu wenig Personal zur Verfügung. Zudem wurde die Pflege- und Betreuungsarbeit noch zu einem hohen Prozentsatz von pädagogischem, medizinischem oder pflegerischem Personal geleistet, das für den Bereich der Kinderpsychiatrie oder für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen unzureichend oder überhaupt nicht qualifiziert war. So etablierte sich die Kinderpsychiatrie beispielsweise erst schrittweise als eigenständige Fachdisziplin mit einer besonderen Expertise für Kinder und deren Belange, und der allgemein herrschende Personalmangel ließ wenig Raum für Weiterbildungen. In der Psychiatrie tätiges medizinisches Pflegepersonal musste aus heutiger Sicht fachfremde Arbeiten in großem Umfang mit erledigen, Diakonissen und Ordensschwestern in konfessionellen Einrichtungen übernahmen pflegerische und erzieherische Aufgaben, für die sie ebenfalls nicht ausgebildet waren. In der DDR wurde pädagogisches Personal in den psychiatrischen Einrichtungen zunächst kaum bis gar nicht finanziert, und auch in der BRD war der Grad der fachlichen Professionalisierung und Stellenausstattung für diesen Bereich gering. Die Überforderung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Umgang mit den Minderjährigen sowie die überaus belastenden Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen führten aufgrund der genannten strukturellen Mängel zu einem angespannten Klima und begünstigten einen bevormundenden, zum Teil rauen bis dezidiert gewaltsamen Umgang mit Schutzbefohlenen, für den sich zahlreiche Hinweise und Belege in den Akten und Zeitzeuginnen- und Zeitzeugeninterviews fanden. Gewalt war jedoch keineswegs ein Automatismus. So ließen sich ebenso Beispiele für einen zugewandten und empathischen Umgang finden: Es gab engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die trotz aller widrigen Bedingungen und über die eigene Belastungsgrenze hinaus versuchten, sich für das Wohl der Kinder und Jugendlichen und für die Überwindung überkommener Strukturen einzusetzen. Ob in einer bestimmten Einrichtung Minderjährige hiervon profitieren konnten, war aber lange Zeit dem Zufall überlassen. Die fehlenden materiellen und personellen Ressourcen in den Einrichtungen können individuelles Fehlverhalten daher zwar teilweise erklären, entschuldigen einen gewaltsamen Umgang mit den Schutzbefohlenen jedoch auch nach zeitgenössischen Maßstäben keineswegs. Die mangelnde Aufmerksamkeit und Ressourcenmobilisierung für die genannten Gruppen von Minderjährigen kann u. a. auch als mitbedingt durch personelle Kontinuitäten aus der NS-Zeit angesehen werden.

In der BRD etablierten sich erst in den 1970er Jahren in der Krankenpflege und Betreuung einheitliche fachliche und humanitäre Standards, die zusammen mit der

Verbesserung der infrastrukturellen Rahmenbedingungen und der sich wandelnden gesellschaftlichen Sicht auf psychische Krankheiten und Behinderungen halfen, gewaltförmiges Verhalten im Betreuungsalltag zurückzudrängen. In den Einrichtungsstudien kommt zum Ausdruck, welch positiven Einfluss in diesem Zusammenhang neues Personal hatte. So kamen in den 1970er Jahren neue Berufsgruppen in die Einrichtungen wie Beschäftigungstherapeutinnen und -therapeuten, Psychologinnen oder Psychologen sowie auch Zivildienstleistende und Praktikantinnen und Praktikanten. Ein Faktor für Veränderungen konnte auch die Mitgliedschaft in Gewerkschaften darstellen, die damit einherging, dass Personalvertretungen eingerichtet wurden, die die Arbeit der Einrichtung kritisch begleiteten und unter Umständen dafür sorgten, dass sachfremde Binnenstrukturen aufgelöst wurden. Verbesserungen der räumlichen Ausstattung und der materiellen Verhältnisse der Einrichtung führten fast immer auch zu neuen Umgangsformen des Miteinanders und zu besseren Lebensbedingungen.

In der DDR änderte sich vor allem an den institutionellen Versorgungsformen – tendenziell Großkrankenhäuser oder Großeinrichtungen als Versorgungs-, und Behandlungszentren sowie Heime – bis zum Mauerfall wenig. Auch strukturelle Festlegungen und Zuständigkeiten wurden kaum aufgeweicht. Die Logik der Großeinrichtungen erschwerte oder blockierte dabei einen Wandel nach innen. Hinzu kam in der DDR das Fehlen einer kritischen Öffentlichkeit im Sinne einer emanzipativen Bewegung, die reformpsychiatrische und heilpädagogische Ansätze »von oben« mit dem Ausbau alternativer Strukturen »von unten« hätte begleiten können, etwa durch Wohn-, Behandlungs- und Betreuungsformen außerhalb staatlicher Einrichtungen. So änderte sich an den Zuständen bis 1990 grundlegend wenig, auch wenn im Rahmen der Gegebenheiten zumindest auf der Einrichtungsebene bzw. im Anstaltsalltag seit den ausgehenden 1980er Jahren tendenziell ein sozialpsychiatrischer Wandel stattfand.

Als potentiell gewaltfördernder Faktor erwies sich in beiden deutschen Staaten die vage und teilweise fehlende Abgrenzung zwischen Psychiatrie und Heilpädagogik. Angesichts der allgemeinen Überfüllung der Heime lebten Kinder mit geistigen und/oder körperlichen Behinderungen oft monatelang, manchmal über Jahre ohne medizinische Indikation in Krankenhäusern und Kliniken, die nicht für einen Langzeitaufenthalt ausgelegt waren und denen jegliche Kapazitäten und Kompetenzen für eine adäquate, also vor allem schulische Betreuung und pädagogische Förderung der Minderjährigen fehlten. Zudem wurden nicht wenige Kinder, die im Elternhaus, in der Schule oder im Kinderheim Verhaltensauffälligkeiten zeigten, aufgrund fehlender ambulanter Angebote in psychiatrische Einrichtungen oder Heime der Behindertenhilfe eingewiesen bzw. dort zum Teil dauerhaft untergebracht. Solche Fälle sind in den eingesehenen Akten dokumentiert. Diese »fehlplatzierten« Kinder erhielten kaum adäquate Förderung, Beschulung oder Berufsausbildung. In dieser Hinsicht erwies sich das Unterbringungssystem als wenig durchlässig.

In der DDR waren durch die Zuständigkeit des Ministeriums für Gesundheitswesen behinderte Menschen sogar überwiegend in Psychiatrien bzw. deren Außenstellen untergebracht. Die dauerhafte Asylierung in psychiatrischen Einrichtungen wurde hier durch eine frühe strukturelle Festlegung begünstigt, die durchaus politisch-ideologisch konnotiert war (Primat der Volksbildung). Das Ministerium für Volksbildung sah sich für Kinder und Jugendliche, die als nicht bildungsfähig galten, nicht in der Verantwortung. Während Kinder mit Behinderungen, die als schulfähig galten, in Einrichtungen der Volksbildung (Sonderschulwesen) betreut und untergebracht wurden (z. B. in Heimen und Internaten des Sonderschulwesens), wurde die Unterbringung und Betreuung der als »nicht bildungsfähig/sonderschulfähig« geltenden Kinder dem Gesundheitswesen übertragen bzw. mangels entsprechender Heime im Gesundheitswesen den psychiatrischen Krankenhäusern und kirchlichen Heimen überlassen.

Für viele Kinder und Jugendliche mit geistigen und/oder physischen Behinderungen oder Verhaltensauffälligkeiten (psychiatrische bzw. pädagogische »Grenzfälle«) wurde in beiden deutschen Staaten auf diese Weise das psychiatrische Krankenhaus für längere Zeit zum Lebensort, ohne dass sie dort jedoch adäquat gefördert wurden. Einweisungen erfolgten auf der Grundlage unscharfer Sammelbegriffe und Diagnosen (z. B. »verhaltensauffällig«, »verwahrlost«, »hirngeschädigt«, »psychopathisch« und »schwachsinnig«). Geistig behinderten Kindern wurden durch die Einweisung in eine Einrichtung der Psychiatrie Bildungsmöglichkeiten verweigert. Doch auch die zumeist konfessionellen Heime bildeten letztendlich ein klassifizierendes System nach dem Grad der Behinderung und Bildungsfähigkeit, so dass es für die Betroffenengruppe der sogenannten bildungsunfähigen Kinder bis Anfang der 1970er Jahre keine Förder- und Ausbildungsmöglichkeiten gab. Dementsprechend blieb eine Vielzahl der untergebrachten Minderjährigen hinter ihren eigenen Möglichkeiten zurück.

In der DDR verbesserten sich für die als »bildungsunfähig«, aber »förderfähig« beurteilten Kinder erst in den 1970er Jahren das Lernangebot und die Entwicklungsförderung. Ab den 1970er Jahren wurde diese Gruppe von Kindern in einem zunehmend ausdifferenzierten System rehabilitationspädagogischer Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens oder in kirchlichen Einrichtungen zumindest »lebenspraktisch« gefördert. Faktisch blieb aber insbesondere den als »bildungsunfähig« deklarierten Kindern und Jugendlichen auch weiterhin eine (schulische) Förderung vorenthalten. Für die betroffenen Minderjährigen lässt sich in diesem Punkt damit wohl recht klar von einer strukturellen bzw. politisch-systematisch bedingten Benachteiligung sprechen. Während diese Form der Ausgrenzung bis zum Ende der DDR bestehen blieb, entwickelte sich in der BRD in den 1970er Jahren ein stark ausdifferenziertes Sonderschulsystem, das sukzessive auch geistig behinderten Kindern eine schulische Förderung ermöglichte.

Zusammengefasst ließen sich also in beiden deutschen Staaten auffallend viele Übereinstimmungen hinsichtlich der Lebensverhältnisse in stationären Einrichtungen

feststellen, die dem Einrichtungstypus und seiner inneren Struktur zugeschrieben werden können – etwa ein stark reglementierter Tagesablauf, der eine Nachrangigkeit oder Unterordnung persönlicher Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner mit sich brachte, oder die Abschottung und Isolation der Einrichtung von der Außenwelt. Die Anstalten bildeten eine Art hermetischen Mikrokosmos mit eigenen Gesetzmäßigkeiten und einer Eigenlogik, die nach innen systemstabilisierend wirkte und nach außen kaum Kontrollen unterworfen war. Einrichtungen, die alle Lebensäußerungen eines Menschen regeln, kontrollieren und Regelübertritte sozial sanktionieren, fasste der kanadische Soziologe Erving Goffman nicht zufällig gerade in der Mitte unseres Untersuchungszeitraums als »totale Institutionen« auf – eine Einrichtung oder Organisationsform, die sich durch ihre Abgeschlossenheit und die Ent-Individualisierung der hier asylierten »Insassen« auszeichnet.¹¹⁴⁵

7.3.3 Rechtlosigkeit während der Einweisung und Unterbringung

In beiden Staaten bestand eine Kluft zwischen den rechtlichen Bestimmungen und der tatsächlichen Rechtsanwendung. Momente struktureller Gewalt lassen sich bereits im Zuge der Einweisung bzw. Aufnahme psychisch beeinträchtigter oder behinderter Kinder und Jugendlicher in eine psychiatrische Einrichtung oder in ein Heim ausmachen.

In der Bundesrepublik war der Weg in eine stationäre Einrichtung durch verschiedene Gesetze geregelt, wobei sowohl das Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG, vor 1961 RJWG) als auch die jeweiligen Paragraphen des BGB den Vormundschaftsgerichten und Behörden erhebliche juristische Spielräume ließen, die Anhörung der Betroffenen zu umgehen oder den Eltern im Zweifel sogar das Sorgerecht zu entziehen, um eine Einweisung zu veranlassen. Vor allem die Minderjährigen selbst waren aufgrund fehlender Partizipations- und Beteiligungsrechte der Situation und der Entscheidungsgewalt der beteiligten Stellen subjektiv und auch faktisch ausgeliefert. Dieser Umstand lässt sich beispielhaft daran ablesen, dass es Eltern bis 1979 erlaubt war, ihre Kinder ohne richterlichen Beschluss in die Psychiatrie einweisen zu lassen. Die Pathologisierung von Verhaltensauffälligkeiten und sozial abweichendem Verhalten nach 1945 – hier spielte der juristisch kaum spezifizierte Begriff der »Verwahrlosung« eine zentrale Rolle – führte überdies zu einer zunehmenden Ausgrenzung von »schwierigen« Kindern und Jugendlichen aus der Jugendhilfe in die Behindertenhilfe und Psychiatrie und verstärkte auch gesamtgesellschaftlich den Trend zur Anstaltsunterbringung von geistig behinderten oder psychisch erkrankten Kindern. Die Einrichtungsstudien zeigen zudem deutlich, dass

1145 GOFFMAN (1973).

von einer Heim-/Psychiatrieeinweisung überproportional viele sozial unterprivilegierte Minderjährige betroffen waren, die aus armen und familiär prekären Verhältnissen stammten oder keine Angehörigen mehr hatten.

Bei der Aufnahme in eine Großeinrichtung der Behindertenhilfe spielte in vielen Fällen zudem eine Rolle, dass die großen Anstalten in der BRD oftmals die einzigen schulischen Fördermöglichkeiten für Menschen mit geistigen Behinderungen boten; ambulante Unterstützungsmöglichkeiten und Hilfen fehlten bis in die 1970er Jahre. Der Wille und die Wünsche der Minderjährigen selbst – dies wird aus den Einrichtungsstudien deutlich – wurden hierbei nicht berücksichtigt. Das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) von 1961 markiert zwar einen wichtigen Schritt hin zu einer Rechtsverbesserung für Menschen mit Behinderungen, da hier erstmals ein gerichtlich einklagbares Recht auf »Eingliederungshilfe« formuliert wurde. Dieser Umstand änderte bis weit in die 1970er Jahre allerdings wenig an der Unterbringung des überwiegenden Teils geistig behinderter Kinder und Jugendlicher in den abgelegenen großen Anstaltskomplexen, da das Recht nicht in Anspruch genommen und nicht in der Praxis umgesetzt wurde.

In der DDR wurden Einweisungen in die Behinderteneinrichtungen durch die Organe der Jugendhilfe vollzogen. Sie stimmten sich bei der Auswahl der Einrichtung mit dem leitenden Personal der Kliniken ab. Für die Einweisung auf die Stationen der Psychiatrien kamen eine Zeitlang mangels eines eigenen Gesetzes die Vorschriften des preußischen Polizeiverwaltungsgesetzes zur Anwendung. Dieses wurde sukzessive durch Verordnungen des Ministeriums für Volksbildung und des Ministeriums für Gesundheitswesen ergänzt, die Aspekte der Einweisung betrafen. 1968 trat an diese Stelle das sogenannte Einweisungsgesetz der DDR.

Weitaus stärker als in der Bundesrepublik war die Einweisungs- und Unterbringungspraxis in der DDR durch die schwache Rechtsstellung der Bürgerinnen und Bürger gegenüber dem Staat geprägt. Bestand in der Bundesrepublik zumindest formal die Möglichkeit, sich gegen staatliche Eingriffe juristisch zur Wehr zu setzen, so konnten in der DDR die verfassungsmäßig garantierten Grundrechte nicht gerichtlich geltend gemacht werden, da Heimeinweisungen Verwaltungsakte waren und in der DDR keine Verwaltungsgerichtsbarkeit existierte. Zudem erhielten die Elternrechte in der DDR-Verfassung kein eigenständiges Gewicht. In der Bundesrepublik wird im § 6 des Grundgesetzes das sogenannte Wächteramt des Staates von starken Elternrechten eingeschränkt. Die Verfassung der DDR betonte stattdessen die Pflicht der Eltern, ihren Anspruch »auf ein enges und vertrauensvolles Zusammenwirken mit den gesellschaftlichen und staatlichen Erziehungs- und Bildungseinrichtungen« wahrzunehmen (Art. 38, Abs. 4).

Dieses Klima konnte dazu führen, dass Elternrechte (z. B. das Aufenthaltsbestimmungsrecht) übergangen wurden. Auch über eine Entlassung entschieden im Gegensatz zur Verfahrensweise in der Bundesrepublik allein staatliche Stellen. Rechtsmittel

gegen behördliche Entscheidungen standen den Eltern nicht zur Verfügung. Gerade bei der besonders vulnerablen Gruppe psychisch erkrankter und geistig behinderter Kinder und Jugendlicher, die ihre Rechte noch weitaus weniger wahrnehmen konnten als andere Minderjährige, wurden damit die Schutzfunktion und die Anwaltschaft der Eltern praktisch ausgehebelt.

Im Heim- und Psychiatriealltag machte das unterschiedliche Rechtsverständnis von DDR und BRD hinsichtlich individueller Persönlichkeitsrechte allerdings kaum einen Unterschied. Die Lebenssituation der Kinder und Jugendlichen in Psychiatrien und Heimen war in beiden deutschen Staaten vor allem in den ersten beiden Nachkriegsjahrzehnten rechtlich wenig abgesichert. In zahlreichen Fällen kam es zu Einschränkungen und Verletzungen von Grundrechten. Auch gewaltförmige Erziehungs- und Strafmaßnahmen fanden sich in fast allen untersuchten Einrichtungen, was auf einen hohen Verbreitungsgrad solcher Praktiken hindeutet. Den Minderjährigen wurde in den untersuchten Einrichtungen nahezu jeder Einfluss auf ihre Lebensführung verwehrt, Mitspracherechte besaßen die Kinder oftmals nicht einmal in unmittelbar persönlichen, intimen Lebensbereichen wie der Körperpflege. Aufgrund des Umstandes, dass die Briefe der Kinder fast in allen Einrichtungen kontrolliert wurden und der Kontakt nach außen stark reglementiert war, gab es bei den Betroffenen kaum Beschwerdemöglichkeiten; auch hatten Kinder Angst, sich zu beschweren, weil dies mit einer großen Wahrscheinlichkeit Sanktionen nach sich gezogen hätte. Wenn sich Bewohnerinnen und Bewohner bei Aufsichtspersonen beklagten (das geht aus dem Schriftverkehr eindeutig hervor), wurden sie entweder als »Lügner« diffamiert oder man unterstellte, dass sie eine Mitschuld an den Übertretungen des Personals tragen würden. Exemplarisch dafür steht hier ein Bericht aus unserem Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal:

»Ich wusste nie wann mir meine Mutter besucht sie war auf einmal da. [...] Es gab kein Besucherzimmer. Vor dem Speiseraum waren Flügeltüren die immer offen standen. [...] Ich und meine Mutter waren nie alleine dort wenn sie mir besuchte nach ihrer Haft. Ich habe sie zugeflüstert Mutti warum bin ich hier hol mir bitte raus hier. Ich flüsterte sie zu Mutti die schlagen uns, geben uns reinen Alkohol wenn wir in der Nachtruhe reden. Meine Mutter dachte ich denke mir das aus um da raus zu kommen. Fürchterlich, das ist doch für meine Mutter unglaublich. Sie konnte doch nichts dafür, das wusste ich.«¹¹⁴⁶

Der Aufenthalt in den Langzeiteinrichtungen der Behindertenhilfe führte jedoch in der Regel zu massiveren und dauerhafteren Folgen für die Biographie der Betroffenen als ein Aufenthalt in Kliniken und in den Aufnahme- und Beobachtungsabteilungen der Psychiatrien. Denn diese waren tendenziell eher auf eine zeitlich begrenzte Beobachtung, Diagnostik und Therapie mit anschließender Verlegung oder Entlassung ausgelegt. Zwar lässt

1146 Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal, handschriftliche Zuschrift von Z. H., Neuenhagen/Psychiatrie Eberswalde, Archiv des DIH.

sich in allen untersuchten Einrichtungsformen die Anwendung von Gewalt und Zwang in verschiedenen Abstufungen nachweisen. Gerade aber die Heimbewohnerinnen und -bewohner waren durch ihre langandauernde, zumeist jahrelange stationäre Unterbringung den prekären Verhältnissen in den Anstalten länger und in stärkerem Ausmaß ausgesetzt als die Patientinnen und Patienten auf den psychiatrischen Beobachtungsstationen. Weil Kinder und Jugendliche in der DDR mehrheitlich in psychiatrischen Anstalten oder in Krankenhäusern über lange Zeiträume »verwahrt« wurden, fiel diese Differenzierung hier weniger ins Gewicht. In der Langzeitunterbringung war der Kontakt der Kinder und Jugendlichen zur Außenwelt in den Heimen über einen langen Zeitraum eingeschränkt oder ganz unterbrochen, was zusätzlich das Risiko barg, zum Opfer von gewaltförmigem Handeln zu werden. Die verwundbarste Gruppe waren Kinder, die keine Angehörigen mehr besaßen oder als »familiengelöst« (ein in der DDR gebräuchlicher Terminus) galten und den Institutionen im Prinzip schutzlos ausgeliefert waren.

7.3.4 Einstellungen und Werthaltungen

In ihren Einstellungen und Werthaltungen zu Behinderungen und psychiatrischen Problemen unterschieden sich beide deutsche Gesellschaften wenig. Mit dem Ende des Nationalsozialismus öffnete sich zwar theoretisch die Möglichkeit eines gesellschaftlichen Wandels. In beiden deutschen Staaten wurde dieser Wandel mit der Formel der »Stunde null« auch propagiert. Allerdings sind Mentalitäten und Einstellungen träge und hängen wohl weniger von kurzfristigen politischen Zielsetzungen ab als vielmehr von den Möglichkeiten der aktiven Mitwirkung an einer kritischen und demokratischen Öffentlichkeit. Diese Option bestand in Westdeutschland, nicht aber in Ostdeutschland, was die Zeitunterschiede der Reformanstrengungen zumindest teilweise erklärt: Im Osten setzten diese erst mit dem Untergang der DDR ein.

Die Erfahrungen und Folgen des Zweiten Weltkrieges beeinflussten in der Nachkriegszeit die Auffassungen vom Umgang mit Kindern. Es entstand das Leitbild eines Kindes, das funktioniert, wenig Aufmerksamkeit benötigt, produktiv einen Beitrag zur Existenzsicherung der Familie leisten kann und sich diszipliniert den Erfordernissen des Alltags unterordnet. Auch Gewalt war ein wenig reflektiertes Moment der Familienziehung in beiden deutschen Staaten.

Neben diesen Gemeinsamkeiten war die Erziehungspraxis in den von uns untersuchten 17 Einrichtungen nicht selten mit Demütigung und Angst verbunden. Nicht zuletzt war die Erziehungspraxis darauf angelegt, Persönlichkeitstypen zu befördern, die in die Strukturen der totalen Institutionen »passten«. Dies wurde in der BRD seit den 1960er Jahren intensiv und zusehends kritischer diskutiert, aber nur nach und nach überwunden.

In der DDR blieb eine solche Problematisierung aus. Der dort etablierte Sozialismus verstand sich als alternativlose Überwindung des Nationalsozialismus, was es erschwerte, die pädagogische Nähe zu den Erziehungsvorstellungen der Zeit vor 1945 wahrzunehmen. Die Form der »sozialistischen Pädagogik«, wie sie nach dem Zweiten Weltkrieg von der Sowjetunion den sozialistischen Staaten verordnet wurde, bestand vor allem aus einer normativen Vorstellung vom Kollektiv, dem sich das Individuum unterzuordnen hatte. Unter Josef Stalin (1878–1953) wurden liberale Strömungen innerhalb der Erziehungswissenschaft der UdSSR in den 1930er Jahren vehement bekämpft. Emanzipatorische oder individual-reformpädagogische Ansätze galten als »bürgerlich« und wurden auch in der DDR bereits Mitte der 1950er Jahre zurückgedrängt und verboten. Die staatlichen Erziehungsvorstellungen, die ihren Ausdruck im Begriff der »sozialistischen Persönlichkeit« fanden, zielten auf das disziplinierte, staatstreue, gemeinschaftsorientierte und der führenden Partei verpflichtete Kind. Dieses »Ideal« setzte bestehende Erziehungsvorstellungen unter neuen politischen Vorzeichen fort und wurde bis 1989 verfolgt.

Ähnliche Kontinuitäten in den Werthaltungen und pädagogischen Vorstellungen lassen sich auch für den konfessionellen Bereich in der DDR und der BRD beschreiben. Defizitorientierungen hat es auch in theologischen Betrachtungen von Behinderung oder Erziehungsschwierigkeit gegeben. Insbesondere schwieriges Verhalten von Kindern und Jugendlichen wurde mit »Gottferne«, »Sündhaftigkeit« und »Lebensfremdheit« assoziiert, Religion als Autoritätsverstärkung missbraucht. Einstellungen, Stigmatisierungen und Vorbehalte gegenüber dem psychisch erkrankten und/oder behinderten Kind konnten daher nach 1945 in beiden deutschen Staaten fortwirken – in der BRD bis in die 1970er Jahre, in der DDR bis 1990 – und in der Folge vergleichbare Lebensbedingungen in den von uns untersuchten Einrichtungen hervorbringen.

7.4 Individuelle Unrechts- und Gewalterfahrungen

7.4.1 Verweigerung von Individualität und Lebensgestaltungsmöglichkeiten

Der Lebensalltag in den von uns untersuchten Einrichtungen, war – wenn nicht über den gesamten Untersuchungszeitraum, so doch zumindest zeitweise – durch Missachtung und fehlende Wertschätzung gegenüber den Kindern und Jugendlichen geprägt. Pater-

nalistische Haltungen bestimmten den Erziehungsalltag, eine Partizipation der Kinder wurde kaum ermöglicht. Institutionelle Strukturen verhinderten Individualität und beförderten Verdinglichungsprozesse. Dazu gehörten etwa der strenge Anstaltsalltag, dessen Regeln unbedingt einzuhalten waren, die Exklusion und Isolation der Kinder und Jugendlichen vom sozialen Umfeld der Anstalt, die Eingriffe in die Intimsphäre der Kinder und Jugendlichen, das Fehlen geeigneter Rückzugsmöglichkeiten und die Konzentration der Erziehung auf ein anstaltskonformes Verhalten statt einer Erziehung zur größtmöglichen Selbständigkeit. Das Kind wurde zum Objekt der Erziehung und Erziehung selbst zur (Selbst-)Disziplinierung. Seine Bedürfnisse und Interessen wurden den Notwendigkeiten der Einrichtungen untergeordnet. Die Beziehung zwischen dem Personal und den Kindern erhielt einen »dinghaften« Charakter, wie auch die folgende Erinnerung verdeutlicht:

»Das betreuende Personal kümmerte sich nur um das Füttern und Waschen und Windeln der Patienten. Es gab kein persönliches Verhältnis zu den Kindern. Die übrige Zeit wurde mit Putzen verbracht. [...] Ich habe es nicht erlebt, dass Eltern oder Angehörige jemals zu Besuch kamen. Keines der Kinder konnte sprechen, geschweige denn lesen. Leid und Unrecht entstand in der emotionalen und sozialen Vernachlässigung der Kinder. Es war mir zum Beispiel als dort täglich arbeitender Person nicht gestattet, ein Kind auf den Arm zu nehmen und ihm ein Lied vorzusingen. Die Kinder haben auch keinerlei Förderung erfahren, sondern sind wie Tiere in Gitterbetten ohne Kontakt zueinander gehalten worden.«¹¹⁴⁷

Kinder wurden als etwas beinahe »Gegenständliches« angesehen und häufig vor allem nach ihrem Nutzen und ihrer Leistungsfähigkeit beurteilt, während die jedem Menschen zukommende intrinsische Würde dabei aus dem Blick geriet.¹¹⁴⁸

Damit subjektive Erfahrungen verstanden werden können, müssen auch institutionelle Praktiken und Routineabläufe reflektiert werden, und zwar darauf, ob sie der Förderung einer gesunden Entwicklung zuträglich waren oder ihr entgegenliefen. Zu diesem Komplex gehören auch die Gefahren, die im Vorfeld der Einweisungen in Heime und Psychiatrien mit unachtsamer medizinischer Prognostik einhergehen. Mit einer nicht zutreffenden Prognose über geistige und körperliche Entwicklungsmöglichkeiten oder eines seelischen Krankheitsgeschehens konnten Lebensgestaltungsmöglichkeiten behindert, Leiderfahrungen intensiviert und Zukunftschancen verbaut werden.

Der Gefahr der dauerhaften Hospitalisierung waren alle Kinder und Jugendliche in sämtlichen von uns untersuchten 17 Einrichtungen ausgesetzt. Obgleich die Langzeitfolgen der Dauerunterbringung von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinde-

1147 Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal, ID 59172133/Borsdorf, Archiv des DIH.

1148 Zum Diskurs über die »Verdinglichung« vgl. auch Georg Lukács im Anschluss an Karl Marx' Entfremdungsbegriff u. a. in HONNETH (2009).

rungen in stationären Einrichtungen auch den damals Verantwortlichen hinreichend bekannt waren, konnte nirgendwo eine angemessene Reflexion dieses Problems nachgewiesen werden. Dementsprechend ist der drohenden Hospitalisierung kaum wirksam entgegengetreten worden.

Besonders prekär gestaltete sich die Situation für schwerstbehinderte Kinder und Jugendliche im psychiatrischen Bereich. Sie wuchsen ohne ansprechende Zuwendung in einer für sie ungeeigneten und reizarmen Umgebung auf. Einige dieser Kinder verließen kaum das Bett, wurden zwar – und das auch nicht immer – ausreichend mit Nahrung versorgt, gewickelt und gesäubert, aber erhielten kaum menschliche Zuwendung oder Anregung. Vielmehr liefen sie in besonderem Maße Gefahr, Vernachlässigung und Gewalt ausgeliefert zu sein. Die Folge war ein Ausbleiben von emotionaler, kognitiver und körperlicher Entwicklung.

Generell sind die von den Betroffenen gemachten Erfahrungen höchst individuell. Was eine Person als besonders leidvoll erfahren hat, muss nicht gleichermaßen mit den Empfindungen anderer Zeitzeuginnen und Zeitzeugen übereinstimmen. Unsere Untersuchungen ergaben jedoch, dass spezifische Bedingungen in den Einrichtungen die Wahrscheinlichkeit erhöhten, Leid zu erfahren. Dieses Ergebnis soll anhand des Bereiches der medizinischen Untersuchungen verdeutlicht werden.

Medizinische Untersuchungen wurden insbesondere dann als leidvoll erfahren, wenn die Kinder und Jugendlichen über Sinn und Zweck der Maßnahmen im Unklaren gelassen wurden. Behandlungen, die Schmerzen verursachten, führten dementsprechend auch zu Ängsten. Medikamentengaben konnten Panikzustände auslösen. Fehlende Informationsgespräche entsprachen nicht allein der paternalistischen Grundhaltung der damaligen Medizin, sondern auch den mangelnden Fähigkeiten und dem fehlenden Willen, mit Menschen zu kommunizieren, die aufgrund ihrer kognitiven oder körperlichen Beeinträchtigung oder psychischen Disposition einer besonderen Zuwendung bedurften. Das vergrößerte nicht allein die Angst, die sich vor allem in ungewissen und unbestimmbaren Situationen einstellt, sondern rief Misstrauen gegenüber der Einrichtung sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern hervor. Eine Zeitzeugenstimme hielt fest: »Wenn morgens [...] jemand ins Zimmer kommt und sagt, dass eine von uns mitkommen soll, wird es ganz still. Niemand sagt ein Wort, bis diejenige das Zimmer verlassen hat. Keiner weiß, was passiert.«¹¹⁴⁹

Ein wichtiges Thema in den Berichten der von uns interviewten Zeitzeuginnen und Zeitzeugen, aber auch in den Zuschriften des Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportals ist die Durchführung der Pneumenzephalographie (die radiologische Darstellung der Hirnventrikel durch Einführen von Luft in den Ventrikelraum). Diese Untersuchung

1149 Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal, Archiv des DIH, Antwort ID 62339117/Agricola Krankenhaus, Archiv des DIH.

war äußerst schmerzhaft, und in der Kombination aus angstbehaftetem Anstaltsaufenthalt und mangelhafter bzw. ausbleibender Information über den diagnostischen Eingriff konnte eine möglicherweise medizinisch berechtigte Durchführung als individuelles Leid erfahren werden, das auch heute noch als traumatisches Ereignis erinnert wird.

Fehlende Beteiligung und Einbeziehung der Kinder in diagnostische und therapeutische Prozesse führten aufgrund des damit einhergehenden Gefühls des Ausgeliefertseins, der Fremdbestimmtheit und aufgrund der angstvollen Situationen, auf die nicht adäquat reagiert wurde, auch bei kurzfristigen Unterbringungen zu leidvollen Erfahrungen.

Mittel- bis langfristig führten die Umgangsweisen, die in den von uns untersuchten Einrichtungen herrschten, zu einer Beeinträchtigung des Kindeswohls. Dies gilt insbesondere dann, wenn man nicht allein die konkreten Leid- und Unrechtserfahrungen beachtet, sondern auch in Rechnung stellt, dass die Herausbildung von Entwicklungspotentialen verhindert wurde, die der angemessenen Entfaltung der jeweiligen individuellen und subjektiven Möglichkeiten der Kinder und Jugendlichen zuträglich sind (Subjektwerdung). Denn nicht allein die aktive Schädigung, sondern auch die pädagogischen Unterlassungen führen zu Leid. Zu diesem Komplex gehören etwa die mangelhafte Anerkennung sowie die Missachtung der Kinder. Beides führt unter Umständen zu einem hinter den eigenen Möglichkeiten zurückbleibenden Selbstbewusstsein (»sich seiner selbst bewusst sein«) und einem negativen Selbstwertgefühl.

Die gezielte pädagogische Zuwendung berührt deshalb das Kindeswohl, weil nur dann, wenn Kinder gestärkt und ermutigend begleitet werden und z. B. nach ihrem Zustand, ihren Ansichten, Wünschen und Bedürfnissen gefragt werden, diese damit beginnen können, sich selbst (in ihrer Umwelt) zu reflektieren, und damit das Bedürfnis entwickeln, sich ihrer Umgebung mitzuteilen. Dies ist z. B. im Fall von Kindern mit Beeinträchtigungen des Gehörs nicht an das Beherrschen einer Lautsprache gebunden, sondern kann auch mimisch und gestisch gelingen. Bleibt dem Kind die Erfahrung vorenthalten, dass sich von einem Gegenüber ein Interesse auf es richtet, kann die Vorstellung von sich selbst – die Subjektbildung – nicht oder nur eingeschränkt entwickelt werden. Unter Umständen können so seine gesamten Fähigkeiten der Weltwahrnehmung und Weltgestaltung unterentwickelt bleiben. Unter den Folgen verweigerter sozialer Anerkennung und Wertschätzung während der stationären Unterbringung leiden die Betroffenen – davon zeugen die vielfältigen Zuschriften im Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal – bis heute.

7.4.2 Formen pädagogischer Gewalt

In den von uns untersuchten Einrichtungen waren physische und psychische Bestrafungen ein wiederkehrendes Erziehungsmittel der pädagogischen Arbeit. Die Atmosphäre in den Einrichtungen war dementsprechend stark von Angst bestimmt.

Vielfache Formen von Gewalterfahrungen lassen sich belegen: u. a. körperliche Gewalt (Essensentzug oder Essenszwang, Schläge, »Packungen«, kalte Bäder, langes Stehen/Hocken/Knien in Ecken und auf Fluren, Fixierungen, Sedierungen, Isolierungen), sexualisierte Gewalt (körperliche Übergriffigkeit durch Missachtung der Intimsphäre u. a.) sowie Formen der Demütigung und Herabsetzung des Kindes bzw. der oder des Jugendlichen durch Beleidigungen, Infantilisierungen und psycho-soziale Isolation (etwa für sich sitzen müssen oder der Ausschluss aus der Gruppe).

Hinweise auf physische Gewaltanwendung finden sich kaum in den überlieferten Akten, dafür umso mehr in den Aussagen der interviewten Zeitzeuginnen und Zeitzeugen. Sie reichen von Körperstrafen wie »Ohrfeigen« bis zu schweren Misshandlungen der Minderjährigen, die in einigen der analysierten Fälle ärztlich versorgt werden mussten. Akte des sexuellen Missbrauchs fanden noch weitaus seltener Niederschlag in den schriftlichen Überlieferungen und werden auch von den Zeitzeuginnen und Zeitzeugen nur vereinzelt erwähnt. Allerdings ist nicht auszuschließen, dass die Betroffenen aus Scham nur ungern von sexuellen Übergriffen berichten. Neben dem individuellen Leid, das die Betroffenen erfahren haben, sind die Übergriffe des Personals in vielen untersuchten Fällen auch als justiziables Unrecht zu werten. Zu diskutieren wären etwa die Tatbestände der Strafvereitelung (StGB § 258) und Nötigung (StGB § 240) sowie die Verletzung diverser Rechte Schutzbefohlener bis hin zur Aussetzung (StGB § 221, Abs. 2).

Die Diskrepanz zwischen der pädagogischen Praxis und der Aktendokumentation zeigt, dass den aktenführenden Personen durchaus bewusst war, dass ihr Verhalten den ihnen bekannten Normen und Wertvorstellungen widersprach. Die Aktendokumentation hatte deswegen vielerorts eine die damalige Realität verdeckende Funktion.

Als ambivalent muss die pädagogische Praxis der sogenannten »Arbeitstherapien« bewertet werden. Arbeitstätigkeiten, wie sie in allen Einrichtungen – insbesondere im Heimbereich – üblich waren, können als ein an den Interessen und dem Wohl des Kindes orientiertes Angebot zur Förderung und Entwicklung kognitiver und physischer Fähigkeiten verstanden werden. Allerdings ist dieses Therapieziel unvereinbar mit Formen der wirtschaftlichen Ausnutzung von Arbeitskräften zur Refinanzierung der Einrichtung oder des Einrichtungssystems, zudem mit Formen der Disziplinierung und der reinen Beschäftigung, die ohne eine Orientierung an den tatsächlichen Interessen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner zur Anwendung kamen. Diese Form der Arbeitsverpflichtung muss, insbesondere wenn sie unter Zwang erfolgte, als

Unrecht bewertet werden. Entscheidend dafür sind die Betrachtung des Einzelfalls und die Rekonstruktion der Beweggründe der Arbeit.¹¹⁵⁰

Auch hier weichen die Schilderungen der Zeitzeuginnen und Zeitzeugen je nach subjektiver Erfahrung voneinander ab. Einige Betroffene erlebten die Arbeit als eine willkommene Abwechslung im Einrichtungsalltag, andere wiederum nahmen sie als Ausnutzung und Fremdbestimmung unter Androhung von Sanktionen wahr. Ähnlich wie im Bereich der medizinischen Therapie und Behandlung war für das Kind oder die bzw. den Jugendlichen entscheidend, ob die Arbeit als Form der Fremdbestimmung erlebt wurde.

7.4.3 Medizinische Gewalt

Nach heutiger Rechtsauffassung erfüllt jeder medizinische Eingriff ohne Einwilligung oder gar gegen den Willen des Betroffenen oder einer für ihn einwilligungsberechtigten Person den Tatbestand der Körperverletzung. Während dies für die BRD schon für den gesamten Untersuchungszeitraum galt, war ein medizinischer Eingriff nach herrschender Rechtsauffassung der DDR nur dann als Körperverletzung zu werten, wenn er nicht sachgerecht ausgeführt worden war. Eine fehlende Einwilligung erfüllte für sich genommen damit keinen Straftatbestand und hatte allenfalls disziplinarische Folgen, sofern ihre Einholung nicht vorgeschrieben war (z. B. Einweisungsgesetz, Arzneimittelgesetz).

Derartige Einwilligungen ließen sich in den Unterlagen der untersuchten Einrichtungen in Ost und West vorwiegend im Kontext spezifischer diagnostischer und therapeutischer Eingriffe finden. Insbesondere bei den invasiven Pneumenzephalographien sind solche Zustimmungen von Eltern in den Akten überliefert, während bei Ablehnungen diese Untersuchung unterlassen wurde. Unabhängig von der Zustimmung ist ein derartiger Eingriff, aber auch seine Vorbereitung ebenso schmerzhaft, wie es seine Nachwirkungen sein können; er ist von den Betroffenen als leidvoll und beängstigend erlebt worden. Abschließende Aussagen über Art und Umfang der Anwendung dieser Methode können hier weder für die DDR noch für die Bundesrepublik getroffen werden. Allerdings legen unsere Einrichtungsanalysen wie auch andere Einrichtungsstudien nahe, dass – abhängig von der Klientel und der »Philosophie« bzw. der ärztlichen Haltung der Leitung einer Einrichtung – Begründung und Durchführungshäufigkeit der Pneumenzephalographie deutlich variieren konnten.¹¹⁵¹

1150 Für den Bereich der DDR-Heimerziehung wurde bereits eine Studie zur Bewertung von Arbeit im Rahmen der stationären Erziehung vorgelegt. Siehe: DREIER-HORNING/LAUDIEN (2018).

1151 Siehe hierzu auch: ROELCKE (2019).

Auch bei allen anderen medizinischen Maßnahmen, wie der Verabreichung von Psychopharmaka, Elektrokraмпftherapien, Lumbalpunktionen etc., wäre größte Sorgfalt beim Einholen von Einwilligungen nötig gewesen, was sich gerade auch in Gesprächen mit Sorgeberechtigten niedergeschlagen hätte. Allerdings sind – gemessen an der Häufigkeit solcher Maßnahmen – nur wenige Dokumente gefunden worden, die auf Aufklärung und Einwilligung verwiesen. Auch dies deutet darauf hin, dass die zeitgenössische ärztliche Haltung gegenüber Patientinnen und Patienten und insbesondere gegenüber Kindern und Jugendlichen durch eine direktive Grundhaltung geprägt war: Was die Ärztin oder der Arzt für notwendig hielt, sollte auch gemacht werden.

Bereits 1954 hatte der Bundesgerichtshof für die Bundesrepublik mit dem sogenannten »Elektroschock-Urteil« deutlich gemacht, dass eine direktive Haltung durch den Patientinnen- und Patientenwillen begrenzt ist. Die Anwendung der Elektrokraмпftherapie ist nach diesem Urteil nicht ohne die Aufklärung und Einwilligung der Betroffenen möglich. Bei nicht einwilligungsfähigen Personen waren die Eltern bzw. Vormünder zu informieren und eine Einwilligung einzuholen.

Es entsteht der Gesamteindruck, dass die Verordnung medizinischer Maßnahmen ohne eine Einbindung oder weitergehende Information auch der minderjährigen Betroffenen erfolgen konnte. Eine solche fehlende oder allenfalls paternalistische Begleitung von medizinischen Maßnahmen trug dazu bei, therapeutische und diagnostische Eingriffe als Misshandlung zu erleben, wie dies auch im Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal geschildert wird: »Ich persönlich habe die unter den Kindern sehr gefürchtete Untersuchung per ›Enze‹ als körperliche Gewalt erfahren. [...] Über den Sinn oder Ablauf dieser Untersuchung wurde ich nie informiert.«

Insbesondere schwerstbehinderten Kindern drohte im Rahmen medizinischer Maßnahmen die Gefahr, zum Objekt ärztlichen Handelns zu werden. Dies konnte bis hin zum Missbrauch als Probandin oder Proband bei Medikamentenerprobungen gehen oder dazu führen, dass die Kinder als »Übungsobjekte« benutzt wurden. Eine Aussage im Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal führt dies dramatisch vor Augen: »Was ich bis heute nicht verstehe ist, warum wir als junge Schwesternschülerinnen an diesen Patienten [schwerstbehinderte Kinder im Bezirkskrankenhaus Neubrandenburg] das Magensonde legen üben mussten, wenn [es] sein muss[te] auch 10 Mal hintereinander plus Nahrungs sondierung in nicht physiologischer Menge und Geschwindigkeit.«¹¹⁵²

Anhand des Quellenmaterials wird eine weitere Konsequenz der direktiven Haltung zur Aufklärung, Einwilligung und Begleitung medizinischer Maßnahmen deutlich. Es scheint, dass zwischen einer aus medizinischen Gründen indizierten Behandlung und einer bloßen Strafmaßnahme oft keine klare Grenze gezogen wurde.

1152 Zitat oben: Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal, Antwort ID 50246059/Herzberge, Archiv des DIH, Zitat hier: Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal, Antwort ID 49480341/Neubrandenburg, Archiv des DIH.

Zumindest aus heutiger Sicht erscheint in einigen analysierten Fällen die medizinische Begründung für die Durchführung von Schocktherapien fragwürdig. So haben die Einrichtungsstudien Belege dafür erbracht, dass die Durchführung medizinischer Maßnahmen auch aus disziplinarischen Gründen erfolgte (Elektrokrampftherapie, »Bettruhe«, Stationsverlegungen, Sedierungen, Fixierungen, Isolierungen).

Die hier untersuchten Einrichtungen scheinen sich hinsichtlich medizinischer Gewalt in der Praxis weniger nach dem politischen System, sondern vielmehr nach ihrem Typ, ihrer Ausstattung und ihrer Klientel zu unterscheiden. So ließen sich in den Einrichtungen der Behindertenhilfe weniger Fälle medizinischer Gewalt nachweisen, wohl weil in diesen Betreuungseinrichtungen generell weniger diagnostische und therapeutische Maßnahmen durchgeführt wurden. Invasive Untersuchungsmethoden sind in Kinderbeobachtungsabteilungen und Universitätskliniken häufiger feststellbar, weil eben diese Diagnostik zu den wesentlichen Aufgaben dieser Einrichtungstypen gehörte. Dabei sind auch Variationen in der Anwendungshäufigkeit beispielsweise der Pneumenzephalographie feststellbar, die in den infrastrukturellen Bedingungen, der materiellen Ausstattung, aber auch in der Haltung der in der jeweiligen Klinik tätigen Ärztinnen und Ärzte begründet liegen konnten.

Ob dabei eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme auf einer zuverlässigen medizinischen Indikation beruhte, lässt sich aus heutiger Perspektive und allein auf Basis von Archivquellen häufig nicht sicher beurteilen. Im medizinischen Bereich sind therapeutische und disziplinierende Maßnahmen aufgrund »ambivalenter Indikation«¹¹⁵³ manchmal nicht unterscheidbar. Dies gilt bis zu einem gewissen Grad auch für Fixierungen und Isolierungen als medizinische Maßnahmen. Freiheitsbeschränkende Handlungen in Kliniken und Heimen haben nach dem Eindruck der Einrichtungsstudien vorrangig Jungen und Mädchen betroffen, die ein großes Maß an motorischer Unruhe, unerwünschtem Verhalten, renitentem Benehmen etc. zeigten und damit eigentlich einer erhöhten pflegerischen, fürsorglichen und/oder therapeutischen Zuwendung bedurft hätten. Entsprechend den materiellen und räumlichen Voraussetzungen sowie dem Umgang mit einhergehenden Überforderungen variierten die Häufigkeit des Einsatzes solcher Zwangsmittel und dessen Rechtfertigung als medizinische Maßnahmen. In Heimen der Behindertenhilfe können Fixierungen und Isolierungen aufgrund eines fehlenden therapeutischen Anspruchs als pädagogische Gewalt interpretiert werden und sind in den Unterlagen auch mehrmals als Strafmaßnahmen kenntlich gemacht worden.

1153 So die Beschreibung des Medikamenteneinsatzes in Bethel zwischen Therapie und Disziplinierung; vgl. LENARD-SCHRAMM/RATING/ROTZOLL (2020), 176.

7.4.4 Arzneimittelmisbrauch

Psychopharmaka fanden besonders häufig im stationären Lebensalltag und bei Menschen mit einem höheren Grad an Behinderung oder mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten Anwendung. Das schließt als besonders vulnerable Gruppe Minderjährige mit ein.

Psychotrope Substanzen wirken bewusstseins- oder persönlichkeitsverändernd. Das bedeutet, dass jede Verabreichung als leidvoll empfunden werden kann, auch wenn sie von anwendenden und beobachtenden Expertinnen und Experten als sachgemäß bewertet wird. Aus rechtlicher Perspektive stellt auch die mit Zustimmung erfolgte Verabreichung von Psychopharmaka einen Eingriff in die persönliche Selbstbestimmung dar. Das verleiht der Einhaltung fachlicher, ethischer und rechtlicher Standards besonderes Gewicht. Basierend auf den 17 Einrichtungsstudien wurden im Rahmen des Projektes Entwicklungen der Medikationspraxis im Untersuchungszeitraum skizziert; es wurde dabei der Versuch unternommen, das jeweils zugrundeliegende therapeutische Schema zu beschreiben. Beobachtete Auffälligkeiten, die auf eine unsachgemäße (illegitime/unrechtmäßige) Verwendung hindeuteten, wurden hervorgehoben und unter der Fragestellung des möglichen Arzneimittelmisbrauchs genauer beleuchtet.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass eine missbräuchliche Medikationspraxis selten als solche in den Akten dokumentiert ist. Gleichzeitig erschwert die ambivalente Wirkung von Psychopharmaka eine Unterscheidung von therapeutischen und nicht-therapeutischen Zwecken. Datenbasis der Auswertung waren 1.100 Akten aus der Gesamtstichprobe (N=1.511). Mehr als die Hälfte (N=593) dieser Akten enthielt Angaben zu relevanter Medikation, d. h. zu Arzneimitteln, die auf das Nervensystem wirken (ATC-N), und in geringem Umfang zu Hormonen. Angesichts

- des Untersuchungszeitraums (1949-1989),
- der unterschiedlichen Einrichtungstypen,
- der Breite des Diagnosespektrums,
- der Vielzahl an Applikationen (N=2.032)
- der Anzahl verabreichter Wirkstoffe (N=144)
- der fragmentarischen Dokumentation und
- weit gefasster und sich verändernder Medikation

war eine Einzelfallprüfung kaum möglich. Benennung und Klassifikation psychiatrischer Krankheiten und Anwendungsgebiete von Medikamenten variierten bereits von Klinik zu Klinik.

Der Untersuchungszeitraum umfasste die Phase der Einführung der neuen Psychopharmaka, die 1953 begann und bis zum Ende des Untersuchungszeitraums andauerte (Antipsychotika, Antidepressiva). Ihr klinischer Einsatz seit den 1950er Jahren läutete einen therapeutischen Wandel ein. Während sie in einigen Einrichtungen unmittelbar

Einzug hielten, standen die Medikamente anderen Einrichtungen, besonders in der DDR, erst zeitversetzt zur Verfügung. Soweit sich allgemeine Entwicklungen der Psychopharmakotherapie einrichtungsübergreifend verfolgen ließen, war die Rolle der Medikation sehr verschieden. Tendenziell war die Medikationspraxis weniger durch Ost-West-Unterschiede als durch den Zeitraum (etwa der Zulassung und Verfügbarkeit von Arzneimitteln) und die Funktion der Einrichtung (Diagnostik, Therapie, Dauerunterbringung), den therapeutischen Ansatz, die fachliche Überzeugung oder das wissenschaftliche Interesse der jeweiligen Leitungspersönlichkeit geprägt.

Akten von Bewohnerinnen und Bewohnern der Heimeinrichtungen der Behindertenhilfe enthielten seltener eine systematische medizinische Dokumentation als das bei vergleichbaren Krankenakten üblich war. Es fiel allerdings auf, dass teilweise bis in die 1980er Jahre hochpotente Neuroleptika und Barbiturate verabreicht wurden. Bewohnerinnen und Bewohner erhielten dabei zum Teil über 20 Jahre dieselbe Medikation (z. B. Chloralhydrat). Das spricht dafür, dass in diesen Einrichtungen (1) der Zugang zu neuen Medikamenten eingeschränkter war als in den Fachkliniken; und (2) ein notwendiges Monitoring der Medikation vernachlässigt wurde. Inwieweit Aspekte der Wirtschaftlichkeit (etwa Kostensätze und Pflegesätze) die Medikationspraxis beeinflussten (z. B. die Auswahl der Medikation), kann anhand der eingesehenen Akten nicht beantwortet werden, sollte aber Gegenstand weiterer Forschung sein (Ost/West, staatlich/konfessionell, Zentrum/Peripherie).¹¹⁵⁴

Hinsichtlich ethisch-rechtlicher Fragen wurde insbesondere die Verabreichung kodierter Medikamente genauer analysiert, weil diese in der Regel auf eine klinische Erprobung hindeuten. Hierbei wurde die Medikationspraxis auch im Hinblick auf eine informierte Einwilligung untersucht.

Die 15 kodiert verabreichten Präparate, die sich in der Aktenstichprobe fanden, wurden mehrheitlich in den 1950er Jahren in der Pfälzischen Nervenklinik Landeck in Klingenstein verabreicht. In dieser Zeit befanden sich die ersten Neuroleptika noch in der Entwicklung. Ein gesetzlich vorgeschriebenes Zulassungsverfahren existierte damals nicht. So gab es fließende Übergänge zwischen Therapievorsuchen und klinischer Forschung, zwischen Erprobung und Markteinführung. Die Angaben zur Verabreichung enthielten allerdings keine näheren Hinweise, ob ein kodiertes Präparat im Rahmen eines individuellen Heilversuchs (von uns als legitimer Zweck bewertet) oder aus einem überwiegenden Forschungsinteresse heraus verabreicht wurde, was auch damals als rechtlich und moralisch fragwürdig hätte aufgefasst werden können. Im Fall Klingenstein unter dem Anstaltsleiter Gerhart Mall (1909–1983) sprechen alle

1154 Für die DDR lässt sich ein materielles Gefälle zwischen medizinischen Zentren (z. B. Charité, Fachkrankenhäuser) und Einrichtungen der Peripherie belegen. Es schließt nicht nur die sogenannte Apparatemedizin, sondern auch die Medikation mit ein (etwa Versorgung mit Westpräparaten).

Anzeichen (z. B. das dortige endokrinologische Labor und die Fachveröffentlichungen der Anstaltsärztinnen und -ärzte) für eine forschungsgeleitete Medikationspraxis, die – ähnlich (und nachgewiesen in vergleichbaren Untersuchungen) zu Münsterlingen¹¹⁵⁵ oder dem Franz-Sales-Haus in Essen¹¹⁵⁶ – klinische Erprobungen an Minderjährigen als Teil des Anstaltsalltags einschloss. Das belegt beispielsweise auch die Mahnung des seinerzeitigen Einrichtungsträgers, die Einrichtung dürfe nicht zu einer »Versuchsanstalt« verkommen. Es ist hier somit ein Machtmissbrauch durch den Klinikleiter bzw. die Ärztinnen und Ärzte der Kinderabteilung anzunehmen.

Einwilligungsfragen bewegten sich in den 1950er Jahren noch in einer rechtlichen Grauzone, insbesondere bei nichteinwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten. Das schließt aber eine professionelle Verpflichtung angesichts bereits vorliegender ethischer Kodizes (etwa Nürnberger Kodex, Genfer Gelöbnis) nicht aus. Ein grundsätzliches Problembewusstsein für die Notwendigkeit einer informierten Einwilligung findet sich auch in Akten der 1950er Jahre. Eingeholt wurde allerdings lediglich die Zustimmung der Eltern zu invasiven Maßnahmen (z. B. Elektrokrampf, Insulinschocktherapie, Pneumenzephalographie). Die Medikation blieb offenbar ausgeklammert. Selbst bei den in der Erprobung befindlichen (kodierten) Präparaten fand sich nur in einem Fall ein Beleg, dass die Zustimmung der Eltern eingeholt wurde.

Erst die späteren Arzneimittelgesetze und Durchführungsbestimmungen in Ost (1976) und West (1978) etablierten ein rechtsverbindliches Zulassungsverfahren sowie eine ethisch-rechtliche Klärung der informierten Einwilligung. Für die Jahrzehnte davor ist davon auszugehen, dass Minderjährige in psychiatrischen Einrichtungen und Heimen mangels gesetzlicher Bestimmungen einem erheblichen Risiko ausgesetzt waren, unwissentlich zur klinischen Erprobung von Medikamenten herangezogen zu werden. Dieser Umstand wiegt mit Blick auf die besondere Vulnerabilität der minderjährigen Patientinnen und Patienten zusätzlich schwer.

In etwa 13 Prozent (N=77) der relevanten Akten (N=593) aus allen Einrichtungen waren den Dokumenten außerdem deutliche Anzeichen für eine unsachgemäße Verwendung von Psychopharmaka zu entnehmen.

Die Medikation wurde dann als unsachgemäß bewertet, wenn sie

- situativ im Zusammenhang mit disziplinierenden oder strafenden Ereignissen stand,
- erkennbar der Aufrechterhaltung der institutionellen Ordnung oder der Verminderung des pflegerischen Aufwands diene (z. B. bei »Heimwehreaktionen«, zur »Mittagsruhe«),
- wenn massive unerwünschte Wirkungen als Folge von Überdosierungen vermerkt waren (etwa »Zungen- und Schlundkrämpfe«, »Blickkrämpfe«) und keine adäquaten

1155 Vgl. dazu MEIER/KÖNIG/TORNAY (2019).

1156 Vgl. dazu KAMINSKY/KLÖCKER (2020).

Reaktionen auf unerwünschte Wirkungen vermerkt waren (z. B. Begleituntersuchungen, Umstellen, Absetzen der Medikation).

Die in diesem Sinne unsachgemäßen Applikationen verteilten sich über den gesamten Untersuchungszeitraum, allerdings vorwiegend auf den Zeitraum vor 1970.

Bei einem Drittel dieser Fälle sprechen alle Hinweise für eine gewaltsame Verabreichung (N=25). In diesen Fällen ist als Begründung meistens ein »akuter Erregungszustand« dokumentiert. Über den genauen Ereignisablauf erfahren wir aus den Akten allerdings wenig. Deshalb lässt sich schwer einschätzen, ob eine zwangsweise Behandlung dabei nach damaligem Ermessen tatsächlich medizinisch indiziert war (z. B. bei akuten Psychosen/selbst- und fremdgefährdenden Verhalten).

Mit Blick auf den Untersuchungszeitraum ist dabei hervorzuheben, dass es oftmals die institutionellen Bedingungen waren, die Verhaltensauffälligkeiten hervorbrachten, verstärkten (»Weinen«, »Schreien«, »Toben«) und wiederum Zwangsmaßnahmen und/oder zum Teil dauerhafte Sedierung mit Psychopharmaka nach sich zogen. In den Akten wird selten selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten und häufig »störendes« oder undiszipliniertes Verhalten (z. B. »unruhig«, »Umherlaufen«, »lautes Reden«) beschrieben. Die Übergänge zwischen Therapie und Disziplinierung erscheinen fließend, die Toleranzschwelle in einzelnen Einrichtungen lag ausgesprochen niedrig.

In sämtlichen Einrichtungen gab es mindestens einzelne Fälle, in denen die Medikation zweifelsfrei überdosiert oder als Maßnahme unverhältnismäßig erschien (z. B. Barbiturate bei »Heimwehreaktionen«). In Einzelfällen wurde *expressis verbis* als Motiv für die Medikation das Verringern des pflegerischen Aufwandes angegeben. In den konfessionellen Einrichtungen machte die Medikationspraxis bisweilen einen recht willkürlichen Eindruck (»medikamentenfreie Tage«).

Nicht immer war außerdem ersichtlich, wer eine Medikation in der konkreten Situation anordnete und verabreichte. In den 1950er und 1960er Jahren hatte das Pflegepersonal offenbar noch einen größeren Handlungsspielraum, der die eigenmächtige Gabe zusätzlicher Beruhigungsmittel einschloss.

Im Großen und Ganzen beeinflusste vor allem der Anstaltscharakter einiger Einrichtungen die Medikationspraxis und wirkte zum Teil bis weit in die 1970er Jahre fort. In den Bettensälen der 1950er und 1960er Jahre schien dabei eine schematische Verordnungspraxis zu überwiegen. Den Psychopharmaka kam dabei in allen untersuchten Einrichtungen abseits ihrer therapeutischen Wirkung eine normierende und systemstabilisierende Funktion zu. Ihre Anwendung könnte zumindest in der frühen Phase als »sedierende« Medikationspraxis beschrieben werden. Sie erfolgte noch eher unspezifisch als indikationsbezogen und hatte mit Blick auf die Rahmenbedingungen tendenziell systematischen Charakter. So wurden auch die neuen Antipsychotika (Neuroleptika) zunächst hochdosiert und hauptsächlich wegen ihrer sedierenden Wirkkomponente eingesetzt.

Der Anstaltscharakter der Einrichtungen und strukturelle Mängel (Überbelegung, unterqualifizierter Personalmangel, fehlende Zuwendung und Förderung), zeitgenössische Ordnungsvorstellungen («Sekundärtugenden») und internalisierte Wertvorstellungen («defizitärer Blick») trafen dabei mit einem noch unkritischen Umgang mit den neuen Psychopharmaka zusammen und beförderten eine sedierende und zum Teil auch maßlos anmutende Medikation.

In der Gesamtschau waren in beiden Teilen Deutschlands insbesondere Minderjährige im »chronifizierten« Bereich einem hohen Risiko sedierender Medikation ausgesetzt. Das waren Kinder und Jugendliche, die als »sehr unruhig« bzw. »erethisch«, »nicht heilbar«, »bildungsunfähig« oder als »Pflegefälle« deklariert und vielfach in gesonderte Abteilungen oder dauerhaft in Heime abgeschoben wurden. Eine sedierende Behandlung blieb für diese Kinder letztlich Anstaltsalltag, bis überkommene Anstaltsstrukturen schrittweise überwunden wurden. Das erfolgte in den psychiatrischen Großkrankenhäusern und Behindertenheimen der DDR grundlegend erst nach dem Mauerfall im Zuge eines Enthospitalisierungsprozesses.

7.5 Entwicklungen seit den 1970er Jahren: Reform versus Stagnation

Überwogen in der DDR und der BRD in den ersten beiden Nachkriegsjahrzehnten die Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Lebensbedingungen und institutionellen Strukturen sowie in Bezug auf die erlebten Formen medizinischer und pädagogischer Gewalt, so entwickelten sich die gesellschaftlichen Verhältnisse seit den 1970er Jahren in beiden Ländern sehr unterschiedlich. In Westdeutschland entstand unter dem Eindruck des gesellschaftlichen Wertewandels und Reformklimas der 1960er Jahre langsam ein öffentlich artikuliertes Bewusstsein für die eklatanten Missstände im Heim- und Psychiatriewesen. Die vom Deutschen Bundestag einberufene Psychiatrie-Enquête prangerte in ihrem Kommissionsbericht von 1975 schließlich die unhaltbaren Zustände an und forderte umfassende Reformen in der psychiatrischen und heilpädagogischen Unterbringungspraxis. Während sich in der Bundesrepublik ab den 1970er Jahren – wenn auch in regional unterschiedlichem Tempo – zunehmend sozialpsychiatrische Ansätze durchsetzten, die einen Prozess der schrittweisen Deinstitutionalisierung und Öffnung der Heimlandschaft einleiteten, blieb die institutionelle Einrichtungsstruktur der DDR, bis auf den Ausbau der Fördereinrichtungen ab den 1970er Jahren, 40 Jahre lang fast unverändert. Zwar lässt sich in den 1960er Jahren auch im heilpädagogischen und psychiatrischen Kinder- und Jugendbereich der DDR zeitweise ein breiter Reformoptimismus konstatieren, im Zuge dessen etwa ambulante Versorgungsstrukturen aus-

gebaut wurden. Zudem wurden die defizitären Bedingungen in Heimen und Kinderpsychiatrien auch hier von Pflegekräften, Ärztinnen und Ärzten, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, der Verwaltung und der Ministerialebene zunehmend wahrgenommen und zur Sprache gebracht. In der DDR klafften Anspruch und Wirklichkeit allerdings besonders weit auseinander, hält man sich vor Augen, dass in der sozialistischen Verfassung die rechtliche Gleichstellung behinderter Menschen ausdrücklich verankert war. Angesichts der gesellschaftlichen Erstarrung, der sich verschärfenden wirtschaftlichen Misere und des zunehmenden Reformstaus im politischen System der DDR fielen Qualität und Modernisierungsgrad des Gesundheitssystems in den 1970er Jahren immer weiter hinter den Standard westlicher Industrienationen zurück. Reformen blieben aus. In der DDR fehlte zudem eine kritische Öffentlichkeit, insbesondere freie Medien, die über Missstände hätten berichten können, sowie Elterninitiativen oder andere Interessenvertretungen. Die Möglichkeit, gegen staatliche Willkür und Gewalt mit demokratischen und juristischen Mitteln vorzugehen, war praktisch nicht vorhanden. Die »Rehabilitationspädagogik« (also die Sonderpädagogik) der DDR, die durchaus progressive Impulse enthielt, wurde von staatlicher Seite immer wieder politisch-ideologisch eingehegt. Kleinste Abweichungen von sozialistischen Fachbegriffen mussten gerechtfertigt werden, um einen Sonderweg der DDR – verstanden als Abweichung vom sowjetischen Vorbild – in diesem Bereich zu unterbinden. Das Fehlen einer freien Wissenschaft und Forschung führte zu einer Erstarrung der Fachdisziplinen, die in den 1950er Jahren noch mit viel Tatendrang begonnen hatten.

Während in der BRD ab den 1970er Jahren langsam alternative Behandlungs- und Unterbringungsformen wie der Aufbau eines gemeindenahen Versorgungssystems mit ambulanten Diensten sowie die Verkleinerung der Kliniken und Heime durchgesetzt wurden, blieb in der DDR das Großkrankenhaus bis 1989 alternativlos im Zentrum der psychiatrischen Versorgung. Die institutionellen Strukturen, die strukturelle Gewalt hervorbrachten, blieben im Staatssozialismus bis zu seinem Untergang unvermindert wirksam, die Mangelerscheinungen des DDR-Gesundheitssystems verstärkten sich im Laufe der 1980er Jahre insgesamt sogar nochmals deutlich. Erst gegen Ende des Untersuchungszeitraums und ausschließlich auf lokaler Ebene setzten sich in der DDR schließlich verstärkt sozialpsychiatrische Ansätze durch, die auch institutionell eine stärkere Integration behinderter Menschen ermöglichen sollten.

Der Paradigmenwechsel in der BRD spiegelte sich – wenngleich nur zögerlich – auch in der konkreten Erziehungspraxis im Alltag wider. So berichten Zeitzeuginnen und Zeitzeugen aus vielen Einrichtungen im Westen übereinstimmend, dass sich der Umgang des Personals mit den Kindern ab den späten 1960er Jahren änderte und die Rechte von Heimbewohnerinnen und -bewohnern verbessert wurden. Hierzu trugen sicherlich auch die Verbesserung des Personalschlüssels und eine deutliche Reduzie-

zung von Gruppengrößen durch bauliche Maßnahmen bei. Einen wichtigen Schritt auf dem Weg des Angleichens der Anstaltsverhältnisse an die zeitgenössischen gesellschaftlichen Standards stellte auch die schrittweise Formalisierung und Aufwertung der Ausbildungs- und Arbeitsverhältnisse in den Anstalten im Verlauf der 1970er Jahre dar. Arbeitstherapeutische Maßnahmen waren in allen untersuchten Häusern zwar auch weiterhin verbreitet. Ab Mitte der 1970er Jahre wurde die Beschäftigung in den anstaltseigenen Betrieben in vielen Einrichtungen aber erstmals regulär entlohnt. Auch die Arbeitszeiten wurden häufig angepasst. Das Schulwesen in den Einrichtungen wurde gängigen Standards angeglichen, die Schülerinnen- und Schülerzahlen stiegen in den meisten Einrichtungen kontinuierlich.

Und dennoch: Insgesamt blieben Reformintensität und -geschwindigkeit stets von den strukturellen und personellen Bedingungen vor Ort abhängig, so dass sich auch deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Einrichtungen abzeichnen.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die 1970er Jahre für viele in der BRD gelegene Einrichtungen des Untersuchungssamples eine Umbruchsphase darstellten. Diese führte auch in pädagogischer Hinsicht zu einem Umdenken, das schließlich das Klima für langfristige Veränderungen schuf und in der Konsequenz zu mehr Selbstbestimmung und Teilhabe behinderter Menschen in der Gesellschaft führte. Trotz des gesellschaftlichen Reformklimas in der Bundesrepublik fand dieser Wandel jedoch nicht »über Nacht« statt: Auch in den 1970er und 1980er Jahren wurden vielerorts noch gewaltförmige Erziehungsmethoden praktiziert, blieben der Ressourcenmangel und die fehlende Qualifizierung des Betreuungspersonal ein drängendes Problem aller untersuchten Häuser. Zudem scheint es in einigen Einrichtungen auch gegen Ende des Untersuchungszeitraums, allen Befunden aus anderen Einrichtungen zum Trotz, noch kaum zu spürbaren Verbesserungen gekommen zu sein. Erste Forschungsarbeiten für die Zeit nach 1975 zeigen hier, dass sich von einer großflächigen Enthospitalisierung von »Langzeitpatientinnen und -patienten« in den psychiatrischen Großeinrichtungen auch in Westdeutschland erst in den 1990er Jahren sprechen lässt.¹¹⁵⁷

Die Gründe für die Diskrepanz zwischen verfassungsmäßig verankerten Grundrechten in der BRD und in der DDR und den prekären Verhältnissen in den von uns untersuchten Einrichtungen sind folglich komplex und vielschichtig. Die Überwindung institutioneller Missstände erforderte eine kritische Öffentlichkeit, welche die Situation marginalisierter Gruppen thematisierte, demokratische Kontrollinstrumente und ein funktionierendes Rechtssystem sowie die Möglichkeit und Bereitschaft in den entsprechenden Einrichtungen, diese Impulse zur Verbesserung des Kindeswohls aufzunehmen. Behördliche Kontrollen wurden vernachlässigt und auch andere mögliche Kanäle in die Öffentlichkeit und damit Wege hin zu einer Sichtbarkeit von Missständen

wurden lange Zeit kaum genutzt. Kritische Stimmen wurden lange nicht gehört oder sogar zum Schweigen gebracht. Während in der BRD das sozial- und gesundheitspolitische Desinteresse an der Situation institutionalisierter Menschen mit psychischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen schließlich ab Ende der 1960er Jahre von außerparlamentarischen Skandalisierungen und administrativen Initiativen programmatisch, wenn auch nicht immer in den Stations- und Heimrealitäten, abgelöst wurde, konnte eine solche Entwicklung in der DDR erst an ihrem Ende stattfinden.

7.6 Ausblick und Perspektiven

Unsere Erkenntnisse reihen sich ein in eine europäische Geschichte von Stigmatisierung, Ausgrenzung und Diskriminierung durch das Vorenthalten von Lebenschancen und Entwicklungsmöglichkeiten behinderter und/oder psychisch beeinträchtigter Menschen. Bezieht man die Zeit vor 1945 ein, so »gibt es kaum eine Art von Gewalt gegen Menschen mit Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen, der sich Gesellschaften nicht schuldig gemacht hätten«. ¹¹⁵⁸ Durch ihre Mitwirkung am Massenmord an Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie geistigen und körperlichen Behinderungen in der Zeit des Nationalsozialismus hatten dabei die meisten Einrichtungen in Deutschland, ihr Personal und ihre Träger besondere Schuld auf sich geladen, die sie lange ignorierten und nicht in ein aktives Gestalten besserer Lebensbedingungen für die von ihnen betreuten Kinder umsetzten.

Festzuhalten ist aber, dass gewalttätige und demütigende Methoden in der Erziehung, Versorgung und Behandlung, wie wir sie in diesem Bericht beschrieben haben, nicht in allen Einrichtungen und auch nicht zu jeder Zeit zu beobachten waren. Festzuhalten ist aber auch, dass sich solche Praktiken auch außerhalb der Einrichtungen in den Familien finden lassen, das heißt im häuslichen bzw. familiären Kontext beider deutscher Staaten. Stigmatisierende Ansichten über das behinderte und/oder psychisch kranke Kind waren in weiten Teilen der Bevölkerung der DDR oder BRD durchaus verbreitet. Kinder wurden generell seltener in Entscheidungsprozesse einbezogen. Auch im medizinischen Bereich wurde selten mit Kindern gesprochen. Kommuniziert wurde über die Köpfe der Betroffenen hinweg mit den Eltern, wenn überhaupt sprach das medizinische Personal. Häufig kam es zu Entscheidungen, die ohne Einbeziehung und Aufklärung der Kinder gefällt wurden.

Die Anstaltssituation konnte diese Verhaltensweisen und Einstellungen verschärfen, da die Kinder niemanden hatten, der sich für ihre Interessen einsetzte und ihnen an-

1158 LYON (2017), 613.

waltlich zur Seite stand. Derart ausgeliefert sahen sich Minderjährige in Institutionen oft Misshandlungen durch Personal, Mitpatientinnen und -patienten, Mitbewohnerinnen und -bewohnern ausgesetzt, obwohl diese Institutionen laut ihrer Funktion Orte der Genesung, Förderung, Pflege, Erziehung und Fürsorge sein sollten. Dort, wo sich langsam eine »Kultur des Hinsehens« etablieren konnte, verbesserten sich die Bedingungen.

In den von uns untersuchten 17 Einrichtungen konnten für die Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohner im Untersuchungszeitraum keine adäquaten Bedingungen zur Sicherung und Förderung des Kindeswohls geboten werden. Dieser Umstand stellt die Hauptursache für Leid- und Unrechtserfahrungen dar. Die in diesem Bericht dargestellten Leid- und Unrechtserfahrungen sind dabei eine komplexe Verkettung der Erlebniswelt von Einzelnen mit intersubjektiv beschreibbaren Strukturelementen (Anstaltsstrukturen, Atmosphäre u. a.).

Darüber hinaus gab es Handlungen, die das Kindeswohl zwar fördern sollten, in der Einrichtungswirklichkeit diesem aber zuwiderliefen. Diese Differenzierung führt zugleich zu der Frage nach Verantwortung. »Wir haben es nicht besser gewusst« ist eine Aussage, die uns im Rahmen der Gespräche mit ehemaligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern häufig begegnete. Sicherlich existierte aufgrund der geringen Professionalisierung ein mangelhaftes Fachwissen in den Einrichtungen. So kam es zu Fehlinterpretationen von Verhaltensweisen, zu eigenen Deutungen und Bewertungen, die zu Fehleinschätzungen führen konnten. Andererseits entschuldigte ein unzureichendes Fachwissen auch aus zeitgenössischer Sicht keine gewalttätigen Handlungen, ein liebloses Verhalten im Umgang mit Kindern oder deren Demütigung oder Herabsetzung durch Sprache und Gesten. Angst und Schmerzen, Traurigkeit und Einsamkeit sind sichtbar – es bedarf dafür nicht des geschulten Auges.

Unabhängig von der individuellen Verantwortung des Personals, des Trägers oder von anderen beteiligten Stellen waren es mentale und strukturelle Bedingungen, die das Erleben, Erfahren und Lernen in den von uns untersuchten Einrichtungen bestimmten und die Entwicklung der Kinder in sozialer, emotionaler und kognitiver Hinsicht erschwerten. »Satt, warm, trocken« markieren basale Überlebensbedingungen. Aber Förderung, Bildung und Entwicklung bedürfen aktiver Zuwendung und Unterstützung, gerade wenn die allgemeinen Bedingungen in den Einrichtungen dies kaum ermöglichen. In der DDR sorgten die Rahmenbedingungen in allen von uns untersuchten staatlichen und konfessionellen Einrichtungen insbesondere aufgrund der prekären Personalsituation für eine permanente Überforderung aller Beteiligten. Dies gilt auch für die Zeit, in der in vielen Teilen der Bundesrepublik bereits Reformprozesse eingeleitet worden waren. Festzuhalten bleibt allerdings, dass es zu den Folgen der Psychiatrie-Enquête von 1975 sowie der konkreten Umsetzung ihrer Empfehlungen in den Bundesländern noch weitgehend an zeitgeschichtlichen Erkenntnissen mangelt. Ein

tatsächlicher Vergleich des Zeitraums von 1975 bis 1989/90 muss bereits laufenden¹¹⁵⁹ bzw. späteren Forschungen vorbehalten bleiben.

Die unzureichenden Bedingungen in den Einrichtungen führen zu einem weiteren Aspekt, auf den auch Gert Lyon im Abschlussbericht der wissenschaftlichen Aufarbeitung der Geschichte der Wiener Psychiatrie von 1945 bis 1989 hingewiesen hat: »Was in der Psychiatrie mit betroffenen Personen geschieht, ist [...] nie nur Angelegenheit der dort Tätigen, sondern immer auch Ausdruck und Folge des gesellschaftlichen Auftrages an diese Institution.«¹¹⁶⁰ Dieser bestand und besteht einerseits im therapeutischen und fördernden Anspruch, andererseits in der verwahrenden und sichernden Funktion der Einrichtungen. Die gesundheitspolitische Verortung der psychiatrischen Kliniken und Heime der Behindertenhilfe im »Souterrain des Sozialstaates« (Wilfried Rudloff) der BRD verfestigte dabei im Untersuchungszeitraum institutionelle Bedingungen, die ganz überwiegend nur eine Verwahrung von Minderjährigen ermöglichte. Auf der Basis von Versorgungsstrukturen abseits des gesellschaftlichen Lebens, die sich vorrangig im 19. Jahrhundert entwickelt hatten, unterstrich dies auch ganz praktisch die Ausgrenzung von Minderjährigen mit psychischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen von dem, was als gesellschaftliche »Normalität« verstanden wurde.

Die in diesem Bericht geschilderten strukturellen Unrechtserfahrungen stellen eine Verletzung der moralischen Rechte eines Kindes dar. Durch die konkreten Umstände in den hier untersuchten Einrichtungen wurden die Betroffenen an der Entfaltung ihrer Zukunftsmöglichkeiten gehindert. Diese Folgeschädigungen können die individuelle Lebensgestaltung und -entwicklung bis heute beeinflussen und bestimmen. Gewalterfahrungen führen auch deshalb bei den Betroffenen besonders häufig zu chronischen Einschränkungen und Beschädigungen, weil ihnen aufgrund einer erhöhten, auch institutionell bedingten Vulnerabilität weniger Bewältigungs- und Verarbeitungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.¹¹⁶¹

Der vorliegende Bericht stellt einen Beitrag zur Erinnerungskultur und gleichermaßen eine Aufforderung zur Reflexion dar. Besonders in den neuen Bundesländern ist das in Heimeinrichtungen der Behindertenhilfe oder Kinderpsychiatrien erlebte Leid und Unrecht ein noch sehr junges Kapitel der Vergangenheitsaufarbeitung. Dabei haben ehemalige DDR-Bürgerinnen und -Bürger sehr unterschiedliche Erfahrungen mit Menschen mit Behinderungen gemacht, ohne deren tatsächliche Stellung und Situation in der Gesellschaft bis heute reflektiert zu haben. In vielen Gesprächen mit

1159 Vgl. den laufenden Forschungsauftrag des Sozialministeriums Schleswig-Holstein zu »Formen von Leid und Unrecht bei der Unterbringung in schleswig-holsteinischen Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Jahren 1949 bis 1990«, vgl. <https://www.imgwf.uni-luebeck.de/forschung/psychiatrie/medikamentenversuche.html> (letzter Zugriff 24.6.2021).

1160 LYON (2017), 614.

1161 IRBLICH/BLUMENSCHNEIDER (2011), 88.

Zeitzeuginnen und Zeitzeugen wird betont, mit welchem Aufwand die DDR Rehabilitationsmaßnahmen förderte und in fast allen großen Betrieben geschützte Arbeitsplätze einrichtete – Menschen mit Behinderungen seien demnach doch gut integriert gewesen. Die Sorgen und Probleme von Familien mit behinderten oder psychisch erkrankten Kindern in der DDR konnten bis 1990 allerdings bis auf wenige Ausnahmen kaum in der Öffentlichkeit artikuliert werden, so dass bis heute ein geringes Problembewusstsein für die Diskrepanz zum eigenen Erleben und den Leid- und Unrechtserfahrungen in den hier im Zentrum stehenden Institutionen existiert. Hier gilt es, verstärkt Aufklärungsarbeit zu leisten und immer wieder Zeitzeuginnen und Zeitzeugen zu Wort kommen zu lassen.

Durch das Sichtbarwerden des von den Betroffenen erlebten Leids und Unrechts leistet diese Aufklärungsarbeit für beide Teile Deutschlands einen Beitrag zur historisch-gesellschaftlichen Aufarbeitung. Es ist die Aufgabe jeder Generation, für Unrechts- und Leiderfahrungen früherer Generationen zu sensibilisieren und sie präsent zu halten, um die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen gegenwärtig und in der Zukunft bedarfsgerecht zu gestalten und auf Missstände und Misshandlungen dann zu reagieren, wenn sie stattfinden.

8 Abkürzungsverzeichnis

ABI – Arbeiter- und Bauerninspektion
AD(H)S – Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts)-Syndrom
AFET – Allgemeiner Fürsorge-Erziehungs-Tag
BNK – Bezirksnervenklinik
AGB – Arbeitsgesetzbuch der Deutschen Demokratischen Republik
AGJ – Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe
AMG – Arzneimittelgesetz
ATC-Klassifikation – Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation
AuS – Arbeit und Sozialfürsorge (Zeitschrift)
BArch – Bundesarchiv
BGB – Bürgerliches Gesetzbuch
BGBl – Bundesgesetzblatt
BH – Behinderteneinrichtung
BSHG – Bundessozialhilfegesetz
BStU – Beauftragter für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der DDR
BVerfGE – Bundesverfassungsgericht
CT – Computertomographie
DB – Durchführungsbestimmung
DIH – Deutsches Institut für Heimerziehung
DPWV – Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
DRK – Deutsches Rotes Kreuz
DVAS – Deutsche Verwaltung für Arbeit und Sozialfürsorge
DVO – Durchführungsverordnung
DVV – Zentralverwaltung für Volksbildung
DW – Archiv des Diakonischen Werkes Berlin
DZVG – Zentralverwaltung für Gesundheitswesen
EEG – Elektroenzephalographie
EG – Europäische Gemeinschaft
EWG – Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
EKT – Elektrokrampftherapie
FDGB – Freier Deutscher Gewerkschaftsbund
FE – Fürsorgeerziehung
FEH – Freiwillige Erziehungshilfe
FGG – Freiwillige Gerichtsbarkeit
FKH – Fachkrankenhaus
GBl – Gesetzblatt der DDR
GG – Grundgesetz
GJWH – Geschlossener Jugendwerkhof Torgau
IGMEM – Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin

ISRD – International Society for Rehabilitation of the Disabled
JGG – Jugendgerichtsgesetz
JWG – Jugendwohlfahrtsgesetz
KEH – Königin-Elisabeth-Hospital
KJHG – Kinder- und Jugendhilfegesetz
KJP – Kinder- und Jugendpsychiatrie
KJPUH – Kinder- und Jugendpsychiatrie Universitätsklinik Halle-Saale
LE – Landeseinrichtung
LJWG – Landesjugendwohlfahrtsgesetz
LVR – Landschaftsverband Rheinland
MEWA – Vereinigung volkseigener Betriebe Metallwarenindustrie
NRW – Nordrhein-Westfalen
OLG – Oberlandesgericht
OWG – Ordnungswidrigkeit(en)
PnEG – Pneumenzephalographie
PNL – Pfälzische Nervenlinik Landeck
POS – Polytechnische Oberschule
PsychKG – Psychisch-Kranken-Gesetze
PVG – Preußisches Polizeiverwaltungsgesetz
RSchPflG – Reichsschulpflichtgesetz
RFV – Reichsfürsorgepflichtverordnung
Rgr – Reichsgrundsätze über Voraussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge
RJWG – Reichsjugendwohlfahrtsgesetz
SED – Sozialistische Einheitspartei Deutschland
S.E.E.I – Scopolamin-Eucodal-Ephedrin
SBZ – Sowjetische Besatzungszone
SMAD – Sowjetische Militäradministration
StGB – Strafgesetzbuch
StPO – Strafprozessordnung
SVK – Ausweis für Arbeits- und Sozialversicherung (Sozialversicherungskasse)
UAW – unerwünschte Arzneimittelwirkungen
UNO – United Nation Organisation
VerwG – Bundesverwaltungsgericht
VuM – Verfügungen und Mitteilungen
VO – Verordnung
WHO – World Health Organisation
ZBI – Zentralblatt der DDR
ZGA – Zentraler Gutachterausschuss für Arzneimittelverkehr
ZGB – Zivilgesetzbuch
ZKK – Zentrale Kommission für staatliche Kontrolle
ZOV – Zentraler Operativer Vorgang

9 Archive

Archiv des Beauftragten für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der DDR (BStU), Berlin

Archiv und Bibliothek für Diakonie und Entwicklung, Berlin

Archiv des Erzbistums München und Freising, München

Archiv der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle

Bundesarchiv Berlin-Lichterfelde

Historisches Archiv des Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren

Historisches Archiv am KEH, Berlin

Historisches Krankenblatt- bzw. Psychiatriearchiv der Psychiatrischen und Nerven-
klinik der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Kreisarchiv Barnim

Kreisarchiv Oder-Spree, Fürstenwalde/Spree

Landesarchiv Berlin

Landesarchiv Sachsen-Anhalt, Magdeburg

Landesarchiv Sachsen-Anhalt, Standort Merseburg

Landesarchiv Speyer

LVR-Archiv Pulheim-Brauweiler

Zentrales Archiv der LVR-Klinik Bonn

Zentralarchiv des Bezirksverbands Pfalz, Kaiserslautern

10 Liste der im Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal genannten Einrichtungen

Antwort-ID	Heutiges Bundesland	Ort (z. B. Berlin)	Name (z. B. Haus am See)	Art (z. B. Krankenhaus, Internat, Heim)
48449502	Sachsen	Leipzig	Parkkrankenhaus Leipzig-Dösen und Riebeckstr., Außenstelle	Krankenhaus
48475019	Sachsen, Brandenburg	Großhennersdorf, Dresden, Michendorf	Katharinenhof, ? Dresden, Kloster in Michendorf	Wohnheim, Wohnheim, Wohnheim
48521670	Niedersachsen	Rotenburg	Rotenburger Werke	Krankenhaus, Heim
48591805	Niedersachsen	Hildesheim		Hörgeschädigten-Internat
48850236	Berlin	Berlin	FKH für Neurologie und Psychiatrie Herzberge	Krankenhaus
48951368	Berlin	Berlin	Inselstr./Wallstr., Albert-Gutzmann-Schule	Heim
48999741	Nordrhein-Westfalen	Paderborn	von-Vincke'sche Provinzialblindenanstalt (katholische Abteilung)	Internat und Schule
49120834	Hessen	Friedberg	Johannes-Vatter-Schule mit Heim	Schule, Heim und Kindergarten
49127785	Berlin	Berlin		Fachkrankenhaus für Kinder u. Jugend Psychiatrie Herzberge
49159299	Bayern	Straubing	Institut für Hörgeschädigte	Heim
49173875	Sachsen	Rothenburg	Martinshof	Heim
49181758	Berlin	Berlin		Internat
49185294	Berlin	Berlin	Kinder- und Jugendpsychiatrie Berlin-Lichtenberg	Krankenhaus
49244325	Nordrhein-Westfalen	Köln	Stiftung Dr. Dormagen	Heim für behinderte Kinder
49312150	Nordrhein-Westfalen	Münster		Internat
49337773	Nordrhein-Westfalen	Soest	Blinden- und Sehbehindertenschule in Soest	Internat
49393050	Nordrhein-Westfalen		St. Josefskinderheim	Heim
49480341	Mecklenburg-Vorpommern	Neubrandenburg		Krankenhaus

Antwort-ID	Heutiges Bundesland	Ort (z. B. Berlin)	Name (z. B. Haus am See)	Art (z. B. Krankenhaus, Internat, Heim)
49487379	Sachsen	Dresden, Kamenz	FPE, Maria- Martha-Heim	Heim
49578655	Nordrhein-Westfalen	Köln		Heim/Internat
49700073	Berlin, Brandenburg	Berlin	Uchtspringe Kinder- und Jugendpsychiatrie	Psychiatrie
49719529	Nordrhein-Westfalen		Raphaelshaus Dormagen	heim
49994801	Sachsen		Hubertusburg	Psychiatrie
50029270	Deutschland	Berlin	Haus am (xxx: fehlt hier nicht etwas?) Gehörlosen Schule	Kindergarten und Internat
50068819	Berlin	Berlin	Sonderkombinat Oberspree	
50104906	Thüringen	Weimar		Internat
50112191	Sachsen	Leipzig	Gehörlosenschule Leipzig	Internat, Berufsausbildung
50217762	Mecklenburg-Vorpommern	Stralsund		Haftpsychiatrie P4 Stralsund
50246059	Berlin	Berlin	Krankenhaus Herzberge, Berlin-Lichtenberg	Krankenhaus
50438086	Schleswig-Holstein	Schleswig	Stadtfeld, evtl. Hesterberg	Psychiatrie
50485136	Sachsen-Anhalt	Halberstadt	Cecilienstift	Heim
50687626	Hessen	Idstein	Heilerziehungsheim Kalmenhof	Heim
50765770	Niedersachsen	Hannover	Niedersächsische Landesblindenschule	Internat
51269146	Mecklenburg-Vorpommern	Schwerin	Sonderschulinternat am Fernsehurm	Internat
51465521	Baden-Württemberg	Kreis Tettngang	Liebenau	Heim
51547957	Nordrhein-Westfalen	Gescher	Haus Hall	Heim
51610740	Nordrhein-Westfalen	Viersen-Süchteln	Rheinisches Landeskrankenhaus Viersen	LKH
51874499				BNK Schwerin
52394323	Thüringen	Stadtroda	Martinhaus	Krankenhaus
52448721	Baden-Württemberg	Neckargemünd	Gehörlosenschule	Internat
52649856	Nordrhein-Westfalen	Löhne	Schloss Ulenburg	Heim
52818628	Baden-Württemberg	Ingerkingen	St. Maria	Kinderheim und Säuglingsheim

Antwort-ID	Heutiges Bundesland	Ort (z. B. Berlin)	Name (z. B. Haus am See)	Art (z. B. Krankenhaus, Internat, Heim)
52858012	Saarland	St. Wendel	Hospital	Heim und Sonderschule
52866779	Nordrhein-Westfalen	Marsberg	St. Johannes-Stift	Psychiatrie
52940258	Rheinland-Pfalz	Eisenschmitt	Haus Bergfeld	
53007532	Bayern	Bad Reichenhall	Stauffenhof	Kurheim
53053250	Nordrhein-Westfalen	Bonn	LVR Klinik	Klinik
53097633	NRW			Kinderpsychiatrische Einrichtung
53311188	NRW	Marsberg	St. Johannes Stift Niedermarsberg	Kinderheim
53675331	Rheinland-Pfalz	Bitburg (Eifel)	unbekannt	Kur
53692659	Sachsen, Brandenburg	Großhennersdorf, Dresden, Michendorf	Katharinenhof, ? Dresden, Kloster in Michendorf	Wohnheim, Wohnheim, Wohnheim
53766868	Mecklenburg-Vorpommern	Putbus (Rügen)	Schwerhörigenhilfsschule	Internat
53809807	Sachsen-Anhalt	Uchtspringe	Haus 50 und 7	Psychiatrie
53818738	Bayern	München	Alte Heckscher Klinik	Kinder- und Jugendpsychiatrie
53837544	Nordrhein-Westfalen	Münster		Heim
54061230	Nordrhein-Westfalen	Bielefeld-Bethel	verschiedene Häuser	Behindertenhilfe für Jugendliche
54178818	Sachsen	Jöhstadt		
54201632	Schleswig-Holstein	Schleswig	Haus 17	Landeskrankenhaus in Schleswig
54221045	Sachsen	Dresden		Internat
54323057	Baden-Württemberg	Wilhelmsdorf	Gehörlosenschule	Heim
54344163	Nordrhein-Westfalen	Münster		Heim (Ambulanzen)
54385757	Nordrhein-Westfalen	Essen	Franz-Sales-Haus	Erziehungshilfe
54450514	Nordrhein-Westfalen			
54535979	Hessen	Bad Camberg	Freiherr-von-Schutz-Schule	Internat (damals in Idstein)
54626143	Nordrhein-Westfalen	Essen	Johannes-Böttcher-Heim	Internat

Antwort-ID	Heutiges Bundesland	Ort (z. B. Berlin)	Name (z. B. Haus am See)	Art (z. B. Krankenhaus, Internat, Heim)
55006825	Sachsen	Wechselburg	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Krankenhaus
55353505	Mecklenburg-Vorpommern	Dobbertin		Heim
55690841	Schleswig-Holstein	Husum	Kinderheim Sonnenhaus	Heim
55779547	Nordrhein-Westfalen	Bedburg-Hau	diverse Wohngruppen der Gesamteinrichtung LVR	früher Psychiatrie, heute LVR HPH Netz Niederrhein
56004402	Bayern	Bamberg	Schule für Hörgeschädigte	Internat
56326580	Sachsen	Leipzig	Ilonka Schönherr	Heim
57718944	Brandenburg	Neufahrland	Kinderklinik Neufahrland	Psychiatrische Klinik
58150547	Hessen	Darmstadt		Psychiatrie: in Marburg, Goddelau, Herborn
58251239	Sachsen-Anhalt	Halberstadt	Wohnheim St. Josef	Kinderheim
58539449	Nordrhein-Westfalen	Bielefeld	Morija	Psychiatrie
58893854	Schleswig-Holstein	Schleswig	Staatliche Internatsschule für Hörgeschädigte Schleswig	Internat
59034052	Sachsen	Chemnitz, ehemals Karl-Marx-Stadt	Parkstraße	Internat und Schwerhörigen-Schule
59172133	Sachsen	Borsdorf	Diakonissenhaus	Heim
59205637	Thüringen	Gotha	Haus am Seeberg	
59231231	Berlin	Berlin	Fachkrankenhaus Psychiatrie Neurologie, Berlin-Lichtenberg	Jugendpsychiatrie
59371073	Sachsen-Anhalt	Bebertal	Kinder- und Jugendheim	Heim
59444537	Sachsen	Arnsdorf	Psychiatrie	geschlossene Psychiatrie
59587046	Sachsen	Dresden	Maxim Gorki	Internat
59687220	Nordrhein-Westfalen	Wuppertal	Gehörlosenschule	Pflegeeltern
59926742	Thüringen	Erfurt	Gehörlosenschule	Internat
60298542	Baden-Württemberg	Tübingen	Backsteinhaus	KJP
61403836	Hessen	Großen Buseck	Leppermühle	Heim
61992964	Bayern	Augsburg	Gehörlosenschule mit Heim	Heim
62339117	Thüringen	Saalfeld	Agricola Krankenhaus	Krankenhaus

Antwort-ID	Heutiges Bundesland	Ort (z. B. Berlin)	Name (z. B. Haus am See)	Art (z. B. Krankenhaus, Internat, Heim)
62847204	Mecklenburg-Vorpommern	Dobbertin	Kloster Dobbertin	Heim
63729423	Niedersachsen	Hannover	Annastift	Krankenhaus (Krüppelanstalt)
64250812	Schleswig-Holstein	Heiligenhafen	AMEOS	Psychiatrie
64391463	Nordrhein-Westfalen	Bielefeld	Bethel (Haus Gaza)	Anstalt
64982970	Nordrhein-Westfalen	Euskirchen	Gehörlosenschule	Internat
65106899	Bayern	Hilpoltstein	Auhof	Heim
65112287	Bayern	Würzburg	Gehörlosenschule Würzburg	Internat
65681042	Thüringen	Mühlhausen	Bezirkskrankenhaus des Bezirkes Erfurt für Neurologie und Psychiatrie	Krankenhaus
65987751	Nordrhein-Westfalen	Stolberg	St. Vincenz-Heim	Heim
66092757	Bayern	Augsburg	Gehörlosenschule mit Heim	Heim
66215577	Hessen	Friedberg	Schule für Taubstumme	Schule
66341622	Thüringen	Mühlhausen-Pfaffenrode	Bezirkskrankenhaus Erfurt für Neurologie und Psychiatrie	Krankenhaus
66659703	Bayern	Tutzing	Gabrielenheim	Behindertenheim
66750434	Brandenburg	Templin	damals Minna-Ostrowski-Str. 58, heute Vietmannsdorferstr.	Sonderheim für Behinderte
67178160	Niedersachsen	Wunstorf		Kinder- u. Jugendpsychiatrie
67474832	Sachsen	Arnsdorf	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Krankenhaus
67525635	Schleswig-Holstein	Lübeck		
70500514	Berlin	Berlin	Griesinger-Krankenhaus	Krankenhaus
71097829	Niedersachsen	Osnabrück	Haus Raphael	Internat
72744390	Niedersachsen	Hildesheim	Landesbildungszentrum für Hörgeschädigte (Haus 7)	Internat
72917124	Bayern	Würzburg		
73561634	Nordrhein-Westfalen	Aachen	Vinzenzheim	Internat mit Handelsschule
74394073	Niedersachsen	Wunstorf	Landeskrankenhaus	
74545662	Brandenburg	Brandenburg	Hilde-Copi-Heim (xxx: nicht „Coppi“ lautend?)	Heim
74617892	Mecklenburg-Vorpommern	Schwerin		Internat
74774903	Sachsen	Altscherbitz	Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie Altscherbitz	Krankenhaus

Antwort-ID	Heutiges Bundesland	Ort (z. B. Berlin)	Name (z. B. Haus am See)	Art (z. B. Krankenhaus, Internat, Heim)
75669281	Nordrhein-Westfalen	Münster	Herz-Jesu-Heim	Heim
76200798	Bayern	Holzolling		
77944620	Nordrhein-Westfalen	Bonn, Langenfeld, Remscheid	Jugendpsychiatrie Bonn-Galkhausen (xxx: nicht so lautend?)	Kliniken
78121376	Nordrhein-Westfalen	Bonn		Kinder- und Jugendpsychiatrie
78206096	Nordrhein-Westfalen	Bonn	Rheinische Landesklinik	Psychiatrisches Krankenhaus
78466722	Sachsen-Anhalt	Uchtspringe	Bezirkskrankenhaus Psychiatrie	Krankenhaus / Kinderheim
78468598	Sachsen-Anhalt	Magdeburg	Schwerhörigenschule OS Magdeburg	Schule und Internat
78469292	Sachsen-Anhalt	Halberstadt	Tamara-Bunke-Schule	Schule und Internat
78469898	Sachsen	Dresden	Berufsschule für Hörgeschädigte	Berufsschule und Internat
78635402	Niedersachsen	Hildesheim	Niedersächsische Landesgehörlosenschule	Internat
79140729	Sachsen	Rodewisch		Krankenhaus
79381669	Niedersachsen	Braunschweig	Gehörlosenschule	Heim
80146434	Nordrhein-Westfalen	Hückeswagen		Kinderheim
80627661	Thüringen	Gotha	Haus am Seeberg	Internat und Heim
80629762	Thüringen	Sülzhayn	Sonderschule für Körperbehinderte Nikolai Ostrowsky	Internat und Sonderschule
55647228 LS	Nordrhein-Westfalen	Gladbeck	Eduart-Melchis-Haus	Kinderheim
55672763 LS	Niedersachsen	Osnabrück, Gesundheitsamt Wittmund	St. Raepahl (nicht „Raphael“ lautend?)	Kinderheim
56884143 LS	Nordrhein-Westfalen	Essen	Franz-Sales-Haus	Heim
57509193 LS	Nordrhein-Westfalen	Essen	Franz-Sales-Haus	Behinderteneinrichtung
61114827 LS	Nordrhein-Westfalen	Köln		Internat
61913775 LS	Bayern	Nürnberg	Schwerhörige und Gehörlose Schule	Schule und Kindergarten mit Internat
64630916 LS	Nordrhein-Westfalen	Wetter (Ruhr)	Volmarstein	Heim

Antwort-ID	Heutiges Bundesland	Ort (z. B. Berlin)	Name (z. B. Haus am See)	Art (z. B. Krankenhaus, Internat, Heim)
64801825 LS	Hessen	Friedberg	Johannes-Vatter-Schule Friedberg	** (xxx: ?]
68900260 LS	Baden	unbekannt	Sonnhalde, Wonnhalde Mari- enheim	Heim
73261695 LS	Bayern	München	Taubstummenanstalt	
FÜRSTEN- RIEDER- STRASSE 155, MÜN- CHEN	Internat und Schule			
77533298 LS	Westdeutsch- land	Hohenwart	Am Klosterberg	Taubstummenan- stalt (Heim)
79684850 LS	Sachsen	Dösen	Einrichtung der Jugendhilfe	Heim
81695137 LS	Brandenburg	Bei Birken- werder	Waldhaus?	Krankenhaus?

11 Literaturverzeichnis

- AAGARD, Lise u. a. (2011), Adverse Drug Reactions Reported in the German Democratic Republic: A Retrospective Analysis of Reports to the WHO-ADR Database. In: Open Journal of Safety Science and Technology 1, S. 60–74.
- ABU ZAHRA, Claudia (2015), Die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der DDR am Beispiel der Hauptstadt Ostberlin. Auswirkungen der Psychiatriereform der 1960er Jahre, Berlin.
- ADORNO, Theodor W. (1971), Was bedeutet: Aufarbeitung der Vergangenheit. In: Ders., Eingriffe. Neun kritische Modelle, Frankfurt am Main, S.125–146.
- ADORNO, Theodor W. (1966) Erziehung nach Auschwitz. In: Gerd KADELBACH (Hrsg.), Erziehung zur Mündigkeit – Vorträge und Gespräche mit Hellmut Becker 1959 bis 1969, Frankfurt am Main, S. 92–109
- Akademie für Staats- und Rechtswissenschaft der DDR (Hrsg.) (1977), Staatsrecht der DDR. Lehrbuch, Berlin.
- Arbeitsgruppe Heimreform (Hrsg.) (2000), Aus der Geschichte lernen. Analysen der Heimreform in Hessen (1968–1983), Frankfurt am Main.
- ARIÈS, Philippe (2007), Die Geschichte der Kindheit, 16. Auflage, München.
- AFSCHAR-HAMDI, Sima (2018), Zwangsmaßnahmen an Kindern und Jugendlichen im Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weissenau in den 50er und 60er Jahren, Ostfildern-Ruit.
- Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ (Hrsg.) (2010), Abschlussbericht des Runden Tisches »Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren, Berlin.
- Arzneimittelverzeichnis (1957), 3. Ausgabe, VEB-Verlag Volk und Gesundheit Berlin (DDR).
- Arzneimittelverzeichnis (1971), 9. Ausgabe, Teil I, VEB-Verlag Volk und Gesundheit Berlin (DDR).
- Arzneiverordnungsbuch der Deutschen Arzneimittelkommission (1932), Verlag der Buchhandlung des Verbandes Ärzte Deutschlands, Leipzig.
- ATZL, Isabel/HESS, Volker/SCHNALKE, Thomas (Hrsg.) (2005), Zeitzeugen Charité. Arbeitswelten der Psychiatrischen und Nervenklinik 1940–1999, Münster.
- Aufgaben und Organisation der Krankenhäuser des Staatlichen Gesundheitswesens – Rahmen-Krankenhausverordnung – vom 5. November 1954. In: Gesetzblatt. Zentralblatt der Deutschen Demokratischen Republik. Sonderdruck Nr. 54, Berlin (DDR) 1954.
- Autorenkollektiv, unter der Leitung von Grandtke, Anita (1976), Familienrecht. Lehrbuch, 2. Auflage, Berlin (DDR).
- Autorenkollektiv (SPEIER, K./BECKER, K.-P.) (1981a), Der gesundheitlich geschädigte Bürger in unserer Gesellschaft, Teil 1: Zum Internationalem Jahr der Geschädigten. Informations- und Argumentationsmaterial zur Gesundheitserziehung Folge III, Nr. 6, 2. Auflage, Dresden.
- Autorenkollektiv (SPEIER, K./BECKER, K.-P.) (1981b), Der gesundheitlich geschädigte Bürger in unserer Gesellschaft, Teil 2: Zum Internationalem Jahr der Geschädigten. Informations- und Argumentationsmaterial zur Gesundheitserziehung Folge III, Nr. 6, 2. Auflage, Dresden.
- Autorenkollektiv (1980), Grundrechte des Bürgers in der sozialistischen Gesellschaft, Berlin (DDR).
- BACH, Otto (1990), Entwicklung und Stand der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter auf dem Gebiet der ehemaligen DDR. In: Walter PICARD/Fritz REIMER (Hrsg.), Grund-

- lagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter, Berlin, S. 25–30.
- BACHMANN, Christian (2015), Verschreibung von Psychopharmaka für Kinder und Jugendliche in Deutschland: Eine Analyse von Verwaltungspraxis und -trends anhand ausgewählter Erkrankungen und Substanzgruppen, Public Health Diss., Univ. Bremen.
- BACHMANN, Christian/LEMPF, Thomas/GLAESKE, Gert/HOFFMANN, Falk (2014), Antipsychotika-Verordnungen bei Kindern und Jugendlichen Auswertung von Daten einer gesetzlichen Krankenkasse für den Zeitraum 2005–2012. In: Deutsches Ärzteblatt 111/3, S. 25–34, <https://cdn.aerzteblatt.de/pdf/111/3/m25.pdf> (letzter Zugriff: 3.2.2021)
- BAGATTINI, Alexander (2019), Kindeswohl. In: Johannes DRERUP/Gottfried SCHWEIGER (Hrsg.), Handbuch Philosophie der Kindheit, Berlin, S. 128–136.
- BALKHAUSEN, Irmtraud (Bearb.) (1995), Archivalien der Gehörlosenschule Essen von 1974 bis 2001 im Archiv des Landschaftsverbandes Rheinland, Pulheim-Brauweiler.
- BALZ, Viola (2010), Zwischen Wirkung und Erfahrung – eine Geschichte der Psychopharmaka. Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland, 1950–1980, Bielefeld.
- BALZ, Viola/KLÖPPEL, Ulrike (2015), Eine Wende nach innen. Sozialpsychiatrie, Gesundheitspolitik und Psychopharmaka, 1965–1989. In: Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte 63, S. 321–349.
- BARSCHE, Sebastian (2007), Geistig behinderte Menschen in der DDR. Erziehung – Bildung – Betreuung, Oberhausen.
- BARSCHE, Sebastian (2008), Bildung, Arbeit und geistige Behinderung in der DDR. Zwischen Anspruch und Wirklichkeit. In: Deutschland-Archiv 3/2008, S. 480–487.
- BARSCHE, Sebastian (2009), Menschen mit Behinderungen in der DDR. In: Jan CANTOW/Katrin GRÜBER (Hrsg.), Eine Welt ohne Behinderung – Vision oder Alptraum? Eine Veröffentlichung in der Reihe Expertise des Institutes Mensch, Ethik und Wissenschaft, Berlin, S. 51–65.
- BAUDISCH, Winfried (1977), Einführung in die Pädagogik für Schwachsinnige (Oligophrenopädagogik). Lehrmaterial zur Ausbildung von Diplomlehrern für Hilfsschulen, Potsdam.
- BAUDISCH, Winfried/BREITSPRECHER, Adelbert (1979), 30 Jahre DDR – 30 Jahre sozialistisches Sonderschulwesen. In: Die Sonderschule 24, S. 257–271.
- BAUMANN, Jürgen (1966), Unterbringungsrecht und systematischer und synoptischer Kommentar zu den Unterbringungsgesetzen der Länder, Tübingen.
- Bauftragter der Bundesregierung für die Neuen Bundesländer (Hrsg.) (2012), Aufarbeitung der Heimerziehung in der DDR. Expertisen, Berlin.
- BECKER, C. (1964), Anstalten und Einrichtungen des Deutschen Caritasverbandes. Nach dem Stande vom 1. Januar 1964. In: Caritas 65/8, S. 262–265.
- BECKER, Günter (1973), Arzt und Patient im sozialistischen Recht, Leipzig.
- BECKER, G./MÜHLMANN, M. (1980), Die Rechte und Pflichten im medizinischen Betreuungsverhältnis. In: R. GÜRTLER/J. MANDEL/J. ROTHE (Hrsg.), Rechtsprinzipien im Gesundheitswesen, Berlin (DDR), S. 180–198.
- BECKER, Klaus-Peter u. a. (1984), Rehabilitationspädagogik, Berlin (DDR).
- BECKER, Klaus-Peter/GROSSE, Klaus-Dietrich (2007), 60 Jahre Pädagogik für Behinderte an der Humboldt-Universität zu Berlin. Ein geschichtlicher Abriss (1947–2007), Münster.
- BECKER, Klaus-Peter/THEINER, Christa (1978), Zur Entwicklung der Bildung und Erziehung Geschädigter in der DDR. Humboldt-Universität zu Berlin, Fernstudium Hilfsschulpädagogik. Studienmaterial zur Pädagogik physisch-psychisch Geschädigter, Berlin (DDR).
- BECKER, Klaus-Peter/THEINER, Christa (1982), Zur Entwicklung der Bildung und Erziehung Geschädigter in der DDR. Humboldt-Universität zu Berlin, Fernstudium Hilfsschulpädagogik. Studienmaterial zur Pädagogik physisch-psychisch Geschädigter, Berlin (DDR).

- BENAD, Matthias (2009), Endstation Freistatt: Fürsorgeerziehung in den v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel bis in die 1970er Jahre, Bielefeld.
- BENJAMIN, Hilde (1958), Die sozialistische Einheitspartei Deutschlands – eine Partei der Gesetzlichkeit. In: *Neue Justiz – Zeitschrift für Recht und Rechtswissenschaft*, 1958.
- BERSCH, Falk (2020 a), Kinder und Jugendliche in sonderpädagogischen, psychiatrischen und Behinderteneinrichtungen in den DDR-Nordbezirken, Teil 1: Die historische Entwicklung, Schwerin.
- BERSCH, Falk (2020 b), Unterbringung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen im Land Mecklenburg und in den DDR-Nordbezirken 1945–1989/90. In: Ekkehardt KUMBIER (Hrsg.), *Psychiatrie in der DDR II. Weitere Beiträge zur Geschichte*, Berlin, S. 393–418.
- BETTIN, Hartmut (2010), Eine AG Ethik der DDR als erste zentrale deutsche Ethikkommission. Zum Umgang mit ethischen Fragen bei der Forschung am Menschen in der DDR. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 56, S. 235–250.
- BETTIN, Hartmut/GADEBUSCH BONDIO, Mariacarla (2010), An Stelle einer Einleitung: DDR-Medizin – Eine eigene Ethik? In: Hartmut BETTIN/Mariacarla GADEBUSCH BONDIO (Hrsg.), *Medizinische Ethik in der DDR. Erfahrungswert oder Altlast?* Lengerich, S. 7–19.
- BEYER, Christof (2018), Sozialpsychiatrischer Transit. Kontakte zwischen Psychiatern in Ost und West im Umfeld der bundesdeutschen Psychiatriereform. In: Ekkehardt KUMBIER/Holger STEINBERG (Hrsg.), *Psychiatrie in der DDR. Beiträge zur Geschichte*, Berlin, S. 221–236.
- BEYER, Christof/NOLTE, Karen (2018), *Psychiatriepflege nach 1945*. In: Sylvelyn HÄHNER-ROMBACH/Pierre PFÜTSCH (Hrsg.), *Geschichte der Krankenpflege und anderer nichtärztlicher Gesundheitsberufe nach 1945. Ein Studien- und Lehrbuch*. Frankfurt am Main, S. 65–90.
- BEYER, Christof/BORCK, Cornelius/HOLST, Jonathan/LINGELBACH, Gabriele (2021), Wissenschaftliche Untersuchung der Praxis der Medikamentenversuche in schleswig-holsteinischen Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie in den Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrien in den Jahren 1949 bis 1975 – Abschlussbericht, im Auftrag des schleswig-holsteinischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie in Abstimmung mit dem Sozialausschuss des schleswig-holsteinischen Landtags. Mit einem Beitrag von Sebastian Graf von Kielmansegg. Lübeck.
- BEYLER, Gabriele/HOTTENROTT, Laura (2010), Weggesperrt, weggesperrt, geschädigt und gedemütigt. Der lange Weg zur Rehabilitierung von DDR-Heimkindern. In: *Horch und Guck: Zeitschrift zur kritischen Aufarbeitung der SED-Diktatur* 2, S. 22–25.
- BEYREUTHER, Erich (1983), *Geschichte der Diakonie und inneren Mission in der Neuzeit*, Berlin.
- BLASK, Falk u. a. (1997), *Einweisung nach Torgau. Texte und Dokumente zur autoritären Jugendfürsorge in der DDR*, Berlin.
- BÖCKENFÖRDE, Ernst-Wolfgang (1981), *Soziale Grundrechte*, Heidelberg.
- BÖHM, Manfred (2007), Die Arzneimittelgesetzgebung. In: 7 B Direkt Apothekenservice AG (Hrsg.), *45 Jahre Pharmazie in Deutschland-Ost: Beiträge zur Geschichte des Arzneimittel- und Apothekenwesens der Deutschen Demokratischen Republik*, Berlin, S. 23–40.
- BÖKER, Karl/REMSCHMIDT, Helmut/STRUNK, Peter (1973), Indikation und Aussagewert der Pneumenzephalographie bei schwachsinnigen, verhaltensgestörten und anfallskranken Kindern. In: *Klinische Pädiatrie* 185, S. 91–102.
- BOLDORF, Marcel (2004), Rehabilitation und Hilfen für Behinderte. In: Dier HOFFMANN/Hans Günter HOCKERTS (Hrsg.), *Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945*. Bd. 8, Baden-Baden, S. 455–474.

- BORSON, Soo/DOANE, Kenneth (1997), The Impact of OBRA-87 on Psychotropic Drug Prescribing in Skilled Nursing Facilities, Department of Health and Human Services. Office of Inspector General, Psychotropic Drug Use in Nursing Homes. In: *Psychiatric Service* 48/10, S. 1289–1296.
- BÖSL, Elsbeth (2009), *Politiken der Normalisierung. Zur Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland*, Bielefeld.
- BÖSL, Elsbeth (2010), *Die Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik aus Sicht der Disability History*, <https://www.bpb.de/apuz/32707/die-geschichte-der-behindertenpolitik-in-der-bundesrepublik-aus-sicht-der-disability-history?p=all> (letzter Zugriff: 31.5.2019).
- BÖSL, Elsbeth u. a. (Hrsg.) (2010), *Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung*, Bielefeld.
- BOURDIEU, Pierre (1987), *Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft*, Frankfurt am Main.
- BREUER, Hubert Heinz (1991), *Die historische Entwicklung der Provinzial Heil- und Pflegeanstalt Johannistal und der orthopädischen Provinzial Kinderanstalt zu Süchteln*. Med. Diss., Aachen.
- BRADL, Christian (1991), *Anfänge der Anstaltsfürsorge für Menschen mit geistiger Behinderung (»Idiotenanstaltswesen«)*. Ein Beitrag zur Sozial- und Ideengeschichte des Behindertenbetreuungswesens am Beispiel des Rheinlands im 19. Jahrhundert, Frankfurt am Main.
- BRADL, C. (1987), *Geistigbehinderte und Psychiatrie: Zur Literatur und neueren Diskussion über ein unbewältigtes Problem. Geistigbehinderte zwischen Pädagogik und Psychiatrie*. In: Walther DREHER (Hrsg.), *Geistigbehinderte [Geistig Behinderte] zwischen Pädagogik und Psychiatrie*, Bonn, S. 9–34.
- BRINK, Cornelia (2010), *Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860–1980*, Göttingen.
- BRUNS, Georg (1993), *Ordnungsmacht Psychiatrie? Psychiatrische Zwangseinweisung als soziale Kontrolle*, Opladen.
- BUDDE, Berthold (Bearb.) (2008), *50 Jahre Lebenshilfe. Aufbruch – Entwicklung – Zukunft*, Hrsg. von der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung, Marburg.
- BÜHRER, Petra (2001), *Psychiatrie-Reform: Auf halbem Weg stecken geblieben*. In: *Deutsches Ärzteblatt* 98/6, S. 301.
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (Hrsg.) (1959), *Rote Liste*, Aulendorf.
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (Hrsg.) (1965), *Rote Liste*, Aulendorf.
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (Hrsg.) (1969), *Rote Liste*, Aulendorf.
- BUSAM, Kristina (2017), *Kriegsfolgenbewältigung in der Rechtsprechung. Der Umgang mit kriegsbedingt veränderten Umständen in der Zivilrechtsjudikatur des Landgerichts Bonn nach dem Zweiten Weltkrieg*, Tübingen.
- CARSPECKEN, Ferdinand (1962), *Probleme des Jugendwohlfahrtsgesetzes vom 11.8.1962. Fragen der freiwilligen Erziehungshilfe und der Fürsorgeerziehung, der Heimaufsicht und des Schutzes von Minderjährigen unter 16 Jahren in den Einrichtungen der Jugendhilfe*, Berlin (BRD).
- CAROLA, Mick (2012), *Das Agency-Paradigma*. In: Ulrich BAUER u. a. (Hrsg.), *Handbuch Bildungs- und Erziehungssoziologie. Bildung und Gesellschaft*, Wiesbaden, S. 527–541.
- CASTELL, Rolf (2003), *Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961*, Göttingen.
- CHRISTIANI, Klaus (2001), *Hundert Jahre Universitäts-Nervenlinik Kiel: 1901–2001*. In: *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt* 54, S. 21–23.

- COCHÉ, Stefanie (2017), Psychiatrie und Gesellschaft. Psychiatrische Einweisungspraxis im »Dritten Reich«, in der DDR und der Bundesrepublik 1941 – 1963, Göttingen.
- COCHÉ, Stefanie (2018), Psychiatrische Einweisungspraxis in der frühen DDR und Bundesrepublik – Zwangseinweisungen vor dem Hintergrund unterschiedlicher rechtlicher Rahmenbedingungen. In: Ekkehardt KUMBIER/Holger STEINBERG (Hrsg.), Psychiatrie in der DDR. Beiträge zur Geschichte, Berlin, S. 143 – 159.
- COLLARD, J. (1961), Comparative psychopharmacology of haloperidol and of its derivatives (triperidol, methylperidide, »R 1647«). In: *Revue Canadienne de Biologie* 20, S. 465 – 473.
- COWEN, E.L./WORK, W.C. (1988), Resilient children, psychological wellness, and primary prevention. In: *American Journal of Community Psychology* 16, S. 591 – 607.
- DAEMMRICH, Arthur (2004), Pharmacopolitics. Drug regulation in the United States and Germany, Chapel Hill u. a.
- DELIGNE, P. (1961), New neuroleptics (R-1625 or Haloperidol, MD-2028 or Halo-Anisone, Ro 4-0403 or Taractan, and LG-206 or Dominal) in different types of anesthesia without narcosis or anesthesia in the waking state. Indications in neurosurgical anesthesiology. Place of analgesia in neuroleptanalgesia. In: *Agressologie* 2, S. 363 – 370.
- Der Bundesminister für Gesundheit (Hrsg.) (1991), Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR – Bestandsaufnahme und Empfehlungen, 20.5.1991.
- Deutscher Bundestag (19.1.1961), 3. Wahlperiode, Drucksache 2421, Schriftlicher Bericht des Ausschusses für Gesundheitswesen (11. Ausschuß) über den von der Bundesregierung eingebrachten Entwurf eines Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz) – Drucksache 654 – und den von der Fraktion der SPD eingebrachten Entwurf eines Gesetzes über die Herstellung und das Inverkehrbringen von Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz) – Drucksache 485, Bonn, S. 1 – 34.
- Deutscher Bundestag (1975), 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4200, Bonn.
- Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste (2017), Ausarbeitung. Durchführung von Arzneimittelstudien an Heimkindern von 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland, WD 9-3000-001/17, S. 1 – 24.
- DIETEL, K./DIETEL, V. (1958), Erste Erfahrungen mit Dominal, einem Thipendyl-Derivat, im Kindesalter. In: *Deutsches Medizinisches Journal* 9/12, S. 594 – 596.
- DIETRICH-DAUM, Elisabeth (2018), Über die Grenze in die Psychiatrie. Südtiroler Kinder und Jugendliche auf der Kinderbeobachtungsstation von Maria Nowak-Vogl in Innsbruck (1954 – 1987), Innsbruck.
- DIVRY, P. u. a. (1959), Psychopharmacological experimentation with a new neuroleptic drug: R 1647. In: *Acta Neurol Psychiatr Belg.* 9, S. 1033 – 1044.
- DREIER-HORNING, Anke (2015), Pädagogisches Niemandsland. Die Durchgangseinrichtungen der ehemaligen Nordbezirke der DDR von 1949 bis 1989, Schwerin.
- DREIER-HORNING, Anke (2016), Streckenläufer: »Erziehung zur und durch Arbeit« in den Jugendwerkhöfen der ehemaligen Nordbezirke der DDR, Schwerin.
- DREIER-HORNING, Anke (2019), Kinderarbeit. In: Johannes DRERUP/Gottfried SCHWEIGER (Hrsg.), *Handbuch Philosophie der Kindheit*, Berlin, S. 295 – 303.
- DREIER-HORNING, Anke (2020), Wie Anton S. Makarenko ein Klassiker der Pädagogik wurde, Phil. Diss., Universität Rostock.
- DREIER, Anke/LAUDIEN, Karsten (2012), Einführung. Heimerziehung der DDR, Schwerin.
- DREIER-HORNING, Anke/LAUDIEN, Karsten (2016), Die Jugendhilfe im Berliner Stadtbezirk Lichtenberg (1945 – 1989) zwischen Anspruch und Wirklichkeit, Berlin.
- DREIER-HORNING, Anke/LAUDIEN, Karsten (2018), Zwangsarbeit – über die Rolle der Arbeit in der DDR-Heimerziehung, Berlin.

- DÜRWARD, Wolfgang/HERING, Werner (1974), Rechtsfragen in der Medizin für mittlere medizinische Berufe und Hilfsberufe, 3., überarbeitete Auflage, Leipzig.
- EGG, Maria (1966), Andere Menschen – anderer Lebensweg. Ein Wegweiser für Eltern, Betreuer und Freunde herangewachsener geistig Behinderter, Zürich.
- EGGERS, Christian u. a. (1989), Kinder- und Jugendpsychiatrie, Berlin (BRD).
- EGLI, J. (Hrsg.) (1993), Gewalt und Gegengewalt im Umgang mit geistig behinderten Menschen, Luzern.
- EILERT, Jürgen u. a. (2019), Operationalisierbarkeit des Eigenstandsschadens. Begründung von Schadensersatzpflichten durch Verletzung von Art. 11 und Art. 21 GG. In: Sozialrecht Aktuell 4, S. 125–141.
- ENGBARTH, Anette (2003), Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie und ihre Bedeutung für die heutige Praxis, Frankfurt am Main.
- ENGELBRACHT, Gerda/HAUSER, Andrea (2013), Mitten in Hamburg. Die Alsterdorfer Anstalten 1945–1979, Stuttgart.
- ENGELBRACHT, Gerda (2004), Von der Nervenklinik zum Zentralkrankenhaus Bremen-Ost. Bremer Psychiatriegeschichte 1945–1977, Bremen.
- ENGELBRACHT, Gerda (2020), Kein Platz – Nirgendwo. Studie zur Situation von Bremer Kindern und Jugendlichen in den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie zwischen 1949 und 1975, Bremen.
- ENGELS, Friedrich (1951 [1876]), Der Anteil der Arbeit an der Menschwerdung des Affen, Berlin (DDR).
- ERDSIEK, Gerhard (1960), Freiheitsentziehung und richterliche Kontrolle. In: Neue Juristische Wochenschrift, S. 1385–1387.
- ESSBACH, Sigmar (2002), Die Rehabilitationspädagogischen Förderungseinrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. In: Christa GROSCH (Hrsg.), Interessengemeinschaft Medizin und Gesellschaft e. V., Heft 36, Berlin, S. 79–91.
- EWALD, Gottfried (1959), Neurologie und Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 4., vermehrte und verbesserte Auflage, München/Berlin (West).
- FANGERAU, Heiner u. a. (Hrsg.) (2017), Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung, Berlin.
- FANGERAU, Heiner/IMHOF, Christiane (2015), Medizinische Spezialisierung. Wege der Urologie in beiden deutschen Staaten und die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Urologie der DDR. In: Thorsten HALLING u. a. (Hrsg.), Urologie 1945–1990. Entwicklung und Vernetzung der Medizin in beiden deutschen Staaten, Heidelberg, S. 21–34.
- FEGERT, Jörg M./KÖLCH, Michael/KRÜGER, Ulrich (2017), Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse, Laufzeit: 01.11.2014 bis 28.02.2017. Sachbericht zum Projekt, Universitätsklinikum Ulm, https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Fegert_11_04_2018.pdf (letzter Zugriff: 3.2.2021).
- FEHLEMANN, Silke/SPARING, Frank (2017), Gestörte Kindheiten. Lebensverhältnisse von Kindern und Jugendlichen in psychiatrischen Einrichtungen des Landschaftsverbandes Rheinland (1945–1975), Berlin.
- FEHLEMANN, Silke/SPARING, Frank/VÖGELE, Jörg (2017), Kindheit, Krankheit, Krieg. Kinder und Jugendliche in psychiatrischen Einrichtungen des Rheinlandes nach 1945. In: Heiner Fangerau/Sascha Topp/Klaus Schepker (Hrsg.), Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit, Berlin/Heidelberg, S. 535–556.
- FINZEN, A. (1988), Zwischen Hilfe und Gewalt. Ein unausweichliches Dilemma der Psychiatrie. In: Fundamenta Psychiatrica 2, S. 8–12.

- FELDHOFF, Berenike (2019), Die politische, gesellschaftliche und wissenschaftliche Dimension der Aufarbeitung der DDR-Heimerziehung. In: Philipp MÜTZEL u. a. (Hrsg.), *Zwischen Marginalisierung und Anerkennung. Eine Bestandsaufnahme zur Aufarbeitung der Heimerziehung in der DDR*, Leipzig, S. 11–52.
- FÖCKING, Friederike (2003), *Fürsorge im Wirtschaftsboom. Die Entstehung des Bundessozialhilfegesetzes von 1961*, München.
- FORSBACH, Ralf (2008), *Die Medizinische Fakultät der Universität Bonn im »Dritten Reich«*, München.
- FOSTER, Rudolf (1997), *Psychiatriereformen zwischen Medikalisierung und Gemeindeorientierung. Eine kritische Bilanz*, Wiesbaden.
- FREIBURG, Gerda (1990), Zur Integration behinderter Jugendlicher in der DDR. Eine Kurzinformation. In: Barbara HILLE/Walter JAIDE (Hrsg.), *DDR-Jugend. Politisches Bewußtsein und Lebensalltag*, Opladen, S. 343–354.
- FRICKE, Irmgard (1968), *Verzeichnis der Erziehungsheime und Sondereinrichtungen für Minderjährige in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West)*, 8. Auflage, Hannover-Kirchrode.
- FRIEDLAND, Alexander (Hrsg.) (2014), *Bühnen des Wahnsinns. Inszenierungen psychischer Alterität [Ergebnisse eines Workshops im Juni 2013 in Berlin]*, Weinheim.
- FRINGS, Bernhard (2012), *Heimerziehung im Essener Franz-Sales-Haus 1945–1970. Strukturen und Alltag in der »Schwachsinnigen-Fürsorge«*, Münster.
- FRINGS, Bernhard (2013), *Behindertenhilfe und Heimerziehung. Das St. Vincenzstift Aulhausen und das Jugendheim Marienhausen*, Münster.
- FRINGS, Bernhard/KAMINSKY, Uwe (2012), *Gehorsam, Ordnung, Religion. Konfessionelle Heimerziehung 1945–1975*, Münster.
- FRUEHMANN, E./GROSS, H. (1959), Chlorperphenazine (decentan) and its use in clinical psychiatry. In: *Wiener Klinische Wochenschrift* 71/16, S. 808–812.
- GALTUNG, Johan (1975), *Strukturelle Gewalt*. Reinbek.
- GERHARD, Uwe-Jens/SCHÖNBERG, Anke (2016), Die Anfänge einer differenzierten Neuro-psychopharmakotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Untersuchung zur Psycho- und Neuropharmakologie in den 40er und 50er Jahren des vorigen Jahrhunderts. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 44/4, S. 285–294.
- Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln – Arzneimittelgesetz – und erste Durchführungsbestimmung vom 15.05.1964. In: *Medicamentum. Informationen für Ärzte und Apotheker, Sonderheft zum Arzneimittelgesetz*, S. 1–59.
- Gesetzblatt der Deutschen Demokratischen Republik Teil I, Nr. 17, Ausgabetag: 2. Juni 1976, Zwölfte DB zum Arzneimittelgesetz – Prüfung von Arzneimitteln zur Anwendung in der Humanmedizin, Berlin (DDR).
- Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln – Arzneimittelgesetz – vom 27. November 1986, Durchführungsbestimmung zum Arzneimittelgesetz – Prüfung, Zulassung und Kennzeichnung von Arzneimitteln zur Anwendung in der Humanmedizin – vom 1. Dezember 1986.
- Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelrechts vom 24.08.1976. In: *Bundesgesetzblatt Teil 1*, 1976, 1. September 1976, Nr. 110, S. 2445–2482.
- GIESE, Dieter u. a. (1972), *Das Gesetz für Jugendwohlfahrt. Kommentar*, Köln.
- GIESINGER, Johannes (2006), *Paternalismus und Erziehung. Zur Rechtfertigung pädagogischer Eingriffe*. In: *Zeitschrift für Pädagogik* 52/2, S. 265–284.
- GIESINGER, Johannes (2007), *Autonomie und Verletzlichkeit. Der moralische Status von Kindern und die Rechtfertigung von Erziehung*, Bielefeld.

- GLATTHAAR, G. W. (1959), Possibilities of treating psychiatric disorders with the new psychopharmacological agent »decentan«. In: Münchener Medizinische Wochenschrift 101/13, S. 2090–2092.
- GLOMBIG, Eugen (1989), Behinderte und Rehabilitation, Berlin (DDR).
- GOFFMAN, Erving (1973), Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Frankfurt am Main.
- GÖLLNITZ, Gerhard (1967), Hirnstoffwechsel und Glutaminsäure. In: Pädiatrie und Grenzgebiete 6/5, S. 307–328.
- GÖLLNITZ, Gerhard (1970), Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Jena.
- GÖPPINGER, Horst (1975), Freiheitsentziehung und Unterbringung. Mit Unterbringung psychisch Kranker und Suchtkranker, Unterbringung durch Vormund oder Pfleger, Abschiebungshaft und Absonderung bei übertragbaren Krankheiten und Geschlechtskrankheiten, materielles Recht und Verfahrensrecht. Kurzkomentar, München.
- GÖRGEN, ARNO/SÖHNER, Felicitas/FANGERAU, Heiner (2018), Kindeswohl als kollektives Orientierungsmuster? In: Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft 64, S. 40–53.
- GRÄBER, Fritz (1963), Jugendwohlfahrtsgesetz. Kommentar, 2., völlig Neubearb. Auflage, Münster.
- GRAETZ, B./REISS, M./WALDON, G. (1954), Benzoic acid detoxication in schizophrenic patients. In: Journal of Mental Science 100/418, S. 145–148.
- GREISER, Eberhard (1968), »Beschämend für die deutsche Medizin«. Unzulängliches Arzneimittelgesetz – Jeder darf Chemikalien an Patienten erproben. In: Die Zeit, Nr. 27, 5.7.1968.
- GRELAK, Uwe/PASTERNAK, Peer (2020), Parallelwelt. Handbuch Konfessionelles Bildungswesen in der DDR, Leipzig.
- GROOTHOF, H. H. (1972), Art. Erziehung. In: Historisches Wörterbuch der Philosophie, Bd. 2, Basel/Stuttgart, Sp. 733.
- GROSCHE, Christa (Hrsg.) (2002), Kinder mit Behinderungen. Früherkennung und Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter – DDR, Berlin.
- HAASE, Hans-Joachim (1954), Über Vorkommen und Deutung des psychomotorischen Parkinsonsyndroms bei Megaphen- bzw. Largactil-Dauerbehandlung. In: Der Nervenarzt 25, S. 486.
- HAASE, Hans-Joachim (1966), Zur Dosierung der Neuroleptika. In: Hippokrates. Wissenschaftliche Medizin und praktische Heilkunde im Fortschritt der Zeit 37/1–24, S. 104–110.
- HAGEMOSER, Ernst (1984), Die Verantwortung des DRK für die Vervollkommnung der Rehabilitation. In: Mitteilungen über Praxis und Probleme der Rehabilitation, Heft IV, S. 67–89.
- HAGEMOSER, Ernst (1985), Aufgaben des DRK der DDR. In: Karlheinz Renker/Ursula Renate Renker (Hrsg.), Grundlagen der Rehabilitation, Berlin (DDR), S. 231–234.
- HÄHNER-ROMBACH, Sylvelyn (2017), Patientinnen und Patienten der Kinderbeobachtungsstation Innsbruck: Einweisung und Aufenthalt zwischen 1949 und 1989 im Spiegel der Krankenakten. In: Medizinhistorisches Journal 52, S. 308–351.
- HÄHNER-ROMBACH, Sylvelyn/HARTIG, Christine (2019), Medikamentenversuche an Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Heimerziehung in Niedersachsen zwischen 1945 und 1978. Forschungsprojekt im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheitspflege/gesundheitspsychiatrie_und_psychologische_hilfen/versorgung-psychisch-kranker-menschen-in-niedersachsen-14025.html (letzter Zugriff: 18.2.2021).
- HANEY, Gerhard (1967), Sozialistisches Recht und Persönlichkeit, Berlin (DDR).
- HANRATH, Sabine (2002), Zwischen »Euthanasie« und Psychiatriereform. Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg. Ein deutsch-deutscher Vergleich (1945–1961), Paderborn.

- HANSEN, H. P. (1958), Decentan in der neurologischen Praxis. In: Medizinische Monatsschrift. Zeitschrift für allgemeine Medizin und Therapie 12, S. 31–32.
- HARBAUER, Hubert u. a. (Hrsg.) (1971), Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Berlin (DDR).
- HARBAUER, Helmut u. a. (1974), Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2., überarb. Auflage, Berlin (DDR).
- HARRER, Friedrich (1971), Jugendhilfe. Ein Grundriß, Neuwied.
- HÄSSLER, Frank (2017), Kinderneuropsychiatrie in der DDR. In: Heiner FANGERAU u. a. (Hrsg.), Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit, Berlin, S. 619–626.
- HÄSSLER, Frank/FEGERT, Jörg Michael (2005), Geistige Behinderung und seelische Gesundheit. Kompendium für Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Pflegekräfte, Stuttgart.
- HEINECKE, Herbert (2001), Konfession und Politik in der DDR. Das Wechselverhältnis von Kirche und Staat im Vergleich zwischen evangelischer und katholischer Kirche, Magdeburg.
- HEINZE, Hans (1968), Klinischer Beitrag zur Langzeitbehandlung endo- und exogener Schwachsinnszustände im Kindes- und Jugendalter. In: Hermann STUTTE/Hubert HARBAUER (Hrsg.), Concilium Paedopsychiatricum, Basel, S. 309–320.
- HENKELMANN, Andreas (2011), Verspätete Modernisierung. Öffentliche Erziehung im Rheinland – Geschichte der Heimerziehung in Verantwortung des Landesjugendamtes (1945–1972), Essen.
- HENNINGS, Lena (2015), Die Entstehungsgeschichte der Rodewischer Thesen im Kontext von Psychiatrie, Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin der DDR, Med. Diss., Lübeck.
- HERRN, Rainer/HOTTENROTT, Laura (Hrsg.) (2010), Die Charité zwischen Ost und West (1945–1992). Zeitzeugen erinnern sich, Berlin.
- HESS, Volker (2018), Die Einführung von Psychopharmaka in der DDR. Die schwierige Rekonstruktion einer pharmakologischen Revolution. In: Ekkehardt KUMBIER/Holger STEINBERG (Hrsg.), Psychiatrie in der DDR. Beiträge zur Geschichte, Berlin, S. 301–314.
- HESS, Volker/HOTTENROTT, Laura/STEINKAMP, Peter (Hrsg.) (2016), Testen im Osten. DDR-Arzneimittelstudien im Auftrag westlicher Pharmaindustrie (1964–1990), Berlin.
- HILL, Fritz (1975), Jugendwohlfahrtsgesetz. Kommentar mit Länderausführungsbestimmungen, Opladen.
- HOFFSTADT, Anke (2018), Gehörlosigkeit als »Behinderung«. Menschen in den Gehörlosenschulen des Landschaftsverbandes Rheinland nach 1945, Berlin.
- HOH, Woo-Jung (2005), Theologie und Praxis der Diakonie. In der SBZ und der DDR 1945–1989, Phil. Diss., Universität Heidelberg.
- HONNETH, Axel (2005), Verdinglichung. Eine anerkennungstheoretische Studie, Frankfurt am Main.
- HOTTENROTT, Laura (2013), Roter Stern, wir folgen deiner Spur. Umerziehung im Kombinat der Sonderheime für Psychodiagnostik und pädagogisch-psychologische Therapie (1964–1987), Torgau.
- HOTTENROTT, Laura (2016 a), »Der Kern der Gesundheit ist Anpassung.« Medizinische Aspekte der DDR-Heimerziehung. In: Karsten LAUDIEN/Anke DREIER-HORNING (Hrsg.), Jugendhilfe und Heimerziehung im Sozialismus. Beiträge zur Aufarbeitung der Sozialpädagogik in der DDR, Berlin, S. 83–103.
- HOTTENROTT, Laura (2016 b), Lebenswege. Sonderakten des Geschlossenen Jugendwerkhofs Torgau (1964–1989) und Rolle der Medizin in der Heimerziehung. In: Monatsschrift für Kinderheilkunde 164/1, S. 103–109.

- HÜBNER, Ingolf (1998), Diakonie im realexistierenden Sozialismus. In: Ursula RÖPER/Carola JÜLLIG (Hrsg.), Die Macht der Nächstenliebe. Einhundertfünfzig Jahre Innere Mission und Diakonie 1848–1998. Im Auftrag des Deutschen Historischen Museums und des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland, 2. Auflage, Berlin, S. 258–266.
- HÜRLIMANN, Gisela/MEIER, Marietta (2003), Zwangsmassnahmen in der Zürcher Psychiatrie 1870–1970. Bericht im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kanton Zürich, Zürich.
- HÜTTNER, Hannes u. a. (1982), Der Patient im Krankenhaus. Erwartungen, Rechte und Pflichten, Zufriedenheit, Berlin (DDR).
- JÄNICHEN, Traugott (2010), Von der »Zucht« zur »Selbstverwirklichung«. Transformationen theologischer und religionspädagogischer Konzeptionen evangelischer Heimerziehung in den 1950er und 1960er Jahren. In: Wilhelm DAMBERG u. a. (Hrsg.), Mutter Kirche – Vater Staat? Geschichte, Praxis und Debatten konfessioneller Heimerziehung seit 1945, Münster, S. 131–147.
- JANS, Karl-Wilhelm (1979), Die Mitarbeit des Sachverständigen in der Jugendhilfe: insbesondere die kinder- und jugendpsychiatrische Komponente in der Hilfe zur Erziehung. Anmerkungen zur Entwicklung des Jugendhilferechts. In: Helmut REMSCHMIDT/ Horst SCHÜLER-SPRINGORUM (Hrsg.): Jugendpsychiatrie und Recht. Festschrift für Hermann Stutte zum 70. Geburtstag am 1. August 1979, Köln, S. 223–235.
- JANS, Karl-Wilhelm/HAPPE, Günther (1971), JWG Kommentar, 2. Auflage, Köln.
- JIRASEK, Hans/Seipp, Paul (1968), Das Bundessozialhilfegesetz. Ein Kommentar für Ausbildung, Praxis und Wissenschaft, Neuwied.
- JOHNSON, Arien (1955), Educating Professional Social Workers for Ethical Practice. In: Social Service Review 29/2, S. 125–136.
- LADWIG, Bernd (2009), Anthropologische Argumente in der menschenrechtlichen Moral. In: Dirk Jörke/Bernd Ladwig (Hrsg.), Politische Anthropologie. Geschichte – Gegenwart – Möglichkeiten, Baden-Baden, S. 245–270.
- JUN, Gerda (1979), Erfahrungen in der Dispensaire-Betreuung in der Kinder- und Jugendneuro-psychiatrie. In: Zeitschrift für die gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete 25, S. 476–480.
- JUN, Gerda (1981), Kinder, die anders sind, 1. Aufl., Berlin (Ost).
- JUN, Gerda (1986), Kinder, die anders sind. Ein Elternreport, 4. Auflage, Berlin.
- JUNGMANN, Joachim (2016), Ermittlung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Jahren 1949 bis 1990 in der Deutschen Demokratischen Republik in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie Leid und Unrecht erfahren haben. Machbarkeitsstudie BMAS Forschungsbericht, https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/46998/ssoar-2016-jungmann-Ermittlung_der_Anzahl_von_Kindern.pdf?sequence=1 (letzter Zugriff: 16.2.2021).
- KAMINSKY, Uwe (2012), Die Verbreiterung der »pädagogischen Angriffsfläche« – eine medizinisch-psychologische Untersuchung in der rheinischen Erziehung aus dem Jahr 1966. In: Andreas HENKELMANN u. a. (Hrsg.), Modernisierung. Öffentliche Erziehung im Rheinland – Geschichte der Heimerziehung in Verantwortung des Landesjugendamtes (1945–1972), Essen, S. 485–494.
- KAMINSKY, Uwe (2016), Zur Geschichte der katholischen Behindertenhilfe. Eine notwendig unvollständige Skizze. In: Annerose SIEBERT u. a. (Hrsg.), Heimkinderzeit. Eine Studie zur Situation von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen der katholischen Behindertenhilfe in Westdeutschland (1949–1975), Freiburg (Breisgau), S. 25–55.
- KAMINSKY, Uwe/KLÖCKER, Katharina (2020), Medikamente und Heimerziehung am Beispiel des Franz-Sales-Hauses. Historische Klärungen – ethische Perspektiven, Münster.

- KANT, Immanuel (1994), *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten* (Philosophische Bibliothek, Bd. 41), Hamburg.
- KASPER, Josef/WOLLASCH, Norbert (1980), *Ein Jahrhundert der Sorge um geistig behinderte Menschen. 75 Jahre Verband Katholischer Einrichtungen für Lern- und Geistigbehinderte, Teil 2: Ausbau und Bedrängnis: Die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts*, Freiburg (Breisgau).
- KAUFUNG, Carolin/HOLZMANN, Martin/BOEGE, Isabel (2019), Die Entwicklung der Psychopharmakologischen Behandlung von 1952 bis 1958 in den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken Weissenau und Gütersloh. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 47, S. 1 – 10, <https://doi-org/10.1024/1422-4917/a000646> (letzter Zugriff: 3.2.2021).
- KEIM, Ingeborg M. (1999), *Die institutionelle Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hessen ab 1900*, Frankfurt am Main.
- KERSCHBAUMER, Judith (2011), *Das Recht der gesetzlichen Rentenversicherung und die Deutsche Einheit*, Wiesbaden.
- KERSTING, Franz-Werner/SCHMUHL, Hans-Walter (2018), *Psychiatrie- und Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im St. Johannes-Stift in Marsberg (1945–1980). Anstaltsalltag, individuelle Erinnerung, biographische Verarbeitung*, Münster.
- KIELMANSEGG, Sebastian Graf v. (2021), Die rechtlichen Anforderungen an Medikamentenversuche. In: Christof BEYER/ Cornelius BORCK/ Jonathan HOLST/ Gabriele LINGELBACH (2021), *Wissenschaftliche Untersuchung der Praxis der Medikamentenversuche in schleswig-holsteinischen Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie in den Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrien in den Jahren 1949 bis 1975 – Abschlussbericht, im Auftrag des schleswig-holsteinischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie in Abstimmung mit dem Sozialausschuss des schleswig-holsteinischen Landtags. Mit einem Beitrag von Sebastian Graf von Kielmansegg*, Lübeck, S. 31 – 73.
- KINZE, Wolfram (Hrsg.) (2007), *Entwicklungslinien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*, Berlin-Brandenburg.
- KISKER, K. P. u. a. (Hrsg.) (2012), *Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 3. Auflage, Berlin.
- KITTEL, Claudia (2016), Heime für Säuglinge und Kleinkinder in der DDR. In: Karsten LAUDIEN/Anke DREIER-HORNING (Hrsg.), *Jugendhilfe und Heimerziehung im Sozialismus. Beiträge zur Aufarbeitung der Sozialpädagogik in der DDR*, Berlin, S. 127 – 149.
- KLEINSORGE, H./RÖSNER, H. (Hrsg.) (1958), *Die Phenothiazinderivate in der Medizin. Klinik und Experiment*, Jena.
- KLENNER, Hermann (1964), *Studien über die Grundrechte*, Berlin (DDR).
- KLESSMANN, Christoph (1991), *Die doppelte Staatsgründung. Deutsche Geschichte 1945–1955*, 5., überarb. und erw. Auflage, Göttingen.
- KLOOS, Gerhard (1972), *Grundriß der Psychiatrie und Neurologie mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchungstechnik*, 9. Auflage, neu bearbeitet von Prof. Dr. W. Simon, München.
- KLÖPPEL, Ulrike/BALZ, Viola (2010), Psychopharmaka im Sozialismus. Arzneimittelregulierung in der Deutschen Demokratischen Republik in den 1960er Jahren. In: *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte* 33/4, S. 382 – 400.
- KOHLHAAS, Max (1958), Experimente. In: Richard R. KUHN (Hrsg.), *Das gesamte Recht der Heilberufe*, Berlin, S. 423.
- KÖLCH, Michael G./PLENER, Paul L./FEGERT, Jörg M. (2012), Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. In: Gerhard GRÜNDER/Otto BENKERT (Hrsg.), *Handbuch der psychiatrischen Pharmakotherapie*, Heidelberg, S. 1185 – 1197.

- KÖLCH, Michael (2019), Von der Entwicklung auf dem Markt. Arzneimittelentwicklung und die Europäische Zulassungsbehörde, Universitätsmedizin Rostock, 13.9.2019, http://www.universitaetsklinik-uhl.de/fileadmin/default/Kliniken/Kinder-Jugendpsychiatrie/Praesentationen/2019_09_13_Koelch_ZulassungEMA.pdf (letzter Zugriff: 3.2.2021).
- Koordinierungsrat der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaft der DDR (1976), (Dokumentensammlung) Befehle der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland zum Gesundheits- und Sozialwesen, Berlin (DDR).
- KORZILIUS, Sven (2005), »Asoziale« und »Parasiten« im Recht der SBZ/DDR, Köln.
- KRAUL, Margret u. a. (2013), Zwischen Verwahrung und Förderung. Heimerziehung in Niedersachsen 1949–1975, Opladen 2013.
- KUMBIER, Ekkehardt (Hrsg.) (2020), Psychiatrie in der DDR II. Weitere Beiträge zur Geschichte, Berlin.
- KUMBIER, Ekkehardt/STEINBERG, Holger (Hrsg.) (2018), Psychiatrie in der DDR. Beiträge zur Geschichte, Berlin.
- LASCHET, U./FETZNER, H.R./LASCHET, L. (1968), Langzeit-Therapie mit menschlichem Wachstumshormon. In: *Arzneimittelforschung* 18/5, S. 628.
- LAUDIEN, Karsten (2010), Anthropologische Anforderungen an eine Neuregelung der Vormundschaft. In: *Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe* 4, S. 148–152.
- LAUDIEN, Karsten (2012), Die Kontinuität des Gegenübers. Ethische und sozialisationstheoretische Aspekte im neuen Vormundschaftsrecht. In: *Das Jugendamt* 6, S. 300–308.
- LAUDIEN, Karsten (2013), Umerziehung und Menschenbild in der DDR-Heimpädagogik. In: *Trauma und Gewalt* 7/2, S. 134–142.
- LAUDIEN, Karsten (2014), Erziehen und Beeinflussen. Die Erziehungskonzeption der DDR-Jugendhilfe. In: Matthias NEUERT/Johannes RICHTER (Hrsg.), *Repression durch Jugendhilfe*, München, S. 97–110.
- LAUDIEN, Karsten (2021), Strukturelle Gewalt, unveröffentlichter Vortrag auf der Fachtagung: Der Umgang mit behinderten Minderjährigen in der DDR, Schwerin, 18.3.2021.
- LAUDIEN, Karsten/SACHSE, Christian (2012), Erziehungsvorstellungen in der Heimerziehung der DDR. In: Beauftragter der Bundesregierung für die Neuen Bundesländer (Hrsg.), *Aufarbeitung der Heimerziehung in der DDR. Expertisen*, Berlin, S. 125–298.
- LEMKE, Rudolf/RENNERT, Helmut (1987), *Neurologie und Psychiatrie sowie Grundzüge der Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch für Praxis und Studium*, Leipzig.
- LEMP, Reinhard, *Forensische Jugendpsychiatrie*. In: Hubert HARBAUER u. a. (Hrsg.) (1980), *Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 4., neu bearb. und erw. Auflage, Berlin, S. 429–448.
- LENHARD-SCHRAMM, Niklas/RATING, Dietz/ROTZOLL, Maike (2020), Arzneimittelprüfungen an Minderjährigen im Langzeitbereich der Stiftung Bethel in den Jahren 1949 bis 1975, https://www.bethel.de/fileadmin/Bethel/aktuelles/2020_07_20_Arzneimittelpruefungen/Arzneimittelpruefung_Bethel_lang_FINAL_13.5.20.pdf (letzter Zugriff: 18.2.2021).
- LENARD-SCHRAMM, Niklas (2017), *Vorstudie zur Erforschung des Medikamenteneinsatzes in Kinderheimen, Einrichtungen der Öffentlichen Erziehung und heilpädagogischen und psychiatrischen Anstalten*, <https://landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMI17-20.pdf> (letzter Zugriff: 12.12.2020).
- LINGELBACH, Gabriele (2016a), *Disability History – Begriffe, Themen, Methoden*. In: *Geschichte betrifft uns* 5, S. 4–6.
- LINGELBACH, Gabriele (2016b), *Kontinuitäten, Zäsuren, Brüche? Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen in der deutschen Zeitgeschichte*, Frankfurt am Main.

- LOCHT, Volker van der (1997), Von der karitativen Fürsorge zum ärztlichen Selektionsblick. Zur Sozialgeschichte der Motivstruktur der Behindertenfürsorge am Beispiel des Essener Franz-Sales-Hauses, Opladen.
- LOHMANN, Ulrich (2019), Gesundheit und Soziales (Public Health). Beiträge zur Grundlagen-diskussion 1974–2009, Wiesbaden.
- Loos, Herbert (1992), »Anerkannte Unterordnung« – ein Rückblick auf die Psychiatrie-Entwicklung in der DDR. In: Walter PICARD/Fritz REIMER (Hrsg.), Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem Gebiet der ehemaligen DDR, Köln, S. 174–180.
- Loos, Herbert (2006), Psychiatrie im Ost-West-Vergleich. Psychiatrie braucht Öffentlichkeit. In: Deutsches Ärzteblatt 103, S. 3464–3467.
- Loos, Herbert (2014), Herzberge. Die Geschichte des psychiatrischen Krankenhauses Berlin-Herzberge von 1893 bis 1993, Berlin.
- LOSCH, Andreas (2011), Leitbilder der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege und diakonischer und caritativer Träger im Vergleich, Kamen.
- LYON, Gert (2017), Fünf Thesen zum Umgang mit Gewalt, Zwang und Macht in der Psychiatrie. In: Hemma Mayrhofer u. a. (Hrsg.), Kinder und Jugendliche mit Behinderungen in der Wiener Psychiatrie von 1945 bis 1989. Stationäre Unterbringung am Steinhof und Rosenhügel, Wien, S. 613–616.
- MACKES, Nuria K. u. a. (2020), Early childhood deprivation is associated with alterations in adult brain structure despite subsequent environmental enrichment. In: Proceedings of the National Academy of Sciences 117, S. 641–649.
- MAGNUS, Dorothea (2006), Medizinische Forschung an Kindern. Rechtliche, ethisch und rechtsvergleichende Aspekte der Arzneimittelforschung an Kindern, Tübingen.
- MALL, Gerhart (1958), Zur hormonellen Behandlung der prä- und postmenstruellen ovariel-len Psychosen. In: Henryk NOWAKOWSKI (Hrsg.), Hormone und Psyche. Die Endokrinologie des Alternden Menschen, Berlin/Heidelberg, S. 58–62.
- MALL, G./BINDER, H./GRAETZ, B. (1952), Untersuchungen über die Leukocytenfermente bei Schizophrenen unter besonderer Berücksichtigung des Leukocytentrypsins. In: Archiv der Psychiatrischen Nervenkrankheiten 188/4, S. 317–327.
- MARX, Karl/ENGELS, Friedrich (1979 [1848]), Manifest der Kommunistischen Partei, Berlin (DDR).
- MEIER, Marietta (2005), Zwang und Autonomie in der psychiatrischen Anstalt. Theoretische Überlegungen und empirische Befunde aus historischer Sicht. In: Wulf RÖSSLER/Paul HOFF (Hrsg.), Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang, Heidelberg, S. 67–87.
- MEIER, Marietta u. a. (2002), Zwangsmaßnahmen in der Zürcher Psychiatrie 1870–1970. Bericht im Auftrag der Generaldirektion des Kantons Zürich, Zürich.
- MEIER, Marietta/HÜRLIMANN, Gisela/BERNET, Brigitta (2002), Zwangsmassnahmen in der Zürcher Psychiatrie 1870–1970. Bericht im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, Zürich.
- MEIER, Marietta/KÖNIG, Mario/TORNAY, Magaly (2019), Testfall Münsterlingen. Klinische Versuche in der Psychiatrie, 1940–1980, Zürich.
- METHNER, Andreas (2016), Das Kombinat der Sonderheime für Psychodiagnostik und Pädagogisch-Psychologische Therapie. In: Karsten LAUDIEN/Anke DREIER-HORNING (Hrsg.), Jugendhilfe und Heimerziehung im Sozialismus. Beiträge zur Aufarbeitung der Sozialpädagogik in der DDR, Berlin, S. 61–82.
- MIHR, Anja (2002), Amnesty International in der DDR. Der Einsatz für Menschenrechte im Visier der Stasi, Berlin.

- Ministerium für Gesundheitswesen (1974), Entwurf eines Rahmenplanes zur Förderung schulisch nicht bildbarer, aber noch förderungsfähiger hirngeschädigter Kinder und Jugendlicher, Berlin (DDR).
- Ministerium für Gesundheitswesen/Akademie für Ärztliche Fortbildung der Deutschen Demokratischen Republik (Hrsg.) (1981), Schwerbeschädigtenbetreuung und Rehabilitation, Berlin (DDR).
- Ministerium für Volksbildung, Abteilung Jugendhilfe und Sonderschulwesen (Hrsg.) (1972), Jugendhilfe. Eine Sammlung von Rechtsvorschriften mit Anmerkungen und Sachregister, Berlin (DDR).
- Ministerium für Volksbildung, Abteilung Jugendhilfe und Heimerziehung (Hrsg.) (1978), Jugendhilfe. Eine Sammlung von Rechtsvorschriften mit Anmerkungen und Sachregister, Berlin (DDR).
- Ministerium für Volksbildung (Hrsg.) (1985), Jugendhilfe. Textausgabe, Berlin (DDR).
- MOLLNAU, A./SCHÖNEBURG, K.H./WEICHELT, W. (1976), Macht und Recht – Einheit oder Gegensatz?, Berlin (DDR).
- MÜCK, Herbert (1982), Die rechtliche Entwicklung des Arzt-Patient-Verhältnisses in der DDR. Vom Dienstvertrag zum medizinischen Betreuungsverhältnis, Köln.
- MÜHL, H. (1978), Integration von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung. Gemeinsame Erziehung von Nichtbehinderten und Behinderten und Kindergarten und Schule, West-Berlin.
- MUTHESIUS, Hans (1950), Reichsjugendwohlfahrtsgesetz, Stuttgart.
- MÜLLER, Thomas u. a. (Hrsg.) (2017), Psychiatrie in Oberschwaben. Die »Weissenau« bei Ravensburg zwischen Versorgungsfunktion und universitärer Forschung, Zwiefalten.
- NEUBERT, R./SCHRÖDEL, G. (1958), Grundriß der Sozialhygiene, Jena.
- NEUPERT, Annegret (2020), Megaphen. Die Anwendung im klinischen Alltag in den 1950er-Jahren am Beispiel der Landesheilanstalt Marburg, Med. Diss., Universität Würzburg.
- NISSEN, Gerhardt (1974 a), Die Eltern, ihre Probleme und ihre Beratung. In: Hubert HARBAUER u. a. (Hrsg.), Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2., überarbeitete Auflage, Berlin (West)/Heidelberg/New York, S. 39–55.
- NISSEN, Gerhardt (1974 b), Der psychische Hospitalismus. In: Hubert HARBAUER u. a. (Hrsg.), Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2., überarbeitete Auflage, Berlin/Heidelberg/New York, S. 73–81.
- NISSEN, Gerhardt (1978), Behandlungsmöglichkeiten kindlicher Verhaltensstörungen. In: Medizinische Welt 29/35, S. 1358–1361.
- Nissen, Gerhardt (2005), Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Stuttgart.
- NISSEN, Gerhardt/EGGERS, Christian/MARTINIUS, Joist (1984), Kinder- und jugendpsychiatrische Pharmakotherapie in Klinik und Praxis, Heidelberg u. a.
- OBERTREIS, Gesine (1986), Familienpolitik der DDR 1945–1980, Wiesbaden.
- OEVERMANN, Ulrich (1993), Die objektive Hermeneutik als unverzichtbare methodologische Grundlage für die Analyse von Subjektivität. Zugleich eine Kritik der Tiefenhermeneutik. In: Thomas JUNG/Stefan MÜLLER-DOOHM (Hrsg.), »Wirklichkeit« im Deutungsprozeß. Verstehen und Methoden in den Kultur- und Sozialwissenschaften. Frankfurt a. M., S. 106–189.
- OSTENDARP, Bernward (2017), Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland dargestellt an der Gründung und Entwicklung der Westfälischen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard – Marl-Sinsen – »Haardklinik«, Düsseldorf.
- OSWALD, Rudolf (2019), »Der Stock ist doch wirklich nicht der Erziehung größte Weisheit«. Die Gewaltdebatte in der katholischen Anstaltspädagogik, 1900–1933. In: Stefan GRÜNER

- (Hrsg.), *Zucht und Ordnung. Gewalt gegen Kinder in historischer Perspektive*, Berlin, S. 195–211.
- PAINKE, Uwe (2006), Definitionen der Gewalt. Interdisziplinäre Zugänge zum Gewaltbegriff und Analyse seiner gesellschaftlichen Funktion. In: Norbert COLLMAR/Annette NOLLER (Hrsg.), *Menschenwürde und Gewalt. Friedenspädagogik und Gewaltprävention in Sozialer Arbeit, Diakonie und Religionspädagogik*, Stuttgart, S. 88–102.
- PANSE, Friedrich (1964), *Das psychiatrische Krankenhauswesen*, Stuttgart.
- PAUL, Elfriede (1968), *Organisation des Gesundheitsschutzes in der Deutschen Demokratischen Republik. Einführung für Lernende an Medizinischen Schulen*, Berlin (DDR).
- PERSIKE, A./PÜSCHEL, R. (1972), Zu den Voraussetzungen der materiellen Verantwortlichkeit im Bereich staatlicher Gesundheitseinrichtungen bei der medizinischen Betreuung von Patienten. In: *Wissenschaftliche Zeitschrift der Humboldt-Universität zu Berlin, Gesellschaft- und sprachwissenschaftliche Reihe* 21, S. 513–524.
- PETERSON, Nils (2003), *Geistig behinderte Menschen im Gefüge von Gesellschaft, Diakonie und Kirche*, Münster u. a.
- PFORDTEN, Dietmar von der/WAPLER, Friederike (2010), Expertise zu Rechtsfragen der Heimerziehung der 50er und 60er Jahre. Gutachten im Auftrag des »Runden Tisch Heimerziehung«, Göttingen, http://www.rundertisch-heimerziehung.de/documents/RTH_Expertise_Rechtsfragen.pdf (letzter Zugriff: 21.1.2021).
- POHL, Stefanie (2001), Von der Anstalt zum regionalen Zentrum für Menschen mit Behinderung. In: Haus Hall (Hrsg.), *Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen. Haus Hall. Ein Beitrag zu einer Kultur des Lebens*, Freiburg (Breisgau), S. 242–256.
- POORE, Carol (2007), *Disability in Twentieth-Century German Culture*, Michigan.
- POST, Wolfgang (1990), Rechtsgrundlagen und ihre Anwendungspraxis aus der Sicht eines Landesjugendamtes. In: Ulrich GINTZEL u. a. (Hrsg.), *Zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Konzepte – Methoden – Rechtsgrundlagen*, Münster, S. 145–155.
- POTHMANN, Ute (2019), *Von der Provinzialheilanstalt zum LWL-Klinikum Gütersloh*, Köln.
- POTRYKUS, Gerhard (1953), *Jugendwohlfahrtsgesetz. Nebst den Ausführungsgesetzen und Ausführungsvorschriften der deutschen Länder. Kommentar*, München.
- POTRYKUS, Gerhard (1972), *Jugendwohlfahrtsgesetz nebst Ausführungsgesetzen und Ausführungsvorschriften der deutschen Länder*, München.
- PRESBER, Wolfgang (2001), *Rehabilitation in der DDR 1957–1984, Teil 1: 1964*, Berlin.
- PRESBER, Wolfgang (2001 a), *Rehabilitation in der DDR 1957–1984, Teil 2: 1957–1984*, Berlin (DDR).
- PRESBER, Wolfgang (2001 b), *Rehabilitation in der DDR 1957–1984, Teil 3: Organisation der Rehabilitation in der DDR. Stand 1984*, Berlin.
- PRESBER, Wolfgang/SCHORR, Reimer/SEIDEL, Christa (1973), *Planung und Organisation der Rehabilitation in der DDR*, Berlin (DDR).
- QUERCI, M./AMASIO, C. (1958), Considerazioni sull'azione di un nuovo farmaco: dominal (D. 206) [Effect of a new drug: dominal (D206)]. In: *Minerva Anestesiologica*. 24/11, S. 443–449.
- RADKAU, Joachim (1997), Zum historischen Quellenwert von Patientenakten. Erfahrungen aus Recherchen zur Geschichte der Nervosität. In: Beate HEY u. a. (Hrsg.), *Akten betreuter Personen als archivische Aufgabe. Beratungs- und Patientenakten im Spannungsfeld von Persönlichkeitsschutz und historischer Forschung*, Neustadt an der Aisch, S. 1–30.
- RÄDLINGER, Christine (2014), »Weihnachten war immer sehr schön«. Die Kinderheime der Landeshauptstadt München von 1950 bis 1975. Aufarbeitung der Heimerziehung (Fürsorgeerziehung) in den Jahren 1950 bis ca. 1975 in Münchner Heimen in stadteigener Trägerschaft, München.

- RAMM, Thilo (1990), Jugendrecht, München.
- RAMM, Diana (2016), Die Rehabilitation und das Schwerbeschädigtenrecht der DDR im Übergang zur Bundesrepublik Deutschland, Kassel.
- RAUH, Philipp/TOPP, Sascha (2019), Konzeptgeschichten. Zur Marburger Psychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert, Göttingen.
- REAMER, Frederic G. (1998), The Evolution of Social Work Ethics. In: *Social Work* 43/6, S. 488–500.
- REHBEIN, Boike (2011), Die Soziologie Pierre Bourdieus, Konstanz.
- REMSCHMIDT, Helmut (2018), Kontinuität und Innovation. Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Philipps-Universität Marburg, Göttingen.
- RENKER, Karlheinz/VAS, Imre/ZIMMECK, Werner (1967), I. Internationales Symposium der sozialistischen Länder über Rehabilitation, Leipzig.
- RENKER, Karlheinz/RENKER, Ursula Renate (1985), Inhalt und Bedeutung der Rehabilitation für den einzelnen und die Gesellschaft. In: Karlheinz RENKER/Ursula Renate RENKER (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitation*, Berlin.
- REXROTH, Christian A. (Hrsg.) (2011), Die klinische Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bayern, Entwicklungen – Gegenwart – Perspektive, Göttingen.
- RIEDEL, Hermann (1963), Jugendwohlfahrtsgesetz. Kommentar, 3., völlig umgearb. und erw. Auflage, Berlin (DDR).
- ROELCKE, Volker (2017), Erbbiologie und Kriegserfahrung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der frühen Nachkriegszeit: Kontinuitäten und Kontexte bei Hermann Stutte. In: Heiner FANGERAU/Sascha TOPP/Klaus SCHEPKER (Hrsg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit*, Berlin/Heidelberg, S. 450–464.
- ROELCKE, Volker (2019), Abschlussbericht »Durchführung von Pneumencephalographien für Forschungszwecke am Hessischen Brüderhaus Anstalt Hephata in der Dienstzeit von Prof. Dr. Willi Enke (1950–1963) und in den Folgejahren (bis 1975)«, <https://www.hephata.de/downloads/Roelcke-Abschlussbericht-Hephata.pdf> (letzter Zugriff: 21.1.2021).
- ROGGENBAU, Christel (1949), Therapie der psychischen Erkrankungen. In: Joachim BRUGSCH (Hrsg.), *Die Therapie an den Berliner Universitätskliniken*, 18. Aufl., Berlin u. a., S. 366–404.
- ROHRMANN, Eckhard (2017), Pädagogische Konstruktionen von Behinderung in Geschichte und Gegenwart. In: Dominik GROSS (Hrsg.), »Disability Studies« meets »History of Science«: Körperliche Differenz und soziokulturelle Konstruktion von Behinderung aus der Perspektive der Medizin-, Technik- und Wissenschaftsgeschichte, Kassel, S. 155–170.
- ROSE, Wolfgang (2005), Anstaltspsychiatrie in der DDR. Die brandenburgischen Kliniken zwischen 1945 und 1990, Berlin.
- ROSENBAUM, Heidi (2014), »Und trotzdem war's 'ne schöne Zeit«. Kinderalltag im Nationalsozialismus, Frankfurt am Main.
- ROTTHEGE, Konrad M. (2010), Die Entstehung des Arzneimittelgesetzes vom 16. Mai 1961. Unter besonderer Berücksichtigung der historischen Entwicklung arzneimittelrechtlicher Bestimmungen und des Verkehrs mit Arzneimitteln, Frankfurt am Main.
- ROTZOLL, Maike (2017), »Ein dringendes Erfordernis unserer Zeit«. Zur Entwicklung der pfälzischen Kinder- und Jugendpsychiatrie 1945–1986. In: Heiner FANGERAU/Sascha TOPP/Klaus SCHEPKER (Hrsg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit*, Berlin/Heidelberg, S. 513–534.
- ROUSSEAU, Jean-Jacques (1876), *Émile ou de l'Éducation*, Paris.
- RUBAN, Maria Elisabeth (1981), Das Gesundheitswesen in der DDR: System und Basis, Gesundheitserziehung, Gesundheitsverhalten, Leistungen, Ökonomie des Gesundheitswesens, Hamburg.

- RUDLOFF, Wilfried (2005), Rehabilitation und Hilfen für Behinderte. In: Günther SCHULZ (Hrsg.), Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 3: 1949–1957 – Bundesrepublik Deutschland: Bewältigung der Kriegsfolgen, Rückkehr zur sozialpolitischen Normalität, Baden-Baden, S. 515–557.
- RUDLOFF, Wilfried (2010), Das Ende der Anstalt? Institutionalisierung und Deinstitutionalisierung in der Geschichte der bundesdeutschen Behindertenpolitik. In: Elsbeth Bösl/Anne KLEIN/Anne WALDSCHMIDT (Hrsg.), Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung, Bielefeld, S. 169–190.
- RUDLOFF, Wilfried (2018), Eindämmung und Persistenz. Gewalt in der westdeutschen Heimerziehung und familiäre Gewalt gegen Kinder. In: Zeithistorische Forschungen 15, S. 250–276.
- RUDLOFF, Wilfried (1999), Die Tradition der deutschen Wohlfahrtspflege und der Weg der DDR. In: Ingolf HÜBNER (Hrsg.), Diakonie im geteilten Deutschland. Zur diakonischen Arbeit unter den Bedingungen der DDR und der Teilung Deutschlands, Stuttgart, S. 37–61.
- RZESNITZEK, Lara (2015), »Schocktherapien« und Psychochirurgie in der frühen DDR. In: Der Nervenarzt 86, S. 1412–1419.
- SAAGE, E. (1958), Freiheitsentziehungsverfahren. Gesetz über das gerichtliche Verfahren bei Freiheitsentziehungen mit den Ländervorschriften über die Anstaltsunterbringung von Geisteskranken und Suchtkranken, München.
- SACHSE, Christian (2010), Der letzte Schliff. Jugendhilfe im Dienst der Disziplinierung von Kindern und Jugendlichen (1945–1989), Berlin.
- SACHSE, Christian (2016), Heime im Ostblock. Ein erster Streifzug. In: Karsten LAUDIEN/Anke DREIER-HORNING (Hrsg.), Jugendhilfe und Heimerziehung im Sozialismus, Berlin, S. 19–38.
- SCHÄFTER, Gabriele/HOCKE, Martina (1995), Mädchenwelten. Sexuelle Gewalterfahrung und Heimerziehung, Heidelberg.
- SCHAIBLE-FINK, Beate (1968), Das Delikt der körperlichen Kindesmisshandlung. Literatur, Statistik, Kasuistik, Hamburg.
- SCHEIWE, Kirsten (2013). Das Kindeswohl als Grenzobjekt: Die wechselhafte Karriere eines unbestimmten Rechtsbegriffs. In: Reinhard HÖRSTER u. a. (Hrsg.), Grenzobjekte – soziale Welten und ihre Übergänge, Wiesbaden, S. 209–231.
- SHELLHORN, Walter (1959), Die Anstaltsfürsorge. Betreuung hilfsbedürftiger Menschen in geschlossenen Fürsorgeeinrichtungen, Neuwied am Rhein.
- SCHEPKER, Klaus/KÖLCH, Michael (2017), Psychopharmaka in den 1950ern – zur Verwissenschaftlichung einer Debatte. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 45/5, S. 417–424.
- SCHEPKER, Klaus/CASTELL, Rolf (2019), Zur Indikation und Anwendung der Pneumencephalographie – unzutreffend skandalisiert? Basierend auf dem Vortrag von Prof. Castell am 12.4.2019 auf dem Mannheimer DGKJP-Kongress. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 47/6, S. 557–560.
- SCHICKHARDT, Christoph (2016), Kinderethik. Der moralische Status und die Rechte der Kinder, Münster.
- SCHMIDT-KOLMER, Eva (1957), Erscheinungen des psychischen Hospitalismus und ihre Verhütung. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung in der DDR 21/22, S. 895–890.
- SCHMUHL, Hans-Walter (2010), Die doppelte Buchführung in Freistatt. In: Wilhelm DARMBERG (Hrsg.), Mutter Kirche – Vater Staat?. Geschichte, Praxis und Debatten der konfessionellen Heimerziehung seit 1945, Münster, S. 211–239.

- SCHMUHL, Hans-Walter (2011), »Euthanasie« und Krankenmord. In: Winfried Süß u. a. (Hrsg.), *Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung*, Göttingen, S. 214–255.
- SCHMUHL, Hans-Walter/WINKLER, Ulrike (2010), *Gewalt in der Körperbehindertenhilfe. Das Johanna-Helene-Heim in Volmarstein von 1947 bis 1967*, Bielefeld.
- SCHMUHL, Hans-Walter/WINKLER, Ulrike (2011), »Als wären wir zur Strafe hier«. *Gewalt gegen Menschen mit geistiger Behinderung – der Wittekindshof in den 1950er und 1960er Jahren*, Bielefeld.
- SCHMUHL, Hans-Walter/WINKLER, Ulrike (2012), »Der das Schreien der jungen Raben nicht überhört«. *Der Wittekindshof – Eine Einrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung 1887–2012*, Bielefeld.
- SCHÖLZEL-KLAMP, Marita/KÖHLER-SARETZKI, Thomas (2010), *Das blinde Auge des Staates. Die Heimkampagne von 1969 und die Forderungen ehemaliger Heimkinder*, Bad Heilbrunn.
- SCHRÖDER, G./FLIESSBACH, R. (1971), Ein kontrollierter Behandlungsversuch mit Tofranil mit bei 62 enuretischen Kindern. In: *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 119/4, S. 148–151.
- SCHUBERT, Werner u. a. (Hrsg.) (1990), *Quellen zur Reform des Straf- und Strafprozessrechts, II. Abteilung: NS-Zeit (1933–1939) Strafgesetzbuch, Bd. 1: Entwürfe eines Strafgesetzbuchs, 2. Teil*, Berlin/New York.
- SCHUBERT, Michael u. a. (2012), *Betriebsinterne Gesundheits- und Sozialpolitik in der DDR: Rehabilitation und Reintegrationsmechanismen vor der Transformation*. In: Johann BEHRENS u. a. (Hrsg.) (2012), *Vor der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe*, Opladen u. a., S. 43–73.
- SCHULTZ, S./HENDERSON, A. L. (1957), Perphenazine (trilafon) therapy: a pilot study. In: *Canadian Medical Association Journal* 77/12, S. 1117f.
- SCHULZ, Gertraude (1959), *Verzeichnis der Erziehungsheime und Sondereinrichtungen für Minderjährige in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin*, 6., erw. Auflage, Hannover.
- SEEGERS, Lu (2013), »Vati blieb im Krieg«. *Vaterlosigkeit als generationelle Erfahrung im 20. Jahrhundert – Deutschland und Polen*, Göttingen.
- SEIDEL, Karl u. a. (1987), *Neurologie und Psychiatrie einschließlich Kinderneuropsychiatrie und Gerichtliche Psychiatrie, Lehrbuch für Studenten*, 3., erweiterte, überarbeitete Auflage, Berlin (DDR).
- SHIRKEY, Harry (1972), Therapeutic orphans. In: *Journal of Pediatrics* 72/1, S. 119f.
- SIEBERT, Annerose u. a. (2016), *Heimkinderzeit. Eine Studie zur Situation von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen der katholischen Behindertenhilfe in Westdeutschland (1949–1975)*, Freiburg (Breisgau).
- SIEBERT, Wolfgang (Hrsg.) (1971), *Bürgerliches Gesetzbuch. Mit Einführungsgesetz und Nebengesetzen. Kohlhammer-Kommentar, Bd. 5: Familienrecht*, Stuttgart u. a.
- SIEK, Karl-Heinz (2002), *Betreuung von Kindern mit Behinderungen in der Familie*. In: Christa GROSCH (Hrsg.), *Interessengemeinschaft Medizin und Gesellschaft e. V., Heft 36*, Berlin 2002, S. 60–68.
- SIERCK, Udo u. a. (1994), *Arbeitsfähig oder unbrauchbar? Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie seit 1933 am Beispiel Hamburgs*, Bern.
- SOERGEL, Hans Theodor/SIEBERT, Wolfgang (Hrsg.) (1971), *Bürgerliches Gesetzbuch. Mit Einführungsgesetz und Nebengesetzen, Bd. 1: Allgemeiner Teil (§ 1–240)*, Stuttgart.
- SÖHNER, Felicitas u. a. (Hrsg.) (2019), *Psychiatrie-Enquête. Mit Zeitzeugen verstehen. Eine Oral History der Psychiatriereform in der BRD*, Köln.

- SPAAR, Horst (2003 a), Dokumentation zur Geschichte des Gesundheitswesens der DDR, Teil 6: Das Gesundheitswesen der DDR in der Periode wachsender äußerer und innerer Widersprüche, zunehmender Stagnation und Systemkrise bis zur Auflösung der bestehenden sozialistischen Ordnung (1981–1989), Berlin.
- SPAAR, Horst (2003 b), Das Gesundheitswesen in der Periode wachsender äußerer und innerer Widersprüche, zunehmender Stagnation und Systemkrise bis zur Auflösung der bestehenden sozialistischen Ordnung in der DDR (1981–1989), Berlin.
- SPARING, Frank (2018), Zwischen Verwahrung und Therapie. Psychiatrische Unterbringung und Behandlung im Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland von 1945 bis 1970, Berlin.
- SPARING, Frank (2020), Medikamentenvergabe und Medikamentenerprobung an Kinder und Jugendlichen. Eine Untersuchung zu kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen des Landschaftsverbandes Rheinland 1953 bis 1975, Berlin.
- SPÄTE, Helmut F./OTTO, Klaus-Rüdiger (2011), Irre irren nicht, 2. Auflage, Leipzig.
- Staatliches Institut für Arzneimittelprüfung Berlin (Hrsg.) (1957), Arzneimittelverzeichnis, 3. Ausgabe, Berlin (DDR).
- STARGARDT, Nicholas (2006), Witnesses of War. Children's Lives under the Nazis, New York.
- STEGER, Florian/JESKOW, Jan (2018), Das Antidepressivum Levoprotin in Jena. Arzneimittelstudien westlicher Pharmaunternehmen in der DDR, 1987–1990, Leipzig.
- STEINACKER, Sven (2007), Der Staat als Erzieher. Jugendpolitik und Jugendfürsorge im Rheinland vom Kaiserreich bis zum Ende des Nazismus, Stuttgart.
- STEINBERG, Holger (2005), Die Psychiatrische Klinik der Universität Leipzig von 1920 bis 1995. In: Matthias C. ANGERMEYER/Holger STEINBERG (Hrsg.), 200 Jahre Psychiatrie an der Universität Leipzig. Personen und Konzepte, Heidelberg, S. 245–262.
- STEINBERG, Holger/KUMBIER, Ekkehardt (2015), 25 Jahre nach dem Mauerfall. Zum Stand der Aufarbeitung der Psychiatrie in der DDR. In: Psychiatrische Praxis 42, S. 119–121.
- STEINHOFF, Michael/TROBISCH, Achim (2014), Behindertenhilfe in der DDR. In: Orientierung 3.
- STOHR, Bernhard (1950), Makarenko: Der Weg ins Leben. In: Die Kindergärtnerin, 3/5.
- STOLL, Jan (2017), Behinderte Anerkennung? Interessenorganisationen von Menschen mit Behinderungen in Westdeutschland seit 1945, Frankfurt am Main.
- STUTTE, Hermann (1966), Zur Geschichte jugendpsychiatrischer Institutionen. In: E. FÖRSTER/K.-H. WEWETZER (Hrsg.), Jugendpsychiatrie und Psychologische Diagnostik, Stuttgart, S. 7–21.
- SÜSS, Sonja (1998), Politisch mißbraucht? Psychiatrie und Staatssicherheit in der DDR, Berlin.
- THEINER, Christa (1984), Rechtliche Festlegungen zur Erfassung, Bildung und Erziehung, zur Arbeit sowie Sozialfürsorge Geschädigter. Materialien zum Fernstudiengang Hilfspädagogik der HU Berlin (Grundlagen der Pädagogik physisch-psychisch Geschädigter, Heft 12), Berlin (DDR).
- THIELE, Wilhelm (Hrsg.) (1990), Das Gesundheitssystem der DDR: Aufbruch oder Einbruch? Denkanstöße für eine Neuordnung des Gesundheitswesens in einem deutschen Staat, St. Augustin.
- TRUBE-BECKER, Elisabeth (1964), Die Kindesmißhandlung in gerichtsmedizinischer Sicht. In: Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 55, S. 173–183.
- WAGNER, Sylvia (2016), Ein unterdrücktes und verdrängtes Kapitel der Heimgeschichte. Arzneimittelstudien an Heimkindern, in: SozialGeschichte Online 19.
- WAGNER, Sylvia (2018), Arzneimittel und Psychochirurgie. Der Einsatz von Medikamenten zur Sedierung, Arzneimittelstudien und Stereotaxie in den Rotenburger Anstalten

- 1950–1980. In: Karsten WILKE u. a., *Hinter dem Grünen Tor: Die Rotenburger Anstalten der inneren Mission, 1945–1975*, Bielefeld, S. 305–365.
- WAGNER, Sylvia (2020), *Arzneimittelversuche an Heimkindern zwischen 1949 und 1975*, Frankfurt am Main.
- WAPLER, Friederike (2012), *Rechtsfragen der Heimerziehung in der DDR*. In: Beauftragter der Bundesregierung für die Neuen Bundesländer (Hrsg.), *Aufarbeitung der Heimerziehung in der DDR*. Expertisen, Berlin, S. 5–124.
- WELLMITZ, Barbara (2003), *Zur Entwicklung der Körperbehindertenpädagogik in der DDR*. In: *Heilpädagogik online* 4, S. 21–44.
- WELTI, Felix (2005), *Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen*, Tübingen.
- WENSIERSKI, Peter (2006), *Schläge im Namen des Herrn. Die verdrängte Geschichte der Heimkinder in der Bundesrepublik*, München.
- WERNER, Anja u. a. (2016), *Arzneimittelstudien westlicher Pharmaunternehmen in der DDR, 1983–1990*, Leipzig.
- WERNER, Birgit (1999), *Sonderpädagogik im Spannungsfeld zwischen Ideologie und Tradition. Zur Geschichte der Sonderpädagogik unter besonderer Berücksichtigung der Hilfsschulpädagogik in der SBZ und der DDR zwischen 1945 und 1952*, Hamburg.
- WESTFELD, Bettina (2016), »Nee, das musste wirklich nicht sein in Kleinwachau.« Abschlussbericht zum Projekt Erforschung des Ausmaßes der Anwendung von körperlicher und seelischer Gewalt bei der Unterbringung und Betreuung von behinderten Kindern und Jugendlichen bis 21 Jahren während der Zeit der DDR im Epilepsiezentrum Kleinwachau, [https://www.kleinwachau.de/fileadmin// ueber_uns/abschlussbericht_lebensumstaende_der_bewohner_kleinwachau_zwischen_1945_und_1949_bettina_westfeld.pdf](https://www.kleinwachau.de/fileadmin//ueber_uns/abschlussbericht_lebensumstaende_der_bewohner_kleinwachau_zwischen_1945_und_1949_bettina_westfeld.pdf) (letzter Zugriff: 19.2.2021).
- WESTFELD, Bettina (2017), *Innere Mission und Diakonie in Sachsen. 1867–2017*, Leipzig.
- WEYGANDT, Wilhelm (1912), *Entartete, irre und verbrecherische Mütter*. In: Adele SCHREIBER (Hrsg.), *Mutterschaft. Ein Sammelwerk für die Probleme des Weibs als Mutter*, München, S. 466–481.
- WIEGMANN, Clara Susanne (2018), *Die Diskussion über die Ausgestaltung der DDR-Psychiatrie anhand ostdeutscher medizinischer Fachzeitschriften 1946–1989*, Tübingen.
- WIENBERG, G. (1997), *Gewaltfreie Psychiatrie – eine Fiktion. Begriffliches und Grundsätzliches zum Problem der Gewalt in der Psychiatrie. Gewalttätige Psychiatrie. Ein Streitbuch*, Bonn.
- WIESNER, Reinhard (o. J.), *Rechtsgeschichte des Kinderschutzes in Deutschland*, o. O. (unveröffentlichtes Manuskript).
- WILKE, Karsten u. a. (2018), *Hinter dem Grünen Tor. Die Rotenburger Anstalten der Inneren Mission, 1945–1975*, Bielefeld.
- WILLING, Matthias (2008), »Sozialistische Wohlfahrt«. *Die staatliche Sozialfürsorge in der Sowjetischen Besatzungszone und der DDR (1945–1990)*, Tübingen.
- WINKLER, Ulrike (2018), *Eine Welt für sich. Leben und Arbeiten in der Wichern Diakonie Frankfurt (Oder) von 1945 bis 1989*, Bielefeld.
- WINKLER, Ulrike/SCHMUHL, Hans-Walter (2019), *Dem Leben Raum geben. Das Stephansstift in Hannover (1869–2019)*, Gütersloh.
- WITTENBECK, S. (1971), *Zur Aufklärungspflicht des Arztes*. In: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung* 65, S. 1213–1215.
- WOLLE, Stefan (1998), *Die heile Welt der Diktatur. Alltag und Herrschaft in der DDR 1971–1989*, 2. Auflage, Bonn.

- ZAHNER, Daniela (2006), Jugendfürsorge in Bayern im ersten Nachkriegsjahrzehnt 1945–1955/56, München.
- ZIEMKE, Ernst (1929), Über Kindesmißhandlung und ihre rechtliche und soziale Bedeutung. In: Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 13, S. 159–176.
- ZIMMERMANN, Verena (2005), Den neuen Menschen schaffen. Die Umerziehung von schwer-erziehbaren und straffälligen Jugendlichen in der DDR (1945–1990), Köln u. a.
- ZÜBLIN, Walter (1971), Das schwierige Kind. Einführung in die Kinderpsychiatrie, München.
- ZUR NIEDEN, Andrea/KORECKY, Karina (2018), Psychiatrischer Alltag. Zwang und Reform in den Anstalten des Landschaftsverbandes Rheinland (1970–1990), Berlin.

Teil 2: Einrichtungsstudien

Inhalt

A. Stationäre Hilfen für Menschen mit Behinderung, BRD

- I. Erziehungs- und Pflegeanstalt Haus Hall in Gescher (Nils Löffelbein)
- II. Assoziationsanstalt Schönbrunn (Christof Beyer)
- III. St. Josefskongregation – Ursberger Anstalten (Uta Hinz)
- IV. Kinder- und Pflegeheim Vorwerk in Lübeck (Nils Löffelbein)

B. Stationäre Hilfen für Menschen mit Behinderung, DDR

- V. St. Johannisstift Ershausen (Florian Key)
- VI. Waldhof Templin (Anke Dreier-Horning)
- VII. Psychiatrisches Pflegeheim Dobbertin (Karsten Laudien)
- VIII. Kinderpsychiatrie Storkow-Hubertushöhe (Anke Dreier-Horning)

C. Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, BRD

- IX. Kindersanatorium Wiesengrund/Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berlin-West (Lea Münch)
- X. Rheinische Landeslinik für Jugendpsychiatrie in Bonn (Nils Löffelbein)
- XI. Kinderabteilung der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren (Nils Löffelbein)
- XII. Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung der Pfälzischen Nervenlinik Landeck (Christof Beyer)

D. Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, DDR

- XIII. Die Abteilung für Kinderneuropsychiatrie der Psychiatrischen- und Nervenlinik der Charité, Berlin (Laura Hottenrott)
- XIV. Kinder- und Jugendpsychiatrie im Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie Berlin-Lichtenberg (1956-1990) (Laura Hottenrott)
- XV. Stationäre Außenstelle FKH – die psychiatrische Kinderstation im evangelischen Königin-Elisabeth-Hospital (KEH) (Laura Hottenrott)
- XVI. Kinder- und Jugendpsychiatrische Station der Universitätsnervenlinik Halle/Saale (Christof Beyer)
- XVII. Landesheilanstalt bzw. Bezirksnervenlinik Uchtsprünge (Laura Hottenrott)

E. Abkürzungsverzeichnis

A Stationäre Hilfen für Menschen mit Behinderung, BRD

I Erziehungs- und Pflegeanstalt Haus Hall in Gescher

Nils Löffelbein

Inhalt

1	Einrichtungstyp und Quellenbasis	334
2	Historische Entwicklung der Einrichtung und räumliche Ausstattung	335
3	Das Personal	337
4	Sozialstatistisches Profil – Aufnahme und Entlassung	339
5	Diagnostik und Therapie	341
6	Pädagogik und Alltag	346
	6.1 Lebenswirklichkeit und Tagesablauf	346
	6.2 Arbeits- und Beschäftigungstherapie	349
	6.3 Erzieherische Grundätze und Beurteilungskriterien	351
	6.4 Freizeitgestaltung und Religion	352
7	Gewalt und Strafen	355
8	Medikation	361
9	Literaturverzeichnis	365

1 Einrichtungstyp und Quellenbasis

Gegründet im Jahr 1855 ist die Stiftung Haus Hall heute dem Caritasverband Münster als Spitzenverband der freien Wohlfahrtspflege angeschlossen. Im Berichtsjahr 2018 bot sie an verschiedenen Standorten im westlichen Münsterland 2.000 ambulante und stationäre Plätze für Menschen mit Behinderung in Wohnbereichen und Werkstätten, in Frühförder- und Beratungsstellen, in einer integrativen Kindertageseinrichtung, einer Förderschule für geistige Entwicklung sowie unterstützende Dienste für Familien.¹

Die Materialbasis für die Untersuchung bilden 112 Akten von Bewohnerinnen und Bewohnern im Zeitraum 1949-1975, die zum Teil auch heute noch in Haus Hall leben. Insgesamt lagern im Archivkeller der Einrichtung nach Berechnungen des Verfassers 1.227 Akten von Minderjährigen, die nach 1945 in Haus Hall untergebracht waren. Von den 112 stichprobenhaft ausgewählten Fällen waren 67 männlich und 45 weiblich. Damit wurde etwa jede 12 Akte gezogen. Ergänzend wurden vier Zeitzeuginnen- und Zeitzeugengespräche mit Bewohnerinnen und Bewohnern durchgeführt, die im fraglichen Zeitraum als Kinder und Jugendliche in der Einrichtung gelebt haben. Darüber hinaus konnten vier ehemalige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Zeitzeuginnen und Zeitzeugen gewonnen werden, die in den 1950er bis 1970er Jahren ihren Dienst in Haus Hall verrichteten.² Als eine weitere wertvolle Quelle erwiesen sich die Jahrbücher von 1949 bis 1975, die wichtige Informationen über allgemeine Entwicklungen der Einrichtung und weiteres statistisches Material enthalten. Es wurde darüber hinaus auf einige vom Haus publizierte Broschüren und Festschriften zurückgegriffen, um die Geschichte des Hauses zu rekonstruieren. Von der historischen Forschung ist die Geschichte der Einrichtung bislang kaum erforscht worden, lediglich die Verfasserin einer Studie von 2016 zur katholischen Behindertenhilfe hat eine Reihe von Zeitzeuginnen- und Zeitzeugengesprächen in Haus Hall in anonymisierter Form ausgewertet.³

1 [https://de.wikipedia.org/wiki/Haus_Hall_\(Gescher\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Haus_Hall_(Gescher)); Stiftung Haus Hall – Jahresberichte 2018, 28; https://www.haushall.de/fileadmin/files/pdf_7_Stiftung/HH_JB_2018_DSkl.pdf (hier werden nur 841 Plätze genannt) (letzter Zugriff: 20.9.2019).

2 Die Interviews mit den Betroffenen wurden im Juni 2019 von Dr. Frank Sparing geführt und transkribiert.

3 SIEBERT (2016).

2 Historische Entwicklung der Einrichtung und räumliche Ausstattung

Die Namensgebung von Haus Hall lässt sich historisch bis in das 14. Jahrhundert zurückverfolgen. Die Gründung der Stiftung Haus Hall durch Bischof Johann Georg erfolgte im Jahr 1855 zur »Betreuung verwahrloster Knaben katholischer Konfession« mit zunächst 75 Plätzen. Neben der Betreuung wurden die Jungen hier zur Arbeit, vor allem in der Landwirtschaft, herangezogen. 1930 erfolgte die Umwidmung der Einrichtung als »Heil- und Pflegeheim für Geistesschwache«. Aufgenommen wurden nun vorwiegend Menschen mit Behinderung sowie alte Personen. Von der Diskriminierung, Verfolgung und Ermordung behinderter Menschen im »Dritten Reich« war auch Haus Hall unmittelbar betroffen. Auf Befehl der Gestapo wurden 1937 25 Mädchen und 168 Jungen in staatliche Anstalten verlegt, angeblich um den Leerstand in den staatlichen Heimen zu beheben. 35 Kinder fielen den Mordaktionen des NS-Regimes zum Opfer.⁴ Dennoch gelang es dem Bischof von Münster zusammen mit der Heimleitung, die Ermordung von Kranken in einem größeren Ausmaß zu verhindern: 1943 wurden alle bis auf 100 Bewohnerinnen und Bewohner in andere Häuser verlegt.⁵

Nachdem das Haus im Zweiten Weltkrieg wie viele andere Heime als Lazarett genutzt worden war,⁶ begann man in den 1950er Jahren mit dem Aus- und Umbau sowie der baulichen Erweiterung der Anlage, wobei zunächst sukzessive der seit den späten 1930er Jahren bestehende Renovierungsstau der Einrichtung behoben wurde.⁷ Bereits in den ersten Nachkriegsjahren wurden jedoch auch Neubauten errichtet. Damit waren ab den frühen 1950er Jahren insgesamt sieben Abteilungen für Jungen und sechs Abteilungen für Mädchen vorhanden, die im Januar 1949 eine Belegung von 353 Kindern – 182 Jungen und 171 Mädchen – aufwiesen. Offenbar waren in den Abteilungen für Minderjährige teilweise auch erwachsene Bewohner untergebracht: So wird im Jahresbericht von 1953 erwähnt, die Jungenstation St. Victor werde mit Einverständnis der Regierungsbesuchskommission auch von 17 »ältere[n] Pfleglinge[n]« bewohnt.

Die Bettenzahl der einzelnen Stationen bewegte sich in jener Zeit zwischen 24 und 40. 1953 wurde ein »Werkraum« für 15 bis 20 Personen in Betrieb genommen, in dem Bürsten, Handtücher und Besen hergestellt wurden – weitere Bewohnerinnen und Bewohner arbeiteten in den hauseigenen Betrieben und in der Landwirtschaft. 1962 richtete die Leitung eine »Werkklasse für praktisch Bildbare« ein, aus der später die »Schule für geistig Behinderte« hervorgehen sollte. 1965 begann zudem der systematische Aufbau der heimeigenen »Beschützenden Werkstatt«. 1967 schließlich wurde

4 FRINGS (1994), 19-30.

5 BÄUMER/EGGERT (1989), 97.

6 Stiftung Haus Hall (2005), 37.

7 Soweit nicht anders vermerkt, basieren die folgenden Abschnitte auf den Jahresberichten 1949–1975.

das Schulgebäude für die vier Klassenstufen umfassende Schule für »Lernbehinderte« erbaut.

In den folgenden Jahren stiegen die Belegungszahlen konstant an: So lebten im Jahr 1955 bereits 423 Kinder in Haus Hall, bis Mitte der 1960er Jahre kletterte deren Zahl auf 470. Die Bewohnerinnen und Bewohner verteilten sich auf 25 Wohngruppen. Wie andere konfessionelle Heime der Nachkriegszeit hatte auch Haus Hall mit einer massiven Überbelegung zu kämpfen. Angesichts weiterhin steigender Aufnahmezahlen wurde gegen Ende der 1960er Jahre schließlich neuer Wohnraum geschaffen. Von 1967 bis 1969 entstanden auf dem Gelände zehn für ihre Zeit vergleichsweise fortschrittliche (und zeittypische) Bungalow-Bauten, mit jeweils nur 12 Wohnplätzen für Kinder. Jedes Haus verfügte über einen separaten Eingang, eine eigene Küche und einen Garten; jeweils vier Kinder bewohnten ein gemeinsames Zimmer.⁸ Die Erweiterung der Anlage ermöglichte so die Bereitstellung von 150 zusätzlichen Heimplätzen, wofür 40.000 DM durch einen Spendenaufruf der ZDF-Fernsehsendung »Aktion Sorgenkind« gesammelt wurden. Teilweise nutzte man die Neubauten auch dazu, bestehende Gruppen zu verkleinern, so dass künftig Wohngemeinschaften mit nicht mehr als 12 Personen zur Regel wurden. Insgesamt erhöhte sich die Gesamtzahl der Kinder Ende der 1960er Jahre auf 532 in 36 Gruppen. Die im Altbau untergebrachten Kinder mussten sich allerdings weiterhin mit großen Schlafsälen mit bis zu 25 Betten arrangieren.

Das Einzugsgebiet des Erziehungs- und Pflegeheims in Gescher umfasste vorwiegend das Münsterland sowie das nördliche Ruhrgebiet. Aufgrund der flächendeckenden Überbelegungen in den Einrichtungen der Behindertenhilfe kamen jedoch auch Anfragen aus anderen Bundesländern. Zwei Drittel der ‚Pfleglinge‘ stammte aus Nordrhein-Westfalen, der Rest aus dem norddeutschen Raum, der sich bis nach Hamburg erstreckte. Wie bei der Mehrzahl der Anstalten jener Zeit waren auch in Haus Hall im gesamten Untersuchungszeitraum alle verfügbaren Plätze durchgehend belegt, so dass ein Großteil der Aufnahmeanträge abgelehnt werden musste (im Schnitt 270 pro Jahr).

In den frühen 1970er Jahren erhöhte sich das Aufnahmealter der Kinder, zunehmend kamen Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen in die Einrichtung. Dies und der einsetzende Wandel der westdeutschen Gesellschaft hatten auch Einfluss auf die Ausgestaltung des stationären Wohnens; nach und nach wurden die Gruppen nun verkleinert und die sanitären Anlagen verbessert. Der notwendige Neubau von Wohnhäusern für Schwerbehinderte ging jedoch erst 1977 in die Planungsphase, Baubeginn war 1983.

Der Wechsel an der Spitze der Heimleitung 1971, an der fortan Robert Lenfers stand, leitete langfristig einen Umbruch hin zu mehr Offenheit und Reformbereitschaft ein.

⁸ LUPE. Berichte und Informationen aus den Einrichtungen und Diensten der Stiftung Haus Hall 81 (2017), 5.

Die Überarbeitung der Stiftungssatzung und die Neuorganisation der Heimstrukturen waren zuvor von einer internen Arbeitsgruppe vorbereitet und schließlich durch das Generalvikariat Münster beschlossen worden. Die neue Satzung sorgte ab Mitte der 1970er Jahre – etwa durch die Einführung von Bereichsleitern – für eine zunehmende Dezentralisierung und Demokratisierung der Betriebsstruktur.⁹ Hierzu gehörte auch die Einberufung von Versammlungen auf der Ebene der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Bereichs- und Abteilungsleitung. Auch bauliche Projekte wurden unter Lenfers in Angriff genommen. So konnten 1974 das Wohnhaus für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und 1976 die neue Schule für geistig Behinderte bezogen werden, schließlich folgten auch Umbauten in den Altbauten.¹⁰

3 Das Personal

Wie in den meisten konfessionellen Heimen nach dem Zweiten Weltkrieg war die Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterstruktur in Haus Hall in der Nachkriegszeit stark von der katholischen Kirche geprägt. Bis in die 1970er Jahre waren für Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner die Bruderschaft der Canisianer und die Clemens-Schwestern zuständig, und auch die Leitung der Einrichtungen blieb lange in kirchlicher Hand.¹¹ Im Jahr 1951 waren auf den Kinderstationen insgesamt 13 katholische Ordensbrüder und 23 Ordensschwwestern tätig. Im Verlauf der 1950er Jahre stieg die Zahl der geistlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zunächst nochmals leicht an, bis sie ab Ende des Jahrzehnts schließlich kontinuierlich abfiel (20 Schwestern, zehn Brüder). Im Berichtsjahr 1956 waren insgesamt 60 Mitarbeitende in Haus Hall tätig, so dass die Mitarbeiterschaft zu diesem Zeitpunkt bereits etwa zur Hälfte aus »weltlichem« Personal bestand. Deren Zahl erhöhte sich als Folge steigender Bewohnerinnen- und Bewohnerzahlen bis Mitte der 1960er Jahre schließlich auf 142, wobei der Anteil der katholischen Brüder und Schwestern weiter zurückging. Von 1965 bis 1968 wuchs der Mitarbeiterstab nochmals um 50 Prozent (1968: 191, einschließlich Praktikantinnen und Praktikanten). 1967 zog das Mutterhaus der »barmherzigen Schwestern« das geistliche

9 MEIRICH (2001), 15–29, hier 15. Lenfers beauftragte zur Bestandsaufnahme in der Einrichtung sogar eine Unternehmensberatungsstelle.

10 Ibid., 22.

11 Im August 1949 übernahm der 1914 geborene Geistliche Ferdinand Kolbe das Direktorenamt, nachdem der bis dahin leitende Vorstand Suhrkamp nach Moers-Asberg versetzt worden war. Kolbe hatte das Amt bis ins Jahr 1971 inne, bis zu seiner Ablösung durch Robert Lenfers, ebenfalls ein katholischer Priester, der – bei Dienstantritt erst 38 Jahre alt – einen Generationenwechsel an der Spitze der Einrichtung einleitete; NONHOFF (2001), 31–33.

Personal schließlich ganz aus der Einrichtung ab, offenbar weil sich Heimdirektor Kolbe für die Zukunft ausschließlich pädagogisch und pflegerisch geschultes Personal wünschte. Dieses stand in der Behindertenhilfe gerade in den ersten zwei Nachkriegsjahrzehnten allerdings nicht zur Verfügung, da es den Einrichtungen zunehmend schwer fiel, qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für den als unattraktiv geltenden Pflegeberuf zu gewinnen. Der ehemalige Praktikant S. V. berichtet etwa, gerade in der Nachkriegszeit habe es in Haus Hall größtenteils nur »inkompetentes« Personal gegeben. Da zahlreiche Stellen vakant blieben, seien die Lücken mit einfachen Arbeitern und Handwerkern aus dem nahegelegenen Gescher und Umgebung gefüllt worden.¹²

Um die beruflich-fachliche Eignung der Mitarbeiterschaft zu erhöhen, führte die Einrichtung Mitte der 1960er Jahre ein »Heilpädagogisches Seminar« ein, das mit einem staatlich anerkannten Abschlussexamen beendet werden konnte. Dennoch berichten auch ehemalige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, dass noch in den 1970er Jahren zahlreiche Betreuungskräfte ohne pädagogische Ausbildung tätig waren, darunter viele Handwerker aus der Umgebung (Schuster, Schneidermeister etc.).¹³ In den Jahresberichten wird allerdings vermerkt, dass in der Einrichtung bereits Mitte der 1960er Jahre, und damit vergleichsweise früh, auch »Weiterbildungs-Seminare« für die Mitarbeitenden verpflichtend waren.

Als Anstaltsärzte bzw. psychiatrische Fachärzte waren seit Wiedereröffnung der Anstalt nach dem Zweiten Weltkrieg zwei »Nervenärzte« in der Einrichtung tätig. Beide Mediziner verstarben 1968, so dass im April 1969 Dr. Waldemar Strehl als fest angestellter Anstaltsarzt seine Tätigkeit in Haus Hall aufnahm. Strehls Berufung ist insofern von Interesse, weil dieser zuvor im Franz-Sales-Haus in Essen als Arzt gewirkt hatte und dort – wie die Forschung detailliert zeigen konnte – durch besonders drastische Verabreichung von Psychopharmaka an Kindern aufgefallen war.¹⁴ Er verließ die Essener Anstalt im Streit über Zuständigkeiten und Erziehungsmethoden.¹⁵ Seine übliche Vorgehensweise, unruhigen und schwierigen Kindern sogenannte »Beton- und Kotzspritzen« zu verabreichen, um diese ruhig zu stellen, war unter Mitarbeitenden des Essener Hauses bekannt und berüchtigt.¹⁶ Strehl beendete seinen Dienst auch in Haus Hall bereits 1972 wieder und eröffnete daraufhin eine kinderärztliche Praxis in Coesfeld.

Früher als in anderen Anstalten arbeitete die Heimleitung mit externen Psychologinnen und Psychologen zusammen, die im Haus eine Erziehungsberatung anboten. 1967 konnte dieser Ansatz mit der Einstellung einer hauptamtlichen Psychologin in-

12 Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Mitarbeiter S.V. [anonymisiert], Sundern, 21.5.2019, 1:25:52-1:37:36.

13 Interview von Frank Sparing mit einer ehemaligen Mitarbeiterin [A.F.], Gescher, 21.5.2019, 14:05-16:44.

14 FRINGS (2012), 75–103.

15 KAMINSKY/KLÖCKER (2020), 26.

16 WAGNER (2016).

tensiviert werden. Wie die Akten zeigen, war die Psychologin in der Folge maßgeblich an der Diagnosestellung und den Therapieempfehlungen beteiligt. Die Begutachtung durch einen Nervenarzt spielte in Haus Hall ab Ende der 1960er Jahre augenscheinlich nur noch eine nachgeordnete Rolle, was deutlich auf das traditionell pädagogische Selbstverständnis des Hauses als Einrichtung der Erziehungshilfe verweist.

4 Sozialstatistisches Profil – Aufnahme und Entlassung

Im Gegensatz zur gängigen Anamnese-Praxis der kinder- und jugendpsychiatrischen Beobachtungsstationen finden sich in den Bewohnerinnen- und Bewohnerakten von Haus Hall kaum ausführliche Schilderungen zur Vorgeschichte der Minderjährigen, so dass sozialstatistische Angaben nur sehr lückenhaft überliefert sind. Vor der Aufnahme in Haus Hall lebten von den 112 untersuchten Fällen 22 bei den Eltern, Verwandten oder einer Pflegefamilie, 37 Minderjährige waren zuvor in einem Heim untergebracht sowie 13 in einem Krankenhaus oder einer psychiatrischen Klinik. In 40 Fällen fehlen Angaben zur Vorgeschichte. Diese nicht-repräsentative Stichprobe deutet somit darauf hin, dass die Mehrzahl der Bewohnerinnen und Bewohner aus problematischen Familienverhältnissen kam und bereits vor ihrer Aufnahme in stationären Einrichtungen untergebracht war. Aussagen über die soziale Herkunft der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner lassen sich annähernd mit Blick auf die berufliche Tätigkeit der Eltern treffen. Die Einteilung kann entlang der von Thomas Beddies und Andrea Dörries in ihrer Arbeit über die Patientinnen und Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin zwischen 1919 und 1960 vorgenommenen Kategorisierung entlang der Berufe der Eltern erfolgen. Beddies und Dörries unterscheiden so nach Zugehörigkeit zur Unter-, Mittel- und Oberschicht.¹⁷ Dem folgend stammten:

1. 41 Prozent der Kinder aus eher einfachen Verhältnissen (arbeitslos, arbeitsunfähig, ungelernt, Landarbeiter, Arbeiter, Kleinbauern)
2. 11 Prozent aus der Mittelschicht (Handwerker, kleine Angestellte/Beamte, Kaufleute, Wirte, mittlere Beamte/Angestellte, Vollbauern)
3. 1 Prozent aus der Oberschicht (mittlere Unternehmer, gehobene Beamte/Angestellte, Akademiker).
4. In der Hälfte der Fälle (50 Prozent) war keine Zuordnung möglich (Eltern verschollen, verstorben, keine Angaben).

17 BEDDIES/DÖRRIES (1999), 329.

Auffällig erscheint mit 41 Prozent der relativ hohe Prozentsatz der zur sogenannten Unterschicht gehörenden Minderjährigen, die – für das ländliche Münster nicht überraschend – oft aus Haushalten von Kleinbauern und Landarbeitern stammten.

Die Initiative zur Aufnahme ging in den meisten Fällen von den Angehörigen aus, wenngleich sich diese Tendenz auf Basis des Aktensamples aufgrund mangelnder Angaben nicht hinreichend quantifizieren lässt. Ein wesentliches Motiv für die Heimunterbringung bildeten für die Eltern offenbar häufig die schulischen Förderungsmöglichkeiten ihrer Kinder im Heimbereich, da Schulangebote für behinderte Kinder und Jugendliche in den ersten Nachkriegsjahrzehnten fast ausschließlich in Anstalten vorhanden waren. Dieser Mangel an Bildung war im ländlich geprägten Münsterland in den Nachkriegsjahrzehnten sicherlich besonders eklatant.¹⁸

Als ein weiterer Grund wird in den Akten zudem gehäuft eine »Überforderung« der Eltern festgehalten, die eintrat, wenn etwa das Kind zu Hause oder in der Schule schwere Verhaltensauffälligkeiten zeigte oder aber der Pflegeaufwand aus Sicht der Angehörigen aufgrund einer schweren Behinderung nicht mehr zu bewältigen war. Dieses Problem wurde oftmals dadurch verschärft, dass die »Heimzöglinge« in vielen Fällen aus kinderreichen Familien stammten. So stellten vier oder fünf Geschwister zu jener Zeit keine Seltenheit dar. Ein aus dem südlichen Westfalen stammendes Mädchen, bei dem ein »Schwachsinn schweren Grades« diagnostiziert worden war, kam 1955 als Sechsjährige nach Haus Hall, da die Mutter mit dem dritten Kind schwanger war und nach eigenen Aussagen die Betreuung nicht mehr gewährleisten konnte.¹⁹ Die häuslichen Verhältnisse in den Herkunftsfamilien werden in den Akten häufig als überaus problematisch beschrieben. In 12 Prozent des Aktensamples werden auch Fälle von physischer oder sexueller Gewalt im Elternhaus erwähnt. So wurde eine Elfjährige im Jahr 1975 in Haus Hall aufgenommen, weil ihre alkoholranke Mutter nach einem Suizidversuch und gerade abgeschlossener Entziehungskur »mit dem Kind nicht mehr fertig wurde«. Ein Minderjähriger, zum Zeitpunkt seiner Aufnahme im Jahr 1972 zehn Jahre alt, war in seinem Elternhaus brutalen Misshandlungen ausgesetzt, wurde jedoch mit der Begründung aufgenommen, durch das »ständige Einkoten« seien die Eltern mit der Pflege zu sehr belastet.²⁰ Inwieweit diese Angaben der Realität entsprachen, muss offenbleiben. In einigen Haller Aufnahmebögen wurde den Eltern von der Heimleitung zumindest häufig unterstellt, die behinderten Kinder aus Scham, Bequemlichkeit oder auch wegen einer erneuten Heirat ins Heim »abschieben« zu wollen.²¹ Allerdings tendierten auch die Heimleitungen selbst dazu, den sozialen Hintergrund der Heimkinder mit abwertenden Formulierungen zu charakterisieren.

18 Bösl (2009), 104.

19 HH4955.

20 HH6271, Zitat: HH6475 und HH6572.

21 HH5668.

Bei Kindern, die aus Erziehungsheimen in die Einrichtung verlegt wurden, gebrauchte man im Aufnahmebogen in der Regel die stereotype Formulierung, das Kind sei in der Einrichtung »nicht mehr tragbar« gewesen; auch hier wurde fast immer auf »Erziehungsschwierigkeiten« oder ein »abnormes« Verhalten verwiesen.²² Zur Verlegung nach Haus Hall konnten jedoch auch tatsächliche oder unterstellte Sexualkontakte sowie ähnlich gelagerte Annäherungsversuche führen. Teilweise wurde – vor allem bei jugendlichen Mädchen – selbst dem Interesse für das andere Geschlecht ein Krankheitswert attestiert.²³ Auch derartige Argumente wurden häufig als Einweisungsgründe genannt.

Gerade bei Verhaltensauffälligkeiten ging der Heimaufnahme in vielen Fällen eine Beobachtungszeit in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung voraus (zumeist die nahe gelegenen Kinder- und Jugendpsychiatrien in Gütersloh oder Hamm). Nach entsprechender Diagnosestellung erfolgte dann entweder die direkte Überführung in eine Einrichtung der Behindertenhilfe, oder die Minderjährigen wurden mit einer diesbezüglichen Empfehlung nach Hause entlassen, weil akut oft keine freien Plätze in den in Frage kommenden Anstalten zur Verfügung standen.

5 Diagnostik und Therapie

Nach der Aufnahme wurden die Kinder üblicherweise in einem speziellen Untersuchungszimmer vom Anstaltsarzt einer eingehenden Untersuchung unterzogen, wozu eine Urinanalyse mit Testung auf Phenylketonurie (»Phenylbrenztrauben-Schwachsinn«), Eiweiß und Gallenstoff gehörte. Pneumenzephalographien wurden im nahegelegenen Ortskrankenhaus zwar (in Einzelfällen) durchgeführt, nähere Angaben zur Durchführung dieser diagnostischen Maßnahme finden sich in den Quellen dagegen nicht. In vier von 112 Fällen lag der Akte eine Einverständniserklärung der Eltern bzw. des Vormundes bei. Ob diese im Zuge der Aufnahme in jedem Fall abgefragt wurde oder nur bei Bedarf, konnte nicht geklärt werden. In dem maschinenschriftlichen Schreiben erklärten sich die Eltern zum einen mit der Aufnahme in die Einrichtung einverstanden, zum anderen mit den »für erforderlich gehaltenen Untersuchungen, die zur Klärung der Krankheitsursache dienen, einschließlich einer Liquor (Nervenwasser) Entnahme und einer Pneumenzephalographie (Hirnkammerluftfüllung zur röntgenologischen Darstellung der Hirnhohlräume), die nur durchgeführt wird, wenn sie unumgänglich notwendig ist.« Zudem wurde zu allen notwendigen Schutzimpfungen die Zustimmung erteilt. Offensichtlich wurde die Erklärung nicht immer oder nur teilweise von den Eltern

²² HH4460, HH6272.

²³ HH4460; siehe auch: HH6276; HH4560. Zu dieser Problematik: SCHÄFTER (1995).

unterzeichnet. So ist bei einer 1968 Aufgenommenen der Passus zur Liquor-Entnahme und Hirnkammerfüllung handschriftlich gestrichen, was darauf hindeuten könnte, dass die Eltern ihre Zustimmung zu dieser Maßnahme verweigerten.²⁴

Bis Ende der 1960er Jahre nahm die gesamte Begutachtung der Anstaltsarzt vor, bevor mit der Einstellung einer hauptamtlichen Psychologin die psychologische Beurteilung der Minderjährigen erkennbar in den Vordergrund rückte. Festgestellt wurden nun standardmäßig der jeweilige Entwicklungsstand und der Intelligenzquotient der Neuankömmlinge, zumeist nach den Methoden von Hamburg-Wechsler und Kramer (Stufenmethode in Anlehnung an Binet-Simon). Die »Berichte über die psychologische Untersuchung« in Haus Hall waren bereits Ende der 1960er Jahre überaus umfangreich und detailliert und enthielten neben einer allgemeinen »Beurteilung« stets auch ausführliche Passagen zu Teilaspekten wie etwa »Spielverhalten«, »Sozialem Verhalten«, »Affektivem Bereich«, »Gedächtnis«, »Zahlen«, »Sprechen«. Die diagnostische Praxis und Therapiebegleitung weisen in Haus Hall daher bereits in der zweiten Hälfte der 1960er Jahre einen dezidiert psychologischen und pädagogischen Schwerpunkt auf.

In den meisten Fällen des Samples (104 von 112) lautete die Eingangsdiagnose auf »Schwachsinn« in verschiedenen Schweregraden. Bei fünf Minderjährigen wurde auf »Mongolismus« (oder mongoloide Idiotie), bei weiteren jeweils fünf auf Hirnschädigung bzw. auf »Epilepsie« oder »Krampfanfälle«, bei drei Minderjährigen auf »Milieuschaden« sowie bei zwei auf »Psychopathie« entschieden. Verbreitet waren jedoch auch Kombinationen aus verschiedenen Befunden, etwa »Hirnschädigung«, »Schwachsinn« und »Unruhe«, wobei die Diagnosen oftmals deskriptiv und wenig standardisiert erscheinen. Bei den meisten Aufnahmen handelte es sich laut Diagnose um intelligenzgeminderte Kinder, wobei die Feststellung eines »Schwachsinn« nicht zwangsläufig eine geistige Behinderung bedeuten musste, sondern in den Nachkriegsjahrzehnten auch abweichendes Sozialverhalten häufig mit der Diagnose »Schwachsinn« belegt wurde. Diese Praxis führte oft zu folgenreichen Fehleinweisungen. Für die Einweisung eines sozial möglicherweise auffälligen, aber sicher nicht geistig behinderten Kindes nach Haus Hall spricht etwa der Fall eines 16-Jährigen, der im Januar 1961 mit der Diagnose »Schwachsinn II. Grades« aus der Beobachtungsstation der Jugendpsychiatrie Gütersloh überstellt wurde.²⁵ Im Aufnahmebogen wurde er als »schwarzes Schaf« seines Heimatdorfes vorgestellt, der von anderen Kindern »gehänselt« und gemieden wurde. Auffällig geworden war er durch Gelddiebstähle, Weglaufen, Lügen und das Rauchen von Zigaretten, weshalb seine Eltern ausdrücklich um eine Aufnahme in eine »Erziehungsanstalt« nachsuchten. In der Diagnosestellung der Gütersloher Psychiatrie wurde zwar konzidiert, dass der Vater den Sohn »zu viel« schlage und zurechtweise, dieser Umstand

²⁴ HH5768.

²⁵ HH4461. Siehe als weitere Beispiele die ähnlich gelagerten Fälle: HH5062, HH5260, HHS3357, HH5668.

floss aber auch in diesem Fall nicht mit in die Diagnosestellung ein. Letztlich entschied man auf »abnormales Verhalten und erzieherische Schwierigkeiten« und die Einweisung in eine »Schwachsinnigen-Heilanstalt«. Hinweise auf eine geistige Behinderung finden sich in der Akte nicht, nach der 5. Klasse hatte er die Schule verlassen und eine Lehre als Schmied begonnen, die er aus unbekanntem Gründen abbrach. In Gescher machte er laut Akte hingegen »erzieherisch keine Schwierigkeiten« mehr, sondern fiel lediglich durch seinen Humor auf. Knapp einen Monat nach seiner Aufnahme entwich er nach Hause. Auch im Zeitzeuginnengespräch berichtet eine ehemalige Kindergärtnerin, die ab 1959 in Haus Hall tätig war, von Minderjährigen, die »intelligenzmäßig« nicht zur Einrichtung »gepasst« hätten und später auch zur Regelschule gingen und einen Abschluss machten.²⁶

Die Aufenthaltsdauer der Bewohnerinnen und Bewohner von Haus Hall variiert im Untersuchungszeitraum stark und reicht von wenigen Tagen bis zu mehreren Jahrzehnten, wobei sich bei 25 Prozent des Samples keine Angaben finden. In ca. 15 Prozent der Fälle blieben die Kinder ihr gesamtes Leben in der Einrichtung und verstarben auch dort, was ebenfalls auf den Wandel des Hauses hin zu einer Behinderteneinrichtung verweist. Hierbei handelte es sich immer um sogenannte »anstandsbedürftige« Menschen, die auf lebenslange Betreuung und Pflege angewiesen blieben. Eine Entscheidung über den weiteren Verbleib der Bewohner wurde üblicherweise nach Erreichen der Volljährigkeit durch ein psychiatrisches Gutachten getroffen, auf dessen Grundlage bei den Behörden ein Antrag auf Entmündigung gestellt werden konnte.

Der weitaus größte Teil der Untersuchten verließ Haus Hall jedoch im Laufe der Jahre, allerdings aus sehr unterschiedlichen Gründen. Bei etwa 25 Prozent der Stichprobe wurde der Heimaufenthalt nach relativ kurzer Zeit von den Eltern abgebrochen – meistens ohne Angabe von Gründen. In den 1950er Jahren gaben einige Eltern zu hohe Kosten als Grund an, weil die Familien bis zur Einführung des Bundessozialhilfegesetzes 1961 selbst für den Aufenthalt aufkommen mussten.²⁷ Bei anderen hatten sich die zuvor schwierigen familiären Verhältnisse mittlerweile stabilisiert, was seitens der Heimleitung, wenn möglich, geprüft wurde.²⁸ 12 Prozent der Kinder wurden in andere Anstalten verlegt, wenn eine psychiatrische Erkrankung diagnostiziert wurde oder ein weiterer Verbleib in Haus Hall aus anderen Gründen abgebrochen werden sollte. So wurde entschieden, einen 14-Jährigen, der 1967 mit der Eingangsdiaagnose »Imbezillität und neurotische Fehlentwicklung« nach Gescher gekommen war, aufgrund von »Abwesenheitszuständen« dauerhaft in die Psychiatrie zu verlegen. Auch in diesem Fall fand sich jedoch zunächst kein Platz in einer geeigneten Einrichtung. Von einer Verlegung

26 Interview von Frank Sparing mit einer ehemaligen Mitarbeiterin [A. H.], Gescher, 21.5.2019, 02:06-06:27.

27 FÖCKING (2007), 22.

28 HH4553; HH5158; HH3549; HH4856.

in die Dortmunder Psychiatrie riet die Anstaltspsychologin Grothusen entschieden ab, da die Klinik vornehmlich auf Suchtkranke spezialisiert war und der Junge dort nur »verwahrt« werde. Auch eine Unterbringung in der Westfälischen Provinzial- und Pflegeanstalt Marienthal wurde verworfen, da die dortigen Ärzte regelmäßig überlastet seien. Letztlich überstellte man den Jugendlichen ins Landeskrankenhaus Münster. Wie in ähnlich gelagerten Fällen stellt sich jedoch auch hier die Frage, ob eine Verlegung tatsächlich aus rein medizinischen Gründen angestrebt wurde oder man sich des massiv verhaltensauffälligen Minderjährigen aufgrund des erhöhten Betreuungsaufwandes entledigen wollte. Beschrieben wurde der Junge im Beobachtungsbogen als »schwer retardiert, ungeduldig«, der dem Personal durch »starke klebrige Anhänglichkeit« auffiel und dessen »Distanzlosigkeit manchmal schwer zu ertragen« sei. Zudem fiel er immer wieder durch »Streiche« in Ungnade, auf die mit drakonischen Strafen reagiert wurde (siehe dazu das Kapitel »Strafen und Gewalt«). Auch die Verlegung wurde schließlich mit der Aussage begründet, es sei letztlich keine »Verhaltensmodifikation« zu erreichen gewesen, was auf eine Tendenz hindeuten könnte, »schwierige« Kinder in psychiatrische Anstalten abzuschieben. Bei einer Elfjährigen mit »Schwachsinn erheblichen Grades«, die aufgrund ihrer Unruhe und Aggressivität mit Medikamenten sediert wurde, trug man in die Akte ein, das Kind sei »mittlerweile für die hiesigen therapeutischen und medizinischen Möglichkeiten zu schwierig«, weshalb ein Antrag für eine Einlieferung nach Bethel gestellt wurde.²⁹ Bestand guter Kontakt zu den Angehörigen, wurde von der Einrichtungsleitung sehr offen kommuniziert, wenn eine Bewohnerin bzw. ein Bewohner für nicht mehr tragbar gehalten wurde. So legte die Leitung den Eltern eines 14-Jährigen 1970 in einem Gespräch dar, dass aufgrund einer fehlenden Intensivstation und des offenen Charakters der Einrichtung eine Verlegung in eine geschlossene Anstalt unumgänglich sei. Der Junge, bei dem eine »hirnorganische Schädigung mit allgemeiner verzögerter Entwicklung sowie erethische Unruhe und Anfallsleiden« festgestellt worden waren, wurde aufgrund seiner kaum zu bändigenden Unrast und seines ständigen Weglaufens als »unerträglich für die Gruppensituation« empfunden. Die Unruhe ließ sich auch durch die Gabe von hohen Neuroleptika-Dosen nicht dämpfen, die geplante Verlegung in die Fachklinik für Jugendpsychiatrie in Warburg scheiterte 1974 jedoch, da kein Platz zur Verfügung gestellt werden konnte. Noch als junger Erwachsener lebte er in den 1980er Jahren in Haus Hall.³⁰

Wenn der Zustand der Bewohnerinnen und Bewohner es zuließ, vermittelte man Jugendliche und junge Erwachsene bevorzugt in eine Familienpflegschaft, die in den hier eingesehenen Akten stets in Verbindung mit einer Arbeitsstelle stand, so z. B. in ein handwerkliches Familienunternehmen oder – im bäuerlichen Münsterland besonders

29 HH5367; HH5761.

30 HH5668.

verbreitet – einen landwirtschaftlichen Betrieb. Insgesamt ist das Bemühen der Einrichtung erkennbar, angesichts der langen Wartelisten eine möglichst rasche Verlegung zu erwirken, wenn sich die Gelegenheit bot.³¹ Vermittelt wurden überwiegend männliche Personen in die Landwirtschaft; weibliche Jugendliche fanden oft Anstellung als »Stationshilfen« in ordnungsführten Krankenhäusern oder Altenheimen, so dass sie dort auch Wohnmöglichkeiten fanden. Damit war das System der Familienpflege für Mädchen und Frauen »anstaltsähnlicher« ausgelegt, auch da man dem Zeitgeist entsprechend davon ausging, dass für die weiblichen »Pflegerlinge« eine wesentlich strengere Aufsicht notwendig sei. Die meisten Familienpflegeverhältnisse endeten nach ein bis zwei Jahren mit der Entlassung, manche dauerten aber auch sehr lang, waren quasi auf Dauer angelegt. Dennoch endeten viele langjährige Familienpflegeverhältnisse mit der Rückkehr nach Haus Hall, wenn die Schutzbefohlenen mit der Zeit nicht mehr die erforderliche Leistung erbringen konnten, oder der Hof/Betrieb an neue Eigentümer übergang. Teilweise kam es in solchen Fällen auch zur Vermittlung in andere Einrichtungen.³²

Der häufigste Austrittsgrund bildete das Erreichen der Volljährigkeit. Bereits im Vorfeld wurden die Angehörigen mit einem Standardschreiben informiert, dass ihr Kind mit Eintritt in das Erwachsenenalter den »hiesigen Verhältnissen entwachsen« sei,³³ wobei durchweg auf die langen Wartelisten verwiesen wurde, die einen weiteren Verbleib in der Einrichtung nicht mehr gerechtfertigt erscheinen lasse. Nach Möglichkeit wurden die jungen Erwachsenen ins Elternhaus entlassen, nur in Einzelfällen konnten die ehemaligen Heimbewohnerinnen und -bewohner bereits direkt nach dem Austritt ein selbständiges Leben beginnen.

Wurde nach der psychiatrischen Begutachtung eine Entmündigung veranlasst und eine dauerhafte Heimunterbringung angeraten, so begann eine oftmals langwierige Suche nach einer geeigneten Einrichtung. Diese konnte sich teilweise über Jahre hinziehen. So war eine Bewohnerin 1963 noch als 15-Jährige in der Kleinkindergruppe untergebracht, da sich kein anderweitiger Platz für sie fand. Die Situation wurde von allen Beteiligten zunehmend als Belastung empfunden, da das große, kräftige Mädchen, bei der man im Zuge der Aufnahme eine »Angeborene Idiotie« diagnostiziert hatte, laut Akte die kleinen Kinder angriff und körperlich traktierte. 1965 erfolgte schließlich die Verlegung ins Landeskrankenhaus Schleswig.³⁴ Besonders dramatisch waren die Folgen der hier erneut zutage tretenden strukturellen Unterversorgung der Heimlandschaft in der frühen Bundesrepublik, wenn junge Erwachsene notgedrungen in Altenheime eingewiesen wurden. Da sich in der Stichprobe gleich mehrere entsprechende Fälle

31 POHL (2001), 242–256, hier 242.

32 Für diese Hinweise danke ich Susanne Pohl.

33 Bereits bei der Aufnahme wurden die Eltern schriftlich darüber in Kenntnis gesetzt, dass der Aufenthalt der Minderjährigen in Haus Hall auf das Kindes- und Jugendalter begrenzt war.

34 HH4653.

finden, ist davon auszugehen, dass diese Praxis zumindest keine Ausnahme darstellte. So wurde im Jahr 1972 ein 1944 geborenes, laut Gutachten »mäßig intelligenzgeminderte« Mädchen in ein Altenheim in Winzenburg verlegt, nachdem die Heimleitung lange vergeblich nach einem regulären Heimplatz gesucht hatte. Ihre vielen verzweifelten Briefe, die sie von dort an die Leitung von Haus Hall schrieb, zeugen von ihrer großen Unzufriedenheit mit ihrer neuen Lebenssituation, da es in dem Winzenburger Altenheim weder eine »Arbeitstherapie« noch sonstige Beschäftigungsmöglichkeiten gab; auch Kontakt zu den greisen Bewohnerinnen und Bewohnern fand sie nicht. Tatsächlich reagierte die Direktion in Gescher schließlich auf ihre zahlreichen Gesuche und erwirkte eine Verlegung nach Stift Tilbeck bei Münster, wo sie sich laut Aussage ihres Vormunds rasch einlebte.³⁵ Andere Betroffene hatten weniger Glück und verblieben in den Altenheimen.³⁶

6 Pädagogik und Alltag

6.1 Lebenswirklichkeit und Tagesablauf

Über das tägliche Leben der Kinder in Haus Hall erfahren wir aus den Akten nur sehr wenig. Lediglich die acht Zeitzeuginnen- und Zeitzeugeninterviews erlauben somit partielle Einblicke in die Alltagsstruktur der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Betreuerinnen und Betreuer. Die Minderjährigen lebten in Haus Hall in Gruppen unterschiedlicher Größe zusammen, die sich auf verschiedene Wohnhäuser verteilten. Mädchen und Jungen bewohnten streng voneinander getrennte Bereiche, und auch im alltäglichen Zusammenleben traten die Geschlechter bis 1975/76 kaum miteinander in Kontakt.³⁷

Wenngleich in Gescher seit Ende der 1960er Jahre mit den neuen Bungalow-Bauten bereits relativ kleine Wohneinheiten existierten, so blieben doch auch die Altbauten weiter in Betrieb. Ein Zeitzeuge, der im Mai 1967 in die Josefs-Gruppe kam, erinnert sich deshalb vor allem an die großen, überfüllten Schlafsäle (mit bis zu 40 Betten) und die strenge Aufsicht der Erzieherinnen und Erzieher.³⁸ Der ehemalige Betreuer L. U., zuvor Textilarbeiter im Schichtbetrieb, beschreibt die spannungsgeladene Atmosphäre in den engen Räumlichkeiten folgendermaßen:

35 HH4452.

36 HH4853.

37 Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Mitarbeiterin K. L. [anonymisiert], Gescher, 21.5.2019, 25:19-38:36.

38 Stiftung Haus Hall (2005), 42.

»Man kann sich ja vorstellen: Zwanzig Leute auf engen Raum. Freiheit gab es nicht. Da war schon eine Menge Aggressivität unter den Einzelnen und überhaupt, die hatten ja auch keine Rückzugsorte, die konnten sich ja nicht mal, wenn sie knatschig [also schlecht gelaunt; Anm. N. L.] waren, zurückziehen. Da waren die beiden Schlafsäle und ein Tagesraum. Und der Tagesraum, da hielt sich alles auf. Da mussten die ja drin bleiben und die Toiletten, sonst war da nichts.«³⁹

Die aggressive Stimmung zwischen den »Pfleglingsen«, die oftmals in Streit und Schlägereien mündete, wird von anderen Befragten bestätigt: »Einmal in der Woche klirrten auch die Scheiben, weil die Leute konnten ihren Frust ja nicht ausleben und hatten ja auch keine Leute, wo sie ihre Problemchen schildern konnten, außer dem Betreuer, der gerade da war.«⁴⁰ Negativ erinnert wird von den Zeitzeuginnen und Zeitzeugen (sowohl Bewohnerinnen und Bewohnern als auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern) zudem der Mangel an persönlichen Gegenständen und Möbelstücken. Diese Situation habe sich erst zu Beginn der 1970er Jahre verbessert, als den Kindern mehr Privatsphäre zugestanden wurde.⁴¹ S. V., von 1969 bis 1972 als Praktikant und »Gruppenhelfer« in der Einrichtung, hebt in seinem Bericht vor allem die schlechten hygienischen Verhältnisse in den völlig überfüllten Schlafsälen hervor:

»Dann habe ich da schon angefangen, den ersten da die Gummihosen auszuziehen, weil sie schon eingenässt hatten, abends, neun, halb zehn, zehn Uhr. Das ist schwere Arbeit bis um zwölf. Dann haben die immer alle eingenässt, eingekotet und so. Die waren in Schlafsälen. Den Geruch habe ich jetzt noch in der Nase. Das schummrige Neonlicht. Ein großer, großer Saal, und ich bin dann durch die Reihen gegangen. Das war dann 1971/72.«⁴²

Ein weiteres großes Problem stellte in der Anfangszeit zudem die personelle Unterbesetzung in den einzelnen Gruppen dar. So wird von den heute noch in Haus Hall lebenden Zeitzeuginnen und Zeitzeugen stets auf die gravierenden Unterschiede zur aktuellen Betreuungssituation verwiesen. Die ehemalige Kindergärtnerin D. K., die 1969 ihren Dienst im »Bungalow-Bereich« aufnahm, wo sie Jungen im Alter von vier bis elf Jahren betreute, beschreibt einen typischen Tagesablauf in der Einrichtung folgendermaßen:

»Wir haben geweckt um sechs – halb sieben –, je nachdem was für den Tag so anlag, am Wochenende etwas später. Dann hat man die Kinder erst geduscht und dann im

39 Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Mitarbeiterin K. L. [anonymisiert], Gescher, 21.5.2019, 06:35-09:58.

40 Ibid.

41 Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Mitarbeiterin P. R. [anonymisiert], Gescher, 21.5.2019, 20:05-24:52; Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Mitarbeiterin D. F. [anonymisiert], Gescher, 21.5.2019, 16:45-18:15.

42 Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Mitarbeiter S. V. [anonymisiert], Senden, 21.5.2019, 08:57-10:55.

Bad fertiggemacht nacheinander. Dann wurde gefrühstückt, und dann haben wir die zum Kindergarten und zur Schule begleitet. Später dann auch zur Arbeit. Die Kinder kamen meist alle um 12 wieder, es gab Mittagessen. Es war auch noch kein Nachmittags-Unterricht. Die Schule war gerade erst gegründet worden. Nachmittags waren wir dann zuständig. [...] Abends um sechs wurde gegessen, dann haben wir das noch ganz ruhig ausklingen lassen und um acht war Feierabend [...] Einer von uns war immer da, auch nachts.«⁴³

Von allen Befragten wird der Tagesablauf als starr und minutiös durchgeplant beschrieben, so auch von G.H., der 1969 als Praktikant nach Haus Hall kam und 1974 als Lehramtsanwärter seine Arbeit begann:

»Es war schon ein ganz strikter Tagesablauf und es waren auch ganz genaue Regeln, wie das alles – festgelegt auch – die ganze Gruppe, individuell waren wenig Freizeitaktivitäten, es ging immer nur gruppenweise und auch festgelegt genau, wann die Mahlzeiten waren und wann Freizeit war zum Spielen. Sonntags dann auch die ganze Gruppe geschlossen in die Kirche. Nachmittags der übliche Spaziergang.«⁴⁴

Als eine unschöne Erinnerung wird in diesem Zusammenhang auch die erzwungene Gruppendynamik genannt, die wenig Raum für persönliche Freizeitgestaltung ließ. H.H. erinnert sich:

»Und wenn es dann zur Kirche ging sonntags, in Zweierreihen aufstellen und zur Kirche laufen. Ob Du wolltest oder nicht – Du musstest hin. Und in die Stadt genauso: Hinlaufen in Zweierreihen. Alle Leute sollten sehen, das sind Leute aus Haus Hall.«⁴⁵

Auch individuelle Entscheidungsmöglichkeiten wie etwa die tägliche Kleidungswahl waren streng durch das Personal reglementiert, wie der bereits zu Wort gekommene Bewohner L. U. berichtet. So hätten die Minderjährigen keine Möglichkeit gehabt, die Wäsche oder die Kleidung selbst auszusuchen: »Das wurde alles bestimmt.« Sonntags trugen die Kinder Einheitskleidung.⁴⁶

43 Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Mitarbeiterin D.K. [anonymisiert], Gescher, 21.5.2019, 01:55-03:58 und 10:12-14:02.

44 Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Mitarbeiterin G.H. [anonymisiert], Gescher, 21.5.2019, 04:26-11:42.

45 Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Mitarbeiterin H.H. [anonymisiert], Gescher, 20.5.2019, 19:48-22:57.

46 Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Mitarbeiter L. U. [anonymisiert], Gescher, 21.5.2019, 03:45-05:32 und 05:33-6:34.

6.2 Arbeits- und Beschäftigungstherapie

Die Betreuungspraxis in Haus Hall bestand in den ersten Nachkriegsjahrzehnten hauptsächlich aus einer »gründliche[n] Arbeitstherapie«, die für alle Kinder verpflichtend war, sofern ihr gesundheitlicher Zustand es zuließ, wobei die Tätigkeiten in den Akten entweder als Arbeits- oder als Beschäftigungstherapie bezeichnet werden. Diese bestanden zunächst aus täglichen Arbeiten in der Landwirtschaft und im Anstaltsgarten, wobei die Schwerstbehinderten zum »Stoffzerzupfen, Säckeausziehen und Mattenflechten« herangezogen wurden.⁴⁷ Die »Beschäftigungstherapie« wurde im Verlauf der 1950er Jahre weiter »intensiviert«. 1953 wurden sogenannte »Versuchskolonnen« für die Landwirtschaft aufgestellt; der Jahresbericht von 1959 resümierte hierzu, die Arbeit in der Landwirtschaft und der Gärtnerei habe sich bewährt, da die »Knaben hier gut »ausgelastet« seien. Für die Jungen wurde zudem ein Web-, Bürsten- und Lattenflechtraum in Betrieb genommen, wobei als pädagogisches Ziel ausgegeben wurde, auf diese Weise selbst die »tiefstehenden, kaum fixierbaren« Jungen zu »Ausdauer und Konzentration« zu erziehen. Die Mädchen wurden hingegen üblicherweise in der Küche, im Kartoffelschälzimmer sowie in den Näh- und Stopfzimmern oder in der Wäscherei beschäftigt. Einzelne größere Mädchen halfen auch in der Kleinkinderabteilung aus. Hinzu kamen für beide Geschlechter noch die täglichen Hausarbeiten in den Wohngruppen, wie Putzen, Waschen, Aufräumen, die zumindest zu einem großen Teil ebenfalls von den Bewohnerinnen und Bewohnern erledigt wurden.

Auch die Zeitzeuginnen und Zeitzeugen betonen, dass die tägliche Arbeit einen zentralen Bestandteil des Lebens in Haus Hall darstellte: »Und zu der Zeit gab es ja auch keine hauswirtschaftlichen Kräfte, wie das heute ist. Das musste alles in der Gruppe selbst organisiert werden.«⁴⁸ Die 1953 geborene und seit 1957 in der Einrichtung lebende O.P. berichtet, dass die Kinder nach der Schule um 12 Uhr ihre Arbeitsachen anzogen und zunächst zusammen das Mittagessen einnahmen. Nachmittags wurden Handarbeiten gemacht und anfallende Arbeiten im Haus erledigt, etwa das Putzen der Treppe, Fegen und das Wegbringen des Geschirrs. Gearbeitet habe sie zudem in der Gärtnerei und in der anstaltseigenen Wäscherei, jeweils täglich bis halb fünf. An einer anderen Stelle des Gesprächs gibt sie hingegen an, sie habe bis 20 Uhr gearbeitet. Eine Bezahlung habe es nicht gegeben.⁴⁹

Die Heranziehung zu körperlicher Arbeit wurde explizit als pädagogische Maßnahme betrachtet, wobei die Arbeitswilligkeit und -effektivität eine zentrale Kategorie bei der

⁴⁷ Jahrbuch Haus Hall (JB) 1952.

⁴⁸ Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Mitarbeiterin L. U. [anonymisiert], Gescher, 21.5.2019, 03:45-05:32.

⁴⁹ Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Bewohnerin O.P. [anonymisiert], Gescher, 17.5.2019, 06:31-10:15, 13:14-15:50 und 24:05-26:42.

Beurteilung der Kinder durch das Personal darstellte. Ob diese eine »gute Arbeitshaltung« zeigten, sich »einigermaßen anständig« verhielten oder aber »gar nicht arbeiten woll[t]en«, wurde stets entweder als positives oder aber als negatives Charaktermerkmal herausgestellt. Bei Klagen aufgrund angeblicher »Nichtigkeiten« wurde daher schnell unterstellt, das Kind wolle sich vor der Arbeit »drücken«. ⁵⁰ Der ausschlaggebende Faktor stellte dabei stets die Arbeitsproduktivität dar. So wurde die 1935 geborene O. P. – aufgrund »Schwachsinn mittleren Grades« in Haus Hall – zunächst im »Stopfzimmer« beschäftigt, wo sie allerdings »ohne Erfolg« blieb, woraufhin man sie in der Küche einsetzte. Auch hier wurde ihre Leistung wenig günstig beurteilt, wenn es hieß: »Sie ist sehr ungeschickt und bringt wenig fertig.« ⁵¹

Entlohnt wurde die Arbeit in Werkstätten, Küchen, Gärtnerei und der Landwirtschaft zunächst nicht, ab Mitte der 1950er Jahre erhielten einige ‚Pfleglinge‘ jedoch ein »kleines Taschengeld«. In den 1970er Jahren wurde die Arbeitsleistung dann offenbar besser bezahlt. Der aus Ratingen stammenden H. H., seit 1956 in Haus Hall, berichtet zudem, dass all jene Kinder, die in den Ferien nicht von Angehörigen abgeholt wurden, sondern in der Anstalt verblieben, auch in der schulfreien Zeit in der Landwirtschaft eingesetzt wurden und ihre Sommerferien bei der Kartoffelernte verlebten. ⁵² Wurden die Bewohnerinnen und Bewohner nach Vollendung der Volljährigkeit entlassen, versuchte die Heimleitung je nach individuellen Möglichkeiten, die Jugendlichen in Arbeitsstellen zu vermitteln, die ihren Fähigkeiten entsprachen. Dies gelang 1956 bei 38 Abgängen in fünf Fällen. ⁵³

Die tägliche Arbeit in Haus Hall war jedoch weit mehr als eine pädagogisch motivierte »Beschäftigungstherapie« für die Bewohnerinnen und Bewohner. Durch den Arbeitseinsatz der »Pfleglinge« in Landwirtschaft und Handwerk sollte zudem eine möglichst große wirtschaftliche Autarkie der Anstalt aufrechterhalten werden. Wie auch andere Anstalten jener Zeit war die Einrichtung in Gescher aufgrund knapper Finanzen gezwungen, eine weitgehende Selbstversorgung vor allem durch das Betreiben einer eigenen Landwirtschaft sicherzustellen. ⁵⁴ Darüber hinaus wurden die hergestellten Produkte und Erzeugnisse auch auf dem freien Markt verkauft. Nicht zuletzt übernahm man ab den 1960er Jahren Arbeiten für auswärtige Firmen, etwa einfache Verpackungs- und Montagearbeiten. Erst mit der Einführung des Bundessozialhilfegesetzes 1961 und den neuen Pflegesätzen besserte sich die finanzielle Lage der Einrichtung.

Haus Hall verfügte von Beginn an über eine Anstaltsschule, in der Kinder und Jugendliche unterrichtet wurden, die im Vorfeld als »bildungsfähig« begutachtet worden

50 HH4659; HH3954; HH5668; HH4862.

51 HH3555.

52 Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Bewohner H. H. [anonymisiert], Gescher, 20.5.2019, 36:58–38:49.

53 JB1956/65.

54 POHL (2001), 243.

waren. Ab Mitte der 1950er Jahre wurde diese stärker heilpädagogisch ausgerichtet, mit der Folge, dass die älteren »Bildungsfähigen« zunehmend in andere Abteilungen oder gar andere Heime verlegt wurden, um für sogenannte »bildungsfähige Schwachsinnige« und »fehlentwickelte Nichtschwachsinnige« Platz zu schaffen.⁵⁵ Ende 1955 besuchten 55 Kinder die Förderschule (33 Jungen, 22 Mädchen), eingeteilt nach »Leistungs- und Bildungsstand«. In den 1960er Jahren differenzierte sich das Anstaltsschulwesen in eine Schule für Lernbehinderte mit vier Klassen und eine Schule für geistig Behinderte mit drei Klassen weiter aus. Wurde ein »Schulerfolg« als »aussichtslos« beurteilt oder aber war nach Ansicht der Lehrerinnen und Lehrer »keine weitere Verbesserung zu erwarten«, entließ man die Minderjährigen aus der Heimschule und versuchte diese arbeitstherapeutisch zu beschäftigen. Schwerstbehinderte, als »bildungsunfähig« eingestufte Kinder, wurden aufgrund ihres »Zustandes« gar nicht erst eingeschult. Die unfreiwilligen Schulabgänger wurden in der Folge oft mit Arbeiten wie Putzen und Waschen beschäftigt.⁵⁶ Der Abbruch der Beschulung scheint allerdings ab den 1970er Jahren nicht mehr üblich gewesen zu sein.⁵⁷

Ergänzend wurden nach 1971 Spiel- und Sporttherapien eingeführt, wie etwa das Gruppen-Theaterspiel sowie eine Kinderpsychotherapie für Kleinkinder. Im Kleinkindergarten wurde den noch nicht schulfähigen Minderjährigen mit »Geräuschen, Bewegungen, Melodien, Formen und Farben« erste Bildung vermittelt. Neu war ab Mitte der 1950er Jahre ein »Schmierraum«, in dem die Wände mit herabhängenden Papierrollen ausgekleidet waren, welche frei mit Wasserfarben bemalt werden durften. Ab den 1970er Jahren begann man, die Kinder stärker individuell zu fördern und die Wünsche und Interessen des Einzelnen miteinzubeziehen, wie etwa durch das therapeutische Reiten.⁵⁸

6.3 Erzieherische Grundätze und Beurteilungskriterien

Die pädagogischen Grundsätze von Haus Hall waren bis in die 1970er Jahre noch erkennbar durch das rigide Moralsystem der konfessionellen Heimerziehung geprägt, wie es auch in anderen Einrichtungen vorherrschte. »Ordnung und Sauberkeit« und vor allem »Disziplin« waren oberstes Gebot, über deren Einhaltung das Personal streng wachte. Verstöße wurden getadelt oder mit teils drastischen Strafen bedacht. Vermerkt wurde auch stets, ob das »sittliche Verhalten« der pubertierenden Heranwachsenden »ohne Beanstandung«

⁵⁵ JB 1954.

⁵⁶ HH4553; HH4251; HH3549; HH3954; HH6367.

⁵⁷ Stiftung Haus Hall (1993), 12.

⁵⁸ HH5156.

zu bewerten war oder ob diese als »triebhaft« auffielen, wobei sexuelles Interesse für das andere Geschlecht oder Onanie als besonders verwerflich galten.⁵⁹ Besonders in den 1950er Jahren sind die persönlichen Beurteilungen erkennbar von moralischen Wertungen geprägt. So lautete der Eintrag einer Schwester von 1949 über ein als »schwachsinnig« diagnostiziertes 15-jähriges Mädchen: »beschränktes Mädchen, völlig unerzogen, ohne Anstand, sehr unselbstständig, hemmungslos, unbeholfen, unbegabt«. ⁶⁰ Gerade ein erhöhter Betreuungsaufwand wurde mit durchweg negativen Attributen bedacht wie »bequem, klebrig-anhänglich, schwierig, widersetzlich, antriebsarm, unerzogen, frech, ich-bezogen, uninteressiert, heuchlerisch, unflexibel, distanzlos«. Einem »debilen« 14-Jährigen wurde 1962 unterstellt, er verhalte sich »hinterlistig« und lüge »auf dummdreiste Art«, um nicht arbeiten zu müssen.⁶¹ Auch ein 1945 geborenes Mädchen, bei ihrer Aufnahme 1949 mit der Diagnose »Schwachsinn mittleren Grades mit zusätzlicher seelischer Abartigkeit« belegt, erregte aufgrund ihrer »unruhigen« und »anhänglichen« Art das Missfallen der Schwestern: »Ihr ganzes Wesen zeigt psychopathische Züge – Sie scheint immer dümmer zu werden in ihrer unnatürlichen Weise.«⁶²

Besonders beliebt waren beim Personal hingegen Kinder, die den strengen Verhaltensmaximen der Ordensschwestern und -brüder entsprachen und die man als »freundlich, zugewandt, geordnet, folgsam, liebenswürdig, ruhig und angepasst, ordnungsliebend, anständig« charakterisierte. So wurde eine »mongoloide« Minderjährige, 1958 sieben Jahre alt, im Beobachtungsbogen als »eines unserer bravsten Kinder« gelobt, auch da sie stets »peinlich sauber« sei.⁶³

Erst im Verlauf der 1970er Jahre, als die Betreuung und Begutachtung zum größten Teil von einer neuen Generation professionell ausgebildeter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geleistet wurden, ändert sich der Duktus der Stationsberichte erkennbar. Es wurden nun verstärkt die Kompetenzen und Möglichkeiten der Kinder und Jugendlichen betont, anstatt nur auf ihre Defizite zu verweisen.

6.4 Freizeitgestaltung und Religion

In welchem Umfang den Kindern Spiel- und Freizeitangebote gemacht wurden, lässt sich nicht lückenlos rekonstruieren. Die Jahrbücher geben jedoch Hinweise darauf, dass für die ›Gemeinschaft‹ in regelmäßigen Abständen zumindest für Unterhaltung

⁵⁹ HH3347; HH4056; HH5973.

⁶⁰ HH3449.

⁶¹ HH4862.

⁶² HH4549.

⁶³ HH5158.

und Abwechslung vom Anstaltsalltag gesorgt war. Der 1953 wieder hergerichtete »Festsaal« wurde etwa häufig für Unterhaltungsprogramme genutzt, z. B. Filmvorführungen (neun im Jahr 1958), Kasperletheater, Theateraufführungen und Nikolausfeiern. Auf dem Gelände befanden sich zudem ein Turn- und Spielplatz, ein Schwimmbad sowie eine Bücherei, die auch Jugendliteratur enthielt und ständig erweitert wurde (1958: 627 Bücher).

Laut Jahresbericht wurden zudem oft Ausflüge unternommen, so etwa zum Münsteraner Zoo, zum Longinusturm im Westmünsterland oder zum Wildpark in Dülmen; im Juli 1964 fuhren über hundert Kinder im Rahmen der Heimbetreuung in den Urlaub.⁶⁴ Inwieweit abseits dieser »Highlights« auch in der täglichen Routine für Abwechslung gesorgt war, wird aus den Akten nicht recht klar.

Ein wichtiges Element des Alltagslebens in Haus Hall stellte die religiöse Erziehung der Kinder dar. Der katholische Gottesdienstbesuch war fest in den Tagesablauf integriert, jeden Morgen vor Schulbeginn fand die Messe statt. In regelmäßigen Abständen wurden zudem Firmungen und Erstkommunionen gefeiert. Die Zeitzeuginnen und Zeitzeugen berichten, dass die kirchlichen Feste im Jahresablauf große Bedeutung gehabt hätten, die Schilderungen lassen jedoch erkennen, dass der Kirchgang bei den meisten Kindern eher unbeliebt war. Dennoch war der Gottesdienstbesuch verpflichtend. Es verwundert daher nicht, dass bei manchen Kindern lobend erwähnt wurde, wenn diese »ohne Aufforderung und Ermahnung zu den Sakramenten gingen« oder im Gottesdienst »religiösen Eifer« zeigten.⁶⁵ Und auch hier wurde größter Wert auf Ruhe und Ordnung gelegt. Vor allem Direktor Kolbe reagierte offenbar empfindlich auf Störungen des Gottesdienstes, unruhige oder laute Kinder hätten die Kirche sofort verlassen müssen.⁶⁶

Ein strenges Regiment wurde bei der Regelung der Besuchs- und Urlaubszeiten geführt. Als feste Besuchszeit war ein Sonntag im Monat vorgesehen, außerhalb dieser Zeiten durften die Eltern ihre Kinder nicht sehen. Hielten sich diese nicht an die Vorschriften oder versuchten, ihren Kindern einen spontanen Besuch abzustatten, so wurden Angehörige buchstäblich am Anstaltstor zurückgewiesen, auch wenn diese lange Anfahrtswege auf sich genommen hatten. Auch bei Beurlaubungen herrschten klare Regeln. Urlaub war zumindest in den 1950er Jahren erst nach einer einjährigen Eingewöhnungszeit erlaubt – Ausnahmen gab es nicht. Die letzte Entscheidung lag jedoch bei der Heimleitung. Wurden etwa die sozialen Verhältnisse als »schlecht« eingeschätzt, untersagte man eine Beurlaubung teilweise auch völlig. So durfte ein 15-Jähriger zu Weihnachten 1954 nicht zu seiner Mutter nach Hause, da er sich »gerade erst eingelebt«

64 Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Mitarbeiter S.V. [anonymisiert], Sundern, 21.5.2019, 49:21-1:02:06.

65 HH3449.

66 Interview von Frank Sparing mit einem ehemaligen Mitarbeiter B.C. [anonymisiert], Gescher, 21.5.2019, 23:45-27:31; Interview T.I. [anonymisiert], Gescher, 17.5.2019, 24:17-27:17.

habe. Bei einem anderen Jungen wurde Mitte der 1950er Jahre festgestellt, dass der Urlaub »ihm nicht gutgetan« und er nach seiner Rückkehr »durch sein Gebaren in der Gemeinschaft alles durcheinandergebracht« habe. Weitere Urlaubsgesuche der Mutter wurden in der Folge – auch zu Weihnachten – daraufhin grundsätzlich abgelehnt.⁶⁷ In einigen Fällen erscheint die Verweigerung von Besuchen und Urlauben allerdings auch aus heutiger Sicht nachvollziehbar, etwa wenn Kinder vor übergriffigen Eltern geschützt werden mussten.⁶⁸ Sowohl in den Weihnachts- wie auch in den Sommerferien wurde noch Mitte der 1960er Jahre weniger als ein Drittel der Kinder von den Angehörigen nach Hause geholt,⁶⁹ was sicherlich auch daran lag, dass viele Kinder aus Heimen oder schwierigen Familienverhältnissen nach Gescher gekommen waren.

Dennoch lässt sich nicht davon sprechen, dass die Heimleitung die Kommunikation mit den Angehörigen verweigerte oder diesen grundsätzlich Informationen über den Zustand ihrer Kinder vorenthielt. Erkundigten sich die Eltern schriftlich nach dem Wohlergehen Ihrer Kinder, was häufig geschah, so wurden die Schreiben postwendend beantwortet, wenn auch die Antwortschreiben in einem blumigen, stereotypen Stil gehalten waren und stets versichert wurde, es gehe den Kindern gut. Auch der Erhalt von Geschenken, neuer Kleidung etc. wurde postalisch bestätigt. Erkrankte das Kind und musste behandelt werden, erhielten die Elternhäuser Nachricht über den Zustand der Kranken. 1963 wurde zum ersten Mal ein Elterntag abgehalten, woraus sich 1972 die Gründung eines »Elternbeirats« entwickelte, der regelmäßig mit den Direktor zusammenkam, um über Fragen der Zusammenarbeit zwischen Eltern und Einrichtung zu diskutieren. Dies wurde ebenso im Kindergarten, in der Schule und in der Werkstatt verwirklicht.⁷⁰ Ab 1965 wurden an die Eltern zudem Jahresberichte verschickt, um diese über die neuesten Entwicklungen zu informieren.

Haus Hall galt im juristischen Sinne als eine »offene Anstalt«, das heißt, die Bewohnerinnen und Bewohner wurden (zumindest offiziell) nicht wie im Falle einer »geschlossenen« Einrichtung zwangsweise auf dem Gelände festgehalten. Ob man das Gelände allerdings tatsächlich aus eigenem Willen verlassen durfte, muss angesichts der bis Mitte der 1970er Jahre bestehenden Anstaltsmauer und des stets verschlossenen Eingangstors allerdings bezweifelt werden. Geradezu allergisch reagierte die Heimleitung auf energische Kritik an der Einrichtung. So wurde im März 1960 ein Jugendlicher ausdrücklich auf persönliche Veranlassung des Direktors aus der Anstalt entlassen, nachdem es mit Eltern bezüglich des Aufenthalts ihres Sohnes in Haus Hall wiederholt zum Streit gekommen war. Der Vater zeigte sich in einem Brief »mit der Betreuung nicht ganz einverstanden« und beschwerte sich etwa darüber, das Per-

67 HH5260.

68 HH6571; HH5260.

69 JB 1965.

70 Stiftung Haus Hall (2005), 41.

sonal schenke seinem Jungen zu wenig Aufmerksamkeit und der Anstaltsarzt habe kein offenes Ohr für die Sorgen und Bedürfnisse der Eltern. Auch sei ihnen nicht mitgeteilt worden, als das Kind mit 40 Grad Fieber erkrankt sei, wodurch die Familie ihre »Elternrechte angetastet« sah. Im Beobachtungsbogen ist hierzu vermerkt, »die Eltern nörgelten bei jedem Besuch« und machten sich zudem illusorische Hoffnungen über die Zukunftsaussichten des Kindes. In einem Schreiben an den Vater teilte die Leitung schließlich lakonisch mit, da »das Haus die Erwartungen nicht erfüllt« habe, bestehe auch keine Notwendigkeit, das Betreuungsverhältnis fortzusetzen. Daraufhin wurde das Kind entlassen.⁷¹

7 Gewalt und Strafen

Wenngleich die Quantität und Qualität der Entwicklungsberichte und psychologischen Beurteilungen ab Mitte der 1960er Jahre deutlich zunahm, bleibt das Thema Strafen und Zwangsmaßnahmen in den schriftlichen Quellen doch merklich unterbelichtet. Nur in Einzelfällen scheint durch, wie das Personal im Alltag auf Regelverstöße oder unerwünschtes Verhalten reagierte. Klare Hinweise auf Gewaltanwendung lassen sich in den Bewohnerinnen- und Bewohnerakten nur sporadisch ausmachen, etwa wenn – sprachlich verklausuliert – vermerkt wird, dass Kinder »energisch ermahnt und gestraft« oder »stramm angefasst« werden mussten, um ihrer Herr zu werden.⁷² Nur in einer der Akten des Untersuchungssamples wird ein vergleichsweise harmloser Vorfall geschildert, bei dem ein Mädchen in der Anstaltsschule von einer Lehrerin wegen »Schlafmützigkeit« eine Ohrfeige erhalten habe, woraufhin die Schülerin aus Haus Hall floh, wenig später jedoch von der Polizei aufgegriffen wurde.⁷³ Zwar beschwerten sich in den späten 1950er Jahren zwei ehemalige Bewohner von Haus Hall massiv bei einem Gefängnispfarrer über die »harten Strafen«, worauf dieser schriftlich bei der Heimleitung um Aufklärung bat. Anstaltsarzt Schmidt bestritt in einem Antwortschreiben allerdings kategorisch jegliche Zwangsmaßnahmen und physische Gewaltausübung in der Einrichtung und versuchte die Glaubwürdigkeit der Zeugen in Zweifel zu ziehen:⁷⁴

»Die Angaben die L. S. und J. L. Ihnen gemacht haben entbehren jeder Grundlage. Da wir eine Krankenanstalt sind, gibt es körperliche Strafen bei uns nicht. Zwangsjacken existieren bei uns selbstverständlich nicht. Die Aussagen beider sind mit Vorsicht zu nehmen, besonders von L. S. In den Krankenvermerk musste ich sogar folgendes eintragen:

71 HH4558.

72 HH5565; HH5964.

73 HH5257.

74 Siehe zum Folgenden den Briefwechsel in: LHS3347.

›Ist ausgesprochen lügnerisch. Behauptet dabei kein unsinniges Zeug. Was er lügt kann sehr wohl wahr sein. Leugnet alles, wenn er nicht unmittelbar überführt wird.‹ L. S. kam aus der Fürsorgeerziehung ins Heim, wobei gleich ein Hang zum Lügen, Stehlen und zur Unehrlichkeit beobachtet wurde.«

Alle Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenberichte der ehemaligen Bewohnerinnen und Bewohner legen allerdings nahe, dass Prügelstrafen durch das Haller Personal und andere Zwangsmaßnahmen bis Anfang der 1970er Jahre sehr wohl an der Tagesordnung waren. Geschlagen wurde demnach bei geringsten Anlässen, etwa wenn Kinder die Arbeit verweigerten oder ihre Aufgaben nicht zur Zufriedenheit des Personals ausführten, ihnen das Essen nicht schmeckte, die Nachtruhe gestört wurde oder sich Einzelne allgemein unruhig verhielten. Insgesamt scheint die Hemmschwelle, physische Gewalt anzuwenden, niedrig gewesen zu sein. So berichtet ein ehemaliger Betreuer: »Da wurde nicht lange gefackelt [...] Da wurde nicht lange diskutiert oder irgendwas, da wurden dann Fakten geschaffen.«⁷⁵ Der Bewohnerin T. I. zufolge mussten die Kinder in der Mittagspause stets den Kopf auf den Tisch legen, um Mittagsruhe zu halten. Die Betreuerinnen und Betreuer seien herumgegangen und hätten kontrolliert, ob alle mit dem Kopf auf dem Tisch lagen. Bei Fehlverhalten sei mit dem Rohrstock auf den Rücken geschlagen worden.⁷⁶ Neben dem obligatorischen Rohrstock wurden nach Angaben der Zeitzeuginnen und Zeitzeugen auch Gebrauchsgegenstände wie Kleiderbügel und sogar Billardstöcke zum Schlagen benutzt.⁷⁷ Der 1956 in Haus Hall aufgenommene Rater H. H. schildert folgende Szene:

›Wenn Du in der Gärtnerei was gemacht hattest, das wurde dann weitergeleitet auf die Gruppe, wo Du warst. Und wenn Du da dann hinkamst, war das erste, wat du kriegtest, fünf Schlag auf den Rücken mit dem Billardstock. Und die Billardstöcke, dat können sie mir glauben, die waren kaputt. Wenn Du Billard spielen wolltest, dann waren die aufgerissen die Stöcke, so haben die darauf rumgekloppt. Glauben sie mir dat, et war so. Die kamen da mit vier Mann, manchmal mit fünf Mann, dat Du nichts machen konntest, und dann kriegtest du wat aufs Kreuz.«⁷⁸

Diese Praxis sei in der Gruppe üblich gewesen; unter den gesundheitlichen Folgen leidet H. H. seinen Aussagen zufolge noch heute: »[...] da leide ich noch heute drunter unter meiner Wirbelsäule. Ich kriege alle drei Monate eine Spritze in den Rücken für

75 Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Mitarbeiterin O. P. [anonymisiert], Gescher, 17.5.2019, 06:31-10:15.

76 Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Bewohnerin T. I. [anonymisiert], Gescher, 17.5.2019, 20:56-22:58.

77 Vgl. Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Bewohnerin K. L. [anonymisiert], Gescher, 21.5.2019, 06:35-09:58 und Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Mitarbeiter S. V. [anonymisiert], Sundern, 21.5.2019, 49:21-1:02:06.

78 Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Bewohnerin H. H. [anonymisiert], Gescher, 20.5.2019, 00:00-03:37.

die Wirbelsäule.«⁷⁹ Von exzessiven Gewalterfahrungen berichtet auch die ehemalige Bewohnerin T.I., die seit 1958 mit der Diagnose »Schwachsinn stärkeren Grades« in Haus Hall lebte:⁸⁰

»Frage Frank Sparing: *Kam es oft vor, dass Sie geschlagen wurden? M. N.: Ja, hinterm Rücken. Ich habe früher gestottert. Da tat mir der Rücken weh – ich konnte kaum noch sitzen. Ich konnte nicht mehr so sitzen wie jetzt, weil alles blau war.*«⁸¹

Als weitere Strafe hatten sich die Kinder hinzuknien und mit erhobenen Händen »stundenlang« in dieser Haltung zu verharren; auch diese Praxis schildert O.P., die noch heute in Haus Hall lebt, als eine unerträgliche Qual: »Wenn man da runtergeht, kam die Schwester mit dem Stock, hoch mit Euch! Ooh, die Knie taten weh und der Rücken, und man konnte sich kaum noch bewegen.« Folgt man den Erinnerungen der Befragten, dann wurde auch in der Heimschule körperliche Gewalt angewendet. So wird von Schlägen auf die Hände mit dem Rohrstock bei den Mädchen und auf das Hinterteil bei den Jungen berichtet, ebenso von Ohrfeigen. Noch Anfang der 1970er Jahre wurden Körperstrafen als Erziehungsmittel – und zwar ausgerechnet in einem Bericht der Anstaltspsychologin – sogar ausdrücklich gerechtfertigt. Bezüglich des als »überaus schwierig« beschriebenen M. B. heißt es hier:

»*Es scheint gerechtfertigt, dem Jungen ruhig in geeigneten Momenten in seltenen Fällen einmal einen kurzen Schlag oder auch eine kräftige Ohrfeige zu versetzen, um überhaupt noch mit dem Strafreiz rüberzukommen und die Psyche zu erreichen.*«⁸²

Neben körperlichen Züchtigungen wurden störende oder aufsässige Minderjährige – im Gegensatz zur Aussage des oben zitierten Anstaltsarztes Schmidt – zudem mit Zwangsjacken fixiert oder von der Gemeinschaft isoliert. Fixierungen werden in den Akten vereinzelt erwähnt, zumeist wenn Kinder wegen der Gefahr der Selbstverletzung vor sich selbst hätten geschützt werden müssen, was zumindest laut den eingesehenen Akteneintragungen glaubhaft erscheint.⁸³ Allerdings wurde wohl auch aus disziplinarischen Gründen fixiert. So berichten drei von vier ehemaligen Bewohnerinnen und Bewohnern von einschlägigen Erfahrungen mit Zwangsjacken sowie von Isolierungen in der Besenkammer oder dem berüchtigten »Bunker«, bei dem es sich wohl um einen speziellen Kellerraum handelte. Die Zeitzeugin T.I. erinnert sich:

»*Das Essen mochte ich nicht. Da kam ordentlich Strafe, hat die Schwester ordentlich geschimpft mit Zwangsjacke und dann in den Keller. Da musste ich stundenlang sitzen, bis ich mich beruhige. [...] Eine Stunde und dann kam man wieder raus [aus der Zwangs-*

79 Ibid., 00:47-06:14.

80 HH5258.

81 Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Bewohnerin T.I. [anonymisiert], Gescher, 17.5.2019, 00:00-03:50.

82 HH5668.

83 HH6272; HH5761.

jacke; Anm. F. S.]. Ja, und dann unten in den Keller, in den Bunker und dann in die kalte Badewanne sind wir auch reingestopft worden, [wie] kleine Kinder.«⁸⁴

Häufiger dokumentiert sind in den Akten Isolierungen. Von der Gruppe getrennt wurden die Kinder entweder, um eine akute Gefahrensituation zu beruhigen,⁸⁵ oder aber als Strafkolonie. So musste ein 13-jähriger Junge ab November 1962 seine Mahlzeiten stets abseits der Gruppe an der Tischtennisplatte zu sich nehmen, da er beim Essen immer »störte«.⁸⁶ Mitte der 1970er Jahre wurde ein Junge wegen »Arbeitsverweigerung« in seinem Zimmer weggesperrt. Dabei ließ der Pfleger die Rollläden herunter, um keine »Ablenkung« zuzulassen.⁸⁷ In den 1960er Jahren wurde ein »imbeziller« Junge, der die Uhren anderer Kinder versteckte und auch sonst allerlei »Streiche spielte«, zur Strafe in den Keller gesperrt. Im Beobachtungsbogen ist notiert: »Die Angst vor dem Keller hat ihm sehr zu schaffen gemacht.« Das Personal drohte dem Kind daraufhin weitere »schwere Maßnahmen« an, die in den Akten allerdings nicht näher erläutert werden.⁸⁸

Besonders ausführlich ist die Isolationspraxis in der umfangreichen Akte eines 12-jährigen Bewohners dokumentiert, da einzig in diesem untersuchten Fall die Pflegeberichte des Wohnhauses aus den 1970er Jahren erhalten geblieben sind. Die Isolierung in sogenannten »Time-out-Räumen« (diese Bezeichnung findet sich in den Berichten ab ca. Mitte der 1970er Jahre) wurde als reguläre Erziehungsmaßnahme praktiziert, um Kinder und Jugendliche bei Regelverstößen zu disziplinieren – eine Maßnahme, die auch heute noch in einigen Heimen und Kinder-Psychiatrien zum Einsatz kommt, allerdings stark umstritten ist. Eine handschriftliche Notiz in der Akte legt die Kriterien dar, bei denen der Jugendliche im Jahr 1973 in seinem Zimmer mehrmals täglich fünf bis zehn Minuten isoliert wurde:

- »1. Jeder eindeutige und bösartig gemeinte persönliche Angriff auf Kinder, Erwachsene und Tiere. 2. Jeder ganz grobe, freche und bösartige und ausdauernd verbale Angriff. 3. Jeder Übergriff auf fremdes Eigentum, auch das ›Ausleihen‹, wenn er nicht gefragt wurde. 4. Jede unerlaubte Entfernung vom Gelände, wenn er sich nicht hierfür abgemeldet hat.«⁸⁹*

Neben Isolierungen und Fixierungen setzte man zudem auf psychologischen Druck: Einem 16-jährigen Jugendlichen entzog das Personal 1965 beim Essen etwa Pudding und Fleisch, ebenso wurde er vom gemeinsamen Fernsehen ausgeschlossen. Auch die Verweigerung von Weihnachtsgeschenken wurde ihm angedroht. 1966 durfte er aufgrund seines Fehlverhaltens nicht an der »Namenstagfeier« teilnehmen. Aus welchen

⁸⁴ Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Bewohnerin T.I. [anonymisiert], Gescher, 17.5.2019, 03:51-08:24 (ebenso vorheriges Zitat).

⁸⁵ HH3550; HH6272.

⁸⁶ HH4964.

⁸⁷ HH5669.

⁸⁸ HH5367.

⁸⁹ HH6265.

Gründen diese Maßnahmen angewandt wurden, wird nicht deutlich. Allerdings wird der Minderjährige als »freches und widersetzliches Kind« mit einem »Milieuschaden [und] Schwachsinn leichten Grades« beschrieben, das nur gehorche, wenn es »Schärfe« spüre.⁹⁰ Auch das Verlassen des Anstaltsgeländes wurde augenscheinlich massiv sanktioniert. Als im Jahr 1960 drei Mädchen fortliefen, wurden nach ihrer Rückkehr zwei von ihnen umgehend in andere Anstalten verlegt, das dritte Kind nach Hause entlassen.⁹¹

Aufgrund der geringen Anzahl der geführten Interviews und der wenigen schriftlich fixierten Vorfälle lässt sich insgesamt keine abschließende Aussage darüber treffen, wie verbreitet der Einsatz von gewaltförmigen Erziehungs- und Strafmaßnahmen im fraglichen Untersuchungszeitraum gewesen ist. Ob es sich um Einzelfälle handelte oder die hier beschriebenen Strafpraktiken eher den Normalfall darstellen, muss offenbleiben. Allerdings sind auch andernorts in katholischen Heimen ähnliche Strafpraktiken (Schläge, kalte Wanne, Isolation etc.) überliefert, was durchaus eine Systematik andeutet.⁹² Sicherlich waren die gewaltsamen Übergriffe auch zum Teil die Folge der jahrzehntelangen Personalnot, mangelnden Qualifizierung und räumlichen Enge, die in vielen Einrichtungen der Behindertenfürsorge den Alltag prägten. Dennoch legen die Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenaussagen den Schluss nahe, dass der Erziehungsstil des Personals durchaus unterschiedlich ausfiel. Ob gezüchtigt und drakonisch gestraft wurde, hing offenbar stark vom jeweiligen »Regime« in den Wohngemeinschaften sowie auch von einzelnen Personen ab. Einig sind sich die Befragten darin, dass es auch »nette Betreuer«⁹³ gegeben habe, die einen herzlichen Umgang mit den Minderjährigen pflegten. Auch der Bewohner H. H. betont, dass man mit einzelnen Betreuerinnen und Betreuern »reden konnte«, da diese die Kinder akzeptiert und anerkannt hätten, wenngleich diese Fälle selten gewesen seien.⁹⁴ Der ehemalige Praktikant S. V. machte in »seiner« Gruppe ebenfalls ausschließlich positive Erfahrungen: So seien Anfang der 1970er Jahre hier bereits »Gruppenbesprechungen« mit den Kindern und Jugendlichen üblich gewesen, die es in anderen Wohneinheiten nicht gegeben habe.⁹⁵

Teilweise gab es seitens einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wohl auch Widerspruch gegen das strenge Strafreime der Kolleginnen und Kollegen. Die Bewohnerin T. I. erinnert sich in diesem Zusammenhang an den Protest zweier Ordensfrauen:

90 HH4964.

91 JB 1960.

92 Vgl. FRINGS (2012); FRINGS (2013); KAMINSKY/KLÖCKER (2020).

93 Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Bewohnerin T. I. [anonymisiert], Gescher, 17.5.2019, 00:00-03:50.

94 Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Bewohner H. H. [anonymisiert], Gescher, 20.5.2019, 14:05-15:40.

95 Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Mitarbeiter S. V. [anonymisiert], Sundern, 21.5.2019, 45:10-49:20.

»Die haben gesagt: Ich will nicht noch einmal sehen, dass ihr mit den Kindern so umgeht. Die sollen nicht so streng behandelt werden. Die sollen etwas lernen, damit die später mal woanders hinkommen.«⁹⁶

Anfang der 1970er Jahre lässt sich schließlich ein deutlicher Bruch im pädagogischen Selbstverständnis und der erzieherischen Praxis der Einrichtung ausmachen, der sich zeitlich auf den Wechsel der Heimleitung im Jahr 1971, also der Ablösung des als streng und autoritär geltenden Direktors Kolbe durch den jungen Robert Lenfers, datieren lässt. Sowohl von den interviewten Betreuerinnen und Betreuern als auch von den Bewohnerinnen und Bewohnern wird der Direktorenwechsel als Beginn einer inneren Liberalisierung und Professionalisierung der Anstaltsarbeit sowie der schrittweisen Öffnung von Haus Hall zum gesellschaftlichen Umfeld beschrieben, was sich symbolisch allein schon in der Entfernung des gusseisernen Eingangstors und der Anstaltsmauer Anfang der 1970er Jahre ausdrückte. Der neue Führungsstil wirkte sich offenbar auch nachhaltig und in positiver Weise auf den Umgang des Personals mit den Bewohnerinnen und Bewohnern aus. Die Bewohnerin O. P. hat den Weggang Ferdinand Kolbes jedenfalls als spürbare Zäsur erlebt:

»Aber als der Direktor Kolbe weggegangen ist, ist alles locker gewesen, da waren alle netter [...] Da konnte man alleine in die Stadt gehen, alleine einkaufen darf ich wieder machen. Und dann alleine arbeiten gehen. Dann die Mauer weggemacht, Tür weggemacht in Haus Hall.«⁹⁷

Übereinstimmend berichten zwei Zeitzeuginnen zudem, der neue Direktor habe sich auch persönlich mit zahlreichen Bewohnerinnen und Bewohnern über die Zustände in der Anstalt ausgesprochen. In der Folge sei an die einzelnen Gruppen ein Schreiben der Leitung gerichtet worden, dass durch das Personal nicht mehr geschlagen werden dürfe; bei einem Zuwiderhandeln wurde die Entlassung angedroht. Der Bewohner H. H. erinnert sich, dass daraufhin Änderungen vorgenommen wurden: »Dann durfte keiner mehr geschlagen werden [...] und dann ging dat bergauf und dann wurde das immer besser.«⁹⁸ Nach Ansicht der ehemaligen Kindergärtnerin A. H. seien im Laufe der 1970er Jahre schließlich auch strukturelle Verbesserungen zu bemerken gewesen. Insgesamt habe es mehr Möglichkeiten gegeben, z. B. sei Taschengeld nun die Regel gewesen, auch die Arbeitszeiten wurden nun anders geregelt, es habe mehr Personal und mehr Absprachen gegeben.⁹⁹ Auch eine Festschrift zum 125-jährigen Bestehen des Hauses aus dem Jahr

96 Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Bewohnerin T. I. [anonymisiert], Gescher, 17.5.2019, 27:18-29:16.

97 Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Mitarbeiterin O. P. [anonymisiert], Gescher, 17.5.2019, 15:51-16:40.

98 Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Bewohnerin T. I. [anonymisiert], Gescher, 17.5.2019, 03:51-08:24 und Interview vom 20.5.2019 mit H. H. [anonymisiert], Gescher, 38:50-46:44.

99 Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Bewohnerin P. R. [anonymisiert], Gescher, 12.5.2019, 44:03-47:24.

1980 berichtet darüber, dass sich seit den 1970er Jahren eine zunehmende Öffnung des Hauses vollzogen habe, um die »Bewohner mit der Öffentlichkeit bekannt zu machen«. Demnach begannen »aufgeschlossene« Kindergärtnerinnen zu jener Zeit damit, Jungen selbständig zum Einkaufen nach Gescher zu schicken. Auch Zeltlager und Aufenthalte in Jugendherbergen dienten diesem Ziel.¹⁰⁰ Letztlich sorgte in Haus Hall deshalb nicht nur der Direktorenwechsel alleine für eine Entspannung der pädagogischen Praxis, sondern auch eine neue Generation von Pädagoginnen und Pädagogen und Betreuerinnen und Betreuern, die in den 1970er Jahren vakante Stellen besetzten. Auch der ehemalige Praktikant S.V. spricht davon, dass positive Veränderungen vor allem durch Zivildienstleistende und die vielen Praktikantinnen und Praktikanten herbeigeführt worden seien. Eine Rolle hätten auch der Beitritt zur Gewerkschaft ÖTV und die daraufhin eingerichtete Mitarbeitervertretung gespielt, denn die Haltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gegenüber Hierarchien sei dadurch kritischer geworden.¹⁰¹

8 Medikation

Die Verwendung von Arzneimitteln in Haus Hall lässt sich auf Basis des Aktensamples nicht detailliert nachvollziehen, weil deren Einsatz in den Stationsberichten nicht systematisch dokumentiert wurde. Möglich ist allerdings, dass die ärztlichen Aufzeichnungen separat geführt wurden und deshalb nicht überliefert sind. Der ehemalige Praktikant S.V. gibt im Gespräch hingegen an, die Verabreichung von Medikamenten sei grundsätzlich nicht dokumentiert worden.¹⁰² Die Jahresberichte lassen dennoch vermuten, dass Medikamente bereits im ersten Nachkriegsjahrzehnt in größerem Umfang eingesetzt wurden, typischerweise vor allem zur Behandlung von »sehr unruhigen« Kindern. Bei einem »psychotischen« Kind führte man laut Jahresbericht 1953 etwa eine »große Insulinschockkur« durch, bei anderen Minderjährigen setzte man »unterschwellige Insulinkuren« an, die zu einer weitgehenden Verbesserung der Symptome geführt hätten. Angewendet wurden jedoch auch andere Therapieformen. Bei »Littleschen« Krankheitsbildern wurden etwa sogenannte Überwärmungsbäder durchgeführt. Die Heilbehandlung der 1950er Jahre umfasste zudem die Bestrahlung durch Höhensonne mittels einer Solux-Lampe.¹⁰³

100 Stiftung Haus Hall (1980), 43.

101 Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Mitarbeiter S.V. [anonymisiert], Sundern, 21.5.2019, 1:25:52-1:37:36.

102 Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Mitarbeiter S.V., 21.5.2019, 27:16-39:02.

103 JB 1953–1960.

Wie im psychiatrischen Bereich wurde die Einführung der modernen Psychopharmaka auch in der stationären Behindertenhilfe als große Erleichterung wahrgenommen.¹⁰⁴ Bereits im Jahr seiner Marktzulassung im Jahr 1953 kam in Haus Hall das erste und gerade auf dem Markt eingeführte Neuroleptikum Megaphen zum Einsatz. Bei mehreren »sehr unruhigen« Kindern wurden in den folgenden Jahren »Megaphen-Winterschlafkuren« eingeleitet, mit welchen die Patientinnen und Patienten – so die Angabe der Jahresberichte – in einen mehrmonatigen Schlaf- und Dämmerzustand versetzt wurden.¹⁰⁵ Hierbei handelte es sich um die sogenannte Dämmer Schlaf-Therapie, die bis in die 1960er Jahre vor allem in psychiatrischen Einrichtungen angewendet wurde und von einer heilenden Wirkung des Schlafes ausging.¹⁰⁶ Megaphen wurde einem späteren Bericht zufolge während der gesamten 1950er Jahre mit »großem Erfolg« eingesetzt, was den Schluss nahelegt, dass das Neuroleptikum in der Einrichtung nicht nur in Einzelfällen, sondern systematisch verabreicht wurde. Im Jahr 1960 bekannte die Leitung folglich auch, ohne Megaphen könne man mit unruhigen Patientinnen und Patienten kaum mehr »fertig werden«.¹⁰⁷ Auch auf die 1934 entwickelten Cardiazolschocks wurde bei »schizophrenen Endzuständen« Anfang der 1960er Jahre noch zurückgegriffen, wenngleich unklar bleibt, ob es sich in diesen Fällen um Minderjährige handelte.

Wie in vergleichbaren Anstalten diversifizierte sich in Haus Hall der Psychopharmaka-Einsatz im Laufe der 1960er Jahre, als die Pharmaindustrie ihre Produktpalette immer stärker erweiterte.¹⁰⁸ Laut den Jahresberichten traten im Laufe der Zeit verschiedene Unternehmen mit ihren Angeboten an die Einrichtung heran, die von der Leitung auch aufgegriffen wurden. Nähere Angaben über diese Praxis fehlen allerdings. Im Jahresbericht von 1959 wurde das Resümee gezogen, dass die meisten der »neuen« Präparate einen ähnlich »beruhigenden« Einfluss auf die Kinder hätten wie das bislang gebräuchliche Megaphen, wobei die sedierende Wirkung des Pharmakons Neurocil diesem jedoch als eindeutig überlegen zu betrachten sei. Als besonders wirksam bei »psychotischen« Kindern wurde das hochpotente Neuroleptikum Decentan der Firma Merck erachtet, das 1958 seine Marktzulassung erhielt. Das aufgrund seiner ausgeprägten extrapyramidalen Nebenwirkungen heute nicht mehr erhältliche Psyquil wurde ebenfalls von einer Pharmafirma offeriert; aus dem Bericht geht jedoch nicht hervor, ob dieses in der Einrichtung in der Folge tatsächlich auch verwendet wurde. Aus der »großen Zahl neuer Mittel zur Beruhigung« wurde 1960 zudem die Wirkung des neuen Benzodiazepins Librium gelobt; später kamen stark

104 WAGNER (2018), 305.

105 JB 1953.

106 Vgl. hierzu die Einrichtungsstudie: LÖFFELBEIN: Bezirksnervenklinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD).

107 JB 1960.

108 BALZ (2015), 12.

wirksame Neuroleptika wie Haloperidol, Melleril, Comital, Tegretal und Malasin sowie die Antiepileptika Ospolot und Mylepsin hinzu. Laut dem Jahresbericht von 1969 hielt man an der Gabe von Neuroleptika allerdings nur in »schweren Fällen« fest, bei anderen Kindern wurde versucht, Substanzen wie Megaphen durch »harmlosere zu ersetzen«, etwa durch Baldriangaben.¹⁰⁹ Diese Angabe ist nur schwer nachprüfbar. Aus den Akten geht stellenweise hervor, dass unruhige Kinder in vielen Fällen vor der Bettruhe sediert wurden, wenn diese nachts schrien oder die anderen Kinder störten.¹¹⁰ Einige Minderjährige wurden jedoch auch tagsüber aufgrund von ständiger »Unruhe« und »Erregungszuständen« medikamentös behandelt, und zwar in erheblichem Ausmaß. Im Beobachtungsbogen eines 1968 gerade einmal Elfjährigen, der mit der Diagnose »Schwachsinn erheblichen Grades« in Haus Hall aufgenommen wurde und durch »ständige motorische Unruhe« sowie »Zuckungen« auffiel, ist der Medikationsprozess ausführlich dokumentiert:

*»Kann nur mit Schlafmitteln einschlafen 11.11.1968: Megaphen abgesetzt, 10 Tr. Atosil, 10 Tr. Haloperidol, mehrfach in der Nacht auch mit 20-25 Tr.; Tagsüber 2 * 1 Melleril. – 16.12.68: Ruhiger, nur noch abends 20 Tr. Atosil, und 20 Tr. Haloperidol, Melleril abgesetzt – 1969: bereits laufende Valiumtherapie wird fortgesetzt, Haloperidol war abgesetzt worden nach Unverträglichkeitserscheinungen, Atosil auch – jetzt 5 mg Valium, Aolept in steigender Dosierung. 7.5.69: Esucostropfen.«¹¹¹*

Auch die befragten Zeitzeuginnen und Zeitzeugen berichten übereinstimmend, dass man sehr unruhigen Kindern Beruhigungsmittel verabreicht habe. Die Kindergärtnerin D. K. gibt hierzu an: »Ja, wir hatten ganz unruhige Kinder dabei, das nannte man damals ›Koller‹, wenn die richtig anfangen zu schreien. Ja, dann wurden die beruhigt [...].«¹¹² Auch hätten einige Betreuerinnen und Betreuer Arzneien gegeben, obwohl sie dazu nicht befugt waren. Vor dem Dienstantritt von Waldemar Strehl 1969 war dem ehemaligen ›Gruppenhelfer‹ S.V. zufolge eine der Nonnen für die gesamte Gesundheitsfürsorge zuständig gewesen, die auch ohne Berechtigung Medikamente verteilte. Der ehemalige Betreuer L.U. erinnert sich, dass an allzu aktive Kinder vom Personal bei Bedarf das schwachpotente Neuroleptikum Truxal ausgegeben wurde:

»Da war einer, der war ein bisschen unruhig, der kriegte dann mal ein Löffel Truxalsoft, nicht regelmäßig, täglich oder so, nur so, wenn der mal unruhig war. Dann sagten wir immer ›der segensreiche Löffel. Dann wurde der ruhiger.«¹¹³

109 JB 1969.

110 HH6164; HH5156.

111 HH5763.

112 Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Mitarbeiterin D.K. [anonymisiert], Gescher, 21.5.2019, 03:59-06:14.

113 Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Betreuer L.U. [anonymisiert], Gescher, 21.5.2019, 09:59-12:33.

Laut der Bewohnerin T.I. wurden die Kinder nicht über die verabreichten Medikamente aufgeklärt, teilweise seien den Bewohnerinnen und Bewohnern die Arzneien auch in den Kaffee oder die Suppe gemischt worden.¹¹⁴ Sie berichtet weiterhin:

»Ich hab immer im Bett gelegen, weil man so schwindelig war. Das fand ich nicht gut. Wenn man krank ist, muss man Tabletten nehmen, aber doch nicht so. Durften die Mitarbeiter nicht austeilen.«¹¹⁵

Sie selbst habe die »Tropfen einmal ausgespuckt«, woraufhin man sie zur Strafe in den »Bunker« gesteckt habe. Zur Frage, ob auch die Verabreichung von Arzneimitteln zu Strafzwecken angewendet wurde, finden sich in den Akten kaum Indizien, auch die Zeitzeuginnen und Zeitzeugen machen dazu keine direkten Angaben. Dennoch lassen einige Stationseinträge darauf schließen, dass Medikamentengaben durchaus auch aus disziplinarischen Gründen erfolgten. So wurde bei einem Jugendlichen Anfang der 1970er Jahre, der trotz vorheriger Disziplinierung erneut weglief, eine »hohe Ruhigstellung als Sofortmaßnahme« angeordnet. In einer anderen Situation erhielt er, nachdem er handgreiflich gegen einen Betreuer geworden war, der ihn nach einem Streit mit Gleichaltrigen ins Haus »schaffen« wollte, eine Tablette Megaphen zur »Beruhigung«.¹¹⁶ Ein anderer Junge bekam im August 1973 ein nicht näher spezifiziertes Medikament, nachdem er sich »verstockt« zeigte und »ein Mädchen in eine Scheune gezerzt und ausgezogen« hatte.¹¹⁷ 1956 wurde ein 13-jähriges Mädchen mit Luminal-Tabletten ruhigestellt, nachdem sie »sehr erregt eine Scheibe eingeschlagen« hatte.¹¹⁸ Der ehemalige Praktikant S.V. berichtet zudem, es seien oft jene Bewohnerinnen und Bewohner mit hochdosierten Neuroleptika ruhig gestellt worden, die keinen regelmäßigen Kontakt zu Angehörigen hatten.¹¹⁹

Mit der Einstellung von Dr. Waldemar Strehl im Jahr 1969, dem ehemaligen Anstaltsarzt des Essener Sales-Hauses, sei die Verordnungshäufigkeit von Medikamenten nochmals angestiegen, erinnern sich zwei Zeitzeuginnen und Zeitzeugen übereinstimmend.¹²⁰ Dies erscheint insofern schlüssig, als dass Strehl bereits in seiner Zeit in Essen durch eine besonders massive Verabreichung von Psychopharmaka aufgefallen war. Aller-

114 Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Bewohner T.I. [anonymisiert], Gescher, 20.5.2019, 46:45-48:50.

115 Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Bewohnerin T.I. [anonymisiert], Gescher, 17.5.2019, 17:26-20:55.

116 HH5668.

117 HH5368.

118 HH5256.

119 Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Mitarbeiter S.V. [anonymisiert], Sundern, 21.5.2019, 27:16-39:02.

120 Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Bewohnerin G.H. [anonymisiert], Gescher, 21.5.2019, 22:43-17:40; Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Mitarbeiter S.V. [anonymisiert], Sundern, 21.5.2019, 27:16-39:02.

dings scheint es sich bei diesen »Experimenten« nicht um Medikamententestungen pharmazeutischer Unternehmen gehandelt haben. Besonders häufig sei von Strehl das Psychopharmakon »Esucos« verabreicht worden, das in Westdeutschland im April 1962 in den Handel gelangte und 1991 vom Markt genommen wurde. Es handelt sich um eine Arznei aus der Gruppe der Antihistaminika, das in der Einrichtung im großen Umfang als Sedativum eingesetzt wurde und schnell »als das neue Wundermittel« galt. Die Ärzte in Haus Hall seien bei ihrer Medikationspraxis keiner Kontrolle von außen unterworfen gewesen, lediglich die Zivildienstleistenden hätten demnach bei Strehl »Theater« gemacht und sich für die Schwerstbehinderten eingesetzt. Sie seien die Einzigen gewesen, die Widerspruch gewagt hätten, da sie nichts zu verlieren hatten.¹²¹

9 Literaturverzeichnis

- BALZ, Viola (2015), Zeugenschaft und Experiment. Eine Geschichte der Psychopharmaka in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, Dresden.
- BÄUMER, Susanne/EGGERT, Heinz-Ulrich (1989), Schon fast vergessen. Alltag in Münster, 1933–1945, Münster.
- BEDDIES, Thomas/DÖRRIES, Andrea (Hrsg.) (1999), Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919 bis 1960, Husum.
- BÖSL, Elsbeth (2009), Politiken der Normalisierung. Zur Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland, Bielefeld.
- FÖCKING, Friederike (2007), Fürsorge im Wirtschaftsboom. Die Entstehung des Bundessozialhilfegesetzes von 1961, München.
- FRINGS, Bernhard (2012), Heimerziehung im Essener Franz-Sales-Haus 1945-1970. Strukturen und Alltag in der »Schwachsinnigen-Fürsorge«, Münster.
- FRINGS, Bernhard (2013), Behindertenhilfe und Heimerziehung. Das St. Vincenzstift Aulhausen und das Jugendheim Marienhausen, Münster.
- FRINGS, Bernhard (1994), »Zu melden sind sämtliche Patienten ...«. NS-»Euthanasie« und Heil- und Pflegeanstalten im Bistum Münster, Münster.
- KAMINSKY, Uwe/KLÖCKER, Katharina (2020), Medikamente und Heimerziehung am Beispiel des Franz-Sales-Hauses. Historische Klärungen – ethische Perspektiven, Münster.
- MEIRICH, Gerhard (2001), Wesentliche Ereignisse in Haus Hall seit 1971. In: Stiftung Haus Hall (Hrsg.), Einrichtungen für Menschen mit Behinderung. Haus Hall: ein Beitrag zu einer Kultur des Lebens, Freiburg (Breisgau), S. 15–29.
- NONHOFF, Irmhild (2001), »Lebenslänglich« selbst gewählt – Robert Lenfers 40 Jahre Priester. In: Stiftung Haus Hall (Hrsg.), Einrichtungen für Menschen mit Behinderung. Haus Hall: ein Beitrag zu einer Kultur des Lebens, Freiburg (Breisgau), S. 31–33.
- POHL, Stefanie (2001), Von der Anstalt zum regionalen Zentrum für Menschen mit Behinderung. In: Stiftung Haus Hall (Hrsg.), Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen. Haus Hall: Ein Beitrag zu einer Kultur des Lebens, Freiburg (Breisgau), S. 242–256.

121 Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Mitarbeiter S.V. [anonymisiert], Sundern, 21.5.2019, 27:16-39:02.

- SCHÄFTER, Gabriele u. a. (1995), Mädchenwelten. Sexuelle Gewalterfahrungen und Heimerziehung, Heidelberg.
- SIEBERT, Annerose (2016), Heimkinderzeit eine Studie zur Situation von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen der katholischen Behindertenhilfe in Westdeutschland (1949–1975), Freiburg (Breisgau).
- Stiftung Haus Hall (2005), Vielfalt leben! 150 Jahre Stiftung Haus Hall, Münster.
- Stiftung Haus Hall (1993), Der grüne Zweig in unserer Hand 1968–1993. 25 Jahre Schule für Geistigbehinderte von Haus Hall, Gescher.
- Stiftung Haus Hall (1980), 125 Jahre Bischöfliches Bildungs- und Pflegeheim Haus Hall. »Auf der Suche nach Gemeinde«, Gescher.
- WAGNER, Sylvia (2018), Arzneimittel und Psychochirurgie Der Einsatz von Medikamenten zur Sedierung, Arzneimittelstudien und Stereotaxie in den Rotenburger Anstalten 1950–1980. In: Karsten WILKE u. a., Hinter dem Grünen Tor. Die Rotenburger Anstalten der Inneren Mission, 1945-1975, Bielefeld, S. 305–366.
- WAGNER, Sylvia (2016), Ein unterdrücktes und verdrängtes Kapitel der Heimgeschichte Arzneimittelstudien an Heimkindern. In: Sozial.Geschichte Online 19.

II Assoziationsanstalt Schönbrunn

Christof Beyer

Inhalt

1	Einrichtungstyp und Quellenbasis	368
2	Historische Entwicklung der Einrichtung	369
3	Räumliche Beschaffenheit und materielle Ressourcen	370
4	Sozialprofil der Kinder und Jugendlichen und die Wege in die Einrichtung	373
5	Pädagogik und Lebensalltag	379
6	Medizinisch-therapeutischer Bereich	390
7	Medikation	392
8	Literaturverzeichnis	394

1 Einrichtungstyp und Quellenbasis

Gräfin Viktorine von Butler-Haimhausen gründete 1861 die »Association der Diener und Dienerinnen der Göttlichen Vorsehung« und kaufte ein Jahr später das Schlossgut Schönbrunn bei Dachau, um hier Menschen mit geistiger Behinderung sowie mittellose Mädchen und Frauen zu betreuen. Ab 1864 bestand in der Einrichtung eine Schule, die Betreuung der »Pfleglinge« übernahmen katholische Schwestern, die ab 1911 die Franziskaner-Ordensgemeinschaft »Kongregation der Dienerinnen der göttlichen Vorsehung« nach bischöflichem Recht bildeten. Bis 1936 wuchs die Zahl der betreuten Personen in der Einrichtung auf mehr als 1.200 an.¹ Im Zuge der nationalsozialistischen Patientinnen- und Patientenmord-Aktion »T4« wurden zwischen März und Juli 1941 539 Patientinnen und Patienten aus der Assoziationsanstalt Schönbrunn in die Heil- und Pflgeanstalt Eglfing-Haar verlegt, von denen 187 weiter in »T4«-Tötungsanstalten verbracht wurden.²

Seit 1994 firmiert die Einrichtung als »Franziskuswerk Schönbrunn« und ist heute ein Unternehmen für soziale Arbeit mit 850 Bewohnerinnen und Bewohnern mit geistiger Behinderung sowie etwa 1.400 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.³

Im Zuge der öffentlichen Debatte um die Vergangenheit des ehemaligen Präsidenten der Bundesärztekammer und Assistenzarztes in Schönbrunn ab 1942, Hans Joachim Sewering, sowie um die Rolle des Anstaltsleiters im Nationalsozialismus, Prälat Josef Steininger, wurde das Archiv der Assoziationsanstalt 2006 für die Öffentlichkeit nutzbar gemacht. Die Überlieferung der Einrichtung inklusive etwa 8.000 Bewohnerinnen- und Bewohnerakten für den Zeitraum bis 1976 gelangte in das zuständige kirchliche Archiv des Erzbistums München und Freising.⁴

Die Akten liegen im Archiv des Erzbistums sortiert nach Austritts- bzw. Sterbejahren vor. Hieraus wurden für die Stichprobe anhand der Vermerke auf den jeweiligen Aktendeckeln diejenigen Bewohnerinnen und Bewohner identifiziert, die bei Aufnahme in die Einrichtung in den Jahren 1950 bis 1979 minderjährig waren. Ausgewertet wurde aus dieser Menge jede fünfte Akte, so dass eine Gesamtstichprobe von 103 Akten erzielt wurde. Als zusätzliche Quelle konnten auf Vermittlung des Franziskuswerkes vier Interviews mit Bewohnerinnen und Bewohnern geführt werden, die im Zeitraum von 1953 bis 1974 in die Anstalt Schönbrunn aufgenommen worden waren.⁵ Darüber hinaus wurden etwa 125 Schülerinnen- und Schülerakten der Anstaltsschule Schön-

¹ <https://www.franziskuswerk.de/franziskuswerk/geschichte.html> (letzter Zugriff: 14.10.2019).

² SIEMEN (2012), 440, Anm. 57.

³ https://de.wikipedia.org/wiki/Franziskuswerk_Sch%C3%B6nbrunn (letzter Zugriff: 12.12.2019).

⁴ VOLPERT (2011).

⁵ Die Interviews führte Christof Beyer mit Unterstützung von Gertraud Martin am 15. Mai 2019 durch. Gertraud Martin war bis 2018 Leiterin des Geschäftsbereichs Kinder und Jugend im Franziskuswerk Schön-

brunn der Entlassungsjahrgänge 1955 bis 1966 gesichtet, die sich ebenfalls im Archiv des Erzbistums München und Freising befinden.⁶

Die Schönbrunner Bewohnerinnen- und Bewohnerakten haben insgesamt nur einen geringen Umfang von einigen Blättern. Sie umfassen zumeist Personalbogen, (amts-) ärztliche Zeugnisse, Behördenschreiben (z. B. zur Kostenübernahme), Dokumente zum Sonderschulbesuch, Meldebescheinigungen, kurze Erziehungsberichte, gegebenenfalls Epikrisen vorangegangener oder parallel vorgenommener Untersuchungen und auch ausgefüllte ärztliche Fragebögen aus der Anstalt Schönbrunn (z. B. bei Weiterverlegungen). Sporadisch ist auch Korrespondenz mit Angehörigen zu finden. Krankengeschichten bzw. medizinische Verlaufsdokumentationen sind dagegen nicht enthalten. Dies war nach Hinweisen aus der Literatur und aus den Akten offenbar früher schon der Fall: Eine Dissertation mit dem Titel »Verhaltensstudien an Oligophrenen in der Assoziationsanstalt Schönbrunn« von 1972 nennt für 70 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner fehlende Anamnesen,⁷ und auch zeitgenössische Anfragen nach ärztlichen Unterlagen in den Schönbrunner Bewohnerinnen- und Bewohnerakten wurden von der Einrichtung entsprechend abschlägig beschieden.⁸

Hinweise auf aggressives oder sexuell abweichendes Verhalten, Schwierigkeiten bei der Pflege und Medikamentengaben ließen sich meistens allein aus ärztlichen Attesten erschließen. Auch die Verwaltungsüberlieferungen enthielten nur wenig Anhaltspunkte für die Fragestellungen des Projekts. Eine zusätzliche Anfrage nach Begleitüberlieferung beim zuständigen Staatsarchiv München war leider erfolglos.

2 Historische Entwicklung der Einrichtung

Die Nachkriegsgeschichte der Einrichtung in Schönbrunn muss vor allem aus den Jubiläumsschriften und der einschlägigen Überlieferung im Archiv des Erzbistums rekonstruiert werden. Demnach lag die Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner in den Jahren 1950 bis 1976 zwischen 1.200 und 1.400 Personen. Die Betreuung wurde bis 1960 ausschließlich von Ordensschwestern geleistet, deren Zahl bis 1976 zwischen

brunn und war danach von der Einrichtung mit der Recherche und Unterstützung von im Rahmen der Stiftung »Anerkennung und Hilfe« anspruchsberechtigter Personen beauftragt. An dieser Stelle sei Frau Martin und der Geschäftsführung des Franziskuswerkes für die Unterstützung der Projektarbeit gedankt.

6 Hierbei wurde versucht, zu den Bewohnerinnen- und Bewohnerakten der Stichprobe parallele Schülerinnen- und Schülerakten zu finden, und gleichzeitig Schülerinnen- und Schülerakten im Umfeld des jeweiligen Entlassungsjahrgangs gesichtet.

7 ROSNER (1973), 3.

8 Archiv des Erzbistums München und Freising (AEMF), München, 5.6.2.1, 13/1961.

335 und 384 Frauen schwankte. Ab 1960 wurde auch »weltliches« Pflegepersonal in der Einrichtung angestellt, die Anzahl der Beschäftigten stieg hier von 60 (1960) auf 90 (1976) Personen.⁹

Nach einer hauseigenen Erhebung wurden im Zeitraum von 1949 bis 1975 insgesamt 716 minderjährige Bewohnerinnen und Bewohner aufgenommen.¹⁰ Bereits ab 1946 befanden sich etwa 140 »nervenranke« Jugendliche in Schönbrunn, bis 1951 stieg die Zahl dieser Bewohnerinnen und Bewohner auf 161.¹¹ Ab 1953 fanden Neuaufnahmen von Kindern statt.¹² Eine Statistik aus dem Jahr 1961 nennt 257 Menschen unter 21 Jahren in der Einrichtung,¹³ was einem geschätzten Anteil von etwa 18 Prozent an der Gesamtzahl der Bewohnerinnen und Bewohner entspricht. Zwar lebten um 1960 auch Gehörlose, »Taubstumme« und Schwerhörige in der Anstalt, hierunter befand sich allerdings nur ein minderjähriger Bewohner.¹⁴ Seit 1863 bestand in der Assoziationsanstalt eine Schule.¹⁵

Von 1917 bis 1962 leitete Prälat Josef Steininger die Anstalt. Er wurde dann von Karl Seidinger abgelöst, welcher der Einrichtung bis zu seinem Tod im Jahr 1976 vorstand.¹⁶ Die ärztliche Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner oblag bis 1960 offiziell Josef Steinbacher (1891–1973), der seit 1921 dort als Anstaltsarzt tätig war und dem ab 1957 sein Sohn Egon Steinbacher (1928–2009) zunächst assistierte, bevor er ihm in dieser Funktion nachfolgte.¹⁷

3 Räumliche Beschaffenheit und materielle Ressourcen

Nach Auflösung eines Ausweichkrankenhauses wurde 1953 das Haus »St. Vincenz« nach Renovierung mit 50 Minderjährigen neu belegt.¹⁸ Bis zu umfangreichen Neubauten von Heimen für Jungen und Mädchen zu Beginn der 1970er Jahre waren die minderjährigen Schönbrunner Bewohnerinnen und Bewohner hier sowie in der »Ludwigspflege« (Jungen) und »Agnespflege« (Mädchen) untergebracht. Im Zuge der Baumaßnahmen

9 Anstalt Schönbrunn (1986), 56, 67, 79.

10 MARTIN (2019), 1. Ich danke Frau Martin für die Anfertigung und Überlassung der Auswertung sowie für die Hilfe bei den Gesprächen mit Betroffenen.

11 AEMF: 1.3.2.1.3.3, 6/1947.

12 AEMF: 1.3.1.2.3., 4/?, Jahresbericht Schönbrunn 1953, 7.

13 AEMF: 1.7.2.3.2.5, 1/1962.

14 AEMF: 1.7.2.3.2.6, 1/1959.

15 Vgl. dazu Punkt 1.6.

16 Anstalt Schönbrunn (1986), 32; AEMF, 1.3.1.2.3., 22/1976.

17 KIPFELBERGER (2011), 123, Anm. 12; Anstalt Schönbrunn (1986), 55–57.

18 AEMF: 1.3.1.2.3., 4/?, Jahresbericht Schönbrunn 1953, 7.

konnten die Gruppengrößen ab 1974 deutlich reduziert werden, die noch Anfang der 1970er Jahre etwa 35 bis 45 Minderjährige umfassten.¹⁹

Die Einrichtung verfügte über einen »Anstaltskindergarten«, der sowohl in den Bewohnerinnen- und Bewohnerakten²⁰ als auch in den Jahresberichten erwähnt wird. So dankte beispielsweise Einrichtungsleiter Steininger 1959 den Schwestern in der Kinderpflege »für die nervenaufreibende Arbeit, die sie dort bei diesen nervösen, unruhigen, zappeligen Kindern leisten«.²¹

Über die Ausstattung der Kinderabteilungen lässt sich aus den Unterlagen wenig in Erfahrung bringen. Die Jahresberichte der Einrichtung nennen allerdings ab 1969 erstmals die Neuanfertigung von Garderobenschränken und Zimmertischen, ebenso wie die Herstellung von Spielzeugschränken und Tischen für die »Agnespflege«.²² Die interviewten Bewohnerinnen und Bewohner schildern in diesem Zusammenhang die damalige spartanische Ausstattung der Stationen:

»G'schirr hams gehabt wie im Knast. (lacht) Wie im Knast. Blech, alles Blech.«²³

»[...] seinerzeit hat's da, da da is ka Porzellangeschirr, goanix hat's da geb'n, [...] da hat's Aluminium des Zeug und ois geb'n. [Und hatten sie dann auch Messer und Gabel?] Hamma scho g'habt, ja, hm.«²⁴

»Samma, des Schlimme war des, wir ham ja im Zimmer kein Fernseh' g'habt. Des war ja des Allerschlimmste. Zimmer war immer nur im Wohnzimmer.«²⁵

»Ja, des war des Haus Hildegard, da war ma alle, da war ma, des war ziemlich klein, die Gru-, dies Gebäude war ziemlich klein, da war ma so viel Leut', [...] im ersten Stock an großen Schlafsaal, wo über zwanzig Leute drin war'n, und nebenan das Kinderzimmer, wo sechs, sieben drin war'n, dann die Schwesternzimmer, und dann da ganz oben in Dach, da san a zwei Zimmern gewesen. Und da, ein Zimmer warma 15 Leute drin, in ander'n Zimmer erst 12 und dann 10. [...] da war'n ma so z'samm, dazwischen war a Wandbrett. Z'samm. Da hat dann nix ander's mehr neipasst.«²⁶

19 AEMF: 1.7.2.2.7., 1/1971.

20 AEMF: 5.6.1.1., 24/1956.

21 AEMF: 1.3.1.2.3., 4/?, Jahresbericht Schönbrunn 1959, 23.

22 AEMF: 1.3.1.2.3., 17/1961, Jahresberichte 1971 und 1969, 166, 159.

23 Interview von Christof Beyer mit dem Bewohner B.N. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 1:04:29-1:04:37.

24 Interview von Christof Beyer mit dem Bewohner D.L. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 26:47-27:01.

25 Interview von Christof Beyer mit dem Bewohner B.N. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 1:05:45-1:05:56.

26 Interview von Christof Beyer mit der Bewohnerin B. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, Schönbrunn, 05:08-06:23.

»Fernseher hat's überhaupt koan geb'n, [...] du hast net amal a Musik g'hobt. [...] wenn's g'habt hast, zum, zum anhör'n, dann hams das wegg'nommen. Das geht net, hams g'sagt, dass du Musik hörst. So, so streng, mei Liaba.«²⁷

»Du hast ka Spind und goanix g'habt. [...] Du hast ja nix g'habt, [...] du hast ja ka Geld, goanix gehabt [...], seinerzeit.«²⁸

Für den Beginn der 1970er Jahre ergeben sich aus der Literatur Hinweise auf die Möglichkeit zum Basteln und Kegeln, zudem waren Radioapparate und ein Tischfußball-Spiel vorhanden. Daneben wurde festgehalten, dass »Fernsehen [...] mit Abstand die beliebteste Unterhaltung [ist]. Besonders im Winter oder bei schlechtem Wetter würde leicht Unruhe eintreten, wenn nicht am frühen Nachmittag der Fernsehapparat eingeschaltet würde.«²⁹ Bei diesen Angaben ist allerdings unklar, inwieweit sie sich auf die Kinderabteilungen der Einrichtung beziehen.

Eine Überfüllung der Kinderabteilungen zeichnete sich bereits zu Beginn der 1950er Jahre laut den Einzelfallakten ab. So monierte die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar 1951, dass es bereits seit zwei Jahren nicht möglich gewesen wäre, »Zöglinge« des dortigen »Kinderhauses« in Schönbrunn unterzubringen.³⁰ Auch in anderen Einzelfallakten sind die hohe Nachfrage nach Plätzen bzw. die Überfüllung von Anstalt und Hilfsschule in Schönbrunn von den 1950er Jahren bis in die 1970er Jahre erwähnt.³¹ Vereinzelt finden sich auch Hinweise auf einen »Tausch« von Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern zwischen Schönbrunn und Haar, da die Kinderabteilungen beider Einrichtungen keine freien Kapazitäten mehr hatten.³² Im Einzelfall ist auch feststellbar, dass minderjährige Bewohnerinnen und Bewohner wegen Überbelegung der Kinderabteilungen in anderen Häusern gemeinsam mit Erwachsenen untergebracht wurden.³³

Auch unter den interviewten Bewohnerinnen und Bewohnern befanden sich drei, die bereits vor ihrem Aufenthalt in Schönbrunn im Bezirkskrankenhaus Haar untergebracht waren. Eine Bewohnerin erinnerte sich, dass es ihr in Schönbrunn besser gefallen und auch ihre Mutter sie gleich dorthin gebracht hätte, wenn diese eher gewusst hätte, wie gut sie in Schönbrunn aufgehoben sei.³⁴ Eine weitere Interviewpartnerin fasste im Gespräch den Unterschied zwischen Bezirkskrankenhaus und Assoziationsanstalt lapidar so zusammen: »Da [in Haar] warst glei' eing'sperrt. [...] Aber wenigstens haben's di

27 Interview von Christof Beyer der Bewohnerin B. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 12:19-12:49.

28 Interview von Christof Beyer mit dem Bewohner D.L. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 09:19-09:23.

29 ROSNER (1973), 18.

30 AEMF: 5.6.2.1., 29/1953; 5.6.1.1., 20/1964.

31 AEMF: 5.6.2.1., 12/1952, 11/1962; 5.6.1.1., 12/1974.

32 AEMF: 5.6.2.1., 34/1963.

33 AEMF: 5.6.1.1., 18/1968.

34 Lebenslauf E.R. [anonymisiert], Erhebung Gertraud Martin, 20.2.2019.

net geschlagen. Geschlagen haben's di net.«³⁵ Unter den gesichteten Schülerinnen- und Schülerakten finden sich ebenfalls einige Minderjährige, die aus dem Bezirkskrankenhaus Haar nach Schönbrunn überwiesen wurden – in manchen Fällen folgte Anfang der 1950er Jahre daraufhin laut Akten eine deutliche Besserung des Verhaltens und eine »günstige« Beeinflussung durch den »Wechsel der Anstalt«.³⁶

4 Sozialprofil der Kinder und Jugendlichen und die Wege in die Einrichtung

Der überwiegende Teil der minderjährigen Bewohnerinnen und Bewohner aus der Aktenstichprobe kam aus dem elterlichen Haushalt in die Heimeinrichtung (68 Prozent), deutlich weniger wurden aus anderen Krankenhäusern, Heil- und Pflegeanstalten oder Heimeinrichtungen aufgenommen (19 Prozent). Überwiesen wurde vor allem aus der psychiatrischen Anstalt in Haar und der Heckscher Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in München. Der Großteil der aufgenommenen Minderjährigen aus der Stichprobe kam nach Schönbrunn, um dort die Anstaltsschule zu besuchen oder in den Werkstätten eine Ausbildung zu absolvieren (22 Personen). In einzelnen Fällen erscheinen die familiären oder lokalen Umstände als Aufnahmegrund, so beispielsweise mangelnder Platz in eigentlich vorgesehenen Einrichtungen³⁷, Erwerbstätigkeit beider Elternteile³⁸, Krankenhausaufenthalte bzw. Erkrankung eines Elternteils³⁹, fehlende Kindergärten oder Hilfsschulen in der heimischen Umgebung⁴⁰, weitere Schwangerschaft der Mutter⁴¹, Alter der betreuenden Person⁴², Überfüllung der überweisenden Einrichtung⁴³ oder die Auflösung einer bestehenden Betreuungseinrichtung.⁴⁴

Oftmals werden die familiären Verhältnisse als Grund für die Aufnahme genannt.⁴⁵ Hier finden sich durchaus auch abwertende Beschreibungen der häuslichen Umgebung

35 Interview von Christof Beyer mit der Bewohnerin B. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 37:07-37:17.

36 AEMF: 1.7.3.4.2., Männliche Schüler im Austrittsjahr 1951, Akten WH, HU.

37 AEMF: 5.6.1.1., 2/1952.

38 AEMF: 5.6.1.1., 4/1956, 8/1973; 5.6.2.1., 1/1962.

39 AEMF: 5.6.1.1., 25/1959; 5.6.1.2., 2/1969, 35/1975.

40 AEMF: 5.6.1.1., 13/1971; 5.6.2.1., 24/1950.

41 AEMF: 5.6.2.2., 7/1976.

42 AEMF: 5.6.2.1., 21/1963.

43 AEMF: 5.6.2.1., 12/1965, 8/1975.

44 AEMF: 5.6.2.1., 3/1973.

45 AEMF: 5.6.2.1., 13/1954, 36/1957, 2/1952, 1/1965, 3/1973, 6/1974, 8/1975; 5.6.1.1., 18/1968, 3/1969; 5.6.2.2., 10/1961.

und der Eltern. So wird eine Mutter 1952 als »geistig sehr minder« und daher mit der Erziehung überfordert beschrieben.⁴⁶ Allerdings ist häufig auch ein Eingreifen von Behörden nachzuvollziehen, wenn aufgrund »ungünstiger familiärer Verhältnisse« ein Kind »keine Förderung seiner Fähigkeiten erfahren« könne.⁴⁷ 1954 monierte beispielsweise die Familienfürsorge bei einem 13-jährigen Jungen mit cerebralen Störungen und Multipler Sklerose, dass dieser in seinem Elternhaus sich selbst überlassen sei: »Die primitive bäuerliche Umgebung hat wenig Gefühl für [Name].« Auch sei die Mutter im Umgang mit dem Sohn »ziemlich taktlos. Spricht beispielsweise vor [Name] von seinem evtl. baldigen Ableben und in diesem Zusammenhang von Kostenersparnis.«⁴⁸ Im Jahr 1968 nennt ein psychologisches Gutachten das schlechte Abschneiden eines Bewohners als Ergebnis »völliger Vernachlässigung« durch das Elternhaus, so habe er Farben nicht benennen können, »da ihm keiner die Farbnamen sagte.«⁴⁹ Weitere Argumente für die Aufnahme konnten häusliche Gewalt bzw. Misshandlungen durch die Eltern sein,⁵⁰ in einem Fall musste die Mutter eine Haftstrafe verbüßen.⁵¹

Hinsichtlich des Elternhauses kamen 88 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner der Stichprobe aus katholischen Haushalten. In den meisten Fällen waren diese ehelich geboren (76 Prozent), und die Eltern lebten noch zusammen (60 Prozent). Durch die dürftige Dokumentation ließ sich das Herkunftsmilieu in einem Drittel der gesichteten Akten nicht feststellen; auffällig war allerdings der im Vergleich hohe Anteil an Bauern und Landwirten (21 Prozent) sowie Handwerkern (16 Prozent) bei den Berufen der Eltern.

Beim überwiegenden Teil des Aktensamples erfolgte die Überweisung durch staatliche Stellen wie dem Gesundheitsamt, Jugendamt oder Fürsorgeamt (40 Prozent) oder auf Initiative der Angehörigen (13 Prozent). Die Akten erwecken oft den Eindruck, dass die Angehörigen den Weg über das zuständige Gesundheitsamt suchten, um eine Betreuung und/oder Förderung ihrer Kinder zu erreichen. Aus den gesichteten Schülerinnen- und Schülerakten geht auch in Einzelfällen die Initiative von Volksschullehrern hervor, die wiederum ebenfalls die häuslichen Verhältnisse als Grund ihrer Intervention nannten.⁵²

46 AEMF: 5.6.2.1., 2/1952.

47 AEMF: 5.6.1.1., 3/1969.

48 AEMF: 5.6.2.2., 10/1961.

49 AEMF: 5.6.2.1., 8/1975.

50 AEMF: 5.6.2.1., 3/1973.

51 AEMF: 5.6.2.1., 6/1974.

52 Vermerk Hauptlehrer, 25.9.1951: »Die Anstaltsunterbringung erfolgte vor allem auf mein Drängen, da dem Kind zuhause bei drei kleinen Stiefgeschwistern, einer sehr derben Mutter und einer äußerst nervösen Großmutter die nötige Ruhe und sachgemäße Behandlung fehlt.« AEMF: 1.7.3.4.1., Weibliche Schüler im Austrittsjahr 1951, Akte EH; Anmerkung zur Überweisung nach Schönbrunn, 26.11.1951: »Häusl. Verhältnisse sind ungünstig (das siebente Geschwisterkind wird erwartet.) es fehlt an Pflege. Das Kind wurde mit einem schul. Gutachten der Hilfsschule der Anstalt Schönbrunn überwiesen.« AEMF: 1.7.3.4.1., Weibliche Schüler im Austrittsjahr 1958, Akte MB.

U. a. bei eindeutig ersichtlichen Initiativen der Angehörigen schilderten diese auch ihre positiven Eindrücke von Schönbrunn:

»Hochwürdiger Herr Direktor Steiniger hatte am Montag die Güte, mich in die Kinderabteilung zu führen, wo ich zu meiner Beruhigung sehen konnte, wie gut die Zöglinge von den Ehrwürdigen Schwestern betreut werden. Nicht nur die ganze vorbildliche Anlage sowohl drinnen als wie draußen machten auf mich einen tiefen Eindruck, sondern am meisten das rührende Vertrauen, das die Kinder zeigen und womit sie ihre Liebe beweisen, die ihnen so aufopfernd gewidmet wird.«⁵³

»So schmerzlich für uns die Begegnung mit den Menschen ist, die sie betreuen, so angenehm waren wir jedesmal berührt von der Atmosphäre und dem segensreichen Wirken, das in Schönbrunn spürbar ist.«⁵⁴

»Mir liegt daher sehr am Herzen, dass der Junge gefördert wird. Die Fürsorgerin hat ihre Anstalt sehr gelobt und ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn mein Kind bei Ihnen Aufnahme finden könnte, zumal die Verbindung nach dort von hier aus am günstigsten ist.«⁵⁵

In Einzelfällen sind auch die Hilfe und Initiative des jeweiligen Pfarramtes erkennbar, um einen Platz in der Assoziationsanstalt zu bekommen.⁵⁶

Das Alter der minderjährigen Bewohnerinnen und Bewohner bei Aufnahme lag in der Stichprobe zwischen vier Monaten und 19 Jahren. Deren Aufenthaltsdauer betrug laut den gesichteten Akten zwischen wenigen Wochen und nahezu fünf Jahren. Bei ihrer Entlassung waren die Bewohnerinnen und Bewohner in der untersuchten Stichprobe zwischen wenigen Monaten und 33 Jahren alt, wobei in 15 Fällen die Entlassung bzw. Verlegung nach dem Erreichen der gesetzlichen Volljährigkeit (21 Jahre) erfolgten und 19 Bewohnerinnen und Bewohner aus der Stichprobe in einem Alter zwischen wenigen Monaten und 17 Jahren in der Anstalt verstarben.

Da nur Einzelfallakten nach Entlassung oder Tod der Bewohnerinnen und Bewohner Schönbrunns in das Archiv des Erzbistums München und Freising gelangt sind, kann anhand dieses Bestands keine Aussage über Personen getroffen werden, die sich nach wie vor im Franziskuswerk befinden. Nach eigenen Recherchen des Franziskuswerkes befanden sich 2018 noch 245 Menschen in der Einrichtung, die bereits zwischen 1949 und 1975 als Minderjährige dort untergebracht waren.⁵⁷

Im untersuchten Aktensample fand fast die Hälfte der Aufnahmen im Kontext der Diagnose »Schwachsinn« und ihrer zeitgenössischen Abstufungen bzw. Umschreibungen (»debil«, »Idiotie«, »degenerative Minderbegabung«, »Geistesschwach«, »Imbecillität«)

53 AEMF: 5.6.2.2., 19/1962.

54 AEMF: 5.6.2.1, 28/1963.

55 AEMF: 5.6.2.1., 11/1962.

56 AEMF: 5.6.1.1., 34/1954; 5.6.2.1., 19/1967.

57 MARTIN (2019), 1.

statt. Selten fanden sich in den Unterlagen etwas spezifischere Diagnosen, wie etwa »Mongolismus«, organische Hirnerkrankungen oder Epilepsie.

In Einzelfällen erfolgte die Aufnahme nicht wegen einer angenommenen geistigen Einschränkung oder Erkrankung, sondern aufgrund von körperlichen Erkrankungen und Beeinträchtigungen und des Mangels an alternativen Versorgungsmöglichkeiten. So wurde 1968 ein Junge mit progressiver Muskeldystrophie aus der Orthopädischen Kinderheilstätte Aschau nach Schönbrunn gebracht, weil dort keine Beschulungsmöglichkeit bestand und dieser auch »einem behandlungsbedürftigen Kind den Platz wegnimmt«, wie es im Schreiben aus Aschau hieß.⁵⁸ Eine weitere Patientin wurde 1955 mit einem Myxosarkom am Unterkiefer als »reiner Pflegefall« und – so der Einrichtungsarzt Steinbacher – »abschreckend Kranke und Sieche« in Schönbrunn aufgenommen.⁵⁹ Auch kam ein Mädchen, dessen linke Hand fehlte, nach Abschluss der Volksschule 1953 in die Einrichtung, um dort einen einfachen Beruf für »Einhänder« zu erlernen.⁶⁰

Die überwiegende Feststellung einer geistigen Beeinträchtigung zeigt sich auch in den eigenen Erhebungen von 66 Bewohnerinnen und Bewohnern in Schönbrunn durch das Franziskuswerk. Üblicherweise handelte es sich dabei um die Bestätigung einer bereits zuvor gestellten Diagnose. In manchen Fällen wurde im Verlauf des langjährigen Aufenthalts die Diagnose korrigiert oder differenziert.⁶¹ Laut den Ergebnissen einer Sichtung durch eine Mitarbeiterin des Franziskuswerkes fand aber üblicherweise keine Aktualisierung der Diagnostik durch die Anstalt Schönbrunn statt. Einmal gestellte Diagnosen wurden beibehalten; wenn diese revidiert wurden, dann taten dies externe Stellen (z. B. eine psychiatrische Klinik).⁶² Dementsprechend erinnert sich auch ein Betroffener, der 1953 mit der Diagnose »Debilität« in Schönbrunn aufgenommen wurde, dass 23 Jahre später einem Psychologen aufgefallen sei, dass in seiner Akte gar keine Intelligenzprüfungen enthalten gewesen wären.⁶³

Wie genau die Prüfung von Eingangsdiagnosen in Schönbrunn vonstattenging, ist anhand der Einzelfallakten nur schwer nachvollziehbar. Intelligenzprüfungsbögen oder ähnliches sind üblicherweise nicht in den Bewohnerinnen- und Bewohnerakten der Einrichtung enthalten, sondern vor allem in den Schülerakten. Hier finden sich für die Entlassungsjahrgänge 1951 bis 1966 Intelligenzprüfungen nach »Binet-Simon-Bobertag (1914)«, die offensichtlich von der jeweiligen Lehrkraft der Anstaltsschule durchgeführt wurden.

58 AEMF: 5.6.2.1., 8/1975.

59 AEMF: 5.6.1.2., 42/1955.

60 Trotz Schulbesuch lautete die ärztliche Einschätzung bei Aufnahme in Schönbrunn hier »schwachsinnig« bzw. »geistig zurückgeblieben«. AEMF: 5.6.2.1., 8/1957.

61 MARTIN (2019), 1.

62 Telefonat mit Gertraud Martin, 4.11.2019.

63 Interview von Christof Beyer mit dem Bewohner D. L. [anonymisiert], Schönbrunn, 44:50-45:02.

Einen punktuellen Eindruck von den Befragungen vermittelt die erhalten gebliebene Beschwerde eines Bewohners gegen seine Entmündigung bei gerade erreichter Volljährigkeit mit 21 im Jahre 1973. Der junge Mann monierte, dass die Überprüfung seiner Mündigkeit in Schönbrunn aus lediglich einem 60-minütigen Test bestanden hätte:

»Zu diesem Zeitpunkt war ich derartig aufgeregt, daß meine Antworten möglicherweise entsprechend ausfielen. Es wurden keine mir bekannten Personen über mich befragt. Ein derartiges Kurzverfahren mit solch weitreichenden Auswirkungen wird meiner Person nicht gerecht. Ich halte mich nicht für einen ›Geistesschwachen‹ [...]. Wegen Schwierigkeiten im Elternhaus und in der Schule kam ich in die Anstalt Schönbrunn. Dies darf aber nicht der Grund für einen solchen Beschluss sein, von dem mein weiteres Leben abhängt.«

Der Bewohner schlug ein weiteres, längeres Testverfahren durch eine Psychologin bzw. einen Psychologen vor. Die Beschwerde wurde vom zuständigen Landgericht als unzulässig verworfen, da sie dort wenige Tage nach Ablauf der gesetzlichen Beschwerdefrist eintraf.⁶⁴

Über therapeutische Maßnahmen lässt sich aus den Einzelfallakten kaum etwas in Erfahrung bringen. Bedingt durch den Charakter der Einrichtung standen wie erwähnt Aufsicht, Betreuung, Pflege, Schulbesuch und die Arbeit in den anstaltseigenen Betrieben im Vordergrund. Dementsprechend werden in den Unterlagen, wenn überhaupt, Betreuungsprobleme und Störungen des Betriebsablaufs thematisiert (s. u.). Die ärztliche Versorgung in der Einrichtung beschränkte sich auf die Behandlung körperlicher Erkrankungen. Die Angaben der interviewten Betroffenen bestätigen diesen Eindruck. Aufwändigere Operationen oder Behandlungen wurden in externen Krankenhäusern vorgenommen.⁶⁵ Unter den genannten 19 Bewohnerinnen und Bewohnern aus der Stichprobe, die in Schönbrunn im Zeitraum 1950–1975 verstarben, waren die am häufigsten genannten Todesursache laut Akten »Status epilepticus« bzw. epileptische Anfälle, teilweise auch in Kombination mit anderen Erkrankungen (8 Personen), sowie Lungenerkrankungen (Pneumonie, Bronchitis, Tuberkulose), ebenfalls teilweise in Kombination mit anderen Erkrankungen (6 Personen).

Entlassungen erfolgten überwiegend nach Hause (56 Prozent). Oft kam es vor, dass die Kinder nach einem Ferienaufenthalt von den Eltern daheim behalten oder aus eigener Initiative nach Hause geholt wurden. Diese Option der jederzeitigen »Rücknahme« durch die Eltern bzw. gesetzlichen Vertreter war nach den Satzungen der Anstalt von 1924 und 1972 jederzeit möglich.⁶⁶ Weitere Begründungen hierfür fanden sich in den

⁶⁴ AEMF: 5.6.2.1., 6/1974. Ob diese Beschwerde vom Bewohner selbständig oder mit Hilfe weiterer Personen verfasst wurde, bleibt unklar.

⁶⁵ AEMF: 5.6.1.1., 7/1975; 5.6.2.1., 13/1961, 3/1973, 15/1959, 19/1956.

⁶⁶ AEMF: 1.2.5.1., 1/1924, 2/1972.

Akten nur selten. In einem Fall spielten dafür die Kosten der Unterbringung eine Rolle,⁶⁷ in einem anderen die Eröffnung eines neuen Kindergartens oder die Heimunterbringungsmöglichkeit in der Nähe des Wohnortes.⁶⁸ Auch war es offenbar möglich, dass nach Hause »entlaufene« Kinder dort bleiben konnten.⁶⁹ Bei mehreren Bewohnerinnen und Bewohnern wurde der Abschluss des Schulbesuchs oder einer Lehre in Schönbrunn als Entlassungsgrund genannt.⁷⁰ Vereinzelt wurde Eltern auch durch die Einrichtung untersagt, ihre Kinder nach Beurlaubung wieder zurück nach Schönbrunn zu bringen, was in einem Fall damit begründet wurde, dass die »Mitpfleglinge« den Bewohner »wegen seiner aussergewöhnlichen Unreinlichkeit nicht mehr dulden« würden.⁷¹ In einem anderen Fall wurde als Grund angeführt, dass zu viele Aufenthalte im elterlichen Zuhause eine Eingewöhnung in der Einrichtung verhindert hätten und aufgrund der hohen Nachfrage nach Plätzen von einer Weiterbetreuung abgesehen werde.⁷²

Bei Entlassungen bzw. Verlegungen aus Schönbrunn in andere Einrichtungen – vor allem in das damalige Nervenkrankenhaus Haar bei München (5 Personen) – wurde als Motiv überwiegend das Verhalten von Bewohnerinnen und Bewohnern genannt, welches für die Schönbrunner Anstalt nicht mehr zu bewältigen sei. Es sind meistens diese Fälle, die nach Aktenlage vorrangig einen Eindruck über das Vorkommen unerwünschten und abweichenden Verhaltens in der Einrichtung geben. Regelmäßig wurde dabei angegeben, dass das genannte Verhalten für eine »offene« Anstalt nicht tragbar sei und die Betreuung durch die Schwestern wegen aggressiven Verhaltens nicht mehr bewältigt werden könne:

»recht haltlos, schlechten Einflüssen zugänglich; er ist ausgesprochen hypomanisch und stets guter Dinge, dabei ist er aber Ermahnungen guter oder ernster Art unzugänglich. Den Anordnungen der Pflegeschwestern gegenüber zeigt er sich völlig gleichgültig und macht sie lächerlich u.s.w.«⁷³

»Die Erregungszustände des immer kräftiger werdenden Burschen, der sowohl gegen seine Mitpfleglinge, als auch gegen das Pflegepersonal (das ausschließlich aus Schwestern besteht) tätlich vorgeht, haben sich in letzter Zeit [...] sehr gesteigert [...].«⁷⁴

»Streunt auf den Straßen und in der Umgebung umher, erbettelt sich Geld, betrinkt sich und legt sich schwerbetrunken auf die Straße, auf welcher großer Autoverkehr herrscht.«⁷⁵

67 AEMF: 5.6.1.1., 20/1964.

68 AEMF: 5.6.1.1., 13/1971.

69 AEMF: 5.6.2.2., 9/1970; 5.6.1.1., 1/1964.

70 AEMF: 5.6.1.1., 1/1953; 5.6.2.1., 23/1954, 4/1971; 5.6.2.2., 7/1976.

71 AEMF: 5.6.2.1., 11/1960.

72 AEMF: 5.6.2.1., 12/1952.

73 AEMF: 5.6.2.1., 29/1953.

74 AEMF: 5.6.2.1., 34/1963.

75 AEMF: 5.6.2.1., 9/1968.

5 Pädagogik und Lebensalltag

Laut den Schilderungen der Betroffenen war der Alltag in Schönbrunn maßgeblich durch Kirchgänge, Schule und Arbeit bestimmt. Mit Blick auf die 1924 festgelegte Anstaltssatzung, die formal bis zu ihrer Neuformulierung im Jahr 1972 Gültigkeit behielt, sah die »Tagesordnung« wie folgt aus:

»½ 5-½ 6 Uhr im Sommer, 5-6 Uhr im Winter: Aufstehen, Waschen, Ankleiden, Morgengebet. ½ 6-½ 7 Uhr im Sommer, 6-7 Uhr im Winter: Hl. Messe. ½ 7-½ 8 Uhr im Sommer, 7-8 Uhr im Winter: Frühstück. ½ 8-11 Uhr im Sommer, 8-11 Uhr im Winter: Beschäftigung. 11-12 Uhr Mittagessen. 12-1 Uhr Spazierengehen. 1-3 Uhr Beschäftigung. 3-1/2 4 Uhr Dreiuhrbrot. ½ 4-½ 6 Beschäftigung. ½ 6-6 Uhr Rosenkranz für die Wohltäter der Anstalt. 6-1/2 7 Uhr im Sommer, 6-6 ¼ im Winter: Freizeit. ½ 7-7 ¼ Uhr im Sommer, 6 ¼ -7 Uhr im Winter: Abendessen mit geselliger Unterhaltung. 7 ¼-7 ½ im Sommer, 7-7 ¼ Uhr im Winter: Abendgebet. 7 ½ Uhr im Sommer, 7 ¼ Uhr im Winter: Schlafengehen. An Sonn- und Feiertagen: 8-½ 10 Uhr Sonn- oder Festtagesgottesdienst. 1-2 Uhr Nachmittagsgottesdienst. 2-3 Uhr Spazierengehen.«⁷⁶

Bei Sonn- und Feiertagen sollte der übrige Tagesablauf »wie an Werktagen« organisiert werden, »nur daß Erholung, Spiel, gesellige Unterhaltung an die Stelle der Beschäftigung tritt. Wegen des so verschiedenartigen Zustandes der Pfleglinge ist die Tagesordnung mit kluger Nachsicht zu handhaben.«⁷⁷

Die Schilderungen der interviewten Betroffenen bieten ebenfalls ein relativ einheitliches Bild über den Alltag in Schönbrunn im Untersuchungszeitraum. So mussten die Bewohnerinnen und Bewohner frühmorgens – etwa um 5 Uhr – aufstehen, um noch vor der Schule mit den Schwestern am Gottesdienst teilzunehmen.⁷⁸ Danach folgten ab acht Uhr der Schulunterricht und gegebenenfalls danach ab Mittag bzw. Nachmittag der Einsatz bzw. die Mitarbeit in den zahlreichen anstaltseigenen landwirtschaftlichen und handwerklichen Betrieben. Dazu gehörten eine Schreinerei, Zimmerei, Korbflechterei, ein Herren- und Damen-Schneider, eine Näherei, Strickerei, ein Schuhmacher, ein Metall- und ein Elektrobetrieb, ein Maler und ein Buchbinder sowie die Bereiche Küche, Bäckerei, Metzgerei, Gärtnerei, »Hausdienste«, Wäscherei und Büglerei. Viele der betreuenden Ordensschwwestern verfügten über eine handwerkliche Gesellen- oder Meisterprüfung.⁷⁹

Nach den Schilderungen der befragten Zeitzeuginnen und Zeitzeugen gab es für Verwandtenbesuche keine besonderen Regelungen. Ganztägige Besuche und sogar

⁷⁶ AEMF: 1.2.5.1., 1/1924.

⁷⁷ Ibid.

⁷⁸ Auch in einer Jubiläumsschrift der Einrichtung wird die »tägliche Eucharistiefeier« als »zentrale Mitte des Gemeinschaftslebens« genannt. Anstalt Schönbrunn (1986), 28.

⁷⁹ Anstalt Schönbrunn (1986), 28, 50.

Übernachtungen seien möglich gewesen.⁸⁰ Auch konnten die minderjährigen Bewohnerinnen und Bewohner die Schulferien bei den Eltern verbringen, wenn dies aufgrund der familiären Situation möglich war. Aus einer Einzelfallakte geht hervor, dass Briefe an die Bewohnerinnen und Bewohner offenbar von dem Personal der Assoziationsanstalt geöffnet und kontrolliert wurden. So schrieb die Anstalt an ein Stadtjugendamt im Juli 1965, dass die beiden letzten Briefe der inhaftierten Mutter eines Bewohners »dem Jungen nicht ausgehändigt werden [konnten], denn sie waren so unvernünftig geschrieben und würden [...] für die gesunde Entwicklung des Buben von großem Schaden sein«, da die Mutter ihre dort gemachten Versprechen nicht »ja doch nicht« halten und »ihn mit Bitterkeit u. Mißtrauen gegen die Mutter erfüllen [würde]. Außerdem ist es viel besser für [Name], wenn er nicht weiß, daß die Mutter eine Strafe verbüßt. [...] Es wäre viel besser, wenn die Mutter dem Jungen schreiben würde, dass sie froh ist, dass er im Heim gut untergebracht ist, als dass sie ihn deshalb bedauert.«⁸¹

Während die Teilnahme an den religiösen Feiern und Zeremonien obligatorisch war, schien die Freizeitgestaltung der minderjährigen Bewohnerinnen und Bewohner von den jeweiligen personellen Möglichkeiten abzuhängen. Dies wird von den befragten Bewohnerinnen und Bewohnern, die als Kinder und Jugendliche in Schönbrunn waren, insbesondere für die abendliche Bettruhe als leidvoll beschrieben:

»Da war's halt a' wieder so: Die haben um Sechse die Haustür zugesperrt, auch im Sommer, man konnt' auch nimmer viel, nimmer viel machen. Also, hat's immer geheißn, wir müssen in der Früh aufstehen. Hab' ich gesagt, des, da kann ich net dafür, wir müssen in die Kirche gehen. Hab' ich gesagt, da kann ich nix dafür. Aber im Sommer, bis Achte oder Neune, schrecklich, ja. Meine Freunde haben immer gesagt von, von der Landwirtschaft: Tust Dich duschen, und dann seng ma uns. Ja pf, nix mehr war's. Zugsperrt, fertig. Na, bleib zuhause.«⁸²

»Man hat immer droben sitzen müssen, wenn die Schwestern net Zeit gehabt haben, de san meistens ganz wenig mit uns spazieren gangen. [...] der Religionslehrer, der war mit uns sehr guat gesinnt, [...] der ist mit uns dann oft werktags zum Spazieren gangen mit uns. Aber sonst hat's da net viel geben. [...] dazumal ham wa bloß nen Bolzplatz g'habt und nix anderes.«⁸³

80 Interview von Christof Beyer mit der Bewohnerin B. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 23:03-23:12; Interview von Christof Beyer mit der Bewohnerin E. R. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 23:17-23:35, 24:17-24:24; Interview von Christof Beyer mit dem Bewohner D. I. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 25:01-25:13.

81 AEMF: 5.6.2.1., 6/1974.

82 Interview von Christof Beyer mit dem Bewohner B. N. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 21:07-21:59.

83 Interview von Christof Beyer mit dem Bewohner D. L. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 20:29-21:00.

»Die haben um dreiviertel Fünfe aufstehen müssen, die Schwestern, die waren froh, wenn sie um Acht ins Bett komma sind. [...] Wir ham uns moastens was angewöhnt, und zwar des ‚schubseln‘, kennst des? Ja, wackeln oder irgend so a Ding, hab i des beibra-, hab i des lang gemacht, weil das i mir [...], weil das i schlaf hab kenna.«⁸⁴

»Da is' a Spannung aufbaut is' da droben, das kenna sich net vorstellen, 40 Kinder, lauter so normale derfich sagen fast, [...] und dann sollst in der Schule scho' brav sein, und dann kommst na fünf Stunden nauf und danna uff einmal sollst wieder drei, vier Stunden do, das do, bei vierzig Kinder, das do, und die Schwestern warn ja a, des warn 45 Leut [...] 20 hätten a gelangt scho', gell. Weil mir war'n a kaane Engel net, des is' ja ganz logisch [...], [der Religionslehrer] geschaut, das ma da zum spazier'n gon, das ma wenigstens nauskumme san, dann samma drei Stunden mit eam spazieren geführt gange.«⁸⁵

Die hier genannten Spaziergänge tauchen auch in anderen Schilderungen als wesentliches Element der Freizeitgestaltung auf, daneben gab es wohl überwiegend die Möglichkeit zum Ballspielen auf dem »Bolzplatz«. Auch erinnern sich interviewte Bewohnerinnen und Bewohnerin an Ausflüge, die ebenfalls im Rahmen des Schönbrunner Schulbesuches unternommen wurden.⁸⁶

In der seit 1863 bestehenden Anstaltsschule wurden alle »nur irgendwie schulfähige[n]« Kinder ab sechs Jahren beschult und »fast unabhängig vom Lernerfolg« dort bis zum 16. Lebensjahr unterrichtet.⁸⁷ Die Schule verfügte über eine Vorbereitungsklasse sowie drei Klassenstufen für die »Schulbesuchsjahre« zwei bis sieben. Im Jahr 1967 beantragte die Einrichtung erfolgreich eine staatliche Förderung für die Anstaltsschule.⁸⁸ Ab 1969 wurden eigene Klassen für »lern- und geistig behinderte Schüler« eingerichtet.

In den Bewohnerinnen- und Bewohnerakten finden sich nur wenige Hinweise auf den Schulbesuch. In den gesichteten Akten der Einrichtung sind regelmäßig Schülerbogen (mit Vermerken über Impfungen), ein »Hilfsschul-Ergänzungsbogen zum Schülerbogen«, ein »Untersuchungsbefund bei Aussonderung in die Hilfsschule«, ein Formular zu den »Erziehungs- und Unterrichtserfolgen in der Hilfsschule« sowie Abgangszeugnisse aus der Anstaltsschule bzw. der Anstalts-Berufsschule enthalten. Die »Erziehungs- und Unterrichtserfolge« hielten die »Fortschritte« zu folgenden Kategorien fest: Fleiß und

⁸⁴ Interview von Christof Beyer mit dem Bewohner D.L. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 22:13-22:38.

⁸⁵ Interview von Christof Beyer mit dem Bewohner D.L. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 33:09-34:01.

⁸⁶ Interview von Christof Beyer mit der Bewohnerin E.R. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 07:42-08:03, 09:15-09:37; Interview von Christof Beyer mit dem Bewohner B.N. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 16:44-17:12, 19:50-20:00; Interview von Christof Beyer mit dem Bewohner D.L. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 17:39-17:42.

⁸⁷ ROSNER (1972), 3.

⁸⁸ AEMF: 1.2.1.1., 11/1967.

Betragen, Religion, mündlicher und schriftlicher Ausdruck, Lesen, Schreiben, Rechnen, Sachunterricht, Zeichnen/Werken sowie Singen/Turnen.

Wie auch im Einzelfall bei Schülerinnen und Schülern kritisiert wurde, dass diese ihre Zeit zu lange in der Volksschule »verträumt« hätten,⁸⁹ so ergeben sich aus den Unterlagen punktuelle Hinweise auch auf strukturell bedingte Mängel bei den Fördermöglichkeiten in der Schönbrunner Anstaltsschule selbst:

»Infolge der starken Sprachgestörtheit ist eine sprachliche Verständigung mit der Schülerin ausgeschlossen. Durch Deuten u. Bewegungen muß diese nur auf ganz primitiver Basis erfolgen. Deshalb ist ein richtiger Unterricht nicht möglich.«⁹⁰

»[Name] gehört in die erste Klasse u. war aus Platzmangel dem 2./3. Jahrgang zugeteilt. Eine besondere, seinem Können u. seiner Entwicklung entsprechende Behandlung war deshalb nur begrenzt möglich.«⁹¹

Die erhaltenen Schülerinnen- und Schülerakten geben vor allem Hinweise auf den pädagogischen Blick auf die Bewohnerinnen und Bewohner, welche die Anstaltsschule besuchten. Nur selten finden sich Anhaltspunkte für Gewalt gegenüber den Minderjährigen oder körperliche Auseinandersetzungen zwischen ihnen.⁹² Auch im Kontext von abweichendem Verhalten in der Anstaltsschule sind keine expliziten disziplinarischen Maßnahmen vermerkt:

»[Name] steht in der Vorpubertät. Wenn auch viel guter Wille zum Lernen vorhanden war, so wog doch in diesem Schuljahr Eigensinn, Ungehorsam u. Albernheit über. Nicht erfüllte Sonderwünsche wurden mit Faustschlägen auf die Bank quittiert. Es machte ihr geradezu eine Freude, mein Ringen um Ordnung in- u. außerhalb des Unterrichts durch zielbewußtes Stören zu vereiteln.«⁹³

»Noch sehr triebgebunden, leicht erregbar, lacht sie über jede Kleinigkeit – pubertätsmäßiges Verhalten. Braucht während der Freizeit gute, konsequente Führung!«⁹⁴

»Er ist zwar immer noch sehr trotzig, schlägt in solchen Augenblicken wild um sich u. zeigt Zerstörungsdrang, arbeitet aber wieder rasch mit, wenn sein eigensinniges Benehmen nicht beachtet wird.«⁹⁵

»Sie ist leicht gereizt, daher unverträglich. Auch ist sie sofort mutlos u. braucht daher immer wieder Aufmunterung u. Ansporn, vor allem aber viel Geduld u. Liebe.«⁹⁶

89 AEMF: 1.7.3.4.1., Weibliche Schüler im Austrittsjahr 1958, Akte CD.

90 AEMF: 1.7.3.4.1., Weibliche Schüler im Austrittsjahr 1958, Akte IH.

91 AEMF: 1.7.3.4.2., Männliche Schüler im Austrittsjahr 1958, Akte RE.

92 AEMF: 1.7.3.4.1., Weibliche Schüler im Austrittsjahr 1955, Akte MB (»Hin und wieder schlägt sie kleinere Mitschüler«); 1.7.3.4.2., Männliche Schüler im Austrittsjahr 1962, Akte BA (»Ein kleiner, quicklebender Bub, der zu jederzeit [sic] bereit ist, durch Rauferei u. freches Benehmen aufzufallen«).

93 AEMF: 1.7.3.4.1., Weibliche Schüler im Austrittsjahr 1958, Akte IH.

94 AEMF: 1.7.3.4.1., Weibliche Schüler im Austrittsjahr 1958, Akte MK.

95 AEMF: 1.7.3.4.2., Männliche Schüler im Austrittsjahr 1962, Akte BA.

96 AEMF: 1.7.3.4.1., Weibliche Schüler im Austrittsjahr 1964, Akte BM.

Wie beim letzten Eintrag sind dabei in den Akten gelegentlich durchaus Spuren von Empathie und einer zugewandten Berücksichtigung der Möglichkeiten des jeweiligen Schülers oder der jeweiligen Schülerin auszumachen. So heißt es in einer Akte zum Schuljahr 1960/61: »Das Kind ist von Angst und Minderwertigkeitsgefühlen erlöst. Liebevolle Behandlung, Anerkennung kleinster Erfolge, häufige Ermunterung sind die beste Medizin.«⁹⁷

Die eigenen Erhebungen des Franziskuswerks nennen für den Untersuchungszeitraum eine starke Orientierung der anstaltseigenen Schule an der Regelschule ohne individuelle Lerndifferenzierung,⁹⁸ wofür auch die genannte Einrichtung einer Klasse für Kinder und Jugendliche mit besonderem Förderbedarf 1969 spricht. 1974 wurde in Schönbrunn ein neues Schulgebäude eingeweiht, zu dem auch eine Turnhalle, ein Schwimmbad und neue Wohnheime für Minderjährige mit geistigen Behinderungen gehörten.⁹⁹

Schule und Ausbildungsmöglichkeiten werden in den geführten Gesprächen unterschiedlich geschildert. Neben positiven Schilderungen (»Ja, war schon froh, dass i in d' Schule gehen kenna, was lernen, dass ich was g'lernt hab«¹⁰⁰) kritisierte ein befragter Zeitzeuge die mangelhafte Ausbildung und Förderung:

»Weil hier hat man ja auch nichts erlebt, Ausbildung war gleich null. Man, man hatte nicht dürfe. Oder die ham, ham sie kein Geld dafür bereitgestellt, dass die jungen Leute eine Ausbildung machen. Man is' – Schule fertig, und jetzt mach mal, jetzt geh' mal raus ins Feld, und klaub' mal die Kartoffeln. Den ganzen Tag auf'm Feld, und klauben, klauben, klauben. Des andere war ja no net so wichtig. Schad', so ist man nie weit gekomma, nie, als junger Mensch.«¹⁰¹

»Es is' ja neda so gewesen, dass man bloß in die Schule gegangen ist. Man hat schon viel gelernt, [...] aber was hilft das Lernen auf einer Seite, wenn man denkt, wenn man, wenn man anders nicht weiterkommt.«¹⁰²

»Weil in der [?]schule hab i ja gesagt, da hab i ja a net mehr viel die letzten Jahre gelernt. Des war, da hätt' einfach die Lehrerin oder die Klasse auseinanderklauben brauchen, weißt Du, wenn man sagt, die wo weiterlernen können, dass da eine da ist, die wo mit denen das macht. Und da bist mit dringehockt und dann ... Also, da is' keiner da, der einem gesagt hat, wenn du gesagt hast, ja wir möchten weiterlernen.«¹⁰³

97 AEMF: 1.7.3.4.2., Weibliche Schüler im Austrittsjahr 1964, Akte RS.

98 MARTIN (2019), 5.

99 Anstalt Schönbrunn (1986), 44 f., 67.

100 Interview von Christof Beyer mit der Bewohnerin B. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 21:17-21:21.

101 Interview von Christof Beyer mit dem Bewohner B. N. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 03:57-04:30.

102 Interview von Christof Beyer mit dem Bewohner B. N. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 15:01-15:20.

103 Interview von Christof Beyer mit dem Bewohner D. L. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 45:46-46:13.

Auch rückblickend kritisierten oder bedauerten manche der befragten Bewohnerinnen und Bewohner die Bildungs- und Förderungsmöglichkeiten in der Einrichtung:

»Es hätte eigentlich so ein bisschen, äh, mit der Förderung bissl besser sein sollen. Wahrscheinlich haben die Schwestern gemeint, wir bleiben hier ewig drunten. Aber des ham, da ham sie sich getäuscht. [Was meinen Sie mit ›ewig drunten‹?] Ja, die haben gemeint, dass wir ewig bleiben in Schönbrunn. Das aus uns nichts wird.«¹⁰⁴

Wie oben im Abschnitt zum Tagesablauf beschrieben, nahm neben dem Schulbesuch die Arbeit von Bewohnerinnen und Bewohnern als Hilfskräfte bzw. »Auszubildende« in den anstaltseigenen Betrieben einen großen Raum ein. Die Interviewten schildern neben ihrem Arbeitseinsatz als Minderjährige im Kontext des bereits erwähnten »Kartoffelklaubens« auch andere Hilfstätigkeiten in der Landwirtschaft (Heuernte, Kuhstall) sowie die Verwendung zum Reinigen der Stationen und beim Bettenmachen, Waschen und Abwaschen sowie zu Botengängen und auch zur eigenständigen Beaufsichtigung jüngerer Bewohnerinnen und Bewohner im Kindergarten der Einrichtung.¹⁰⁵ Die Wahrnehmung von Aufsichtsfunktionen durch Bewohnerinnen und Bewohner wird auch in einer zeitgenössischen medizinischen Dissertation mit dem Thema »Verhaltensstudien an Oligophrenen in der Assoziationsanstalt Schönbrunn« von 1972 geschildert:

»Manchmal kann man beobachten, daß intelligentere Oligophrene, die sich eine angesehene Position erobert haben, gewisse Rechte zugesprochen bekommen, die ihnen so etwas wie Befehlsgewalt verleihen. Ihnen steht es zu, niedrige Oligophrene für bestimmte Arbeiten abzukommandieren, insbesondere für solche Arbeiten, die sie selbst nicht ausführen wollen. So bildet sich bald ein ungeschriebenes Gesetz aus, wer wen befehlen darf.«¹⁰⁶

Belohnungen oder Verdienste wurden nach der Erinnerung der befragten Zeitzeuginnen und Zeitzeugen bei der Arbeit zusätzlich zum Schulunterricht kaum gezahlt.¹⁰⁷ Erst die überarbeitete Anstaltssatzung sah explizit die »Vergütung« von »Arbeitsleistungen« vor.¹⁰⁸ Taschengelder oder Lohn wurden von den Ordensschwestern verwaltet, was im Rückblick teilweise als ungerecht geschildert wird:

»Geld haben wa soviel wie nix gehabt. Hat's ja, hat's ja auch keins, so viel wie keins geben. Haben sie auch gespart. [In der Landwirtschaft, wo sie da gearbeitet haben, haben sie da

104 Interview von Christof Beyer mit der Bewohnerin B. [anonymisiert], Schönbrunn, 50:20-50:48.

105 Interview von Christof Beyer mit der Bewohnerin E. R. [anonymisiert], 15.5.2019, 10:40-11:02, 15:51-15:54, 16:32-16:58; Interview von Christof Beyer mit dem Bewohner B. N. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 17:54-18:34; Interview von Christof Beyer mit der Bewohnerin B. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 09:57-10:16; Interview von Christof Beyer mit dem Bewohner D. L. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 43:01-43:26.

106 ROSNER (1972), 17.

107 Interview von Christof Beyer mit der Bewohnerin B. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 44:34-44:53; Interview von Christof Beyer mit der Bewohnerin E. R. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 15:33-15:41.

108 AEMF: 1.2.5.1., 2/1972.

Lohn gekriegt?] Den Lohn, das Scheene war des, den Lohn haben wir ja goanet g'sehn. [...] die Schwestern, oder wie des abgelaufen is', ham die den ... ja, weil i schonmal gesagt hab, wie schaut's aus, kriegt man da überhaupt? Ja, du kriegst a Brotzeit oder ... hatt se gut versorgt. Hab i gesagt, du Tschuldigung, gib mir a bisserl Geld auch. Ja, des wird, des wird scho gmacht. Hab da nie amol auf die Hand was kriegt. Tja, komisch, ne. Und so hast betteln müssen, am Wochenende, das du mal fünf oder a bissel mehr kriegt hast. [...] Schlimm war das, ja. Fast immer sagen: Dua ma mal, gib ma mal a bisserl Geld. Damit's was kaufa kenna.«¹⁰⁹

Strafen und Gewalt sind in den gesichteten Akten der Bewohnerinnen und Bewohner kaum vermerkt. Ein Eintrag wie »es ist nicht mehr möglich, das Kind ohne Zwangskleidung hier zu haben« (1952)¹¹⁰ stellt eine klare Ausnahme dar. Die bereits genannte Satzung von 1924 sah allerdings explizit eine »Strafordnung« bei »Übertreten der Anstaltsstatuten« vor, die formal erst 1972 ihre Gültigkeit verlor. Hier waren folgende disziplinarische Maßnahmen festgelegt: a) »Mahnung Warnung, Strafandrohung«; b) »Verweise, Androhung der Anzeige bei den Vorgesetzten des Hauses«; c) »Alleinsitzen – oder -essen oder -stehen im Wohnzimmer der Abteilung«; d) »kürzer oder länger andauernde Trennung von den übrigen Pflinglingen in einem gesonderten, hellen Raume«; e) »körperliche Züchtigung bei Schulpflichtigen gemäß Schul- und Lehrordnung des Reg.-Bez. Oberb.[ayern] 1913 § 17 Ziff. 5«; sowie f) Entlassung. Des Weiteren legte die Satzung fest, dass die Maßnahmen a), b) und c) vom Pflegepersonal »in entsprechender Reihenfolge« selbständig angeordnet werden konnten; Sanktionen wie Isolation, Züchtigung und Entlassung durften nur vom »Anstaltsdirektor im Einvernehmen mit dem Anstaltsarzt« verhängt werden. Das Regelwerk verpflichtete parallel die Oberin darauf, bei »vorkommenden Vergehen des Pflegepersonals gegen die Zöglinge« dem Anstaltsdirektor Anzeige zu erstatten.¹¹¹

Bei den öfter vorkommenden Schilderungen »nicht mehr tragbaren« Verhaltens von Minderjährigen im Kontext avisierten Entlassungen oder Verlegungen aus Schönbrunn bleibt im Unklaren, wie darauf konkret reagiert wurde. Regelmäßig wird hier die nicht mehr zu leistende Beaufsichtigung durch die Schwestern genannt, ohne über die Beaufsichtigungspraxis bei »schwierigen Fällen« näher Auskunft zu geben:

109 Interview von Christof Beyer mit dem Bewohner B.N. [anonymisiert], Schönbrunn, 48:49-50:31.

110 AEMF: 5.6.1.1., 2/1952.

111 AEMF: 1.2.5.1., 2/1972. Das Recht der Lehrer zur körperlichen Züchtigung von Schülerinnen und Schülern an Volksschulen galt in Bayern (mit einer kurzen Phase der Abschaffung 1946/47) bis zum Verbot per Landesverordnung 1983. Vorher wurden nur einzelne Einschränkungen vorgenommen: 1959 wurden im Freistaat Prügelstrafen in der 1. und 2. Klasse untersagt, 1970 wurden sie für die gesamte Volksschule per Rechtsverordnung abgeschafft. Dennoch bestätigte das OLG noch 1979, dass im Freistaat ein »gewöhnheitsrechtliches Züchtigungsrecht« des Lehrpersonals gegenüber den Schülerinnen und Schülern bestehe, dass dieses »gewöhnheitsrechtliche Züchtigungsrecht« nicht außer Kraft setze. Vgl. Kilian GASSNER, Bayern ohne Watschn. Die Prügelstrafe wird zum zweiten Mal abgeschafft. In: Die Zeit, Nr. 28/1970; o.V., Sinn des Fortschritts. In: Der Spiegel, Nr. 18/1979.

»Das Mädchen ist im allgemeinen gutmütig, reagiert aber heftig mit Beißen und Kratzen, sobald es in seiner Ruhe gestört und energisch zu einer Tätigkeit angehalten wird.«¹¹²

»Das Mädchen beschäftigt sich noch ganz wenig und noch weniger nach Anleitung; es bedarf hierzu einer festen Energie.«¹¹³

»In solchen Erregungszuständen zerreißt sie und macht kaputt, was sie erreichen kann, schreit und lärmt, rennt umher, schlägt die Türen zu und wird gegen die Pflegeschwestern aggressiv; die Kranken fürchten sich vor ihr.«¹¹⁴

»[...] er ist ausgesprochen hypomanisch und stets guter Dinge, dabei ist er aber Ermahnungen guter oder ernster Art unzugänglich. Den Anordnungen der Pflegeschwestern gegenüber zeigt er sich völlig gleichgültig und macht sie lächerlich u.s.w.«¹¹⁵

»Seit einiger Zeit ist er gewalttätig und aggressiv gegen Schwester und Mitpatienten, wir hofften aber, daß sich dieser Zustand wieder bessern würde. Doch nachdem [Name] bereits handgreiflich gegen die Schwestern vorgegangen ist, sehen wir uns außerstande, ihn noch länger zu behalten. Den Schwestern kann nicht zugemutet werden, ständig auf [Name] aufpassen und in Angst leben zu müssen, daß ein Unglück geschieht.«¹¹⁶

»Muß ständig beaufsichtigt werden, weil er sonst alles Mögliche anstellt. (Bettwäsche zerreißen, die Sohlen von den Schuhen trennen, Wasserhähne aufdrehen, Maschinen anlaufen lassen etc). [...] Unverträglich, aufreißerisch, geht seiner Umgebung auf die Nerven, schwierig zu behandeln.«¹¹⁷

Nach den eigenen Erhebungen des Franziskuswerkes berichteten von 66 Personen sieben über harte körperliche Strafen, zu denen Schläge, Zwangsjacken und die Isolation und Einsperrung, u. a. in einer sogenannten Dunkelkammer (fensterlose Abstellkammer), gehörten. Harte körperliche Strafen hätten ausschließlich männliche Bewohner geschildert.¹¹⁸ Dazu hätte nach Beschreibungen von zwei bis drei Bewohnern die zwangsweise Platzierung in einer Badewanne mit kaltem Wasser gehört, die – mit einer Aussparung für den Kopf – mit einem Brett abgedeckt worden sei. Stärkere Bewohner wären dann dazu eingesetzt worden, sitzend auf dem Brett dafür zu sorgen, dass die Betroffenen sich nicht aus dieser Situation befreien konnten.¹¹⁹ In den vom Projekt durchgeführten Interviews erwähnte ein Zeitzeuge Schläge mit dem Stock.¹²⁰ Außerdem nannte eine Befragte auch Schläge mit dem Kleiderbügel sowie das Ziehen und Ausreißen von Haaren durch eine

112 AEMF: 5.6.1.1., 18/1968.

113 AEMF: 5.6.1.1., 6/1968.

114 AMEF: 5.6.1.1., 6/1972.

115 AEMF: 5.6.2.1., 29/1953.

116 AEMF: 5.6.2.1., 11/1973.

117 Ibid.

118 MARTIN (2019), 8; Telefonat mit Gertraud Martin, 4.11.2019.

119 Telefonat mit Gertraud Martin, 12.2.2020.

120 Interview von Christof Beyer mit dem Bewohner D.L. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 49:22-49:33.

Lehrerin in der vierten Klasse.¹²¹ In den gesichteten Schülerinnen- und Schülerakten der Anstaltsschule werden Körperstrafen dagegen nicht explizit erwähnt.

Besonders der Verdacht, es sei zu Kontakt oder gar sexuellem Austausch zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern gekommen, scheint ein vorrangiger Anlass zur Intervention der betreuenden Schwestern gewesen zu sein. Dies wird auch in der erwähnten medizinischen Dissertation von 1972 so beschrieben:

»Die Anstalt wird zum großen Teil von katholischen Ordensschwestern geleitet, die jede sexuelle Betätigung zu verhindern versuchen. Es ist ihm [dem Oligophrenen; Anm. C. B.] kaum gestattet, längere Zeit unbeaufsichtigt zu bleiben, insbesondere dann nicht, wenn er noch einen Freund bei sich hat. [...] In Katalogen wurden die entsprechenden Seiten entweder von der Aufsichtsperson oder von einem anderen Oligophrenen bereits entfernt. Außerdem sind die Stationen getrennt und es wird peinlichst darauf geachtet, daß keine bisexuellen Beziehungen hergestellt werden können. [...] Außerdem werden (»gute«) Oligophrene dazu angehalten, eventuelle Vorkommnisse den Betreuern zu melden. [...] Zudem zwingt die sterile Atmosphäre sie, bei allen mehr oder weniger unmöglichen Gelegenheiten ihren Sexualtrieb abzureagieren. [...] Daß ein männlicher Insasse ein Mädchen verführt, kommt ganz selten vor, meistens handelt es sich dabei um Personen aus der Umgebung des Heims. [...] Die strenge Überwachung und Trennung der Geschlechter zwingt den Oligophrenen zu onanieren. Diese Tatsache ist jedem Betreuer bekannt und wird auch akzeptiert. Wahrscheinlich wurde es schon öfters versucht, dieses »Übel« abzustellen, jedoch ist es offenbar noch nicht gelungen. Die Oligophrenen onanieren meistens im Bett und auf der Toilette und dies meist regelmäßig. [...] Da sie auch nicht daran sonderlich gehindert werden, empfinden sie es als normal und tabuisieren hier nicht so stark. Homosexualität scheint bei den Oligophrenen die hauptsächlichste Art besexueller [sic] Betätigung zu sein. Sicherlich weil ihnen ein heterosexuelles Verhältnis nicht gestattet wird. Bevorzugter Ort für homosexuelle Beziehungen ist ein nahegelegener Wald, in den öfters beim Spazierengehen kleinere Grüppchen abbiegen. Dabei verstehen sie sich so gut zu verstecken, daß selbst Aufsichtspersonen, die jahrzehntelang [sic] im Heim waren, fast niemals jemanden dabei beobachten konnten. Die Personen mit homosexuellen Beziehungen sind den Betreuern bekannt, jedoch gelingt es ihnen nicht, sie davon abzuhalten.«¹²²

Entsprechende Verhaltensweisen und Vorkommnisse werden in den untersuchten Einzelfallakten allenfalls nur indirekt erwähnt. In den von der Assoziationsanstalt ausgefüllten amtsärztlichen Zeugnissen werden öfter »sittliche Gefährdung«, Triebhaftigkeit und »sexuelle Haltlosigkeit« oder eine »starke homosexuelle Neigung« von Bewohnerinnen und Bewohnern genannt.¹²³ Die »sittliche Gefährdung« oder auch Gefahr

121 Interview von Christof Beyer mit der Bewohnerin B. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 03:43-03:47, 20:34-20:43.

122 ROSNER (1972), 55-58.

123 AEMF: 5.6.1.1., 1/1958, 6/1972; 5.6.2.2., 21/1973; 5.6.2.1., 1/1965.

»sittlicher Verwahrlosung« erscheinen dabei ebenso als Grund für die Fortdauer des Anstaltsaufenthalts unter dem Aspekt von Beaufsichtigung und Kontrolle als auch als Anlass zur Beendigung des Anstaltsaufenthaltes, wenn diese Kontrolle aus Sicht der Schönbrunner Personals nicht mehr gewährleistet werden konnte:

»[...] im hohen Maße sittlich gefährdet. Sie kann nicht mehr durch Familienpflege, sondern nur durch Anstaltspflege vor geschlechtlichem Mißbrauch geschützt werden.«¹²⁴

»Der imbecille, schwer erziehbare und sittlich nicht einwandfreie Junge ist einer Familie nicht zumutbar. [Name] bedarf neben dem Besuch einer Anstaltshilfsschule auch einer Anstaltserziehung und einer ständigen Überwachung und Beaufsichtigung. Er würde eine grosse sittliche Gefahr für die Kinder bedeuten. Eine Erstellung eines ärztl. Zeugnisses durch den Anstaltsarzt, der sehr mit Arbeit überhäuft ist und auch keine anderen Angaben machen könnte, wolle mit den obigen Angaben als erledigt betrachtet werden.«¹²⁵

»Eignet sich wegen seines unsittlichen Betragens nicht mehr für die Schwesternpflege«;
»wegen seiner homosexuellen Neigung gefährdend für die Umgebung«.¹²⁶

Bei einem männlichen Bewohner, der 1953 im Alter von 14 Jahren in die Assoziationsanstalt kam, ist als einziges Beispiel die Kontrolle sexuellen Kontakts durch das Aufsichtspersonal aus dessen Perspektive beschrieben. Allerdings fand dieser Kontakt zu einem Zeitpunkt statt, als der Bewohner bereits volljährig war. Eine Ordensschwester schilderte hier 1969 in einem Brief an den Vater des Bewohners, sie habe ihn an einem Sonntagmorgen mit seinem Freund im Schlafzimmer »bei einer unangenehmen Schmeichelei« überrascht: »Ich sagte zu keinem etwas, sondern wartete auf eine günstige Gelegenheit, um mit jedem unter vier Augen zu sprechen.« Der Bewohner sei ihr aber den ganzen Tag aus dem Weg gegangen, so habe sie seinen Freund zur Rede gestellt. Dieser habe es dem Bewohner erzählt, der sehr aufgebracht gewesen sei und sie beschimpft habe. Die Schwester vermutete, der Freund habe sie vielleicht falsch wiedergegeben, »denn er hat bis jetzt auf Zurechtweisung« gut reagiert. Nun sei er aber schließlich unter Selbstmorddrohungen entwichen. Daher machte sie sich Sorgen und schrieb dem Vater mit der Bitte um Auskunft, ob der entwichene Bewohner wirklich nicht nach Schönbrunn zurückwolle.¹²⁷

In den Schilderungen der interviewten Bewohnerinnen und Bewohner nimmt die starke Kontrolle von geschlechtlichen Kontakten ebenfalls größeren Raum ein. Bei einer Zeitzugin wirkte sich dies nach der eigenen Erinnerung auch auf die Kontrolle der Kleidung aus:

124 AEMF: 5.6.1.1., 6/1972.

125 AEMF: 5.6.2.1., 1/1965.

126 AEMF: 5.6.2.2., 21/1973.

127 AEMF: 5.6.1.1., 7/1969.

»I bin amal, i bin einfach amal ärmel-, hab i ma das T-Shirt ausgezog'n und hob amal so an Schurz ang'zog'n, angezogen, und bin ärmellos gange. Hat da Schwestern glei g'sogt, i bin a Schwein. Weil i so gange bin. Schlimm war des.«¹²⁸

Übereinstimmend wurde berichtet, dass Mädchen und Jungen »sehr extrem auseinandergehalten«¹²⁹ worden seien:

»Weil seinerzeit war des in Schönbrunn ganz extrem, [...] dass wenn de Probleme g'habt has, samma sexuelles [...] oder, oder, wie auch immer, do isch kei' Ansprechpartner do gwen, dazumal die Pfarrer, die war'n da so konservativ, also so ding, und die Schwestern, da hast net amal a Mädli anschau'n dürfe und des. [...] und da hab i eine kenneng'lernt und da hab i später amal de Schwestern g'fragt, was is, wenn i jetzt heiraten möcht', und da is die Antwort gwenn ,da musst gehn von Schönbrunn'.«¹³⁰

»Aber das Schlimme war des, man hat, man hat, so blöd wie es jetzt klingt, man hat net zamkemma dürfa. Frauen, Männer, nie. Man hat net den Berg hochgehen dürfa, wenn Mädels heraus war'n, sag mal so, ratschn [sich unterhalten; Anm. C. B.] oder ... sofort die Schwestern, sofort ... reingeholt und Schluss.«¹³¹

Wenn die Schwestern etwas von sexuellen Kontakten mitbekamen, hätten sie dafür körperliche Strafen erteilt:

»Da hab i amal an Liebesbrief g'schrieb'n, und hab ihn, glaub i, verlorn un' irgendjemand hat ihn gfun, Schwester hat ihn, äh, gfun und da hat sie ihn gelesen, und da hab halt Schläge geb'n, weil i den Liebesbrief g'schrieb'n hob. Von der Liebe und so Zeug halt, und des war halt schlimm, des, des war halt schlimm fröhers bei die Schwestern. Da wenn's bloß mit einem gesprochen hast oder ang'schaut hast, da warst schon g'fällt, da hat's scho gheißn, du bist a, a Männernarrische.«¹³²

»Wenn irgendwas, wenn's was d' Schwestern erfahren haben, das man do – so wie mir's schon passiert is', das man do miteinander um, des Sexuelle oder gemacht ham, dann hast scho, wenn die das erfahren haben, hast scho Schläge kriegt, des.«¹³³

Dementsprechend hätten zwischengeschlechtliche Kontakte – wie es oben auch in der zitierten Dissertation erwähnt ist – heimlich stattfinden müssen.¹³⁴ Während sexuelle

128 Interview von Christof Beyer mit der Bewohnerin B. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 07:05-07:25.

129 Interview von Christof Beyer mit dem Bewohner D.L., Schönbrunn, 15.5.2019, 44:00-44:01.

130 Interview von Christof Beyer mit dem Bewohner D.L. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 04:18-05:01.

131 Interview von Christof Beyer mit dem Bewohner B.N. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 26:36-27:12.

132 Interview von Christof Beyer mit der Bewohnerin B. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 02:33-03:06.

133 Interview von Christof Beyer mit dem Bewohner D.L. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 49:00-49:14.

134 Interview von Christof Beyer mit der Bewohnerin B. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 26:45-27:05.

Übergriffe zwischen den Minderjährigen in den Einzelfallakten nicht auftauchen, werden diese in den eigenen Erhebungen des Franziskuswerkes in mindestens zwei Fällen genannt.¹³⁵ Einer der im Rahmen des Forschungsauftrages befragten Bewohner schildert diese wie folgt:

»Man möcht's nicht glauben, die sind vo' Zimmer, wie auf an Gang Ruhe war, sind die zu anderen Zimmern reingekommen. [...] Ich hab ma denkt, was woll'n jetzt, was will'n jetzt der? Ja, er will (Sprechpause, lacht auf) kann man sich ja vorstellen. Sein Trieb. Hab ma denkt, wie? Da waren die Leute gewohnt, sexuell sich aus-, ausgaben-, ausgehen wollten. Hab ma denkt, was soll, was ist jetzt, was ist jetzt das hier? Die haben das scheinbar immer ausgenutzt, wenn die Schwestern in ihr Zimmer gangen sind, [...] scheinbar haben se des da ausgenutzt ... Hallo, man hat ja de Leute net kennt. Das war das Schlimme. Hab i ma denkt: Hey, wa, wo is man hier gelandet?«¹³⁶

6 Medizinisch-therapeutischer Bereich

Wie im ersten Kapitel erwähnt, finden sich in den gesichteten Bewohnerinnen- und Bewohnerakten kaum Anhaltspunkte zur medizinisch-therapeutischen Versorgung. Die ärztliche Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie der Ordensschwwestern oblag im Untersuchungszeitraum bis Ende der 1950er Jahre Josef Steinbacher, bevor sein Sohn Egon Steinbacher mit Ehefrau sowie die Ärztin Lugmayr diese Aufgabe übernahmen. Eine gegebenenfalls erforderliche zahn- oder augenärztliche Versorgung wurde von externen Ärzten aus der Umgebung übernommen. Die Betreuung und Überwachung von tuberkulosekranken Bewohnerinnen und Bewohnern sowie des Personals erfolgte durch den im nahegelegenen Dachau niedergelassenen Mediziner Hans-Joachim Sewering.¹³⁷

Hinweise auf invasive medizinische Untersuchungen in der Assoziationsanstalt enthalten die Einzelfallakten nicht. Dagegen sind dort öfter Unterlagen überliefert, die Überweisungen zwecks spezieller medizinischer Untersuchungen und Maßnahmen an externe Einrichtungen und Ärzte belegen. Dazu gehörten Mandeloperationen¹³⁸,

135 MARTIN (2019), 8.

136 Interview von Christof Beyer mit dem Bewohner B.N. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 31:55-33:11.

137 Anstalt Schönbrunn (1986), 56 f. Zur Rolle Sewerings in den Verbrechen in der NS-Psychiatrie, der Diskussion dazu sowie seinen Funktionen in ärztlichen Berufsverbänden in der Bundesrepublik vgl. HONDORF (2014).

138 AEMF: 5.6.2.1., 15/1959, 39/1955 (HNO-Arzt München).

orthopädische Operationen¹³⁹, Krankengymnastik¹⁴⁰, die Operation und Behandlung von Durchblutungsstörungen und Osteomyelitis¹⁴¹, Diphtherie-Behandlungen¹⁴², E-Ruhr-Infektionen¹⁴³, Blinddarmoperationen¹⁴⁴, die Untersuchung von akuten Bauchbeschwerden¹⁴⁵, Beinverletzungen und Frakturen¹⁴⁶ sowie die Behandlung einer »traumatischen Breit-, Schief- und Sattelnase«. ¹⁴⁷ Auch nach den Erinnerungen der interviewten Zeitzeuginnen und Zeitzeugen erfolgte eine medizinische Versorgung durch den Anstaltsarzt allein bei körperlichen Erkrankungen und Verletzungen. ¹⁴⁸ Ein Gesprächspartner berichtete, dass während der Untersuchungen immer wieder Schwestern im Untersuchungszimmer ein- und ausgegangen seien:

»Dazumal, des war so a Zimmer, da is' d' Schwester a dringestanden, und was, wie wir dringestanden san, da san andere Klosterschwestern da so komm', das klopft haben und san neigange, gell. Da hat der Steinbacher mal gesagt, so geht des net, die müssen draußen genauso warten wie die andern. Die sind laufend neigelaufen, ja, so ist das gewesen öfters.«¹⁴⁹

Ein Fall verdeutlicht dabei sowohl die eingeschränkten therapeutischen Handlungsspielräume der Anstalt als auch die sozialen Bedingungen des Anstaltsaufenthalts. Ein Junge mit »Littlescher Krankheit« (Infantile Zerebralparese) wurde 1953 im Alter von sieben Jahren vom Gesundheitsamt in Schönbrunn eingewiesen, da die Eltern sich als landwirtschaftliche Arbeiter dem Kind wenig widmen könnten und die nächste Dorfschule zu weit entfernt sei. 1963 konnte der Junge nach einem Attest aus Schönbrunn »nur mühsam einige Schritte mit Hilfe eines Stützbänkchens gehen«. Nach wiederholten Operationen im Zusammenhang mit der Krankheit wollte die orthopädische Klinik 1968 im Verbund mit der Fürsorgerin für den nunmehr volljährigen Bewohner eine anderweitige Unterbringung erreichen, da »keine Möglichkeit der Weiterbehandlung hinsichtlich der Gehübungen« in Schönbrunn bestehe. Dennoch musste der Mann gegen seinen Willen zurück nach Schönbrunn, da keine andere Unterbringungsmöglichkeit

139 AEMF: 5.6.2.1., 19/1956 (Orthopädische Universitätsklinik München); 5.6.1.1., 13/1971 (Orthopädische Klinik München-Harlaching).

140 AEMF: 5.6.1.1., 13/1971.

141 AEMF: 5.6.1.1., 3/1969.

142 AEMF: 5.6.2.1., 13/1961 (Krankenhaus Deutenhofen).

143 AEMF: 5.6.2.1., 8/1975.

144 AEMF: 5.6.2.1., 3/1973 (Kreiskrankenhaus Dachau).

145 AEMF: 5.6.2.1., 8/1975.

146 AEMF: 5.6.1.1., 3/1969 (Kreiskrankenhaus Immenhofen).

147 AEMF: 5.6.2.1., 20/1960 (HNO-Arzt München).

148 Interview von Christof Beyer mit der Bewohnerin E.R. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 33:14-33:21; Interview von Christof Beyer mit dem Bewohner D.L. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 38:52-38:59.

149 Interview von Christof Beyer mit dem Bewohner D.L. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 36:48-37:07.

gefunden wurde. 1970 teilte der Anstaltsarzt Steinbacher der zuständigen Fürsorgeverwaltung nochmals mit, dass der Bewohner einmal wöchentlich in die orthopädische Klinik in München zur Krankengymnastik gebracht werde, mehr aber nicht möglich sei. Nach einem mehrmonatigen Aufenthalt des Patienten in dieser Klinik schrieb die orthopädische Klinik nochmals an Steinbacher, dass eine andere Einrichtung für den Mann gefunden werden müsse: »Seine Intelligenz ist an sich relativ gut, so daß es traurig wäre, einen solchen Menschen ein ganzes Leben lang untätig in einer Anstalt zu beherbergen.« 1971 schließlich wurde der Bewohner nach über 16 Jahren Aufenthalt in Schönbrunn in ein Versehrtenheim und Rehabilitationszentrum im Allgäu verlegt.¹⁵⁰

7 Medikation

Angaben zum Medikamenteneinsatz im Sinne von Behandlungen, Sedierungen oder Erprobungen sind in den Bewohner- und Bewohnerinnenakten in aller Regel nicht enthalten. Nur ganz punktuelle Hinweise ergeben sich aus Angaben zur Medikamenteneinstellung sowie aus Empfehlungen externer Facharztbriefe, einzelne Medikamente in Schönbrunn weiter zu verabreichen.¹⁵¹ Ob und inwieweit diese Empfehlungen umgesetzt wurden, erschließt sich aus den Einzelfallakten allerdings nicht. In zwei Fällen scheint eine Tuberkulose-Medikation im Kontext des Aufenthaltes in der Einrichtung durchgeführt worden zu sein.¹⁵² Auch bei der erfolgten Überweisung eines 14-jährigen Mädchens in das psychiatrische Bezirkskrankenhaus Haar zur »Medikamenteneinstellung« wegen »hochgradiger Aggressivität«¹⁵³ bleibt offen, inwieweit ein solches Vorgehen in Schönbrunn üblich war oder nicht. Auch die gesichteten Schülerinnen- und Schülerakten geben mit einer Ausnahme keinen weiteren Aufschluss über den Medikamenteneinsatz in der Anstalt. Nur in einer Schülerakte lässt ein Vermerk überhaupt den Schluss zu, dass bei Aufnahme des Schülers die bisherigen Dosierungen vom Anstaltsarzt verändert wurden: »Der Schüler kam, angeblich von seinen Anfällen geheilt aus Haar in unsere Anstalt. Da Zahl und Stärke der Tabletten vom Anstaltsarzt reduziert wurden, stellten sich im Juni u. Juli schon wieder Anfälle ein.«¹⁵⁴

150 AEMF: 5.6.2.1., 13/1971.

151 AEMF: 5.6.1.2., 77/1976 (Mylepsinum-Tabletten; Empfehlung zur weiteren Verabreichung von Phenydan und Phenydan Retard zur Epilepsiebehandlung); 5.6.2.1., 39/1955 (Empfehlung der weiteren Verabreichung der Hormonpräparate Testoviron und Thyreoid-Dispert zur Verbesserung des »Allgemeinzustands«).

152 AEMF: 5.6.2.1., 28/1958 (PAS, Neuteben), 1/1962 (Dipasic).

153 AEMF: 5.6.1.2., 5/1975. Die Bewohnerin blieb auf Wunsch der Eltern nach dieser Überweisung im Bezirkskrankenhaus Haar und kehrte nicht nach Schönbrunn zurück.

154 AEMF: 1.7.3.4.2., Männliche Schüler im Austrittsjahr 1961, Akte FXP.

Drei von vier interviewten Zeitzeuginnen und Zeitzeugen gaben an, dass Medikamente im Einrichtungsalltag nach ihrer Erinnerung keine Rolle gespielt hätten.¹⁵⁵ Eine Gesprächspartnerin schilderte dagegen eine Sedierung, die ohne ihr Wissen von den Schwestern vorgenommen worden sei:

»Da hab i' mi' mal gerührt weil, weil i' im Recht war, und da haben s' glei' am Tag hinter mei'm Rücken so a Beruhigungsmittel kriegt, da. Da hob i dann nimmer alle g'nomme, und da hob i, hob i eine gnomme, da hob i in der Näherei gschlafn, und dann bin i zur Ärztin gange [...], hob's ihr g'sagt, und da hat's hinterg'rufe, und da hat's g'sagt: Das geht net, dass ma' der Frau [Name] a Beruhigungsmittel gibt, die, die kann ja gar nicht mehr arbeiten. [...] Die Schwester is' dann z'sammengschimpft worn von dera Ärztin.«¹⁵⁶

Neben dieser Aussage zu einer möglicherweise eigenmächtigen Verabreichung von Medikamenten ergeben sich aus den Unterlagen und Gesprächen weitere Indizien, dass Ordensschwestern im Einzelfall auch Gutachten ausgestellt¹⁵⁷ und Medikamente ausgeteilt haben.¹⁵⁸

155 Interview von Christof Beyer mit dem Bewohner B. N. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 1:10:28-1:10:53; Interview von Christof Beyer mit der Bewohnerin E. R. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.2019, 47:12-47:14; Interview von Christof Beyer mit dem Bewohner D. L. [anonymisiert], Schönbrunn, 15.5.20219, 42:30-42:53.

156 Interview mit der Bewohnerin B. [anonymisiert], 15.5.2019, 10:54-11:31.

157 Vgl. Anm. 92: »Eine Erstellung eines ärztl. Zeugnisses durch den Anstaltsarzt, der sehr mit Arbeit überhäuft ist und auch keine anderen Angaben machen könnte, wolle mit den obigen Angaben als erledigt betrachtet werden.«

158 Interview von Christof Beyer mit der Bewohnerin E. R. [anonymisiert], 15.5.2019, 48:12-48:14.

8 Literaturverzeichnis

- Anstalt Schönbrunn (Hrsg.) (1986), 125 Jahre Anstalt Schönbrunn. 75 Jahre Kongregation der Dienerinnen der göttlichen Vorsehung, Dachau.
- HOHENDORF, Gerrit (2014), The Sewering Affair. In: Volker ROELCKE u. a. (Hrsg.), *Silence, Scapegoats, Self-Reflection. The shadow of Nazi medical crimes on medicine and bioethics*, Göttingen, S. 131–146.
- KIPFELBERGER, Tanja (2011), Medizinhistorische Erkenntnisse aus den Krankenakten von Schönbrunn. In: Sr. M. Benigna SIRL/Peter PFISTER (Hrsg.), *Die Assoziationsanstalt Schönbrunn und das nationalsozialistische Euthanasie-Programm*, Regensburg, S. 119–138.
- MARTIN, Gertraud (2019), *Forschung Leid und Unrecht. Erste Auswertung von 66 erfassten Bewohnern im Franziskuswerk Schönbrunn*, unveröffentlichtes Manuskript.
- ROSNER, Günther (1972), *Verhaltensstudien an Oligophrenen in der Assoziationsanstalt Schönbrunn*, Med. Diss. Universität München.
- SIEMEN, Hans-Ludwig (2012), Die bayerischen Heil- und Pflegeanstalten während des Nationalsozialismus. In: Michael VON CRANACH/Hans-Ludwig SIEMEN (Hrsg.), *Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945*, 2. Auflage, München, S. 417–474.
- VOLPERT, Michael (2011), Das Archiv der Franziskanerinnen von Schönbrunn. In: Sr. M. Benigna SIRL/Peter PFISTER (Hrsg.), *Die Assoziationsanstalt Schönbrunn und das nationalsozialistische Euthanasie-Programm*, Regensburg, S. 95–106.

III St. Josefskongregation – Ursberger Anstalten

Uta Hinz

Inhalt

1 Einrichtungstypus und Quellenbasis	396
2 Entwicklung und Struktur der Einrichtung	397
2.1 Entwicklung bis 1949	397
2.2 Entwicklung im Untersuchungszeitraum 1949 bis 1975	399
3 Personal	403
4 Sozialstatistisches Profil – Aufnahme und Entlassung	405
5 Diagnostik und Therapie	410
6 Pädagogik und Alltag	413
6.1 Religion, Ordnungskriterien, Tagesablauf	413
6.2 Freizeitgestaltung	415
6.3 Arbeit und Beschäftigungstherapie	416
6.4 Unterricht in Sonderschulen	419
6.5 Erzieherische Grundsätze und Beurteilungskriterien (Zuschreibungen)	421
7 Zwang, Gewalt und Strafen	424
8 Medikation	429
9 Literaturverzeichnis	431

1 Einrichtungstypus und Quellenbasis

Mit fast 2.000 Bewohnerinnen und Bewohnern im Jahr 1949 zählen die Einrichtungen der St. Josefskongregation in Ursberg im bayerischen Regierungsbezirk Schwaben zu den großen konfessionell geführten, stationären Fürsorgeeinrichtungen für Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen in der Bundesrepublik. 1884 als Anstalt für »männliche Kretinen« gegründet,¹ nahm Ursberg in den folgenden Jahren auch »Blinde«, »Taubstumme«, »Krüppelhafte« und »Epileptiker« auf; zentral blieb aber die Betreuung »Pflegebefohlener« mit geistigen Behinderungen. Seit ihrer Gründung gehörte es zum Selbstverständnis der Ursberger »Versorgungs- bzw. Pflegeanstalt« (seit den 1970er Jahren »Behindertenzentrum Ursberg«, seit 1979 »Dominik-Ringeisen-Werk Behinderteneinrichtung der St. Josefskongregation Ursberg«), Pflege, Erziehung und Unterricht miteinander zu verbinden. Noch ehe um 1900 auch weibliche »Pflegebefohlene« aufgenommen wurden, wurde hierfür eine eigene »Lehrkandidatur« eingerichtet.² Die katholische Einrichtung, die bereits früh der Caritas angehörte, wurde seit 1904 durch die Schwesterngemeinschaft der St. Josefskongregation geführt. In mehreren bis zum Zweiten Weltkrieg eingerichteten Filialen entwickelte sich eine gewisse Spezialisierung: So waren z. B. in der Filiale Pfaffenhausen blinde bzw. sehbeeinträchtigte »Pfleblinge« untergebracht, im Internat »Hilfsschule« Grönenbach ab 1927 »lernschwache« Kinder und Jugendliche.

Als Quellenbasis für die vorliegende Einrichtungsstudie zu den Ursberger Einrichtungen von 1949 bis 1975 konnte ein Sample von 100 Akten von Bewohnerinnen und Bewohnern aus dem hauseigenen Archiv ausgewertet werden, die in diesem Zeitraum als Minderjährige aufgenommen wurden. Abgedeckt sind neben dem Zentrum in Ursberg auch einige Zweigfilialen.³ Repräsentiert sind alle Altersstufen bei Aufnahme (von ein bis 20 Jahren); ebenso sogenannte »bildungsunfähige« (teils intensiv pflegebedürftige) wie »bildungsfähige« Kinder und Jugendliche, die in den eigenen Sonderschulen unterrichtet wurden. Ein Übergewicht ergibt sich bei der Verteilung der Geschlechter. 67 Akten stammen von männlichen, 33 von weiblichen Bewohnerinnen und Bewohnern.⁴

1 TRÖGER (1984), 60.

2 Ibid., 78 f. und 157.

3 Der Großteil der Kinder und Jugendlichen im Sample wurde in den Ursberger Einrichtungen selbst betreut; einige von ihnen aber auch in Filialen: in der 1894 für blinde Bewohner/innen eingerichteten Filiale Pfaffenhausen (südlich von Ursberg), der 1897 erworbenen Abtei (Maria) Bildhausen (Unterfranken), der 1927 eröffneten Hilfsschule für »lernschwache« Kinder in Grönenbach (Allgäu) sowie in der ehemaligen Benediktinerabtei Holzen, in der 1927 eine erste Pflegeabteilung entstand, die schulentlassene Jugendliche beschäftigte. Es kamen auch Verlegungen von Ursberg in die Filialen (und umgekehrt) vor.

4 Die in einer Chronik jährlich geführten Statistiken ergeben dagegen nur ein leichtes Übergewicht von etwas mehr als 50 Prozent männlichen »Pflegebefohlenen« gegenüber knapp 50 Prozent weiblichen. Vgl. Chronik St. Josefs-Kongregation Ursberg. Entwurf, Jahre 1949 bis 1975, Archiv Ursberg (AU).

Aus Gründen des Datenschutzes umfasst das Sample nahezu ausschließlich Akten bereits verstorbener Personen.⁵ Rund zwei Drittel der Akten betreffen Bewohnerinnen und Bewohner, die im Erwachsenenalter weiter in Ursberger Einrichtungen lebten und mittlerweile verstorben sind, ein Drittel Kinder und Jugendliche, die bereits als Minderjährige in Ursberg verstarben.

Wichtige Einblicke in den Ursberger Alltag lieferten vier durch Dr. Frank Sparing im Rahmen des Projekts durchgeführte Zeitzeuginnen- und Zeitzeugeninterviews.⁶ Ergänzend herangezogen wurde vor Ort verfügbares Quellenmaterial. Die Geschichte der Ursberger Einrichtungen ist bislang vor allem in Eigenpublikationen dargestellt worden. 1984 erschien zum 100-jährigen Bestehen eine ausführliche Darstellung von Gert Tröger. Sie legte den Schwerpunkt zeitlich auf die Entwicklung bis 1945, enthält aber auch für den Untersuchungszeitraum relevante Informationen.⁷ Weil sich zentrale Charakteristika der Einrichtung deutlich vor 1949 ausbildeten, soll zunächst diese Zeitphase skizziert werden.

2 Entwicklung und Struktur der Einrichtung

2.1 Entwicklung bis 1949

Die St. Joseph-Versorgungsanstalt Ursberg diente laut der Satzung von 1901 dem »Zweck, Schwachsinnigen, Taubstummen, Epileptikern und krüppelhaften Personen beiderlei Geschlechts Pflege, Erziehung und Unterricht angedeihen zu lassen«.⁸ Innerhalb von zehn Jahren nach ihrer Gründung stieg die Zahl der Betreuten auf 440 an,⁹ Ende 1932 lebten in Ursberg samt Filialen bereits rund 2.100 »Pflegebefohlene«: 1.054 »Schwachsinnige«, 132 »Blinde«, 151 »Taubstumme«, 192 »Epileptiker« und 169 »Krüppel«.¹⁰ Entsprechend wurde die Ursberger »Versorgungsanstalt« in diesem

⁵ Fünf Akten wurden mit Zustimmung noch lebender Bewohner/innen in die Auswertung einbezogen.

⁶ Die Interviews mit zwei weiblichen und zwei männlichen Zeitzeugen, die als Kinder bzw. Jugendliche in Ursberg aufgenommen wurden, fanden im Mai 2019 statt.

⁷ TRÖGER (1984). Hinzu kommen gedruckte Broschüren aus jüngerer Zeit, die allerdings weitgehend auf Trögers Darstellung zurückgreifen, z. B. GERSTLAUER (1997). Die historische Forschung hat sich mit Ursberg bislang ausschließlich im Zusammenhang mit dem NS-Krankenmord beschäftigt; vgl. IMMENKÖTTER (2009); IMMENKÖTTER (1994).

⁸ Vgl. Satzungen der St. Joseph-Versorgungsanstalt Ursberg, Kempten 1901, 3, dort § 2 (AU).

⁹ TRÖGER (1984), 95.

¹⁰ Ibid., 203 (405 Personen waren »Pensionäre« in Pflege). Der Großteil der »Pflegebefohlenen« lebte nach wie vor in Ursberg, in den Filialen um 1929–1932: 125 in Pfaffenhausen, 200 in Bildhausen, 115 im Kloster Holzen und rund 50 im Schulinternat Grönenbach. Zahlen nach ibid., 90, 198, 195 und 197.

Zeitraum ausgebaut. Neben den erwähnten Filialgründungen expandierte auch der Standort Ursberg. Als Staat und Kirche 1897 die Erlaubnis erteilten, mit 90 bereits ordensähnlich in der Einrichtung lebenden Mitarbeiterinnen eine Kongregation zu gründen,¹¹ gab es in Ursberg bereits eine große landwirtschaftliche Produktion und umfangreiche Wirtschaftsbetriebe, u. a. eine Schreinerei, Buchbinderei, Korbflechtereie und Schuhmacherei, eine Schneiderei und Wäschenäherei.

Diese Frühphase verweist bereits auf zentrale Charakteristika und Grundsätze der Ursberger »Anstalten«, die bis in die Zeit nach 1945 wirksam blieben: erstens der Ansatz möglichst unabhängiger Eigenversorgung und Selbstorganisation; und zweitens der pädagogische Anspruch, selbst als »bildungsunfähig« aus der Gesellschaft ausgeschlossene Bewohnerinnen und Bewohner zu »berufsfähigen Gliedern der Gesellschaft« zu machen.¹² Eine zentrale Rolle kam, entsprechend dem katholischen Selbstverständnis der Einrichtung, der religiösen Bildung zu. Die »Pflegebefohlenen« sollten »zu der für sie erreichbaren Gottes-, Welt- und Selbsterkenntnis gelangen« und auf den Empfang der heiligen Sakramente vorbereitet werden.¹³ Im Sinne eines umfassenden Beschäftigungsprinzips fokussierte die Ausbildung zudem auf handwerkliche bzw. hauswirtschaftliche Fähigkeiten. Bis zum Beginn des Zweiten Weltkriegs entwickelte sich auf der Basis dieser Grundprinzipien ein weitgehend autark funktionierender Mikrokosmos, der sich auch in den Filialeinrichtungen wiederfindet.

Die Grundsätze der Ursberger Einrichtung – Selbstorganisation mittels eigener Ressourcen und pädagogisch-bildender Anspruch – lassen sich besonders auch in der inneren Entwicklung erkennen. Hervorzuheben ist dabei zunächst die mit dem Tod des Anstaltsbegründers Dominikus Ringeisen (1835–1904) im Jahr 1904 etablierte Organisationsstruktur, die mit wenigen Änderungen bis in die Nachkriegszeit bestand und eine äußerst enge Verschränkung von Schwesterngemeinschaft und Pflegeanstalt aufweist. Zwar fungierte ein männlicher Prior als geistliche Leitung und »Direktor«, mit Verantwortung in bestimmten rechtlichen Bereichen und Aufsichtsfunktionen. Verwaltung und Führung der Anstalten oblagen aber der »Schwesterngenossenschaft«, an deren Spitze die Generaloberin, unterstützt durch einen Schwesternrat, stand.¹⁴ Für die Leitung der einzelnen Pflegehäuser (wie der Filialen) sorgte ebenfalls eine »Hausoberin«.¹⁵ Der starken Stellung der (General-)Oberinnen entsprach die zentrale Rolle

11 Ibid., 101–112. 1906 trat die Kongregation dem Franziskanerorden bei.

12 So der Gründer Ringeisen, zit. *ibid.*, 66, sowie Satzungen 1901, Kapitel X-XI: Unterricht/Beschäftigung, 13-15 (AU).

13 Satzungen 1901, § 51, 14 f.

14 Satzungen für die Wohltätigkeitsanstalten der St. Josefskongregation in Ursberg, maschinenschriftliche Ausfertigung vom 1.12.1933, unterzeichnet von [Generaloberin] Schwester M. Mansueta Grube, genehmigt durch den Bischof von Augsburg am 16.1.1934, hier §§ 1-8, 1–3 (AU).

15 Ibid., § 6, 2.

der Schwestern in Organisationsstruktur und Alltag der Ursberger Einrichtungen.¹⁶ Sie übernahmen sämtliche Verwaltungsaufgaben, die pflegerischen Dienste, den Unterricht in den »Anstaltsschulen«, die Kurse im eigenen Lehrerinnenseminar sowie der 1932 gegründeten Krankenpflegeschule. Ebenso selbstverständlich arbeiteten sie in den landwirtschaftlichen und handwerklichen Eigenbetrieben.

Die Charakteristika der Ursberger »Anstalten« wirkten über die Zeit des Nationalsozialismus fort, die allerdings auch für Ursberg einen tiefen Einschnitt bedeuteten. Die Entrechtung und schließlich im Krankemord mündende staatliche Verfolgung behinderter Menschen kosteten Hunderte Bewohnerinnen und Bewohner das Leben: 519 von ihnen wurden bis 1941 in staatliche »Pflegeanstalten« verschleppt, 379 ermordet.¹⁷ Die Kongregation selbst konnte sich trotz der Beschränkungen für geistliche Orden halten, und äußerlich überstand die Einrichtung, trotz militärischer Umnutzung, den Krieg relativ unbeschadet.¹⁸

2.2 Entwicklung im Untersuchungszeitraum 1949 bis 1975

Wie in anderen Einrichtungen der Behindertenhilfe kam es in den ersten Nachkriegsjahren auch in Ursberg zu einem regelrechten Ansturm auf Pflegeplätze. Oft mehr als 35 Aufnahmeersuchen liefen täglich aus ganz Bayern und darüber hinaus ein. Weil alle Häuser »ständig überbelegt« waren, konnte nur ein Bruchteil der Anfragen berücksichtigt werden.¹⁹ Der größte Teil wurde mit Verweis auf den herrschenden Platzmangel abgelehnt.²⁰

Am 1. April 1949 lebten in den Ursberger Pflegehäusern 1.541 Bewohnerinnen und Bewohner, die Zahl aller (auch in den Filialen) betreuten Menschen mit Behinderungen wurde zu diesem Zeitpunkt mit insgesamt 1.977 angegeben (1.272 »Schwachsinnige«, 161 »Epileptische«, 198 »Krüppelhafte«, 197 »Taubstumme« und

16 Auf dem Höhepunkt des Wachstums der Kongregation im Jahr 1937 gehörten ihr mehr als 1.000 Schwestern an. Vgl. GERSTLAUER (1997), Übersicht, 42. Nicht alle Ordensschwestern arbeiteten allerdings in Ursberg oder den Zweigfilialen. Die Kongregation war auch in weiteren karitativen Feldern tätig, z. B. der ambulanten Krankenpflege. Vgl. TRÖGER (1984), 143 f.

17 TRÖGER (1984), 222–233. 235 Bewohner/innen wurden aufgrund des »Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« zwangssterilisiert; *ibid.*, 220.

18 Aus drangvoller Zeit (1939–1945), in: Bericht der Ursberger Anstalten, hrsg. im Jahre des Heils 1946, Ursberg 1946, 18–33.

19 Ursberger Nachrichten, in: Ursberger Kalender 1950, 33. Die Zahl gewährter Aufnahmegesuche schwankte in den Jahren von 1947 bis 1950 beträchtlich, zwischen 64 (im ersten Halbjahr 1947) und 219 (im Jahr 1949/50). Vgl. Ursberger Chronik für die Jahre 1947 bis 1951, 4 (AU).

20 Ursberger Nachrichten, in: Ursberger Kalender 1949, 28.

149 »Blinde«).²¹ Ein erheblicher Zuwachs fand danach nicht mehr statt, es kam über die Jahrzehnte hinweg sogar zu einem leichten Rückgang.²² Am Ende des Untersuchungszeitraums 1975 lag die Zahl der in Ursberg selbst Betreuten bei 1.374 und ihre Gesamtzahl bei 1.673 (niedriger als noch fünf Jahre zuvor).²³ Gestiegen war konstant jeweils die Zahl der betreuten Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen.²⁴ Der Anteil der Kinder und Jugendlichen (im Alter von einem bis 21 Jahren) unter den »Pfleglingen« ist in den verfügbaren Statistiken nie gesondert aufgeführt. Eine Zahl liefert hierzu allerdings eine Übersicht aller Heime für Kinder und Jugendliche in Bayern von 1954, die allein für Ursberg 584 Pflegeplätze für diese Altersgruppe ausweist. Angesichts einer permanent konstatierten »Überbelegung« ist dies als Mindestzahl anzunehmen.²⁵ Ein weiteres Verzeichnis nennt für die nahe gelegene Filiale (»Blindenheim«) Pfaffenhausen, in der seh- und geistig beeinträchtigte Kinder untergebracht und beschult wurden, weitere 125 Plätze.²⁶

Der, wenn auch leichte Rückgang der Betreuungszahlen spiegelt zwei wesentliche Grundprobleme der Ursberger Einrichtungen im Untersuchungszeitraum wider, die auch zeitgenössisch schon benannt wurden. An Erweiterung war, so ein Bericht 1951, wegen finanzieller Engpässe, vor allem aber aufgrund fehlenden Schwesternpersonals vorerst nicht zu denken, selbst wenn »noch nie so viel Not persönlich und schriftlich an uns herangetreten« sei (und deshalb öfter doch noch ein Bettchen eingeschoben werde).²⁷ Daraus resultierte eine Stagnation, die im Verlauf der 1960er Jahre durchaus existenzbedrohende Züge annahm und hier zunächst für die äußere Gestalt der Einrichtung zu skizzieren ist. Bis 1969 eine »Generalsanierung« in den Planungsprozess eintrat, blieben grundlegende bauliche Veränderungen an den Wohngebäuden aus, die fast alle aus der Zeit vor 1914 stammten. Es galt mit dem verfügbaren Platz und

21 Chronik für das Jahr 1949, 3 und 4 (AU). Eingerechnet sind in diese Zahlen und im Folgenden jeweils ausschließlich die in der Statistik aufgeführten Menschen mit Beeinträchtigungen, nicht die zusätzlich in der Altenpflege betreuten Personen.

22 1959 weisen die Statistiken für die Häuser in Ursberg eine Zahl von 1.518 Bewohner/innen aus, als Gesamtzahl (einschließlich Filialen) 1.989; im Einzelnen 1376 »Schwachsinnige«, 134 »Epileptische«, 173 »Krüppelhafte«, 182 »Taubstumme« und 124 »Blinde« (Chronik für das Jahr 1959, 3 und 4, AU). Im Jahr 1969 waren die Zahlen für Ursberg mit 1.462 Bewohner/innen nochmals leicht zurückgegangen und die Gesamtzahl aller betreuten Personen mit Behinderungen mit jetzt 1.994 fast konstant geblieben; aufgeführt sind 1.452 »Schwachsinnige«, 94 »Epileptische«, 136 »Körperbehinderte«, 195 »Taubstumme« und 117 »Blinde« (Chronik für das Jahr 1969, 3 und 4, AU).

23 Chronik für das Jahr 1975, 3 und 4 (AU).

24 Damit änderte sich, laut TRÖGER (1984), 258, auch der Charakter der Pflegehäuser. In den Häusern St. Maria und St. Clemens wurden Gitter angebracht, um die Aufsicht zu erleichtern.

25 Verzeichnis der Heime für Kinder und Jugendliche in Bayern. Nach dem Stand vom 1. Oktober 1954, München 1954, 70. Angaben über die Filialen finden sich hier nicht.

26 FRICKE (1959), 131. Für Ursberg sind hier ebenfalls 584 Plätze angegeben (ibid., 138).

27 Ursberger Nachrichten, in: Ursberger Kalender 1951, 28.

Gebäudebestand auszukommen,²⁸ obgleich überall Sanierungsbedarf bestand (auch in den Filialen).²⁹ Im Verlauf der 1971 schließlich begonnenen »Generalsanierung« bezeichnete der zuständige Architekt drei der Ursberger Pflegehäuser als eigentlich abbruchreif.³⁰ Auch technische Modernisierungen (z. B. von Stromleitungen und Aufzügen oder mittels Anschaffung arbeitserleichternder Haushaltsgeräte³¹) erfolgten in den 1950er und 1960er Jahren nur sukzessive und partiell.³² Ein besonderes Problem bildeten die sanitären Einrichtungen, die zum Großteil veraltet³³ und ohne jede Privatsphäre waren. Eine Zeitzeugin berichtet über ihre erste Zeit in Ursberg Ende der 1950er Jahre noch von »Plumpsklos« (also Toiletten ohne Wasseranschluss) und Waschsüsseln zur täglichen Reinigung.³⁴ Auch für die mit Beginn der Sanierungsplanung 1969 eingesetzte Fachkommission, der Vertreter aller beteiligten staatlichen Verwaltungsebenen angehörten, war die Beseitigung baulicher Mängel nicht das einzige Problem. Moniert wurde besonders die Belegungszahl der Abteilungen, die mit bis zu 27 Personen als deutlich zu hoch galt.³⁵

Laut einer Aufstellung, die den Stand von Januar 1970 abbildet, gab es zu diesem Zeitpunkt in Ursberg nur drei Abteilungen mit 11 – 16 Bewohnerinnen und Bewohnern; in 63 Abteilungen lebten dagegen 17 – 25, in zwei Abteilungen sogar 26 – 27 Bewohnerinnen und Bewohner.³⁶ Auch alle Zeitzeuginnen und Zeitzeugen erinnern sich unger-

28 Saniert wurde in Ursberg in den 1950er Jahren ausschließlich Haus St. Florian, zu Beginn der 1960er Jahre erfolgte eine Teilsanierung von Haus St. Josef. Vgl. TRÖGER (1984), 260, 261 und 266.

29 Vgl. z. B. Ursberg hält Rückschau, in: Ursberger Kalender 1955, 29. Aus dem Abteigebäude Maria Bildhausen, das »völliger Ruin geworden« sei, mussten 1955 Bewohnerinnen und Bewohner mehrere Jahre wegen Baufähigkeit provisorisch untergebracht werden (ibid., 32). Zum erfolgten Umzug in ein neu errichtetes Gebäude dann: Ursberger Nachrichten, in: Ursberger Kalender 1965, 32.

30 Bericht des bauleitenden Architekten, Dipl.-Ing. F. Sommersberger (München) über die Sanierungsentwicklung der Ursberger Anstalten, 16.3.1976, 12 Seiten, anlässlich einer Besprechung zur Generalsanierung [der Fachkommission] mit anschließender Besichtigung am 16. März 1976, Zitat: 2. Mappe »Besichtigungsberichte der Regierung von Schwaben« [Bezirksregierung] (AU).

31 So z. B. »Ein kurzer Bericht für das Haus Skt. Vinzenz zur Hauschronik vom Jahre 1933 ab«, handschriftliche Hauschronik [Einträge 1955 – 1969] (AU). In den Aufzeichnungen wurden neue Geräte wie Kühlschränke und elektrische Waschmaschinen enthusiastisch begrüßt. Bis zum Bau der Fernheizung 1956 wurde Haus St. Vinzenz wohl auch noch mit Koks geheizt.

32 Das 1956 fertiggestellte Fernheizwerk ermöglichte immerhin den Umbau sämtlicher Küchen und die Versorgung moderner Geräte mit Strom; Ursberger Nachrichten, in: Ursberger Kalender 1965, 30 f.

33 Bericht des Architekten Dipl.-Ing. F. Sommersberger, 16.3.1976, 2.

34 Zeitzeugin P.L. [anonymisiert], Interview vom 7.5.2019: »Das musste ganz sauber alles sein, aber ich sage Ihnen, das war gar nicht so einfach, denn ganz zuerst, wo ich kam, da haben sie in dem Haus richtige Plumpsklos gehabt, keine Spülung. Und natürlich man hat da nachgeschüttet oder so und bis mal wenigstens ein Wasser durchkam, und mit Papier Verstopfung gewesen.«

35 Bericht des Architekten Dipl.-Ing. F. Sommersberger, 16.3.1976, 2 f.

36 Aufstellung: »Wohnumfeld am 01.01.1970 vor Beginn der Generalsanierung«, Ordner »Projekt Normalisierung 1980er« (AU).

an die räumliche Enge der 1950er und 1960er Jahre mit Gruppen von über 20 bis zu 27 Kindern: besonders an die großen Schlafsäle,³⁷ in denen Bett an Bett stand – mit Platz für maximal jeweils einen Nachttisch zum Ablegen der Kleidung.³⁸ Der zuständige Sozialhilfeausschuss hatte bereits bei der Vorlage des »Generalplans« durch die Generaloberin 1969 zudem gefordert, nicht nur die Wohnbereiche zu verbessern, sondern mehr in die medizinische und pädagogische Rehabilitation zu investieren.³⁹

Im Wohnbereich begann die überwiegend mit staatlichen Mitteln finanzierte Generalsanierung⁴⁰ mit zahlreichen Neubauten 1971, zunächst mit dem Bau des neuen »Wohnbereichs 7«.⁴¹ Durch dessen Fertigstellung 1975 und die damit verbundenen Verlegungen aus den »Althäusern« konnte die Größe der Abteilungen bereits reduziert werden: 1976 hatten von jetzt 105 in Ursberg bestehenden Gruppen nur noch 13 17–25 Bewohnerinnen und Bewohner, dagegen 64 Abteilungen 11–16 und 28 Gruppen bis zu zehn Bewohnerinnen und Bewohner.⁴² Die neuen Häuser besaßen eigene Therapieräume und wiesen keine Fenstervergitterung mehr auf. Völlig neu gebaut wurde (bis 1975) ein Sonderschulzentrum, das zahlreiche externe Schüler aufnahm. Für die Kinder und Jugendlichen in Ursberg bedeutete dies eine Trennung von Schul- und Wohnbereich und insgesamt eine Öffnung nach außen. Bereits zu Beginn der Sanierung war zugleich mit dem Bau für die neu eingerichtete »Fachschole für Heilerziehungspflege« begonnen worden. Sie sollte dem zweiten großen Strukturproblem seit 1945 begegnen: dem Mangel an Pflegepersonal.

37 Interview von Frank Sparing mit dem Bewohner L.N. [anonymisiert], Ursberg, 7.5.2019; (»Der Schlafsaal war unruhig, hat man nicht schlafen können«), P.P. [anonymisiert], Interview vom 8.5.2019 (»Zuerst viel geweint. 25 Leute in dem Raum sind gewesen«).

38 Interview von Frank Sparing mit der Bewohnerin P.L. [anonymisiert], Ursberg, 7.5.2019; ebenso TRÖGER (1984), 267, samt dem *ibid.*, 270, gedruckten Erinnerungsbericht einer Pflegeschwester von 1978: »Vor zwanzig Jahren bestand meine Wohngruppe aus vierundzwanzig Kindern und Jugendlichen, alle schwer- und schwerstbehindert. An Räumlichkeiten standen uns der große Schlafsaal für alle, mit Bett an Bett zur Verfügung und das Wohnzimmer für den Aufenthalt während des Tages.«

39 TRÖGER (1984), 266.

40 Finanziell beteiligt war neben dem Bezirk Schwaben, dem Land Bayern und der Kongregation selbst auch das Bistum Augsburg. Vgl. TRÖGER (1984), 268, sowie: In Ursberg verschwinden die Gitter, in: *Weltbild*, 10 (15. Mai 1974), 40–43, hier 41.

41 Bis 1981 entstanden insgesamt drei neue große »Wohnbereiche« 7–9; TRÖGER (1984), 280.

42 Anmerkung zum Berichtsentwurf »Untersuchung von Einrichtungen der Behindertenhilfe unter dem Aspekt ›Normalisierung‹«, Arbeitsexemplar o. D., 434, Ordner »Normalisierungs-Untersuchung (1988)« (AU).

3 Personal

Der Rückgang »klösterlichen Nachwuchses« war für die Kongregation schon 1949 »zur dringenden Sorge« geworden.⁴³ Ein Jahr später wurde diese Sorge wiederholt, da »unsere überlasteten Schwestern nach und nach versagen«. Im täglichen Betrieb müssten »noch 75- und 80jährige Schwestern voll eingeschaltet werden«. ⁴⁴ Zunächst setzte die Kongregation noch auf mehr eigenen Nachwuchs.⁴⁵ Die Zahl neuer Ordensschwestern nahm aber nur unmittelbar nach dem Krieg wieder zu, ging dann sukzessive zurück, bevor ab Anfang der 1960er Jahre Nachwuchs nahezu ganz ausblieb.⁴⁶ Im gesamten Ringeisenwerk arbeiteten 1975 noch 550 Schwestern, von denen die Hälfte bereits über 60 Jahre alt war. Die Zahl der in Ursberg selbst tätigen Schwestern ging zwischen 1945 und 1975 von 530 auf 396 zurück.⁴⁷

Pflegedienst bedeutete unter den beschriebenen äußeren Rahmenbedingungen für die oft älteren Schwestern Dienst ohne geregelte Arbeitszeiten. Sie verbrachten auch die Nacht in den Abteilungen, direkt neben dem Schlafsaal der »Pflegebefohlenen«. Der tägliche Dienst, der nur durch die jährlichen Sommerferien unterbrochen wurde, war – wie die Bewohnerinnen- und Bewohnerakten verdeutlichen – geprägt durch hohe psychische und auch physische Anforderungen. Mit wenig technischen Hilfsmitteln mussten beispielsweise pflegeintensive und körperlich eingeschränkte Kinder oft getragen werden.⁴⁸ Die jährlichen Berichte der Pflegeschwestern im ausgewerteten Aktensample sind voll von Hinweisen wie: »ist in allem unselbständig«, »muß in allem versorgt werden« oder »ist allseitig pflegebedürftig«. Sie dokumentieren entsprechend eine beträchtliche Belastung bis Überlastung der maximal zwei Pflegeschwestern (helferinnen) pro Abteilung, gerade in der Pflege »geistig schwacher« Kinder.⁴⁹ 1953 verwies das Generalkapitel der

⁴³ Ursberger Nachrichten, in: Ursberger Kalender 1949, 34.

⁴⁴ Ursberger Nachrichten, in: Ursberger Kalender 1950, 33.

⁴⁵ Religiöse Überzeugungen eines eigenen Weges in der Tradition des Gründers Ringeisen dürften dabei ebenso eine Rolle gespielt haben, wie der Umstand, dass vor allem durch die Selbstaufopferung der Schwestern der Pflege-Tagessatz niedrig gehalten werden konnte. Er betrug in Ursberg noch Mitte der 1960er Jahre nur rund die Hälfte des Satzes staatlicher Einrichtungen; TRÖGER (1984), 261. In den gesichteten Akten bestätigt sich, dass Erhöhungen des Tagessatzes möglichst vermieden wurden, mit Rücksicht auf privat zahlende Familien. Die sukzessive Erhöhung der Tagessätze in den 1960er Jahren geschah nicht zuletzt auf Druck seitens der Caritas.

⁴⁶ GERSTLAUER (1997), 42; TRÖGER (1984), 262 f.

⁴⁷ Wie viele dieser Ursberger Schwestern in Pflege und Betreuung tätig waren, ist in den Jahres-Statistiken nicht eigens aufgeführt. Zahlen nach: Bericht der Ursberger Anstalten für das Jahr des Herrn 1946, Ursberg 1946, 40 und Chronik für das Jahr 1975, 3 (AU); desgleichen TRÖGER (1984), 276.

⁴⁸ So zum Beispiel ein neunjähriger Junge mit spastischen Lähmungen, der 1958 bis zur Bewilligung eines Rollstuhls durch den zuständigen Landesfürsorgeverband von der Pflegeabteilung in die Schule getragen werden musste; UA4958.

⁴⁹ So exemplarisch UA5058, in der die Aufnahme eines achtjährigen Jungen in »eine der Abteilungen der bildungsunfähigen, unruhigen Kinder« im Juni 1958 zunächst mit der Begründung abgelehnt wurde, dass

Kongregation darauf, dass den Schwestern kaum Freizeit bleibe, was bei einigen auch zu Erschöpfung und Reizbarkeit führe.⁵⁰ Ab den 1960er Jahren wurde darauf reagiert, indem vor allem »bildungsfähige« Schulkinder für die Sonderschulen neu aufgenommen werden sollten, schwere Pflegefälle mit Ausnahme von Kleinkindern dagegen nicht mehr.⁵¹ Auch wurde zur Entlastung jetzt nicht-geistliches Personal eingestellt: Weist die Statistik von 1950 gerade einmal 24 »Lohnarbeiter« aus,⁵² führt diejenige von 1960 173 Angestellte und die Statistik von 1975 332 Mitarbeitende auf – die Zahl der davon in der Pflege Beschäftigten ist nicht benannt.⁵³ Die Probleme in der Pflege konnten allerdings lange nicht gelöst werden. Qualifiziertes Personal war kaum zu finden, weshalb man auf Aushilfskräfte zurückgriff: vielfach auf Frauen, die halbtags arbeiteten⁵⁴ und deren Fluktuation wohl durchaus hoch war.⁵⁵

Aus dieser permanenten Personalnot, wie sie für Einrichtungen der Behindertenhilfe in den Nachkriegsjahrzehnten generell charakteristisch ist, entstand die Idee zur Gründung einer eigenen Fachschule für Heilerziehungspflege, die 1970 ihre Arbeit aufnahm. Sie sollte das fachliche Niveau der Pflege heben und vor allem zukünftiges Personal nach Ursberg holen.

Umfang und Praxis pflegerischer Qualifizierung in Ursberg lassen sich anhand verschiedener Quellen nachvollziehen. Die ab 1951 wieder stattfindenden zwei-, später dreijährigen Kurse der Krankenpflegeschule (mit staatlichem Abschluss) absolvierten, soweit in der Ursberger Chronik dokumentiert, jeweils zwischen vier und sieben Schwestern.⁵⁶ Auch weitere individuelle Fortbildungen sind in der jährlichen Chronik seit den 1950er Jahren aufgeführt (ab 1965 auch im Bereich »Heilpädagogik«). Abgesehen von solchen individuellen Qualifizierungen konzentrierte sich das Fortbildungsangebot für die Pflege aber auf zweitägige allgemeine »Pflegekonferenzen«.⁵⁷ 1968 wurde schließlich

»unsere infolge Schwesternmangel überlasteten Schwestern der Pflege solch schwererziehbarer Kinder einfach nicht mehr gewachsen sind«. Die Aufnahme erfolgte dann doch.

50 TRÖGER (1984), 262.

51 Ibid., 263.

52 Chronik für das Jahr 1950, 3 (AU).

53 Chronik für das Jahr 1960 und 1975 (AU), jeweils 3 (Zahlen ausschließlich für Ursberg – ohne Filialeinrichtungen).

54 TRÖGER (1984), 262-264. Die Chronik von St. Vinzenz erwähnt ab 1966 auch erstmals Praktikanten, »Sozialhelferinnen« und »Sozialhelfer«, die in der Sommer-Urlaubszeit in den Stationen aushalfen; Chronik von Haus St. Vinzenz, Einträge Jahr 1966 und 1968 (AU).

55 Ibid., Jahr 1962: »Am 1. April verließen uns 4 Angestellte ohne Ersatz.« 1955 hielt die Chronik fest, wegen des großen Personalmangels im Haus »mußten mehrere Dienstmädchen als Hilfskräfte eingesetzt werden«.

56 Dies ergibt die Auswertung der Chroniken von 1949 bis 1975 (AU), dort jeweils die Rubrik »Aus- und Weiterbildung der Schwestern«, 5 f. Ein neuer Kurs begann im Schnitt alle zwei Jahre und wurde durch den »Anstaltsarzt« (Dr. Otto, später Dr. von Waldenfels) und die Pflegeoberin bzw. Lehrschwestern durchgeführt.

57 In der Regel fanden sie ein- bis zweimal im Jahr statt. Chroniken für das Jahr 1954, 5; 1955, 16; 1956, 13 (AU).

ein wöchentlicher Unterricht eingeführt, wohl nicht zuletzt, weil die meisten Schwestern und Helferinnen (in den gesichteten Bewohnerinnen- und Bewohnerakten ist der erste männliche Pfleger 1968 erwähnt) eben keine Fachausbildung besaßen.⁵⁸ Noch eine Aufstellung zum Stand 1976 zeigt, dass von 77 dort aufgeführten Schwestern im »Gruppendienst« 27 eine pflegerische Ausbildung besaßen (20 als Heilerziehungspflegerin, vier als Heilerziehungspflegehelferin, drei als Krankenpflegerin), 50 weitere demnach keine.⁵⁹ Erst mit Gründung der Fachschule für Heilerziehungspflege ist ab 1970 von einer breiteren Professionalisierung und Öffnung für moderne therapeutische Berufe auszugehen,⁶⁰ die sich auch darin zeigt, dass in den 1970er Jahren erstmals Physiotherapeutinnen und zwei Psychologen eingestellt wurden.⁶¹ 1975 wurde zusätzlich eine feste Mitarbeiterfortbildung etabliert.⁶²

Die in den Ursberger Schulen arbeitenden Schwestern absolvierten ihre Ausbildung weiterhin im 1946 wiedereröffneten eigenen Lehrerinnenseminar (mit staatlicher Anerkennung) oder als »Hilfsschullehrerin« an staatlichen Seminaren.⁶³ 1953 beendeten gleich elf Lehrerinnen nach einem »Hilfsschullehrer-Fernkurs« ihre Ausbildung im eigenen Seminar, unter ihnen zwei spätere Schulleiterinnen.⁶⁴

4 Sozialstatistisches Profil – Aufnahme und Entlassung

Auf die hohe Zahl der Aufnahmeanfragen an die Ursberger Einrichtungen sowie die aufgrund Platz- und Personalmangel erhebliche Ablehnungsquote wurde bereits hingewiesen. 1949 lag die Ablehnungsquote bei über 93 Prozent, 1959 bei rund 81 Prozent, 1969 bei 85 Prozent.⁶⁵ Festgestellt wurde desgleichen ein Rückgang der Betreuungszahlen im Untersuchungszeitraum insgesamt, was sich auch im ausgewerteten Aktensample widerspiegelt: Von den 100 bis ins Jahr 1975 aufgenommenen

58 TRÖGER (1984), 264.

59 »Mitarbeiter im Gruppendienst; Stand 1.1.1976«, Ordner »Projekt Normalisierung 1980er« (AU).

60 TRÖGER (1984), 268 und 276.

61 Ibid., 276. Die Psychologen wurden 1972 bzw. 1973 eingestellt; vgl. Chronik für das Jahr 1972 und 1973 (AU). Von Dipl.-Psych. Dr. Wulf Schreyer finden sich ab den 1970er Jahren in den BA vor allem Psychologische Gutachten.

62 TRÖGER (1984), 293.

63 Ibid., 255.

64 Chronik für das Jahr 1953, 6 (AU).

65 Chronik für das Jahr 1949 (AU), 4: Bei 956 Anfragen erfolgten 892 Ablehnungen (und 64 Aufnahmen); Chronik für das Jahr 1959, 4: Von 826 Anfragen wurden 668 abgelehnt (bei 158 Aufnahmen); Chronik für das Jahr 1970, 4 (Zahlen für 1969): 618 Ablehnungen bei 724 Anfragen (und 106 Aufnahmen).

Kindern und Jugendlichen, deren Akten gesichtet wurden, wurden mehr als zwei Drittel (N=69) bis zum Jahr 1960 aufgenommen, also in der ersten Hälfte des untersuchten Zeitraums. Differenziert nach Aufnahmejahrzehnten, ergibt sich, dass 41 Kinder im ersten Nachkriegsjahrzehnt (bis 1955), 37 von 1956 bis 1965 und nur 22 Kinder in den Jahren 1966–1975 aufgenommen wurden. Dies korrespondiert zeitlich mit der oben konstatierten strukturellen und personellen Krise der Einrichtung, die sich vor allem ab Mitte der 1960er Jahre zeigte. Blickt man innerhalb des Samples auf die Altersstruktur, so waren insgesamt 58 Kinder bei Aufnahme zwischen sechs und 14 Jahre alt (demnach im Schulalter), 27 unter sechs Jahre und 15 Kinder/Jugendliche über 14 Jahre alt. Im Verlauf der drei Aufnahmejahrzehnte stieg dabei die Zahl der Kinder im Schulalter von sechs bis 14 Jahren von zunächst knapp 50 auf über 77 Prozent. Anhand der ärztlichen Aufnahmebogen lässt sich auch aufschlüsseln, wie viele Kinder als »bildungsfähig« oder »bedingt bildungsfähig« zum Zweck der Sonderbeschulung bzw. Ausbildung aufgenommen wurden und wie viele zur pflegerischen Betreuung. Diese Differenzierung nach Aufnahmebegründung zeigt, dass trotz Änderungen in der Altersstruktur der Anteil zur Beschulung und Ausbildung aufgenommener Minderjähriger innerhalb des Samples zwischen 1949 und 1975 mit rund 50 Prozent nahezu auf dem gleichen Niveau blieb.

Bezüglich des Aufnahmemodus ergibt sich aus dem Aktensample, dass über drei Viertel, nämlich 79 der Kinder/Jugendlichen aus einer Familie aufgenommen wurden; nur insgesamt 16 stammten aus Heimen und vier (in der Regel im Kleinstkind-Alter) direkt aus Kinderkliniken.⁶⁶ Auffällig ist mit insgesamt 31 Prozent auch die Zahl der »Selbstzahler«, d. h. die Zahl der Familien, die das Pflegegeld aus eigenen Mitteln aufbrachten (1956–1965 lag diese sogar bei 41 Prozent). Die zuständigen Fürsorge- bzw. Sozialhilfebehörden kamen bei 69 Kindern bzw. Jugendlichen für die Kosten auf.⁶⁷ In der Regel brachten Eltern bzw. Familienangehörige ihre Kinder persönlich nach Ursberg und organisierten die nötigen Aufnahmeformalitäten: den erforderlichen ärztlichen Aufnahmefragebogen, Impfnachweise, eine Kostenübernahmeerklärung und die polizeiliche Ummeldung. Üblich war, dass die Kinder eigene Bekleidungsstücke mitbrachten. Bei der Aufnahme wurde darüber eine detaillierte Liste erstellt.

Während bei den 31 »Selbstzahlern« die Initiative zur Heimunterbringung, soweit dokumentiert, allein von den Familien ausging, war bei den übrigen Aufnahmen eine Vielzahl regionaler Behörden beteiligt: Bei 19 Kindern war dies nachweislich die am Wohnort zuständige Fürsorgestelle, bei 37 das zuständige Jugend- bzw. Gesundheitsamt (Schul- bzw. Amtsärzte). Eine Amtsvormundschaft bestand bei insgesamt elf Kin-

⁶⁶ In einer Akte fehlt die Angabe.

⁶⁷ Die Abnahme an »Selbstzahlern« könnte auf den – auf Druck der Caritas – ab den 1960er Jahren deutlich steigenden Pflegesatz zurückzuführen sein (von 3,50 DM pro Tag 1957 auf 14 DM pro Tag im März 1970). Kosten aus: UA4051, UA5157 und UA4556.

dern⁶⁸ (zehn von ihnen waren außerehelich geboren⁶⁹). Selbst wenn in den Aufnahmeunterlagen explizit die »Sonderbeschulung« bzw. Ausbildung als Aufnahmegrund angegeben ist, wird aus der teilweise sehr umfassenden Korrespondenz häufig eine Mehrfachbegründung erkennbar. Immer wieder verweisen die ärztlichen Fragebogen auf eine pfelegerische Überforderung der Familien: gerade bei Familien mit zahlreichen Geschwistern, bei (finanziell »notwendiger«) Berufstätigkeit, Erkrankung oder Tod der Mutter. In einigen Akten finden sich auch Indizien für eine emotionale Überlastung, etwa wenn auf eine Entwicklungsgefährdung von Geschwistern durch die Anwesenheit des behinderten Kindes hingewiesen wird.⁷⁰ Nur in wenigen Akten sind dagegen eine emotionale Ablehnung des Kindes oder befürchtete gesellschaftliche Diskriminierung direkt ausgesprochen.⁷¹

Zum sozialen Profil der 100 Kinder bzw. Jugendlichen im Sample lassen sich recht differenzierte Aussagen treffen. Die mehrheitlich aus bayerischen Regierungsbezirken (Schwaben, aber auch Oberbayern, Franken etc.), vereinzelt aber auch aus anderen Bundesländern aufgenommenen Kinder waren zunächst ganz überwiegend katholisch, was dem katholischen Charakter der Einrichtung wie auch der konfessionellen Struktur Bayerns entspricht.⁷² Rund ein Drittel, insgesamt 34, kamen aus – nach damaligem Gesellschaftsbild – »unvollständigen« Familien nach Ursberg. 19 von ihnen waren Halbweisen⁷³ und vor Aufnahme zumeist durch die Mutter oder Großmutter betreut worden, 14 weitere Kinder von geschiedenen bzw. alleinerziehenden Elternteilen (in der Regel auch hier den Müttern). Ausschließlich bei diesen Kindern ist in vier Fällen in der Aufnahmekorrespondenz vom zeittypischen Begriff der (drohenden) »Verwahrlosung« die Rede, durchweg bei Kindern alleinerziehender Mütter.⁷⁴ Bei einer bereits 18-jährigen ehemaligen »Hilfsschülerin« mit fast abgeschlossener hauswirtschaftlicher Ausbildung, bei der »Geistesschwäche leichteren bis mittleren Grades« mit zeitweiligen »Erregungszuständen« diagnostiziert wurde, findet sich zusätzlich das

68 Die Aufnahme im Zuge »Freiwilliger Erziehungshilfe« findet sich in einer Akte: UA5569. Ursberg zählte auch nicht zu den Heimen, die zur Aufnahme von »Fürsorgezöglingen« als »geeignet erklärt« waren. Vgl. Verzeichnis Heime für Kinder und Jugendliche in Bayern, Stand 1.10.1954, 14 und 23.

69 Insgesamt ist bei 18 Kindern im Personalbogen vermerkt, sie seien außerehelich geboren.

70 Durch Nachahmung von »Unarten, Grimassen u.s.w.«; so Ärztlicher Fragebogen in: UA5058.

71 So heißt es z. B. in einer Akte (UA5556, Ärztlicher Fragebogen) 1956, eine Heimunterbringung sei mit Rücksicht auf »die soziale Stellung der Eltern« (einem Lehrerehepaar) anzuraten. In UA6971 (Ärztlicher Fragebogen) ist notiert, die Eltern »lehnen eine häusliche Betreuung ab, da sie dem Kind ablehnend gegenüber stehen«.

72 Im Sample finden sich insgesamt fünf evangelische Kinder und ein Kind ohne Bekenntnis. Die überlieferten Satzungen betonten gleichlautend: »Der Charakter der Anstalt ist katholisch; doch ist die Aufnahme Andersgläubiger nicht ausgeschlossen.« Satzungen 1901, 4, § 5 sowie Satzungen 1933/34, 1, § 3 (AU).

73 Ein Kind war Vollwaise.

74 UA3950, UA4358, UA3957, UA5163. Ein weiterer Junge war zuvor »in völlig verwahrlostem und unterernährten Zustand« im Kinderheim Heilig Kreuz Donauwörth eingeliefert worden (UA4752).

Argument »sexueller Gefährdung«, die eine lückenlose Aufsicht erfordere.⁷⁵ Eine klare Behandlungsempfehlung (z. B. Schulbesuch oder Ausbildung) findet sich hier nicht, die junge Frau wurde fortan im Bügelsaal beschäftigt.⁷⁶ Gewalterfahrungen waren bei drei Kindern des Samples vor ihrer Aufnahme in Ursberg aktenkundig geworden, zwei von ihnen stammten aus »vollständigen« Familien.⁷⁷ Bei einem weiteren sechsjährigen Jungen wurde eine Gewalterfahrung 1972 zumindest vermutet, da er nach Angaben der Pflegeschwester anfangs »einen sehr verschüchterten Eindruck« machte.⁷⁸

Zwei Drittel der Kinder im Sample stammten allerdings nicht aus »prekären« sozialen Verhältnissen und aus »vollständigen« Familien. Die bei Aufnahme angegebenen Berufe (meist der Väter) lassen auch eine zumindest näherungsweise Zuordnung zu sozialen Milieus der Herkunftsfamilien zu, die nachfolgend tabellarisch dargestellt ist:⁷⁹

Tabelle 1: Herkunftsmilieu der Eltern

Soziales Milieu nach Berufsangaben	Absolute Zahl im Sample (N=100)	Prozentanteil
Arbeitermilieu (Berufsangaben: z. B. Arbeiter(in), Hilfsarbeiter(in), Hausmädchen, Kraftfahrer, Melkerin)	30	30 Prozent
Bäuerliches Milieu (Berufsangaben: z. B. Landwirt)	13	13 Prozent
Handwerkliches Milieu, kleinere und mittlere Angestellte/Beamte (Berufsangaben: z. B. Handwerker, Meister, Bahn-/Postbeamter, Offizier, Polizist)	33	33 Prozent
Selbständige (Berufsangaben: z. B. Kaufleute, Kaufmann, Ladenbesitzer)	5	5 Prozent
Akademisches Milieu (Berufsangaben: z. B. Lehrer, Jurist, Arzt, Ingenieur)	11	11 Prozent
Keine Zuordnung möglich	8	8 Prozent

Die Aufstellung zeigt, dass die in Ursberg aufgenommenen Kinder/Jugendlichen des Samples aus sehr unterschiedlichen sozialen Milieus kamen. Dass – angesichts der großen Zahl von Anfragen – gerade die Herkunft aus einer in Not befindlichen »gut katholischen Familie« bei der Aufnahme zumindest eine gewisse Rolle spielte, deutet sich in der jeweiligen Aufnahmekorrespondenz immer wieder an.⁸⁰

75 UA3957, Ärztlicher Fragebogen 1957 (Amtsarzt Gesundheitsamt Cham).

76 UA3957.

77 UA3556, UA4958, UA5056.

78 UA6470, Psychologischer Bericht 1972.

79 Basis ist jeweils die im Personalbogen bei Aufnahme angegebene Berufstätigkeit des Vaters (oder der Mutter).

80 So fällt auf, dass sich in den Briefwechseln zur Aufnahme nicht selten Empfehlungen katholischer Einrichtungen, Pfarrer, Ordensschwwestern oder Lehrerinnen und Lehrer finden.

Deutlich wird innerhalb des Samples auch die oben beschriebene, seit Mitte der 1960er Jahre bestehende Zurückhaltung, sehr viele Kinder mit intensivem Pflegebedarf aufzunehmen. Die ärztlichen Aufnahmediagnosen blieben im Untersuchungszeitraum weitgehend gleichförmig und lauteten bis in die 1970er Jahre zu 82 Prozent »Schwachsinn«.⁸¹ Mehrheitlich wurde diese Diagnose ausdifferenziert. Wo dies der Fall war, erfolgte bis 1955 zu nur 10 Prozent die Zuschreibung »Schwachsinn« »leichteren Grades«, zu rund 40 Prozent »mittleren« und zu rund 50 Prozent »Schwachsinn« »mittleren bis höheren« bzw. »höheren« Grades.⁸² Im letzten Untersuchungsjahrzehnt 1965-1975 lautete die Aufnahmediagnose dann zu rund 31 Prozent auf »Schwachsinn« »leichteren« bzw. »leichteren bis mittleren« Grades und zu rund 38 Prozent auf »mittleren« Grades. Von den jetzt aufgenommenen Kindern waren noch 31 Prozent als »schwachsinnig« »mittleren bis höheren« bzw. »höheren« Grades eingestuft. Als Spezifizierung findet sich bei insgesamt 21 Kindern »Mongolismus« bzw. »mongoloider Schwachsinn«. Weitere diagnostische Angaben bezogen sich auf zusätzliche körperliche Beeinträchtigungen, Einschränkungen des Hör- oder Sehvermögens und Anfallserkrankungen (Epilepsie), die durch den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg bei einem guten Drittel der Kinder (N=36) im Sample dokumentiert sind. Auf den Ablauf der Aufnahmediagnostik wird im folgenden Abschnitt zurückzukommen sein.

Aufgrund der spezifischen Struktur des Aktensamples, das fast ausschließlich Akten in Ursberger Einrichtungen verstorbener Personen umfasst, können zum Aspekt der Entlassung in dieser Einrichtungsstudie keine Aussagen getroffen werden. Hinweise ergeben sich aus den Akten vor allem zum Modus eines Verbleibs in der Einrichtung im Erwachsenenalter. Im Umfeld der Volljährigkeit erfolgte eine gerichtliche Feststellung weiterer »Anstaltspflegebedürftigkeit«. Eine Entmündigung war damit zwar nicht grundsätzlich verbunden (vgl. Einrichtungsstudie Lübeck), alternativ wurde eine amtlich bestätigte »(Gebrechlichkeits-)Pflegschaft« durch einen Elternteil oder Familienangehörigen eingerichtet.⁸³ Zu betonen ist allerdings die Knappheit der in den Akten überlieferten ärztlichen Gutachten zum Verfahren, die sich in der Regel auf wenige Zeilen auf einem DIN A5-Blatt beschränken. Nicht durchweg handelt es sich dabei um amtsärztliche Gutachten, teilweise fertigte sie der Ursberger »Anstaltsarzt« an.⁸⁴ Auch zu einer Anhörung der Betroffenen kam es nicht immer. Eine regelmäßige

81 Weitere Zuschreibungen lauteten: »Geistesschwäche«, »Geistig zurück«. Ausschließlich aufgrund rein körperlicher Beeinträchtigungen (»Little'scher Erkrankung«) wurden drei Kinder aufgenommen, alle im Zeitraum vor 1955; Gleiches gilt für ein Kind mit schweren Beeinträchtigungen des Hör- und Sehvermögens. In zwei Fällen lautete 1953 und 1955 die Diagnose ausschließlich »Epilepsie«.

82 Im folgenden Jahrzehnt (bis 1965) lautete die Diagnose bei knapp 22 Prozent der Neuaufnahmen »Schwachsinn« »leichteren« bzw. »leichteren bis mittleren« Grades, bei rund 28 Prozent »mittleren« und noch immer bei 50 Prozent »mittleren bis höheren« bzw. »höheren« Grades.

83 So z. B. UA3856, UA3751.

84 So in UA4556, UA4255, UA4255.

Überprüfung der weiteren »Anstaltspflegebedürftigkeit« spiegelt sich in den gesichteten Akten verstärkt seit Ende der 1960er und in den 1970er Jahren.

5 Diagnostik und Therapie

Medizinische oder heilpädagogische Diagnostik und Therapie fand in der Ursberger Einrichtung bis Anfang der 1970er Jahre kaum statt, selbst die Aufnahmediagnostik war weitgehend ausgelagert. Die »Ärztlichen Fragebogen«, welche neben der »Art der Krankheit« Angaben zum »physischen« und »psychischen«, aber auch zum »sittlichen« Zustand erfassten, wurden in der Regel vor der Aufnahme an Ärzte am Herkunftsort der Kinder verschickt.⁸⁵ Unterzeichnet sind sie in nur 16 Akten des Samples durch Ärzte in Kinder- oder Fachkliniken bzw. Pflegeheimen (einmal durch einen niedergelassenen Nervenarzt). Die große Mehrzahl der Diagnostikbogen wurde durch Bezirks- und Amtsärzte an staatlichen Gesundheitsämtern (N=37) oder durch niedergelassene praktische Ärzte (N=29) ausgefüllt, in acht Fällen durch niedergelassene Kinderärzte. Fast stereotyp finden sich in den Akten adjektivische Beschreibungen wie: »ruhig, gutmütig, folgsam«, »ruhig, verträglich, gesellig«, »ruhig, folgsam, scheu«⁸⁶ oder »sehr unruhig und aufgereggt, zeitweise widerspenstig«, »widerspenstig, scheu und einsam, anhänglich«.⁸⁷ Auffällig oft fallen die Begriffe »gutmütig«, »ruhig«, »folgsam«, was auch dem Umstand geschuldet sein dürfte, dass Ursberg traditionell weder »Geistesranke« mit speziellem Behandlungsbedarf noch »böartige Geistesschwache« aufnahm.⁸⁸

Wie die ärztliche Erstvorstellung in Ursberg verlief, wo im gesamten Untersuchungszeitraum ein einziger Anstaltsarzt – der zudem das eigene Krankenhaus St. Camillus leitete – für alle Bewohnerinnen und Bewohner (und Schwestern) zuständig war, ist in den Akten nicht dokumentiert. Es findet sich ausschließlich ein knapper Befund, der im Sample nur in begrifflichen Nuancen von der Diagnose des Fragebogens abweicht. Legt man den Schwerpunkt auf mögliche Veränderungen der Aufnahmediagnose im Verlauf des langjährigen Aufenthalts von Bewohnerinnen und Bewohnern,⁸⁹ zeigt sich eine große Kontinuität zum Eingangsbefund⁹⁰ bzw. in einigen Fällen eher eine »Hö-

85 Nur in sieben Akten zeichnete der Ursberger »Anstaltsarzt«. In zwei Akten fehlt der Bogen.

86 Z. B. UA3751, UA5565, UA6673.

87 Etwa UA5157, UA5566.

88 Satzungen 1933/34, 4, § 10 (AU).

89 Basis für einen Vergleich ist z. B. der in den Akten enthaltene »Ärztliche Fragebogen über die Notwendigkeit der Gewährung von Hilfe zur Pflege (§ 68 BSHG)«, der 1971/72 für alle Bewohner/innen durch den »Anstaltsarzt« ausgefüllt wurde.

90 Z. B. UA4160, UA4855, UA3450, UA5760, UA4556, UA5556.

herstufung« des »Behinderungsgrades«. ⁹¹ Die entsprechenden Untersuchungen – auch Pneumenzephalographien – wurden extern, in Kliniken in Augsburg, München oder im »Nervenkrankenhaus« Kaufbeuren durchgeführt. ⁹²

Hinzuweisen ist im medizinischen Kontext darauf, dass die Fachausbildung beider »Anstaltsärzte« im Untersuchungszeitraum – 1949 bis 1965 Dr. Martin Otto und 1966 bis 1986 Dr. Wolfram Freiherr von Waldenfels – keine fachspezifische war (z. B. als Nervenarzt).

Stationäre Therapien beschränkten sich innerhalb des Ursberger Krankenhauses St. Camillus, laut Abrechnungen und Briefwechseln mit Versicherungsträgern in den gesichteten Akten, auf allgemeinmedizinische Behandlungen bzw. (kleinere) chirurgische Eingriffe. Eine Verlegung nach St. Camillus fand typischerweise z. B. bei hohem Fieber, Lungenentzündung oder Herz-/Kreislaufproblemen statt. Speziellere, etwa orthopädische Behandlungen erfolgten durch Verlegung in auswärtige Kliniken bzw. die Konsultation auswärtiger Fachärzte. Bei Kindern, die zur Entlastung ihrer Familien in speziellen Pflege-Abteilungen aufgenommen waren und in St. Camillus verstarben, sind die Krankengeschichte mit Befunden und medizinischen Maßnahmen sowie die unmittelbare Todesursache durch den Ursberger Arzt dokumentiert. ⁹³

Besonders hinzuweisen ist auf die Form der Kommunikation mit den Erziehungsberechtigten im Fall einer Erkrankung. ⁹⁴ Vor allem in den ersten beiden Nachkriegsjahrzehnten kam es zu einer direkten Information der Eltern dann, wenn eine lebensbedrohliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eintrat. ⁹⁵ Vorab mit den Eltern abgesprochen bzw. eine explizite Einverständniserklärung eingeholt wurde zudem vor Operationen. ⁹⁶ War beides nicht der Fall, erfuhren Eltern von einer Verlegung ins Ursberger Krankenhaus St. Camillus in der Regel erst nachträglich, und zwar durch eine schriftliche Information aus dem Büro der Generaloberin, die auch einige Sätze zum

91 UA4752, UA5163, UA4153.

92 UA4756, UA4153, UA5160, UA6468, UA6269. Bei einigen Kindern und Jugendlichen im Sample war eine solche Diagnostik, bei Epilepsie oder auch »Hydrocephalus internus«, bereits vor ihrer Aufnahme erfolgt. Vgl. UA4953, UA5056, UA5760, UA6673, UA4955.

93 In den gesichteten Akten der in St. Camillus verstorbenen Kinder finden sich als »Leiden das unmittelbar zum Tode führte« die Angaben: »Kreislaufschwäche«/»Kreislaufversagen« (zehn Akten), »Herzschwäche«/»Herzversagen« (vier Akten), »Herz- und Kreislaufschwäche/-versagen« (drei Akten), »Status epilepticus«/»cerebral bedingter Krampf bzw. Anfall« (vier Akten), »Hirnödem«/»Hirnblutung« (zwei Akten), »Bronchopneumonie« bzw. »Pneumonie« (drei Akten). Jeweils ein Kind verstarb an einer »Sepsis« bzw. an »Hepatitis«. In einigen Akten ist über die »Schlussrechnung« die Durchführung einer »Leichenschau« dokumentiert.

94 Ein Einverständnisformular für Erziehungsberechtigte »für die Durchführung der vom Heimarzt/ Facharzt für notwendig gehaltenen ärztlichen Maßnahmen« findet sich in den Akten erst in der zweiten Hälfte der 1980er Jahre; vgl. z. B. UA5871 und UA4255.

95 So z. B. in UA4549 am 20.3.1958 mit den Worten: »Wir sind wegen des Kindes sehr in Sorge und glauben, daß das Lebenslichtlein bald erlöschen wird.«

96 So 1962 in UA4552 und 1965 in UA5260.

Befinden des Kindes/Jugendlichen enthielt. Sind schriftliche Antworten der Eltern in den Akten dokumentiert, was häufig der Fall ist, sind diese fast durchweg im Ton äußerster Dankbarkeit und großem Vertrauen gehalten.⁹⁷ Ein Zeitzeuge erinnert sich dagegen sehr ungerne an die restriktive Informationspolitik und zugleich daran, dass die Schwestern in seinem Haus Klagen der Kinder über gesundheitliche Probleme oft wenig Glauben geschenkt hätten.⁹⁸ Nicht nur im Fall einer Krankheit, sondern auch bei Verlegungen zwischen Abteilungen in Ursberg oder in Ursberger Filialen (aus pädagogischen oder Platzgründen) wurden die Eltern anscheinend kaum konsultiert, was allerdings nur in wenigen Einzelfällen des Samples Protest oder Widerspruch auslöste. Eine Verlegung von Kindern/Jugendlichen in eine psychiatrische Klinik oder Heilanstalt erfolgte im Untersuchungssample nur vereinzelt.

Heilpädagogische oder psychologische Behandlungsansätze setzten sich in Ursberg erst in den 1970er Jahren durch, ebenso eine Ausdifferenzierung von Therapien. Dies betrifft besonders die Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen, die so intensiv pflegebedürftig waren, dass für sie eine Beschäftigungstherapie nicht in Betracht kam oder deren Gesundheitszustand sich (z. B. aufgrund von Epilepsie) gravierend verschlechterte. Innerhalb des Samples galt dies für ein Drittel der Kinder (N=33).⁹⁹ Auch wenn, soweit in den Akten dokumentiert, nicht alle tagsüber überwiegend im Bett verblieben,¹⁰⁰ beschränkte sich ihre Betreuung doch ganz überwiegend auf pflegerische Aspekte sowie (nicht näher beschriebene) Versuche, sie zu eigenständigem Gehen, Essen, Anziehen oder mehr »Reinlichkeit« zu bewegen. Im Übrigen ist bei ihnen in den Jahresberichten z. B. notiert: »spielt nur mit den Fingerlein«, »spielt nur mit einem Stoffbündel« oder mit »Stoffresten« bzw. einem »Taschentuch«.¹⁰¹ Ein Bericht hielt 1954 fest: »Kann stundenlang in die Höhe schauen«.¹⁰² Festgehalten wurde auch, ob ein Kind bzw. Jugendlicher »ruhig und brav« war (»macht nichts kaputt«)¹⁰³ oder aber schwer zu kontrollieren bzw. aggressiv: »läuft planlos herum«¹⁰⁴, »stellt alles mögliche an«, »ist sehr eigensinnig, plagt gern die andern Kinder«.¹⁰⁵ Hinweise auf eine Beschäftigung in Kleingruppen oder

97 Z. B. UA5556, Schreiben vom 22.12.1968.

98 Interview von Frank Sparing mit dem Bewohner L.N. [anonymisiert], Ursberg, 7.5.2019.

99 In ihren Akten finden sich in den Jahresberichten zur Beschäftigung entweder keine Angaben oder der Vermerk »kann nicht beschäftigt werden«.

100 Dokumentiert ist dies in den Akten UA6164, Mitteilung 1969: »muss ständig im Bett sein«; UA4549, Bericht 1951: »liegt immer im Bett«; UA5357, Bericht 1960: sei durchgängig im Bett, »mit Rücksicht auf andere Kinder«; UA5156, Bericht 1957: sei auch tagsüber im Bettchen, »weint oft, meist wenn sie den Sauger verliert«, was sie erreichen könne, werde »total verbissen«.

101 UA4251, UA6164, UA4549, UA5156, UA4854.

102 UA4551.

103 UA4160, Bericht 1957.

104 UA5760, Bericht 1961.

105 UA4854, Berichte 1956 und 1961.

Individualförderung, z. B. durch »Rhythmik und Spiel«, finden sich erst zum Ende des Untersuchungszeitraums, nämlich ab den Jahren 1973/74.¹⁰⁶ Gleiches gilt auch für die Arbeit von Psychologen, bis Mitte der 1970er Jahre zunächst vor allem in Form psychologischer Gutachten zum Schulabschluss.¹⁰⁷ Zuvor finden sich vereinzelt Hinweise auf »orthopädisches Turnen«¹⁰⁸ und Sprachtherapie, wobei letztere überwiegend für »bildungsfähige« Kinder in den Schulen dokumentiert ist. Auf Schulunterricht und »Beschäftigungstherapie« wird im Folgenden gesondert eingegangen.

6 Pädagogik und Alltag

6.1 Religion, Ordnungskriterien, Tagesablauf

Nicht nur organisatorische Strukturen, auch Ordnungsvorstellungen und die Grundprinzipien der Lebensführung weisen in den Ursberger Einrichtungen bis zum Ende des Untersuchungszeitraums eine hohe Kontinuität auf. Sie orientierten sich an einem durch den Glauben strukturierten Leben in Arbeit und Gebet. Die damit verbundenen Wertorientierungen, also Demut, Einordnung in die »Gemeinschaft« und Opferbereitschaft, prägten auch die Lebenswelt der Bewohnerinnen und Bewohner. Erst mit der personell notwendigen und im Zuge der Sanierung erfolgten Öffnung zeichnet sich hier ab den beginnenden 1970er Jahren ein langsamer Wandel ab.

Glaube und Religion strukturierten den Jahreskalender gleichermaßen wie den Tagesverlauf und die pädagogische Praxis. Zäsuren im Alltag und festliche Höhepunkte waren religiös definiert. Möglichst jedes Kind bzw. jeder Jugendliche wurde zur Kommunion bzw. Firmung »geführt« und das Ereignis feierlich begangen. Ganz selbstverständlich hielten die jährlichen Berichte auch die Frequenz des Sakramenten-Empfangs und die religiöse Zugänglichkeit der »Pflegebefohlenen« fest.¹⁰⁹ Verbunden mit den in Ursberg gelebten religiösen Prinzipien war ein klösterlich geprägtes, stark asketisch-selbstdisziplinierendes Wertekonzept. Es definierte nicht allein den Anspruch an materielle Bedürfnisse, die Alltagsorganisation und feste Ordnungsvorstellungen. Es prägte, wie noch gezeigt wird, gleichermaßen die (pädagogische) Perspektive auf die

106 UA5569, UA6673, UA6472; ebenso in UA4858 – der Bewohner, seit 1958 in Ursberg, war zu diesem Zeitpunkt allerdings schon 25 Jahre alt.

107 UA6470, UA6673, UA5566. Erstellt sind diese durch den neu eingestellten Psychologen Dr. Schreyer, der ab Mitte der 1970er Jahre auch heilpädagogische Einzeltherapien durchführte (vgl. z. B. UA6774).

108 UA5260, UA3849, UA5968.

109 Besonders deutlich wird die religiöse Prägung der Kinder und Jugendlichen auch im Interview mit der Zeitzeugin P.L. [anonymisiert], Ursberg, 7.5.2019.

minderjährigen Pflegebefohlenen, Erziehungskonzepte und die sprachlichen Modi, in denen sie formuliert wurden.

Ein strikt geregelter Tagesablauf für alle Bewohnerinnen und Bewohner hatte in Ursberg Tradition: Die Werkstage begannen nach dem Morgengebet und Frühstück mit der heiligen Messe, an die sich Arbeit bis ca. 17 Uhr anschloss, unterbrochen durch eine Mittagspause. Der Abend endete nach »Nachtessen« und Freizeit mit dem Nachtgebet um 20 Uhr. Für Schulkinder begann der Tag etwas später, eingeleitet durch die heilige Messe um 7 Uhr, an die sich der Unterricht (mit den für Schulen vorgeschriebenen Pausen) anschloss. Das Schlafengehen fand für sie eine Stunde vor den Erwachsenen statt.¹¹⁰ Folgt man den Zeitzeuginnen- und Zeitzeugeninterviews, änderte sich an diesem streng geregelten Tagesablauf nach 1945 nur wenig. Der Zeitzeuge L. N. erinnert sich: Aufstehen war »in der Kinderzeit um sechs Uhr rum. Auf jeden Fall war um halb sieben oder sieben immer eine Messe, haben wir immer in die Kirche gehen müssen.«¹¹¹ Auch die strikten Essensvorschriften sind ihm (wie eine gewisse Monotonie der Speisen) noch sehr präsent: »Zum Abendessen immer das gleiche: Immer hat es zuerst zum Voressen eine Brotsuppe gegeben.«¹¹²

Feste Regeln bestimmten nicht nur den Tag, Vorschriften reglementierten zugleich privateste Rechte. So beschrieb eine Hausordnung 1958 nicht allein die religiösen Pflichten der Bewohnerinnen und Bewohner,¹¹³ forderte Pünktlichkeit¹¹⁴ und gab Verhaltensregeln vor – wie die absolute Nachtruhe von 21 Uhr bis zur Frühmesse.¹¹⁵ Unter Punkt 8 hieß es: »Zeitungen, Schriften, Bücher, welche gegen den Geist des Hauses verstoßen, werden nicht geduldet.« Besonders fragwürdig im Hinblick auf die Wahrung der Privatsphäre der Bewohnerinnen und Bewohner ist zudem Punkt 7 der Hausordnung, der im ersten Satz festschrieb: »Die ein- und auslaufende Post (Briefe u. Pakete) geht durch die Hand der Schwester Oberin.«¹¹⁶

Üblich war es in Ursberg auch, den Eltern während einer »Eingewöhnungsphase« von einem Besuch ihrer Kinder abzuraten. Über den Stand der »Eingewöhnung« informierten sie die Schwestern – in meist beruhigender Weise –, wie die Eltern eines achtjährigen Mädchens im Herbst 1954:

»[Name] geht es gut, sie ist wohlauf. Wohl litt und leidet sie auch jetzt noch ein wenig unter Heimweh, weil sie die vielen Kinder nicht gewöhnt ist. Vielleicht auch geht das

110 Satzungen 1901, »Tagesordnung«, 17–19, §§ 59–61 (AU).

111 Interview von Frank Sparing mit dem Bewohner L. N. [anonymisiert], Ursberg, 7.5.2019. Ähnlich auch: Interview von Frank Sparing mit dem Bewohner P. P. [anonymisiert], Ursberg, 8.5.2019.

112 Interview von Frank Sparing mit dem Bewohner L. N. [anonymisiert], Ursberg, 7.5.2019.

113 »Hausordnung in Haus St. Florian« [Aushang], 1.2.1958, Punkte 1 und 2 (Kopie AU). Zu bemerken ist, dass in Haus St. Florian erwachsene »Pflegebefohlene« lebten.

114 Ibid., Punkt 3.

115 Ibid., Punkt 6.

116 Ibid., Punkt 7.

Eingewöhnen deshalb schwerer, weil sie nicht sprechen kann. Nun aber geht es schon jeden Tag besser. [...]. Sicher wird sie sich bald ganz wohl und geborgen bei uns fühlen. Das Essen will ihr noch nicht besonders schmecken. Aber das soll Sie keineswegs betrüben, bei manchen Kindern dauert es halt länger, bis sie sich an die Umstellung gewöhnt haben.«¹¹⁷

Zumindest bis Mitte der 1960er Jahre galten zudem strikte Urlaubsregeln, die einen mehrwöchigen Sommerurlaub vorsahen. Eine Familie, die um eine Verlängerung der dreiwöchigen Urlaubszeit bat, erhielt im Juni 1965 eine abschlägige Antwort mit dem Hinweis: »Wir müssen auf dieser Ordnung bestehen bleiben, mit Rücksicht auf all die vielen anderen Pflegebefohlenen. Sicher verstehen Sie das.«¹¹⁸ Eingespielte Organisationsabläufe aufrecht zu erhalten, dürfte bei solchen festen Vorgaben ebenfalls eine wichtige Rolle gespielt haben, zudem sahen die Erstattungsregelungen der Kostenträger im Allgemeinen nur eine bestimmte Urlaubsdauer vor, bis zu der kein Abzug vom Pflegegeld erfolgte. Das Interesse der Kinder blieb dabei institutionellen Erfordernissen untergeordnet. In den 1950er Jahren galt zusätzlich die Regel, dass die Kinder und Jugendlichen Weihnachten in Ursberg verbrachten. Eine Anfrage wegen Weihnachtsurlaubs beantwortete die Generaloberin 1951 so:

»Unsere [!] Kinder dürfen nur in den Sommerferien nach Hause, nicht aber an Weihnachten. [...] Wenn Sie der Kleinen ein Weihnachtspäckchen schicken, das wir ihr an Hl. Abend auf den Gabentisch legen, hat sie darüber gewiß eine große Freude. Seien Sie versichert, daß wir alles tun, um unseren Anvertrauten das Christfest recht schön zu gestalten.«¹¹⁹

Erst seit Mitte der 1960er Jahre liberalisierten sich diese restriktiven Urlaubsregeln, wobei sich – wie im Fall von Verlegungen – die allermeisten Eltern im vorliegenden Aktensample ohne Rückfragen oder Kritik der Autorität der Schwestern beugten.

6.2 Freizeitgestaltung

Eingeschränkt waren im Untersuchungszeitraum gleichfalls die Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung. Dies stellte 1977 auch eine eigens eingerichtete Arbeitsgruppe der Ursberger Fachschule für Heilerziehungspflege in ihrer Broschüre mit Vorschlägen für abwechslungsreichere Freizeitaktivitäten fest. Sie argumentierte nicht nur mit besserer »Rekreation«, sondern auch mit mehr »Partizipation«, Förderung von »Selbständig-

117 UA4654, Schreiben vom 26.10.1954 auf Anfrage der Eltern; das Mädchen war neun Tage zuvor nach Ursberg gekommen.

118 UA4358, Schreiben vom 2.6.1965.

119 UA4051, Schreiben (gez. durch die Generaloberin) vom 10.12.1951. Bemerkenswert ist hier auch die Bezeichnung »Unsere Kinder« – in einem Brief an die Eltern.

keit« und »Persönlichkeitsentwicklung«. ¹²⁰ Zuvor beschränkte sich das Freizeitangebot weitgehend auf Spiele, Lesen, Radiohören (später auch Fernsehen innerhalb der Abteilung), ¹²¹ Eltern konnten ihren Kindern auch Wunsch-Spielzeuge (wie Bagger, Autos oder Lego-Bausteine) schenken. Spaziergänge wurden in den Gärten der Einrichtung oder der unmittelbaren Umgebung unternommen. ¹²² Zu besonderen Ereignissen – wie dem Namenstag der Generaloberin – fanden in der Theaterhalle Aufführungen (meist religiösen Inhalts) oder Konzerte statt. ¹²³ Die Jahres-Chroniken dokumentieren auch Fastnachtsfeiern mit Verkleidung in den einzelnen Abteilungen und weihnachtliche Krippenspiele. ¹²⁴ Selbst wenn in der Ursberger Chronik immer wieder auswärtige Besucher erwähnt sind, konzentrierten sich die Freizeitangebote bzw. Abwechslungen vom Alltag doch auf den Binnenraum der Einrichtung – einschließlich der Hausfeste, mit »Eierlauf, Seilziehen, Hahnenkampf, Apfelschnappen, [...] Kasperltheater, Würstl- und Brezenstand«. ¹²⁵ Ausflüge fanden noch zu Beginn der 1970er Jahre in nur sehr beschränktem Umfang statt: als eintägiger »Jahresausflug« der einzelnen Abteilungen zu näher gelegenen Naturschauplätzen, Städten oder Schlössern; sehr häufig zu religiösen Stätten (wie Kirchen, Klöstern und Wallfahrtsorten). ¹²⁶

6.3 Arbeit und Beschäftigungstherapie

Das Gründungsprinzip Ringeisens, »alle unter den beglückenden Segen der Arbeit [zu] stellen«, war in Ursberg ein universales Prinzip. ¹²⁷ 1973 betonte ein Artikel im jährlich gedruckten »Ursberger Kalender«: »Niemand soll in Ursberg müßig herumsitzen, jede

120 Aspekte. Einiges zur Freizeitarbeit im Heim. Mit leichtverdaulicher Theorie und praktischen Tipps (P. Steighöfer, Fachschule für Heilerziehungspflege, St. Josefskongregation), Ursberg o. J. [1977], 7–9.

121 Interview von Frank Sparing mit einer Bewohnerin der Einrichtung; B.B. [anonymisiert], Ursberg, 8.5.2019: »In einem Wohnzimmer waren alle beieinander. Die einen wollten Musik hören, die anderen wollten lesen, zum Beispiel. Andere wollten Karten spielen.«

122 Die bereits zitierte »Hausordnung in Haus St. Florian« von 1958 (AU) hielt an Freizeitmöglichkeiten unter Punkt 4 fest, man könne »im Garten hinter St. Florian [...] im Anstaltsgelände spazieren gehen und zwar auf dem Wege bis St. Kamillus, zum Friedhof, zur Waldkapelle, nicht aber im Mutterhausgarten; auch ist das Herumstehen an der Autohaltestelle zu vermeiden.«

123 So z. B. Chronik für das Jahr 1957 (AU), 10. Geschildert ist dort die große Feier zum Namenstag der Generaloberin im Mutterhaushof mit Gedichten, Chören, Musik und Tanz der Kinder der Anstaltsschule sowie der Ursberger Blaskapelle.

124 Ebenso mehrere gesichtete Fotoalben (AU).

125 So z. B. Chronik für das Jahr 1951 (AU), 15.

126 Vgl. z. B. die Artikel: Denn wir fahren in die Welt hinaus, in: Ursberger Kalender 1971, 57; sowie: Schön ist die Welt. Drum Brüder laßt uns reisen, in: *ibid.*, 58.

127 Vgl. Das Arbeitsprinzip in den Ursberger Anstalten, in: Ursberger Kalender 1951, 46–48, Zitat 46.

kleinste Kraft soll in den Ursberger Arbeitsprozeß eingegliedert sein.«¹²⁸ Auch für jugendliche Bewohnerinnen und Bewohner bedeutete dies zunächst die Pflicht, bei der täglichen Arbeit in den Abteilungen mitzuhelfen. Eine Zeitzeugin erinnert sich: »Aber man hat überall zusammen geholfen, auch beim Putzen, da waren ja noch Holzböden, wo man fest schrubben musste noch.«¹²⁹

Auch »geistig Schwache« sollten ihren Beitrag leisten, in Form »einfachster Tätigkeiten« wie Tischdecken oder Spülen.¹³⁰ Weil sie nicht in der Schule, den Werkstätten oder den handwerklichen bzw. landwirtschaftlichen Betrieben beschäftigt werden konnten, gingen sie zudem möglichst zumindest stundenweise in den »Werkssaal«. Als Beschäftigung dort nennen die Akten: »Perlensortieren«, »Fleckchenzupfen«¹³¹ und immer wieder »Bastweben«.¹³² 1974 entstanden daraus die sogenannten »kleinen Werkstätten« zur Beschäftigung von Menschen mit starken Einschränkungen, die das Konzept der Kleingruppen- und Individualförderung verfolgten.

Mit dem Ende der Schulzeit entschieden die Schwestern über die weitere Beschäftigung der Bewohnerinnen und Bewohner. Mädchen bzw. junge Frauen, die alle Schulstufen durchlaufen hatten oder als nicht weiter »bildungsfähig« ausgeschult waren, wurden nach dem Kriterium der »Anstelligkeit« zu Haus- und Küchenarbeiten eingeteilt oder zur Arbeit in der Wäscherei, der Näherei oder der Bügelabteilung.¹³³ Einige männliche Jugendliche des Samples leisteten nach ihrer Ausschulung anspruchlose Arbeiten in den Filialen, meist in der Landwirtschaft, z. B. Umgraben oder Dungverteilen.¹³⁴ Mehrheitlich erfolgte ihre Beschäftigung allerdings in den Werkstätten, die nach wie vor für den eigenen Bedarf arbeiteten, aber auch Produkte für den Verkauf herstellten. 1951 waren dies im Zentrum Ursberg eine Schreinerei, Schneiderei und Schuhmacherei, eine Korbmacherei, Buchbinderei, Lederwarenerwerkstätte und die Weberei, außerdem eine eigene Schlosserei, eine Malerei sowie ein Sägewerk. In den Akten dokumentiert sind zudem einfache »Montierarbeiten« wie das Zusammenstecken von Wäscheklammern oder »Playmobil«-Teilen. Das Heranführen an eine Beschäftigung bestand auch bei den männlichen Jugendlichen im Sample ganz überwiegend im »Anlernen« für einfache bzw. Hilfs-Tätigkeiten, wobei als einfachste Tätigkeit die Arbeit im »Websaal« galt. Immerhin neun von 22 laut Bewohnerakten so beschäftigten männlichen Heranwachsenden besuchten

128 Alles in unserem Werk soll arbeiten, in: Ursberger Kalender 1973, 30.

129 Zeitzeugin P.L. [anonymisiert], Interview vom 7.5.2019; Zeitzeugin B.B. [anonymisiert], Interview vom 8.5.2019, erinnert sich an »viel Betten machen«.

130 Z. B. UA4051, UA4659, UA4969, UA4459, UA3850.

131 Dazu auch: Schaffende Hände im Ringeisenwerk, in: Ursberger Kalender 1962, 30.

132 Z. B. UA5260, UA4756, UA4959, UA4958.

133 So z. B. UA3651, UA4549, UA4454, UA3652, UA4654.

134 Z. B. UA3556, UA4864, UA5566.

dabei die Ursberger »Sonderberufsschule«. ¹³⁵ Ein Abweichen von dieser rein manuell-physischen Beschäftigungspraxis findet sich im Sample nirgendwo.

Genauere Angaben zum Umfang der täglichen Arbeit sind in den Bewohnerinnen- und Bewohnerakten meist nicht vorhanden, in wenigen findet sich der explizite Hinweis auf eine halbtägige oder nur stundenweise Beschäftigung. ¹³⁶ Ebenso verweisen die jährlichen Berichte, die eine Rubrik »berufliche Tätigkeit« enthalten, nur im Einzelfall darauf, dass die Arbeit mit individuell gestalteten Ruhepausen verrichtet wurde. ¹³⁷ In der Regel beschränken sich die Angaben zur Beschäftigung auf eine Bewertung von Fleiß und Leistung, z. B.: »Geht in den Arbeitssaal, hat aber wenig Fertigkeit«; »Macht im Arbeitssaal Körbchen, arbeitet sauber, aber etwas langsam«; »ist bei seiner Webarbeit recht fleißig und flink«, oder: »Webt recht schön und auch schon selbständig«. ¹³⁸ Diese vorherrschenden Bewertungskategorien verweisen mehr auf leistungsorientierte Arbeit denn auf eine »therapeutische« Beschäftigung, selbst wenn sie als solche benannt war. Bestätigt wird dieser anhand der Akten ermittelte Befund durch die Zeitzeuginnen und Zeitzeugen. So arbeitete die Zeitzeugin P.L., die 1958 nach Ursberg kam, 37 Jahre lang in der zentralen Wäscherei. Da sie als Epileptikerin nicht an Maschinen arbeiten durfte, wurde sie zum Zusammenlegen und Sortieren der Wäsche eingeteilt. Ihren Angaben zufolge dauerte die Arbeit dort von früh morgens bis mittags und wurde nach einer halbstündigen Essenspause bis 17 Uhr fortgesetzt. Aufgrund ihrer Epilepsie wurde für sie die Mittagspause zum Ausruhen auf eine Stunde verlängert, »weil ich ja auch Schwindel hatte, [...], denn wenn man dann wenigstens den Kopf mal hinlegen konnte, gell, und das war gut so«. ¹³⁹ Noch sehr genau erinnert sie sich, dass sie für ihre Vollzeitarbeit anfangs nur 5 D-Mark pro Monat Taschengeld erhielt, das aufgrund des Einsatzes der Wäscherei-Leiterin dann auf 20 bis 25 Mark erhöht worden sei. Am Schluss habe sie eine Vergütung von 70 Mark im Monat bekommen. ¹⁴⁰ Sie berichtet auch (und dies wird von anderen Zeitzeugen bestätigt), dass den meisten Bewohnerinnen und Bewohnern das Taschengeld nicht direkt ausbezahlt, sondern durch die Schwestern verwaltet wurde. Die Übernahme in ein Lohnverhältnis ist im Sample für den Untersuchungszeitraum nur im Einzelfall

135 UA4052, UA4153, UA4160, UA4255, UA6269, UA5768, UA5569, UA5058, UA5163. Dagegen nur drei weibliche Jugendliche im Sample (UA4549, UA4454, UA3652).

136 UA4958, UA5556, UA4969, UA5559, UA5871, UA4756.

137 Z. B. UA3851, Bericht 1956. Dort der Hinweis, der Heranwachsende ermüde »unter der Arbeitszeit, nach gegebener Ruhe macht [Name] wieder weiter«.

138 UA5163, Bericht 1968; UA4358, Bericht 1963; UA5058, Bericht 1964; UA3950, Bericht 1958.

139 Zeitzeugin P.L. [anonymisiert], Interview vom 7.5.2019. Die Zeitzeugin B.B. [anonymisiert], die bereits Ende der 1940er Jahre nach Ursberg kam, arbeitete nach ihrer Schulzeit beim Sticken: »Wir haben für Bestellungen gearbeitet. Bettwäsche, Monogramme, und dann Küchenwäsche, Altarwäsche für Kirchen«; Interview vom 8.5.2019.

140 Zeitzeugin P.L. [anonymisiert], Interview vom 7.5.2019.

dokumentiert.¹⁴¹ Eine Formalisierung der Beschäftigungsverhältnisse erfolgte erst ab Mitte der 1970er Jahre, vor allem mit der staatlichen Anerkennung der Ursberger Werkstätten als »Werkstatt für Behinderte« (WfB) durch die Bundesanstalt für Arbeit im Juli 1976.¹⁴² Damit verbunden war zumindest eine Sozialversicherungspflicht für WfB-Beschäftigte, auch eine (nach Leistung gestaffelte) Vergütung sollte gezahlt werden.¹⁴³

6.4 Unterricht in Sonderschulen

Bevor auf erzieherische Grundsätze und Wertstrukturen in der Ursberger Einrichtung in einer Gesamtperspektive eingegangen wird, ist zunächst das Sonderschulsystem näher zu beschreiben. 1954 waren die 1947 wiederöffneten »Anstaltsschulen« mit rund 250 Schülerinnen und Schülern wieder voll besetzt bis überbelegt.¹⁴⁴ Im März 1972 besuchten innerhalb Ursbergs 193 »interne Schüler[innen]« die Schuleinrichtungen.¹⁴⁵ Nach wie vor gab es in Ursberg selbst¹⁴⁶ die »Anstaltsschule« für lernbehinderte Kinder mit jetzt acht Klassenstufen, welche 1962/63 um zwei spezielle Klassen als private »Sonderschule für Geistigbehinderte« erweitert wurde,¹⁴⁷ die »Gehörlosenschule«, die »Vorschule« (»Kindergarten«) sowie die in einen hauswirtschaftlichen und einen gemischtgewerblichen Zweig aufgeteilte »Sonderberufsschule«. Die Entscheidung über eine Einschulung erfolgte durch einen Aufnahmetest, dem eine »Intelligenzprüfung nach Binet-Simon-Bobertag« zugrunde lag, der durch eine Testreihe den Intelligenzquotienten, das »Intelligenzalter« und den »Intelligenzrückstand« ermittelte. Die Zuordnung zu einer bestimmten Klasse geschah nach ermittelten Fähigkeiten und (schulischen) Vorkenntnissen, nicht nach Alter. Einschulungen wurden auch versuchsweise durchgeführt, bei einigen Bewohnerinnen und Bewohnern des Samples nach einer gewissen Zeit (z. B. nach ein oder zwei Jahren) mit einer Schulbefreiung wieder abgebrochen. Klassen konnten mehrfach wiederholt werden, auch Rückstufungen kamen vor.

141 UA3652.

142 UA4549, Schreiben Behindertenzentrum Ursberg an die Sozialhilfverwaltung Augsburg vom 22.7.1976.

143 Ibid., sowie UA4052, Schreiben vom 25.6.1975.

144 Ursberger Nachrichten, in: Ursberger Kalender 1951, 28, sowie: Ursberg hält Rückschau, in: Ursberger Kalender 1955, 29. Weitere rund 150 Schüler/innen besuchten die Schulen der Filialen.

145 Chronik für das Jahr 1972 (AU), 4. Die Zahl externer Schüler/innen lag bei 295.

146 Die »Blindenschule« in Pfaffenhausen, über die im Sample keine schulischen Unterlagen vorliegen, wurde 1970 eingestellt; die Internatsschule für »Lernbehinderte« in Grönenbach wurde zwischen 1973 und 1977 abgebaut. Vgl. TRÖGER (1984), 281 und 283.

147 1973 wurde diese als eigene Schuleinrichtung anerkannt; Gerstlauer, Schulen, in: TRÖGER (1984), 286.

Festzuhalten ist für alle Teilschulen zunächst die auch im Unterricht stark religiöse Prägung: Viele Lerninhalte wurden mittels christlicher Lieder, Geschichten und »kleiner Gedichte« eingeübt. Die »Berufsonderschule« vermittelte berufspraktisch anwendbare Kenntnisse, je nach Zweig z. B. Fachzeichnen und Schriftverkehr oder »Haushaltskunde«, aber auch Rechnen, »Deutsche Sprache« und »Lebens- und Bürgerkunde«. ¹⁴⁸ Der Unterricht in der »Gehörlosenschule« umfasste neben klassischen Unterrichtsfächern eine gebärden- und lautsprachliche Förderung. ¹⁴⁹ Pädagogisch vergleichsweise fortschrittlich lesen sich Berichte aus dem Bereich der »Vorschule« (»Kindergarten«), in denen Spielbeschäftigung, »Anschauungs- und Sinnesübungen«, Farbzuordnung oder »Sing- und Fingerspiele« bereits in den 1950er Jahren erwähnt sind. ¹⁵⁰ Das Curriculum der achtstufigen »Anstaltsschule« konzentrierte sich dagegen – neben manuellen Fähigkeiten – auf die Vermittlung von Lesen, Schreiben und Rechnen. ¹⁵¹ Im Rechnen wurde eine »Orientierung« in gestaffelten Zahlenräumen (Zählen und Rechnen bis 10, 100 usw.) gefordert, wobei eine Loslösung von »Veranschaulichung« angestrebt war. Lesen und Schreiben wurden beginnend mit Buchstaben und kleinen Wörtern trainiert, wobei mechanische Wiederholung, Nach- und Abschreiben im Vordergrund standen. In den Schulberichten wurde auf die hier erzielten Fortschritte besonderes Augenmerk gelegt: die Zahl erlernter Buchstaben, Leseflüssigkeit, Rechtschreibung. In jeder Schulakte finden sich außerdem regelmäßig dokumentierte »Schriftproben«. ¹⁵² Die »Gedächtnisleistung« sollte mit dem Auswendiglernen und Aufsagen von »Verslein« gesteigert werden. ¹⁵³

Mit welchen pädagogischen Methoden das Curriculum im Einzelfall vermittelt wurde, ist weniger gut dokumentiert. In einem Schulbericht wurde 1960 jedoch auf die langsamen Fortschritte eines Schülers beim Lesen hingewiesen, die »ihm durch harten Drill abgerungen« worden seien. ¹⁵⁴ Durchaus nicht alle Schulberichte sind in einem Ton reinen »Drills« verfasst, der Grad von Verständnis für die Voraussetzungen und

148 UA3652, Schulunterlagen.

149 Vgl. Schulunterlagen in UA4654 und UA5968.

150 UA4654, Kindergartenberichte 1954–1956. In UA4552 ist auch der Einsatz von »Montessori Zylindern« dokumentiert.

151 Ergänzend wurden (neben Religion sowie den Handarbeiten) auch ein Sach- bzw. »Anschauungsunterricht« und »Heimatkunde« gegeben; außerdem Zeichnen, Singen (wobei besonders die gesanglichen Fähigkeiten der Schüler/innen bewertet wurden) und Turnen – soweit es den Kindern/Jugendlichen körperlich möglich war, teilzunehmen. Dokumentiert sind auch »Unterrichtsgänge« ins Freie.

152 Die Kinder schrieben dabei Sätze aus dem Alltag, aber auch Verse. In der Schriftprobe eines 16-Jährigen findet sich zur Schulentlassung z. B. ein Satz aus Hermann Löns' Roman »Der Wehrwolf«: »Bet' Kinder, Bet', morgen kommt der Schwed', morgen kommt der Ossenstern, der wird die Kinder beten lern'«; UA3446, Schriftproben der Schulakte.

153 Z. B. UA4153, Schulberichte 1953–1959; UA5058, Schulberichte 1959-1967; UA5163, Schulberichte 1963–1967.

154 UA4952, Schulbericht 1960.

Fähigkeiten einzelner Schülerinnen und Schüler schien sehr stark von der jeweilig lehrenden Schwester abzuhängen. Ab Beginn der 1970er Jahre lässt sich insgesamt eine Tendenz erkennen, mehr schülerzentriert zu bewerten, Fähigkeiten und Fortschritte zu betonen und nicht mehr in erster Linie defizitorientiert »Schwächen« und »Mängel« zu konstatieren.¹⁵⁵ Ein defizitorientierter Blick auf die Kinder findet sich in bis Ende der 1960er Jahre häufig verwendeten Begriffen wie »gedankenarm«, »formenarm«, »ausdrucksarm« (z. B. beim Malen) oder »primitiv«; auch in Bewertungen wie »Die Leistungen entsprechen den geringen Fähigkeiten«¹⁵⁶ taucht er auf.

6.5 Erzieherische Grundsätze und Beurteilungskriterien (Zuschreibungen)

Die zitierten, recht ausführlichen Schulberichte der Klassenlehrerinnen, die sich in 53 der insgesamt 100 gesichteten Akten finden, beschreiben nicht nur die »schulische«, sondern auch die »charakterliche« Entwicklung der Schülerinnen und Schüler. Sie erlauben damit Einblick in erzieherische Grundsätze und Ziele, legen vor allem aber auch grundlegende Ordnungsvorstellungen und Wertorientierungen offen, nach denen die Kinder und Jugendlichen erzogen und dabei positiv oder negativ bewertet wurden. Gleiches gilt für die jährlichen Berichte der Abteilungs-Pflegeschwestern, die durchweg charakterliche Zuschreibungen und »Bewertungen« enthalten. Festzuhalten ist, dass besonders die jährlichen Berichte in einem Sprachmodus verfasst waren, der sich an Begrifflichkeiten christlicher Liebe, Nachsicht und Güte orientierte. Anhand immer wiederkehrender Schlüsselbegriffe und Zuschreibungen ist dennoch eine sehr klare Ordnungs- und Tugendagenda erkennbar, die im Alltag der Abteilung ebenso galt wie im Schulunterricht oder bei der Beschäftigung.

Als erste zentrale Kategorie innerhalb dieser Tugendagenda ist, entsprechend dem Ursberger Arbeitsprinzip, zunächst die strenge Forderung nach permanenter Anstrengung, Fleiß und »sich Plagen« zu nennen. Ob im »Werksaal« oder im Schulunterricht, von jedem Kind bzw. Jugendlichen wurden Anstrengung, Disziplin und Fleiß erwartet. Positiv vermerkt waren »Fleiß« und »Anständigkeit«, negativ – etwa in der Schule – mangelnde Aufmerksamkeit, »Flüchtigkeit« und ganz besonders »Bequemlichkeit« (»mag sich nicht plagen«).¹⁵⁷ Zwar wurde in (Schul-)Berichten durchaus auf den individuellen »Krankheitszustand« Bezug genommen, zu wenig

155 Z. B. die Schulberichte 1968–1975 in UA6167, die eine deutlich positivere Sicht auf individuelle Fähigkeiten und Stärken erkennen lassen.

156 UA5058, Schulberichte 1959–1970.

157 So z. B. UA5163, Schulbericht 1964; UA4855, Schulbericht 1960; UA4958, Bericht 1959.

Anstrengung letztlich aber doch primär als charakterliches Defizit gewertet und entsprechend kritisiert: »willensschwach«, »willenlos u. lässt sich sehr gehen«. ¹⁵⁸ So charakterisiert ein Schulbericht 1953: »[Name] ist ein bequemer Junge«, der sich »weder geistig noch körperlich anstrengen will«. ¹⁵⁹ 1961 bezeichnete ein Schulbericht einen Zwölfjährigen als »schwerfällig, interesselos und tölpelhaft«, er sei auch praktisch ungeschickt »und ohne Leistungswille«. ¹⁶⁰ Auch wenn drastische Abwertungen wie »tölpelhaft« in den gesichteten Berichten eher eine Ausnahme bilden ¹⁶¹, finden sich charakterliche »Defizitbewertungen« wie die zitierten umso öfter. Eher negativ vermerkt wurde in diesem Zusammenhang auch ein zu kindliches Verhalten (als »läppisch« oder »ist noch ein rechtes Kind«); dies obgleich durchgängig alle Bewohnerinnen und Bewohner altersunabhängig als »Kinder«, »Buben« oder »Mädchen« und oft mit Namens-Diminutiven bezeichnet wurden. ¹⁶²

Als zweite zentrale Kategorie, die charakterliche Zuschreibungen sowie die dahinter stehenden pädagogischen Werteordnungen abbildet, ist Gehorsam bzw. »Fügsamkeit« zu nennen. Das sich Einfügen müssen in den Tagesablauf und in die »Anstaltsregeln« beschreiben nicht nur die befragten Zeitzeuginnen und Zeitzeugen, ¹⁶³ es spiegelt sich auch in den Berichten des Samples deutlich wider. Immer wiederkehrende positive Zuschreibungen waren hier »Willigkeit«, »Folgsamkeit« und »Lenkbarkeit«, die zentral auch den Gedanken von Lenkbarkeit und »Formung« nach den eigenen Wertvorstellungen implizierten. »Lieb«, »brav«, »gutmütig«, »gutwillig« »folgsam« und »leicht lenkbar« tauchen zumeist als aneinander gekoppelte Beurteilungen auf. ¹⁶⁴ Eng mit dieser erzieherischen Maxime von Fügsamkeit und Unterordnung verbunden war die Erwartung einer möglichst reibungslosen Einordnung in die Gemeinschaft. Fast in allen Berichten finden sich über die Jahrzehnte hinweg Aussagen zur »Verträglichkeit« in der Gruppe, mit anderen Kindern oder in der Schulklasse, z. B.: »verträglich, kann sich anpassen, ein- und unterordnen«. ¹⁶⁵ Negativ vermerkt wurden dagegen »Lügen-

158 So z. B. die Berichte aus den 1950er und 1960er Jahren in: UA3446, UA4858, UA5056, UA5563, UA5157, UA3751.

159 UA3450, Schulbericht 1953.

160 UA4958, Schulbericht 1961; desgleichen UA4952, Schulberichte 1960 und 1961.

161 Häufiger finden sich, besonders bei Kindern mit »Down-Syndrom«, Stereotypen wie z. B. »liebes, anhängliches, sonniges Mongoloidenmädchen« (UA6167, Bericht 1968) oder »liebes, drolliges Mongoloidle« (UA5556, Bericht 1964).

162 Z. B. UA4855, Bericht 1959; UA4549, Schulbericht 1962.

163 Zeitzeuginnen P. L. und B. B. [anonymisiert], Interview vom 7. bzw. 8.5.2019; Zeitzeuge L. N. [anonymisiert], Interview vom 7.5.2019.

164 So nur exemplarisch für entsprechende Klassifizierungen in (Schul-)Berichten der 1950er bis 1970er Jahre: UA4556, UA4052, UA5664, UA4351, UA4864, UA4454, UA5569.

165 UA5566, Bericht aus der Filiale Holzen 1973; ähnlich z. B. die Berichte in UA5260, UA4756, UA3849, UA4969.

haftigkeit« oder »Hinterhältigkeit«¹⁶⁶, besonders aber alle Verhaltensweisen, die auf zu viel individuelle Aufmerksamkeit ausgerichtet schienen. Kinder bzw. Jugendliche, denen solches Verhalten zugeschrieben wurde, galten als »eitel«¹⁶⁷ oder »verwöhnt«¹⁶⁸, als zu laut oder »geschwätzig«. In einem Bericht aus dem Jahr 1957 heißt es etwa: »mit fast dauerndem Geschwätz gibt sie sehr viel zu ertragen«.¹⁶⁹ Immer wieder kamen in diesem Kontext abschätzige Formulierungen wie »macht sich auffällig«¹⁷⁰ oder sei (zu) »aufdringlich«¹⁷¹ zum Einsatz.

Besonders negativ beschrieben wurden vor allem in den jährlichen Berichten der Abteilungsschwestern »Verhaltensauffälligkeiten«, die zur erzieherischen Agenda von Fügsamkeit und Einordnung in Gegensatz standen. Sie wurden als »Eigensinn«, »Bockigkeit« oder »Widerspenstigkeit« bezeichnet und entsprechend kommentiert: »rechthaberisch und eigensinnig«, »kann recht empfindl[ich] und bockig sein« oder »oft sehr eigenwillig, frech, grob u. vor allem unfolgsam«.¹⁷² Bei stark beeinträchtigten Kindern bzw. Jugendlichen verwiesen bei anhaltendem Weinen, Schreien und Zornesausbrüchen die Schwestern öfter darauf, sie seien eben »geistig sehr schwach« und deshalb »gestört«.¹⁷³ »Verstieß« dagegen ein Kind, welches nicht als geistig »sehr schwach« galt, dauerhaft gegen die Regeln von Fügsamkeit, Gehorsam und Einordnung, wurde die Sprache in den Berichten durchaus schärfer. So z. B. bei einer Elfjährigen, in deren Bericht die Pflegeschwester 1958 vermerkte: »In ihrem Benehmen ist sie geltungssüchtig, lügt, streitet gerne, ist unverträglich mit den Kindern beim Spiel, macht ihnen alles kaputt. Sie besitzt einen unbrechbaren Eigensinn.«¹⁷⁴ Solcher »Eigensinn« sollte demnach gebrochen werden.

Hintergründe so definierter »Verhaltensauffälligkeiten« und Abweichungen vom Ordnungs- und »Tugend«-Schema, etwa die Suche nach Zuwendung und Aufmerksamkeit in den großen Abteilungsgruppen sowie individuelle oder schlicht altersbedingte Ursachen, wurden im Zusammenhang mit allen beschriebenen Zuschreibungen kaum reflektiert. Nur im Ausnahmefall erscheinen sie als Ausdruck einer persönlichen Entwicklung. Auch änderte sich, folgt man den jährlichen Berichten des Samples, die erzieherische Perspektive bis Mitte der 1970er Jahre kaum. Ein langsamer Wandel deutet sich hier, wie beschrieben, zunächst in den Schulberichten an.

166 Z. B. UA5768, Bericht 1971: kann »sehr hinterhältig sein«; UA4855, Bericht 1957: »gefälliges aber nicht ganz ehrliches Kind«; UA5056, Bericht 1968: wisse sich zu benehmen und »täuscht daher sehr«.

167 Z. B. UA5058, Bericht 1969.

168 So z. B. die Berichte in UA4255, UA4451 oder UA5760.

169 UA4051, Bericht 1957; ähnlich UA4255, Bericht 1958.

170 So z. B. die Berichte in UA3652, UA5364, UA5058.

171 Z. B. UA4454, Bericht 1960.

172 Zitate aus UA4756, Bericht 1961; UA5968, Bericht 1969 und UA4358, Bericht 1961. Weitere Belege auch in den Berichten in UA6774, UA5871 oder UA5157.

173 Vgl. z. B. die Berichte in UA4351, UA4251, UA5658, UA5463, UA6774.

174 UA4752, Bericht 1958. Weitere Berichte schildern sie als »widerspenstig«, »trotzig« und »eigensinnig«.

Auch fehlende Selbstkontrolle und »sexuelle Triebhaftigkeit« sind in den gesichteten Akten durch die Jahrzehnte hindurch ein verbal verklausuliertes wie zugleich stets präsenten Thema, das besonderer Aufsicht und einem durchweg kontrollierenden Blick unterlag. Das »sittliche Verhalten« bildete in den jährlichen Berichtsformularen eine eigene Rubrik, zu der die Schwestern nahezu durchweg Angaben machten. Sittlichkeit war dabei in einem weiteren, nicht allein sexuellen Sinn angesprochen, und meistens blieb es bei vagen Formulierungen wie »ist sittlich gut«, »sittlich nicht einwandfrei« oder »sehr triebhaft«. Zum Teil vermerkten die Schwestern allerdings konkreter, dass eine Überwachung in sexueller Hinsicht angezeigt sei. Der Sprachmodus für verstärkte Aufsicht bei »sexuell triebhaften« Kindern und Jugendlichen lautete dann jeweils: »braucht in sittlicher Hinsicht gute« oder »strenge Aufsicht«. ¹⁷⁵ Zweifellos war eine solche Beobachtung im Hinblick auf den Schutz minderjähriger und schutzbedürftiger Mitbewohnerinnen und Mitbewohner im Einzelfall durchaus angezeigt und angemessen. ¹⁷⁶ Einen generell tabuisierten Umgang mit Sexualität in Ursberg kritisierte allerdings eine interne Studie des Verbands Katholischer Einrichtungen für Lern- und Geistigbehinderte e. V. noch in den 1980er Jahren. ¹⁷⁷

7 Zwang, Gewalt und Strafen

Weil Stationsberichte oder »Disziplinarbücher« für die Studie nicht vorlagen, können für den Bereich von Zwang, Gewalt und Strafen auf der Basis der vorliegenden Quellen nur begrenzt Aussagen getroffen werden. Der Umgang mit unerwünschten oder den Alltagsablauf störenden Verhaltensweisen, zumal von sogenannten »erziehungsschwierigen Kindern«, die sich widersetzten, »widerspenstig« bzw. »frech« waren ¹⁷⁸ oder sich nicht in

175 Z. B. UA4756, Bericht 1966; UA4752, Bericht 1959; UA5768, Bericht 1975; UA5163, Bericht 1967; UA4864, Bericht 1969.

176 UA5058, Bericht 1968, der vermerkt, [Name] sei »sehr triebhaft« und habe sich auch vor einem jüngeren, hilflosen Kind »mehrmals ganz ausgezogen«. Ähnlich Berichte in UA3856 und UA3452, die sexuelle Übergriffe auf jüngere bzw. schutzlose Mitbewohnerinnen und -bewohner befürchteten.

177 »Der Bereich der menschlichen Sexualität« werde von mehreren Gruppenmitarbeitern »als generell stark tabuisiert und von der eher verdrängenden Einstellung des Trägers, eines Nonnenordens, geprägt dargestellt«. Notwendig erscheine »ein wenig gespannteres Verhältnis zur Sexualität«, das durch mehr Offenheit gerade auch »Schutz vor Verletzung der persönlichen und körperlichen Integrität« bedeute; Berichtsentwurf »Untersuchung von Einrichtungen der Behindertenhilfe unter dem Aspekt ‚Normalisierung‘«, Arbeitsexemplar o.D., Kapitel 3: Einzelergebnisse »Einrichtung G«, 444, Ordner »Normalisierungs-Untersuchung 1988« (AU).

178 Z. B. UA4752, Bericht 1958, der ein Kind als »widerspenstig«, »trotzig« und »eigensinnig« beschrieb; oder auch UA4756, Bericht 1968/69, der über eine Jugendliche notiert, sie sei »unerhört frech, voller Opposition und Widerspruch«.

die Gruppe einfügten, ist in den Bewohnerinnen- und Bewohnerakten durchweg sehr verklausuliert formuliert. Häufiger vermerkten Pflegeschwestern oder Lehrerinnen in ihren Berichten: »reagiert auf Güte besser als auf Strenge«,¹⁷⁹ oder ein Kind sei besser durch Lob zu erziehen als durch eine strenge Hand.¹⁸⁰ Worin die »Strenge« genau bestand, ist – wenn überhaupt – äußerst vage benannt. Die Berichte erwähnen »Ermahnungen«, »Tadel«, »Verweise« bzw. »Zurechtweisungen«, »Drohung«¹⁸¹ oder ein »strenges Bereden«: »Wird ihm mit Strenge etwas beredet ist er unversöhnlich.«¹⁸² Auch weitere Umschreibungen bleiben ohne Konkretisierung. So wenn die Schwestern über ein Kind vermerkten: »braucht eine feste« oder auch »strenge Hand« bzw. eine »gütig-feste Hand«,¹⁸³ eine »feste Führung«¹⁸⁴. Im Sample finden sich auch Berichte, die bei »Erziehungsschwierigen« eine »unbedingte Konsequenz« einforderten, ohne diese explizit zu machen.¹⁸⁵

Konkrete Sanktionsmaßnahmen sind in den Akten nur in wenigen Einzelfällen dokumentiert.¹⁸⁶ Arrest als Strafpraxis ist ausschließlich in einer Akte erwähnt, und zwar in einer Art Bußbrief, den ein 15-Jähriger im September 1970 eigenhändig verfasste, wobei er auch die erhaltenen Strafen aufzählte:

»Liebe Würdige Mutter! Du bist traurig. Warum? Ich war sehr böse gegen Dich, gegen Schwester M. [Name], Schwester M. [Name], Schwester M. [Name]. Ich habe frech geschimpft, nicht gefolgt, verspottet und verlacht, nicht gebetet, am Morgen nicht unschamhaft [sic] herumgelaufen aufgetanzen [sic], immer gegen die Ordnung. Das ist Stra[f]e gekommen: Arrest. Die Stra[f]e ist vorbei. Bössein ist vorbei. Ich bitte um Verzeihung. Ich will ordentlich sein. Würdige Mutter sagt: nicht fernsehen im September und Oktober. Ja! Das ist Buße. Euer [Name].«¹⁸⁷

179 UA5056, Bericht 1959: »Sehr anhänglich und reagiert auf Güte besser als auf Strenge«.

180 Z. B. UA4454, Bericht 1962: »Spürt sie Güte und Wohlwollen, ist sie gehorsam und gutwillig«; UA5566, Schulbericht 1967: mit »Güte kann man ihn bald wieder zurechtbiegen«.

181 Z. B. UA4051, Bericht 1954: »folgt nur wiederholtem Mahnen«; UA3950, Bericht 1954: »erträgt keine Mahnung«; UA4351, Bericht 1959: »Lob und Tadel nützen wenig«; UA4556, Bericht 1963: könne bei »Zurechtweisungen« sehr empfindlich sein; UA3650, Schulbericht 1952: »Weder Tadel noch Drohung half«.

182 UA4358, Bericht 1958. In einer Meldung an das zuständige Jugendamt heißt es 1963, er sei »zeitweise pflegeschwierig und braucht eine strenge Hand«.

183 UA4969, Bericht 1964: Brauche »manchmal eine strenge Hand«; UA4358, Schreiben vom 9.11.1961 an den Landesfürsorgeverband Oberpfalz: »Die Pflegeschwester muß ihm gegenüber eine gütig-strenge Hand haben.«

184 Z. B. UA6470, Berichte 1971 und 1973: benötige »eine gewisse Strenge« bzw. »feste Führung«.

185 Z. B. UA4752, Bericht 1958; UA3651, Bericht 1953; UA4351, Bericht 1954.

186 Im Extremfall, etwa bei wiederholtem »Ausreißen«, drohte Entlassung. So bei einem 13-jährigen Jungen, der 1972 aus der Filiale Grönbach zunächst während der Schulzeit und erneut während eines Spaziergangs mit der Pflegeschwester zu seiner Mutter »davongelaufen war« (UA5969, Bericht an die Sozialhilfverwaltung Schwaben vom 15.1.1972). Für ihn wurde eine nervenärztliche Untersuchung beantragt und mit Entlassung gedroht, da er »im Heim und in der Schule nicht mehr tragbar« sei. Die Entlassung erfolgte nicht, 1977 kehrte er jedoch auf deren Wunsch zur Mutter zurück.

187 UA5569, eigenhändiger Brief vom 24. 9.1970 an die »Liebe Würdige Mutter«.

In welcher Form die Arreststrafe durchgeführt wurde, ist nicht vermerkt. Allerdings berichtet ein 1968 nach Ursberg gekommener Zeitzeuge:

»Wenn man gar nicht gefolgt hat, haben sie einen in so ein Beruhigungszimmer, so 'ne Zelle, hat man dann drinnen bleiben müssen ein paar Tage, dann haben sie einen entlassen.«¹⁸⁸

Der von ihm erwähnte Begriff »Beruhigungszimmer« bzw. »Beruhigungszelle« findet sich in nur einer der gesichteten Akten, dort mit dem Hinweis, der Betroffene (er war weggelaufen und durch die Polizei aufgegriffen worden) sei wegen »Toben« in die »Beruhigungszelle« gekommen.¹⁸⁹ Dass solche Einrichtungen zur Ausübung von Zwang und/oder als Strafinstrument in Ursberg nicht nur existierten, sondern noch in den 1970er Jahren auch in Neubauten eingeplant wurden und somit wohl mehr genutzt wurden als in den Akten dokumentiert, zeigen Unterlagen zur Sanierung. Die Bauplanung für zwei neue Wohnblocks sah 1974 für jedes Haus im Wohnblock VIIIA »1 Beruhigungszelle mit WC und Liege« vor, für einzelne Stationen auch »1 Kleinstisolierstation (1.00 m × 1.50 m) mit Sehschlitz«.¹⁹⁰

Weitere, in damaligen Heimen verbreitete Strafpraktiken sind in den Akten des Samples nicht dokumentiert. Erwähnt werden solche Strafmaßnahmen, die »zuweilen« vorgekommen seien, ausschließlich von Zeitzeuge L.N., der von Essensentzug spricht:

»Oder wenn man gerade geredet hat, dann haben sie einem das Mittagessen gestrichen und man hat die ganze Zeit im Speisesaal warten müssen, bis alle fertig waren mit Mittagessen. Haben sie auch manchmal gemacht. Wir haben dann kein Mittagessen gekriegt, nix zum Essen, haben draußen im Gang stehenbleiben müssen, bis alle fertig waren.«¹⁹¹

Was für Sanktionspraktiken insgesamt festgestellt werden kann, gilt in besonderem Maße für körperliche »Züchtigungen«. Eine explizite Aufzählung erlaubter Strafen, die für Schüler auch »körperliche Züchtigung innerhalb der für die Volksschule gezogenen Grenzen« umfasste, findet sich ausschließlich in der frühen Satzung von 1901.¹⁹² Die Anwendung physischer Gewalt im Erziehungsalltag der Nachkriegszeit wird im Sample wiederum nur an einer Stelle konkret beschrieben, und zwar im Jahresbericht einer Schwester von 1957. Dies geschah im Kontext eines sexuellen Übergriffs durch einen Jugendlichen, was ein wesentlicher Grund dafür gewesen sein dürfte, dass sie im Bericht festgehalten wurde: »In sittl[icher] Bez[iehung] strengste Überwachung. In einem

188 Zeitzeuge L.N. [anonymisiert], Interview vom 7.5.2019.

189 UA6470, Ringbuchnotiz von Februar 1979.

190 Raumprogramm für die Wohngruppen VI und VIII vom 3.4.1974, A9, A12, A13, A16 und A19, Mappe »Ursberger Generalsanierung. Bericht über bisher Geleistetes mit Kostenzusammenstellung und Finanzierung nach dem Stand vom 31.12.1973/1974. Weiteres Raumprogramm für die Jahre 1975/76« (AU).

191 Zeitzeuge L.N. [anonymisiert], Interview vom 7.5.2019.

192 Satzungen 1901, 16f., § 58.

Zustand sexueller Erregung ist er einmal auf mich gegangen, durch ein[e] schallende Ohrfeige ist er ernüchtert worden u. hat sich dann entschuldigt!«¹⁹³ In einer weiteren Akte taucht 1966 nur der knappe Hinweis auf, ein 17-Jähriger bleibe bei Spaziergängen oft »stur an einer Stelle stehen u. ist nur mit Gewalt weiter zu bringen«.¹⁹⁴ Dass dies bloße Ausnahmefälle waren, lässt sich nicht nur aufgrund der zitierten Forderungen nach »Strenge« oder »Konsequenz« in den Akten und den autoritären Erziehungsmodellen im Westdeutschland der Nachkriegszeit bezweifeln. Auch die Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenberichte legen nahe, dass körperliche Strafen durchaus zum Erziehungsalltag gehörten. Die Zeitzeugin B. B., die als 13-jähriges Mädchen schon Ende der 1940er Jahre nach Ursberg kam und die Schule besuchte, bezeichnet manche Schwestern als sehr streng. Wollten Kinder nicht in die Kirche, »wurde geschimpft«.¹⁹⁵ Angst habe sie auch in der Schule gehabt: »Sie [die Schwestern; Anm. U.H.] waren schon streng.« In der Schule habe sie oft Sachen gewusst, sich aber nicht getraut, sie zu sagen. Sie hatte Angst, die Antwort könne falsch sein, denn bei einer falschen Antwort gab es »Watschen«.¹⁹⁶ Auch der Zeitzeuge L. N., seit 1968 Schüler in Ursberg, berichtet: »Die Schwestern waren manchmal streng und haben auch Schläge ausgeteilt oder so was«, »hinten drauf auf'n Arsch oder so irgend so was halt«, »war manchmal sehr schlimm«, auch wenn es bei ihm nicht so oft vorgekommen sei (bei anderen Kindern öfter).¹⁹⁷ Er berichtet auch von weiteren körperlichen Zwangsmaßnahmen zur Disziplinierung. Wollte ein Schüler morgens nicht in die Kirche,

»haben sie einen gezwungen, so jetzt gehsch mit in d' Kirch, und haben dann geschlagen oder haben gesagt, so, dann bleibsch Du halt da von der Kirche und musst halt nochmal ins Bett – oder man musste in eine Ecke sitzen am Boden und haben einen auch festgürtet, damit man nicht weg kann.«¹⁹⁸

Körperliche Gewalt unter den Kindern und Jugendlichen ist im Gegensatz zu physischer Gewalt des Pflegepersonals in den Akten öfter dokumentiert. Innerhalb des Samples finden sich dazu bei 19 Kindern entsprechende Hinweise, besonders in den jährlichen Berichten der Pflegeschwestern. Erwähnt wurden hier »Stoßen«, »Schlagen«¹⁹⁹ oder »Beißen«, »Kratzen« und »an den Haaren ziehen«.²⁰⁰ Dokumentiert sind auch Fälle autoaggressiven Verhaltens, wie etwa bei einem Siebenjährigen, der aus oft unerfind-

193 UA4052, Bericht 1957.

194 UA4959, Bericht 1966.

195 Interview von Frank Sparing mit der Bewohnerin B. B. [anonymisiert], Ursberg, 8.5.2019.

196 Interview von Frank Sparing mit der Bewohnerin B. B. [anonymisiert], Ursberg, 8.5.2019.

197 Interview von Frank Sparing mit dem Bewohner L. N. [anonymisiert], Ursberg, 7.5.2019.

198 Interview von Frank Sparing mit dem Bewohner L. N. [anonymisiert], Ursberg, 7.5.2019.

199 Z. B. UA4959, Bericht 1961; UA5563, Bericht 1969; UA6269, Bericht 1970; UA3452, Bericht 1952; UA4255, Schulbericht 1956.

200 UA5760, Bericht 1962; UA5871, Bericht 1971; UA6269, Schulbericht 1970; UA4449, Ärztl. Zeugnis 1955; UA5357, Bericht 1958.

lichen Gründen »sehr zornig [sei], wobei er öfters Fensterscheiben einschlägt, sich selbst schlägt, sich selbst beißt, Wäsche zerreißt und brüllt.«²⁰¹ In Fällen, in denen Gewalt von Schulkindern ausging, ist in den Akten nicht überliefert, wie mit solchen Aggressionen umgegangen wurde. Häufig zeigten aggressives oder autoaggressives Verhalten aber gerade sogenannte »besonders schwache« Kinder, die auch sonst als »nervös«, »unruhig« oder »erregt« beschrieben wurden.

Weil gerade die Betreuung »unruhiger« Kinder unter den geschilderten Rahmenbedingungen für die stark belasteten Schwestern eine besondere Herausforderung darstellen musste, ist gesondert zu fragen, inwieweit im täglichen Umgang mit diesen Kindern und Jugendlichen Zwang und Gewalt dokumentiert sind. Stundenlanges »Weinen«, »Toben« oder »Schreien«, zeitweise starke »Erregungszustände«, aber auch unkontrolliertes Herumlaufen, Hinaufsteigen auf Stühle oder Tische sowie das »Zerreißen« von Kleidern und Bettwäsche sind im Sample in immerhin 27 Akten beschrieben: vor allem bei Kindern, die zur pflegerischen Entlastung der Familien aufgenommen worden waren.²⁰² Vermerkt wurde z. B. »steigt überall hinauf«, »steigt durch die Gitterstäbe am Fenster und läuft davon« und »schlägt andere Kinder.«²⁰³ Wie bereits erwähnt, bedeutete diese Unruhe für die Kinder nicht unbedingt, dass sie etwa durchgängig im Bett bleiben mussten.

Erwähnt ist ein überwiegender Aufenthalt im Bett in bestimmten Fällen: immer dann, wenn die Kinder bzw. Jugendlichen anderen Kindern (oder den Schwestern) gegenüber häufig aggressiv waren bzw. sich selbst gefährdeten – aber auch dann, wenn sie regelmäßig Gebrauchsgegenstände wie Wäsche, Kleidung o. ä. beschädigten.²⁰⁴ Nicht immer ist bei diesen Kindern aus den Akten ersichtlich, wie sie im Bett gehalten wurden. In den jährlichen Berichten finden sich im Gegenteil nur sehr vereinzelt Hinweise auf eine körperliche Fixierung im Bett oder den Gebrauch sogenannter »Schutzjacken«. In den jährlichen Pflegeberichten erwähnt ist beides in insgesamt sechs Akten des Samples (ausschließlich in Berichten ab dem Jahr 1959).²⁰⁵ Beschrieben wurde hier z. B.: »zerreißt alles, was ihm in die Finger kommt« und »ist deshalb fast immer in der Schutzjacke« (Bericht 1959); 1962 dann: »Er ist immer im Bett, doppelt und dreifach befestigt, weil er alles, was er erreicht, zerreißt.«²⁰⁶ Ein Vergleich mit den in den Akten von »Selbstzahlern« überlieferten Jahresrechnungen für Pflege- oder Anschaffungskosten zeigt allerdings auch, dass für Kinder Schutzjacken angeschafft wurden, ohne dass

201 UA6774, Bericht 1975.

202 Z. B. die Berichte in UA4051, UA5461, UA6774, UA6469, UA4251, UA4953, UA5760, UA6673.

203 UA5461, Berichte 1963 und 1965.

204 UA5156, Bericht 1957; UA4752, Berichte 1961, 1962 und 1968ff.; UA5356, Bericht 1963; UA5760, Bericht 1969; UA5357, Berichte 1960 und 1967.

205 UA6774, UA5760, UA4752, UA5157, UA5357, UA5356.

206 UA4752, Berichte 1959 und 1962.

deren Gebrauch aus der übrigen Akte hervorgeht. Festzuhalten ist somit, auf der Basis der vorliegenden Belege, dass besonders Kinder bzw. Jugendliche, die als »zerstörerisch« oder (auto-)aggressiv galten, in ihrer Bewegungsfreiheit beschränkt wurden.

8 Medikation

Hinweise zur Medikation von Kindern und Jugendlichen mit Schlafmitteln, Sedativa, Neuroleptika oder Antipsychotika lassen sich – analog zur Dokumentation körperlicher Fixierungen – ebenfalls nur partiell anhand der jährlichen Pflegeberichte erschließen. Eine eigene Rubrik »Medikamente« findet sich dort erst ab Ende der 1960er Jahre in den dann erweiterten jährlichen Berichtsbogen. Zuvor ist die Gabe sedierender Medikamente in Pflegeberichten unter dem allgemeineren Punkt »Gesundheit« nur unsystematisch dokumentiert. Auch sind Angaben oft nicht spezifiziert, wie z. B.: »abends oft recht unruhig deshalb braucht sie Beruhigungsmittel«. ²⁰⁷ Bis in die 1960er Jahre hinein wurden die Eltern über die Verabreichung solcher Beruhigungsmittel nur vage bzw. auf Nachfrage unterrichtet, etwa wenn ein Krankenschein benötigt wurde. In der Gesamtbetrachtung dieser und weiterer Dokumente (Abrechnungen bei »Selbstzahlern«, Korrespondenz mit Versicherungsträgern, auswärtigen Ärzten und Kliniken) lassen sich jedoch bestimmte Tendenzen erkennen. Für die Zeit bis Mitte der 1960er Jahre, in der Dr. Martin Otto »Anstaltsarzt« war, scheint der Einsatz von Beruhigungsmitteln und Psychopharmaka in quantitativ eher geringerem Umfang erfolgt zu sein. Ab Mitte der 1960er Jahre und dem Wechsel zu Dr. Wolfram von Waldenfels 1966 ist dann ein Wandel hin zu mehr Medikamenteneinsatz erkennbar. Dieser Aktenbefund korrespondiert mit Aussagen der befragten Zeitzeuginnen und Zeitzeugen, die zugleich angeben, über verabreichte Medikamente nicht aufgeklärt worden zu sein. Insgesamt ist eine medikamentöse Beruhigung mit Sedativa bzw. Neuroleptika im Sample für 35 Kinder und Jugendliche unter 21 Jahren nachgewiesen, die durchweg mit erheblichen bis schweren geistigen Beeinträchtigungen diagnostiziert waren. Von ihnen erhielten 16 dauerhaft beruhigende Medikamente, 13 für einige Monate bzw. in unruhigen Phasen, für sechs Kinder bzw. Jugendliche ist eine Sedierung während der Zeit einer stationären Behandlung im Krankenhaus St. Camillus aktenkundig. Bei zehn der 16 Betroffenen, die dauerhaft medikamentös behandelt wurden, fällt der Beginn ihrer Medikamentierung in die Jahre 1966–1975, das letzte Jahrzehnt des Untersuchungszeitraums. ²⁰⁸

207 UA6164, Bericht 1965.

208 UA5058, UA5461, UA6774, UA6473, UA6469, UA6470, UA5056, UA6673, UA5163, UA5157.

Als ein Grund für die Verabreichung beruhigender Medikamente ist in sechs Akten des Samples vermerkt, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen an Krämpfen litten.²⁰⁹ Analog zu den dokumentierten physischen Fixierungen wurden Sedativa o. ä. auch dann – zeitweilig oder dauerhaft – gegeben, wenn die Kinder z. B. anhaltend schrien, »tobten«, aggressiv gegen andere bzw. sich selbst waren oder sich durch unkontrollierbare motorische Unruhe selbst gefährdeten.²¹⁰ Als weiterer Grund ist aber auch hier wiederholt das Zerreißen oder Zerbeißen von Gebrauchsgegenständen angegeben.²¹¹ Bei nahezu allen Kindern, für die eine Fixierung belegt ist, ist auch eine begleitende, oder die physische Fixierung ersetzende medikamentöse Beruhigung dokumentiert.²¹² Es ist demnach davon auszugehen, dass Medikamente auch zur Entlastung der Pflegearbeit im Sinne einer medikamentösen Fixierung zum Einsatz kamen.

Verordnet wurden, soweit dies vermerkt ist, in den 1950er Jahren in der Regel das Barbiturat »Luminal« (oder auch »Veronal«) bzw. das Neuroleptikum »Megaphen«.²¹³ Die Dosierung ist dabei nicht zu rekonstruieren. In den 1960er Jahren finden sich neben diesen (auch weiterhin verabreichten) dann weitere Medikamente: das zwei- bis dreifach stärker als »Megaphen« wirkende »Psyquil«²¹⁴ und das noch deutlich potentere »Haloperidol«.²¹⁵ Einem Betroffenen wurde zu »Psyquil« nachweislich mehrere Jahre weiterhin »Luminal« verabreicht.²¹⁶ »Haloperidol« ersetzte in den gesichteten Akten dagegen meist frühere Medikationen, die zu wenig Wirkung gezeigt hatten.²¹⁷ Ab den 1970er Jahren wurden dann weiterhin besonders »Haloperidol«²¹⁸ bzw. »Aolept«²¹⁹ verordnet, in einer Akte findet sich auch die Verordnung von »Glianimon«.²²⁰ Die Dosierungen wurden, soweit dies vermerkt ist, durch den Ursberger Arzt angeordnet (erhöht, teilweise aber auch reduziert). Im Gegensatz zur medika-

209 UA4451, UA5760, UA5871, UA5160, UA4449, UA6068.

210 Z. B. UA5461, UA6774, UA6469, UA6470, UA5760, UA6673, UA5559, UA5157.

211 Z. B. UA4752, UA5157, UA4853, UA5357, UA5156, UA4551.

212 UA4752, UA5157, UA5357, UA5356.

213 UA4752, UA5357, UA5156, UA5356.

214 UA4561 (1967: 3 × 1 Tabl.), UA5760 (1966: 1 Tabl. abends), UA5762 (1963: 1 Tabl.), UA5357 (ab 1960 o. V.), UA5356 (3 Injektionen im Jahr 1965).

215 UA4752, UA5157, UA5356.

216 UA5357 (»Luminal«-Verordnungen sind hier seit 1959 bereits dokumentiert).

217 UA4752 (Sept. 1960–1968: 3 × 30 Tr., zuvor: u. a. »Luminal« bzw. »Megaphen«), UA5157 (ab 1966: 25 Tr. täglich, statt »Megaphen«), UA5356 (erhielt 1962 einmalig 1 Injektion, zuvor hatte er seit 1959 regelmäßig »Megaphen« erhalten).

218 UA5058 (ab 1970 o. V.), UA5056 (ab 1970: 2 × 30 Tr.); UA5760 (1972: 2 × tägl.); UA5170 (1970: 3 × 5 Tr.); UA6870 (1970 (nach Valium!): 30 ml, dokumentiert ist hier o. V. auch »Lagunalsaft«).

219 UA6774 (ab 1974: Dosierung 5-5-7, dann 7-7-0); UA6373 (ab 1974: 2 × 3 Tr., ab 1975: 2 × 5 Tr.); UA6469 (ab 1974: 4 Tr., ab 1976: 8 Tr.); UA6470 (ab 1970: 3 × 3 Tr.).

220 UA6373 (1974 nach versuchsweise »Truxal«, »Haloperidol« und »Atosil«, ab 1975: 3 × 3 Tr.).

mentösen Einstellung von Kindern und Jugendlichen, die an Epilepsie litten, ist eine Einstellung mit Psychopharmaka in auswärtigen Fachkliniken eher im Ausnahmefall dokumentiert.²²¹

9 Literaturverzeichnis

FRICKE, Irmgard (Bearb.) (1959), Verzeichnis der Erziehungsheime und Sondereinrichtungen für Minderjährige in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin, 6., erw. Auflage, Hannover.

GERSTLAUER, Sibylla (1997), 100 Jahre St. Josefskongregation Ursberg 1897–1997, München.

IMMENKÖTTER, Herbert (2009), Menschen aus unserer Mitte. Die Opfer von Zwangssterilisation und Euthanasie im Dominik-Ringeisen-Werk Ursberg, 2. Auflage, Augsburg.

IMMENKÖTTER, Herbert (1994), Zur »Vernichtung lebensunwerten Lebens« jüdischer Behinderteter. In: Joachim MEHLHAUSEN/Carsten NICOLAISEN (Hrsg.), ... und über Barmen hinaus. Studien zur kirchlichen Zeitgeschichte. Festschrift für Carsten Nicolaisen zum 4. April 1994, Göttingen, S. 364–375.

TRÖGER, Gert (1984), Dominikus Ringeisen und sein Werk. Zur Hundertjahrfeier der Ursberger Behinderteneinrichtungen 1884–1984. Mit Beiträgen über das Ursberger Schulwesen von Schwester M. Sibylla Gerstlauer CJS, Ursberg.

Verzeichnis der Heime für Kinder und Jugendliche in Bayern. Nach dem Stand vom 1. Oktober 1954 (1954), München.

221 UA4752 (1960).

IV Kinder- und Pflegeheim Vorwerk in Lübeck

Nils Löffelbein

Inhalt

1	Einrichtungstypus und Quellenbasis	433
2	Historische Entwicklung	434
3	Personal	436
4	Sozialstatistisches Profil – Aufnahme und Entlassung	439
5	Diagnostik und Therapie	442
6	Pädagogik und Alltag	446
	6.1 Tagesablauf	446
	6.2 Erzieherische Grundätze und Beurteilungskriterien	449
7	Gewalt und Strafen	454
8	Medikation	462
9	Literaturverzeichnis	466

1 Einrichtungstypus und Quellenbasis

Im Jahr 1906 vom privaten Lübecker »Verein zur Fürsorge für Geistesschwache« als sogenannte »Idioten-Anstalt« gegründet, ist die Vorwerker Diakonie heute Träger von über 70 Einrichtungen und Diensten in Lübeck sowie den Landkreisen Herzogtum Lauenburg und Ostholstein. Ihr Tätigkeitsbereich umfasst ambulante Hilfen und Wohn-, Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen sowie Kinder- und Jugendhilfeangeboten, Seniorenpflegeeinrichtungen und eine Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie.¹ Im Untersuchungszeitraum von 1949 bis 1975 firmierte die Einrichtung unter der Bezeichnung »Erziehungs- und Pflegeheim«, später als »Kinder- und Pflegeheim« und war von den 1950er bis 1970er Jahren relativ konstant mit ca. 440 zumeist minderjährigen Bewohnerinnen und Bewohnern belegt.² Bis Ende der 1970er Jahre wurde das Vorwerker Heim von dem evangelischen »Verein zur Fürsorge für Geistesschwache« geführt, seit 1978 ist es Teil des Diakonisches Werkes und der evangelisch-lutherischen Kirche in Lübeck. Aufgenommen wurden in erster Linie intelligenzgeminderte sowie an Epilepsie erkrankte Kinder und Jugendliche.³

Als Quellenbasis für die Einrichtungsstudie wurden 108 Bewohnerinnen- und Bewohnerakten von Kindern und Jugendlichen ausgewertet, die im Zeitraum von 1949 bis 1975 in den Vorwerken untergebracht waren. Ergänzend wurden zudem insgesamt fünf Zeitzeuginnen- und Zeitzeugeninterviews mit Bewohnerinnen und Bewohnern geführt, drei von ihnen leben noch heute in der Einrichtung.⁴ Wichtige Erkenntnisse über das Alltagsleben in Vorwerk brachte auch der 2020 erschienene autobiographische Bericht von Günter Wulf, der Anfang der 1960er Jahre als Kleinkind in die Lübecker Einrichtung kam und dort mehrere Jahre verbrachte.⁵ Um die historische Chronologie der Einrichtung zu rekonstruieren, konnte zum einen auf eine Studie zur Geschichte der Vorwerker Heime von Sabine Reh zurückgegriffen werden. Als hilfreich für die Analyse erwiesen sich zum anderen die zahlreichen, im Selbstverlag erschienenen Festschriften und Broschüren sowie ein überlieferter Jahresbericht von 1953/54, die jeweils wertvolle Informationen über die strukturelle Entwicklung des Hauses liefern. Sie erlauben zugleich Einblicke in das zeitgenössische Selbstverständnis der Einrichtung und die Selbstwahrnehmung der handelnden Akteurinnen und Akteure.

1 Offizielle Homepage des Ev.-Luth.-Kirchenkreises Lübeck-Lauenburg: <https://www.kirche-ll.de/themen/vorwerker-diakonie.html>; Homepage der Einrichtung: <https://www.vorwerker-diakonie.de/presse/daten-und-fakten/> (letzter Zugriff: 21.9.2019).

2 REH (1997), 26, 35 und 37.

3 LINDOW (1966), 14.

4 Die Gespräche wurden im Juni 2019 von Dr. Frank Sparing in der Vorwerker Diakonie geführt.

5 WULF (2020).

2 Historische Entwicklung

Die Eröffnung der Lübecker »Idioten-Anstalt« am 29. Juni 1906 geht auf die Initiative des »Vereins für Geistesschwache« zurück, der enge Beziehungen zur Lübecker Bürgerschaft unterhielt.⁶ Die aufgrund steigender Aufnahmezahlen zunehmend beengten Raumverhältnisse führten allerdings rasch zum Umzug der Einrichtung in den Lübecker Stadtteil Vorwerk als »Erziehungs- und Pflegeanstalt für Schwachsinnige«. Zu diesem Zweck wurde ein Neubau (»Sonnenrotes Haus«) etwas außerhalb der Stadt auf einem 13.000 qm großen Grundstück errichtet. Die Leitung übernahm im Jahr 1913 der Lehrer Paul Burwick, der von Anbeginn den pädagogischen und heilpädagogischen Impetus des »Vereins für Geistesschwache« fortführte und das Direktorenamt für 38 Jahre bekleiden sollte.⁷

1941 bewohnten bereits mehr als 300 Menschen die Einrichtung,⁸ wobei ab den 1920er Jahren erste Erweiterungsbauten realisiert worden waren, unter anderem 1926 ein neues »Knabenhaus« mit Platz für rund 60 Jungen sowie Werkstätten und ein Wirtschaftsgebäude. In der Zeit des »Dritten Reiches« war das Vorwerker Heim wie auch andere evangelische Einrichtungen tief in die nationalsozialistischen Verbrechen an behinderten und psychisch kranken Menschen verstrickt, wobei Heimdirektor Burwick, selbst bekennender Eugeniker, die Zwangssterilisation von Bewohnerinnen und Bewohnern aktiv vorantrieb. Auf seine Meldung hin wurden 1934 47 »Insassen« des Vorwerker Heims zwangssterilisiert, rund 18 Prozent der damals 250 Bewohnerinnen und Bewohner. Auch die Korrespondenz zur Verlegung von zehn jüdischen Heimkindern Anfang der 1940er Jahre im Rahmen der »Euthanasie« trägt seine Unterschrift, wengleich seine genaue Rolle umstritten ist. So hat er sich wohl in anderen Fällen gegen den Krankenmord im Rahmen der »T4«-Aktionen gewandt und versucht, den Abtransport der »Pfleglinge« zu umgehen.⁹

Von Bombenschäden blieben die Vorwerker Heime verschont, Ende der 1940er Jahre wurden erste Reparaturarbeiten an den stark renovierungsbedürftigen Gebäuden an der Lübecker Triftstraße vorgenommen.¹⁰ Nach dem Zweiten Weltkrieg stieg die Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner in Vorwerk erneut rasch an, auch weil Lübeck die deutsche Großstadt mit dem größten Flüchtlingsstrom aus dem Osten war.¹¹ 1951 veranlasste der neue Direktor, Walter Haufe, ebenfalls ein Lehrer, die Errichtung eines

6 REH (1997), 26.

7 Harald Jenner zufolge ist das Pflegeheim Vorwerk als typisches Beispiel für diakonische Einrichtungen im Nationalsozialismus zu werten. Siehe JENNER (1990), 169.

8 BURWICK (1945), 7.

9 Jahresbericht 1934, nach: Pflegeheim Vorwerk, 187.

10 REH (1997), 34.

11 SCHNIER (2000), 94 f.

ersten Erweiterungsbaus mit einem neuen Tagesraum und Schlafräumen, zwei Jahre darauf folgte der Neubau eines »Knabenhauses«. Die chronische Überbelegung der Anstalt, die sich bis in die 1980er Jahre fortsetzen sollte, wurde durch diese Maßnahme jedoch nicht behoben. So beanstandete die Lübecker Gesundheitsbehörde 1954 im Zuge eines Betriebsgenehmigungsverfahrens die massive Überfüllung der Anstalt mit 432 Betten, von denen allerdings nur 260 genehmigt waren.¹² Auch nach dem Bau eines neuen »Mädchenhauses« mit 70 zusätzlichen Plätzen und dem Ankauf einer Villa in der Umgebung fehlten 1959 noch 70 Betten.¹³ In den 1960er und 1970er Jahren wurde die Anlage zwar weiterhin fortlaufend erweitert, blieb letztlich aber das Resultat von »Zwängen einer Notsituation«, die lediglich der dramatisch gestiegenen Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner Rechnung trug, für die es neuen Wohnraum bereitzustellen galt.¹⁴

Die strukturellen Missstände und der Platzmangel verschärften sich Anfang der 1970er Jahre sogar nochmals deutlich. Insgesamt verteilten sich nun 430 Kinder und Jugendliche (189 weiblich, 241 männlich) auf 19 Stationen, bestehend aus einer gemischten Kleinkinderstation sowie elf männlichen und sieben weiblichen Abteilungen, wobei jede Wohngruppe durchschnittlich von 23 Kindern belegt war; teilweise war die Zahl sogar noch höher.¹⁵ Insbesondere die Ausstattung der Räume war mittlerweile als desolat zu bezeichnen und entsprach nicht mehr den zeitgenössischen Standards. So ließ die Heimarchitektur keinerlei Privatsphäre zu. Schlafsäle von 15 bis 31 Betten auf engstem Raum waren bis in die 1980er Jahre die Regel.¹⁶ Auch die hygienischen Verhältnisse ließen zu wünschen übrig. Hierzu trug etwa der Umstieg auf eigenes Brunnenwasser anstatt des »teuren« Stadtwassers aus Kostengründen bei. Insgesamt spielte das Prinzip der Subsistenzwirtschaft in der Einrichtung eine tragende Rolle. So befanden sich auf dem Anstaltsgelände ein landwirtschaftlicher Betrieb sowie eine Rinder- und Schweinezucht, die dem Vorwerker Heim eine weitreichende Eigenversorgung ermöglichten.

Weil der Vorstand aufgrund der finanziellen Missstände vor allem darum bemüht war, die Pflegekosten niedrig zu halten (der Pflegesatz betrug bis in die 1970er Jahre 13 DM pro Kind), blieb für individuelle Wünsche und Bedürfnisse der Kinder kein Raum.¹⁷ Der 1971 neu ins Amt berufene Direktor Günther Schalke war von den vorgefundenen Verhältnissen geradezu schockiert. Sicherlich auch beeinflusst vom reformorientierten

12 REH (1997), 35.

13 LINDOW (1966), 8.

14 REH (1997), 37.

15 Kinder- und Pflegeheim Vorwerk, Lübeck. Mit staatlich anerkannter Heimsonderschule, Lübeck 1976, 13.

16 Archiv Vorwerk Lübeck (Archiv VL), Übersicht der Gruppengröße 1960/1970/1980/1990, Entwicklung der Bewohnerstruktur.

17 REH (1997), 37 f.

Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe ab den 1970er Jahren, wurden von Schalke in den kommenden Jahren tatsächlich zahlreiche Bauprojekte durchgesetzt. Diese zielten nicht nur mehr allein darauf ab, immer größeren Bewohnerinnen- und Bewohnerzahlen Herr zu werden, sondern sollten mehr Privatsphäre und Selbstbestimmung für die Kinder ermöglichen. Zudem stand nun die therapeutisch-pädagogische Förderung stärker im Vordergrund als zuvor, beginnend mit der Entscheidung des Vorstands von 1975, eine neue Therapiestation und einen Heimsonderschulkindergarten einzurichten. Schenkt man einem Artikel der »Lübecker Nachrichten« aus dem Jahr 1980 mit dem bezeichnenden Titel »Vorwerker Winkelzüge« Glauben, so wurden Impulse zur strukturellen Modernisierung des Heims von den Entscheidungsträgern jedoch lange erfolgreich abgebremst.¹⁸ Der Status Vorwerks als private Einrichtung führte dem Presseartikel zufolge dazu, dass das gesellschaftliche Reformklima der 1970er Jahre erst stark verzögert in die Lübecker Anstalt einzog. Es dauerte daher noch bis zum Ende des Jahrzehnts, bis neue Bauprojekte genehmigt und finanziert waren, die man Anfang der 1980er Jahre allerdings in relativ kurzer Zeit realisierte.¹⁹ Das sich ab Mitte der 1970er Jahre wandelnde pädagogische Leitbild der Einrichtung schlug sich auch in neuen Betreuungskonzepten nieder, etwa in der Aufhebung der bis dahin strikt gehandhabten Geschlechtertrennung – 1984 entstand die erste gemischte Wohngemeinschaft – und der Auflösung der Massenschlafsäle durch die Bildung kleinerer Wohneinheiten.²⁰

Ende der 1970er Jahre wurde seitens der schleswig-holsteinischen Landesregierung die Forderung laut, dem Vorwerker Heim eine Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie anzugliedern. Dieses Ansinnen wehrte der Vorstand des »Vereins für Geistesschwache« zunächst mit dem Hinweis auf den »familiären Charakter« der Vorwerke ab. Auch Finanzierungsprobleme verhinderten das Vorhaben in den folgenden Jahren, bis im Jahr 1987 auf dem Gelände in der Triftstraße schließlich ein eigener Bau für eine Kinder- und Jugendpsychiatrie fertiggestellt wurde.

3 Personal

Das pädagogische Selbstverständnis und die pflegerische Praxis der Vorwerker Mitarbeiter*innen sind nur vor dem Hintergrund der spezifischen »Hausphilosophie« der Einrichtung nachvollziehbar.²¹ So war das Vorwerker Heim noch bis in die 1950er Jahre wie ein hierarchisch gegliederter Familienverbund organisiert, in dem sich das Direktoren-Ehepaar als

18 GROTH (1980).

19 REGENBERG (2006), 14 ff.

20 REH (1997), 39.

21 Ibid., 45.

»Hauseltern« ansprechen ließ und die Pflegerinnen als »Tanten« bezeichnet wurden. Die Bewohnerinnen und Bewohner, ganz gleich ob minderjährig oder bereits im Erwachsenenalter, wurden vom Personal als »Kinder« titulierte. Trotz der Nähe der Einrichtung zur evangelischen Kirche setzte sich das Pflegepersonal in Lübeck im Untersuchungszeitraum zudem ausschließlich aus »weltlichen« Mitarbeitenden zusammen.

Der Direktor übte als »Hausvater« eine beachtliche Kontrollgewalt über die vorwiegend weiblichen Mitarbeiterinnen aus, die oftmals mehrere Jahrzehnte in Vorwerk lebten und arbeiteten. Der Geist dieses patriarchalischen Familiensystems ist in den Akten noch bis weit in die 1970er Jahre spürbar und spiegelt sich auch in der Personalpolitik der Einrichtung wider, in der Familiarität stets über dem Professionalisierungsgedanken rangierte. So war der prozentuale Anteil der unqualifizierten Pflegekräfte in Lübeck von Anbeginn hoch und stieg bis in die 1970er Jahre sogar noch deutlich an, während er in vergleichbaren Anstalten in jenen Jahren bereits absank. Seinen Höchststand erreichte diese Entwicklung 1976 mit 73 »Quereinsteigern« (75 Prozent) bei insgesamt 28 qualifizierten Pflegekräften (25 Prozent) (Tabelle 1).²²

Tabelle 1: Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in verschiedenen Jahren

Bezeichnung	1959	1962	1966	1969	1975	1976
Krankenschwestern, darunter in der Geisteskrankenpflege tätig (staatlich geprüft)	3	3	2	2	5	5
	–	–	1	–	–	–
Kinderkrankenschwestern	1	1	2	2	2	3
Krankenpfleger, darunter in der Geisteskrankenpflege tätig, ohne staatliche Prüfung	—	—	—	—	9	11
					–	–
Sonstige Pflegekräfte ohne staatliche Prüfung	3	10	29	45	66	73
Säuglings- und Kinderpflegerinnen in staatlich anerkannter Ausbildung	25	18	–	1	9	10
Krankengymnasten	–	–	–	–	–	–
Sozialarbeiter	–	–	–	–	1	1
Beschäftigungstherapeuten	–	–	–	–	2	3
Masseure und med. Bademeister	–	–	–	–	2	2
Fürsorger(innen), Gesundheitspflegerinnen	–	–	–	–	–	–
Erziehungs- und Lehrkräfte (z. B. Kindergärtnerinnen, Jugendleiter)	3	2	3	3	8	9
Verwaltungskräfte	5	6	3,5	4	10	12
Wirtschaftskräfte (Handwerker, Küchen- und Reinigungspersonal)	24	30	26	30	54	61

²² Archiv VL, Gesundheitsamt Statistik 1959, 1962, 1966, 1969, 1975.

Sicherlich war der spärliche Anteil der ausgebildeten Krankenschwestern unter den Mitarbeiterinnen auch auf den Umstand zurückzuführen, dass es sich für die Heime zu jener Zeit generell als schwierig erwies, für die physisch und psychisch belastende Arbeit in einer Behinderteneinrichtung geeignetes Personal anzuwerben. So näherte sich die Gruppe der ausgebildeten Schwestern in den 1960er Jahren bereits dem Pensionsalter, gleichwertiger Ersatz war nicht in Sicht.²³ Nicht nur die mangelnde Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, auch der chronisch defizitäre Personalschlüssel im Pflegebereich insgesamt blieb in Lübeck ein Dauerproblem, und zwar obgleich die Zahl der Mitarbeitenden in Vorwerk auf 134 im Jahr 1972 und schließlich auf 257 Bedienstete Ende 1980 stieg. Laut einem Bericht von 1966 waren von den 38 Planstellen für die 19 Stationen lediglich 27 besetzt, nur ein geringer Anteil der Beschäftigten bestand aus ausgebildeten Kräften. Durchschnittlich 25 »Pfleglinge« pro Gruppe wurden zu jener Zeit demnach lediglich von zwei Pflegerinnen betreut.²⁴

Um 1975 wurden erstmals Beschäftigungstherapeutinnen und -therapeuten, Masseurinnen und Masseur und Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter eingestellt, zudem fanden nun zur Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter jedes Jahr Kurse zu verschiedenen Themengebieten statt, etwa zur Verhaltenstherapie. Diese wurden allerdings von speziellen Fortbildungsdozentinnen und -dozenten des »Verbandes evang. Einrichtungen für geistig und seelisch Behinderte« geleitet,²⁵ so dass sich nur bedingt von einer fachlichen Öffnung des Heimbetriebs sprechen lässt. Hinweise etwa auf die Einstellung von Psychologinnen und Psychologen oder anderen speziell geschulten Therapeutinnen und Therapeuten finden sich zu jener Zeit nur vereinzelt.²⁶ Eine spürbare Professionalisierung des Anstaltsbetriebs lässt sich erst in den 1980er Jahren ausmachen. So verdreifachte sich die Mitarbeiterschaft im Jahr 1980 und betrug nun 280 Personen, bis 1995 stieg sie auf 700 an. Gleichzeitig fand eine stärkere Ausdifferenzierung einzelner Berufsbilder statt, etwa mit ausgebildeten Pflegekräften, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Psychologinnen und Psychologen.²⁷

Der medizinisch-therapeutische Bereich in Vorwerk wurde seit den 1950er Jahren durch den niedergelassenen Lübecker Facharzt für Nervenkrankheiten, Dr. med. Rudolf Grubel (1898-1979), geprägt. Bis zu seinem Tod im Jahr 1979 blieben Diagnosestellung, Therapieempfehlung und Medikationspraxis dementsprechend stark einem medizinisch-psychiatrischen Ansatz verpflichtet. Grubel hatte in Münster Medizin studiert und war 1925 in Rostock promoviert worden.²⁸ Seit den 1930er Jahren bis zum Ende

23 LINDOW (1966), 14.

24 Ibid., 14.

25 Archiv VL, Gesundheitsamt Statistik vom 1.1.1961 bis 1975.

26 REH (1997), 52.

27 Ibid., 91.

28 GRUBEL (1925).

des Zweiten Weltkriegs war er als Arzt in der Lübecker Heilanstalt Strecknitz tätig, aus der 1941 605 Personen abtransportiert und ermordet wurden.²⁹ Welche Rolle Grubel hierbei spielte, konnte nicht geklärt werden. Weiterhin praktizierten in Vorwerk noch eine praktische Ärztin sowie ein Zahnarzt.

4 Sozialstatistisches Profil – Aufnahme und Entlassung

Da in den Vorwerker Akten keine Aufnahme- oder Personalbögen enthalten sind und auch sonst keine standardisierten Familienanamnesen erhoben wurden, liegen über die Vorgeschichte der Bewohnerinnen und Bewohner zumeist nur spärliche, in manchen Fällen gar keine Informationen vor. Das Familienmilieu lässt sich aufgrund der zumeist fehlenden Angaben zu den elterlichen Berufen ebenfalls nur in Einzelfällen bestimmen. Der in den meisten Fällen überlieferte Einweisungsmodus legt jedoch den Schluss nahe, dass die Mehrzahl der Minderjährigen wohl sozial zerrütteten Verhältnissen entstammte. So wurden 40 Prozent der analysierten Fälle aus einem Kinder- oder Säuglingsheim oder einer Krankenstation bzw. einer Klinik nach Vorwerk überstellt, 3 Prozent hatten vorher bei Pflegeeltern oder anderen Verwandten gelebt, zu 31 Prozent fehlen Angaben über den letzten Aufenthaltsort. Nur 23 Prozent des Samples kamen direkt aus dem Elternhaus nach Vorwerk, wobei auch in diesen Fällen die familiären Verhältnisse nur selten als »geordnet«, oder »intakt« beschrieben werden.³⁰ Weitaus häufiger ist von »katastrophalen« und »asozialen« Zuständen die Rede,³¹ von Alkoholproblemen, Misshandlungen, bitterer Armut und psychischen Problemen der Eltern.³² Wenngleich bekannt ist, dass Medizinerinnen und Mediziner, Behörden sowie die Heim- und Klinikleitungen das Elternhaus oftmals bewusst in einem schlechten Licht darstellten, um die Einlieferung/Aufnahme zu rechtfertigen, erscheint die Häufung der hier vorgefundenen Zuschreibungen doch signifikant. Aufgrund der geographischen Nähe zu den ehemaligen deutschen Ostgebieten war besonders im ersten Nachkriegsjahrzehnt zudem der Anteil an Flüchtlingskindern auffällig hoch. Auch hier war der Familienhintergrund zumeist von Armut und Verlust geprägt. Dementsprechend häufig wurde die Aufnahme in Vorwerk von einer staatlichen Stelle veranlasst, so etwa der Lübecker Jugendbehörde oder dem Hamburger Jugendamt. Nach Aussage des ehemaligen Heimlehrers Karl Leukert stand die überwiegende Mehrheit der »Pfleglinge« auch nach

²⁹ DELIUS (1988).

³⁰ Siehe etwa: VL4857; VL5860.

³¹ So z. B. bei: VL5970; VL5971.

³² VL5664; VL5970.

der Aufnahme unter Fürsorgeaufsicht des Jugendamtes.³³ Zumeist wurden die Heimkosten von der öffentlichen Hand übernommen. Wurde aus einem Kinderheim in die Einrichtung überwiesen, so geschah dies in der Regel mit der Begründung, das Kind sei aufgrund seiner Behinderung oder Verhaltensauffälligkeiten »nicht mehr tragbar«. Von den einweisenden Eltern wurde hingegen häufig vorgebracht, sie seien mit Pflege und Erziehung der behinderten Kinder überfordert.³⁴

Da die Heimonderschule ihre staatliche Anerkennung erst spät, im Oktober 1975, wiedererhielt,³⁵ spielte der Wunsch nach Beschulung der Kinder bei der Aufnahme in Lübeck eine untergeordnete Rolle. Auch dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass viele der Aufnahmen einem tendenziell prekären Milieu zuzuordnen sind. Insgesamt stammten die meisten ›Pfleglinge‹ aus Norddeutschland, vor allem aus Lübeck, aber auch aus Städten wie Hamburg, Bremen und Neustrelitz. Ebenfalls kriegsbedingt erreichte die Aufnahmezahl mit 66 Kindern im Jahr 1951 ihren Höhepunkt und fiel von da an stetig. Auch die Zahl der Entlassungen ist im abgebildeten Zeitraum rückläufig.³⁶

Tabelle 2: Aufnahmen und Entlassungen 1947–1974

Jahr	1947	1949	1951	1955	1959	1964	1969	1972	1974
Aufnahmen	44	34	66	45	38	25	24	11	9
Entlassungen	1	1	43	41	23	19	20	8	8

Diagnostische Verfahren kamen in Vorwerk nur selten zum Einsatz. Zwar stand als Anstaltspsychiater mit Rudolf Grubel ein ausgebildeter Nervenarzt zur Verfügung, eine Untersuchung der Kinder erfolgte allerdings zumeist nur dann, wenn Bewohnerinnen und Bewohner Verhaltensauffälligkeiten zeigten oder in anderer Weise vom Personal als störend empfunden wurden. Eine sogenannte ärztliche »Erstvorstellung« fand augenscheinlich häufig erst Monate oder Jahre nach der Aufnahme statt und beschränkte sich in den meisten Fällen auf eine Verordnung von Medikamenten. Wie auch in anderen Einrichtungen der Behindertenhilfe wurden bei der Aufnahme in der Regel jene Diagnosestellungen übernommen, die bereits zuvor von Kinderärzten, Kliniken oder kinder- und jugendpsychiatrischen Beobachtungsstationen vorgenommen worden waren. Grundlegend überprüft oder korrigiert wurden diese Eingangsdiaagnosen auch Jahre später nur selten.

Das Untersuchungssample umfasst von diesen Diagnosen ausgehend ausschließlich als intelligenzgemindert eingeschätzte Kinder im Alter von zwei bis 21 Jahren, die

³³ Karl Leukert, ehemals Lehrer in der Schule Vorwerks, im Gespräch mit Sabine Reh, in: REH (1997), 101–104, hier 102.

³⁴ Siehe VL5356; VL3751; VL7373; VL6171.

³⁵ GÜLZOW (1956), 15.

³⁶ Archiv VL, Sozialabteilung, 17.4.1986.

Eingangsd Diagnose lautete in allen Fällen auf »Schwachsinn« in verschiedenen Schweregraden (»Debilität«/ »Imbezillität«/»Idiotie«), bei acht Minderjährigen kamen Epilepsie oder ein anderes Anfallsleiden hinzu, andere Kinder litten zusätzlich unter einer körperlichen Behinderung (29 im Jahr 1958).³⁷ Gesondert ausgewiesen wurden 13 Fälle von Trisomie 21 (»Mongolismus«). Allerdings blieben die Diagnosen oft unscharf und wandelten sich bei einigen Bewohnerinnen und Bewohnern im Laufe der Jahre. Nicht selten wurde – und dies war eine durchaus gängige Praxis in den 1950er und 1960er Jahren – auch solchen Minderjährigen ein »Schwachsinn« attestiert, die zwar verhaltensauffällig, aber offensichtlich im Vergleich zu anderen Kindern in Regelschulen nicht intelligenzgemindert waren.³⁸ Ein Zeitzeuge spricht rückblickend sogar davon, dass offenbar viele Kinder im Vorfeld die Diagnose »Schwachsinn« erhielten, um überhaupt in einer Einrichtung wie Vorwerk aufgenommen werden zu können.³⁹

Sabine Reh verweist mit Blick auf die statistischen Daten aus den 1930er und 1940er Jahren darauf, dass vor allem als »bildungsfähig« eingestufte Kinder die größten Chancen auf eine Aufnahme in der chronisch überbelegten Einrichtung besaßen, da hier die Aussicht auf eine Einstufung als »arbeitsfähig« am größten erschien. Die analysierten Akten lassen jedoch den Schluss zu, dass sich die Sozialstruktur in Vorwerk nach dem Zweiten Weltkrieg veränderte und weitaus mehr geistig behinderte Kinder und Jugendliche aufgenommen wurden. Auch Direktor Lindow resümierte 1966, dass seit 1945 zunehmend schwerstbehinderte Kinder in Vorwerk lebten (»Debile werden uns kaum noch angeboten«).⁴⁰ Dafür spricht ebenso eine Aufstellung von 1975, in der klar zwischen den 132 arbeitsfähigen »Erziehungsfällen« und den 128 »Pflegefällen«, die vollständig versorgt werden mussten, unterschieden wurde.⁴¹

Voraussetzung für die Aufnahme waren eine amts- oder fachärztliche Bescheinigung und (bei schulpflichtigen Kindern) ein Ausschulungsbeschluss des Schulamtes.⁴² Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Bewohnerinnen und Bewohner in Vorwerk lässt sich anhand des Samples nicht exakt quantifizieren. Die heiminternen Sozialstatistiken der Jahre 1949 bis 1974 zeigen jedoch, dass jedes Jahr auch Bewohnerinnen und Bewohner entlassen oder verlegt wurden, wobei diese Tendenz mit der Zeit rückläufig war (Tabelle 3).

37 Archiv VL, Lindow an das Gesundheitsamt Lübeck, 13.3.1959.

38 Siehe z. B.: VL5968: 1977 – Schwachsinn erheblichen Grades, 1982 – Geistige Behinderung mittleren Grades.

39 WULF (2020), 14.

40 LINDOW (1966), 15.

41 Archiv VL, Direktor Schalke an das Gesundheitsamt Lübeck, 1.4.1975; Direktor Lindow an das Gesundheitsamt Lübeck, 2.12.1966 und 30.12.1959. Dieses ausgeglichene Verhältnis zwischen eher leicht beeinträchtigten und voll pflegebedürftigen Kindern hatte sich seit 1966 kaum verändert.

42 LINDOW (1966), 3.

Tabelle 3: Entlassungen aus Vorwerk und Zielorte

Jahr	1947	1951	1955	1959	1962	1964	1969	1972	1974
Familie	1	18	9	10	5	9	1	4	3
LKH Neustadt/ Heilanstalten	–	5	14	1	5	3	7	3	3
Andere Heime	–	14	12	11	3	1	9	2	1
Arbeitsauf- nahme	–	7	4	1	3	6	3	–	1
Altersheim	–	–	2	–	–	–	–	–	–
Sonstiges	–	1	–	–	–	–	–	–	–
Gesamt	1	43	41	23	18	19	20	8	8

Das Elternhaus rangierte bei den Entlassungen in den meisten Jahren auf dem ersten Platz, gefolgt von Psychiatrien und anderen Heimen. In einigen Fällen jährlich gelang die Vermittlung in eine Arbeitsstelle, 1955 wurden zwei Personen in ein Altersheim überstellt, was oftmals eine Notlösung darstellte, wenn kein Platz in einem regulären Heim gefunden werden konnte. Die in den Akten dokumentierte hohe Zahl der Entmündigungen und Pflegschaften bei Erreichen der Volljährigkeit spricht insgesamt allerdings für den Verbleib der überwiegenden Mehrzahl der »Vorwerker« in der Einrichtung.⁴³ Grubel erstellte regelmäßig Entmündigungsgutachten, in denen er in fast allen eingesehenen Fällen eine lebenslange Heimunterbringung und -pflege empfahl. Im Jahr 1978 lebten im Kinder- und Pflegeheim insgesamt 225 (53,4 Prozent) entmündigte Personen, für 52 (12,3 Prozent) waren Pflegschaften eingerichtet. Nur für 92 Bewohnerinnen und Bewohner (21,8 Prozent) bestanden keine Vormundschaften bzw. Pflegschaften.⁴⁴ Die Folge war eine schleichende Überalterung der Heimpopulation, was sich vor allem in den 1980er Jahren auswirken sollte.

5 Diagnostik und Therapie

Im Zuge der Aufnahme erfolgte eine ärztliche Untersuchung, in der die Kinder auf körperliche Krankheiten und ihren Entwicklungsstand kontrolliert wurden. Sonder- und Laboruntersuchungen wurden bei Fachärzten in Lübeck und Bad Schwartau

⁴³ Von den untersuchten Bewohnerinnen und Bewohnern wurden 108 entmündigt, in nur einem Fall wurde eine Pflegschaft eingerichtet.

⁴⁴ Archiv VL, Jahresberichte ∞ – 2.000. Hinzu kamen noch 53 Kinder (12,3 Prozent), die unter Sorgerech standen. Die Gesamtbelegzahl betrug 421.

durchgeführt.⁴⁵ Standardmäßig erfolgte auch ein Intelligenztest zur Feststellung des Intelligenzquotienten (IQ), welcher wiederum als Indiz für die Schwere der geistigen Beeinträchtigung herangezogen wurde. Wie bereits erwähnt, scheint der Stellenwert der medizinisch-psychologischen Diagnostik in Vorwerk allerdings gering gewesen zu sein. Standardisierte Entwicklungsberichte oder Beurteilungsbögen finden sich in den Akten erst ab dem Jahr 1975. Obligatorisch war zwar eine psychiatrische Begutachtung durch Anstaltspsychiater Dr. Grubel, die sogenannte »Erstvorstellung«. Diese fand allerdings in der Regel erst dann statt, wenn größere Verhaltensauffälligkeiten oder starke Unruhe auftraten und der Stationsalltag empfindlich gestört wurde. Zudem prüfte der Anstaltsarzt lediglich, ob aufgrund der Symptomatik eine medikamentöse Behandlung notwendig erschien, und erstellte bei Bedarf eine »Verordnung«. Eine qualifizierte Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes wurde nicht vorgenommen, ebenso wenig finden sich Therapieempfehlungen. Die sogenannten »Problemfälle« wurden oftmals zur weiteren Abklärung und medikamentösen Einstellung für mehrere Wochen in die Landeskrankenhäuser Neustadt oder Schleswig überwiesen. Im untersuchten Aktensample kam es in 23 Prozent der Fälle mindestens einmal zu einem temporären Aufenthalt in der Psychiatrie, wobei viele der Untersuchten sich zu diesem Zeitpunkt bereits im Erwachsenenalter befanden. Einige der Bewohnerinnen und Bewohner wurden, zumeist aufgrund von angeblicher Eigen- und/oder Fremdgefährdung, endgültig in die Psychiatrie verlegt (siehe Tabelle 3).

Die Einführung therapeutischer Ansätze lässt sich in der Einrichtung erst ab Mitte der 1970er Jahre nachweisen. Diese umfassten zum einen eine »medizinische Therapie«, also Krankengymnastik, Massagen und »Hydrotherapie«, die »zur Besserung der körperlichen und seelischen Verfassung« beitragen sollten, wie es in einer Festschrift von 1976 hieß.⁴⁶ Steigende Bedeutung kam zum anderen der seit 1972 eingeführten »Beschäftigungstherapie« zu. Mitte der 1970er Jahre wurden hier 120 Heimbewohnerinnen und -bewohner betreut, deren Behinderungsgrad sich zwischen den schwerstbehinderten »Pfleglingsen« und den arbeitsfähigen »Erziehbaren« bewegte. Über den Inhalt dieser Therapieform liegen allerdings keine Informationen vor.

Bis weit in die 1970er Jahre war der Tagesablauf des Pflegeheims wesentlich durch den Arbeitsrhythmus der verschiedenen Handwerks- und Wirtschaftsbetriebe sowie der hauseigenen Landwirtschaft bestimmt, in denen auch die minderjährigen Bewohnerinnen und Bewohner ihren Dienst zu verrichten hatten.⁴⁷ Diese als »Arbeitstherapie« bezeichneten Tätigkeiten nahmen im Lebensalltag Vorwerks den größten Raum ein. Das Lübecker Heim war aufgrund knapper Finanzen in großem Umfang auf Subsistenz-

⁴⁵ Kinder- und Pflegeheim Vorwerk (1976), 11.

⁴⁶ Ibid., 13.

⁴⁷ Ibid., 14 ff.

wirtschaft angewiesen. So bekannte auch der Jahresbericht von 1953/54: »Gartenbau und Landwirtschaft dienen nicht nur der Arbeitstherapie, sondern sichern wesentlich die Ernährungsgrundlage des Heims.«⁴⁸ Zahlreiche Bewohnerinnen und Bewohner wurden zudem als »Stationsmädchen« oder »Stationsjunge« auch auf den Abteilungen bei der Erledigung täglicher Haus- und Pflegearbeiten in die Pflicht genommen (1966: 40 Kinder). Als Ziel der »Arbeitstherapie« wurde ausgegeben, den zu Fördernden »mehr Lebensinhalt und Identitätsgefühl zu vermitteln und, wenn möglich, sie zu einer späteren Berufsausbildung anzuleiten«. Dieses Ziel wurde jedoch nur in sehr wenigen Einzelfällen wirklich angestrebt oder erreicht. Selbst die »ganz schwachen Zöglinge« (gemeint waren offenbar die schwerstbehinderten Kinder und Jugendlichen) versuchte man mit »einfachen Papparbeiten« für eine auswärtige Kartonagenfabrik zu mobilisieren, während der »verbleibende Rest« notgedrungen auf den Stationen mit »kleinen Handarbeiten« beschäftigt wurde.⁴⁹

Erst ab Mitte der 1970er Jahre wurde für die »Arbeiter« die 40 Stunden-Woche eingeführt und eine »Arbeitsprämie« von 100 DM monatlich ausgezahlt. Zuvor war für die geleistete Arbeit lediglich ein »Taschengeld« von zwei bis fünf D-Mark pro Monat ausgegeben worden.⁵⁰ Bewährten sich die Jugendlichen in den Vorwerk-Betrieben und ließ es die Persönlichkeitsentwicklung aus Sicht des Heimpsychiaters zu, so konnte ab Mitte der 1970er Jahre über das Arbeitsamt ein Fortbildungskurs im Berufsbildungswerk Husum beantragt werden, um den Weg in ein selbständiges Leben außerhalb des Heims einzuschlagen. Im Aktensample ist die Umsetzung dieser Maßnahme in nur drei Fällen dokumentiert, allerdings mussten alle Ausbildungsversuche erfolglos abgebrochen werden.⁵¹ Nach der Eröffnung der »Werkstatt für Behinderte« 1981 mit 62 Arbeitsplätzen erhielten die Bewohnerinnen und Bewohner erstmals einen offiziellen Lohn, der die »Arbeitsprämie« ablöste. Damit genossen sie auch arbeits- und tarifrechtlichen Schutz mit klar definierten Arbeitszeiten und einer räumlichen Trennung von Privatsphäre und Arbeitsplatz. Ob dies auch für die in der Hauswirtschaft geleistete Arbeit galt, wird nicht erwähnt. 1986 wurde erstmals eine Beschäftigtenvertretung gewählt.⁵²

Die heimeigene Sonderschule bestand seit den Anfängen der Anstalt und war zunächst staatlich anerkannt gewesen, bis sie diesen Status mit dem Verlust von Lübecks Eigenstaatlichkeit 1937 verlor und in den kommenden Jahrzehnten einen deutlichen Bedeutungsverlust erlebte. Dementsprechend niedrig blieben die Schülerinnen- und Schülerzahlen über den gesamten Untersuchungszeitraum. Interne Statistiken zeigen, dass durchschnittlich nur 13 Prozent der Minderjährigen eine der Vorwerker Schulklas-

48 Jahresbericht (1955), 10.

49 REH (1997), 78; LINDOW (1966), 18.

50 Kinder- und Pflegeheim Vorwerk (1976), 21.

51 VL5056; VL5356; VL5669.

52 REH (1997), 78.

sen besuchten.⁵³ Beschult wurden Kinder, die laut IQ-Test als »bildungsfähig« eingestuft worden waren; bei besonderer Begabung konnten die Schülerinnen und Schüler auch extern eine öffentliche Sonderschule besuchen. Allerdings hatte die Heimleitung 1957 bestimmt, dass nur behördlich »ausgeschulte« Kinder aufgenommen wurden, offenbar um selbst entscheiden zu können, wer als schulfähig gelten sollte und wer nicht. Bis 1975 unterstand die Vorwerker Bildung zudem nicht der staatlichen Schulaufsicht, insofern oblag es auch allein der Heimleitung, welche Inhalte in der Heimschule gelehrt wurden und in welchem Umfang dies geschah. Die Qualität der Bildung ließ teilweise offenbar zu wünschen übrig: So berichtet der im Jahr 1950 in Lübeck geborene Zeitzeuge T. T., er habe im Unterricht nicht Lesen und Schreiben gelernt, sondern nur »Lappen gezupft«,⁵⁴ was darauf hindeuten könnte, dass teilweise Arbeiten aus den Betrieben an die Schule delegiert wurden. Es scheint allerdings auch Ausnahmen gegeben zu haben. So charakterisiert zwar auch der Zeitzeuge G. W. die Schumatmosphäre als »rückständig« und bedrohlich, einzelne Lehrer beschreibt er jedoch als durchaus engagiert und zuwendungsvoll.⁵⁵ Insgesamt passt es aber zum Selbstbild Vorwerks, dass der »Arbeits-therapie« eine weitaus größere Bedeutung beigemessen wurde als dem Schulbesuch. Das wichtigste Ziel der Anstalt wurde darin gesehen, »alle uns anvertrauten Zöglinge zu sinnvoller Arbeit, oder zumindest sinnvoller Beschäftigung heranzuziehen«. ⁵⁶ Auf Schulabschlüsse wurde bis Mitte der 1970er Jahre kein allzu großer Wert gelegt. So berichtet der Zeitzeuge T. T.: »Und da hab ich gefragt, ob ich ein Zeugnis bekomme. Man hat uns erklärt, dass das keine anerkannte Schule ist. [...] Da hat Herr Leukert gesagt, da braucht ihr auch keine Zeugnisse.«⁵⁷ Erst später wurden in der Schule Beurteilungen des Schulerfolgs ausgestellt.⁵⁸

Während der Erntezeit fand den Aussagen T. T. zufolge gar keine Schule statt, weil die Klassen ganztägig zur Feldarbeit abgezogen wurden, ebenso in den Ferien.⁵⁹ Dementsprechend stand Kindern, die nicht von ihren Eltern abgeholt wurden, auch kein Urlaub zu.⁶⁰ Im Jahr 1956 bestand die Schule lediglich aus einer »Kindergartenklasse«

53 Archiv VL, Entwicklung der Schülerzahlen in den Jahren 1961 bis 1986.

54 Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Bewohner T. T. [anonymisiert], Lübeck, 26.5.2019, 05:08-08:34.

55 WULF (2020), 53–59.

56 LINDOW (1966), 15.

57 Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Bewohner T. T. [anonymisiert], Lübeck, 26.5.2019, 05:08-08:34.

58 Karl Leukert, ehemals Lehrer in der Schule Vorwerks, im Gespräch mit Sabine Reh, in: Reh (1997), 101–104.

59 Ibid.

60 Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Bewohner T. T. [anonymisiert], Lübeck, 26.5.2019, 42:06-48:55. Diese Aussagen beziehen sich erkennbar auf die Zeit vor 1975, also die staatliche Anerkennung als Heimsonderschule.

und einer »Oberabteilung«, die insgesamt sechs Klassen umfassten. Anfangs besuchten die Kinder die Schulklasse bis zu ihrem 15. Lebensjahr.⁶¹ Die Klassenstruktur differenzierte sich in den kommenden Jahrzehnten jedoch weiter aus. Gelehrt wurden zunächst die Grundfähigkeiten im Lesen, Schreiben und Rechnen. Die Oberstufe entsprach nach eigenen Angaben in etwa dem Lehrplan einer Sonderschule. 1976, nach der staatlichen Anerkennung, gliederte sich das Klassensystem schließlich in fünf Bildungsstufen, die den Rahmenrichtlinien des Landes Schleswig-Holstein entsprachen. Damit hatte sich das Angebot merklich erweitert: So enthielt das Schulprogramm neben den Kernfächern nun auch zahlreiche heilpädagogische Zusatzangebote wie Spracherziehung, Sinnesschulung, lebenspraktische Bildung, Gymnastik, therapeutisches Reiten sowie einen Schulchor.⁶²

6 Pädagogik und Alltag

6.1 Tagesablauf

Der Alltag in Vorwerk war bis in die 1970er Jahre straff organisiert und ließ den Bewohnerinnen und Bewohnern wenig Raum für eine individuelle Gestaltung ihrer Lebenswirklichkeit. Nach dem Frühstück folgte stets der gemeinsame Gang zur Andacht, dem sich der Schulbesuch oder der Einsatz in den Heimbetrieben anschlossen. Auch nach der Heimschule oder auf der Arbeitsstelle mussten die Kinder Hausarbeiten verrichten, so z. B. Fegen, Putzen oder Bohnern. An zwei Tagen in der Woche fand ein Gottesdienst statt, dessen Besuch verpflichtend war,⁶³ wobei in den Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenberichten unklar bleibt, auf welchen Zeitraum sie sich genau beziehen.⁶⁴ Trotz der fest in den Tagesablauf integrierten Andachten und Gottesdienste fällt bei Durchsicht der Akten ins Auge, dass sich christliche Glaubensvorstellungen kaum im pädagogischen Wertekosmos des Vorwerker Heims niederschlugen. Dies unterscheidet das Lübecker Pflegeheim sicherlich von anderen konfessionellen Einrichtungen jener Zeit, in denen der Alltag zutiefst von einem religiösen Habitus geprägt war.⁶⁵

61 Karl Leukert, ehemals Lehrer in der Schule Vorwerks, im Gespräch mit Sabine Reh, in: REH (1997), 101–104.

62 Erziehungs- und Pflegeheim Vorwerke (1956), 18; LINDOW (1966), 14; Kinder- und Pflegewerk Lübeck (1997), 15.

63 Ibid.; Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Bewohner T. T. [anonymisiert], Lübeck, 26.5.2019, 05:08–08:34.

64 Die Zeitzeuginnen und Zeitzeugen befanden sich seit den 1950er Jahren in Lübeck. Weil es in den 1970er Jahren zu strukturellen Veränderungen in Vorwerk kam, die auch die Alltagsroutinen entzerrten, beziehen sich die Gesprächspartnerinnen und -partner wahrscheinlich auf die ersten beiden Nachkriegsjahrzehnte.

65 Siehe die Einrichtungsstudie HINZ: St. Josefskongregation Ursberg, kath. BH (BRD).

Wirklich ›freie‹ Zeit zur Selbstentfaltung wurde den Minderjährigen kaum zugestanden. Zwar räumte das Personal den Kindern Zeit zum Spielen ein, dennoch wurde von jedem Einzelnen verlangt, sich »nützlich« zu machen, »Handreichungen« aller Art zu erledigen, sich etwa um die kleineren Kinder zu kümmern, den Abwasch zu erledigen oder abends die Betten aufzubauen. Die 1944 geborene J. T. berichtet im Gespräch, dass die klar definierten Machtverhältnisse auf der Station von einigen Betreuerinnen und Betreuern auch ausgenutzt wurden:

»Und wie ich morgens kam, musste ich selber Brot schmieren für die Leute. Die Küche aufräumen nachher. Erstmal Betten machen alle und so. Und die saßen nur und qualmten, rauchten andauernd. Im Dienstzimmer. Musste immer rumlaufen. [...] Halb drei war ich erst zu Hause ohne Pause. Keine Pause, gar nix.«⁶⁶

G. W., der Anfang der 1960er Jahre als Vierjähriger nach Vorwerk kam, berichtet ebenfalls von einer starren hierarchischen Ordnung im Alltagsleben, an deren Spitze das Personal stand und an deren unterem Ende die unehelich geborenen Kinder, die sogenannten »Bastarde«, rangierten.⁶⁷ Die Lübecker Zeitzeuginnen und Zeitzeugen erzählen zudem übereinstimmend, dass die Kinder und Jugendlichen im alltäglichen Zusammenleben kaum selbstbestimmte Entscheidungen treffen durften und jede Kleinigkeit vom Personal geregelt wurde. So waren praktisch keine Privatsphäre und kaum persönliche Gegenstände vorhanden.⁶⁸ Alle gemeinsam nutzbaren Spielsachen wurden allabendlich in einen Schrank im Aufenthaltsraum gesperrt.⁶⁹

Die Kleidung wurde vom Personal zugeteilt und aus einem zentralen Kleiderschrank in der Station in geschnürten Bündeln ausgegeben. Auch persönlicher Besitz sei vor der Willkür der Mitarbeiter nicht sicher gewesen, erzählt W. S.: So habe sein Vater die regelmäßigen Paketsendungen an seinen Sohn eingestellt, als er erfuhr, dass ihr Inhalt von der Schwester immer an die gesamte Gruppe verteilt wurde. Den Kommentar der Schwester auf seinen Protest gibt er folgendermaßen wieder: »Dein Vater hat Dir ein Paket geschickt, aber das hast Du gar nicht verdient. Das wird verteilt ...«. Auch das Taschengeld wurde den Zeitzeuginnen und Zeitzeugen zufolge noch in den 1970er Jahren von den Betreuerinnen und Betreuern verwaltet und für Gruppenanschaffungen verwendet. Erst nach einer Beschwerde beim neuen Direktor sei ihm das Geld letztlich ausgezahlt worden.⁷⁰ Die seit den 1950er Jahren in Vorwerk lebende S. W. erinnert

⁶⁶ Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Bewohnerin J. T. [anonymisiert], Lübeck, 25.5.2019, 06:07-08:39.

⁶⁷ WULF (2020), 25.

⁶⁸ Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Bewohner V. W. [anonymisiert], Lübeck, 26.5.2019, 36:26-37:51.

⁶⁹ WULF (2020), 21.

⁷⁰ Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Bewohner V. W. [anonymisiert], Lübeck, 26.5.2019, 1:23:56-1:26:34; Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Bewohnerin J. K. [anonymisiert.], Lübeck, 26.5.2019, 06:24-07:07.

sich im Gespräch zudem an die ständige Aufsicht und Reglementierung durch die Erzieherinnen und Erzieher im Alltag: Weder das Anstaltsgelände noch die einzelnen Gebäude durften demnach ohne ausdrückliche Erlaubnis verlassen werden, auch zum sonntäglichen Gottesdienst zog die Gruppe in Begleitung der Angestellten in Zweierreihen und in einheitlicher Festkleidung. Zudem sei das Briefgeheimnis bis in die 1970er Jahre systematisch missachtet worden, da sowohl ein- wie auch ausgehende Post geöffnet wurde.⁷¹ Derartige Bevormundungen erstreckten sich bis in intimste Bereiche des Lebens wie die Körperpflege: Waschen, Baden, Kämmen oder der Toilettengang. Das sogenannte »Absetzen« wurde nach einem festgelegten Tagesplan von den »Tanten« erledigt oder an die »Stationskinder« delegiert. Auf ein Minimum an Privatsphäre oder die Befindlichkeiten Einzelner wurde keine Rücksicht genommen.⁷² Disziplin und absolute Unterordnung waren auch laut G.W. oberstes Gebot.⁷³

Eine gewisse Abwechslung von der streng reglementierten Tagesroutine scheinen die zahlreichen Feste im Laufe des Jahres geboten zu haben, denen in Vorwerk seit der Amtszeit Burwicks große ideelle Bedeutung beigemessen wurde: »Frühlingsfest«, »Erntedankfest«, »Weihnachtsfest«, monatlich stattfindende »Volksunterhaltungsabende« sowie die Konfirmationen und Geburtstagsfeiern wurden mit Umzügen, Musik, und Gottesdiensten – natürlich stets zusammen mit der ganzen »Gemeinschaft« – gefeiert. Für solche Anlässe stand auf der Anlage ein großer Festsaal zur Verfügung. Zudem wurden Tagesausflüge an einen nahegelegenen See, in den Zirkus oder zu den Karl-May-Festspielen im nahen Bad Segeberg unternommen,⁷⁴ woran zumindest in den 1950er Jahren allerdings nur die »etwas frischeren Kinder« teilnehmen konnten.⁷⁵ Ab den 1970er Jahren fanden Ferienfreizeiten in den Bayerischen Wald statt, die bis zu 40 »Pfleglinge« besuchen konnten.⁷⁶ Zwar standen in den Tagesräumen Spielzeuge wie Puppen, Lego-Bausteine und Gesellschaftsspiele zur Verfügung, und es gab auf den Stationen bereits Radio- und Fernsehgeräte. Unklar bleibt aber, inwiefern die Bewohnerinnen und Bewohner ihre freie Zeit selbstbestimmt gestalten konnten.⁷⁷ Beliebt bei den Kindern waren wohl vor allem die Wochenenden, an denen in den Aufenthaltsräumen gemeinsam Fernsehen geschaut wurde. Auf dem Programm standen etwa Filme wie »Flipper« oder »Bonanza«.⁷⁸

71 Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Bewohnerin S.V. [anonymisiert], Lübeck, 26.5.2019, 02:58-31:28.

72 REH (1997), 78.

73 WULF (2020), 23.

74 LINDOW (1966), 20; REH (1997), 79 ff. Diese Angaben beziehen sich auf die 1960er Jahre.

75 Jahresbericht (1955), 10.

76 Archiv VL, Direktor Schalke an Jugendamt Ratzeburg, 13.1.1977.

77 VL5059; VL5056.

78 WULF (2020), 23.

Den Höhepunkt des Jahres bildete für viele Heimbewohnerinnen und Heimbewohner der Aufenthalt bei ihren Angehörigen, oftmals die einzige Gelegenheit, das hermetisch abgeriegelte Heimleben für eine Weile zu verlassen – wobei dies nur für ca. 25 Prozent der durch das Aktensample abgebildeten Personen zutraf; weitere 25 Prozent hatten gar keinen Kontakt zu ihren Familien. Vierteljährig konnten die Eltern Urlaub für ihre Kinder beantragen. Die Heimleitung nahm sich jedoch das Recht heraus, eine Bewilligung des Urlaubs zu verwehren, etwa wenn sie Grund zur Annahme hatte, damit dem Wohl ihrer Schutzbefohlenen zu dienen. So wurde das Urlaubsgesuch einer Mutter für ihren 13-jährigen Sohn 1954 abgelehnt, da diese von der Polizei gesucht wurde. Auch in anderen Fällen wurde der Kontakt zu Angehörigen unterbunden, wenn die häuslichen Verhältnisse als labil und wenig förderlich erachtet wurden.⁷⁹ In manchen Fällen erschließt sich aus den Akten dagegen nicht, warum den Kindern der Aufenthalt im Elternhaus verwehrt oder dieser zeitlich beschränkt wurde.

Häufiger noch waren Besuche der Eltern, wobei es diesen zumindest Anfang der 1960er Jahre verboten war, die Stationen des Pflegeheims zu betreten. Erst ab 1971 mit dem Dienstantritt des neuen Direktors Schalke war für Angehörige die »Besichtigung der Heimanlage [...] nach vorheriger Absprache« möglich. Dennoch beschwerten sich Eltern noch Anfang der 1970er Jahre über die mangelhafte Kommunikation mit der Leitung und die Abschottung der Einrichtung zur Außenwelt.⁸⁰

6.2 Erzieherische Grundätze und Beurteilungskriterien

Die im täglichen Umgang mit den Kindern zum Ausdruck kommende »Infantilisierung« der Heimbewohnerinnen und -bewohner als »Mädchen« bzw. »Jungen« muss erneut vor dem Hintergrund des familiär-hierarchischen Ordnungssystems im Vorwerker Pflegeheim gesehen werden. Selbst ein über 30-jähriger Mann wurde von den »Tanten« noch in den 1970er Jahren als »frecher, ungezogener Junge« charakterisiert und auch so behandelt, wie die Eintragungen des Stationsberichts zeigen.⁸¹ In dieser Verkindlichung der Heimbewohnerinnen und -bewohner spiegelte sich das von Rechtlosigkeit und Abhängigkeit gekennzeichnete Verhältnis zur Vorwerker Mitarbeiterschaft.

Die pädagogische Arbeit der Einrichtung blieb zudem der erzieherischen Maxime von »Pflicht und Strenge« verpflichtet, die sich bis in die Zeit der Anstaltsgründung zu Beginn des 20. Jahrhunderts zurückverfolgen lässt.⁸² Das Selbstverständnis Vor-

79 VL4053.

80 VL5860; VL5866.

81 VL3954.

82 JENNER (1990), 172.

werks war es daher in erster Linie, die »Zöglinge« zu beeinflussen, zu erziehen und zu bessern, sie »vom Instinktmäßigen, triebartigen, allmählich zum Bewußten und Überlegten« zu führen, wie Direktor Lindow noch 1956 ausführte.⁸³ Primäre Aufgabe sei, »daß wir sie im jugendlichen Alter in ihre Familien oder ins öffentliche Leben zurückgeben können«.⁸⁴ Seit Ende der 1950er Jahre schwächte sich dieser pädagogische Optimismus allerdings deutlich ab, was auch in der Umbenennung der Einrichtung in »Kinder- und Pflegeheim« im Jahr 1962 seinen Ausdruck fand. Ursächlich hierfür dürfte zum einen die sich wandelnde Bewohnerinnen- und Bewohnerstruktur gewesen sein, die eine »Erziehung« im traditionellen Sinne nicht mehr zuließ. Zum anderen trug auch der kontinuierlich steigende Anteil von unqualifizierten Kräften im Pflegedienst dazu bei, das pädagogische Leitbild der Vorwerker Gründerväter abzuschleifen. An der Einhaltung christlich konnotierter Tugenden wie »Ordnung, Gehorsam, Freundlichkeit oder Liebe, Wahrhaftigkeit und Fleiß« wurde hingegen weiterhin festgehalten.⁸⁵ Die hier aufscheinende Verbindung zwischen Moral und Erziehung durchzieht noch bis in die 1980er Jahre alle in den Akten überlieferten Stationsberichte, Notizen und Briefwechsel.

Dem Festhalten an einem dezidiert pädagogischen Leitbild stand im täglichen Umgang allerdings die reine Disziplinierung der Bewohnerinnen und Bewohner gegenüber. Regel- oder Normverstöße, Grenzüberschreitungen und Verhaltensauffälligkeiten wurden insgesamt nicht als ein aus der Behinderung oder Erkrankung resultierendes Verhalten gewertet, sondern als Ausdruck einer charakterlichen Minderwertigkeit, der mit disziplinarischen Mitteln zu begegnen sei. So wurde ein im Jahr 1955 als 13-jähriges mit der Diagnose »Schwachsinn mittleren Grades« in Vorwerk aufgenommenes Mädchen als »hinterlistig« bezeichnet, da sie die Spielsachen der anderen Kinder zerstöre. »Aufträge« führe sie nur nach »Widerreden« und »Murren« aus.⁸⁶ Abwertende Eintragungen wie diese waren kein Einzelfall, sondern finden sich in der Mehrheit der Akten wieder. Insbesondere laute und unruhige Kinder, die durch Regelverstöße auffielen oder den klar strukturierten Stationsalltag störten, zogen den Unmut des Personals auf sich und wurden mit Attributen wie »lästig und aufdringlich«, »launenhaft, rechthaberisch, aggressiv«, oder »schlecht, unangenehm, unerträglich« belegt.⁸⁷ Als »ungezogen, unerträglich, unausstehlich« beschrieb die diensthabende »Tante« im Jahr 1957 eine Vierjährige mit einer geistigen Behinderung, da sie andere Kinder kratze und beiße.⁸⁸ Auch ein im Jahr 1960 sechsjähriges

83 LINDOW (1966), 20.

84 Ibid., 13.

85 Archiv VL, Jahresbericht 1950, 9.

86 VL4255.

87 VL6373; VL5762; VL4756.

88 VL5356.

Mädchen galt als überaus schwierig: »Sie reißt sich an den Haaren, schlägt sich, schreit fürchterlich, schneidet Grimassen« und wurde dementsprechend als »unfreundlich, eitel, unbeliebt, schwatzhaft« erlebt.⁸⁹ Über eine elfjährige Schwerstbehinderte hieß es in einem Eintrag vom 2. August 1958: »Ist ein Taugenichts. Bisher war es nicht möglich, sie zur Ordnung zu erziehen.«⁹⁰

Wer sich hingegen gut und schnell »in die Gemeinschaft der Gruppe« einfügte, wer keinen oder nur einen geringen Betreuungsaufwand verursachte und wer sich in den Augen der Schwestern redlich bemühte, auf der Station »immer tüchtig mitzuarbeiten«,⁹¹ wurde vom Pflegepersonal mit Lob bedacht. Eine »mongoloide« Jugendliche, bei ihrer Aufnahme 1964 15 Jahre alt, wurde zwar »in ihrer geistigen Entwicklung [als] vollkommen gestört« eingeschätzt, im Umgang sei sie aber »sauber, ordentlich, fröhlich, anhänglich« und »bereite[t] keine besonderen Schwierigkeiten«.⁹²

Das zentrale Bewertungskriterium stellte für das Vorwerker Personal stets die Arbeitsfähigkeit und der angemahnte Leistungswille der Bewohnerinnen und Bewohner dar, wobei die Art und Schwere der Behinderung kaum eine Rolle spielten. Wer seine Pflichten »tadellos« und »gewissenhaft« ausübte, war beim Personal zumeist wohl gelitten.⁹³ Erweckten die Kinder hingegen den Anschein, sich ihren Pflichten zu »verweigern« oder ihre Arbeit »liederlich« und »falsch« zu verrichten, so fielen auch die persönlichen Zuschreibungen meist wenig vorteilhaft aus.⁹⁴ Einem 18-Jährigen, dessen Diagnose auf »Mongoloide Idiotie« lautete, unterstellte die Stationschwester im April 1966 etwa, er befriedige sein »zunehmendes Geltungsbedürfnis mit ausgespielter Faulheit«, da er selbst mit »leichten Papparbeiten« überfordert sei.⁹⁵ Zwar wurde »guter Wille« durchaus registriert, so wenn man einem »imbezillen« Mädchen attestierte, sie versuche »trotz ihrer starken Behinderung sich nützlich zu machen«.⁹⁶ Dennoch fielen die propagierten pädagogischen Effekte der »Arbeitstherapie« insgesamt kaum ins Gewicht, was zählte, war einzig und allein die Arbeitsleistung und -produktivität. So wurde einem 21-Jährigen 1972 etwa attestiert, sie zeige zwar Interesse für Handarbeiten, bringe »aber nichts Ordentliches zustande«. Dass der unerbittliche Leistungszwang in einer Behinderteneinrichtung von Außenstehenden selbst in den konservativen 1950er Jahren keineswegs als selbstverständlich angesehen wurde, zeigt indes ein Brief einer Mutter an die Anstaltsleitung von 1958:

89 VL5154.

90 VL4749.

91 Zitate: VL6567; VL5167.

92 VL4964; ähnlich bei: VL3950.

93 VL5154.

94 VL4753; VL4657; VL3751.

95 VL4254.

96 VL5263.

»Es ist natürlich gut, dass die Kinder dort ihre kleinen Pflichten haben, aber sie können doch nicht als vollwertige Hilfskraft angesehen werden. Ich verlasse mich da voll und ganz auf sie, daß von dem Kind nicht mehr verlangt wird, als es zu leisten imstande ist.«⁹⁷

Wie in anderen konfessionellen Heimen wurden auch im Vorwerk Tugenden wie Ordnung, Sauberkeit und Disziplin propagiert, um einen störungsfreien Stationsalltag zu gewährleisten. Anzeichen von emotionaler Zuwendung, Nestwärme oder gar Zärtlichkeit seitens des Pflegepersonals tauchen in den Akten hingegen nicht auf. Ob menschliche Nähe dabei schlichtweg keinen Niederschlag in den Akten fand oder die Betreuerinnen, durchaus im Einklang mit den pädagogischen Vorstellungen jener Zeit, diese als nicht wichtig für die Kindererziehung empfanden, muss offenbleiben. Auffällig erscheint allerdings, dass auch in den Erzählungen der Zeitzeuginnen und Zeitzeugen das Personal ausschließlich als Befehlsgeber und Disziplinierungsinstanz in Erscheinung tritt und durchweg negativ beschrieben wird.

Die rigide Sexualmoral der Nachkriegszeit schlug sich auch in der konfessionellen Heimerziehung nieder. Das Thema »Sexualität« war daher wie in anderen Einrichtungen auch in Vorwerk stark tabuisiert und wurde in den Berichten des Pflegepersonals zumeist nur mittels verschlüsselter Begriffe wie »Sittlichkeit« bzw. »Unsittlichkeit« zur Sprache gebracht. Die Frage, ob die Minderjährigen in ihrem »sittliche[n] Empfinden [...] einen sauberen und anständigen Eindruck« machten oder etwa im Gegenteil für »unsittliche Sachen gern zu haben« waren, galt als ein zentrales Beurteilungskriterium, das in vielen Berichten angesprochen wurde.⁹⁸ So hieß es z. B. in der Akte eines 19-Jährigen im Jahr 1966:

»Auffällige Absonderung bei Gruppenspaziergängen, gefährliche Angriffe auf Schwächere. Unsittliches Betragen und Verführen anderer labiler Burschen dazu, runden sein Charakterbild ab.«⁹⁹

Auch Onanie wurde in der Einrichtung als ein krankhaftes Phänomen gewertet, selbst den erwachsenen »Kindern« in Vorwerk wurde jegliches Recht auf sexuelle Bedürfnisbefriedigung verwehrt. Über einen mittlerweile 20-jährigen Mann wurde 1971 diesbezüglich berichtet:

»Will jeden Abend allein aufs Klo, um sich zu bearbeiten. Weil er das nicht darf schreit er jetzt auch noch wie ein Hirsch in der Brunft.«¹⁰⁰

Die Tabuisierung jeglicher Geschlechtlichkeit ging so weit, dass nach Aussage der Zeitzeugin Z. J. beim Waschvorgang die Genitalien ausschließlich von der Schwester berührt werden durften.¹⁰¹ Direktor Günter Schalke schilderte in einem Interview

97 VL?50.

98 VL3653; VL5054.

99 VL4252.

100 VL5167.

101 Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Bewohner S.W. [anonymisiert], Lübeck, 26.5.2019, 09:11-10:35.

von 1996 eine Praxis, die er sofort abschaffen ließ. Beim Besuch in den männlichen Schlafräumen sah er die Betreuten »an den Händen und an den Füßen mit Lederriemen fixiert an den Bettpfosten«. Die Begründung lautete, dass sie sich nicht »an ihr Glied fassen« sollten.¹⁰²

Sexuelle Entfaltungsmöglichkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner wurden bereits im Keim erstickt und zwischenmenschliche Annäherungsversuche konsequent abgeblockt. Bereits durch eine strikte Geschlechtertrennung im Alltag versuchte man Sorge dafür zu tragen, dass Männer, Frauen, Jungen und Mädchen ihre Tage zu großen Teilen getrennt voneinander verbrachten. Noch in den 1970er Jahren wachte eine »Hofaufsicht« streng darüber, dass sich Paare nicht heimlich zum Austausch von Zärtlichkeiten zurückzogen.¹⁰³ Das Personal achtete aber auch penibel darauf, dass es im Alltag zu keinen gleichgeschlechtlichen Kontakten kam. Ein als »sexuell sehr gefährdet und teilweise sehr triebhaft« charakterisierter Jugendlicher wurde am 17. Dezember 1958 mit einem anderen Jungen aufgegriffen, als sie im Kartoffelkeller des Hauses »ihre homosexuellen Dinge treiben wollten«. Bereits zwei Wochen zuvor war er im Bett eines »Kameraden« vorgefunden worden.¹⁰⁴ In einem weiteren Fall führte das nicht näher beschriebene »sittliche Verhalten« in den 1950er Jahren gar zur Ausschulung aus der Heimsonderschule.¹⁰⁵ Teilweise wurden sexuelle Aktivitäten auch mit Strafen belegt, wie es weiter unten noch zu schildern gilt. Häufig scheint es auch zu sexuellen Übergriffen von Jugendlichen auf jüngere Mitbewohnerinnen und -bewohner gekommen zu sein, wenngleich solche Missbrauchssituationen in den Pflegeberichten zumeist nur vage umschrieben wurden. So hieß es in den Aufzeichnungen von 1974 über einen mittlerweile 21-Jährigen:

»Wurde von Tante I. dabei ertappt wie er den kleinen W.F. von K5 bei sich hatte. Sein sittliches Verhalten ist wieder gestört.«¹⁰⁶

Nicht zuletzt deutet vieles darauf hin, dass viele Kinder durch das repressive Anstaltssystem überhaupt erst schwere Verhaltensauffälligkeiten entwickelten oder sich aber zuvor bereits vorhandene Schwierigkeiten während des Aufenthalts verschärften. So lassen sich anhand der Stationsberichte die Verhaltensveränderungen vieler Kinder über einen längeren Zeitraum verfolgen, bei denen zumeist erhebliche Unruhezustände und/oder Selbst- und Fremdverletzung im Vordergrund standen. Bei einem Achtjährigen wurde im Eintrag am 13. Januar 1963 noch vermerkt: »Hat sich gut eingelebt. Er hüpf und springt umher und ist recht niedlich.« Nach anfangs durchaus günstigen Einschätzungen wurde am 9. April 1965 dann relativ abrupt eine negative Persönlichkeitsentwicklung

102 Zit. n.: REH (1997), 74.

103 Ibid., 76.

104 VL4353; VL4257.

105 VL5059.

106 VL5564.

konstatiert: »Hat sich in den letzten Wochen sehr verändert. Unruhe steigert sich mehr und mehr. Er beißt die Hände der anderen Kinder blutig, kratzt sie, stößt sie mit den Füßen.« Sein Verhalten änderte sich in den folgenden Jahren nicht, noch 1973 wird er als »sehr schwierig« beschrieben: »Stößt und kratzt die Kinder, zerstört alles.«¹⁰⁷ Auch ein 1946 geborener »Pflegling«, der 1950 mit der Eingangsdiagnose »hochgradig schwachsinzig mit Sprachbehinderung« nach Vorwerk kam, galt in den ersten Jahren als »ruhiges und freundliches Kind«. Im Bericht vom 31. Dezember 1962 hieß es dann: »Sehr unruhiges Kind. Er schreit ohne Grund sehr oft. [Name] springt ganz plötzlich hoch und schlägt die kleinen Kinder.« Im Juni 1967 wurde der Junge ins LKH Neustadt verlegt mit der Begründung:¹⁰⁸

»Seit 1959 neigte [Name] in zunehmenden [sic] Maße zu Erregungszuständen mit Angriffslust gegen seine Umgebung, wobei er heiße Getränke anderen ins Gesicht oder an die Wände gießt, andere schlägt und zu beißen versucht. Er ist wegen seiner zunehmenden Körperkräfte und Angriffslust im Heim Vorwerk nicht mehr tragbar.«

Der 1959 geborene Zeitzeuge G.W. hat diese Verhaltensänderung rückblickend auch bei sich selbst festgestellt, wenn er in seinem Lebensbericht schreibt:

»Heute frage ich mich oft, wie aus einem einst ruhigen Heimkind – und ruhig musste ich einmal gewesen sein, da ich die erste Zeit in Vorwerk als sehr schön erlebt habe – ein rastloser, jähzorniger Junge werden konnte. Wiese kam das Pflegepersonal nicht mit mir klar? Lag es an meiner Reaktion darauf, wie mit mir umgegangen wurde? Oder hatte ich mich schlicht so entwickelt, vielleicht durch die Medikamente? Schwer zu sagen.«¹⁰⁹

Insgesamt lässt sich eine fehlende Reflexion der Verantwortlichen über die Ursachen der (auto-)aggressiven Gewalthandlungen feststellen. Die Möglichkeit, dass die täglichen Belastungen des Heimalltags wie etwa räumliche Enge, Gewalt, Missachtung und fehlende Aufmerksamkeit den Verhaltenswandel der Minderjährigen verursacht oder zumindest verstärkt hatten, wurde entweder schlichtweg nicht in Betracht gezogen oder fand keinen Niederschlag in den Dokumenten.

7 Gewalt und Strafen

Die rigide Anstaltshierarchie, die überwiegend mangelhafte Qualifikation des Personals, die strukturelle Unterversorgung sowie die moralisch hochgradig aufgeladenen Erziehungsideale schufen im Lübecker Kinder- und Pflegeheim eine Atmosphäre, welche die

107 VL5563.

108 VL4650.

109 WULF (2020), 38.

Ausübung von Zwang und Gewalt stark begünstigte. Zwar war bereits in der Neufassung der Dienstanweisung von 1954 die körperliche Züchtigung durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei Androhung fristloser Kündigung untersagt worden. Demnach oblag das Recht, Strafen zu verhängen, also Körperstrafen, Freiheitsbeschränkung oder Essensentzug, allein dem »Hausvater« – eine Vorschrift, die erneut den patriarchalischen Geist der Vorwerker Anstalt zum Vorschein bringt.¹¹⁰ Diese Anordnung wurde in der Praxis jedoch ignoriert. In erstaunlicher Offenheit berichten die Erzieherinnen über die Durchführung von Disziplinierungsmaßnahmen und Strafaktionen, zu denen vor allem körperliche Züchtigungen, Fixierungen und Isolierungen sowie medizinische Gewalt gehörten.

Gestraft wurde bei kleinsten Zwischenfällen, so etwa, als ein »imbeziller« Junge »hinten einen drauf bekam« und »in die Schutzjacke gesteckt« wurde, als er seine Zimmergenossen im Oktober 1962 mit Hausschuhen bewarf. Ein geistig behindertes Mädchen machte 1960 ebenfalls Bekanntschaft mit der strafenden Hand der »Tanten«. Im Stationsbericht hieß es hierzu: »Rief beim Spaziergang den anderen Pfléglingen hässliche Worte hinterher. Da hat sie von mir mal tüchtig was hintendrauf bekommen.«¹¹¹ Über eine 1955 bereits 20-Jährige lautete der lakonische Tageseintrag am 19. April 1955 derweil: »Es kommt mal vor, dass sie einen tüchtigen Nasenstüber haben muss, weil sie ab und zu mal gegenan geht. Aber im großen und ganzen ist mir ihr auszukommen.«¹¹² Auch G. W. schildert in seinem autobiographischen Bericht über seine Vorwerker Zeit, er sei bereits bei kleinsten Regelübertretungen und unruhigem Verhalten an Stühle und Tische gefesselt worden.¹¹³ Insgesamt hinterlassen die Selbstverständlichkeit und der nüchterne Tonfall, mit dem das Personal über gewalttätige Überbegriffe Bericht erstattete, den Eindruck, dass körperliche Züchtungen trotz des offiziellen Verbots in der Dienstanweisung bis in die 1970er Jahre nicht als anstößig oder regelwidrig empfunden wurden und man daher auch keinen Anlass sah, die Strafmaßnahmen in den Berichten zu verschweigen oder sprachlich zu codieren.

Dass körperliche Gewalt an der Tagesordnung war und sich keineswegs nur auf gelegentliche »Klapse« beschränkte, geht auch aus den Erzählungen der befragten Zeitzeuginnen und Zeitzeugen eindeutig hervor. Die im Jahr 1956 mit zwei Jahren ins Heim gekommene S. W. erinnert sich etwa an Prügel mit Teppichklopfern, Kleiderbügeln und an Schläge ins Gesicht.¹¹⁴ Teilweise wurde laut einer Zeitzeugin so fest zugeschlagen, dass Striemen und blaue Flecken zurückblieben und die Kinder ärztlich

110 Dienstanweisung 1954 bei REH (1997), 43.

111 VL5362; VL4255.

112 VL3551.

113 WULF (2020), 23.

114 Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Bewohnerin S. W. [anonymisiert], Lübeck, 26.5.2019, 03:01-04:05.

versorgt werden mussten.¹¹⁵ Der Bericht des 1950 geborenen W. S. spiegelt gar ein permanentes Klima der Angst, in dem jede falsche Bewegung zu Gewalt seitens der Aufsicht führen konnte:

»Hier, wenn sie dich auf dem Kieker hatten, dann ist das schon mal jeden Tag vorgekommen [...] Wenn man auf dem Kieker war, dann hat sie nur darauf gewartet, dass sie was findet. Da hab ich manchmal gesagt, wenn ich älter wurde, ‚bleib ruhig und gib ihr keinen Anlass‘. Nur war das manchmal leichter gesagt als getan. Du brauchtest Dich nur falsch bewegen, dann hattest Du schon was hinter die Ohren.«¹¹⁶

Auch der Anstaltspsychiater, Dr. Grubel, neigte laut W.S. zu Gewalttätigkeiten:

»Aber Dr. Krubbe [Grubel; Anm. N.L.] war schlimm. Wenn Du Dich beschwert hast bei ihm, da hat es auch schon mal was gesessen. Und dann war es auch ganz schnell, dass Du nach Schleswig oder Neustadt [in die dortigen psychiatrischen Landeskrankenhäuser; Anm. N.L.] abgeschoben wurdest.«¹¹⁷

Besonders häufig finden sich in den Lübecker Dokumenten ferner Schilderungen über körperliche Gewalt, die von den Kindern selbst ausging. In 65 Prozent aller Stationsberichte aus dem Aktensample wird explizit körperliche Gewalt erwähnt, die sich gegen andere Bewohnerinnen und Bewohner, Sachen, das Pflegepersonal oder auch gegen die eigene Person richtete. Das aggressive Verhalten der Kinder äußerte sich etwa in Handlungen wie »schreien, stoßen, kneifen, kratzen, schlagen, beißen, spucken« – oft ist von wahren »Tobsuchtsanfällen« die Rede, im Zuge derer neben physischen Angriffen auf Mitmenschen zudem Kleidung zerfetzt, Textilien zerrissen und Fenster zerschlagen wurden. Auf derlei Ausbrüche reagierten die Heimmitarbeiterinnen und -mitarbeiter in der Regel ihrerseits wiederum mit gewaltförmigen Strafmaßnahmen – eine ‚Gewaltspirale‘, die sich in vielen Akten des Samples nachweisen lässt. Ein besonders drastisches Beispiel aus der Akte eines 1959 sechsjährigen Mädchens:

»18.5.59. E. benahm sich heute unerträglich. Jedem Kind gab sie was. Gab man ihr einen Klaps, dann schrie sie, dass es durchs ganze Haus schallte. Sie kam in die Schutzjacke. 15.7.59. E. benahm sich heute Abend unausstehlich. Sie lief aus dem Bett rein und raus und machte alle Kinder wieder wach. Als ich ihr hinten eins vorgab, schrie und tobte sie wie eine Wilde herum. Es war beim Chloral einnehmen unmöglich. Daraufhin bekam sie eine kalte Dusche.«¹¹⁸

115 Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Bewohnerin S.W. [anonymisiert], Lübeck, 26.5.2019, 53:39-57:34.

116 Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Bewohner V.W. [anonymisiert], Lübeck, 26.5.2019, 28:17-29:13.

117 Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Bewohner V.W. [anonymisiert], Lübeck, 26.5.2019, 49:49-52:19.

118 VL5356.

Auch scheint es häufig zu sexuellen Übergriffen zwischen den Minderjährigen gekommen sein. Die meisten Eintragungen weisen darauf hin, dass das Personal bemüht war, Missbräuche zu verhindern, wie etwa im Fall eines Zwölfjährigen, über den die Schwester am 12. Januar 1965 notierte: »Leider muss [Name] nachts festgebunden werden, weil er sonst in andere Betten steigt.«¹¹⁹ Eine gewisse Hilflosigkeit der Schwestern vermittelt der Schwesternbericht über einen »schwachsinnigen« Jungen von 1968:

»In seinem sittlichen Verhalten gesteigert. Trotz Ermahnung kann er es nicht lassen. Er geht an die Kinder, die sich nicht wehren, sich auch nicht durch Reden von ihm abhalten können. Er vergreift sich an den Kleinsten. Man kann bei ihm gar nicht genug aufpassen. Auf Station muss man sehr auf ihn achten, da er sittlich nicht einwandfrei ist. 1969: Wurde von Tante Inge dabei ertappt wie er [Name] von K5 bei sich hatte. Sein sittliches Verhalten ist wieder gestört.«¹²⁰

Bei manchen Vorfällen bleibt gar unklar, ob überhaupt eingegriffen wurde:

»2.3.1955: [Name] fühlt sich oft im Schlafsaal K3 unglücklich, er muss wohl sehr oft hässliche Dinge erleben.«¹²¹

Physische Gewalt war jedoch nur ein Mittel, welches das Personal zur Disziplinierung und Bestrafung der Bewohnerinnen und Bewohner einsetzte. In zahllosen Fällen ist in den Akten auch die Durchführung von Fixierungen in sogenannten »Schutzjacken« [also Zwangsjacken; Anm. N.L.] dokumentiert, wobei Kindern die Arme oft zusammengebunden wurden, etwa wenn die akute Gefahr einer Selbstverletzung bestand.¹²² Die Pflegerinnen griffen allerdings nicht nur in Ausnahmefällen auf Zwangsjacken zurück, Fixierungen wurden vielmehr systematisch zur Bestrafung angewendet. Teilweise band man die Kinder auch in den Tagesräumen oder in der Schule an Stühle oder Heizungen fest, um diese zu immobilisieren.¹²³ Fixiert wurde bei jeder Form unerwünschten Verhaltens: So »musste« im Juli 1967 laut Stationsbericht ein zehnjähriger Knabe »für 1 Stunde in die Schutzjacke«, da er sich sehr »ungezogen« verhielt und mit den Füßen trampelte.¹²⁴ Einige Kinder wurden gar permanent ihrer Bewegungsfreiheit beraubt, wenn sich das Personal nicht mehr anders zu helfen wusste. So wurde über ein erst drei Jahre altes »mongoloides« Kind Mitte der 1950er Jahre vermerkt: »3.11.55 [Name] muss ständig eine Schutzjacke tragen. Er stürzt sich laufend auf die Kinder und würgt sie.« Auch im Fall einer geistig Schwerstbehinderten, die von den Pflegerinnen abwertend als »richtiges Teufelchen« und »Ausbund der Hölle« bezeichnet wurde, deuten die Eintragungen auf einen länger währenden Freiheitsentzug hin: »1.1.53 [Name] muss

119 VL5362.

120 VL5564.

121 VL3653.

122 So etwa bei: VL5770; VL6066, VL5159.

123 VL5663; siehe auch: WULF (2020), 23.

124 VL5759.

ständig angebunden werden (aggressiv). 21.2.56 [Name] liegt mit Handschellen im Bett, trotzdem zerreißt sie die Matratze.«¹²⁵

Eine besonders verbreitete Erziehungsmaßnahme war auf den Stationen die ›erzwungene Bettruhe‹, bei der man die Minderjährigen aufgrund von widersetzlichem Verhalten »ins Bett« schickte, wie es in den Schwesternberichten stets hieß. Da diese Maßnahme allerdings zumeist bei sehr unruhigen oder aggressiven Kindern ergriffen wurde, besteht Grund zur Annahme, dass die Kinder auch hier unter Zwang im Bett festgehalten wurden. Die diesbezüglichen Erinnerungen der 1954 geborenen Zeitzeugin S. W. lauten:

»Oder im Bett auch, wurde man auch festgebunden. Da bekamst Du einen Stoffgurt und da waren Bänder. Und dann wurde da eine Seite zu angemacht und dann da angebunden. Da konntest Du nicht raus [...] Die ganze Nacht und am Tage denn. Dann haben sie zwischendurch auch mal abgemacht, den Gurt. Dann haben sie Dich hingesetzt: ›Hast Du Dich jetzt beruhigt? Können wir Dich jetzt losmachen?‹«¹²⁶

Teilweise wurden die Kinder wohl auch zusätzlich noch mit Medikamenten sediert (s. u.). Für die Verordnung der ›Bettruhe‹ genügten Nichtigkeiten wie ›freche Redensarten‹ oder eine ›liederlich‹ ausgeführte Arbeit,¹²⁷ wobei viele Kindern ihre Tage offenbar regelmäßig festgurgurtet in ihren Betten verbringen mussten. Bestraft wurden die Minderjährigen überdies, indem sie von den anderen Kindern in einem speziell dafür vorgesehenen Raum isoliert wurden, der bei den Heimbewohnerinnen und -bewohnern sowie den Mitarbeitenden unter der Bezeichnung »Besinnungsstübchen« oder »Bunker« firmierte. Der Zeitzeuge E. S. berichtet über seine einschlägigen Erfahrungen:

»Wir sind abgehauen, wurden wir von der Polizei eben eingesammelt. [...] Die haben Dich dann zu Herrn Lindow gebracht und Herr Lindow hat dann gesagt: ›Alter Freund, ab in den Bunker‹. Das war so ein ›Besinnungsstübchen‹. Da hast Du dann ein Bett gehabt. Frage Frank Sparing: Gab es das auf jeder Station? Antwort: Nee, das war nur hier, bei K7, K8 und so, unten im Keller. Das war ein Raum, da war ein mobiles Klo. Das war so ein Eimer, wo Du Dich dann draufsetzen konntest und Deine Geschäfte machen konntest. Und ein Bett. Und dann völlig abgedunkelt, dass es eine Strafe ist. Ich hab da mal drei Tage gelegen, aber angeblich, weil sie es vergessen haben, dass ich noch da bin.«¹²⁸

S. zufolge habe Lindow eigentlich verfügt, den Aufenthalt im »Bunker« auf maximal einen Tag zu beschränken, viele Kinder seien aber dennoch länger in den Keller gesperrt

125 VL5255; VL4749.

126 Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Bewohner S. W. [anonymisiert], Lübeck, 26.5.2019, 50:39-53:38.

127 VL4753; VL5363.

128 Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Bewohner V. W. [anonymisiert], Lübeck, 26.5.2019, 22:36-26:14.

worden. Auch für die Verbannung in den »Bunker« reichten geringfügige Regelverstöße aus: Eine 21-Jährige verbrachte im Mai 1965 etwa eine Nacht im Kellerraum, da sie sich »streitsüchtig« gegeben habe; ein weiteres Mädchen wurde im März 1962 tagsüber isoliert, weil sie ihre Bettdecke zerrissen hatte.¹²⁹ Teilweise wurden die Kinder im Kellerraum sogar noch zusätzlich mit Zwangsjacken fixiert, was die Isolationserfahrung nochmals gesteigert haben muss.¹³⁰

Einige Kinder wurden von den »Tanten« zudem kalt abgeduscht, wenn sie ungehöriges Benehmen an den Tag legten, wobei der Wasserstrahl derart hart eingestellt wurde, dass er körperliche Schmerzen verursachte.¹³¹ In einigen Akten ist auch von »nassen Packungen« die Rede, eine Methode, bei der die Betroffenen so fest in kalte, nasse Tücher eingewickelt wurden, dass sie sich nicht mehr bewegen konnten. Durch die Körperwärme erwärmten sich dann auch die Laken, was beruhigend wirken sollte.¹³² Eine besonders perfide Strafmaßnahme, die von der Forschung auch bereits in anderen Einrichtungen nachgewiesen wurde,¹³³ stellte der Zwang dar, bei den Mahlzeiten erbrochenes Essen erneut zu sich zu nehmen. In den schriftlichen Quellen finden sich zwar keine Hinweise auf solche Praktiken, wohl aber im Zeitzeuginnenbericht der 1944 geborenen J. T., die im Gespräch gleich mehrfach auf derartige Vorfälle zurückkommt:¹³⁴

»Und hatte man etwas auf den Teller erbrochen, weil man es partout nicht runterkriegte, durfte man es nicht einfach liegen lassen oder stillschweigend wegräumen, nein, er wurde einem der ganze Mist wieder reingestopft, wie bei einer Mastgans.«¹³⁵

Auch G. W. berichtet von solchen Zwischenfällen. Demnach führte die besagte Strafaktion in den 1960er Jahren sogar zu einem Todesfall bei einem Jungen, der an seinem eigenen Erbrochenen erstickte.

Das Ausmaß der Gewaltanwendung in den Vorwerker Heimen ließ sich auf Dauer nicht immer vor der Außenwelt verbergen. So kam es 1968 zu einer Anzeige durch den Jugendsenator Kroke bei der Staatsanwaltschaft Lübeck wegen »Überschreitung des Züchtigungsrechts« in einigen Fällen, wobei die Einzelheiten der Anschuldigungen nicht recherchiert werden konnten. Die Vorwürfe waren aber offensichtlich ernst. Dennoch versuchte der Vorsitzende des »Vereins für Geistesschwache«, Gülzow, in einer Stellungnahme des Vorstands, die Misshandlungen durch die Angestellten nicht nur

129 VL4265; VL5536.

130 WULF (2020), 25.

131 Ibid.

132 VL5356; VL4749; VL5363.

133 KERSTING/SCHMUHL (2018).

134 Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Bewohnerin J. T. [anonymisiert], Lübeck, 25.5.2019, 00:00-00:59.

135 WULF (2020), 60.

zu rechtfertigen, sondern drohte auch mit einer Kündigungswelle des Vorwerker Pflegepersonals. Sollte das Verfahren nicht rasch eingestellt werden, sei die weitere Arbeit der Einrichtung in Gefahr, da es »unendlich schwierig ist, geeignetes Pflegepersonal anzuwerben. Das gilt erst recht für eine Spezialanstalt wie unsere, in der Pflegerinnen es mit Kindern zu tun haben, die an den Folgen von Krankheiten leiden.«¹³⁶

Auch im Fall des damals 17-jährigen V.W. geriet die Pflegeanstalt kurzzeitig in Erklärungsnot. Als der Junge 1967 aufgrund einer Gelbsucht in die Lübecker Poliklinik eingeliefert wurde, fiel den behandelnden Ärzten bei der Untersuchung auf, dass Arme und Beine des Patienten mit Hämatomen übersät waren. Laut Akte deutete sein Zustand daraufhin an, geschlagen worden zu sein. V.W. erwähnt diesen Vorfall in einem im Juni 2019 geführten Zeitzeugeninterview ebenfalls. Auf Nachfrage des Krankenhauses habe Direktor Lindow Aufklärung versprochen, die Misshandlungen seien später aber unvermindert weitergegangen.¹³⁷ Dass Lindow diesem Vorfall keine Konsequenzen folgen ließ, mag auch daran gelegen haben, dass der Heimleiter selbst regelmäßig körperlich züchtigte – hier sogar im Einklang mit der Hausordnung. Der Zeitzeuge V.W. erwähnt im Gespräch zwei Episoden aus dem Vorwerker Alltag der 1950er und 1960er Jahre:

»Da gab es früher Bücher [wahrscheinlich die Stationsberichte; Anm. N.L.], und wenn da Beschwerden über die und die Person drinstanden, wurden wir zu Herrn Lindow zitiert, und wenn das öfter vorkam, dann hatte er ja selber noch mit einem Rohrstock zugeschlagen. [...] Ich weiß noch, wie ich in der Schule war und ein bisschen zappelig war und Blödsinn gemacht hatte, dann sagte Herr Leukert: ›Hinaus! Draußen auf dem Flur stehen. Da kam der Herr Lindow vorbei und sagte; ›Was machst Du denn hier?«, ›Ja, ich pass auf, dass keiner die Tür klaut.« Ja, und dann klatschte das. Ich konnte gar nicht so schnell gucken, wie der mir eine runtergehauen hat.«¹³⁸

Auch G.W. beschreibt in seiner Autobiographie, dass er vom Heimdirektor mehrfach mit dem Rohrstock derart geprügelt wurde, dass er blutete.¹³⁹ Bezeichnenderweise wurde die von Gewalt geprägte Erziehungspraxis in Vorwerk gegenüber den Angehörigen kategorisch bestritten. Dafür spricht zumindest ein Schreiben des Direktors an die besorgten Eltern eines als »schwachsinnige« diagnostizierten Jungen vom Oktober 1951, der im Stationsbericht als »großer Hetzer und immer unzufriedener Stänkerer« beschrieben wird:

»Sehr erstaunt bin ich über seine Behauptung, dass es Schläge gäbe. Ganz abgesehen davon, dass bei uns Schlagen grundsätzlich verboten ist, hat [Name] keine Schläge be-

136 Zit. n.: REH (1997), 49 f.

137 Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Bewohner V.W. [anonymisiert], Lübeck, 26.5.2019, 08:35-14:13.

138 Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Bewohner V.W. [anonymisiert], Lübeck, 26.5.2019, 22:36-26:14.

139 WULF (2020), 40.

kommen. Es ist seinen Schwächen weitestgehend mit größter Geduld und Liebe Rechnung getragen worden.»¹⁴⁰

Offensichtlich funktionierte die gesetzlich vorgeschriebene Kontrollfunktion durch die Heimaufsicht im Lübecker Pflegeheim (wie im Heimsektor generell) nur mangelhaft. In einem überlieferten Bericht der Kommission aus dem Jahr 1962 wird zumindest ein erkennbar harmonisiertes Bild der Anstalt gezeichnet, das sich nur schwer mit der Vorwerker Realität in Einklang bringen lässt:

»Die Häuser sind gut durchdacht gebaut worden, es ist alles sehr hell und freundlich gehalten. Gruppen-, Schlaf- und Waschräume sind zweckmäßig und schön gestaltet. Die Schlafräume sind übersichtlich und nicht sehr groß. Bei einem Gang durchs Heim fällt auf, dass die Kinder gut und individuell gekleidet sind, dass zweckmäßiges Spielzeug vorhanden ist, und dass ein recht fröhlicher Ton herrscht. Es wird mit allen Mitteln versucht, alles für die Kranken zu tun.«¹⁴¹

Auch Beschwerden der »Pflegerlinge« bei den entsprechenden Stellen blieben offenbar folgenlos. Folgt man dem Zeitzeugen V.W., der seit den 1950er Jahren im Lübecker Heim untergebracht war, so wurden seine Klagen über körperliche Misshandlungen vom zuständigen Mitarbeiter des Jugendamtes in den 1960er Jahren als Unsinn abgetan:

»Ich konnte es ja auch beweisen, hab ihm ja auch den Rücken gezeigt – aber die sagten, das kann auch vom Toben kommen. [...] Wir hatten ja so einen Sacharbeiter vom Jugendamt und der hat manchmal auch blicken lassen und wenn wir uns dann beschwert haben, dann hat er gesagt: ›Komm, ich hab Deine Akte gelesen, Du bist auch nicht gerade unschuldig!«¹⁴²

Mit der Übernahme des Direktorenamtes durch den 38-jährigen Günter Schalke im Jahr 1971 vollzog sich schließlich nicht nur ein Generationswechsel an der Spitze der Einrichtung, es wurde auch ein pädagogischer Paradigmenwechsel eingeleitet, der den erzieherischen Alltag in der Einrichtung langfristig nachhaltig verändern sollte. Es erscheint angesichts der Vielzahl entsprechender Berichte glaubhaft, dass Schalke bei seinem Dienstantritt mit den vorgefundenen Verhältnissen in Vorwerk unzufrieden war und sich Willens zeigte, körperliche Gewalt, Misshandlungen und medizinisch nicht-indizierte Zwangsmaßnahmen zu unterbinden. Alle befragten Zeitzeuginnen und Zeitzeugen berichten übereinstimmend, dass sich das Leben in Vorwerk nach dem Weggang Lindows substantiell verbessert habe. Laut V.W. wurde die von den Betreuerinnen und Betreuern ausgeübte Gewalt durch Schalke relativ bald beendet, nicht zuletzt auch,

140 VL3051.

141 Archiv VL, Bericht 1962, 2.

142 Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Bewohner V.W. [anonymisiert], Lübeck, 26.5.2019, 08:35-14:13.

da er spontane Kontrollen auf den Stationen vorgenommen habe.¹⁴³ Schalke habe die Zustände als »menschenunwürdig« bezeichnet und versprochen, diese zu ändern. Nach der Aussage der Bewohnerin S.W. wurde das Züchtigungsverbot dann auch per Rundschreiben allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bekannt gemacht. Auch wenn es zum Teil auch weiterhin vereinzelt zu Gewalt kam, seien doch auch Kündigungen bei Zuwiderhandlung ausgesprochen worden.¹⁴⁴

In den 1970er Jahren finden sich in Akten Hinweise auf brutale Strafpraktiken dementsprechend seltener, an ihre Stelle treten eher »weiche« Sanktionsmaßnahmen wie »Stubenarrest«, Fernsehverbot und Taschengeldentzug. Ausgesprochen wurden die Verbote zudem von Direktor Schalke persönlich und nicht mehr vom Pflegepersonal.¹⁴⁵

8 Medikation

Die Verabreichung von Arzneimitteln an die Bewohnerinnen und Bewohner ist in den Akten detailliert dokumentiert, so dass sich die Medikationspraxis in Vorwerk vergleichsweise gut nachvollziehen lässt. Federführend verantwortlich für die psychiatrische Begutachtung war von 1953 bis 1979 der Anstaltspsychiater Dr. Rudolf Grubel (siehe Kapitel »Personal«), dem offiziell die Entscheidung über die medikamentöse Behandlung oblag. Üblicherweise entschied Grubel nach einer obligatorischen »Erstvorstellung«, ob eine »Verordnung« erforderlich war. Bei besonderen Vorfällen oder »schwierigen« Kindern erschien der Mediziner auch öfter zur »Visite«, um gegebenenfalls die Medikation zu wechseln oder die Dosis zu erhöhen. War aus Sicht von Psychiater und Heimleitung keine Verhaltensänderung festzustellen, wurden die Minderjährigen in zahlreichen Fällen schließlich zur Beobachtung und medikamentösen Neueinstellung in die Landeskrankenhäuser Neustadt oder Schleswig verlegt.¹⁴⁶ Angesichts des gewaltgeprägten Alltags in der Einrichtung kann es nicht verwundern, dass in Vorwerk insbesondere sedierende Medikamente in enormen Quantitäten verabreicht wurden. Hierbei handelte es sich vorwiegend um Präparate aus der Gruppe der Neuroleptika, der Benzodiazepine und der Barbiturate, während bei Anfallsleiden Antiepileptika verschrieben wurden. Nur bei 33 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner wird in

143 Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Bewohner V.W. [anonymisiert], Lübeck, 26.5.2019, 08:35-14:13.

144 Ibid.; Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Bewohner V.W. [anonymisiert], Lübeck, 26.5.2019, 20:19-22:06.

145 VL5665; VL5862; VL5761.

146 Etwa bei VL6872; VLN3653; VL4860; VL6572.

den Stationsberichten kein Einsatz von Arzneimitteln erwähnt, möglicherweise wurde die Vergabe allerdings nur nicht schriftlich festgehalten.

Insgesamt lassen sich zwei ›Medikations-Phasen‹ unterscheiden: Im Zeitraum von 1949 bis ca. 1967/68 waren Begutachtungen durch den Heimpsychiater eher selten, zumindest finden sich dafür in den Stationsberichten nur spärliche Hinweise. Dafür besaß das Pflegepersonal bei der Medikamentenvergabe augenscheinlich eine gewisse ›Beinfreiheit‹. So verabreichten die Pflegerinnen vor allem in den 1950er und 1960er Jahren regelmäßig auch ohne (nachweisbares) fachärztliches Rezept Sedativa an Kinder, die als »unruhig«, »störend« oder »aggressiv« wahrgenommen wurden.¹⁴⁷ Mittel der Wahl waren hier üblicherweise Luminal (Phenobarbital) aus der Gruppe der Barbiturate, das (erste) synthetisch hergestellte Schlafmittel Chloralhydrat sowie das Neuroleptikum Megaphen.¹⁴⁸ Dosierte wurde offenbar nach Augenmaß: So erhielt ein »hochgradig schwachsinniger« Junge im Oktober 1969 zusätzlich zu dem von Grubel verordneten Megaphen noch eine unbestimmte Menge Chloralhydrat, weil dieser sich trotz »Schutzjacke« nicht beruhigen ließ. Und über eine 13-Jährige hieß es im Schwesternbericht am 21. März 1963: »[Name] war heute wieder sehr bockig und hat die großen Mädchen geärgert und gehorchte überhaupt nicht. Tante [Name] hat für 8 Tage abends Megaphen verordnet.« Erzielte eine Arzneimittelgabe nicht den gewünschten Effekt, wurde die Dosis erhöht oder zu anderen Präparaten gegriffen. In einigen Fällen wurden ohne ärztliche Rücksprache auch mehrere Medikamente zugleich verabreicht und mit anderen Maßnahmen kombiniert:

»2.5.58 [Name] gab erst Ruhe nach dem [sic] sie einen EL Chloral, 1 Luminal und 1 trockene Packung bekam. Es war nicht zum Aushalten, sie warf trotz Schutzjacke Tische und Stühle um und stieß die Kinder.«¹⁴⁹

In der zweiten Phase, die sich vom Ende der 1960er bis weit in die 1980er Jahre erstreckt, wurden die »Vorstellungen« beim Heimpsychiater zur Regel, und auch das Spektrum der verwendeten Psychopharmaka wurde breiter. Zudem wurden wesentlich häufiger und deutlich mehr Medikamente verschrieben. Die Handelsnamen der gebräuchlichsten Mittel lauteten: Haloperidol, Neurocil, Dominal forte, Atosil, Valium, Akineton, Aolept, Truxal, Ciatyl. In zwei Fällen dokumentiert findet sich die Verordnung von Antidepressiva wie Laroxyl oder Anafranil. Bei epileptischen Erkrankungen wurden Comital, Zentropil, Melleril und Tegretal gegeben, wobei diese häufig mit anderen sedierenden Psychopharmaka (Neuroleptika oder Barbiturate) kombiniert wurden.

147 Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Bewohnerin O. Z. [anonymisiert], Lübeck, 26.5.2019, 55:58–57:34.

148 So etwa bei VL5053; VL5771.

149 VL4650; VL5059; VL4749.

Laut Aussage des Heimbewohners V.W. pflegte Grubel eine überaus laxe Verschreibungspraxis, was zum Teil die hohe Frequenz der »Verordnungen« in zumeist hohen Dosierungen erklären könnte:

»Einmal im Monat kam der Psychiater, Neurologe heißt das ja heute, und da sagte Schwester [Name]: ›Der ist ganz und gar aggressiv, der schlägt um sich.‹ Und da kam der auch noch und hat Dich an den Ohren gezogen und hat gesagt: ›Sofort Medikamenten-Einstellung.«¹⁵⁰

Eine einmal begonnene Dauermedikation wurde nur in sehr wenigen Fällen wieder unterbrochen – abgesetzt wurden Medikamente im Prinzip nur bei erheblichen Unverträglichkeitserscheinungen. Mit Blick auf die Stationsberichte ist auch nicht zu erkennen, dass die zumeist hoch dosierten Psychopharmaka-Gaben zu einer sichtbaren ›Verbesserung‹ des Verhaltens geführt hätten. In der Regel blieben die Probleme bestehen oder steigerten sich im Laufe der Zeit sogar noch, was dazu führte, dass der Heimpsychiater oft über Jahre zahlreiche Medikamente in immer neuen Dosierungen und Kombinationen ansetzte. Wurde der Zustand als »untragbar« für die Einrichtung eingestuft, folgte zumeist eine mehrwöchige Einweisung in die Psychiatrie, die in den eingesehenen Fällen aber stets nur dazu führte, dass die Medikation erneut modifiziert wurde. Als Beispiel für einen solchen ›Medikamenten-Cocktail‹ sei hier die Verordnungsliste eines 1972 erst Vierjährigen angeführt, der im Stationsbericht als »sehr unruhig, eigenwillig, zeitweise aggressiv« beschrieben wird:

»Juli 72: Vorstellung Grubel 3 × 4-6 Tr. Haloperidol, 3 × 1/4 Tabl. Akineton. Oktober 72: Wiedervorstellung 3 × 1 Megaphen. 7.2.73: Vorstellung Grubel 3 × 15 Tr. Haloperidol, 4 × 1/2 Akineton, 16.4.73 3 × 15-20 Tr. Neurocil, 3 × Megaphen, 23.1.74 Visite Grubel: 3 × 1 Dominal, bei großer Unruhe, 3 × 2 Dominal; 3 × 1/2 Akineton. 23.2.74 Visite Grubel: 3 × 15 Neurocil, 3 × 1 Tabl. Neurocil, 27.3.74 Visite Grubel 3 × 2 Dominal Forte, 3 × 15 Tr. Neurocil, 24.2.74, Grubel: 3 × 5 Dominal forte, 3 × 15 Tr. Neurocil, 77: Visite Grubel 3 × 8 Neurocil, 3 × 2 Dominal forte.«¹⁵¹

Ohne Frage lag diese massive Medikation in Kombinationen für ein Kleinkind weit über jeder auch damals üblichen Dosierungsempfehlung. Die hier wiedergegebene Medikationskurve ließe sich bis weit in die 1980er Jahre fortführen. So lässt sich in diesem Fall, aber auch anhand vieler anderer Beispiele zeigen, dass sich der Medikamentenverbrauch im Laufe der Jahre erheblich steigerte, wobei das Ausscheiden des Anstaltspsychiaters Grubel im Jahr 1979 keinen Bruch markiert. Auch unter seinen Nachfolgern blieb die Medikationsrate hoch. Während sich also für den pädagogischen Bereich in den 1970er Jahren ein langsamer Rückgang der physischen Gewalt beobachten lässt, kam es im

150 Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Bewohner V.W. [anonymisiert], Lübeck, 26.5.2019, 14:14-17:22.

151 VL6872.

gleichen Zeitraum zu einem erheblichen Anstieg des Einsatzes von Psychopharmaka, eine Entwicklung, die sich auch für andere Einrichtungen zeigen lässt. Ob zwischen beiden Entwicklungen ein direkter Zusammenhang bestand, ist spekulativ, scheint jedoch naheliegend.

Relativ eindeutig nachweisen lässt sich, dass die Gabe von Medikamenten oft einen disziplinierenden Charakter hatte, wobei die Grenzen zwischen Strafmaßnahme und medizinisch vertretbarem Heilversuch mitunter fließend waren. Bei vielen in den Stationsberichten festgehaltenen Vorfällen ist dennoch erkennbar, dass Neuroleptika neben der regulären Verabreichung auch situativ aus disziplinarischen Gründen gegeben wurden:

Beispiel 1: (geb. 1953)

»3.4.67. Handgreifliche, gewalttätige Auseinandersetzung mit anderen Kindern. Musste ins Besinnungsstübchen gebracht werden. Mit Gurt und Fußfessel festgemacht. Dann 3 Dominal f und 2 EL Chloral. 7.7.67. Gestern war ein Tannenbaum sein Ziel. Wir mussten ihn schleifend ins Haus schaffen.«¹⁵²

Beispiel 2: (geb. 1948)

»3.12.62 Wieder 2 Dominal forte als er drohte Tante [Name] zu schlagen und eine Fensterscheibe zerstörte. 17.11.64 W. war sehr ungezogen und gebrauchte hässliche Worte gegen Tante [Name] und drohte sie zu schlagen. Er bekam 2 Dominal forte.«¹⁵³

Selten wurde der strafende Charakter der Medikamentenverordnung jedoch so klar verbalisiert wie im Fall einer 18-Jährigen, die Grubel am 13. Oktober 1976 vorgestellt wurde:

»Vorstellung bei Dr. Grubel wegen ungebührlichen Verhaltens, Arbeitsverweigerung, Erregungszuständen mit Aggression gegen die Umwelt. Verordnung 1 ccm Haloperidol spritzen dazu Akineton, alte Medikamente bleiben.«¹⁵⁴

Von den Betroffenen wurde die Einnahme der stark betäubenden Wirkstoffe aufgrund der starken Nebenwirkungen insgesamt als quälend und unangenehm empfunden, wie sich V.W. erinnert: »Da gab es dieses Dominal forte, Chloral, und dann hab ich immer Tropfen bekommen, das konnte ich überhaupt nicht ab, da bin ich immer wie betrunken.« Chloralhydrat sei in Wasser aufgelöst worden: »Das war ein Medikament, da hast Du ziemlich lang nach geschlafen. Das war manchmal sogar so schlimm, dass wir sogar in der Schule einschliessen, wenn wir eigentlich was lernen sollten.«¹⁵⁵ Über Möglichkeiten, sich gegen die Einnahme von Psychopharmaka zu wehren, verfügten die Minderjährigen nicht. Laut Aussage einer Zeitzeugin wendete man, wenn nötig,

152 VL5363; VL5362.

153 VL4353.

154 VL5862.

155 Interview von Frank Sparing mit dem ehemaligen Bewohner V.W. [anonymisiert], Lübeck, 26.5.2019, 52:20-55:37.

einen speziellen Griff an, hielt den Kinder die Nase zu und verabreichte die Arznei zwangsweise.¹⁵⁶

Der Zeitzeuge G. W. gibt mit Verweis auf die Eintragungen in seiner Akte zudem an, bereits im Jahr 1964 mit dem Neuroleptikum Melleril behandelt worden zu sein, also zwei Jahre vor der Zulassung des Wirkstoffes Thioridazin.¹⁵⁷ Ob in Lübeck demnach klinische Studien mit nicht zugelassenen Medikamenten durchgeführt wurden, konnte auf Basis der analysierten Akten allerdings nicht ermittelt werden.

9 Literaturverzeichnis

- BURWICK, Paul (1945), *Das Heim Vorwerk 1914/1944*, Lübeck.
- DELIUS, Peter (1988), *Das Ende von Strecknitz. Die Lübecker Heilanstalt und ihre Auflösung 1941. Ein Beitrag zur Sozialgeschichte der Psychiatrie im Nationalsozialismus*, Kiel.
- Erziehungs- und Pflegeheim Vorwerk (1956), *50 Jahre Erziehungs- und Pflegeheim Vorwerk*, Lübeck.
- GROTH, Klaus J. (1980), *Schöne Worte – und was daraus wurde. Vorwerker Winkelzüge*. In: *Lübecker Nachrichten* Erscheinungsdatum unleserlich.
- GRUBEL, Rudolf (1925), *Ein Beitrag zur Frage der Leitungsaphasie (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd. 76)*, Med. Diss. Univ.
- GÜLZOW, G. (Hrsg.) (1956), *50 Jahre Erziehungs- und Pflegeheim Vorwerk*, Lübeck.
- Jahresbericht Erziehungs- und Pflegeheim Vorwerk (Lübeck) (1955), 1953/54, Lübeck.
- JENNER, Harald (1990), *Das Kinder- und Pflegeheim Vorwerk in Lübeck in der NS-Zeit*. In: Theodor STROHM/Jörg THIERFELDER (Hrsg.), *Diakonie im »Dritten Reich«. Neuere Ergebnisse zeitgeschichtlicher Forschung*, Heidelberg, S. 169–204.
- KERSTING, Franz-Werner/SCHMUHL, Hans-Werner (2018), *Psychiatrie- und Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im St. Johannes-Stift in Marsberg (1945–1980). Anstaltsalltag, individuelle Erinnerung, biographische Verarbeitung*, Münster.
- Kinder- und Pflegeheim Vorwerk (1976), *Kinder- und Pflegeheim Vorwerk. Mit staatlich anerkannter Sonderschule*, Lübeck.
- LINDOW, Ernst (Hrsg.) (1966), *Kinder- und Pflegeheim Vorwerk. 1906–1966*, Lübeck.
- REGENBERG, Lutz (2006), *Vorwerker Diakonie 1906–2006. 100 Jahre soziale Verantwortung in der Region*, Lübeck.
- REH, Sabine (1997), *Von der »Idioten-Anstalt« zu den Vorwerker Heimen (Festschrift aus Anlass des 90. Geburtstages der Vorwerker Heime Lübeck)*, Lübeck.
- SCHNIER, Elke Brigitte (2000), *Zur geschichtlichen Entwicklung der psychosozialen Versorgung seelisch erkrankter Kinder und Jugendlicher in Lübeck seit 1900*, Lübeck.
- WULF, Günter (2020), *Sechs Jahre in Haus F. Eingesperrt, geschlagen, ruhiggestellt. Meine Kindheit in der Psychiatrie*, Köln.

156 Interview von Frank Sparing mit der ehemaligen Bewohnerin O. Z. [anonymisiert], Lübeck, 26.5.2019, 14:14-17:22.

157 WULF (2020), 37.

B Stationäre Hilfen für Menschen mit Behinderung, DDR

V St. Johannesstift Ershausen

Florian Key

Inhalt

1	Einrichtungstyp und Quellenbasis	468
2	Historische Entwicklung der Einrichtung	469
3	Räumliche Beschaffenheit und materielle Ressourcen	471
4	Sozialprofil der Kinder und Jugendlichen und die Wege in die Einrichtung	472
5	Pädagogik und Lebensalltag	475
6	Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner	477
7	Besondere Vorkommnisse	478
8	Medizinisch-therapeutischer Bereich	479
9	Medikation	480
10	Literaturverzeichnis	484

1 Einrichtungstyp und Quellenbasis

Das St. Johannesstift Ershausen wurde 1884 als Stiftung gegründet und ist heute eine gGmbH sowie Einrichtung der Eingliederungshilfe. Dort leben und arbeiten mehr als 200 Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung.¹ Im Existenzzeitraum der DDR fungierte das Stift im DDR-Gesundheitswesen als stationäres Erziehungs- und Pflegeheim der katholischen Kirche. Bis in die 1960er Jahre wies das Stift mit seiner angeschlossenen »Hilfsschule« den Charakter eines sich selbst versorgenden Erziehungsheimes für Kinder und Jugendliche auf, entwickelte sich bis zur Wiedervereinigung jedoch mehr zu einer Pflegeeinrichtung für Erwachsene mit integrierter Arbeitstherapie.

Die Quellengrundlage für die Untersuchung bilden 100 Akten von ehemaligen sowie acht Interviews mit heutigen Bewohnerinnen und Bewohnern, wobei letztere vor 1990 bereits in der Einrichtung untergebracht waren. Zusätzlich wurden zwei ehemalige und ein derzeitiger Mitarbeiter interviewt.

Im archivalischen Bestand des St. Johannesstifts Ershausen befinden sich zahlreiche Bewohnerinnen- und Bewohnerakten, beginnend ab den 1930er Jahren. Die Akten sind sortiert nach dem Ausscheiden der Personen aus der Einrichtung. Bewohnerinnen und Bewohner, die seit DDR-Zeiten bis heute in dem Heim leben, tauchen als laufende Fälle damit nicht in der archivalischen Überlieferung auf. Zudem endet die durchgehende Überlieferung aus nicht mehr ermittelbaren Gründen abrupt mit dem Abgangsjahrgang 1981. Zu den Jahrgängen ab 1981 fanden sich nur noch vereinzelte personenbezogene Unterlagen.

Neben den personenbezogenen Unterlagen existiert in der Einrichtung zudem ein Buch, in dem die Abgänge aus dem Heim von 1907 bis 2014 vermerkt sind. Jedem der Bewohnerinnen und Bewohner wurde dabei eine Abgangsnummer zugeordnet. Über diese Nummer ist es möglich, die Abgangsakte zu einer Einzelperson ausfindig zu machen. Die Vorauswahl der Stichprobe wurde auf die Ausscheidenden im Untersuchungszeitraum vom 7.10.1949 bis zum 2.10.1990 begrenzt. Als weitere Beschränkung wurde die Aufnahme in die Einrichtung auf denselben Zeitraum festgelegt, insofern die Personen bei der Aufnahme minderjährig waren. Als Minderjährigkeit wurde hier für den gesamten Untersuchungszeitraum das Alter vor Vollendung des 18. Lebensjahres definiert. Insgesamt konnten auf Basis des Ausgangsbuches 201 Fälle in die Vorauswahl aufgenommen werden. Durch die Beschränkung der Vorauswahl konnte in der Folge eine äußerst günstige Stichprobe von jeder zweiten Akte gezogen werden.

¹ <https://www.jse-eic.de/index.php?id=11> (letzter Zugriff: 7.12.2018).

2 Historische Entwicklung der Einrichtung

Nach Auskunft der Einrichtung Ershausen wurde die Grundlage für den Betrieb von Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung durch eine staatliche Genehmigung von 1906 geschaffen. Diese Genehmigung gestattete es, in die Pflege von Kranken auch Menschen einzubeziehen, die damals mit der Diagnose »Idiotie« bezeichnet wurden.²

1938 sind im Rahmen der »T4«-Aktion der Nationalsozialisten 97 minderjährige Bewohnerinnen und Bewohner von Ershausen nach Pfafferode und Uchtspringe verlegt worden. 90 von ihnen wurden dort getötet, nur sieben kehrten nach Ershausen zurück. In der Folgezeit konnten etwa 120 Kinder gerettet werden.³ Ende des Krieges stieg die Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner schnell auf 278 an. Im Oktober 1952 existierten fünf Abteilungen mit 142 männlichen Bewohnern und vier Abteilungen mit 125 weiblichen Bewohnerinnen. Nach dem Ende der DDR bzw. in den frühen 1990er Jahren wird die Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner mit 210 angegeben.⁴ Der Schulbetrieb der seit 1946 bestehenden und jeweils drei Jahrgangsklassen umfassenden »Pestalozzi-Förderschule« wurde unter staatlichem Druck ab 1961 nicht mehr weitergeführt. Es gab daher ab diesem Zeitpunkt bis etwa 1970 nur wenige Möglichkeiten einer Beschulung, die zu diesem Zeitpunkt zudem weniger Bildungs-, sondern vor allem Förderungszwecken diente.⁵ Damit änderte sich auch das Profil der Neuaufnahmen. Bis in die frühen 1960er Jahre war dieses Einweisungsprofil von wenig konkreten Diagnosen geprägt, sondern vielmehr am Grad des erworbenen oder angeborenen »Schwachsinn« und der daraus abgeleiteten »Bildungsfähigkeit« orientiert. War »Bildungsfähigkeit« zu dieser Zeit ein Aufnahmekriterium, sind im folgenden Zeitraum auch Einweisungen von schwerbehinderten und »bildungsunfähigen« Menschen dokumentiert.⁶ Aufgrund der älter werdenden Heimpopulation und der zahlenmäßig abnehmenden Neuaufnahmen entwickelte sich die Einrichtung in den 1970er Jahren kontinuierlich zu einem Pflegeheim für Erwachsene.⁷ Als Reaktion auf diese Entwicklung wurde deshalb schon ab 1967 die »Arbeitstherapie« ausgebaut, innerhalb derer im Stift für den Volkseigenen Betrieb (VEB) Spielwarenmechanik Pfaffenschwende gearbeitet wurde.⁸ Diese Therapie sollte eine sinnvolle Beschäftigung für diejenigen ermöglichen, die nicht in den laufenden Arbeitsbereichen eingesetzt werden konnten.⁹

² Geschäftsleitung des St. Johannesstift (2006), 8 f.

³ Ibid., 13.

⁴ Ibid., 15 ff.

⁵ Ibid., 29 ff.

⁶ Vgl. Ershausen Abgangsakten.

⁷ Interview [1] von Florian Key mit einem ehemaligen Mitarbeiter [anonymisiert], Ershausen, 4.12.2018, 02:56-03:52, DIH-Archiv.

⁸ Geschäftsleitung (2006), 16 f.

⁹ Vgl. Interview [1] von Florian Key mit einem ehemaligen Mitarbeiter [anonymisiert], Ershausen, 4.12.2018, 46:52-47:44, DIH-Archiv.

In den 1960er Jahren sollen neun Wohngruppen mit etwa 30 Personen pro Gruppe bestanden haben, bei denen bis auf zwei Ausnahmen je eine Ordensschwester und eine Mitarbeiterin bzw. ein Mitarbeiter tätig waren.¹⁰ Noch in den 1970er Jahren wurden sieben der inzwischen etwas verkleinerten Wohngruppen von Ordensschwestern geführt. Die Oberin hatte die Wohnheimleitung inne. 1976 kam der erste weltliche Mitarbeiter in die Hausleitung.¹¹ Die Akten wurden von den Schwestern geführt und es war nicht üblich, dass die Eintragungen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorher besprochen wurden.¹² Pädagoginnen und Pädagogen waren kaum im Stift beschäftigt, abgesehen von einigen diakonisch ausgebildeten Fürsorgerinnen und Fürsorgern sowie ab den 1980er Jahren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit einem Zusatzstudium im Bereich der Reha-Pädagogik.¹³

Auch die geographische Lage der Einrichtung prägte die Arbeit. Wie es in der DDR allgemein üblich war, so benötigten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im sogenannten »Sperrstreifen« (also in dem Bereich, der der eigentlichen innerdeutschen Grenze vorgelagert war) arbeiteten, Genehmigungen, um diesen Grenzbereich zu betreten.

Auch stellte diese Lage ein besonderes Problem dar, wenn Besucherinnen und Besucher aus Westdeutschland diese Einrichtung aufsuchen wollten. Das sorgte vor allem in den frühen Jahren der DDR immer wieder für Probleme mit staatlichen Behörden, vor allem auch deshalb, weil alles, was in diesem Streifen geschah, besonderen Geheimhaltungsvorschriften unterlag und es immer wieder Grenzverletzungen und Fluchten gab.¹⁴ Aus diesem Grunde war die Einrichtung noch bis in die 1970er Jahre mit Stacheldraht umgeben. Die »Umzäunung« war der Grenzlage geschuldet und hatte nach Aussage eines Zeitzeugen keine darüberhinausgehende Bedeutung. Ershausen war über den gesamten Untersuchungszeitraum keine geschlossene Einrichtung, und der Stacheldraht wurde nach und nach abgebaut.¹⁵

In den späteren Jahren verbesserte sich die Zusammenarbeit zwischen Stift und dem Kreisarzt der Abteilung Gesundheitswesen und es entwickelte sich eine regelmäßige, gut funktionierende Art und Weise der Meinungs- und Entscheidungsbildung, weil – so

10 Geschäftsleitung (2006), 27.

11 Vgl. Interview [3] von Florian Key mit einem ehemaligen Mitarbeiter [anonymisiert], Ershausen, 5.12.2018, 25:00-27:52, DIH-Archiv; Interview [1] von Florian Key mit einem ehemaligen Mitarbeiter [anonymisiert], Ershausen, 4.12.2018, 17:52-18:30 und 41:11-41:20, DIH-Archiv.

12 Vgl. Interview [2] von Florian Key mit einem Mitarbeiter [anonymisiert], Ershausen, 4.12.2018, 27:40-27:58, DIH-Archiv.

13 Vgl. Interview [3] von Florian Key mit einem ehemaligen Mitarbeiter [anonymisiert], Ershausen, 5.12.2018, 1:03:40-1:05:14, DIH-Archiv.

14 Vgl. Chronik o. D., 37, 60, 81, 85.

15 Vgl. Interview [1] von Florian Key mit einem ehemaligen Mitarbeiter [anonymisiert], Ershausen, 4.12.2018, 53:16-54:00, DIH-Archiv.

eine mögliche Erklärung – ein großes Interesse am Betrieb und der Bereitstellung der 19 Betten der Krankenstation in Ershausen bestand.¹⁶

3 Räumliche Beschaffenheit und materielle Ressourcen

Zur räumlichen Beschaffenheit und den materiellen Ressourcen des St. Johannesstifts Ershausen sind in den Akten der Bewohnerinnen und Bewohner keine Informationen enthalten. Lediglich durch Publikationen und Interviews mit ehemaligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ergab sich ein genaueres Bild. Nach dem Krieg gab es durchgehend bis 1990 nach Geschlechtern getrennte Gruppen. Diese in den 1950er und 1960er Jahren etwa 30 Personen umfassenden Gruppen wiesen einen Betreuungsschlüssel tageszeitabhängig von 30:2 oder 30:1 auf. Eine Ordensschwester und eine Mitarbeiterin waren – wie oben erwähnt – für eine Gruppe zuständig.

Bis in die Mitte der 1970er Jahre war eine Gruppe im »Josefhaus« untergebracht. Hier wurde auch das kleine, unabhängig arbeitende Krankenhaus mit 19 Betten betrieben. Heute ist dort ein Kindergarten untergebracht. Die anderen Gruppen befanden sich zusammen mit der Küche und der Verwaltung im Haupthaus »Johannes von Gott«. Häufig musste wegen der Raumknappheit auch improvisiert werden. Eine dieser Gruppen (Gruppe 5) musste z. B. noch in den 1970er Jahren einen Schlafraum nutzen, der zugleich als Waschaum diente. Damit der Platz dafür zu gewinnen war, wurden 25 Betten von jeweils 1,50 m Länge zusammengeschoben.¹⁷ Im Kapellenflügel des Haupthauses befand sich neben der Kapelle auch eine Waschküche. 1958 wurden ein Sportplatz und 1967 das Fertigteilhaus »Mariensaal« als Werkstatt für die Arbeitstherapie eingeweiht. 1976 entstand zudem ein Haus für das Personal – es umfasste acht Wohnungen –, und zwei Jahre später (1978) wurde das Haus »Don Bosco« (heute Haus »Hedwig«) eingeweiht. Hier waren zwei Wohngruppen einquartiert, wobei dort ebenfalls eine Arbeitstherapie durchgeführt wurde.

1983 entstand, um der ständigen Energieknappheit zu begegnen, ein eigenes Heizhaus. Es reihte sich in eine Reihe von Wirtschaftsgebäuden ein, die sich bereits auf dem Gelände befanden (eine Schlachtereie und auch die Gärtnerei).¹⁸ Diese Einrichtungen begegneten dem über den gesamten Existenzzeitraum der DDR herrschenden Mangel

¹⁶ Vgl. *ibid.*, 50:36-51:09, DIH-Archiv.

¹⁷ Vgl. Interview [2] von Florian Key mit einem Mitarbeiter [anonymisiert], Ershausen, 4.12.2018, 38:15-38:53, DIH-Archiv.

¹⁸ Vgl. Geschäftsführung (2006), 15 ff., 24f., 27, 40.

an Material, Nahrung und Ressourcen. In den 1960er Jahren wurden laut einer ehemaligen Ordensschwester Lumpen und alte Schuhe verbrannt, wenn der Kohlevorrat im Winter zu Ende ging.¹⁹

Ein ehemaliger Mitarbeiter berichtet zudem, dass noch in den 1970er und 1980er Jahren stets Platz- und Personalnot geherrscht habe. An Räumlichkeiten mangelte es deshalb, weil aufgrund fehlender »harter Währung« keine Handwerker gefunden werden konnten. Der Personalmangel spiegelt die allgemeine Arbeitskräftesituation der DDR. Hinzu kam eine vergleichsweise schlechte Bezahlung. Ohne die – nach Aussage ehemaliger Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – unentgeltlich arbeitenden Ordensschwestern wäre die Einrichtung nicht lebensfähig gewesen.²⁰

Auch leitende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben teilweise als Nachtwächter oder Fahrdienst aushelfen müssen.²¹ Baumaterialien und größere Handwerkerleistungen seien nie in der gewünschten und nötigen Bedarfsgröße vorhanden gewesen. Über die Geschenkdienst- und Kleinexporte GmbH (GENEX) und das LIMEX-Sonderbauprogramm für den Kirchenbau sei hin und wieder aus Westdeutschland Material besorgt worden. Die in allen DDR-Einrichtungen übliche »Selbstversorgung«²² spielte dementsprechend auch in Ershausen eine existentielle Rolle. Es wurden intensiv Feldwirtschaft betrieben und eine Gärtnerei unterhalten sowie verschiedene Handwerke ausgeübt, welche – laut Aussage eines Zeitzeugen – von qualifiziertem Personal angeleitet wurden. Sie trugen zur Lebensgrundlage für die Einrichtung bei.²³

4 Sozialprofil der Kinder und Jugendlichen und die Wege in die Einrichtung

In den frühen 1950er Jahren waren mangelnde schulische Leistungen, vor allem gemessen am Maßstab einer »Hilfsschule«, mehrfach der Grund für die Einweisung in den St. Johannesstift.²⁴ In diesem Zusammenhang ist auf das Wirken der Caritasverbände zu verweisen. Sie wollten entweder eine Unterbringung in staatlichen Heimen verhindern oder die Wünsche der Eltern auf Unterbringung unterstützen

19 Ibid., 27.

20 Vgl. Interview [1] von Florian Key mit einem ehemaligen Mitarbeiter [anonymisiert], Ershausen, 4.12.2018, 11:47-15:54, DIH-Archiv.

21 Vgl. *ibid.*, 1:09:24-1:10:47, DIH-Archiv.

22 Vgl. DREIER-HORNING/LAUDIEN (2018), 80.

23 Vgl. Interview [1] von Florian Key mit einem ehemaligen Mitarbeiter [anonymisiert], Ershausen, 4.12.2018, 21:32-24:32, DIH-Archiv.

24 Vgl. Ershausen Abgangsakten: 1095, 1143, 976, 982, 1048.

und kümmerten sich um organisatorische Details der Zusammenarbeit mit dem Stift und den staatlichen Stellen.²⁵ Bis Anfang der 1960er Jahre sind zudem mehrere Fälle von Überführungen aus anderen Heimen belegt, weil Kinder dort häufig als »auffällig«, »störend« oder »nicht tragbar« galten.²⁶ Aus der Stichprobe geht allerdings auch hervor, dass über den gesamten Untersuchungszeitraum Einweisungen aufgrund des Wunsches der Eltern erfolgten.²⁷

Eindeutige Rechtsgrundlagen für eine Unterbringung im St. Johannesstift sind in den Unterlagen nicht aufgeführt. Ersichtlich ist in einigen Fällen aber, dass in den früheren Jahren Einweisungen durch die Jugendhilfe angestrengt worden sind,²⁸ während sie ab Mitte der 1950er bis in die 1970er Jahre vom Gesundheitswesen und seinen Einrichtungen ausgingen.²⁹ Indizien für eine Unterbringung gegen den Willen der Eltern gibt es in den frühen 1950er Jahren.³⁰ Aus dieser Zeit sind zwei solcher Fälle dokumentiert, bei denen eine Unterbringung von der Jugendhilfe und nicht von der Einrichtung forciert wurde.

Die in Ershausen im Untersuchungszeitraum untergebrachten Kinder und Jugendliche kamen aus allen Teilen der DDR. In der Stichprobe finden sich 13 Prozent evangelisch und 67 Prozent katholisch getaufte Kinder und Jugendliche, bei den übrigen 20 Prozent fehlen die Angaben zur Konfession. Dieses Zahlenverhältnis entspricht nicht der Verteilung der Konfessionen in der DDR. 1989 waren ca. 25 Prozent der Bevölkerung evangelisch (1950 ca. 85 Prozent) und 5 Prozent katholisch (1950 ca. 10 Prozent): Damit waren 70 Prozent im Jahre 1989 (1950 ca. 5 Prozent) konfessionslos.³¹ Daraus geht hervor, dass entsprechend der konfessionellen Trägerschaft der Einrichtung auch überproportional der katholischen Konfession zugehörige Menschen aufgenommen wurden. Zudem scheinen aber auch katholische Einrichtungen gezielt nach Unterbringungsmöglichkeiten in Ershausen gefragt zu haben. In 14 Fällen der Stichprobe ist belegt, dass Kinder zwischen 1950 und 1963 von einem katholischen Normalheim direkt in das St. Johannesstift gebracht wurden.³²

25 Vgl. *ibid.*: 1247, 1188, 1194, 1093, 1184, 1197, 1281.

26 Vgl. *ibid.*: 1132, 1166, 1190, 1265, 992, 1061, 1085, 1072, 1070, 926.

27 Vgl. *ibid.*: 1291, 1099, 1130, 1286, 1157, 1268, 1321.

28 Vgl. *ibid.*: 1134, 1175, 1137, 1063.

29 Vgl. *ibid.*: 1128, 1117, 1278, 1152, 1352, 1309, 1240, 1264, 1257.

30 Vgl. *ibid.*: 1134, 1137.

31 Siehe: <https://www.ddr-museum-muehltruff.de/ddr-geschichte-bevoelkerung-religion.html> (letzter Zugriff: 29.1.2019).

32 Vgl. Ershausen Abgangsakten: St. Katharinenstift Berlin (926, 1070), Raphaelsheim Heiligenstadt (982, 1081, 1130), St. Josefsheim Halberstadt (992, 1123, 1166), Antoniusheim Fulda (1061), St. Josefsheim Sundhausen (1085), St. Marien Bitterfeld (1115, 1224), Samariterherberge Helbra (1157), Caritasheim Altdöbern (1184).

Bei zehn Kindern und Jugendlichen, welche zwischen 1950 und 1959 eingewiesen wurden, galten deren Väter aufgrund des Krieges als vermisst oder verschollen.³³ In zehn weiteren Fällen kehrten die Väter erst spät aus der Kriegsgefangenschaft oder mit schweren Verletzungen heim.³⁴ Bei weiteren sechs Aufgenommenen sollen die Väter gefallen oder die Mütter auf der Flucht gestorben sein.³⁵

Der letzte Aufenthaltsort vor der Überweisung oder der Überführung nach Ershausen lässt sich aufgrund fehlender Angaben nur für die wenigsten Bewohnerinnen und Bewohner rekonstruieren. Der Großteil befand sich vor Aufnahme wahrscheinlich im Elternhaus. Mindestens 20 Prozent der Fälle lebten vor der Unterbringung sowohl in staatlichen als auch in kirchlichen Kinderheimen, von denen die meisten dem Typus des Normalkinderheims zugeordnet werden können. Etwa 15 Kinder kamen direkt aus Einrichtungen des Gesundheitswesens, wie Nervenkliniken bzw. Sanatorien und Krankenhäusern. In den meisten Fällen wurde – soweit bekannt – vermerkt, ob etwaige Geisteskrankheiten oder Behinderungen in der Familie vorliegen würden. Aus heutiger Sicht negative oder diskriminierende Zuschreibungen durch katholische und staatliche Stellen sowie medizinische Institutionen, die das familiäre Milieu betrafen, wurden bei der Aufnahme im Personalbogen vom St. Johannesstift in der Regel unhinterfragt übernommen. Es wurde z. B. hervorgehoben, dass die Aufgenommenen aus einer unehelichen Beziehung stammten.³⁶ Es gibt Berichte über eine angebliche »Debilität« oder über »hysterische« Verhaltensweisen der Eltern oder über angebliche intime uneheliche Beziehungen der Mütter.³⁷ Mütter wurden dabei meistens wesentlich ungünstiger beurteilt, etwa: »Die Mutter hat außer [Name] noch 3 eheliche Kinder. Sie ist sittlich und moralisch so heruntergekommen, daß man sie in Haft nehmen musste und sie z. Zt. in einem Arbeitslager ist.«³⁸ Teilweise wurde von einem »kinderreichen« oder »zweifelhaften« Milieu oder von »Milieuschädigung« gesprochen.³⁹ In einigen Fällen wurde die Zuschreibung direkt auf das Kind übertragen, etwa: »Charakterlich entwickelt er sich entsprechend des Familienmilieus.«⁴⁰ Konkrete Fälle von Vernachlässigungen und der Anwendung physischer Gewalt durch die Eltern sind hingegen nur in seltenen Fällen in den Akten erwähnt.⁴¹

33 Vgl. *ibid.*: 926, 1027, 1032, 1039, 1061, 1112, 1123, 1132, 1148, 1166.

34 Vgl. *ibid.*: 1081, 1088, 1115, 1143.

35 Vgl. *ibid.*: 976, 992, 1105, 1123, 1134, 1139, 1072, 1095, 1139, 1281.

36 Vgl. *ibid.*: 1149, 1202, 1247, 1159, 1190, 1233, 1270, 1265 (Mutter zusätzlich in Haft), 1251 (Vater in der Bundesrepublik).

37 Vgl. *ibid.*: 1049, 1117, 1137, 1207, 1081, 1300.

38 *Ibid.*: 1063. Die Orthographie der Aktentexte wurde hier und in den folgenden Zitaten nicht verändert.

39 *Ibid.*: 1039, 1175, 1255.

40 *Ibid.*: 1083 Journalblatt.

41 Vgl. *Ibid.*: 1095, 1199.

5 Pädagogik und Lebensalltag

Tagesabläufe lassen sich aus der Stichprobe der Akten der Bewohnerinnen und Bewohner nicht rekonstruieren. Häufig wird die Entwicklung der Minderjährigen nur einmal im Jahr in wenigen Sätzen beschrieben. Eine Bewohnerin und eine Ordensschwester berichteten jedoch in einer Publikation des Trägers vom Alltag im Johannesstift in den 1950er und 1960er Jahren.⁴²

Nach dieser Publikation sind die Kinder in den 1950er Jahren etwa um sechs Uhr aufgestanden. Der Tag begann mit dem Besuch der heiligen Messe, anschließend wurde gefrühstückt und noch vor Unterrichtsbeginn aufgeräumt bzw. geputzt. Der Schulbesuch war spätestens gegen 16 Uhr beendet, und es schlossen sich das Wäschewaschen und Freizeitaktivitäten an. Um 18 Uhr habe es Abendbrot gegeben. In der Erntezeit sei zusätzlich auf den Feldern gearbeitet worden.

Für die 1960er Jahre wurde festgehalten, dass für jeweils zwei Gruppen einmal in der Woche ein Badetag vorgesehen war. Zudem sei Heimarbeit angefallen, welche das Haarklemmenstecken auf Kärtchen umfasste, die durch die »MEWA« (Vereinigung Volkseigener Betriebe Metallwarenindustrie) geliefert wurden. Aufgrund des ökonomischen Mangels wurde laut den Berichten penibel darauf geachtet, dass die Kleidung der Bewohnerinnen und Bewohner stets gepflegt und funktionsfähig sowie genügend Holz für das Heizen der Gruppenräume vorhanden war. In dieser Zeit habe es regelmäßig kleinere Feste und Ausflüge gegeben. Erst ab 1974 seien für vereinzelte Gruppen Urlaube etwa in Winterstein oder an der Ostsee organisiert worden.⁴³ Aus einer Akte geht hervor, dass es Musikinstrumente gegeben hat.⁴⁴ Ansonsten scheint der Tagesablauf fast ausschließlich von der Arbeit bestimmt worden zu sein.

Laut einem Mitarbeiter seien die Bewohnerinnen und Bewohner in den 1970er Jahren durch ihre Sozialisation und die Tagesstruktur gut angepasst gewesen und hätten »funktioniert«. In jeder Gruppe wurden demnach die Regeln auch durch Bewohner gegen einzelne durchgesetzt.⁴⁵ In den Akten lässt sich feststellen, dass der Schwerpunkt der Bewertung von Bewohnerinnen und Bewohnern auf Moral, Ordnung, Gruppen-tauglichkeit, Führbarkeit sowie auf dem Grad der Arbeits- und bis in die frühen 1960er Jahre auf dem der Bildungsfähigkeit lag.

In einem Bericht über den Unterricht heißt es zu einer Schülerin: »Einmal ist sie auch einfach aus der Schule herausgelaufen, laut heulend, weil die Schulschwester ihre liederlich geschriebenen Buchstaben ausgewischt hatte und sie dieselben noch

⁴² Geschäftsführung (2006), 27 ff.

⁴³ Ibid.

⁴⁴ Vgl. Ershausen Abgangsakten:1194, Journalblatteintrag zum Befund vom 4.7.1959.

⁴⁵ Vgl. Interview [3] von Florian Key mit einem ehemaligen Mitarbeiter [anonymisiert], Ershausen, 5.12.2018, 16:03-20:40, DIH-Archiv.

einmal aufschreiben sollte. Nach solchen Attacken hat sie ihren Kummer meist schnell vergessen und ist wieder lieb und freundlich.«⁴⁶ In einigen Fällen wurde erwähnt, dass die Betroffenen zu keinerlei Arbeit zu gebrauchen seien.⁴⁷ Eigensinnigkeit wurde in diesem Zusammenhang negativ eingestuft, etwa wenn es hieß: »Er besitzt wenig Pflichtbewußtsein und arbeitet meist nur, wenn er gesehen wird. An sich sehr eitel, steht oft vor dem Spiegel und betrachtet sich wohlgefällig«⁴⁸ oder »[e]r leistet kaum etwas Nennenswertes, besitzt kein Ehrgefühl und läßt sich nicht anregen [...]«⁴⁹ sowie »[e]r geht auf die gestellten Anforderungen nicht ein, verfolgt eigensinnig seine Liebhabereien«⁵⁰ und »[s]ie steht der Arbeit gleichgültig und spielerisch gegenüber. Jegliches Verantwortungsbewußtsein fehlt.«⁵¹

In anderen Fällen wurden auf die Arbeit bezogene Fähigkeiten herabgewürdigt: »Es ist schwer, sie zu einer Beschäftigung heranzuziehen, einmal da sie sehr ungeschickt und von ganz schwacher Auffassung ist, dann aber auch wegen zu großer Bequemlichkeit [...]«⁵²

Besonders auch die als störend und wenig beeinflussbar empfundenen Kinder und Jugendlichen wurden mit abwertenden Adjektiven bedacht: »In der Gemeinschaft [...] oft schwer tragbar [...] zänkisch, laut und wüst«⁵³, »überempfindlich und läßt sich nicht gern etwas sagen«⁵⁴, »mitunter störrisch und zänkisch. Leicht erregt«⁵⁵, »intrigierend, zänkisch, triebhaft«⁵⁶, »[f]reches, vorlautes Mädchen, gibt viel Widerworte, redet viel und sinnlos«⁵⁷, »[s]ein Verhalten ist albern und läppisch«⁵⁸ oder »[i]m Essen sehr wählerisch«⁵⁹.

Des Weiteren wurde die sexuelle Entwicklung der Kinder und Jugendlichen unter moralischen Gesichtspunkten bewertet. Beispielsweise heißt es in einem Fall: »Auch wurden sexuelle Unarten bei ihm beobachtet. [...] A. persönlich will gut und ordentlich sein, hat aber nicht die sittliche Kraft zu widerstehen.«⁶⁰

46 Ershausen Abgangsakten: 1095, Journalblatteintrag zum Befund vom 15.11.1952.

47 Vgl. ebd.: 1027, 1049, 1112, 1236.

48 Ibid.: 1134, Journalblatteintrag vom 15.8.1958

49 Ibid.: 1125, Journalblatteintrag vom 15.8.1958.

50 Ibid.: 1252, Journalblatteintrag vom 10.7.1967.

51 Ibid.: 1224, Journalblatteintrag vom 2.8.1965.

52 Ibid.: 1186, Journalblatteintrag vom 20.8.1961.

53 Ibid.: 1309, Journalblatt.

54 Ibid.: 1139, Journalblatteintrag zum Befund vom 15.8.1959.

55 Ibid.: 1252, Journalblatt: Journalblatteintrag zum Befund am 1.12.1957.

56 Ibid.: 1224, Journalblatt: Journalblatteintrag vom 2.8.1965.

57 Ibid.: 1199, Journalblatt: Journalblatteintrag vom 22.8.1961.

58 Ibid.: 1214, Journalblatteintrag vom 18.8.1961.

59 Ibid.: 1143, Journalblatt.

60 Ibid.: 1081, Journalblatteinträge vom 1.10.1954 und zum Befund vom 6.7.1957.

Oder in einem anderen Fall hieß es: »[...] fällt auf dem Schlaftsaal [sic] auf durch Mangel von Anstandsgefühl und muß auch in sittl. Weise gehütet werden.«⁶¹ In einem Fall führte »triebhaftes« Verhalten dazu, dass die Einweisung in einen Jugendwerkhof für Jungen empfohlen wurde.⁶²

6 Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner

Der Nachweis von Mitsprache-, Partizipations- oder Beschwerderechten im heutigen Sinne war für den Untersuchungszeitraum nicht zu erwarten gewesen. Es lassen sich denn auch tatsächlich weder diesbezügliche Regelungen oder Vorschriften finden, noch scheint dieses Problem – laut den hier herangezogenen Aussagen – eine besondere Rolle gespielt zu haben. Hier seien einige Stichworte und Problemfälle wiedergegeben.

Besuchskontakte: Die abgelegene Lage der Einrichtung entsprach einer damals verbreiteten Auffassung, wonach Ruhe und Abgeschiedenheit von äußeren Einflüssen einen positiven Faktor der Unterbringung darstellten. Deshalb wäre zu erwarten gewesen, dass den Besuchsregelungen eine gewisse Aufmerksamkeit zugekommen wäre. Dem ist aber nicht so. Besuche der Eltern sollen laut einem ehemaligen Mitarbeiter prinzipiell möglich und unbedenklich gewesen sein.⁶³ In den Akten sind sie nicht festgehalten worden. Es konnte nicht geklärt werden, welche Rolle die Lage an der innerdeutschen Grenzlage bei der Besuchspraxis spielte und ob es pädagogische Überlegungen dazu gab. Andererseits bestand kein Besuchsverbot.

Beschwerdemöglichkeiten: Hausinterne Regeln hierzu sind unbekannt. Allerdings darf daraus nicht geschlossen werden, dass nicht doch niederschwellig und ohne rechtliche Grundlage die Bewohnerinnen und Bewohner sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Vorgänge und Zustände kritisieren konnten bzw. dies taten. Der damals fest etablierte Paternalismus und das hierarchische Verhältnis zwischen Bewohnern und Mitarbeitern werden jedoch die Grenzen und Möglichkeiten einer solchen »Mitsprache« sehr geprägt haben. Wenn Kritik oder Beschwerden nach außen drangen, wurde reagiert. Allerdings ist nur ein einziger solcher Fall in der Stiftungschronik erwähnt, so dass hier keine Verallgemeinerungen angezeigt sind. In der Chronik heißt es 1965: »Am 20.3. erfolgte eine eingehende Kontrolle des Heimes durch den Rat des Kreises

⁶¹ Ibid.: 1179, Journalblatteintrag zum Befund am 26.8.1960.

⁶² Vgl. *ibid.*: 1207 (der Platz für den Werkhof wurde beantragt, ob tatsächlich eine Einweisung erfolgte, ist unklar).

⁶³ Vgl. Interview [1] von Florian Key mit einem ehemaligen Mitarbeiter [anonymisiert], Ershausen, 4.12.2018, 1:04:12-1:04:46, DIH-Archiv.

aufgrund eines Beschwerdebriefes des Zöglings [W.]. Bei persönlicher Rücksprache mit [W.] stellte die Abordnung zu ihrer Überraschung fest, dass absolut keine haltbare Anschuldigung vorlag, sondern vielmehr [W.] einer stationären Behandlung in [der Nervenklinik] Pfafferode bedurfte, die daraufhin auch durchgeführt wurde.«⁶⁴ Die näheren Umstände dieses Vorkommnisses lassen sich leider nicht ermitteln, denn es wäre interessant zu erfahren, wer aufgrund welcher Informationen zu diesen Schlüssen gelangt ist.

Briefkontrollen: Kontrollen der Kommunikation waren in den Jugendhilfeeinrichtungen der DDR üblich. Das bezog sich auf alle Formen der Kommunikation. Zwar galt das Briefgeheimnis auch in der DDR im Allgemeinen, aber Rechte dieser Art sind im Bereich der Jugendhilfe nicht ernst genommen worden. Auch in Ershausen ließen sich zwei Hinweise auf Briefkontrollen finden. Einer dieser Fälle war von der Jugendhilfe veranlasst worden.⁶⁵ In einem weiteren Fall wurde ein diesbezüglicher Vorwurf einer Mutter zurückgewiesen.⁶⁶

7 Besondere Vorkommnisse

2010 und 2012 wurden durch zwei ehemalige Bewohner schwere Vorwürfe gegenüber ehemaligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erhoben. Es handelte sich um den Vorwurf von Gewaltanwendung seitens der Schwestern und des regelmäßigen sexuellen Missbrauchs durch einen Geistlichen, welcher von Mitte der 1950er bis Mitte der 1960er Jahre als Religionslehrer und Seelsorger im St. Johannesstift tätig war.⁶⁷ Einer der Betroffenen schilderte, dass er physisch bestraft worden sei, nachdem er sich der Oberin wegen des Missbrauchs anvertraut habe; zudem beschrieb er Demütigungen, Essenszwang und sexuelle Übergriffe durch Mitbewohner.⁶⁸ Im gleichen Zeitraum (1963) berichtet die Chronik des Stifts von dem »Freitod einer Geisteskranken durch Sturz aus dem Fenster [...] während der Feier der hl. Messe«.⁶⁹

⁶⁴ Chronik o. J., 115.

⁶⁵ Vgl. Ershausen Abgangsakten: 1137, Brief Ref. Jugendhilfe an Ershausen am 14.10.1953; 1202 Journalblatt am 21.8.1961.

⁶⁶ Ibid.: 1207, Antwort der Schwester Oberin an die Mutter zum Brief vom 4.4.1964.

⁶⁷ Vgl. ibid.: 1149, 1205.

⁶⁸ Vgl. ibid.: 1205. In diesem Fall wurden die Schilderungen des Betroffenen für vom Bischof von Erfurt als glaubhaft eingeschätzt und eine Anerkennungsleistung in Höhe von 5000€ gewährt.

⁶⁹ Chronik o. J., 108.

8 Medizinisch-therapeutischer Bereich

Ein ehemaliger Mitarbeiter berichtete, dass die ärztliche Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner in den 1970er und 1980er Jahren vor allem durch die Bezirks- und Nervenlinik Pfafferoode (Kreis Mühlhausen) geleistet worden sei. In dem kleinen und unabhängig von der Erziehungsanstalt arbeitenden Krankenhaus des Stifts Ershausen hat es keine Funktionsdiagnostik in Form apparativer und laborchemischer Verfahren gegeben.⁷⁰ Für die »hausärztliche« Versorgung wurden regelmäßig entweder die Dienste eines Arztes aus Pfafferoode oder die eines in der Gegend um Ershausen niedergelassenen Arztes in Anspruch genommen. Medizinische Fragen fielen im Allgemeinen nicht in den Zuständigkeitsbereich der Pflegerinnen und Pfleger, sondern waren Sache der jeweiligen Wohngruppenleitungen, welche zu dieser Zeit aus sieben Ordensschwwestern und aus zwei weltlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bestanden.⁷¹ In den Bewohnerinnen- und Bewohnerakten finden sich lediglich zwei aus den 1960er Jahren dokumentierte Besuche eines niedergelassenen Nervenarztes aus Mühlhausen und ein konkreter Hinweis auf regelmäßige Besuche durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Bezirksnervenlinik Pfafferoode (Kreis Mühlhausen).⁷² Die Zusammenarbeit mit Pfafferoode wurde zudem auch dafür genutzt, um über die Verlegung von Bewohnerinnen und Bewohner in andere Einrichtungen zu beraten. Dabei ging es auch um Fälle, mit denen man sich in Ershausen überfordert sah. Aus der Stichprobe gehen zwischen 1954 und 1975 neun Fälle hervor, die aufgrund aggressiven und fremdgefährdenden Verhaltens als »nicht tragbar« galten und für die deshalb eine Verlegung in die Bezirksnervenlinik angestrebt wurde.⁷³ Ein Bewohner wurde aus nicht erwähnten Gründen auf Wunsch der Mutter dorthin verbracht und vom St. Johannesstift im Tausch für einen Patienten aus Mühlhausen entlassen.⁷⁴ Bei einem weiteren Bewohner ist der Grund der Verlegung nicht ersichtlich.⁷⁵

In einem weiteren Fall von 1961 heißt es:

»Macht auch weiterhin viel Schwierigkeiten. Wird erregt und zornig, auch aggressiv gegen seine Kameraden. Erneut tritt der Hang zum Fortlaufen wieder stark hervor. [Name] bedarf einer straffen Führung und ständiger Überwachung, da er unter anderem auch Streichhölzer aus der Arbeitsstätte entwendete. Weitere Entwicklung bleibt abzuwarten,

70 Interview [1] von Florian Key mit einem ehemaligen Mitarbeiter [anonymisiert], Ershausen, 4.12.2018, 28:10-36:13, DIH-Archiv.

71 Vgl. Interview [3] von Florian Key mit einem ehemaligen Mitarbeiter [anonymisiert], Ershausen, 5.12.2018, 25:00-27:52, DIH-Archiv.

72 Ershausen Abgangsakten: 1255, Journalblatt zum 15.10.1962; 1265, Journalblatt zum 21.5.1964; 1233, Schreiben des St. Johannesstifts an Bezirkskrankenhaus Pfafferoode-Mühlhausen am 18.2.1966.

73 Vgl. *ibid.*: 1039, 1101, 1061, 1166, 1199, 1170, 1233, 1270, 1300.

74 Vgl. *ibid.*: 1240 Journalblatt.

75 Vgl. *ibid.*: 1205.

aber wahrscheinlich hier nicht mehr lange tragbar und Überführung in eine geschlossene Anstalt erforderlich.»⁷⁶

Solche Überführungen in geschlossene Einrichtungen wie nach Pfafferoode waren problematisch, da die Zustände dort – wie aus einem Bericht von 1958 hervorgeht – äußerst bedenklich waren. Über die Situation dort berichtete eine Inspektionsgruppe. Dort herrschten »gefängnisartige« Zustände, die sich dadurch zeigten, dass es nicht allein zu häufigen Fixierungen, Misshandlungen und Schlägen kam, sondern dort auch Isolierzellen üblich waren. Berichtet wird auch von der unprofessionellen Durchführung von Fiebertherapien, die selbst aus damaliger Sicht medizinisch nicht zu rechtfertigen waren. Auch Insulinschocks und ein leichtfertiger Umgang mit Psychopharmaka sind erwähnt.⁷⁷ Zwei Oberärzte aus Pfafferoode wurden 1958 unter anderem wegen Totschlags angeklagt. Bis 1963 sei es deshalb zu Reformen gekommen, welche einen liberal-emanzipatorischen Umgang und die Einführung moderner Medikamente mit sich brachten. Zwischen 1963 und 1984 wurden in Pfafferoode neue Geräten für Pneumenzephalographien und Myelographien angeschafft und in Absprache mit Nordhausen Jugendliche vor allem in Pfafferoode, Kinder dagegen vorwiegend in Nordhausen zur Behandlung gegeben.⁷⁸ Wie aus den Akten hervorgeht, sind einige der Bewohnerinnen und Bewohner vor und manchmal während des Aufenthaltes in Ershausen in einer Nervenlinik untersucht worden. Detaillierte Berichte zu medizinischen Untersuchungen sowie eindeutige Einverständniserklärungen der Eltern zu körperlichen Untersuchungen lassen sich nicht in der Aktenstichprobe finden. Hier können wahrscheinlich nur die Krankenunterlagen der jeweiligen Kliniken Auskunft geben. Lediglich in zwei Fällen wird in den Akten im Vorfeld und während der Unterbringung konkret die Durchführung einer Pneumenzephalographie in verschiedenen Kliniken genannt.⁷⁹

9 Medikation

In den Unterlagen des St. Johannesstifts Ershausen befinden sich nur spärliche Informationen über die Medikamentenvergabe. Bei den 100 Stichprobenfällen werden in den Akten lediglich drei Fälle mit unspezifischer und 18 Fälle mit konkreter Medikamentenvergabe benannt. Häufig ist es unklar, wer die Medikamente verabreichte und auf Grundlage welchen medizinischen Befundes dies geschah. Auffällig ist, dass die Vergabe

⁷⁶ Vgl. *ibid.*: 1066, Journalblatteintrag zum Befund vom 28.7.1961.

⁷⁷ Vgl. ADLER/DÜTZMANN/GOETHE (2012), 83 ff.

⁷⁸ Vgl. *ibid.*, 84 f., 101, 111 ff., 117, 125 ff.

⁷⁹ Vgl. Ershausen Abgangsakten: 1109, am 17.2.1958 in der Säuglings- und Kinderklinik Erfurt; 1278, vor der Einweisung nach Ershausen am 5.8.1957 Städtische Krankenanstalten Eisenach.

vor allem bei Fällen dokumentiert ist, in denen spätere Komplikationen auftraten – entweder weil die betroffenen Personen verstarben oder sie zur Weiterbehandlung in eine Nervenlinik überführt wurden.

Dies lässt sich für 21 Fallakten mit dokumentierten Medikamentenvergaben feststellen. Von diesen 21 Fällen sind zwölf Bewohnerinnen und Bewohner verstorben.⁸⁰ Das geschah im Zeitraum zwischen 1956 und 1980, wobei sich die Kinder bzw. Jugendlichen im Alter von sieben bis 24 Jahren (Durchschnitt: 16,6 Jahre) befanden. Vier Personen waren zum Todeszeitpunkt volljährig.⁸¹

Sechs der 21 Fälle mit dokumentierter Medikation wurden von Ershausen aus entweder in die Bezirksnervenlinik Pfafferode (Kreis Mühlhausen) oder in die »Dr. Kurt Isemann«-Kliniken Nordhausen verlegt.⁸² Zwei Minderjährige wurden ins Kinderheim »Alte Mühle« in Himmelpfort im Kreis Gransee überwiesen⁸³ und ein Bewohner ins Elternhaus entlassen.⁸⁴

Eine regelmäßige Medikamentenvergabe im St. Johannesstift vor Ort lässt sich aus der Stichprobe ab 1958 belegen und ab Mitte der 1960er Jahre eine quantitative Steigerung feststellen. Dieser Anstieg ist vermutlich auf eine bessere Verfügbarkeit von Medikamenten und auf das veränderte Anforderungsprofil der Neuaufgenommenen nach Schließung der »Hilfsschule« im St. Johannesstift zurückzuführen. Die Namen der Medikamente werden nur vereinzelt erwähnt. Die Vergabe des Antiepileptikums Primidon unter dem Handelsnamen Lepsiral ist in einem Fall 1969 belegt.⁸⁵ 1965 ist zudem die einmalige Vergabe von AH3 vermerkt, wobei es sich hier vermutlich um den Wirkstoff Hydroxyzin mit stark sedierenden und psychotropen Effekten handelt.⁸⁶ 1965 ist die Vergabe von Reserpin unter dem Namen Rusedan belegt, das zur Behandlung von Hypertonie diente.⁸⁷

Bereits für das Jahr 1969 ist in den Akten ein Fall der Vergabe von Haloperidol benannt.⁸⁸ Das Medikament gilt als Butyrophenderivat und wird als Neuroleptikum für psychiatrische Indikationen eingesetzt.⁸⁹ Das Vergabegahr ist insofern interessant, als Haloperidol erst 1976 in der DDR als Medikament zugelassen wurde.⁹⁰

80 Ibid.: 1072, 1103, 1112, 1188, 1264, 1273, 1278, 1279, 1286, 1291, 1311, 1321.

81 Vgl. *ibid.*: 1273, 1279, 1286, 1291.

82 *Ibid.*: 1132, 1233, 1255, 1263, 1265, 1270.

83 *Ibid.*: 1251, 1265b.

84 *Ibid.*: 1268.

85 *Ibid.*: 1311.

86 *Ibid.*: 1264.

87 *Ibid.*: 1279.

88 Ershausen Abgangsakten: 1263.

89 WANDREY/LEUTNER (1967), 597.

90 BALZ (2018), 303.

Andere Medikamente sind in der Stichprobe mehrfach erwähnt. Vier Bewohnerinnen und Bewohner erhielten zwischen 1958 und 1969 Lepinal, zwei Bewohnerinnen und Bewohner 1956 und 1957 Luminal.⁹¹ Beide Medikamente sind Phenobarbitale, gehören zur der Gruppe der Barbiturate und dienen als Schlafmittel.⁹² Sie wurden in Ershausen gegen epileptische Anfälle⁹³, in der Nervenklinik Nordhausen gegen Zuckungen und Krampfanfälle und zur Beruhigung gegeben.⁹⁴ In den Akten sind ab den 1960er Jahren im gesamten Erhebungszeitraum häufigere Vergaben von Phenothiazinen bzw. Phenothiazinderivaten belegt. So etwa bei acht Fällen, aus denen hervorgeht, dass Bewohnerinnen und Bewohner zwischen 1962 und 1969 das als Neuroleptika verwendete Phenothiazinderivat Chlorpromazin unter dem Namen Propaphenin erhielten.⁹⁵ Propaphenin wurde in einem Fall zur Dauerbehandlung eines Patienten mit »Littleschem Syndrom« und im Zuge der Umstellung von vormalig Lepinal und Phenytoin gegeben, wobei der Befund als schwerer Pflegefall unverändert blieb.⁹⁶ Vor allem scheint es als Sedativum eingesetzt worden zu sein. So wird es beim Einsatz gegen »Erregung« und teilweise »unerträglicher und störender«⁹⁷ »Unruhe«⁹⁸ erwähnt bzw. mit der Zielsetzung gegeben, Bewohnerinnen und Bewohner »ruhiger und verträglicher«⁹⁹ werden zu lassen.

Zudem wurde in sechs Fällen ab Mitte der 1960er Jahre mehrfach das als Sedativum eingesetzte Prothazin – teilweise in den Akten »Protazin« genannt – verabreicht, ein Neuroleptikum aus der Gruppe der Phenothiazine.¹⁰⁰ In einem weiteren Fall aus dem Jahre 1971 wurde lediglich der Einsatz von Phenothiazinen erwähnt.¹⁰¹ Der Grund der Vergabe entspricht den geschilderten Umständen, mit denen die Vergabe von Prothazin gerechtfertigt wurde: Die betreffenden Kinder bzw. Jugendlichen werden als »laut und polternd« beschrieben.¹⁰² In drei Fällen scheint der Einsatz von Prothazin und Propaphenin die erwünschte Wirkung gezeigt zu haben, da zwei der Minderjährigen anschließend ins Kinderheim und ein Kind zurück ins Elternhaus kamen.¹⁰³ In vier Fällen ist belegt, dass das zur chemischen Verbindungsklasse der Urethane gehörende

91 Ershausen Abgangsakten: 1132, 1270, 1278, 1291 und 1188.

92 HARBAUER/LEMPPE/NISSEN/STRUNK (1971), 294.

93 Vgl. Ershausen Abgangsakten: 1278, 1291.

94 Vgl. *ibid.*: 1188, 1270.

95 *Ibid.*: 1233, 1255, 1263, 1265b, 1268, 1273, 1279, 1286.

96 *Ibid.*: 1273.

97 Vgl. *ibid.*: 1268.

98 Vgl. *ibid.*: 1279, 1286, 1233, 1263.

99 Vgl. *ibid.*: 1255.

100 *Ibid.*: 1251, 1264, 1265, 1265b, 1268, 1286.

101 *Ibid.*: 1286.

102 *Ibid.*: 1286.

103 Vgl. *ibid.*: 1265b, 1251, 1268.

Beruhigungsmittel Meprobramat, obwohl ab Beginn der 1960er Jahre verstärkt durch Benzodiazepine verdrängt, noch bis 1967 vergeben wurde.¹⁰⁴ Bei sechs Bewohnerinnen und Bewohnern ist zwischen 1964 und 1967 die Einnahme von Pentinol (vermutlich das Sedativum Methylpentinol) vermerkt.¹⁰⁵ Auch hier kann davon ausgegangen werden, dass das Ziel der Medikamentengabe die Sedierung der Behandelten war.¹⁰⁶

In den 1970er Jahren seien laut Aussage eines ehemaligen Mitarbeiters vor allem bei »lebhaften« Bewohnerinnen und Bewohnern Medikamente wie Faustan (ein Diazepam aus der Gruppe der Benzodiazepine, das seit 1965 in der DDR eingeführt war)¹⁰⁷ und an Epileptiker Phenytoin verabreicht worden. Durch die Einführung von Ospolot um 1980/81 habe die Anfallshäufigkeit bei Epilepsien stark abgenommen.¹⁰⁸ Das zu den Hydantoinen gehörende und vorwiegend bei »Grand mal« und auch als Basistherapie bei fokalen Epilepsien verwendete Phenytoin¹⁰⁹ taucht auch in den Akten in zwei Fällen zwischen 1962 und 1969¹¹⁰ und in einem Fall als Lepitoin Ende der 1950er auf.¹¹¹ 1969 wurde auch das Benzodiazepin Radepur in einem Fall¹¹² und in zwei Fällen Dormalon (vermutlich das Benzodiazepin Nitrazepam) angewendet.¹¹³

104 Ibid.: 1251, 1263, 1265, 1268.

105 Ibid.: 1233, 1251, 1263, 1265, 1286, 1291.

106 Vgl. *ibid.*: 1251.

107 BALZ (2018), 303.

108 Interview [3] von Florian Key mit einem ehemaligen Mitarbeiter [anonymisiert], Ershausen, 5.12.2018, 23:11-24:36, DIH-Archiv.

109 HARBAUER u. a. 1971, 294.

110 Ershausen Abgangsakten: 1273, 1291.

111 *Ibid.*, 1132.

112 *Ibid.*, 1270.

113 *Ibid.*, 1270, 1311.

10 Literaturverzeichnis

- ADLER, Lothar/DÜTZMANN, Kathleen/GOETHE, Elisabeth (Hrsg.), 100 Jahre Pfafferoode. Von der Preußischen Landes- und Pflegeanstalt bis zum Ökumenischen Hainich Klinikum gGmbH, Erfurt.
- BALZ, Viola (2018), Die Einführung von Psychopharmaka in Ost und West. In: Ekkehardt KUMBIER/ Holger STEINBERG (Hrsg.), Psychiatrie in der DDR, Berlin, S. 315–330.
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (Hrsg.) (1985), Rote Liste 1965, Edition Cantor, Aulendorf.
- DREIER-HORNING, Anke/LAUDIEN, Karsten (2018), Zwangsarbeit – Über die Rolle der Arbeit in der DDR-Heimerziehung, Berlin.
- Geschäftsleitung des St. Johannesstift (Hrsg.) (2006), 100 Jahre Begleitung von Menschen mit Behinderung, Ershausen.
- HARBAUER, Hubert/LEMPPE, Reinhardt/NISSEN, Gerhardt/STRUNK, Peter (Hrsg.) (1971), Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Berlin (West).
- o.V. (o.J.), Chronik des Krankenhauses und St. Johannesstiftes Ershausen, zusammengestellt im Jahre 1952 von Josef Ehrlich Rektor [ständig erweitert bis 2006], Ershausen.
- WANDREY, D./LEUTNER, V. (1967), Neuro-Psychopharmaka in Klinik und Praxis, Stuttgart.

VI Waldhof Templin

Anke Dreier-Horning

Inhalt

1 Einrichtungstyp und Quellenbasis	486
1.1 Das Profil der Einrichtung	486
1.2 Zur Geschichte der Einrichtung	486
1.3 Quellen der Forschungsarbeit	487
1.3.1 Bewohnerinnen- und Bewohnerakten	487
1.3.2 Interviews	488
1.3.3 Öffentliche Archive und weitere Quellen	489
2 Räumliche Beschaffenheit und materielle Ressourcen	489
3 Profil der Kinder und Jugendlichen und Wege in die Einrichtung	492
3.1 Beschreibung des Klientels der Einrichtung	492
3.1.1 Erziehungsheim (1949–1957)	492
3.1.2 Pflegeeinrichtung (1958–1990)	492
3.2 Verlegungen und Todesfälle	496
4 Pädagogik und Lebensalltag	499
4.1 Förderung in Haßleben	500
4.2 Arbeitstherapie auf den Erwachsenenstationen	502
4.3 Entwicklungen	503
4.4 Kontakt zu den Angehörigen	503
5 Medizinisch-therapeutischer Bereich	505
5.1 Isolierraum	505
5.2 Therapieangebote	505
6 Medikation	505
7 Literatur	510

1 Einrichtungstyp und Quellenbasis

1.1 Das Profil der Einrichtung

Der Waldhof in Templin ist seit seiner Gründung eine evangelische Einrichtung. In der DDR konnten konfessionelle Einrichtungen weiterhin tätig sein, wurden jedoch Mitte der 1950er Jahre aus dem Bereich Volksbildung sukzessive verdrängt. Das Erziehungsheim Waldhof wandelte sich zu einer Pflegeeinrichtung des Gesundheitswesens. 1957 wurden eine Kinderstation sowie eine Frauen- und Männerstation eingerichtet. Bis 1990 nahm die Einrichtung neben geistig behinderten Erwachsenen nur noch Kinder und Jugendliche mit schweren körperlichen sowie geistigen Behinderungen auf, die in der DDR als »nicht schulbildungsfähig« galten. Die meisten nach 1957 eingewiesenen Kinder galten als Pflegefälle und lebten in der Einrichtung in Templin als Dauerpatientinnen und -patienten.

Anfang der 1980er Jahre wurden 47 Prozent der schwerstbehinderten Kinder und Jugendlichen in der DDR in konfessionellen Einrichtungen betreut.¹ Plätze zur Pflege und Betreuung schwerstbehinderter Kinder und Jugendlichen gab es in staatlichen Einrichtungen lediglich in der Psychiatrie (vgl. Einrichtungsstudie Storkow-Hubertushöhe) und in den Feierabend- und Pflegeheimen.

1.2 Zur Geschichte der Einrichtung

Am 27. Juni 1852 wurde von dem Templiner Superintendent Ideler der »Verein zur Erziehung sittlich verwaarloster Knaben« gegründet.² Die Vereinsgründung war Teil der Rettungshausbewegung des 19. Jahrhunderts, eine christliche, soziale Bewegung, die auch in der Uckermark aktiv war.³ Der Verein kaufte ein in der Nähe von Templin gelegenes Bürgerhaus, in das 1854 zum ersten Mal »Fürsorgezöglinge« einzogen. 1891 zogen die 17 Jugendlichen, die zu dieser Zeit in dem Bürgerhaus untergebracht waren, mit ihren »Hauseltern«, dem Ehepaar Zietlow, auf ein Gut, das aus einem älteren Bauernhof bestand. Seit 1891 befindet sich der Waldhof an seinem jetzigen Standort

¹ BARSCH (2007), 107.

² Vgl. Stephanus-Stiftung Berlin-Weißensee: Festschrift zum 130. Jubiläum 1854-1984 des Waldhofes Templin. Die von Breyer und Drewin verfasste Festschrift nennt das Jahr 1854 als Gründungsjahr: BREYER, Siegfried; DREWEN, Ulrich: Templin – Perle der Uckermark, 115.

³ In Templin wurde 1847 ein »Rettungshausverein für die Uckermark« gegründet, der zunächst in Brüssow und Gramzow Einrichtungen schuf, die »verwaarloste Kinder durch Pflege und christliche Erziehung vor leiblicher und geistiger Verkümmern« bewahren sollte. Vgl. SEYFRIED (2019), 18.

(Röddeliner Straße), etwas außerhalb Templins. Um 1910 trug die Einrichtung den Namen »Rettungshaus Kinderheil«. Der Name »Waldhof Templin« wird seit 1913 geführt. Die Einrichtung in Templin ist bis heute eine kirchliche Einrichtung.

Im Jahr 1921 lebten 150 Heimbewohnerinnen und -bewohner auf dem Anwesen. Sie galten als »schwererziehbar«, »milieugeschädigt« oder »debil«. ⁴ Von 1891 bis 1928 hatte der Waldhof unter der Leitung des Ehepaares Zietlow insgesamt ca. 1.600 Jungen betreut.

Ab 1933 erhielt der Waldhof unter dem Leiter und SS-Mitglied Friedrich Buschmann eine nationalsozialistische Prägung. Während der NS-Zeit wurden in Templin Zwangssterilisierungen durchgeführt: 90 Bewohner der Einrichtung wurden im Jahr 1938 unfruchtbar gemacht. ⁵ Bis 1945 waren ausschließlich männliche Jugendliche in der Einrichtung untergebracht. Sie besuchten die heimeigene Hilfsschule und arbeiteten in der Landwirtschaft zur Selbstversorgung. Inhaber der Einrichtung blieb zunächst der 1852 gegründete Verein. Der Vorsitzende des Vereins war bis 1945 der jeweilige Superintendent des Kirchenkreises Templin.

Obwohl der Waldhof nach dem Zweiten Weltkrieg von sowjetischen Truppen besetzt war, begann die Kirche ihre Arbeit fortzusetzen. Die Einrichtung war zwar nicht zerstört, zumindest standen die Gebäude noch, jedoch herrschte ein großer Mangel an Betten und Decken, an Heizungsmaterial und Nahrung. Die Einrichtung beherbergte noch immer Jugendliche, die als »schwererziehbar« galten. ⁶

1.3 Quellen der Forschungsarbeit

1.3.1 Bewohnerinnen- und Bewohnerakten

Im Archiv Templin befinden sich laut Verzeichnis 556 Bewohnerinnen- und Bewohnerakten, vier davon beziehen sich auf ein und dieselbe Person; handelt es sich also um 552 Vorgänge (Abbildung 1, S. 488)

Nicht alle Vorgänge datieren innerhalb des Untersuchungszeitraums 1949–1990 – u. a. wurden 33 Personen nach 1990 aufgenommen. Zudem kamen von den 522 Bewohnerinnen und Bewohner, die zwischen 1949 und 1990 untergebracht waren, einige bereits als Erwachsene in die Einrichtung. Lediglich 269 Fälle, das geht aus den statis-

⁴ Vgl. Stephanus-Stiftung Berlin-Weißensee: Festschrift zum 130. Jubiläum 1854–1984 des Waldhofes Templin, 6.

⁵ Vgl. SEYFRIED (2019), 66 und Heft 100 Jahre Waldhof Templin, 100 Jahre Dienst am Menschen, Archiv Einrichtung Templin.

⁶ Vgl. Stephanus-Stiftung Berlin-Weißensee: Festschrift zum 130. Jubiläum 1854–1984 des Waldhofes Templin, 8 ff.

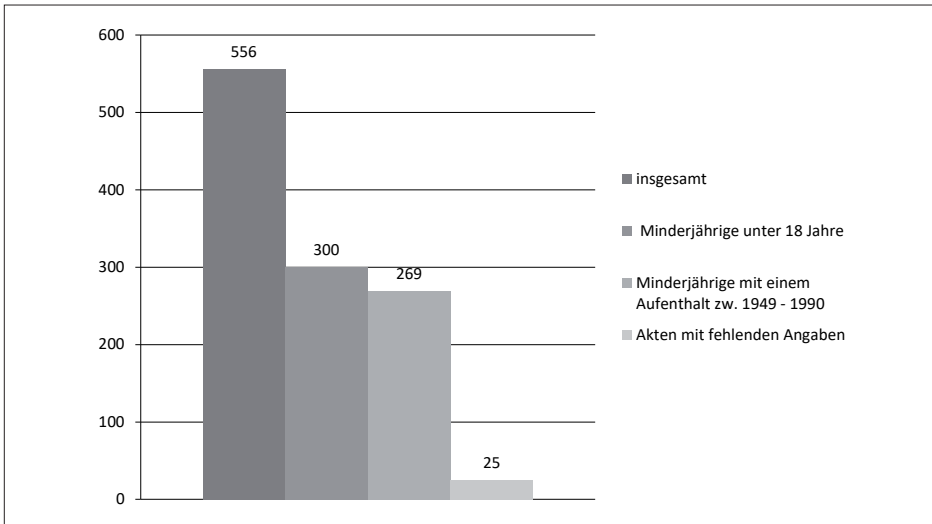


Abb. 1: Bewohnerinnen- und Bewohnerakten des Einrichtungsarchivs Templins

tischen Angaben hervor, wurden als Minderjährige in die Einrichtung aufgenommen. 100 von den 269 infrage kommenden Akten wurden ausgewertet.

Die Bewohnerinnen- und Bewohnerakten enthalten hauptsächlich Schriftverkehr zwischen der Einrichtung Waldhof und staatlichen Stellen (Jugendhilfe, Krankenhäuser o. ä.), den Angehörigen oder kirchlichen Einrichtungen und Trägern. Die Akten dokumentieren dementsprechend nur indirekt die Lebensbedingungen in der Einrichtung. Entwicklungsberichte sind nur selten vorhanden. Zudem fehlen die medizinischen Akten (etwa Anamnesebögen und Medikamentenplan).

1.3.2 Interviews

Es wurden Interviews mit drei ehemaligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geführt. Ein ehemaliger Mitarbeiter (M., anonymisiert) begann 1982 seine Tätigkeit als Arbeitstherapeut im Erwachsenenbereich. Ein zweiter Mitarbeiter (B.) ist als Kind im Waldhof aufgewachsen, da seine Eltern hier tätig waren. Er absolvierte eine Krankenpflegerausbildung und kam nach einer beruflichen Tätigkeit als Krankenpfleger in einem Krankenhaus nach Templin zurück und leitete eine Wohnheimgruppe. 1974/75 absolvierte er eine Zusatzqualifikation als Arbeitstherapeut. Erst im Alter von 48 Jahren zog er mit seiner Familie vom Waldhof weg. Ein weiteres Interview ist mit der Schwester einer Bewohnerin geführt worden. Diese Interviewpartnerin hat seit der Wende die Betreuung ihrer Schwester übernommen. Zwei weitere Interviews wurden mit ehemaligen Bewohnerinnen und Bewohnern der Einrichtung durchgeführt.

1.3.3 Öffentliche Archive und weitere Quellen

Zum 165-jährigen Jubiläum der Einrichtung erschien 2019 die Monographie »Der Waldhof. Geschichte und Gegenwart. 1854–2019«. Der Autor, Wolfgang Seyfried, ein ehemaliger Mitarbeiter der Einrichtung, hat nicht nur das Archiv des Waldhofes ausgewertet, sondern auch weitere Archive aufgesucht, u. a. das Archiv des Evangelischen Jugend- und Ferienwerkes Berlin-Brandenburg und das Archiv der Züssower Diakongemeinschaft. Zudem gibt es zwei Festschriften, die im Archiv des Waldhofes aufbewahrt werden: eine zum 100. Jubiläum und eine weitere zum 130. Jubiläum.

Weil die Einrichtung Templin vormals in den Nordbezirken der DDR lag, finden sich Aktenbestände im Landeshauptarchiv Schwerin, die u. a. statistische Daten zu den Einrichtungen des Bezirkes Neubrandenburg sowie überlieferten Schriftverkehr zu Einzelfällen enthalten.⁷

2 Räumliche Beschaffenheit und materielle Ressourcen

»Unser Waldhof liegt sehr weit ab von der Stadt, mitten im Wald zwischen 2 Seen, landschaftlich wunderschön, so daß ich immer zu sagen pflege, wir haben unser Elend landschaftlich schön eingebettet.«⁸

Ein Lageplan aus dem Jahr 1912 veranschaulicht die bereits damals vorhandene Komplexität der Einrichtung: Es gab ein Haupthaus (das heutige Pappelhaus) mit Erweiterungen, ein Haus für konfirmierte, also ältere Jungen (das heutige Birkenhaus), Ställe, eine Scheune und ein weiteres Gebäude (das heutige Haus Fichtengrund).⁹

Seit Gründung der Einrichtung am Ende des 19. Jahrhunderts war es Tradition, dass die meisten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zusammen mit ihren Familien auf dem Waldhof wohnten. Dies setzte sich auch nach 1945 fort. Der Mitarbeiter B. schätzt, dass in den 1960er Jahren rund zehn Kinder von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Waldhofes auf dem Gelände lebten.¹⁰ Die Einrichtung war nicht umzäunt, die Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Familien der Angestellten konnten sich frei bewegen.

1957/58, dem Zeitpunkt der Umstrukturierung der Einrichtung in eine Pflegeeinrichtung, befanden sich die Gebäude in einem sehr schlechten Zustand. Die po-

⁷ Vgl. 7.21-1-2 des Bezirkstags des Rats des Bezirkes Neubrandenburg. Mein Dank gilt Falk Bersch für die Unterstützung.

⁸ Rau (Direktor): Schreiben an Claudia Moldenhauer vom 19.2.1962.

⁹ Vgl. SEYFRIED (2019), 26f., 31.

¹⁰ Interview von Laura-Carlotta Saam und Stella Azara mit [A.] [anonymisiert], Waldhof Templin, 17.9.2019, 43:39-44:32, Archiv des DIH.

litischen Maßnahmen, die dazu geführt hatten, dass die Einrichtung in den 1950er Jahren permanent unterbelegt war, hatten zu großen finanziellen Verlusten geführt und die von den Kriegsjahren ohnehin schon schwer gezeichnete Einrichtung noch stärker belastet:

»Es gab kein Geld, kein Material und keine Handwerker. Man mühte sich in diesen Bedingungen eine neue Arbeit aufzubauen. Erst zu Beginn der 70er Jahre konnte dann mit dem Bau von drei großen neuen Bettenhäusern ein entscheidender Schritt nach vorne getan werden. Die Lebensbedingungen der Heimbewohner verbesserten sich damit wesentlich, denn vorher gab es zum Beispiel einen Bettensaal für 50 Männer und nun nur noch zwei Fünfbettzimmer.«¹¹

1971 gab es auf der Männerstation vier Räume, die mit 96 erwachsenen Männern belegt waren. In dem größten Saal waren 54 Personen untergebracht.

»Wenn man morgens zum Wecken gekommen ist, hat man Luft geholt, die Tür aufgemacht, hat nicht ›Guten Morgen‹ gesagt, ist zum Fenster durchgerannt, hat alle Fenster geöffnet, weil die Leute haben auch die Fenster nicht aufgemacht. Das hat fürchterlich gerochen da drinnen, und dann ist man zurück und dann hat man ›Guten Morgen‹ gesagt.«¹²

Der zweite Saal umfasste 20 Betten. In den zwei kleineren Schlafräumen schliefen jeweils 16 Personen. Die Frauenstation befand sich auf dem Dachboden. Hier wohnten jeweils fünf bis sechs Frauen zusammen in einem Zimmer, in denen jedoch nur Klappbetten vorhanden waren. Sanitäre Anlagen gab es keine.

Auf der Kinderstation waren 65 Kinder in einem großen Saal untergebracht. Die Kinder lagen hauptsächlich in Gitterbetten, die sich nebeneinander befanden und zusammengebunden oder -geschraubt waren. Vom Schlafsaal aus konnte man auf eine Veranda gehen. Hier wurden die Kinder in ihren Betten zeitweise nach draußen gebracht.

Insbesondere die Überbelegung der Schlafräume auf allen Stationen sorgte für mangelhafte Zustände, denn die Nachfrage nach Pflegeplätzen, ob im Erwachsenen- oder Kinderbereich, war von 1957 bis 1990 stets größer als das Angebot.

Erst nach der Übernahme der Einrichtung durch die Stephanus-Stiftung begannen 1973 vielfältige Bauarbeiten und Sanierungen im und am Objekt. 1973 erfolgte ein Anbau an den Schlafsaal der Kinderstation. Die zusätzlichen Schlafräume trugen zu einer Entspannung der Unterbringungssituation bei. Problematisch war jedoch noch immer die Überalterung der Bewohnerinnen und Bewohner auf der Kinderstation.¹³ Für die Kinderstation wurde 1975 auf vier Kinder eine Pflegekraft gerechnet. Die Stellen waren jedoch selten voll besetzt.¹⁴

¹¹ Heft 100 Jahre Waldhof Templin, 100 Jahre Dienst am Menschen, Archiv Einrichtung Templin.

¹² Interview von Laura-Carlotta Saam und Stella Azara mit [A.] [anonymisiert], Waldhof Templin, 17.9.2019, 00:52-01:37, Archiv des DIH.

¹³ Vgl. SEYFRIED (2019), 108 f.

¹⁴ Vgl. *ibid.*, 112.

Für Kinder ab dem 14. Lebensjahr gab es eigentlich keine Unterbringungsmöglichkeit in Templin, da der Erwachsenenbereich nur für Personen vorgesehen war, die in der Arbeitstherapie tätig sein konnten.

1979 wurde die Belegung der Kinderstation mit 49 Personen angegeben. Diese Stationsgröße sollte in den folgenden Jahren auf 40 Plätze reduziert werden. Dafür wurden die Plätze im Erwachsenenbereich ausgebaut. 1981 wurde mit Hilfe von Spendengeldern der Schlafsaal der Kinderstation renoviert und am 1. Oktober 1982 mit 34 Kindern wiedereröffnet.¹⁵ 1984 begann ein neues Bauprogramm, um schwerstbehinderten Kindern, die wegen Überalterung nicht mehr auf der Kinderstation verbleiben konnten, eine neue Unterbringung zu ermöglichen. 23 nun bereits über 18 Jahre alte schwerstbehinderte Menschen zogen 1986 von der Kinderstation in ein neugebautes Haus.¹⁶ Die neuen Gebäude wurden mit Devisen aus Westdeutschland finanziert. Die dadurch möglich gewordenen Neubauten bedeuteten einen großen Qualitätszuwachs für die Einrichtung.

In den jeweiligen Häusern und Stationen befanden sich zudem Wohnungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die mit ihren Familien auf dem Gelände der Einrichtung lebten. Man habe sich wie »eine Wohngemeinschaft« oder ein »Dorf« gefühlt.¹⁷

Die Einrichtung umfasste in den 1980er Jahren unterschiedliche Stationen: Station Zaunkönig, Station Gemütlichkeit, Station Heimat. Für alle Stationen gab es nur eine Duschkabine. Der Duschräum war ein großer Raum, der mit ca. acht Duschen ausgestattet war, die ohne Trennwände oder Kabinen benutzt wurden. Die Bewohnerinnen und Bewohner der Stationen gingen einmal in der Woche duschen, d. h. teilweise waren ca. 30 Personen in dem Vorraum, entledigten sich ihrer Kleidung und gingen dann in einer achtköpfigen Personengruppe in den Duschbereich:¹⁸ »Manche haben sich natürlich auch gesperrt. Für mich aus verständlichen Gründen, was andere Kollegen überhaupt nicht verstanden haben.«¹⁹

15 Vgl. *ibid.*, 121.

16 Vgl. *ibid.*, 124.

17 Interview von Annika Ament und Anna Lena Peuckert mit [M.] [anonymisiert], Waldhof Templin, 17.9.2019, 98–101, Archiv des DIH.

18 Vgl. Interview von Laura-Carlotta Saam und Stella Azara mit [A.] [anonymisiert], Waldhof Templin, 17.9.2019, 10:37–12:11, Archiv des DIH.

19 Vgl. Interview mit [A.] [anonymisiert], Waldhof Templin, 17.9.2019, 07:37–08:44, Archiv des DIH.

3 Profil der Kinder und Jugendlichen und Wege in die Einrichtung

3.1 Beschreibung des Klientels der Einrichtung

3.1.1 Erziehungsheim (1949–1957)

Das Profil des Waldhofes veränderte sich im Jahr 1958 von einer Erziehung- zu einer Pflegeeinrichtung. Bis zu diesem Zeitpunkt lebten vorrangig sogenannte »schwererziehbare« Jungen in der Einrichtung. Eigentlich hatte der Waldhof eine Kapazität von 175 Plätzen (Stand: 1954). 1956 waren aber nur noch 94 Plätze belegt. Die staatlichen Behörden verweigerten eine Einweisung in die Einrichtung, und die Unterbelegung brachte große finanzielle Probleme mit sich. Weil offensichtlich wurde, dass die verantwortlichen staatlichen Stellen eine Schließung der Einrichtung anstrebten, orientierten sich auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung um. Am 1. September 1957 löste der Bezirk Neubrandenburg die heimeigene Schule auf, die schulpflichtigen Kinder wurden überwiegend in Jugendwerkhöfe verlegt.²⁰

Es gibt nur noch eine Akte aus dieser Zeit, während andere Einzelfallakten nicht überliefert sind. Sie wurden 1957 den Minderjährigen, die in andere Einrichtungen verlegt wurden, mitgegeben. Bei der noch vorhandenen Akte handelt es sich um H. P., 1943 geboren, bei dem eine »Debität leichten Grades« diagnostiziert wurde. Es ist eine Geschichte, wie sie häufig in den Nachkriegsjahren vorkam: Der Vater war unbekannt, von der Mutter wusste man zwar den Namen, aber nicht den Aufenthaltsort. Im Alter von einem Jahr kam H. in das Kinderheim Kühlungsborn, 1945 brachte man ihn in das Kinderheim »Waldblick« in Hermsdorf und mit acht Jahren, 1951, in den Waldhof. Im Jahr 1958, dem Zeitpunkt der Umstrukturierung, hatte H. P. bereits die heimeigene Hilfsschule beendet. Das mag ein Grund sein, warum er nicht zusammen mit den anderen Jungen verlegt wurde. Nach dem Ende seiner Schulzeit arbeitete er in der Schneiderei auf dem Waldhofgelände. 1963, mit 20 Jahren, wurde er entlassen, kam aber regelmäßig in die Einrichtung zu Besuch.

3.1.2 Pflegeeinrichtung (1958–1990)

Am 15. Januar 1958 wurde der bisherige Leiter der Einrichtung, Erich Gramm, von Eberhard Rau abgelöst. Rau gehörte der Züllchower Bruderschaft an und war – das ist dem Schriftverkehr zu entnehmen – innerhalb der Evangelischen Kirche sehr gut

²⁰ Vgl. SEYFRIED (2019), 98. Das ehemalige Schulgebäude und die Räumlichkeiten im Haus Fichtengrund wurden ab 1966 vom kirchlichen Weiterbildungsdienst (»Seminar für kirchlicher Dienst«) genutzt. Leiter der Kirchlichen Lehrgänge wurde 1966 Pfarrer Horst Kasner (der Vater von Bundeskanzlerin Angela Merkel), der mit seiner Familie auf dem Waldhof wohnte; vgl. *ibid.* 104 f.

vernetzt. 1958 ordnete das Ministerium für Volksbildung an, alle Jugendlichen des Waldhofes in Jugendwerkhöfe zu verlegen. Anschließend wurde die Einrichtung mit »bildungsunfähigen« Kindern belegt. Der neue Einrichtungsleiter Rau hatte nun die Aufgabe, dem Waldhof ein neues Profil zu geben. Auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter warteten vollkommen neue Anforderungen. Die Erziehung sogenannter »Schwererziehbarer« war eine pädagogische Aufgabe – die meisten Fälle, die nun aufgenommen wurden, verlangten jedoch eine pflegerische Betreuung.²¹ Dieser große Umbruch, der mit einem vollkommen veränderten Aufgabenspektrum einherging, spiegelt sich auch in den statistischen Daten wider.

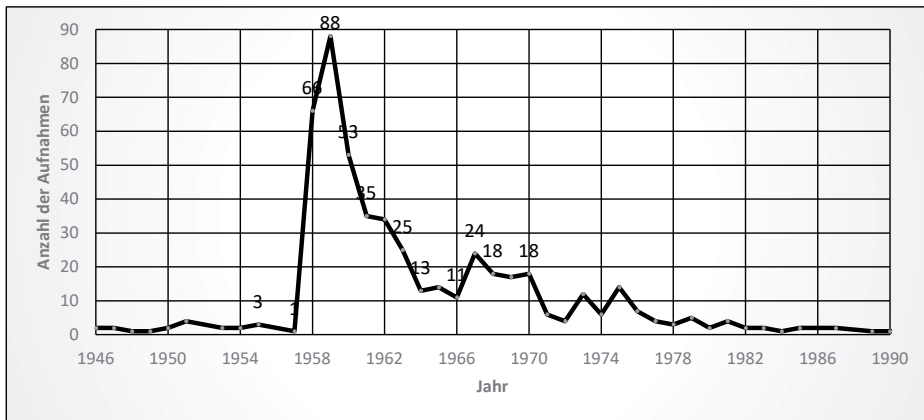


Abb. 2: Jährliche Neuaufnahmen in Templin

Aufgenommen wurden nun Menschen mit chronischen geistigen Behinderungen und chronischen psychischen Erkrankungen. Es entwickelte sich in dieser Zeit eine enge Zusammenarbeit zwischen Rau und dem Medizinalrat Dr. Völz, der als Chefarzt der Eberswalder Psychiatrie für die psychiatrische Betreuung des Waldhofes verantwortlich war.

Ein großer Teil der Kinder, die im Zeitraum von 1958 bis 1965 auf der Kinderstation aufgenommen wurden, waren schwerstbehinderte Säuglinge und Kleinkinder, die Schädigungen aufgrund schwerer Geburtsverläufe²² oder einer Hirnhautentzündung²³ hatten, sowie Kinder mit dem Morbus-Langdon-Down-Syndrom²⁴ und der Littleschen

²¹ Vgl. Heft 100 Jahre Waldhof Templin, 100 Jahre Dienst am Menschen, Archiv Einrichtung Templin.

²² Temp. Pa 12, Waldhof Archiv 65/1 (23); Temp. Pa 23, Waldhof Archiv 84/85 (72).

²³ Temp. Pa 3, Waldhof Archiv 65/3 (25).

²⁴ Temp. Pa 15, Waldhof Archiv 72 (49); Temp. Pa 22, Waldhof Archiv 84/85 (72); Temp. Pa 24, Waldhof Archiv 83 (71); Temp. Pa 30, Waldhof Archiv 63/1 (17); Temp. Pa 31, Waldhof Archiv 63/1 (17); Temp. Pa 33, Waldhof Archiv 63/1 (17); Temp. Pa 36, Waldhof Archiv 63/1 (17); Temp. Pa 42, Waldhof Archiv 62/2 (15); Temp. Pa 55, Waldhof Archiv 77/3 (61); Temp. Pa 56, Waldhof Archiv 77/3 (61); Temp. Pa 73, Waldhof Archiv 139a; Temp. Pa 96, Waldhof Archiv 61/1 (12).

Erkrankung.²⁵ Neben diesen medizinisch indizierten Problemen sind auch Kinder aufgrund einer sogenannten »Milieuschädigung« eingewiesen worden. Darunter verstand man eine Verhaltens- oder emotionale Störung, häufig verbunden mit körperlichen Schädigungen durch pflegerische Vernachlässigung im Elternhaus, Unterernährung oder/und körperliche Schädigungen durch Gewalteinwirkung.

Die meisten Kinder waren Pflegefälle, wie etwa B. R., der am 12. Mai 1958 in seinem siebten Lebensjahr auf der Kinderstation aufgenommen wurde. In einem Gutachten desselben Jahres heißt es, B. R. sei »schwachsinnig und aus diesem Grund vollkommen bildungsunfähig. Es handelt sich somit um einen ausgesprochenen Pflegefall. Das Kind wird voraussichtlich dauernd in der Anstalt betreut werden müssen.«²⁶

R. H. kam im Alter von fünf Jahren am 29. April 1958 auf die Kinderstation. Die Diagnose lautete »frühkindliche Hirnschädigung mit schwerer Intelligenzminderung, Geburtstraumatische Hypoxie, imbezill«.²⁷ V. H. kam mit zwei Jahren und sechs Monaten nach Templin. Bei ihm wurde ein »frühkindlicher Hirnschaden« festgestellt, höchstwahrscheinlich aufgrund eines Inzuchtvorgangs in der Familie.²⁸ Das Mädchen S. G. war sechs Jahre alt. Der genaue Hintergrund ihrer Einweisung ist unklar. In der Akte ist vermerkt, dass S. aus ihrer Familie herausgenommen werden musste. Wahrscheinlich liegt ein Fall von Vernachlässigung vor.²⁹ Ihr Bruder wurde zwei Jahre später ebenfalls in Templin eingewiesen.³⁰ W. K. war fast fünf Jahre alt, laut der Akte sei er »zurückgeblieben«, würde schlecht sehen und sei ein »idiotischer Junge«.³¹ S. S. kam mit fast sieben Jahren in den Waldhof, ihre Diagnose lautete »Mongolismus, nicht schulfähig, mangelhafte Sprachentwicklung«.³² W. B. war ein 14 Monate alter Säugling, dem eine »mongolide Idiotie, Morbus Little«³³ attestiert wurde. Der vierjährige G. E. hätte einen »geistigen Defektzustand nach frühkindlicher Hirnschädigung, mongolid«.³⁴ Einige der Kinder wiesen körperliche Fehlbildungen auf, wie z. B. Spina bifida (gespaltenes Rückgrat)³⁵ oder das Greenfield-Syndrom³⁶, zudem Spastiken und/oder epileptische Anfälle.

Für das Personal müssen die neu aufgenommenen Pflegekinder eine kaum zu bewältigende Aufgabe gewesen sein, insbesondere weil diese Kinder eine sehr intensive

25 Temp. Pa 49, Waldhof Archiv 60/1 (9).

26 Gutachten Seewalde 1958, in: Temp. Pa 13, Waldhof Archiv 62/3 (16).

27 Temp. Pa 20, Waldhof Archiv 69/2 (39).

28 Temp. Pa 26, Waldhof Archiv 83 (71).

29 Temp. Pa 27, Waldhof Archiv 63/2 (18).

30 Temp. Pa 28, Waldhof Archiv 63/1 (17).

31 Temp. Pa 29, Waldhof Archiv 63/1 (17).

32 Temp. Pa 30, Waldhof Archiv 63/1 (17).

33 Temp. Pa 36, Waldhof Archiv 62/3 (16).

34 Temp. Pa 39, Waldhof Archiv 62/1 (14).

35 Temp. Pa 43, Waldhof Archiv 63/1 (17).

36 Temp. Pa 17, Waldhof Archiv 72 (49).

medizinische Betreuung benötigt hätten, wie das Beispiel von H. deutlich macht. Rau bemühte sich im Kreis der Kirche um private Patenschaften für die Kinder. In einem Schreiben an eine Frau Moldenhauer aus Berlin beschreibt Rau den gesundheitlichen Zustand des Patenkindes folgendermaßen:

»Dein H., der immer von Dir betreut wird, ist ein Junge von 8 Jahren mit einem schweren Hirnschaden. Außerdem ist er stark erethisch und zwar so, daß er alles kaputt macht, daß er die Gardinen vom Fenster reißt, daß er Tische und Stühle zerschlägt, daß er alle Wäsche zerkaut und alle Begleiterscheinungen zeigt, die einem sehr kranken Kind eigen sind. Dabei ist er sehr unsauber, kaut dauernd Nägel, ißt ganz unappetitliche Sachen, die er erreichen kann. Er ist also ein Kind, welches unserer ganzen Liebe und Fürsorge bedarf.«³⁷

Wenn die Einrichtung bei Kindern von grundsätzlicher Förderfähigkeit ausging, verlegte sie die betreffenden Minderjährigen in die Außenstelle Haßleben. Von den 100 untersuchten Fällen betraf dies 17 Kinder und Jugendliche. Mit der Veränderung des Profils der Einrichtung fand auch ein Wandel der Trägerschaft statt. Inhaber der Einrichtung war ab 1959 nicht mehr ein Verein, sondern das neugegründete »Jugend- und Fürsorgewerk der Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg«. 1961 betrug die Kapazität der Einrichtung 200 Plätze, davon 75 Plätze auf der Kinder-, 105 Plätze auf der Männer- und 20 Plätze auf der Frauenstation.³⁸ 1962 lebten 80 Kinder auf der Kinderstation und 20 Kinder in der Außenstelle Haßleben. Das älteste Kind war zu dieser Zeit zehn Jahre alt. Das Durchschnittsalter lag bei fünf Jahren.³⁹

Anfang der 1970er Jahre kam es zu einem erneuten Trägerwechsel. Nun übernahm die in Berlin-Weißensee ansässige Stephanus-Stiftung alle Einrichtungen des Evangelischen Jugend- und Fürsorgewerkes Berlin-Brandenburg. Zu diesem Zeitpunkt führte der Waldhof den Namen »Pflegeheim für Psychiatrie Waldhof Templin« mit einer Kapazität von 70 Betten für die Arbeit mit »hirngeschädigten Kindern und 130 Betten für die Erwachsenenpsychiatrie mit dem Ziel der Rehabilitation«.⁴⁰ Zum Zeitpunkt der Übergabe der Einrichtung lebten 65 Kinder (davon 16 im Alter von 14 bis 18 Jahre und zwei über 18 Jahre) auf der Kinderstation und 125 Erwachsene im Waldhof.

Mit Wirkung vom 1. Januar 1973 wurde das gesamte Vermögen des Evangelischen Jugend- und Fürsorgewerkes Berlin-Brandenburg an die Stephanus-Stiftung übertragen. Seitdem ist die Stiftung Träger der Einrichtung. 1973 beendete auch Dr. Völz seine berufliche Tätigkeit. Die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner übernahm nun Frau Dr. Berke. Der damalige Leiter Rau war 1971 bereits von Gerhard Luckow abgelöst worden.

37 Rau (Direktor): Schreiben an Claudia Moldenhauer vom 19.2.1962.

38 Vgl. SEYFRIED (2019).

39 Rau (Direktor): Schreiben an Claudia Moldenhauer vom 19.2.1962.

40 Vgl. SEYFRIED (2019), 106.

1983 trug die Einrichtung den Namen »Rehabilitationseinrichtung für Männer und Frauen und Fördereinrichtung für Kinder«. Neuaufnahmen auf der Kinderstation gab es keine mehr, die Kinder, die in den 1970er Jahren aufgenommen wurden, konnten wegen Platzmangels nicht verlegt werden und verblieben auf der Station. Dieses Problem bestand bereits in den 1970er Jahren: Am 1. August 1973 wurde zwischen dem Waldhof und dem Bezirk Neubrandenburg ein Vertrag zur Betreuung von Kindern im Alter von drei bis 14 Jahren abgeschlossen. Der Bezirk sicherte der Einrichtung zu, Bewohnerinnen und Bewohner, die der Kinderstation entwachsen waren, in Bezirkseinrichtungen aufzunehmen. Am 26. März 1974 schrieb der Leiter des Waldhofes an das Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie in Ueckermünde: »Wir bitten die unten aufgeführten Kinder in Ihre Einrichtung verlegen zu können.« Genannt werden 26 Kinder der Jahrgänge (1953 bis 1960). Im Gegenzug bot der Waldhof an, jüngere Patientinnen und Patienten aus Ueckermünde aufzunehmen.⁴¹ Dass es zum Austausch einer größeren Anzahl an Bewohnerinnen und Bewohner Mitte der 1970er Jahre gekommen ist, lässt sich den statistischen Daten nicht entnehmen.

3.2 Verlegungen und Todesfälle

Die Einweisung in das Pflegeheim erfolgte nach 1957 über den Rat des Bezirkes, nachdem der entsprechende Kreis einen Antrag stellte.⁴² Zudem bot die Einrichtung Privatplätze an, für die es keine Kostenübernahme seitens staatlicher Stellen gab. Die Privatplätze wurden zum größten Teil von Mitgliedern der Evangelischen Kirche genutzt. Die Kosten waren hoch, so dass sich nicht alle Eltern eine Unterbringung ihres Kindes als Selbstzahler leisten konnten. Der Junge W.O. wurde nach zwei Jahren Heimaufenthalt in Templin zwischen 1960 und 1962 wieder den Eltern übergeben. Es hatten sich Schulden von mehr als 1.000 Mark angehäuft – Pflegekosten, die die Eltern nicht bezahlt hatten.⁴³

Noch in den 1980er Jahren kam ein Großteil der Kinder und Erwachsenen aus Ueckermünde und Eberswalde. Auch innerhalb der Stephanus-Stiftung gab es eine »Lebensabschnittskette«⁴⁴, d. h. ein Wechsel zwischen den Einrichtungen desselben Trägers:

»In Bad Freienwalde gab es Kinder und Jugendliche und wenn die dann erwachsen wurden, kamen sie nach Templin und als Rentner nach Brüssow. [...] Das bekommt

41 Luckow (Leiter): Schreiben an das Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Ueckermünde vom 26.3.1974.

42 U. a. Temp. Pa 14, Waldhof Archiv 72 (49).

43 Temp. Pa 38, Waldhof Archiv 62/3 (16).

44 Interview von Annika Ament und Anna Lena Peuckert mit [M.] [anonymisiert], Waldhof Templin, 17.9.2019, Zl. 732–735, Archiv des DIH.

längst nicht jedem. [...] Wir hatten mal einen Rentner, der hat so ein Theater gemacht, den haben wir ganz schnell wieder zurückgebracht.»⁴⁵

Generell wurde eine enge Zusammenarbeit der kirchlichen Einrichtungen bei den Aufnahmen und Verlegungen von Bewohnerinnen und Bewohnern gepflegt – vor dem Bau der Mauer sogar über die Ländergrenzen hinweg: Der 17-jährige K. wurde am 15. August 1960 ins Waldhaus Cluvenhagen (bei Bremen) überwiesen. Den Antrag auf eine Verlegung stellte der Leiter der Einrichtung Rau bei seinem Träger, dem Evangelischen Jugend- und Fürsorgewerk Berlin-Brandenburg. Inwiefern die Einrichtung in Cluvenhagen mit dem Jugend- und Fürsorgewerk verbunden war, ist nicht bekannt. Der Antrag auf Verlegung erfolgte, weil der Jugendliche nicht für die Arbeitstherapie geeignet erschien: »Wir befürworten die Verlegung in die Bundesrepublik, denn dieser Patient ist für unseren Betrieb nur eine große Belastung.« Der Antrag wurde nicht aufgrund der Intervention der Eltern gestellt. Aus dem Schreiben geht hervor, dass die Eltern kontaktiert werden sollten, um ihnen die Gelegenheit zu geben, den Jungen noch einmal zu sehen.⁴⁶

Auffällig ist die hohe Sterblichkeit der Kinder in den Anfangsjahren der Einrichtung. Die Ursache für diese erhöhte Mortalitätsrate ist vermutlich im Gesundheitszustand der Kinder zu suchen. Darüber hinaus war die Gefahr, sich in den 1950er und 1960er Jahren mit Tuberkulose und anderen Lungenerkrankungen zu infizieren, weitaus höher als in den 1980er Jahren.

Aus den Akten geht hervor, dass die Kinder medizinisch betreut und bei einer akuten Gesundheitsgefährdung stationär im Kreiskrankenhaus Templin oder einer anderen Einrichtung des Gesundheitswesens behandelt wurden. Die auf die Kinderstation aufgenommenen Minderjährigen, die in den 1960er Jahren in jungen Jahren verstarben, waren teilweise nur wenige Monate in der Einrichtung. Dazu gehörte etwa S. R., ein psychisch erheblich retardiertes, mikrocephales Kind mit leichter spastischer Tetraparese. Es starb vier Monate nach der Aufnahme in Templin im Jahr 1959 im Alter von 21 Monaten an einer Lungenentzündung.⁴⁷ C. R. verstarb 1960 mit sechs Jahren an einer Lungenentzündung.⁴⁸ Die 4-jährige T. I. verschied 1960 im Heim. Vorher war sie mehrmals im Krankenhaus wegen ihres schlechten Allgemeinzustands.⁴⁹ N. U. verstarb im Alter von nur zwei Jahren 1962 an Herzversagen. Zuvor war sie mehrmals wegen Bronchitis und Lungenentzündungen ins Krankenhaus überstellt worden.⁵⁰ W. B. verstarb ebenfalls 1962 im Alter von fünf Jahren. Vorher war er u. a. im TBC-Kinderheim Waren (Müritz)

45 Ibid.

46 Temp. Pa 99, Waldhof Archiv 60/3 (11).

47 Temp. Pa 100, Waldhof Archiv 59/4 (8).

48 Temp. Pa 53, Waldhof Archiv 60/1 (9).

49 Temp. Pa 54, Waldhof Archiv 60/1 (9).

50 Temp. Pa 33, Waldhof Archiv 63/1 (17).

und mehrfach stationär untergebracht.⁵¹ G. E. verstarb 1962 im Krankenhaus Templin an Drüsen-TBC,⁵² die dreijährige D. M. 1962 im Heim an einer Lungenentzündung,⁵³ R. H. verstarb 1969 im Alter von 16 Jahren im Krankenhaus Ueckermünde an einer Bronchopneumonie.⁵⁴ K. D. kam 1969 mit drei Jahren nach Templin und verstarb nach mehreren Krankenhausaufenthalten wegen Atembeschwerden und Ernährungsschwierigkeiten.⁵⁵ L. G., drei Jahre alt, starb 1970 an einer Bronchitis.⁵⁶

B. C., ein schwerstbehindertes Mädchen, starb 1972 im Krankenhaus Templin nach mehreren Komplikationen im Bereich der Lunge. Da aufgrund des schlechten Gesundheitszustandes ihr frühzeitiger Tod absehbar war, hatte der Leiter der Einrichtung die Eltern aufgefordert, das Kind vorher noch einmal zu besuchen. Sie ist auf dem Anstaltsfriedhof beigesetzt.⁵⁷ L. C. verstarb 1972 mit neun Jahren an einer Pleuropneumonie. Die Leiche wurde untersucht.⁵⁸ Im selben Jahr verstarb ebenfalls an Pleuropneumonie S. U., auch in diesem Fall wurde eine Sektion der Leiche durchgeführt.⁵⁹

In den 100 untersuchten Akten sind insgesamt 18 Fälle dokumentiert, in denen Kinder in frühem und sehr frühem Alter starben. Aussagen über den Gesundheitszustand der betreffenden Kinder und über die Angemessenheit der medizinischen Versorgung vor Ort und in den betreffenden Krankenhäusern lassen sich hier nicht treffen. In einigen Fällen geht aus den Anamnesebögen und den Krankenhausberichten hervor, dass Kinder in die Einrichtung Templin überwiesen wurden, für die die spezifischen pflegenden Aufgaben der Einrichtung im Rückblick als nicht ausreichend erscheinen. Zum Beispiel kamen Kinder nach Templin, die große Probleme bei der Nahrungsaufnahme hatten und unter Ernährungsstörungen litten. Zu dieser Zeit hätte, aufgrund der begrenzten medizinischen Möglichkeiten, nur eine Intensivbetreuung mittels künstlicher Ernährung den Gesundheitszustand stabil halten können. Der Einrichtung in Templin übertrug man mit der Einweisung dieser Kinder Aufgaben, die nicht in ihrem Kompetenzbereich lagen. Ob es darüber hinaus in Anbetracht der von heute aus nur sehr vage einzuschätzenden späteren Lebenswege der Kinder und in Anbetracht der Tatsache, dass erst in der späten DDR Ideen der Hospizbewegung diskutiert wurden, weitere Motive für die Einweisungen gab, muss ungeklärt bleiben.

W. B. kam als einjähriges Kind 1959 auf die Kinderstation. Zuvor war er im Säuglingsheim Niederkirchner untergebracht. Als man bei dem Jungen im Alter von drei

51 Temp. Pa 36, Waldhof Archiv 62/3 (16).

52 Temp. Pa 39, Waldhof Archiv 62/1 (14).

53 Temp. Pa 43, Waldhof Archiv 62/2 (15).

54 Temp. Pa 20, Waldhof Archiv 69/2 (39).

55 Temp. Pa 93, Waldhof Archiv 70/1 (43).

56 Temp. Pa 94, Waldhof Archiv 70/1 (43).

57 Temp. Pa 14, Waldhof Archiv 72 (49).

58 Temp. Pa 15, Waldhof Archiv 72 (49).

59 Temp. Pa 18, Waldhof Archiv 72 (49).

Jahren einen Tumor entdeckte, erkundigte sich der Leiter der Einrichtung zum ersten Mal bei der vorherigen Einrichtung über die Vormundschaftsverhältnisse, da ihm nicht klar war, wer für einen operativen Eingriff seine Erlaubnis erteilen musste. Obwohl man an der Kinderklinik in Rostock einen Eingriff aufgrund »der geringen Lebenserwartung« zunächst ablehnte, wurde W. 1962 operiert, nachdem der zuständige Arzt des Waldhofes, Dr. Völz, sich beim Klinikum in Rostock beschwert hatte. Der Junge verstarb jedoch kurz nach der Operation, die letztendlich in Leipzig durchgeführt worden war. Rau hatte keinen Ansprechpartner für den Jungen finden können und mittlerweile die Vormundschaft für den Jungen übernommen. Er organisierte eine Beerdigung, führte das Begräbnis in Leipzig – dem Heimatkreis des Jungen – allein durch und erhielt von dem zuständigen Referat Jugendhilfe die Nachricht, dass es für solche Kosten keinen Posten im Referat gäbe. Fortan bezahlt Rau privat die Kosten für die Grabstelle des Jungen.⁶⁰

In einem Brief an die Eltern von N. U. schrieb er, dass die Krankenschwester E. vom Tode des Kindes stark betroffen sei und sie zu zweit seither viele »seelsorgerische Gespräche« geführt hätten. An die Eltern gewandt, bat er sie, im Sommer noch einmal nach Templin zu kommen und ein Gespräch mit ihnen zu führen, »denn ich möchte es nicht mit diesem heutigen Brief Schluß sein lassen«.⁶¹

Beide Beispiele deuten darauf hin, dass der Einrichtungsleiter sich erstens seiner Verantwortung für dieses besonders vulnerable Kind bewusst war und zweitens auch den Versuch unternahm, den besonderen Herausforderungen (pflegerischer und seelsorgerischer Art) gerecht zu werden.

4 Pädagogik und Lebensalltag

Im Jahre 1964 standen in Haßleben und in Templin insgesamt 217 Plätze zur Verfügung. Für diese Bewohnerinnen und Bewohner waren 27 Pflegekräfte tätig, darunter sechs Arbeitstherapeutinnen und Arbeitstherapeuten. 128 der dort lebenden Bewohnerinnen und Bewohner nahmen an den Arbeitsvorgängen bzw. der Arbeitstherapie und/oder den Beschäftigungsbemühungen teil.⁶²

⁶⁰ Temp. Pa 36, Waldhof Archiv 62/3 (16).

⁶¹ Rau (Direktor): Schreiben an Familie N. (Berlin-Lichtenberg) vom 11.10.1963, in: Temp. Pa 33, Waldhof Archiv 63/1 (17).

⁶² Erhebung über psychiatrische Pflegeheime, 20.1.1964, in: LHA Schwerin, 7.21-1-2 Bezirkstag/Rat des Bezirkes Neubrandenburg, 2./3. Überlieferungsschicht Zugang Z 1/1986, Sign. 1585 (alt 3705) (Psychiatrie Schriftwechsel, 1963–1967).

Die Kinderstation war 1972 mit zwei Vollschwwestern, einer Hilfsschwester und 18 Kinderhilfspflegerinnen besetzt.⁶³

Jeden Sonntag bestand die Möglichkeit, den Gottesdienst in Templin zu besuchen. Der Waldhof organisierte dies je nach Bedarf und den individuellen Möglichkeiten. Andachten sind auf dem Gelände in der heutigen Turnhalle, die damals ein großer Saal war, durchgeführt worden.⁶⁴

4.1 Förderung in Haßleben

R. ist 1955 geboren, und kam 1963 auf Initiative von Dr. Völz in den Waldhof. Das Referat »Mutter und Kind« der Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen beim Rat des Bezirks Neubrandenburg war mit einer Einweisung einverstanden.⁶⁵ In dem Bericht von Völz heißt es: »Eine Hilfsschulfähigkeit ist auch in diesem Jahr noch nicht erreicht, jedoch wäre es wichtig, den Jungen aus dem geistig sehr armen häuslichen Milieu herauszunehmen und ihn in eine adäquate Umgebung zu fördern mit dem Ziel der Hilfsschulfähigkeit für das Schuljahr 1964/65. Deshalb vordringliche Aufnahme des Kindes im Kinderheim Haßleben erforderlich.«⁶⁶ Der Fall macht deutlich, dass in der Einrichtung neben derjenigen Arbeit, die ihrer offiziellen Einstufung als Pflegeeinrichtung entsprach, Bemühungen zur Weiterentwicklung eines sonderpädagogischen Profils existierten.

Trotz der Umwidmung der Einrichtung in eine Pflegeeinrichtung für förderunfähige Kinder blieb in Haßleben eine Fördergruppe (»Im Sonnenwinkel«) für Kinder bestehen, bei denen ein gewisses Entwicklungspotential vermutet wurde. Diese Kinder kamen fast ausschließlich aus einem schwierigen häuslichen Umfeld mit sogenannten »Milieuschädigungen«. Die Gründung einer sonderpädagogischen Fördergruppe in Haßleben ist deshalb bemerkenswert, weil in der DDR erst in den 1970er Jahren Fördereinrichtungen für schulbildungsunfähige Kinder geschaffen wurden. Aus den Bewohnerinnen- und Bewohnerakten geht hervor, dass die Kinder, die zum Teil große Entwicklungsverzögerungen aufwiesen, zunächst auf der Kinderstation aufgenommen und anschließend nach Haßleben mit dem Ziel verlegt wurden, sie für die Aufnahme

63 Aufteilung der Neuzugänge von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Störungen für 1971/72 im Pflegeheim Waldhof, Templin (gez. Leiter Luckow), 11.10.1972, in: *Ibid.*, Sign. 1673 (alt 7524) (Statistik Geistige Störungen, 1968/69-1972/73).

64 Interview von Laura-Carlotta Saam und Stella Azara mit [A.] [anonymisiert], Waldhof Templin, 17.9.2019, 47:30-48:20, Archiv des DIH.

65 Temp. Pa 11, Waldhof Archiv 64/2 (21).

66 Temp. Pa 11, Waldhof Archiv 64/2 (21).

an einer Hilfsschule zu befähigen. Die Arbeit in Haßleben, die von »Schwester Maria« (der richtige Name ist unbekannt, die Kinder nannten sie »Mütterchen«) in den 1960er Jahren geleitet wurde, zeitigte durchaus nachweisbare Erfolge. So wurden von den 18 Bewohnerinnen und Bewohnern mehrere Kinder während ihres Aufenthaltes so weit gefördert, dass sie grundsätzlich als »schulfähig« galten und anschließend in Einrichtungen des Bildungswesens (z. B. Hilfsschulheime) verlegt werden konnten. Eine genaue Angabe der Zahl derjenigen, die erfolgreich gefördert werden konnten, ist nicht möglich, da zumeist nur der Name der Einrichtung vermerkt wurde, in die die Kinder verlegt wurden. Manchmal wurden die Kinder anscheinend allein mit dem Ziel der Förderung in Haßleben aufgenommen, ohne dass es etwa soziale Indikationen gab. Das lässt sich z. B. im Fall von S. S. erkennen: Das Kind mit dem Morbus-Langdon-Down-Syndrom wurde von Völz als förderfähig eingestuft. Im Heimatkreis des Kindes (Neubrandenburg) befanden sich zu dieser Zeit weder eine Fördereinrichtung noch ein Hilfsschulkindergarten. Völz empfahl daher die Einweisung nach Templin. Das Kind lebte ab 1962 mit zweieinhalb Jahren in der Templiner Außenstelle Haßleben und wurde drei Jahre später (1965) ins Elternhaus entlassen.⁶⁷

G. K., 1957 geboren, kam 1959 in den Waldhof. Sie war an einer Hirnhautentzündung erkrankt und galt seitdem als geistig stark beeinträchtigt. 1963 wurde sie zur Vorbereitung auf die Hilfsschule nach Haßleben verlegt. Hier zeigten sich vielfältige Verhaltensauffälligkeiten. Weil sie u. a. nachts zu anderen Kindern ins Bett stieg und mitten in der Nacht schrie, wurde sie im Zimmer einer Schwester aus der Gruppe des Pflegepersonals untergebracht. Dennoch hielt man an einer Unterbringung in Haßleben fest. 1965 wurde sie in die Bezirksnervenklinik Ueckermünde zur Einschulung verlegt.⁶⁸ In einem weiteren Fall ist ebenfalls die Verlegung aus Gründen des Schulbesuches in die Bezirksnervenklinik dokumentiert.⁶⁹

Auch für W. K. suchte der Leiter der Einrichtung eine geeignete Unterbringung, und zwar in einem Blindenheim für bedingt bildungsfähige Kinder, da er die Unterbringung in Haßleben aufgrund der Sehschwäche des Kindes für eine Fehleinweisung hielt. Er betonte in seinen Schreiben, dass der Junge unbedingt förderungsfähig sei. Die Verlegung erfolgte letztendlich nach Ueckermünde, da sich kein geeigneter Platz in einem Blindenheim finden ließ.⁷⁰

Noch 1970 wurden Kinder aus Haßleben dem zuständigen Diplom-Psychologen des Kreiskrankenhauses Templin mit der Bitte um Begutachtung bezüglich der Schulfähigkeit vorgestellt. Für die meisten Kinder wurde eine Unterbringung in einer Sonderschule mit Internat angestrebt, da die häuslichen Verhältnisse keine Rückkehr zuließen. Die

⁶⁷ Temp. Pa 1, Waldhof Archiv 65/3 (25).

⁶⁸ Temp. Pa 3, Waldhof Archiv 65/3 (25).

⁶⁹ Temp. Pa 45, Waldhof Archiv 61/2 (13).

⁷⁰ Temp. Pa 29, Waldhof Archiv 63/1 (17).

Plätze in Sonderschulinternaten waren aber stark begrenzt, so dass nicht wenige von ihnen in psychiatrischen Einrichtungen mit Sonderschulbildung verblieben.⁷¹

4.2 Arbeitstherapie auf den Erwachsenenstationen

Die Bewohnerinnen und Bewohner des Waldhofes wurden während des gesamten Untersuchungszeitraums auf dem Gelände und im Bereich der Hauswirtschaft zu verschiedenen Arbeiten herangezogen. Nach dem Zweiten Weltkrieg musste die Selbstversorgung aufrechterhalten werden. Später wurden Bewohnerinnen und Bewohner auch an umliegende Betriebe vermittelt. Aus dem Jahr 1971 ist eine Vereinbarung mit der Genossenschaft des metallverarbeitenden Gewerbes Templin überliefert, in der ein Arbeitslohn von 0,70 Mark pro Stunde vereinbart wurde.

Die Erwachsenenstationen, auf der auch Jugendliche untergebracht werden konnten, mussten am Morgen ›antreten‹: Das war »ein bisschen militärisch [...] als junger Mensch fand ich das entwürdigend.«⁷² Dann gingen die Bewohnerinnen und Bewohner der Stationen bis zum Mittagessen zur Arbeit, bevor am Nachmittag erneut gearbeitet wurde. Arbeitsplätze gab es in der Gärtnerei, in der Landwirtschaft, in der Schuhmacherei. Die Arbeitsplätze wurden den Bewohnern zugeteilt: »Interesse hat eher keine Rolle gespielt. [...] wenn jemand widerspenstig war oder so, ist er schon mal umgesetzt worden.«⁷³ Das habe sich mit der Zeit verändert, indem die Wünsche und Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner stärker berücksichtigt wurden. Wenn jemand handwerklich begabt war, dann habe man auch versucht, ihn in der Werkstatt und nicht in der Landwirtschaft einzusetzen.⁷⁴ Um 21 Uhr war Bettruhe.⁷⁵

Ab den 1970er Jahren wurden verstärkt Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer arbeitstherapeutischen Zusatzausbildung angeworben bzw. den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vor Ort die Möglichkeit gegeben, an einer solchen Zusatzqualifizierung teilzunehmen. Der Mitarbeiter B. absolvierte 1974/75 einen Qualifizierungskurs in Berlin-Buch zum Arbeitstherapeuten.⁷⁶ Laut seiner Angabe entspräche diese Qualifizierung heute der einer ergotherapeutischen Ausbildung.

71 Vgl. Schreiben Rau vom 1.9.1970 bezüglich der Schulfähigkeit von vier Kindern aus Haßleben, in: Temp. Pa 91, Waldhof Archiv 70/1 (43).

72 Vgl. Interview von Laura-Carlotta Saam und Stella Azara mit [A.] [anonymisiert], Waldhof Templin, 17.9.2019, 10:35-11:53, Archiv des DIH.

73 Vgl. *ibid.*, 12:46-13:01, Archiv des DIH.

74 Vgl. *ibid.*, 13:42-14:23, Archiv des DIH.

75 Vgl. *ibid.*, 10:35-11:53, Archiv des DIH.

76 Geleitet wurde die Qualifizierung u. a. von Ursula P. Katzenstein, die bereits 1961 einen ersten Lehrgang mit 15 Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus elf psychiatrischen Einrichtungen der DDR in Görden

4.3 Entwicklungen

»Als ich hier angefangen habe zu arbeiten, war das ein bisschen schwierig, weil, ich sag mal, [...] es war eher eine Verwahrung, als dass wirklich ernsthaft was mit ihnen gemacht worden ist [...] und die Konzentration auf Tabletten war relativ hoch.«⁷⁷ Verändert habe sich der Umgang mit den Bewohnerinnen und Bewohnern infolge eines Generationswechsels. Insbesondere die jüngeren Kollegen hätten in den späten 1970er und 1980er Jahren auf mehr Aktivität und Interaktion gedrängt. Man habe mit den geistig behinderten Menschen nach der Arbeitstherapie Spiele gespielt und Sport getrieben. Von einigen Kolleginnen und Kollegen seien diese Veränderungen durchaus kritisch gesehen worden. Man habe die engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als »Spinner« abgetan, wäre dann aber doch beeindruckt gewesen, als einige Bewohnerinnen und Bewohner anfangen, Karten und sogar Schach zu spielen.⁷⁸

Inwiefern diese Aussagen, die sich auf den Erwachsenenbereich beziehen, auch auf die Gruppe der Minderjährigen zutreffen, kann nicht beurteilt werden.

4.4 Kontakt zu den Angehörigen

Nur wenige Bewohnerinnen und Bewohner hatten regelmäßig Kontakt zu ihren Eltern: »Ich erinnere mich an jemanden mit Down-Syndrom, da sind die Eltern aus Berlin regelmäßig gekommen, aber das war eher die Ausnahme.«⁷⁹ Und weiter erinnerte sich der Zeitzeuge:

»Es galt als schambehaftet, ein behindertes Kind zu haben, und der Waldhof galt sowieso immer als schmutzige Einrichtung [...]. Wir als Kinder [der Zeitzeuge lebte mit seiner Familie auf dem Gelände; Anm. A. D.-H.] haben das auch in der Schule ein bisschen gemerkt [...] eigentlich wollte keiner was damit zu tun haben.«⁸⁰

Nur wenige Beispiele sind dokumentiert, die zeigen, dass Eltern sich intensiv um die Aufrechterhaltung der Beziehung zu ihrem Kind bemühten. Zum Beispiel gab es einen Jungen, dessen Eltern im diplomatischen Dienst arbeiteten. Im Sommer und zum Jahreswechsel hatten die Eltern einen längeren Urlaub. Dann nahmen sie ihren Sohn

durchführte. Eine qualifizierte Arbeitstherapie wurde in der DDR jedoch nur in Teilen verwirklicht. Vgl. ROSE (2005), 80 ff.

⁷⁷ Interview von Laura-Carlotta Saam und Stelle Azara mit [A.] [anonymisiert], Waldhof Templin, 17.9.2019, 05:57-06:27, Archiv des DIH.

⁷⁸ Vgl. *ibid.*, 05:55- 06:50, Archiv des DIH.

⁷⁹ *Ibid.*, 38:06-38:28, Archiv des DIH.

⁸⁰ *Ibid.*, 05:55-06:50, Archiv des DIH.

zu sich. Das bedeutete manchmal auch, dass die vorgesehene Beurlaubungszeit von 21 Tagen mit Zustimmung der Einrichtung überschritten wurde. Kosten für den Heimplatz mussten bei einem längeren Urlaubsaufenthalt nicht bestritten werden. Auch der Mutter von K. wurde die Gelegenheit gegeben, mehrfach im Jahr ihren Sohn zu sich zu holen. Die Mutter wäre sehr um ihren einzigen Sohn bemüht und würde ihn jeweils zehn Tage über Weihnachten und Ostern zu sich holen und gemeinsam im Sommer einen dreiwöchigen Erholungsurlaub antreten.⁸¹

Ebenfalls geht aus den Akten hervor, dass sich der Direktor der Einrichtung in Templin sehr um den Kontakt zwischen Eltern und Kindern bemühte. Er forderte die Eltern mit Nachdruck zum Besuch oder zumindest zur Kontaktpflege auf:

»Ich will mich nicht bei Ihnen in Erinnerung bringen, aber ein klein wenig bin ich doch traurig, daß wir solange [sic] nichts voneinander gehört haben. So hatte ich unser Gespräch, liebe Frau S., nicht gewollt, daß sie sich auch innerlich von ihrem Kind trennen. Ich habe immer geglaubt, daß Sie zu Weihnachten einen kleinen Gruß schicken würden, aber nun haben Sie die Verbindung zu Ihrem Kind völlig abgebrochen.«

»M. hat sich hier bei uns sehr gut entwickelt und sieht bei der guten Pflege recht niedlich aus. Ich wäre Ihnen doch sehr dankbar, wenn Sie sich recht bald einmal an Ihr Kind erinnern.«⁸²

Direktor Rau verschickte Entwicklungsberichte der Kinder regelmäßig an die Eltern – in einem Fall sogar ins Gefängnis:

»Wir möchten Sie bitten, Frau B. mitzuteilen, daß sich ihr Kind, K. B. [...] hier in unserem Spezialheim in der Außenstelle Haßleben/Kreis Templin, Kinderheim ›Haus im Sonnenwinkel‹ befindet. Vielleicht könnten irgend welche Bindungen zwischen Mutter und Kind zustande kommen, oder falls Frau B. entlassen wird, könnte sie doch einmal ihr Kind besuchen. Wir möchten Sie bitten, uns gelegentlich wissen zu lassen wie es Frau B. ergeht.«⁸³

Außerdem schritt er auch ein, wenn er meinte, dass die Eltern nicht in der Lage wären, sich angemessen um ihre Kinder zu kümmern. In einem Fall kündigte er der Abteilung Gesundheitswesen an, dass er das Kind bei Besuchstagen nicht mehr ohne eine dritte Person, z. B. Pfleger oder Fürsorger, herausgeben würde, da die Eltern manchmal betrunken erschienen waren.⁸⁴ Andererseits wurde Eltern, die spontan auf dem Waldhof erschienen, der Zutritt zur Kinderstation verwehrt.⁸⁵

81 Vermerk zur Beurlaubung von 1973, o. V.

82 Rau (Direktor): Schreiben an Familie S. (Rostock-Dierkow) vom 6.1.1969; Temp. Pa 24, Waldhof Archiv 83 (71).

83 Rau (Direktor): Brief an das Haftarbeitslager Himmelsmühle in Wiesenbad vom 04.07.1961; in: Temp. Pa 4, Waldhof Archiv 65/2 (24).

84 Temp. Pa 30, Waldhof Archiv 63/1 (17).

85 Temp. Pa 15, Waldhof Archiv 72 (49).

5 Medizinisch-therapeutischer Bereich

5.1 Isolierraum

Der Isolierraum wird von einem ehemaligen Mitarbeiter als »Karzer« bezeichnet. Der Raum wäre wie ein kleines Gefängnis gewesen. Wenn jemand weggelaufen war, dann wurde er oder sie zur Strafe für zwei Tage in den Raum eingeschlossen.⁸⁶ Hinweise, dass Isolationen, auch wenn es womöglich keine vergitterten Räume mehr gab, auch noch in den 1970er Jahren eine Option waren, finden sich in den Akten: »Ist aggressiv geworden, musste isoliert werden, da Erregungszustand sehr groß war, zur Nacht eine Injektion 50 mg Prothazin und 50 mg Propaphenin (27.10.69), Isolation (22.5.1970), Isolation 1.6.1970, 11.6.1970.«⁸⁷

5.2 Therapieangebote

1968 waren auf der Kinderstation 20 Kinder mit spastischen Lähmungen untergebracht. Sie sollten nach ärztlicher Anordnung Heilgymnastik erhalten. Im Templiner Kreiskrankenhaus arbeiteten zwei Heilgymnastikerinnen, die mit den Kinder Bewegungsübungen durchführen konnten. Dort gab es auch einen entsprechenden Übungssaal. Die Durchführung der verordneten Therapie hätte sich aber nicht immer als möglich erwiesen: »Der Anblick der geschädigten Kinder bei den Übungen hat andere Teilnehmer, die Massagen erhalten, gestört.« Der Waldhof musste 1968 die zwei Frauen bezahlen, damit sie nach Dienstschluss in den Waldhof kamen, um die verordneten Übungen mit den Kindern durchzuführen.⁸⁸

6 Medikation

In 35 der 100 untersuchten Akten gibt es Hinweise auf verabreichte Medikamente. Wie bereits erwähnt, umfassen die Bewohnerinnen- und Bewohnerakten keine medizinischen Aufzeichnungen. Es ist davon auszugehen, dass der zuständige behandelnde Arzt, der regelmäßig die Einrichtung aufsuchte, eigene Patientinnen- und Patientenakten führte, in denen u. a. die Medikamentierung festgehalten wurde. Die nachfolgenden

⁸⁶ Interview von Laura-Carlotta Saam und Stella Azara mit [A.] [anonymisiert], Waldhof Templin, 17.9.2019, 49:25-50:38, Archiv des DIH.

⁸⁷ Temp. Pa 60, Waldhof Archiv 75/1 (53).

⁸⁸ Rau (Direktor): Aktenvermerk vom 11.3.1968.

Angaben ergeben sich hauptsächlich aus dem Schriftverkehr zwischen dem Waldhof und anderen Einrichtungen. Wenn z. B. ein Kind wegen einer Akutbehandlung stationär in einem Krankenhaus aufgenommen wurde, erhielt der Waldhof nach Beendigung der Behandlung einen Entlassungsbericht, in dem u. a. auch die Dauermedikation festgehalten wurde. Selten finden sich in den Bewohnerinnen- und Bewohnerakten handschriftliche Hinweise zur Akutmedikamentierung.

Die Bewohnerinnen und Bewohner aus dem Erwachsenenbereich sollen, nach Aussage mehrerer Zeitzeuginnen und Zeitzeugen, regelmäßig Psychopharmaka erhalten haben.⁸⁹ Auch auf der Kinderstation wurden Antikonvulsiva (also Antiepileptiker) und Tranquilizer (also Sedativa, Ataraktika, Beruhigungsmittel) bzw. Narkosemittel (Hypnotica) verabreicht. Die Medikamente wurden von den betreuenden Ärztinnen und Ärzten der Psychiatrie Eberswalde verschrieben.

Am häufigsten wurden die Medikamente wegen »allgemeiner Unruhe« verabreicht: 1 bis 2 Lepinaletten (21.11.1958)⁹⁰, 4 × 10 Tropfen Propaphenin (10.10.1963)⁹¹, 3 × 1 Drag. Sinophenin (23.3.67)⁹², 3 × 2 Drag. Propaphenin und 3 × 1 Tabl. Lepinal (0,1) (14.5.1972)⁹³.

Zudem gibt es Hinweise, dass Kinder, die die Nachtruhe störten, sedierende Medikamente erhielten:

»Zum Schlafen Prothazin« (ca. 1960)⁹⁴, »weil Kind nachts schreit 1–2 Prothazin« (16.9.1964)⁹⁵, »Kind wird nachts zu früh wach, bekommt 3 × 10 Tropfen Prothazin« (ca. 1966)⁹⁶, »12 Tr. Tentinol zur Nacht« (3.9.1969) und »20 Tr. Tentinol zur Nacht« (8.10.1969)⁹⁷, »nachts konnte er nur mit Medikamenten einschlafen, andernfalls war er häufig aus dem Bett. Er mußte ständig pharmakotherapeutisch hoch dosiert werden« (24.5.1971).⁹⁸

89 Interview von Laura-Carlotta Saam und Stella Azara mit [A.] [anonymisiert], Waldhof Templin, 17.9.2019, #40:16-40:52, Archiv des DIH.

90 Temp. Pa 54, Waldhof Archiv 60/1 (9). Lepinaletten (Phenobarbital), ein Sedativum und Antiepileptikum, hergestellt vom VEB AMW Dresden Radebeul; vgl. MIELKE (2013), 138.

91 Temp. Pa 2, Waldhof Archiv 65/3 (25). Propaphenin (Chlorpromazin), hergestellt im VEB Hydrierwerk Rodleben; vgl. MIELKE (2013), 71.

92 Temp. Pa 56, Waldhof Archiv 77/3 (61) und Temp. Pa 57, Waldhof Archiv 77/3 (61). Sinophenin (Promazin), Neuroleptikum, schwach sedierend und anxiolytisch, hergestellt vom VEB Deutsches Hydrierwerk Rodleben; vgl. Mielke (2013), 148.

93 Temp. Pa 19, Waldhof Archiv 72 (49). Lepinal (Phenobarbital), ein Barbitursäurederivat; vgl. MIELKE (2013), 70.

94 Temp. Pa 3, Waldhof Archiv 65/3 (25). Prothazin (Promethazin), ein Antiallergikum, Antihistaminikum und Sedativum, kam 1964 in den Handel, Hersteller war der VEB AMW Dresden Radebeul; vgl. MIELKE (2013), 63.

95 Temp. Pa 3, Waldhof Archiv 65/3 (25).

96 Temp. Pa 91, Waldhof Archiv 70/1 (43).

97 Temp. Pa 15, Waldhof Archiv 72 (49). Tentinol ist ein unbekanntes Medikament.

98 Temp. Pa 16, Waldhof Archiv 72 (49), Anmerkung von Dr. Völz.

Der Einsatz sedierender Medikamente, die bei den Bewohnerinnen und Bewohnern für ein schnelles Einschlafen und ein langes Durchschlafen sorgten, kam in Einrichtungen mit großen Schlafsälen häufig vor. Eine Betreuung von Kindern und Jugendlichen, die nicht schlafen konnten, war aufgrund des geringen Personalschlüssels – oftmals gab es nur eine Nachtwache – nicht möglich.

Ein geringer Betreuungsschlüssel war auch häufig die Ursache für die Sedierung unruhiger Kinder am Tage. Bei einem Kind wurde die Dosierung des Medikaments Lepinal erhöht, weil es wiederholt »weglief«. ⁹⁹ Ein anderes Kind erhielt Faustan »wg. Aggressivität«. ¹⁰⁰

Problematisch war die Überalterung der Patientinnen und Patienten auf der Kinderstation hinsichtlich der Gefahren sexueller Übergriffe. In der Akte eines Bewohners heißt es, er würde »kleinere Kinder [abküssen], ist gegen sie zärtlich aber auch brutal« ¹⁰¹, der »Patient weint viel, pathologische Beziehungsideen«. Aus den Aufzeichnungen geht hervor, dass dieses Verhalten der Grund für die nun einsetzende Gabe von Haloperidol ¹⁰² (3×5 mg) und Sinophenin ¹⁰³ (15 g) war. ¹⁰⁴ 1956 taucht in den Akten zum ersten Mal die Gabe eines Neuroleptikums mit dem Namen Apydan ¹⁰⁵ auf. In den 1960er Jahren wurden die Psychopharmaka Chloralhydrat ¹⁰⁶, Faustan ¹⁰⁷, Frenolon ¹⁰⁸, Haloperidol ¹⁰⁹, Lepinal ¹¹⁰, Lepinaletten ¹¹¹, Lepinol ¹¹², Lepsiral ¹¹³, Mephytabletten ¹¹⁴, Mephytal ¹¹⁵, Nora-

99 Temp. Pa 2, Waldhof Archiv 65/3 (25), 14.4.1965.

100 Temp. Pa 76, Waldhof Archiv 74/2 (52).

101 Bezirksnervenklinik Schwerin, 21.7.1961 (gez. Stationsarzt Seyffert), Temp. Pa 75, Waldhof Archiv 94 (79).

102 Haloperidol (Methylhydroxybenzoat, Propylhydroxybenzoat), Neuroleptikum.

103 Sinophenin (Promazin), Neuroleptikum, schwach sedierend und anxiolytisch, hergestellt vom VEB Deutsches Hydrierwerk Rodleben. Vgl. Mielke (2013), 148.

104 Temp. Pa 75, Waldhof Archiv 94 (79).

105 Temp. Pa 47, Waldhof Archiv 61/2 (13). Apydan – Dibenzapin, Oxacarbazepin.

106 Temp. Pa 16, Waldhof Archiv 72 (49). Chloralhydrat ist ein synthetisches Schlafmittel.

107 Temp. Pa 18, Waldhof Archiv 72 (49); Temp. Pa 19, Waldhof Archiv 72 (49). Faustan ist ein Benzodiazepinderivat/ Diazepam und kam 1968 in der DDR in den Handel. Vgl. Mielke (2013), 17.

108 Temp. Pa 2, Waldhof Archiv 65/3 (25). Frenolon ist ein Neuroleptikum (Methophenazin), das ab 1962 aus Ungarn importiert wurde; vgl. Mielke (2013), 63.

109 Temp. Pa 16, Waldhof Archiv 72 (49); Haloperidol (Methylhydroxybenzoat, Propylhydroxybenzoat), Neuroleptikum.

110 Temp. Pa 2, Waldhof Archiv 65/3 (25); Temp. Pa 3, Waldhof Archiv 65/3 (25); Temp. Pa 4, Waldhof Archiv 65/2 (24); Temp. Pa 16, Waldhof Archiv 72 (49); Temp. Pa 26, Waldhof Archiv 83 (71). Lepinal (Phenobarbital) ist ein Barbitursäurederivat; vgl. Mielke (2013), 70.

111 Temp. Pa 16, Waldhof Archiv 72 (49); Temp. Pa 18, Waldhof Archiv 72 (49).

112 Temp. Pa 16, Waldhof Archiv 72 (49).

113 Temp. Pa 83, Waldhof Archiv 82 (70).

114 Temp. Pa 82, Waldhof Archiv 77/1 (59).

115 Temp. Pa 21, Waldhof Archiv 69/2 (39); Temp. Pa 85, Waldhof Archiv 71/3 (47), Temp. Pa 82, Waldhof Archiv 77/1 (59); Temp. Pa 83, Waldhof Archiv 82 (70); Mephytal (Methylphenobarbital).

kin¹¹⁶, Parkopan¹¹⁷, Pentinol¹¹⁸, Phenytoin¹¹⁹, Propaphenin¹²⁰, Prothazin¹²¹, Rasedan¹²², Rodipal¹²³ und Sinopenin¹²⁴ erwähnt.

In den 1970er Jahren gehörten Aolept¹²⁵, Dormalon¹²⁶, Dormutil retard¹²⁷, Faustan¹²⁸, Finlepsin¹²⁹, Haloperidol¹³⁰, Lepsiral¹³¹, Lepsiroil¹³², Lepinal¹³³, Lepinaletten¹³⁴, Marophen¹³⁵, Mephytal¹³⁶, Meprobramat¹³⁷, Norakin¹³⁸, Ospolot¹³⁹, Prednisolon¹⁴⁰, Pro-

116 Temp. Pa 16, Waldhof Archiv 72 (49). Norakin (Biperiden), Parkinsonmedikament, bekannt auch unter dem Namen Akineton (seit 1953 zugelassen).

117 Temp. Pa 25, Waldhof Archiv 83 (71).

118 Temp. Pa 25, Waldhof Archiv 83 (71). Methylpentinol ist ein Schlaf- und Beruhigungsmittel.

119 Temp. Pa 18, Waldhof Archiv 72 (49); Temp. Pa 85, Waldhof Archiv 71/3 (47); Temp. Pa 83, Waldhof Archiv 82 (70). Phenytoin ist ein Hydantoin, ein Antiepileptikum.

120 Temp. Pa 2, Waldhof Archiv 65/3 (25); Temp. Pa 16, Waldhof Archiv 72 (49); Temp. Pa 17, Waldhof Archiv 72 (49); Temp. Pa 19, Waldhof Archiv 72 (49); Temp. Pa 41, Waldhof Archiv 62/1 (14); Temp. Pa 25, Waldhof Archiv 83 (71).

121 Temp. Pa 2, Waldhof Archiv 65/3 (25); Temp. Pa 4, Waldhof Archiv 65/2 (24); Temp. Pa 16, Waldhof Archiv 72 (49); Temp. Pa 41, Waldhof Archiv 62/1 (14); Temp. Pa 25, Waldhof Archiv 83 (71); Temp. Pa 83, Waldhof Archiv 82 (70). Prothazin (Promethazin), ein Antiallergikum, Antihistaminikum und Sedativum, kam 1964 in den Handel, Hersteller VEB AMW Dresden Radebeul. Vgl. MIELKE (2013), 63.

122 Temp. Pa 89, Waldhof Archiv 70/2 (44).

123 Temp. Pa 89, Waldhof Archiv 70/2 (44). Rodipal, Phenothiazinderivat (Isothazin), seit Mitte der 1950er Jahre in der DDR hergestellt; vgl. MIELKE (2013), 14.

124 Temp. Pa 16, Waldhof Archiv 72 (49). Sinopenin (Promazin), Neuroleptikum, schwach sedierend und anxiolytisch, hergestellt vom VEB Deutsches Hydrierwerk Rodleben, vgl. MIELKE (2013), 148.

125 Temp. Pa 25, Waldhof Archiv 83 (71).

126 Temp. Pa 23, Waldhof Archiv 84/85 (72).

127 Temp. Pa 23, Waldhof Archiv 84/85 (72).

128 Temp. Pa 26, Waldhof Archiv 83 (71); Temp. Pa 76, Waldhof Archiv 74/2 (52); Temp. Pa 79, Waldhof Archiv 77/1 (59).

129 Temp. Pa 26, Waldhof Archiv 83 (71). Finlepsin, Carbamazepin, hergestellt beim VEB AMW Dresden; vgl. MIELKE (2013), 90.

130 Temp. Pa 25, Waldhof Archiv 83 (71); Temp. Pa 60, Waldhof Archiv 76/3 (57).

131 Temp. Pa 26, Waldhof Archiv 83 (71); Temp. Pa 76, Waldhof Archiv 74/2 (52); Temp. Pa 79, Waldhof Archiv 77/1 (59); Temp. Pa 83, Waldhof Archiv 82 (70).

132 Temp. Pa 24, Waldhof Archiv 83 (71).

133 Temp. Pa 26, Waldhof Archiv 83 (71); Temp. Pa 23, Waldhof Archiv 84/85 (72); Temp. Pa 24, Waldhof Archiv 83 (71); Temp. Pa 76, Waldhof Archiv 74/2 (52); Temp. Pa 80, Waldhof Archiv 77/1 (59).

134 Temp. Pa 22, Waldhof Archiv 84/85 (72); Temp. Pa 23, Waldhof Archiv 84/85 (72); Temp. Pa 79, Waldhof Archiv 77/1 (59).

135 Temp. Pa 81, Waldhof Archiv 77/1 (59). Marophen, Chlorphenäthazin, Chlorphenethazin, Antiemetikum; vgl. MIELKE (2013), 90, 148.

136 Temp. Pa 83, Waldhof Archiv 82 (70).

137 Temp. Pa 23, Waldhof Archiv 84/85 (72); Temp. Pa 58, Waldhof Archiv 76/3 (57); Meprobramat, Beruhigungsmittel.

138 Temp. Pa 25, Waldhof Archiv 83 (71).

139 Temp. Pa 83, Waldhof Archiv 82 (70).

140 Temp. Pa 24, Waldhof Archiv 83 (71).

paphenin¹⁴¹, Prothazin¹⁴², Radedorm¹⁴³, Rusedom¹⁴⁴, Rusedan¹⁴⁵ Suxilep¹⁴⁶, Tisercin¹⁴⁷ und Tyrylen¹⁴⁸ bei einigen Kindern zur Dauermedikation.

Die meisten der hier aufgeführten Medikamente wurden zur Dauermedikation eingesetzt. Darüber hinaus gab es die Möglichkeit, Bewohnerinnen und Bewohnern im Akutfall ein Beruhigungsmedikament zu geben – zumeist mittels einer Injektion.¹⁴⁹

Andere Medikamente, die nicht zur Gruppe der Psychopharmaka gehören, waren Antibiotika, z. B. Noracin¹⁵⁰, Herzmedikamente wie Pentagit¹⁵¹, Rocormal¹⁵² und Regulin¹⁵³, Anabolika wie Durabolin (Uniklinik Greifswald, 18.8.1961)¹⁵⁴, Trenolon¹⁵⁵ und Trenoben¹⁵⁶. In Ueckermünde erhielt der Patient F. Androcur, ein Medikament zur Dämpfung des Sexualtriebes.¹⁵⁷

Zudem sind Medikamente genannt, die nicht eindeutig zugeordnet werden konnten.¹⁵⁸ In vier Bewohnerinnen- Bewohnerakten taucht das Medikament Mydocalm¹⁵⁹ auf, ein Tolperisonhydrochlorid, das bei krankhaft angespannter Skelettmuskulatur angewendet wurde.

141 Temp. Pa 22, Waldhof Archiv 84/85 (72); Temp. Pa 57, Waldhof Archiv 77/3 (61); Temp. Pa 60, Waldhof Archiv 76/3 (57).

142 Temp. Pa 25, Waldhof Archiv 83 (71); Temp. Pa 22, Waldhof Archiv 84/85 (72); Temp. Pa 23, Waldhof Archiv 84/85 (72); Temp. Pa 57, Waldhof Archiv 77/3 (61); Temp. Pa 60, Waldhof Archiv 76/3 (57); Temp. Pa 76, Waldhof Archiv 74/2 (52).

143 Temp. Pa 76, Waldhof Archiv 74/2 (52).

144 Temp. Pa 17, Waldhof Archiv 72 (49).

145 Temp. Pa 58, Waldhof Archiv 76/3 (57).

146 Temp. Pa 24, Waldhof Archiv 83 (71).

147 Temp. Pa 23, Waldhof Archiv 84/85 (72); Temp. Pa 60, Waldhof Archiv 76/3 (57).

148 Temp. Pa 25, Waldhof Archiv 83 (71).

149 Interview von Laura-Carlotta Saam und Stella Azara mit [A.] [anonymisiert], Waldhof Templin, 17.9.2019, 23:29-27:02, Archiv des DIH.

150 Temp. Pa 89, Waldhof Archiv 70/2 (44). Norfloxacin.

151 Temp. Pa 83, Waldhof Archiv 82 (70).

152 Temp. Pa 83, Waldhof Archiv 82 (70).

153 Temp. Pa 80, Waldhof Archiv 77/1 (59).

154 Temp. Pa 55, Waldhof Archiv 77/3 (61).

155 Temp. Pa 16, Waldhof Archiv 72 (49).

156 Temp. Pa 16, Waldhof Archiv 72 (49).

157 Temp. Pa 58, Waldhof Archiv 76/3 (57).

158 »Ebroquiel«, in: Temp. Pa 23, Waldhof Archiv 84/85 (72); »Digitosin« (vielleicht ist das Herzmedikament Digitoxin gemeint), in: Temp. Pa 83, Waldhof Archiv 82 (70); »Lev Lecratopin«, in: Temp. Pa 17, Waldhof Archiv 72 (49); »Neo-Lecatropin«, in: Temp. Pa 22, Waldhof Archiv 84/85 (72); wegen erheblicher Unruhe 3 × Neo-Secatropfen (24.7.1975), in: Temp. Pa 78, Waldhof Archiv 74/2 (52), weitere Erwähnung in: Temp. Pa 58, Waldhof Archiv 76/3 (57).

159 Temp. Pa 21, Waldhof Archiv 69/2 (39); Temp. Pa 26, Waldhof Archiv 83 (71); Temp. Pa 80, Waldhof Archiv 77/1 (59); Temp. Pa 26, Waldhof Archiv 83 (71); zu Mydocalm vgl. HACKEL (1966).

7 Literatur

- O.V. (1991), 100 Jahre Waldhof Templin, 100 Jahre Dienst am Menschen, Archiv Einrichtung Templin.
- BARSCHE, Sebastian (2007), Geistig behinderte Menschen in der DDR. Erziehung – Bildung – Betreuung, Oberhausen.
- HACKEL, F. (1966), Therapeutische Erfahrungen mit dem Myotonolytikum Mydocalm bei Angioorganopathien, Angioneuropathien und Angiolopathien. In: Deutsche. Gesundh.-Wes. 21, 171, S. 171–176.
- MIELKE, Renate (2013), Indikation und Anwendung psychotroper Arzneimittel unter besonderer Berücksichtigung der Benzodiazepine in der Stomatologie in der DDR von 1949–1990, Med. Diss. Charité Berlin).
- ROSE, Wolfgang (2005), Anstaltspsychiatrie in der DDR. Die brandenburgischen Kliniken zwischen 1945 und 1990, Berlin.
- SEYFRIED, Wolfgang (2019), Der Waldhof Templin 1854–2019. Eine Festschrift zum 165-jährigen Jubiläum, Schwedt (Oder).
- Stephanus-Stiftung Berlin-Weißensee (1984), Festschrift zum 130. Jubiläum 1854–1984 des Waldhofes Templin, Templin.

VII Psychiatrisches Pflegeheim Dobbertin

Karsten Laudien

Inhalt

1 Einrichtungstyp und Quellenbasis	512
1.1 Einrichtungstyp	512
1.2 Quellengrundlage und Aktensituation	512
1.3 Interviews	514
2 Historische Entwicklung der Einrichtung	515
3 Räumliche Beschaffenheit und Personal	516
3.1 Bauliche Anlage	516
3.2 Unterbringungsgruppen	517
3.3 Personal	518
4 Sozialstatistisches Profil	520
4.1 Sozialer Status der Eltern und Familie	520
4.2 Die soziale Einbettung der Bewohnerinnen und Bewohner	521
4.3 Die Konfession der Bewohnerinnen und Bewohner	521
4.4 Wege nach Dobbertin und die Einweisung	522
4.5 Biographische Aspekte von W.S.	524
4.6 Familienbindungen und Elternbesuche	526
5 Diagnostik, Behandlung und Lebensverhältnisse	528
5.1 Medizinisch-therapeutischer Bereich	528
5.1.1 Therapieformen	528
6 Pädagogik und Lebensalltag	530
6.1 Arbeitstherapie	531
7 Strafen und Gewalt	532
8 Medikation	533
9 Literatur- und Quellenverzeichnis	534

1 Einrichtungstyp und Quellenbasis

1.1 Einrichtungstyp

Seit 1991 wird die Einrichtung unter der Trägerschaft des Diakoniewerkes Kloster Dobbertin gGmbH geführt.¹ Dort leben und arbeiten heute 300 Menschen mit körperlichen und geistigen, teilweise auch Mehrfachbehinderungen. Die heutige Einrichtung arbeitet im Kontext der Eingliederungshilfe.

Unmittelbar nach dem Krieg diente das Gelände verschiedenen Zwecken. Nachdem die mecklenburgische Landesregierung die Weiternutzung durch die Evangelisch-Lutherische Kirche ablehnte, wurde ab 1947 eine Einrichtung für die Altenpflege aufgebaut, die unter der Trägerschaft des Kreises Parchim stand. 1962 übernahm die Bezirksnervenlinik Schwerin die Einrichtung in ihre Trägerschaft und errichtete ein Domizil für dauerhaft in stationärer Unterbringung lebende geistig und körperlich behinderte Menschen.

Der Hintergrund dieser Übernahme wurde in der DDR mit dem Umbruch der Psychiatrie begründet. Die damals (1961) sogenannte »Klinifizierung der Psychiatrie« ließ einen Bedarf anwachsen, der nach der Diagnostik in den Nervenkliniken Therapie- und Lebensformen für diese Patientinnen- und Patientengruppe bereitstellte.² Deshalb wurde am 3. Januar 1962 vom Rat des Bezirkes beschlossen, das »Kreisfeierabendheim« Dobbertin zum »Spezialpflegeheim für psychisch Kranke und geistig Behinderte« umzuwandeln.³

1.2 Quellengrundlage und Aktensituation

Trotz einer weit in die Vergangenheit zurückreichenden Geschichte und einer auch aktentmäßigen Vernetzung der Einrichtung mit anderen Institutionen ist die Quellenlage zur Einrichtung ernüchternd.

Es liegt eine Dissertation vor, die von der damaligen Stationsärztin Dr. BIRTHILD Cartellieri 1990 verteidigt wurde und dem Verfasser zur Einsicht von der Autorin zur Verfügung gestellt wurde. Der Titel der Arbeit lautete »Das psychiatrische Pflegeheim im System der psychiatrischen Versorgung«. ⁴ Soweit dies in Erfahrung gebracht werden

¹ Das Diakoniewerk Kloster Dobbertin gGmbH ist Mitglied im Diakonischen Werk der Evangelisch-Lutherischen Landeskirche Mecklenburgs und unterhält an 27 Standorten 48 Einrichtungen; GERHARD (2009), 45.

² GIERCKE (1987), 8.

³ Ibid., 8. Weitere Beispiele sind die ehemalige Tbc-Heilstätte Neu Damerow, die der Nervenlinik Schwerin 1967 ebenfalls angegliedert wurde.

⁴ CARTELLIERI (1990).

konnte, sind für den Untersuchungszeitraum (1945–1990) keine weiteren wissenschaftlichen Beiträge über die Einrichtung (z. B. Heimchroniken oder kleine Publikationen zu Jubiläen) verfasst worden.

In der Pflegeeinrichtung Kloster Dobbertin wurden Bewohnerinnen- und Bewohnerakten geführt, die zum Teil heute noch eingesehen werden können. Für jeden Bewohner und jede Bewohnerin wurde gleichzeitig eine Patienten- bzw. Patientinnenakte angelegt, die von der Bezirksnervenlinik Schwerin geführt und aufbewahrt wurde. Die institutionelle Nachfolgerin der Schweriner Bezirksnervenlinik, die Helioskliniken Schwerin, bei dem die gesundheitsbezogenen Akten verwahrt sein müssten, gibt allerdings an, keine Akten zu besitzen. Auch das Landesarchiv in Schwerin verfügt über keinen Aktenbestand.

Nach Auskunft der von 1978 bis 2003 auf dem Gelände arbeitenden, festangestellten Ärztin (Dr. BIRTHILD Cartellieri), die sich um die gesundheitlichen Belange der Bewohnerinnen und Bewohner kümmerte, sind ihre Tätigkeiten von ihr protokolliert worden. Die Ärztin beendete ihr Arbeitsverhältnis im Jahr 2003 aus Altersgründen. Nach ihren Angaben haben sich die Patientinnen- und Patientenakten bis dahin in der Schweriner Bezirksnervenlinik befunden. Aus einer anderen Quelle geht hervor, dass Akten von Bewohnerinnen und Bewohnern nicht in der Bezirksnervenlinik, sondern im »Amt für Gesundheitsschutz« der Stadt Schwerin vermutet werden. Das geht aus einem Brief hervor, den die Einrichtung an den »Gesundheitsschutz« der Stadt Schwerin mit Bitte um Aktenübersendung adressierte. Laut der Antwort seien von Bewohnerinnen und Bewohnern keine Akten mehr vorhanden.⁵ Ein vom Kloster Dobbertin geführtes Archiv, das außerhalb der Einrichtung im Dorf Dobbertin lagerte, ist in den 1990 Jahren durch Brandstiftung vernichtet worden. In der Einrichtung selbst befinden sich ca. 150 Bewohnerinnen- und Bewohnerakten, die Menschen betreffen, die heute noch dort leben und auch bereits vor 1990 dort untergebracht waren. Die Akten tragen als Titel den Namen des Bewohners oder der Bewohnerin, ansonsten fehlt jede Beschriftung (hier wird deshalb einfach auf die »Bewohnerinnen- und Bewohnerakte« verwiesen). Von diesen 150 Akten konnten 115 in einer Stichprobe ausgewählt und untersucht werden. Diese Dokumente enthalten Hinweise auf die Zeit vor 1990. Inhaltlich geht es in dieser Quelle vor allem um verwaltungstechnische Aspekte des Anstaltsaufenthaltes, wobei deren Umfang und die chronologische Dauer sehr unterschiedlich ausfallen. Hierzu gehören: Klärung der Unterhaltspflichtigkeit, Vormundschaftsfragen (vor 1991) und (nach 1991) betreuungsrechtliche Aspekte, Adoptionsfragen, Kindergeldzahlungen, die Höhe des Taschengeldes, Streit mit Behörden über Wohngeld, Dokumentation von Einverständnissen der Sorgeberechtigten zum Erwerb von Gegenständen. Versicherungsfragen, Kleidergeld, Invalidenrenten-

⁵ Bewohnerakte M. R., Brief vom 26.6.1989.

regelungen, Erbschaftsfragen, Organisation von Arztbesuchen (meist Besorgung von Fahrzeugen), Bitten um Anamnesen, Arbeitsverträge (Rehabilitationsarbeitsverträge), Einweisungsmodalitäten.

Die Dokumente in den Akten, die aus der Zeit vor 1990 stammen, sind zumeist locker chronologisch geordnet, enthalten aber keine durchgängige Paginierung. Es fehlen zumeist persönliche Angaben, z. B. zum Beruf der Eltern, den Geschwistern oder zur Konfession. Die Vorgeschichte der Kinder bleibt häufig unerwähnt und findet sich nur andeutungsweise in ärztlichen Gutachten (auf eine Ausnahme wird unten eingegangen). Nicht sehr häufig finden sich Hinweise auf die Einweisungsgründe, -behörden und -umstände, auf die gesetzlichen Grundlagen und die formalen Abläufe. Manchmal liegen Jugendamtsbeschlüsse bzw. Beschlüsse von Jugendhilfeausschüssen (JHA) bei, die die »Heimeinweisung« anordneten. Wer für welche Einrichtung plädiert hat und aus welchen Gründen die Einweisung nach Dobbertin erfolgte, bleibt zumeist offen.

1.3 Interviews

Im Rahmen der partizipativen Forschung wurden insgesamt 14 Interviews geführt. Darunter sind elf Interviews mit Bewohnerinnen und Bewohnern sowie ein Interview mit einem dort seit 1975 als Pfleger arbeitenden Mitarbeiter.

Ein sehr umfangreiches, auf Wunsch der Interviewpartnerin nicht als Audiodatei aufgezeichnetes Interview wurde mit Dr. Birkhild Cartellieri geführt, die ab 1978 zunächst als Oberärztin und ab 1990 als Chefärztin bis 2003 in der Einrichtung arbeitete und auch dort wohnte.

Hintergrundgespräche wurden mit einem ab 1991 in der Einrichtung arbeitenden Mitarbeiter geführt, der nicht genannt werden möchte. Des Weiteren sind sporadisch mit Frau und Herrn Schmidt (leitende Angestellte) und Frau Katrin Holzwart (ebenfalls leitende Angestellte) Gespräche geführt worden.

2 Historische Entwicklung der Einrichtung

Obwohl seit dem späten Mittelalter in Dobbertin ein Kloster existierte, liegen über diese traditionsreiche Einrichtung nur wenige Informationen vor. Der jetzige Geschäftsführer, Hans Hopkes, hat sich in einem Bildband der Baugeschichte der Einrichtung gewidmet und benötigte weniger als eine Seite, um die Ereignisse seit der Nachkriegszeit bis 1991 zu schildern.⁶ Der damalige Pastor Carl Köhler beschrieb die Nachkriegssituation folgendermaßen:

»In der letzten Kampfnacht schlugen einige Granaten, ohne viel Schaden anzurichten im Dorfe ein, 2 davon ins Kloster neben der Kirche, ohne sie selbst zu beschädigen. Dann wurde Dobbertin zum Durchgangs-, Entlausungs- Einkleide- und Ausbildungslager für viele zehntausende (ca. 82.000) Russen, Letten, frühere Gefangene und Zivilrussen. So mussten alle Häuser des Klosters und fast alle des Dorfes geräumt werden. Die Konventualinnen sind zum Teil gestorben, zum Teil nach Malchow, Ribnitz oder auf Güter von Verwandten gereist, die anderen vegetierten in Ställen, auf Kornspeichern bei katastrophalen, unbeschreiblichen Verhältnissen. Die meisten Dorfbewohner zogen auf umliegende Dörfer. Alle Häuser sind total leer geplündert und geräumt.«⁷

Anschließend war hier zeitweilig eine sowjetische Militäreinheit stationiert. Das auf dem Gelände befindliche Gebäude mit dem Archiv der Einrichtung ist im Winter 1945/46 abgebrannt. Ende 1946 verließ das sowjetische Militär mitsamt dem Mobiliar das Kloster. Bis April 1947, als die Landesregierung einen Beschluss fasste, in Dobbertin eine Pflegeeinrichtung zu eröffnen, war das Gelände ohne Aufsicht:

»Am Anfang war alles wüst und leer. Es wurde alle Kraft und Energie darangesetzt, das Heim aufzubauen, was nur unter größten Schwierigkeiten und treuester Mitarbeit vieler Menschen möglich war. Die Wohnhäuser für die zu erwartenden alten Bewohner konnten nur kümmerlich mit Mobiliar und mit allereinfachsten Holzbettgestellen und Strohsäcken, die hier gestopft wurden, ausgestattet werden. Hundert Wolldecken und zehn bunte Bettbezüge waren der ganze Materialbestand [...] Gardinen und Bilder gab es nicht. Essgeschirr bestand aus einer Schüssel und einem Trinkbecher. Alles in allem: Die Häuser machten mit ihren abgestoßenen Wänden und der primitiven Einrichtung den Eindruck bescheidenster Armenhäuser und stießen manchen Bewohner ab.«⁸

Bis in das Jahr 1975 erlaubte die wirtschaftliche Situation keine größeren Bauarbeiten in Dobbertin. Ab 1975 wurde Strom verlegt, wurden Heizungen gebaut, die Dächer gedeckt usw.

⁶ HOPKES (2012).

⁷ HOPKES (2012), 72.

⁸ Nicht datierte Aufzeichnungen von Margarete Wrobel, die die Sekretärin des ersten Leiters der Einrichtung war, zit. aus *ibid.*, 73.

Es lebten eine Zeitlang bis zu 500 – zunächst – ältere Menschen in der Einrichtung. Bis vermutlich 1961 – das ist nicht sicher belegt, geht aber aus historischen Zusammenhängen hervor – war die Landesregierung bzw. (nach der Auflösung der Länder in der DDR 1952) der Bezirk der Träger der Einrichtung.

Ab 1962 gelangte die Einrichtung unter die Trägerschaft der Bezirksnervenklinik Schwerin; diese Trägerschaft wurde im Juli 1991 durch das Diakoniewerk Kloster Dobbertin gGmbH abgelöst. Die Einrichtung sollte Menschen mit körperlichen und geistigen Behinderungen eine Langzeitwohnstätte bieten. 1984 lebten hier 654 Menschen, darunter 414 Erwachsene und 240 Kinder und Jugendliche. Weitere 40 bis 60 Menschen lebten in den der Einrichtung angeschlossenen Außenstellen.

3 Räumliche Beschaffenheit und Personal

3.1 Bauliche Anlage

Die Einrichtung »Kloster Dobbertin« ist eine offen angelegte Ansammlung einiger um eine Kirche gruppierter Häuser.⁹ Es handelt sich um den hinteren Teil des Dorfes Dobbertin und war – soweit sich das zurückverfolgen lässt – immer Teil der Ansiedlung. Mitten in der Einrichtung befand sich im Untersuchungszeitraum der »Dorfkonsum«, so dass sich die Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtung und des Dorfes zum Teil in der gleichen Verkaufsstelle treffen konnten und mussten – dies führte nach Auskunft von Dr. Cartellieri ab und an zu Unmut in der Dorfbewölkerung.¹⁰ In diesem baulichen Sinne war und ist die Einrichtung, wenn man nur diesen Umstand betrachtet, äußerst inklusiv angelegt.

Es gab zu DDR-Zeiten auf diesem Gelände 16 Häuser, die mit Zahlen nummeriert waren, die zugleich die Gruppennamen bildeten. Hinzu kamen eine Wäscherei und eine Küche, von wo aus die Mahlzeiten mit einem Wagen, der zunächst von Pferden, später von einem Traktor gezogen wurde, in die Häuser geliefert wurden.

Kleinere Reparaturen wurden in der Einrichtung selbst erledigt. Dazu dienten eine Tischlerei und weitere Gebäude, in denen Handwerksarbeiten verrichtet wurden. In den Nachkriegsjahren wurde auch ein Back- und Brauhaus betrieben und Pferdeställe und Scheunen unterhalten. Wie lange diese Werkstätten bestanden, war nicht zu ermitteln. Das bauliche Zentrum dieser Einrichtung bildet bis heute die große Kirche. Ebenso zentral ist das Verwaltungsgebäude gelegen. Die Handwerksabteilungen dienten der

⁹ Heute umfasst die Anlage 23 Häuser, MÜNCH (2012), 12.

¹⁰ Interview Dr. Cartellieri.

Einrichtung als Reparaturwerkstätten, größere Arbeiten konnten allerdings nicht dort erledigt werden. In den Reparaturwerkstätten arbeiteten auch die Bewohnerinnen und Bewohner.

Es ist nicht bekannt, wie genau sich die Gruppen der 16 Häuser zusammensetzten und wie sich die Gruppen im Zeitverlauf änderten.

1963 entstand in Dobbertin die erste Kinderstation (Haus 9). Bis 1966 war die Verlegung der Kinder, die nach damaliger Auffassung nicht schulisch gebildet werden konnten, aus der BNK beendet. Nach einem Brand (1974) entstand infolge des Wiederaufbaus eine Jugendstation mit 46 Plätzen (1977).

In Haus 1 und in Haus 5 wurden zwei – auch als solche benannte – »geschlossene Einrichtungen« oder Stationen untergebracht. In einem Haus lebten etwa 70 Frauen, im anderen Haus waren etwa 80 Männer untergebracht.¹¹ Beide Gebäude hatten je zwei Etagen und waren dadurch charakterisiert, dass die Enden eines langen Ganges mit Eisengittern versehen waren und links und rechts des Ganges die Zimmer abgingen. Teilweise waren im Haus 1 und 5 auch Kinder und Jugendliche untergebracht. Die Bewohnerinnen und Bewohner durften diese Stationen nur in Begleitung verlassen. In den Bewohnerinnen und Bewohnern, denen man den Ausgang nicht erlaubte, wurde ein zu großes Gefährdungspotential gesehen.¹² Erst 1990 wurden diese Stationen aufgelöst. Die Auflösung der geschlossenen Abteilungen sorgte im Dorf Dobbertin für großes Aufsehen, weil die Anwohnerinnen und Anwohner unter den behinderten Menschen kriminelle Gewalttäter vermuteten.¹³

3.2 Unterbringungsgruppen

Für die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner liegen statistische Zahlen für die Jahre 1978, 1984 und 1991 vor. Demnach bildeten die vier Kinder- und Jugendstationen mit ihren 240 Bewohnerinnen und Bewohnern einen Chefarztbereich, den Dr. Panther von der Bezirksnervenklinik Schwerin leitete. Für die ca. 480 bis 500 erwachsenen Bewohnerinnen und Bewohner war Dr. Cartellieri zuständig.¹⁴ Rund 70 Kinder bildeten eine Gruppe und waren gemeinsam in einem Haus untergebracht. Dementsprechend gab es vier Kinder- und Jugendhäuser.

Innerhalb der Einrichtung wurden die Bewohnerinnen und Bewohner in Gruppen aufgeteilt, die deren besonderen Erfordernissen entsprechen sollten. Erstens ist

11 ZZI PK 3:55.

12 ZZI PK 4:51.

13 ZZI PK 5:06.

14 ZZI Dr. Cartellieri.

hier die »rehabilitationspädagogische Förderpflege« zu nennen. Diese Gruppe umfasste förderfähige Menschen (Kinder, Jugendliche und Erwachsene), die elementaren Schulunterricht (allerdings nicht innerhalb einer Schule) erhielten und teilweise auch arbeitstherapeutisch betreut wurden.

Die übrigen Bewohnerinnen und Bewohner bildeten – zweitens – die Pflegegruppen. Nach Auskunft von Dr. Cartellieri sind jedoch alle Personen entsprechend der vorhandenen Möglichkeiten und der individuellen Voraussetzungen gefördert worden. Auch weitere Zeitzeuginnen und Zeitzeugen sprechen von einer durchgehenden Förderung.¹⁵ Die spätere Auskunft, wonach die Zustände in Dobbertin bis 1990 »katastrophal« waren¹⁶ oder die Gruppe des Personals »immer unterbesetzt war«,¹⁷ muss jedoch hierbei berücksichtigt werden.

Bis 1987 sind insgesamt 1.250 Patientinnen und Patienten in Dobbertin aufgenommen worden. Davon waren 46,4 Prozent »chronisch psychisch erkrankt« (19 Prozent Männer, 27,4 Prozent Frauen) und 53,6 Prozent »geistig Behinderte« (28,8 Prozent Männer, 24,8 Prozent Frauen).¹⁸ Die Verweildauer wird in der folgenden Tabelle dargestellt (A = Anzahl der chronisch psychisch Kranken; B = Anzahl der Menschen mit geistigen Behinderungen).¹⁹

	Anzahl der Jahre										Gesamt
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 +	
A	13	16	39	20	13	13	6	6	4	102	232
B	77	44	21	22	12	8	6	6	4	58	258

Tab. 1: Aufenthaltsdauer der Bewohnerinnen und Bewohner

3.3 Personal

Nach Auskunft von Dr. Cartellieri war die personelle Ausstattung unzumutbar. Demnach habe sie gemeinsam mit Dr. Panther 1988 eine »Eingabe« an das Ministerium der Gesundheit verfasst, in der es hieß, dass der Personalbestand um das Vierfache angehoben werden müsste, um den Anforderungen der Arbeit gerecht zu werden.

Auf ca. 650 Bewohnerinnen und Bewohner (550 geistig behinderte Menschen und 155 psychisch Kranke) kamen im Jahr 1978 – und diese Zahlen werden auch für 1990

¹⁵ ZZI PK 3:11.

¹⁶ CARTELLIERI (2001), 12.

¹⁷ ZZP, SR.

¹⁸ GIERCKE (1987), 8.

¹⁹ Ibid., 9f.

angegeben – ca. 240-280 Mitarbeiter. In der Statistik sind alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (technisches, medizinisches und pädagogisches Personal) erfasst worden. Das ergibt eine Betreuungsrelation von 0,4:1. Heute beträgt die Relation 330 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu 280 Bewohnerinnen und Bewohner (1,2:1). Von der Geschäftsführung ist seit 1992 auf diesen Schlüssel hingearbeitet worden.

Um dieses nicht an diesen Zahlen ablesbare Problem etwa zu veranschaulichen, sei ein wenig auf das Arbeitsspektrum und das Arbeitsumfeld der Mitarbeitenden eingegangen. Bis 1990 gab es nur ein Telefon in der Einrichtung, und es waren zwei Kleintransporter (Barkas) vorhanden. Es gab keine Vorrichtung, um die körperlich zum Teil schwerstbeeinträchtigten Menschen in die Badewanne zu heben. Auf dem Gelände befanden sich 160 Öfen, die jeweils per Hand geheizt wurden. Ab 1957 stand fließend kaltes Wasser zur Verfügung, warmes Wasser musste in Badeöfen selbst erhitzt werden. Geschirrspülautomaten und ähnliche Küchengeräte waren bis 1990 nicht vorhanden und die Waschmaschinen bereits älteren Datums. Der Gebäudezustand war in manchen Häusern derart kritisch, dass bei Regen mit Wassereimern verhindert werden musste, dass das eindringende Wasser die Bausubstanz erreichte. Die Fenster und Türen wurden selbständig repariert. Das Wasser- und Abwassersystem und auch die Stromversorgung blieben während des Bestehens der Einrichtung bis 1990 immer störanfällig.²⁰

Viele Reparatur- und Instandhaltungstätigkeiten auf dem Gelände erledigten die Bewohnerinnen und Bewohner, was aber das Arbeitspensum der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nur wenig verringerte. Für das Jahr 1978 ist berichtet worden, dass für die Nachtschicht eine junge Frau allein den Spätdienst auf einer Station versah, auf der sich 83 Patientinnen und Patienten befanden.²¹

Die Mitarbeitenden waren in der Regel nicht oder nur wenig qualifiziert. Allerdings mussten sie sich, laut Auskunft von Dr. Cartellieri, weiterbilden. Das geschah in der medizinischen Fachschule in Schwerin. Vermutlich war die Einstellung von neuem Personal mit der Aussicht und/oder der Verpflichtung verbunden, diese Weiterbildungen zu besuchen. Die Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation war im Gesundheitswesen so, dass es niedrige Einstiegsbedingungen für das zukünftige Pflegepersonal gab, was durch Weiterbildungen und die damit verbundene gehaltliche Höherstufung ausgeglichen werden sollte. 1970 war es möglich, dass ein 16-Jähriger, der gerade die 10. Klasse absolviert hatte, in Dobbertin als »Pfleger« eingestellt wurde. In der Nachtschicht durfte er ab dem 18. Lebensjahr arbeiten.²²

Die in Dobbertin Tätigen erhielten anfangs vor allem Weiterbildungen im medizinischen Bereich. Nach Auskunft von Dr. Cartellieri war dies als vorrangig angesehen

20 ZZI Dr. Cartellieri; CARTELLIERI (2001).

21 Ibid.

22 Es handelt sich um eine auch heute noch in Dobbertin tätige Person.

worden. Erst später kamen Weiterbildungsmöglichkeiten hinzu, die der pädagogischen Förderung und der Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner dienten.

Manche Mitarbeitenden wohnten direkt auf dem Gelände, ein Teil wohnte im Dorf und in dessen näherer Umgebung. Die abgeschiedene Lage brachte es mit sich, dass die Attraktivität als Arbeitsort sehr gering war. Wer im Kloster Dobbertin arbeitete, stammte zumeist aus dem Dorf und seiner Umgebung. Die Verbindungen mit öffentlichen Verkehrsmitteln waren noch 1991 so, dass insbesondere an den Wochenenden der Heimweg ohne Auto nicht einfach war (ein einziger Bus fuhr am Abend um 18 Uhr). Da die Einrichtung im Dorf bekannt war, bildete sich eine Art »Arbeitsprofilsvermutung« heraus: In der Umgebung ging man davon aus, dass insbesondere kräftige Männer gebraucht würden, die mit dem unruhigen, hyperaktiven und wenig beeinflussbaren Verhalten einiger Bewohnerinnen und Bewohner zurechtkamen. Die Stigmatisierung der Arbeit mit behinderten Menschen ist ein Thema für sich, das aber bis weit über die DDR-Zeit hinweg virulent blieb.

4 Sozialstatistisches Profil

4.1 Sozialer Status der Eltern und Familie

Nach Auskunft der Akten sind in Dobbertin routinemäßig nach der Aufnahme Anamnesebögen angefertigt und/oder von der Herkunftseinrichtung angefordert worden. Allerdings stellen die noch vorhandenen Bögen zumeist eine Zusammenfassung der Ursprungsanamnesen dar. Die Originaldokumente sind nur selten vorhanden. Teilweise umfassen diese Bögen auch eine Familienanamnese, in der sich Hinweise auf die Eltern des Kindes oder auf das bisherige Pflegepersonal finden. Eine »Sozialanamnese«, die Daten für eine statistische Verwendung aufweisen würde, ist dies allerdings nicht. Die Zugehörigkeit der aufgenommenen Minderjährigen zu einem sozialen Milieu ist nirgendwo vermerkt.

Die Berufe der Eltern sind immer dann angegeben, wenn sie in Erfahrung gebracht werden konnten. Häufig finden sich aber auch Bemerkungen, die zeigen, dass entweder die Herkunftseltern oder ein Teil von ihnen nicht bekannt waren oder dass über das Ausbildungs- und Anstellungsverhältnis der Eltern (z. B., wenn das Kind bei Verwandten aufwuchs) keine Informationen vorlagen. Weil in der DDR nicht allein das Recht auf einen Arbeitsplatz gewährt, sondern die damit korrespondierende Pflicht zur Arbeit galt, kann die Häufigkeit der fehlenden Angaben als sozialanamnetisches Indiz gedeutet werden. In der Regel konnten sich DDR-Bürgerinnen und -Bürger mit einer nennenswerten Qualifikation der Arbeitspflicht nicht entziehen.

In den 115 untersuchten Akten finden sich 39 Einträge zu den Berufen der Eltern und 39 Einträge zum sozialen Milieu der Familie. Die Angaben zu den Berufen der Eltern lauten überwiegend: ungelernt, ohne Arbeit, LPG-Angehörige. Genannt werden zudem ein Offizier, ein Schriftsteller, ein Lokführer, ein Agronom, ein Dolmetscher.

Die Einträge, die das Herkunftsmilieu betreffen, sind wenig ergiebig, weil hier ausnahmslos Einträge vorliegen, die prekäre Lebenslagen der Kernfamilie beschreiben (Eltern unbekannt, Analphabeten, Alkoholiker). Es ist aber sehr deutlich, dass die überwiegende Anzahl der Kinder aus Familien stammte, die in sozialer Hinsicht von den Nachkriegsverhältnissen und ihren langanhaltenden sozialen Verwerfungen besonders betroffen waren. Nicht selten finden sich Formulierungen wie »asoziale häusliche Verhältnisse«. ²³

Dieser Befund wird durch alle geführten Interviews bestätigt. Die überwiegende Anzahl der Interviewpartner bzw. -partnerinnen hat entweder keine Kenntnisse über ihre Herkunft und/oder Eltern oder sie pflegt heute keinen Kontakt mehr und gibt in diesem Fall an, dass der letzte Kontakt lange zurückliegt.

4.2 Die soziale Einbettung der Bewohnerinnen und Bewohner

Die Bewohnerinnen- und Bewohnerakten lassen bis 1990 wenig Interesse der Angehörigen an den sozialen Rahmenbedingungen ihrer Klientel erkennen. Das scheint zum großen Teil daran zu liegen, dass die Eltern sich meistens zurückzogen und Verwandte nicht bekannt oder engagiert waren. Das bedeutet jedoch nicht, dass die Anstalt diese Dimension unterschätzte. Das geht zum Beispiel auch daraus hervor, dass die soziale Isolierung der Bewohnerinnen und Bewohner konstatiert und das Bindungsverhalten analysiert wurde. Immer wieder finden sich in den Akten Hinweise darauf, dass die Kinder ihre Eltern nicht als solche wahrnehmen oder wahrnehmen können.

4.3 Die Konfession der Bewohnerinnen und Bewohner

Das Kloster Dobbertin war eine staatliche Einrichtung. Das Gelände ist geprägt von dem alles überragenden Kirchengebäude. Die Bewohnerinnen und Bewohner haben diese Kirche zu DDR-Zeiten nicht betreten. Es gab jedoch, nach Auskunft ehemaliger Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Besuche von katholischen und evangelischen

²³ Z. B. Bewohnerakte J. M.

Geistlichen, die die Bewohnerinnen und Bewohner mit entsprechender Konfession besuchten und sie seelsorgerlich betreuten. In den Akten ist eine seelsorgerische oder religiöse Betreuung nicht dokumentiert. Nach Auskünften von Dr. Cartellieri konnte jeder in der Einrichtung die Gottesdienste besuchen, was von der damaligen Leitung zwar nicht gewünscht, aber auch nicht untersagt wurde.

Gepflegt wurde eine intensive und von gegenseitiger Hochschätzung geprägte Zusammenarbeit mit der Einrichtung »Evangelisches Kinderhospital ‚Sonnenhof‘« in Ludwigslust. Mehrere Bewohnerinnen und Bewohner lebten vormals dort und sind mit wechselseitigem Entgegenkommen gemeinsam betreut und behandelt worden.

4.4 Wege nach Dobbertin und die Einweisung

In der Wahrnehmung der damaligen Verantwortungsträger sollte bei der Heimeinweisung die Initiative beim Kreisarzt liegen. Er sprach die Heimeinweisungen vorläufig aus und binnen sechs Wochen musste auf der Grundlage von Gutachten und persönlicher Kontaktaufnahme ein Richter des Bezirksgerichts die Einweisung bestätigen. Allerdings seien Gutachten selten angefertigt worden, weil zumeist vor Ablauf der Frist freiwillige Vereinbarungen getroffen wurden und diese Vereinbarungen auch die Mitwirkung der Gerichte entbehrlich machten.²⁴

Die Dokumentation der Einweisungen in den Akten bietet jedoch keine verlässliche Auskunft über die Verfahrenswege. Auch bleibt zumeist unklar, aufgrund welcher Indikation die Einweisung vollzogen wurde. Es überwiegt der Eindruck, dass es sich bei den meisten Aufnahmen um eine soziale Indikation handelte, gepaart mit der zu dieser Zeit üblichen Diagnose einer »frühkindlichen Hirnschädigung«.²⁵

In einigen Akten sind Einweisungsbeschlüsse von Jugendhilfebehörden überliefert. In diesen Beschlüssen ist als Einweisungsgrund (fast) immer die Überforderung des Elternhauses bei der Betreuung des Kindes angegeben, teilweise wurde auch von einer »Verwahrlosung im Elternhaus« gesprochen.

In dem Beschluss des Jugendhilfeausschusses zur Unterbringung von E. B. in einer Einrichtung außerhalb des Elternhauses heißt es, die Eltern hätten ihr Kind vernachlässigt. Sie erhielten nun die Auflage, sich nach der Herausnahme der Tochter aus dem Elternhaus um die anderen Kinder zu kümmern, damit sich diese zu »brauchbaren Mitgliedern der sozialistischen Gesellschaft« entwickelten. E. B. selbst erhielt die Auflage, sich in ihrer Arbeit im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu engagieren. E. B. ist am

²⁴ ZZI Cartellieri.

²⁵ Z. B. Bewohnerakte E. B.; Bewohnerakte K. P. T.; Bewohnerakte M. Sch.; Bewohnerakte K. U.

15.10.1973 per »einstweiliger Verfügung« (der Leiter des Referates Jugendhilfe konnte auf der Grundlage der Jugendhilfeverordnung eine Heimeinweisung vorläufig verfügen) in die Bezirksnervenklinik Schwerin eingeliefert worden. Der Jugendhilfeausschluss Ludwigslust hat diesen Vorgang nachträglich mit Verweis auf § 50 des Familiengesetzbuches (FGB) in Verbindung mit § 23 der Jugendhilfeverordnung bestätigt. Das Befremdliche ist, dass im selben Beschluss erwähnt ist, dass E. B. »hirngeschädigt, schwerhörig und taub« sei, ohne dass dies bei der Einweisung in die Bezirksnervenklinik erwähnt worden wäre.²⁶ Es finden sich auch keine Angaben darüber, woher der Jugendhilfe diese Angaben mitgeteilt wurden.

So liegt der Fall auch bei K. L.: Für das Mädchen wurde nach vorläufiger Verfügung vom 21. März 1983 die Heimerziehung beschlossen. Der vom Jugendhilfeausschuss gefasste Beschluss zur Heimeinweisung folgte neun Wochen später (18. Mai 1983). Er enthält auch eine an die Mutter bzw. den Vater gerichtete Erwartung: Sie solle ihr Kind besuchen, während seine Alimentenzahlungen als Unterbringungsbeitrag einzuziehen seien; überhaupt solle die Mutter jede Unterstützung erhalten. Das Kind selbst wird nicht erwähnt.²⁷ Wo das Mädchen zunächst untergebracht war, geht aus der Akte nicht hervor. In einem Schreiben der Jugendhilfe Perleberg wird die Verlegung von K. L. nach Dobbertin beantragt. Weil der Jugendhilfeausschuss die Heimerziehung auch nach dem 4. Lebensjahr für geraten hielt (so die Begründung), wäre aus Sicht der Kreisjugendärztin nun die Verlegung in eine der Situation des Kindes angemessene Einrichtung wichtig.²⁸

Es ist zu vermuten, dass in vielen Fällen die Jugendhilfe die betreffenden Kinder in stationäre Einrichtungen, z. B. auch in die Bezirksnervenklinik, eingewiesen hat. Nach der dortigen Untersuchung wurde in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbehörden eine Einrichtung der Behindertenhilfe ausgesucht. Teilweise erfolgten die Einweisungen mit Einverständnis oder auf Bitten der Eltern, zum Teil ohne Beteiligung der Eltern, z. B. in Fällen sozialer Indikation.

Eine andere Möglichkeit bildete die Initiative der Eltern. Manchmal ist dokumentiert, dass die Eltern selbst die Einrichtung ausgesucht bzw. einen Heimplatz in Eigeninitiative gefunden und den Behörden mitgeteilt haben. So schrieb die Mutter von U. F., dass sie einen Platz im Kinderheim in Güstrow gefunden und auch bereits vom Heimleiter eine Zusage zur Aufnahme erhalten habe. Warum das Kind nach Dobbertin kam, geht aus den Akten nicht hervor.²⁹

In einigen Fällen befanden sich Kinder in der Einrichtung, ohne dass ersichtlich war, wer dies ursprünglich veranlasst hatte. Dr. Panther, der in der Regel die Kinder in der

26 Bewohnerakte E.B.

27 Bewohnerakte K.L.

28 Bewohnerakte K.L.

29 Bewohnerakte U.F.

Bezirksnervenklinik begutachtete, schrieb an den Rat des Kreises Ribnitz-Damgarten, um von der Jugendhilfe den bisherigen Aktenvorgang zu erfahren. Er konnte jedoch keine Auskunft erhalten, weil bei der Jugendhilfe keine Akten vorlagen:

»Wir – so schreibt Dr. Panther – können daraus schließen, dass der o. g. Jugendliche kein Betreuungsfall der Jugendhilfe ist bzw. keine Einweisung ins Pflegeheim durch das Referat Jugendhilfe erfolgte.«³⁰

Auch im Fall von F.W. war die Jugendhilfe nicht involviert. Das Kind lebte seit 1977 in Dobbertin, und zur Klärung der Unterhaltsansprüche sollten die Sorgerechtsinhaber ausfindig gemacht werden. Der Jugendhilfe war die Familie aber nicht bekannt. Wie das Kind nach Dobbertin gelangt war und welche Behörden dabei einst mitwirkten, ging aus der Akte nicht hervor. Auf die Anfrage der Einrichtung wurde die Jugendhilfe aber aktiv, und eine Jugendfürsorgerin konnte die Frage klären.

In nur einer Akte ist die Vorgeschichte eines Kindes in aller Ausführlichkeit dokumentiert. Weil der Fall einerseits ganz sicher nicht typisch ist, aber doch andererseits eine Verbindung von vielen typischen Facetten der Biographie eines Betroffenen offenbart und er zudem einen Einblick in die Atmosphäre dieser Zeit und auch von den zum Teil entgegengesetzten Interessen der Akteure vermittelt, soll diese Geschichte hier etwas näher ausgeführt werden.

4.5 Biographische Aspekte von W.S.³¹

Anders als in anderen Fallakten sind die Vorgeschichte und die Einweisungsumstände von W. S. in einiger Ausführlichkeit dokumentiert. Das Kind ist am 1962 in einem Ort des Kreises Bad Doberan geboren worden. Mit neun Jahren legte er Feuer in Scheune und Pferdestall. Ein Jahr später fiel er bei einer neuerlichen Brandlegung dem Rat der Gemeinde Radegast auf, der daraufhin bei der dort ansässigen Abteilung Gesundheitswesen um einen Heimplatz bat. Der Vater sei nicht allein einverstanden, er habe, um die Heimeinweisung zu beschleunigen, von sich aus beim Staatsrat der DDR um einen Heimplatz gebeten. Der Junge wurde daraufhin in den Michaelshof eingewiesen.

Der zu diesem Zeitpunkt zehnjährige Junge litt von Geburt an unter gesundheitlichen und psychischen Problemen. Im vierten Lebensjahr verbrachte er fünf Monate in der Kinderklinik des Bezirkskrankenhauses Rostock (zur Beseitigung eines Megacollon congenitum). Hier wurde eine erhebliche Entwicklungsverzögerung festgestellt. Ende 1967 wurde von derselben Einrichtung der Befund »Debilität« ausgestellt.

³⁰ Bewohnerakte M.W.

³¹ Alle Informationen des Abschnitts entstammen der Bewohnerakte V.W.

Eine Aufnahme in Dobbertin kam zunächst wegen Platzmangels nicht in Frage. Ende November 1967 waren für das kommende Jahr 170 Voranmeldungen eingegangen, die Einrichtung konnte aber nur 40 Kinder aufnehmen. Neben der diagnostizierten Intelligenzminderung findet sich in der Akte der Verweis auf eine Gehörlosigkeit und auf Epilepsie. Bis 1972 musste W.S. deshalb häufig in der Bezirksnervenlinik Schwerin vorstellig werden.

1972 wird der Junge in den Michaelshof gebracht. Der Vater war dabei anwesend. Der Jugendgesundheitschutzvertreter schilderte die Situation:

»Dass er bei der Einlieferung des Jungen im Michaelshof von den dort gehäuft vorhandenen Elendsgestalten schockiert war, darf uns nicht verwundern. Wenn ich daran denke, wie der Besuch in der Tagesstätte in der Rosa-Luxemburg-Straße in Rostock auf Frau Mienert und mich wirkte.« (25.6.72).

Der Leiter des Michaelshofes vertrat die Ansicht, dass der Junge dort nicht angemessen untergebracht sei. Es sei nicht einmal geklärt, ob bei dem Kind »Schwachsinn im Grade der Debilität oder Imbezillität« vorläge, so dass er den Jungen zur Klärung in die Bezirksnervenlinik Rostock schickte. Dort wurde eine allgemeine Entwicklungslatenz von viereinhalb Jahren und eine größere, was die Sprachentwicklung betraf, erkannt. Der Junge sei nicht schul-, aber förderungsfähig. Daraufhin wurde von der Universitätsnervenlinik in Rostock eine Anstalt empfohlen, die diesem Befund entsprach,³² zunächst jedoch ohne Erfolg.

1974 nahm das Jugendamt seine Tätigkeit erneut auf und machte Hausbesuche. Die Wohnung der Eltern bot einen verheerenden Eindruck: Haustiere aßen von den in der Wohnung verstreuten Essensresten, und »[d]ie Bettwäsche im Kinderbett war so schmutzig, das [sic] einem graute«. Die Jugendfürsorgerin stellte die »Vernachlässigung der Erziehungspflicht« fest. Ein Jahr später fand eine Sitzung des Referats Jugendhilfe statt, bei der sich das Referat Jugendhilfe wie folgt äußerte:

»Auf die Vorhaltungen unsererseits erhielten wir [von den Eltern; Anm. K. L.] die Antwort, sie könnten das Kind nicht anbinden. Dazu muss gesagt werden, dass Frau Brauns zu Hause war [...] und Herr Schmidt meistens keiner Arbeit nachgeht. Wir machten Herrn Schmidt darauf aufmerksam, dass bei Nichteinhaltung einer ordnungsgemäßen Betreuung der Junge in ein Heim eingewiesen werden muss. Der Vater sagte, ›aber nur über meine Leiche‹ und bezeichnete ein Heim als ›Verrücktenanstalt‹. Das Jugendamt wies darauf hin, dass der Junge im Heim gefördert werden könnte, um später selbst zu seinem Lebensunterhalt beitragen zu können. Dieses ›später‹ – so der Vater – gäbe es nicht, denn die DDR würde aufhören zu existieren.«

Die Sitzung endet ohne Einigung. Im März 1975 wurde die Volkspolizei informiert. Der Leiter der Kriminalpolizei beim Kreisamt Lübz teilte dem Rat des Kreises mit:

³² Prof. Dr. Göllnitz (Abt. für Kinder-Neuro-Psychiatrie) am 10.7.1972; die folgenden Zitate ibid.

»Das Kind V.W. [...] kann nicht durch das Referat Jugendhilfe in ein Heim eingewiesen werden, da es als entwicklungsunfähig eingeschätzt werden muss. Da das Kind in diesem Jahr bereits wiederholt Handlungen beging, wodurch Bürger und Einrichtungen geschädigt wurden und durch die Erziehungsberechtigten eine ständige Aufsicht nicht gewährleistet werden kann, ersuche ich Sie umgehend, die Unterbringung des Kindes in einer Einrichtung des Jugendgesundheitschutzes zu veranlassen.«

Auf Bitten des Vaters entschied Dr. Panther, das Kind in Dobbertin aufzunehmen. In einer nicht adressierten, undatierten und nicht unterschriebenen Aktennotiz heißt es, über die Aufnahme in ein Heim entscheide nicht Dr. Panther, sondern die Bezirks-Rehabilitationsstelle.

Außerdem sei »unbedingt« (im Original unterstrichen) die Brandstiftung dabei anzugeben, »da vor allem gerade aus diesem Grunde eine Einweisung des Jungen dringend erforderlich ist«. Die Bezirksrehabilitationsstelle entscheide »nur nach dringendsten Fällen. Es besteht die Gefahr, dass durch weitere Brandstiftungen bzw. Legung von Bränden größere Schäden für die Bevölkerung entstehen könnten. Die Brandstiftung muss unbedingt angegeben werden.«

In Dobbertin wurde der Jugendliche auf der geschlossenen Station untergebracht (er gehört zur Arbeitsgruppe »Geschützte Arbeit«). In der Akte befindet sich eine größere Anzahl von wohlwollend und wertschätzend formulierten Förderberichten.

4.6 Familienbindungen und Elternbesuche

Von Seiten der Einrichtung stellten Verwandtenbesuche kein Problem dar, sondern waren im Gegenteil sogar erwünscht. Diese Auskunft haben uns alle Gesprächspartnerinnen und -partner, insbesondere auch die Bewohnerinnen und Bewohner, erteilt. In Dobbertin wurden weder Besuchszeiten festgelegt, noch mussten andere Regeln und Vorgaben eingehalten werden.

Bei einem Teil der untersuchten Fälle lässt sich feststellen, dass das Eltern-Kind-Verhältnis nach der Diagnose problematischer wurde und dies eine Entwicklung einleitete, die häufig mit einem Abbruch endete. Nur bei wenigen Kindern blieb das Verhältnis intakt, so dass die familiären Bindungen keine Schäden genommen haben. Die Zeitzeuginnen und Zeitzeugen haben in der Regel kaum Verbindung zu ihren Eltern oder kennen sie nicht.³³

In der Akte von E.B. wurde vermerkt, dass die Eltern 1980 unangemeldet in Dobbertin erschienen, um den Tag mit ihrem Kind zu verbringen. Anschließend erhielten

³³ ZZI E.B. 6:43; oder ZZI K.E. 1:20; B.L. 11:40.

sie den Hinweis, sich künftig vorher anzumelden.³⁴ Das Kind durfte den Urlaub im Elternhaus verbringen, obwohl als Einweisungsgründe »Verwahrlosung« und »Missbrauchsfall« angegeben waren.³⁵

Ein weiterer Fall ist überliefert, bei dem die Eltern mit ihrem Kind alle 14 Tage das Wochenende gemeinsam zu Hause verbrachten.³⁶

Als die Mutter von H. E. sich erkundigte, »welche fürsorgerische Besonderheit sich im erwachsenen Bereich für meine Tochter ergeben [sic]«, erhielt sie umgehend (am 4. April 1986) eine Antwort:

»Auf ihr Anfrage möchte ich Ihnen mitteilen, dass sich ihre Tochter Heike jetzt in einer Einrichtung des Sozialwesens befindet, für die die Verordnung über Feierabend- und Pflegeheime die Rechtsgrundlage ist. Bei Beurlaubungen z. B. ist eine vorherige schriftliche Anfrage an unsere Oberärztin Frau Cartellieri zu richten. Es werden bei Beurlaubungen die Fahrtkosten nicht erstattet, sondern nur auf Antrag ist eine Ermäßigung der Deutschen Reichsbahn möglich. Für die Zeit der Abwesenheit der Pat. wird der Unterhaltskostensatz nicht an die Eltern überwiesen, sondern verbleibt auf dem Konto des Patienten. Für Kleidung sind nicht mehr die Eltern verantwortlich, sondern lediglich im Rahmen dessen, wie sie es für anderer volljährigen Kinder auch ermöglichen können. Z. B. Geschenke zum Geburtstag, Weihnachten usw. Ich hoffe, Ihnen ausführliche Mitteilungen gemacht zu haben und grüße Sie freundlich.«³⁷

Soweit in den Akten Besuchsanträge vorliegen, sind sie auch bewilligt worden. Augenscheinlich legte Dr. Panther – sofern dies dokumentiert ist – Wert auf die Eltern-Kind-Beziehung. Auf Anfrage einer besorgten Mutter schrieb er:

»D. gehört auch weiterhin als Kind zur Familie und behält dort auch das Wohnrecht, selbst wenn sie zeitweilig in einer staatlichen Einrichtung des Gesundheitswesens betreut wird und dort polizeilich gemeldet ist. Dobbertin ist als Nebenwohnung zu betrachten und nicht umgekehrt. Sie brauchen überhaupt nichts ändern zu lassen, weder im Hausbuch [im Wohnhaus der Eltern] noch bei der VP [also die Volkspolizei; jeweils Anm. K. L.]. Wir hoffen, daß Ihnen unsere Auskunft genügt und Sie brauchen sich auch keine Sorgen zu machen, wenn es Ihnen nicht möglich ist, D. öfter nach Hause zu holen, wichtig ist, daß der Elternhaus-Kind-Kontakt überhaupt aufrecht erhalten bleibt.«³⁸

34 Bewohnerakte E. B.

35 Bewohnerakte E. B.

36 Bewohnerakte M. S.

37 Bewohnerakte H. E.

38 Brief Dr. Panther an Frau Nowotnik, 18.10.1989, in: Bewohnerakte D. N.

5 Diagnostik, Behandlung und Lebensverhältnisse

5.1 Medizinisch-therapeutischer Bereich

Das Kloster Dobbertin befand sich von 1962 bis 1990 in der Trägerschaft der Bezirksnervenklinik Schwerin. Die Bezirksnervenklinik umfasste eine Abteilung für Psychiatrie und eine für Neurologie und vor 1962 ein Pflegehaus (»Langzeitbereich«). Nach 1962 übernahm das Pflegeheim Dobbertin die Langzeitpatientinnen und -patienten und wurde zur »Nachsorgeneinrichtung« der Schweriner Klinik.³⁹

Das in Gesprächen mit heutigen Mitarbeitenden auftauchende Stichwort vom »Schweriner Modell« meinte ab ca. 1980 (unter Verarbeitung der Rodewischer Thesen) eine »therapeutische Gemeinschaft«, in der drei Momente kombiniert waren. Nach einer klinisch-diagnostischen Phase (im Bezirkskrankenhaus) wurden die Menschen in eine Form des »geschützten Lebens« (in Dobbertin) geführt, die von heilpädagogischen Momenten begleitet sein sollte.

Häufig waren die Kinder Patientinnen und Patienten der Bezirksnervenklinik Schwerin und wurden dort zum Teil über längere Zeiträume behandelt oder diagnostiziert, um dann von dort nach Dobbertin überführt zu werden. Weil in Dobbertin im Untersuchungszeitraum Platzmangel herrschte, war der Zeitpunkt der Überführung abhängig von freiwerdenden Plätzen. Auch am Standort der Bezirksnervenklinik Schwerin wurden Langzeitpatientinnen und -patienten versorgt, weil in keiner weiteren oder geeigneten Einrichtung ein Platz zu finden war.⁴⁰

5.1.1 Therapieformen

Es finden sich in den Akten keine präzisen Abgrenzungen zwischen den Tätigkeitsbereichen »Fördern«, »Pflegen« und »Therapieren«. Auch die Gruppeneinteilung bzw. die Namen dieser Gruppen (»Fördergruppen« und »Pflegetruppen«) bezeichnen keine Klassifikation der Behandlungsarten. Die Terminologie variiert zudem zwischen »Arbeitsberichte«, »Berichte über die Entwicklung« und Ähnlichem. Deshalb werden diese Phänomene insgesamt unter der Überschrift »Therapieformen« behandelt.

Die Einweisungen erfolgten zumeist durch die Jugendhilfe. Der Jugendhilfeausschuss hat zwar vereinzelt die spezifischen gesundheitlichen Bedingungen der Bewohnerinnen und Bewohner erwähnt, aber diese nicht als Einweisungsgründe angegeben. Es lässt sich deshalb auch keine Verbindung zwischen Einweisungsgründen und Therapieformen

³⁹ HOPKES (2012), 72 und GERHARD (2009), 45.

⁴⁰ Siehe: CARTELLIERI (1990).

feststellen. Es ist auch unklar, wie es zu bestimmten Therapieformen kam. Alle in den Akten formulierten Zielvorstellungen (Erhaltung des Gesundheitszustandes, Erhalt der Arbeitsfähigkeit, Aufrechterhaltung der stationären Wohnform) sind erst nach dem Trägerwechsel eingetragen worden.

Die Einrichtung verstand sich zu keinem Zeitpunkt als »Verwahreinrichtung«. Die Kinder sind in Pflege- und Fördergruppen aufgeteilt worden. In späteren Akten ist statt von »rehabilitationspädagogischer Förderpflege« auch von »psychiatrischen Fördergruppen« die Rede. Ob dies bloße Begriffsänderungen sind oder sich dahinter Konzepte verbergen, die auf einen bestimmten Förderbedarf abgestimmt waren, konnte nicht in Erfahrung gebracht werden. Aber auch für die Kinder in den Pflegegruppen waren Beschäftigungsprogramme vorgesehen. Allerdings lässt sich dies nicht durchgängig belegen. Die Kinder besuchten keine reguläre Schule.

Die Lern- bzw. Förderfähigkeit war das Zuteilungskriterium für die Pflege- bzw. Fördergruppen. Über den Förderstatus bzw. den Lernerfolg sind von der jeweiligen Gruppenleitung jährlich Berichte verfasst worden, die zum Gruppenwechsel führen konnten. Die erreichten Leistungen wurden schematisch dokumentiert. Kriterien waren: Kenntnis der Zahlenfolge von 1 bis 5, Kenntnis der Grundfarben, Schreibfähigkeit, Geschicklichkeit beim Turnen, Fähigkeit zum Zeichnen. Wenn Kinder aus gesundheitlichen Gründen von der Förderung befreit worden waren, wurden die Eltern, sofern sie erreichbar waren, davon in Kenntnis gesetzt.⁴¹

Die Förderberichte (in 20 Akten befinden sich Förderberichte, die in ihrer Differenziertheit sehr unterschiedlich ausfallen) bewerten die Selbständigkeit in elementaren Bereichen: Waschen, Essen, Anziehen, soziale Eingliederung (Teilnahme an Spielen, Spaziergängen, Begrüßen), Umweltorientierung (Uhrzeit), Selbstbeschäftigung, Freizeitgestaltung und produktive Tätigkeiten (Teilnahme an Beschäftigung/Arbeit). Zumeist lautete die Einschätzung sinngemäß, dass das Förderziel entsprechend der psychischen und physischen Konstitution erreicht worden sei. Dies bedeutete, dass im Hinblick auf die individuellen Möglichkeiten (immer auch gemessen am allgemeinen Gesundheitszustand) die Auswertung das Kriterium darstellte, mit dem über die Fortsetzung oder Veränderung der Fördermaßnahme entschieden wurde.

Wie die Förderung ausfiel, verdeutlicht ein Kommentar der Stationsärztin Dr. Cartellieri, die rückblickend formuliert:

»Gezielte Fördermaßnahmen durch pädagogisch ausgebildetes Personal für erwachsene Heimbewohner gab es nicht. Zum strukturell getrennten Kinder- und Jugendbereich gehörte ein förderpädagogischer Bereich, der die zwei Kinderpflegestationen aber nicht umfasste. [...] Unter all den unterprivilegierten Menschen hier waren die mit einer schweren geistigen oder mehrfachen Behinderung am schlimmsten betroffen, da sie nie die Chance

41 Brief an die Eltern, 29.9.1970, in: Bewohnerakte V.P.

*einer Förderung hatten und nur unter unsäglichen räumlichen und unzureichenden personellen Bedingungen gepflegt werden konnten.*⁴²

Einige Förderberichte bedienten sich einer differenzierten und respektvollen Sprache, andere konnten aber auch folgendermaßen lauten:

»Die dem Ref. seit langem bekannte Patientin macht ihrem Namen, launig zu sein, alle Ehre. Sie bietet ein volles Programm an Verhaltensstörungen. [...] Außerdem kann man sie als ›Nervensäge‹ bezeichnen [...].«⁴³

Nach 1977 sind in Dobbertin zwei Förderwerkstätten gebaut worden, so dass in Dobbertin Rehabilitanden arbeiteten. Ca. 50 Jugendliche wurden in den Folgejahren in sogenannte »Rehabilitationsarbeitsverhältnisse« vermittelt. Sie arbeiteten in den Betriebswerkstätten, in der Küche, in der Wäscherei, in der Gärtnerei und brachten Essen in die Häuser.⁴⁴

6 Pädagogik und Lebensalltag

In den Akten finden sich keine Hinweise auf Betreuungsschlüssel, Bettenanzahl, Besuchsregelungen, Tagesabläufe, die Nutzung persönlicher Gegenstände, die Bereitstellung individuellen Mobiliars oder Kleidung. Die nachfolgenden Angaben beziehen sich dementsprechend hauptsächlich auf die Aussagen der Zeitzeuginnen und Zeitzeugen, wobei die Bewertung des Lebensalltags in den Interviews stark variiert. Viele Betroffene haben nur spärliche Erinnerungen.

In Dobbertin sorgte die Verfasstheit der Gebäude dafür, dass die Bettenanzahl pro Zimmer nur wenig verändert werden konnte. Auch in den frühen Zeiten sind nie mehr als zehn Betten pro Zimmer aufgestellt worden. Später hat sich diese Zahl verringert. Ab den 1980er Jahren scheint es, dass zwei bis sechs Personen in einem Zimmer lebten.⁴⁵ Dennoch berichten verschiedene Personen über Missstände in den äußeren Lebensbedingungen. Die Gebäude waren veraltet. Bis in die 1970er Jahre wurde nichts grundlegend renoviert, sondern nur ausgebessert. Die Dächer waren zum Teil undicht, die Zimmer überbelegt.⁴⁶ Erst allmählich wurden auch persönliche Gegenstände erlaubt. Eine Zeitzeugin berichtet, dass die Kinder eines Zimmers einen Schrank gemeinsam nutzten, jedoch genügend Spielsachen vorhanden waren.⁴⁷

⁴² CARTELLIERI (2001).

⁴³ Bewohnerakte B.L.

⁴⁴ GIERCKE (1979), 19.

⁴⁵ ZZI PK 2:15; ZZI M.W. 2:35.

⁴⁶ ZZP eingegangen am 14.11.2019, 13:07, Id.: 62847204.

⁴⁷ ZZI B.L 2:55.

Über den Alltag ist wenig dokumentiert, und es lässt sich auch nur Weniges in Erfahrung bringen. Bis 1975 trugen die Bewohnerinnen und Bewohner Anstaltskleidung, sogenannte »Blaumänner«. ⁴⁸ Nach 1975 setzte sich individuelle Kleidung durch. Für jede Bewohnerin und jeden Bewohner wurde ein Posten »Kleidergeld« angelegt, von dem bei Bedarf Kleidung und Schuhwerk gekauft wurden.

6.1 Arbeitstherapie

Die Bewohnerinnen und Bewohner Dobbertins haben einen Teil der zur Aufrechterhaltung des täglichen Betriebes nötigen Tätigkeiten selbst verrichtet. Dazu zählten das Heizen, Reinigungsarbeiten, Wäschewaschen, Reparaturarbeiten, Gartenarbeit und Küchenarbeiten. ⁴⁹ Oftmals waren diese Tätigkeiten zugleich Teil der »Arbeitstherapie«, zum Teil wurden sie auch durch einen Arbeitsvertrag, der dem in der DDR für diese Tätigkeiten fixierten tariflichen Standard entsprach, geregelt (mit Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und Rentenansprüchen) und entlohnt. Der diesbezügliche Vertrag enthielt Angaben über die tarifliche Entlohnung, die zu leistenden Arbeitsstunden, das Qualifikationsniveau und den Grad der Behinderung. Vereinzelt haben Bewohnerinnen und Bewohner Berufe erlernt und sind auch in die Eigenständigkeit entlassen worden. ⁵⁰

In den Akten finden sich häufig sogenannte »Rehabilitationsarbeitsverträge«. Hier wurde der Grad der durch die Behinderungen ermöglichten Arbeitsleistung, Stundenanzahl und Vergütung vermerkt. Vermutlich gab es einen fließenden Übergang von der Arbeitstherapie zur entgeltlichen Arbeit.

Es wurden mit verschiedenen Betrieben Kooperationen geschlossen, z. B. mit dem VEB EWA. Für diesen Betrieb, der sich heute in Sachsen befindet, wurden Teelichter und Kerzen produziert. Der Betrieb lieferte die Teelichter, und die Bewohnerinnen und Bewohner fädelten die Dochte ein und verpackten die Kerzen und Teelichter. ⁵¹ 1973 soll eine Betriebsabteilung des VEB Wittol auf dem Gelände von Dobbertin gegründet worden sein, so dass in den Werkstätten ein Meister und sechs Rehabilitanden Rohlinge und Kerzendochte anfertigen konnten. ⁵²

48 ZZI P.K. 20:15.

49 ZZI E.B. 1:50.

50 ZZI P.K. 4:03.

51 ZZI P.K. 8:44.

52 GIERCKE (1979), 27.

7 Strafen und Gewalt

Zur Einrichtung »Kloster Dobbertin« gehörten zwei geschlossene Stationen. Aus einem Gespräch, das mit einem damals tätigen Mitarbeiter geführt wurde, geht hervor, dass dort »Patienten« wohnten, die einem starken selbst- und fremdgefährdenden Risiko unterlagen. Das wird auch von der damaligen Stationsärztin Frau Dr. Cartellieri bestätigt.⁵³ Ein Bewohner berichtet, dass es sich bei den geschlossenen Stationen auch um eine Art Strafstation gehandelt hätte. Er berichtete, dass er als Kind hin und wieder aus ihm unerklärlichen Gründen dort eine Zeitlang unter Erwachsenen leben musste.⁵⁴ Besonders in der Frühphase der DDR sind Bewohnerinnen und Bewohner in unterschiedlichen Fällen fixiert worden. Die Zeitzeuginnen und Zeitzeugen begründen dies mit dem Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung.⁵⁵ Die Enge der Situation soll erhebliche Aggressionen hervorgerufen haben: Schlägereien untereinander seien »jeden Tag« vorgekommen.⁵⁶

Es gibt auch vereinzelt Schilderungen, aus denen sich erschließen lässt, wie gewaltförmig der Alltag gestaltet war. Eine Zeitzeugin berichtete von dem Besuch ihrer Schwester in Dobbertin:

»Es machte alles einen angsteinflößenden Eindruck auf mich. Wir durften das Haus, in dem meine Schwester untergebracht war, nicht betreten. Man brachte sie uns raus. Als ich sie dann sah, war ich so erschrocken und schockiert. Ihren Anblick werde ich nie vergessen. Sie war schmutzig und roch unangenehm. Überall klebten Essensreste. Sie hatte ein blaues Auge und mehrere blaue Flecken überall. Sie war mit Drogen vollgepumpt. Sie konnte uns gar nicht wahrnehmen. Sie trug Windeln, welche sie vorher nicht benötigte. Und konnte kaum gehen und stehen. Die Verletzungen waren angeblich von gewalttätigen Mitbewohnern.«⁵⁷

Vereinzelt berichten auch Bewohnerinnen und Bewohner von Schlägen und Misshandlungen seitens des Pflegepersonals.⁵⁸ Strafen, Gewaltanwendungen und Ähnliches sind in den Akten nicht vermerkt.

53 Interview Dr. Cartellieri.

54 Interview M. Sch.

55 ZZI PK 6:04.

56 ZZI PK 9:24.

57 ZZP eingegangen am 17.3.2019, 11:11, Id.: 55353505.

58 ZZI B.L. 9:15; ZZI M.W. 8:40.

8 Medikation

Einige Akten enthalten zum einen die bereits erwähnten Förderberichte. Sie sind entweder stichpunktartig verfasst oder in Vordrucke eingetragen. Zudem gibt es immer wieder Dokumente, die über besondere Vorkommnisse berichten (in der Regel Krankheitsfälle). Die in diesem Bereich dokumentierten Hinweise auf Medikamente betreffen vor allem Fälle von akuten Erkrankungen: Fiebermittel, Schmerzmittel. Selten ist die Vergabe von Schlaftabletten dokumentiert. Ein als Zeitzeuge zur Verfügung stehender Pfleger berichtet jedoch, dass in der Regel »Chloralhydrat flüssig, 25ml« verabreicht wurde, später auch in Form »roter Kapseln«. Die Vergabe geschah ausschließlich nach ärztlicher Verordnung, wobei diese Verordnung den Zusatz trug: »bei Bedarf«. Faustan oder Gelonida wurden dagegen wenig verabreicht. Dagegen wurde regelmäßig ein »Cocktail« aus Medikamenten intravenös verabreicht.⁵⁹

Es waren aber keine Hinweise auf andere Medikamentierungen zu ermitteln. Das verwundert, weil die Verabreichung solcher Medikamente zum Lebensalltag gehörte und Niederschlag in den Akten gefunden haben müsste. Es sind auch keine Einträge gefunden worden, die Medikamente betreffen, die zur Sedierung oder zur Stabilisierung von Befindlichkeiten oder zur Ruhigstellung nötig gewesen wären. Psychopharmaka tauchen in den Unterlagen nicht auf. Medikamentengaben zur Ruhigstellung sind nicht protokolliert. Sie tauchen aber sehr vereinzelt indirekt dadurch auf, dass ihre Absetzung beschlossen wurde.

In einem Förderbericht wird nach einer Darstellung auffälliger Verhaltensweisen folgende Schlussfolgerung gezogen:

»Da sich diese Verhaltensweisen B.'s über viele Jahre relativ konstant und unveränderlich trotz hoher und höchster Psychopharmaka-Medikation gezeigt haben, soll der befristete Versuch der Medikamentenherabsetzung gemacht werden, zunächst einmal für 4 Wochen. Bei besonderer Unruhe und Unleidlichkeit könnte 1 Eßlöffel Chloralhydrat gegeben werden.«⁶⁰

Einige Male (fünf Mal) sind in den Akten Sterilisationen dokumentiert (»irreversible Kontrazeption«).⁶¹ Zum Teil liegen den Akten Einverständniserklärungen der betreffenden Frauen bei. Das Alter der Frauen betrug bei der Operation 24, 18 bzw. 19 Jahre (das Alter der anderen konnte nicht ermittelt werden).

Die Pflegeperson, die als Zeitzeuge zur Verfügung stand, kann sich nicht daran erinnern.⁶² Frau Dr. Cartellieri wies nachdrücklich darauf hin, dass die Intimsphäre der Bewohnerinnen und Bewohner respektiert und dass – in allerdings sehr engen Grenzen – auch Paare toleriert wurden.

⁵⁹ ZZI PK 7:31-8:50.

⁶⁰ Bewohnerakte Br. L.

⁶¹ Bewohnerakte S. K.; S. S.; K. T.; B. K.; I. M.

⁶² ZZI P.K. 2:38.

9 Literatur- und Quellenverzeichnis

- CARTELLIERI, BIRTHILD (2001), Damals und heute – von der Beschäftigungstherapie zu Förder-, Freizeit und Therapieangeboten. In: merk-mal, S. 12 f.
- CARTELLIERI, BIRTHILD (1990), Das Psychiatrische Pflegeheim im System der psychiatrischen Versorgung, Diss. Akademie für ärztliche Fortbildung der Deutschen Demokratischen Republik Güstrow.
- GERHARD, NINA (2010), Psychopharmakaprävalenz bei Menschen mit geistiger Behinderung. Untersuchungen in zwei Einrichtungen der Behindertenhilfe – Dobbertin und Weitin, Rostock.
- GIERCKE, KLAUS (1979) (Hrsg.), Bezirksnervenklinik Schwerin 1830–1980, Schwerin.
- GIERCKE, KLAUS (1987), 25 Jahre Psychiatrisches Pflegeheim Dobbertin, In: Information für Ärzte, Zahnärzte und Apotheker (Hrsg. von der Abt. Gesundheits- und Sozialwesen Rat des Bezirkes Schwerin), Nr. 58, S. 8–10.
- HOPKES, HANS (2012), Das Kloster Dobbertin im Wandel politischer Ereignisse des 20. Jahrhunderts. In: Kloster Dobbertin. Geschichte – Bauten – Leben (Beiträge zur Kunstgeschichte und Denkmalpflege in Mecklenburg-Vorpommern, Bd. 2), Schwerin, S. 71–74.
- Berichte aus dem Zeitzeugenportal (ZZP):
ZZP, eingegangen am 14.11.2019, 13:07:00, Id.: 62847204.
ZZP, eingegangen am 17.03.2019, 11:11:00, Id.: 55353505.

VIII Kinderpsychiatrie Storkow-Hubertushöhe

Anke Dreier-Horning

Inhalt

1 Einrichtungstyp und Quellenbasis	536
1.1 Das Profil der Bezirksnervenklinik und ihrer Außenstellen	536
1.2 Zur Geschichte der Einrichtung in Storkow-Hubertushöhe	537
1.3 Personal	538
1.4 Quellen der Forschungsarbeit	538
1.4.1 Bewohnerinnen- und Bewohnerakten	538
1.4.2 Interviews	539
1.4.3 Öffentliche Archive und weitere Quellen	540
2 Räumliche Beschaffenheit und materielle Ressourcen	541
2.1 Erdgeschoss	541
2.2 Station 1	542
2.3 Station 2	543
2.4 Nebengebäude	544
3 Profil der Kinder und Jugendlichen und Wege in die Einrichtung	545
3.1 Beschreibung des Klientels der Einrichtung	545
3.2 Vorgeschichten und Wege in die Einrichtung	547
3.2.1 Fall S. H. (*1976)	547
3.2.2 Fall S. P. (*1971)	548
4 Pädagogik und Lebensalltag	550
4.1 Ankunft in der Einrichtung Storkow-Hubertushöhe – ein Zeitzeuginnenbericht	550
4.2 Alltag	551
4.3 Entwicklungen in den 1980er Jahren	553
4.4 Das Bild vom Menschen mit geistiger Behinderung	555
4.5 Gewalterfahrungen	557
5 Medizinisch-therapeutischer Bereich	558
5.1 Diagnostik	558
5.2 Isolierraum – das »Eckzimmer«	560
6 Medikation	562
6.1 Sedierung	562
6.2 Weitere Medikamente	564
6.3 »Medikamentenfreie Tage«	565
7 Literaturverzeichnis	566

1 Einrichtungstyp und Quellenbasis

1.1 Das Profil der Bezirksnervenklinik und ihrer Außenstellen

Die Kinderpsychiatrie Storkow-Hubertushöhe war eine Außenstelle der Bezirksnervenklinik Eberswalde.¹ Im System der Einrichtungen zur Unterbringung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen und geistigen sowie körperlichen Behinderungen in der DDR kam den Außenstellen der Bezirksnervenkliniken die Funktion eines staatlichen Pflegeheims zu, auch wenn die Einrichtungen offiziell dem Gesundheitswesen zugeordnet waren und weiterhin zum Bereich der »Kinder- und Jugendpsychiatrie« gehörten. Die Aufgaben einer Pflegeeinrichtung nahmen die Außenstellen aufgrund der mangelhaften Ressourcen im DDR-Gesundheitswesen wahr.

Geistig behinderte Kinder in der DDR, die aus ganz unterschiedlichen Gründen eine Fremdbetreuung benötigten, konnten:

- a. in Pflege- und Feierabendheimen untergebracht werden – diese Plätze waren jedoch von geringer Zahl und brachten viele Betreuungsprobleme mit sich;
- b. ab den 1970er Jahren in besonderen Tageseinrichtungen betreut werden – diese Einrichtungen standen aber nur »förderfähigen« Kindern offen;
- c. in konfessionellen Dauerheimen untergebracht werden.

In staatlichen Einrichtungen gab es, mit Ausnahme der genannten, für die im nachfolgenden Text beschriebene Klientel keine Plätze. Notgedrungen übernahmen die Kinderpsychiatrien der DDR die Aufgabe der Unterbringung geistig behinderter Menschen und damit die Funktion von Dauerheimen. Im Bundesland Brandenburg gab es z. B. im Jahr 1990 noch drei Fachkrankenhäuser mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung: in der Stadt Brandenburg (ca. 370 Plätze), in Lübben (60 Plätze) und in Eberswalde-Finow (36 Plätze).² Rund 36 Prozent der Patientinnen und Patienten der Bezirksnervenklinik Eberswalde waren Menschen mit Behinderungen, die als Langzeitpatienten seit mehreren Jahren hier untergebracht waren. Auch in der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung war ein Großteil der Patientinnen und Patienten schwer und mehrfach behindert.³

1 Außenstellen des Bezirkskrankenhauses für Psychiatrie und Neurologie Eberswalde, 1300 Eberswalde-Finow 1, Oderberger Straße 8: a) Außenstelle Hubertushöhe Kinderpsychiatrie, 1233 Hubertushöhe bei Storkow, Robert-Koch-Straße; b) Außenstelle Lanke 1281 Lanke bei Bernau; c) Außenstelle Macherslust, 1300 Eberswalde-Finow 1; d) Gehörlosenschule Macherslust Eberswalde, Oderberger Str. 8; e) Gutshof Polenzwerder, (Gier)bergerstr. 8; f) Gutshof auf der Dr. Pawloff-Höhe (heute: Freienwalder Straße 71, Eberswalde).

2 Bericht einer Expertengruppe, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit: Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR. Bestandsaufnahme und Empfehlungen, Berlin, 30.5.1991, 69.

3 Ibid., 79.

Die Kinderpsychiatrie in Storkow nahm keine Akutpatienten an, sondern ausschließlich minderjährige Langzeitpatientinnen und -patienten. Stark verhaltensauffällige Kinder konnten von Storkow in andere Außenstellen der Bezirksnervenklinik Eberswalde (weiter-)verlegt werden.⁴

1.2 Zur Geschichte der Einrichtung in Storkow-Hubertushöhe

An der Fassade der Jugendstilvilla in Storkow-Hubertushöhe steht über dem Eingang: »In Sonne und Luft, in Waldesduft: Erholung und Rast von Arbeitslast«. Denn als das Haus 1904 gebaut wurde, sollte es als Ferienhaus für die Mitarbeitenden eines Berliner Unternehmens dienen. Es wurde bereits 1908 verkauft, und zwar an den in Berlin ansässigen »Verein für das Deutschtum im Auslande«, einem großen Interessenverband für die außerhalb der Grenzen des Deutschen Reiches lebenden deutschen Minderheiten. Es folgten unterschiedliche Nutzungen: Das dreistöckige Gebäude diente von 1908 bis in die 1960er Jahre u. a. als Kinderferienlager, Lazarett, Lungenheilstätte und Entbindungsstation. 1967 wurde die Einrichtung eine Außenstelle der Bezirksnervenklinik Eberswalde und trug bis 1988 den Namen »Kinderpsychiatrie«. 1988 wurde die Einrichtung in eine »Rehabilitations-pädagogische Fördereinrichtung« umgewidmet, deren Trägerschaft der Kreis Oder-Spree übernahm. Seit 1994 ist der Träger der Einrichtung die Lebenshilfe e. V.

1990 mussten grundlegende erste Sanierungsarbeiten durchgeführt werden. Das Dach war löchrig, die Heizung und die Bäder wurden erneuert. Die Bewohnerinnen und Bewohner, die zu diesem Zeitpunkt noch nicht im »geschützten Wohnen« (Nebengebäude) untergebracht waren, zogen vorübergehend in ein anderes Gebäude in Storkow. 25 Personen konnten 1991 das Hauptgebäude der Einrichtung wieder beziehen, 21 lebten im Nebengebäude im geschützten Wohnbereich. 1995/96 wurde das dritte Gebäude (Flachbau) für acht mehrfach behinderte Menschen zu Wohnzwecken umgebaut. Das villenartige Gebäude, in dem zu DDR-Zeiten bis zu 64 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene lebten, steht heute leer.

In dem Gebäude, das direkt neben der Villa neu aus- und umgebaut wurde, leben heute 24 Menschen mit einer geistigen und/oder körperlichen Behinderung. 15 von ihnen leben seit ihrer Kindheit hier und wurden vor 1990 aufgenommen. In der Außenwohngruppe der Einrichtung in Storkow-Küchensee wohnen elf Bewohnerinnen und Bewohner, davon waren sieben bereits vor 1990 in Hubertushöhe untergebracht.

⁴ Ehemalige Mitarbeiter sprachen von einer Verlegung zum »Gutshof«; vgl. Interview von Anke Dreier-Horning mit ehemaligen Mitarbeiterinnen der Kinderpsychiatrie Storkow-Hubertushöhe [anonymisiert], 1:07:33-1:09:44. Gemeint ist entweder der Gutshof Polenzwerder, (Gier)bergerstr. 8, in der Nähe von Chorin oder der Gutshof auf der Dr. Pawloff-Höhe, heute: Freienwalder Straße 71 in Eberswalde.

1.3 Personal

Voraussetzung für eine Tätigkeit in der Einrichtung war zunächst der Abschluss einer Krankenpflegeausbildung. Ende der 1970er Jahre wurden in Storkow auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer pädagogischen Ausbildung eingesetzt, die sich um förderungsfähige Kinder bemühten. In der Einrichtung arbeiteten ca. 18–20 Mitarbeiter: zwei Hausmeister, zwei Sekretärinnen, eine Köchin und ca. zwölf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege sowie zwei des pädagogischen Personals.

Auf den zwei Stationen waren immer je zwei Mitarbeitende im Dreischichtsystem eingesetzt. Wenn jemand ausfiel, musste eine Person zuweilen auch die 32 Bewohnerinnen und Bewohner der Station allein betreuen. Laut Aussage ehemaliger Mitarbeiterinnen herrschte in den 1970er und 1980er Jahren ein permanenter Personalmangel in der Einrichtung.

1.4 Quellen der Forschungsarbeit

1.4.1 Bewohnerinnen- und Bewohnerakten

Die 1985/86 auch in der DDR einsetzende »Enthospitalisierung« führte zu vielen strukturellen und personellen Veränderungen innerhalb der Einrichtung. Nach 1990 kamen vorübergehende Entlassungen hinzu. Bei Entlassung aus der Einrichtung oder bei einem Einrichtungswechsel wurden den Bewohnerinnen und Bewohnern ihre Akten ausgehändigt. Das heißt, dass heute nur noch von denjenigen Bewohnerinnen und Bewohnern Akten in der Einrichtung aufbewahrt werden, die noch immer dort leben. Dementsprechend gering war die Anzahl der Akten, die ausgewertet werden konnten. Die gewünschte Stichprobe von 100 Fallakten konnte nicht erhoben werden, von den 22 möglichen Akten waren nur noch zwölf Einzelfallakten (= »Hub. Pa 1-12«) zugänglich.

Wie viele Menschen im Zeitraum von 1964 bis 1990 insgesamt in der Einrichtung betreut wurden, ist schwer zu ermitteln. In den 1970er und 1980er Jahren waren 64 Plätze in der Einrichtung vorhanden. Der Bedarf war sehr groß und die Einrichtung, zumindest ab den 1970er Jahren, permanent ausgelastet. Vorgesehen war eigentlich eine bis zum 18. Lebensjahr befristete Dauerunterbringung. Aufgrund mangelnder Plätze in anderen staatlichen Einrichtungen verblieben die Bewohnerinnen und Bewohner jedoch häufig auch als junge Erwachsene in Hubertushöhe. Personen, deren Akten im Rahmen der Studie ausgewertet wurden, waren zum Zeitpunkt des ersten Trägerwechsels 1988 zwischen 14 und 26 Jahre alt. Nach Auskunft der ehemaligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung war die Fluktuation gering, weshalb davon ausgegangen

werden kann, dass zwischen 1964 und 1990 ca. 200 Kinder und Jugendliche in Storkow untergebracht waren.

Obwohl eine große Stichprobe nicht verfügbar war, wurde die Einrichtung aus zwei Gründen dennoch ausgewählt:

1. Die vorhandenen Bewohnerinnen- und Bewohnerakten, und das ist eine Besonderheit im Vergleich zu anderen Einzelfallakten, die innerhalb des Forschungsprojektes ausgewertet wurden, dokumentieren auch die Aufenthalte in anderen Einrichtungen vor der Einweisung in Storkow-Hubertushöhe, insbesondere den vorherigen Aufenthalt in der Bezirksnervenklinik Eberswalde, von der aus die meisten der Bewohnerinnen und Bewohner nach Storkow verlegt wurden.
2. Die bisherige Forschung konzentrierte sich ausschließlich auf die großen psychiatrischen Einrichtungen in der DDR,⁵ deren Außenstellen jedoch sind in der aktuellen Forschung stark unterrepräsentiert.
3. In der Einrichtung standen Zeitzeuginnen und Zeitzeugen bereit, die vom Umgang mit schwerstbehinderten Menschen berichten konnten. Die Forschung ist auf ihre Zeitzeugenschaft besonders angewiesen, weil die Bewohnerinnen und Bewohner, deren Lebensalltag zu dieser Zeit beleuchtet werden soll, sich nur sehr eingeschränkt mitteilen können.

Die Hinweise auf die Lebensbedingungen in der kinderpsychiatrischen Abteilung in Eberswalde werden daher innerhalb der Studie mitberücksichtigt.

1.4.2 Interviews

Im Rahmen der Einrichtungsstudie wurden insgesamt fünf Interviews mit insgesamt acht Zeitzeuginnen und Zeitzeugen geführt.

Es wurden drei Mitarbeiterinnen aus dem medizinisch-therapeutischen Bereich interviewt, die zwischen 1974 und 1990 in Storkow-Hubertushöhe tätig waren: Frau S. ist gelernte Krankenschwester. Sie hat 1983 auf der Station 2 zu arbeiten begonnen und Ende der 1980er Jahre mit einer Gruppe ein »geschütztes Wohnen« aufgebaut. Frau L. und Frau T. sind ebenfalls Krankenschwestern. Frau L. war von 1974 bis 1990 und Frau K. von 1984 bis 1987 auf der Station 1 in Hubertushöhe tätig.

Des Weiteren wurde Frau T. interviewt, die als Mitarbeiterin des technischen Personals seit 1988 in der Einrichtung tätig ist.⁶ Frau H. ist die Mutter eines noch heute in der Einrichtung lebenden Mannes (ID 6). Ihr Sohn lebte bis zu seinem 10. Lebensjahr bei ihr, bis er 1986 nach Storkow-Hubertushöhe kam. Auch mit drei Bewohnern (F., A. und B.) der ehemaligen Station 2 wurden Gespräche geführt.

⁵ Vgl. z.B. ROSE (2005).

⁶ Frau S. wurde einzeln interviewt, Frau L., Frau T. und Frau K. in einem Gruppeninterview.

Die ehemaligen Mitarbeiterinnen wurden am Ende der Interviews auch zur Arbeit der Stiftung »Anerkennung und Hilfe« befragt. Alle Interviewpartnerinnen betonten, sie hätten vor 1990 sehr gerne in der Einrichtung gearbeitet, denn die Arbeit mit behinderten Menschen habe ihnen Freude gemacht. Dennoch seien die Herausforderungen gewaltig gewesen: »Wir waren nicht viele, bei uns wollte keiner gerne arbeiten, es war auch nicht viel Geld, das man bekam.«⁷

Die Errichtung der Stiftung »Anerkennung und Hilfe« könne man nachvollziehen, denn einige Bedingungen wären prekär gewesen, z. B. die Enge in den Schlafräumen und die nicht vorhandenen Trennwände in den Bädern,⁸ aber auch, dass die Arbeitsergebnisse innerhalb der Arbeitstherapie an die Firmen pünktlich abgegeben werden mussten: »Da musste was geschafft werden. Wöchentlich musste ein bestimmtes Soll erfüllt werden.«⁹ Insgesamt seien die Voraussetzungen – die geringe Personaldecke, die ungenügende Qualifizierung im Umgang mit dem besonderen Klientel, die räumlichen Bedingungen – sehr schwierig gewesen, wie eine Mitarbeiterin rückblickend feststellt:

»Ich habe großen Respekt vor vielen meiner Kolleginnen und Kollegen, die nicht resigniert haben, sondern hartnäckig immer wieder versucht haben, etwas zu verbessern und das trotz ideologischer Widerstände und begrenzter materieller Ressourcen. Aber letztendlich haben wir alle auch Fehler gemacht.«¹⁰

1.4.3 Öffentliche Archive und weitere Quellen

Im Rahmen der Untersuchung wurden zudem Akten aus dem Kreisarchiv Barnim und dem Kreisarchiv Oder-Spree ausgewertet. Unterlagen zur Einrichtung selbst lassen sich in diesen beiden Archiven nur in Form von Querverweisen finden. Im Kreisarchiv Oder-Spree ist zumindest der Trägerwechsel, das heißt die Übertragung der Aufsicht der Einrichtung in den Verantwortungsbereich des Landkreises, aus dem Jahr 1988 dokumentiert. Ausgewertet wurden zudem Presseartikel sowie Radio- und Fernsehberichte aus den Jahren 1990–1994.¹¹

7 Interview von Anke Dreier-Horning mit ehemaligen Mitarbeiterinnen der Kinderpsychiatrie Storkow-Hubertushöhe [anonymisiert], 28.11.2018, 20:15–20:43, Archiv des DIH.

8 Interview von Anke Dreier-Horning mit ehemaligen Mitarbeiterinnen der Kinderpsychiatrie Storkow-Hubertushöhe [anonymisiert], 28.11.2018, Teil 2, 27:30–28:40, Archiv des DIH.

9 Interview von Anke Dreier-Horning mit ehemaligen Mitarbeiterinnen der Kinderpsychiatrie Storkow-Hubertushöhe [anonymisiert], 28.11.2018, Teil 2, 32:53–33:16, Archiv des DIH.

10 Vgl. Zuschrift vom 31.3.2020 von Frau S.

11 U. a. U.K. in Zusammenarbeit mit der Heimleitung: »Bisheriges »Gefängnis« geöffnet«, in: Berliner Zeitung, 3.8.1994, in: KALOS LOS 174182; Bericht über Storkow-Hubertushöhe aus dem Jahr 1994 des Ostdeutschen Rundfunks Brandenburg (ORB).

2 Räumliche Beschaffenheit und materielle Ressourcen

Das Grundstück der ehemaligen Kinderpsychiatrie Hubertushöhe liegt im heutigen Landkreis Oder-Spree direkt am Storkower See, umgeben von Waldflächen. Die »Villa« verfügte über drei Etagen, einen Keller und einen Dachboden, der ab den 1970er Jahren ebenfalls zur Unterbringung von Bewohnerinnen und Bewohnern genutzt wurde. Es war ein altes Gebäude, das auf Besucherinnen und Besucher unbehaglich und wenig wohnlich wirken konnte.¹² Wie die Einrichtung bei ihrer Eröffnung 1967 baulich beschaffen war, konnte nicht mehr in Erfahrung gebracht werden. Zu Beginn wurde vermutlich noch ein weiteres Gebäude auf dem Grundstück genutzt, das aber später leer stand.

Auf dem Gelände der Einrichtung gab es einen Spielplatz mit zwei Wippen und einem Sandkasten. Aufgrund der Lage am Storkower See konnten die Bewohnerinnen und Bewohner unter Aufsicht des Pflegepersonals darin schwimmen. Dazu wurde ein Bereich der Badestelle abgetrennt. Ab Mitte der 1990er Jahre wurde ein Rettungsschwimmer hinzugezogen.¹³ Das Gelände war zwar umzäunt, jedoch frei zugänglich.

Die Eingangstür der »Villa« war tagsüber nicht verschlossen. Die Eingangstüren der jeweiligen Stationen waren verschlossen und konnten nur mit einem Vierkantschlüssel geöffnet werden. Eltern sei der Zutritt zu den Stationen zwar nicht verwehrt worden, sie hatten aber zumindest das Gefühl, dass ein Betreten unerwünscht sei.¹⁴

2.1 Erdgeschoss

Ab den 1970er Jahren befanden sich im Erdgeschoss eine Küche sowie ein großer Raum, der von den Stationen in den 1970er und 1980er Jahren als Beschäftigungsraum für den Förderunterricht, aber auch z. B. für Weihnachtsfeiern benutzt wurde. Von dem Raum aus konnte man nach hinten zur Seeseite hinaustreten. Ab ca. 1986 gab es für alle

12 »Und dann der erste Anblick von dem Haus. Es gibt doch so Gruselfilme [...] ich dachte, das sieht ja so komisch aus hier. [...] Dann sind wir unten in diese Tür rein, die hat gequietscht. Und dieser Flur war so kalt. Das war alles mit Fliesen und keine richtige Heizung, und alles war so dunkel.« Interview von Anke Dreier-Horning mit Frau H. [anonymisiert], 27.11.2018, 34:20-37:21, Archiv des DIH.

13 Interview von Anke Dreier-Horning mit ehemaligen Mitarbeiterinnen der Kinderpsychiatrie Storkow-Hubertushöhe [anonymisiert], 28.11.2018, 24:28-25:02, Archiv des DIH.

14 »Dann haben sie mir S. rausgebracht auf den Flur im Treppenhaus und haben mir die Sachen rausgegeben. Ich habe meistens selber Sachen mitgebracht, wenn ich ihn abgeholt habe. Dann habe ich ihn da im Flur angezogen.« Interview Anke Dreier-Horning mit Frau H. [anonymisiert], 27.11.2018, 45:06-49:37, Archiv des DIH.

Bewohnerinnen und Bewohner einen Umkleide- und Dushraum.¹⁵ Vor der Einrichtung eines Duschraumes wurde einmal pro Woche ein Badetag veranstaltet.¹⁶

2.2 Station 1

Auf der ersten Etage war die »Station 1« untergebracht. Hier waren zwischen 1974 bis 1985 32 Jungen oder männliche junge Erwachsene untergebracht, die als schulbildungsunfähig und zum größten Teil auch als förderungsunfähig galten. Die meisten von ihnen erforderten einen erhöhten Pflegeaufwand, z. B. weil sie gewickelt wurden.

Bis 1985 gab es auf der Station drei Schlafräume. In zwei Schlafräumen waren jeweils zwölf Personen, in dem dritten acht Personen untergebracht. Die Kinder und Jugendlichen schliefen auf schmalen Metallbetten, die auch im Krankenhaus verwendet wurden, oder in Doppelstockbetten. Zwischen den dicht nebeneinander stehenden Betten fand jeweils ein Stuhl Platz, auf dem die Bewohnerinnen und Bewohner ihre Kleidung ablegen konnten.¹⁷ Eine Zeitzeugin erinnert sich an einen Bewohner, der gern mit Lego-Bausteinen spielte. Um ihm am nächsten Tag die Möglichkeit zu geben, an dem angefangenen Lego-Gebäude weiterzubauen, stellten die Mitarbeiter die Bausteine unter seinen Stuhl,¹⁸ denn Nachtschränke, eigene Regale o. ä. gehörten nicht zur Ausstattung der Einrichtung.

Auf der Station gab es zudem eine Teeküche und einen Dienstraum für das Personal, eine Kleiderkammer, zwei Speiseräume und einen Fernsehraum. In einem Speiseraum saßen die Bewohner, die mit Messer und Gabel aßen, in dem anderen diejenigen, die einen Löffel benutzten.¹⁹ Die Speiseräume dienten gleichzeitig als Aufenthaltsräume. Dort gab es Spielzeug und Beschäftigungsmaterial, das nicht frei zugänglich war, aber vom Pflegepersonal zur Verfügung gestellt werden konnte.

In der »Windelspüle« wurden die Stoffwindeln von den Fäkalien gereinigt, bevor die Windeln in der Waschküche im Nebengebäude gewaschen wurden. Der Raum besaß kein Fenster, die Tätigkeit des Windelspülens wurde von Bewohnerinnen und

15 Interview von Anke Dreier-Horning mit ehemaligen Mitarbeiterinnen der Kinderpsychiatrie Storkow-Hubertushöhe [anonymisiert], 28.11.2018, 22:15-23:26, Archiv des DIH.

16 »Um 18.00 Uhr gab es Abendbrot und dann »Massenwaschen«. [...] Gewaschen haben sich die Bewohner an den Waschbecken, und einmal in der Woche wurde gebadet. Da standen die auch an und dann immer einer nach dem anderen in die Badewanne ins gleiche Badewasser. War furchtbar dieser Badetag.«; Interview von Anke Dreier-Horning mit Frau S. [anonymisiert], 18.1.2019, 49:48-50:13, Archiv des DIH.

17 Interview von Anke Dreier-Horning mit ehemaligen Mitarbeiterinnen der Kinderpsychiatrie Storkow-Hubertushöhe [anonymisiert], 28.11.2018, 32:49-33:05, Archiv des DIH.

18 Vgl. *ibid.*, 1:02:39-1:04:10, Archiv des DIH.

19 *Ibid.*, 33:05-37:07, Archiv des DIH.

Bewohnern der Einrichtung erledigt.²⁰ Es gab ein Isolierzimmer auf der Ebene, das »Eck-Zimmer« genannt wurde. Die Funktion des Raumes wird im Kapitel 6.1 ausführlicher erläutert.

Die Einrichtung in Hubertushöhe galt in den 1980er Jahren im Vergleich zu anderen psychiatrischen Einrichtungen als vorbildlich, denn es wurde auf eine wohnliche Atmosphäre Wert gelegt:

»Ich hatte auch schon ein Praktikum in der Psychiatrie in der Charité gemacht, in der Schumannstraße, aber damit war das nicht zu vergleichen. Es war schon wohnlicher in Hubertushöhe, als ich 1983 angefangen habe, so eher familienähnlicher. Wenn man reingekommen ist, dann war da ein Fernsehraum, ein schöner sauberer Flur mit Spannteppich, das war alles so ein bisschen gedämpft, eine kleine Küche, wo das Essen warm gemacht wurde oder das Abendbrot, wie eine Teeküche eben. Dann waren links und rechts die Essensräume, die waren sehr wohnlich eingerichtet, mit Tischen und Stühlen, Schrankwand war drin.«²¹

Im Bad waren fünf Toiletten direkt nebeneinander und ohne Trennwand aufgestellt. Es waren vier Waschbecken und eine Badewanne vorhanden. »Als ich zum ersten Mal auf die Station kam, hat mich das sehr irritiert. Du kommst vom Flur auf die Station und schaut nach links und siehst die Teeküche und schaut nach rechts und siehst, wie fünf schwerstbehinderte Menschen direkt nebeneinander auf der Toilette sitzen.«²² Geduscht wurden die Kinder in Gruppen – immer 15 Personen gingen geschlossen ins Erdgeschoss in den Dusch- und Umkleidebereich.²³

2.3 Station 2

Auf der 2. Etage der »Villa« befand sich die Station Nr. 2. Hier waren ab den 1970er Jahren ebenfalls 32 Personen untergebracht, die als schulbildungsunfähig galten, teilweise aber förderungsfähig waren oder zumindest keinen erhöhten Pflegebedarf benötigten. In den 1980er Jahren waren die Kinder der Station 2 zwischen sechs und 20 Jahre alt. Der Grundriss der Station war identisch mit dem der 1. Etage. Es gab drei Schlafräume,

20 Interview »Eine ganze Zeitlang hat M. [Name anonymisiert] die Windelspüle gemacht, deswegen hat sie sich ja dann auch gefreut, wenn sie als Ausgleich mal in die Küche durfte.« Interview von Anke Dreier-Horning mit ehemaligen Mitarbeiterinnen der Kinderpsychiatrie Storkow-Hubertushöhe [anonymisiert], 28.11.2018, 37:41-39:41 und 37:07-37:41, Archiv des DIH.

21 Interview von Anke Dreier-Horning mit Frau S. [anonymisiert], 18.1.2019, 09:56-10:21, Archiv des DIH.

22 Ibid., 10:21-11:08, Archiv des DIH.

23 Interview von Anke Dreier-Horning mit ehemaligen Mitarbeiterinnen der Kinderpsychiatrie Storkow-Hubertushöhe [anonymisiert], 28.11.2018, 37:41-39:00, Archiv des DIH.

zwei Speiseräume, ein Bad, ein Wäschezimmer, ein Dienstzimmer, ein Fernsehzimmer (wie auch auf der 1. Etage mit einer Schrankwand, einer Couch, einem Tisch und einem Teppich) und eine Teeküche.

Die Bewohnerinnen und Bewohner hatte man in den Schlafräumen nach Geschlecht aufgeteilt. In einem Raum waren acht Jugendlichen ab 14 Jahre in vier Doppelstockbetten untergebracht. In dem zweiten Zimmer waren zehn Jungen unter 14 Jahre. Sie schliefen auf schmalen Betten. Das dritte Zimmer stand den zehn Mädchen unter 14 Jahre zur Verfügung. Aufgrund des Platzmangels gab es – wie auf der Station 1 – keine Schränke oder Nachttische in den Schlafräumen.²⁴

Eine Treppe führte hinauf zum Dachboden. 1983 wohnten hier drei ältere (um die 40 Jahre alt) und zwei jüngere Frauen, die über einen »Reha-Arbeitsvertrag«²⁵ als technisches Personal eingesetzt wurden.²⁶ Wie lange die älteren Frauen hier schon wohnten, ist unbekannt.

1985 kam es zu vielfältigen Veränderungen in der Nutzung der Räumlichkeiten (vgl. Kap. 4.3.). Die Schlafräume der Station 1 wurden nicht mehr benutzt, sondern die 2. Etage zu einer Schlafstation umfunktioniert. U. a. wurden im Dachgeschoss für Mädchen ab 14 Jahre weitere Zimmer ausgebaut. Auch im Erdgeschoss entstand ein neues Zimmer, das mit acht Jugendlichen belegt wurde.²⁷ Die älteren Frauen, die bislang auf dem Dachboden wohnten, zogen in das Nebengebäude.

2.4 Nebengebäude

Auf dem Gelände gab es einen Flachbau, der Anfang der 1980er Jahre von Mitarbeitenden aus der Eberswalder Klinik als Ferienwohnung genutzt wurde. Ab 1985 fand in den Räumlichkeiten die Arbeitstherapie statt. In einem weiteren, zweieinhalbgeschossigen Nebengebäude war in den 1970er Jahren zunächst die Verwaltung untergebracht, aber auch eine Waschküche, ein Speiseraum für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und zwei Privatwohnungen. 1988 Jahre entstand in diesem Gebäude die erste Gruppe des »geschützten Wohnens« (heute: betreutes Wohnen).

24 Interview von Anke Dreier-Horning mit Frau S. [anonymisiert], 18.1.2019, 21:19-22:17, Archiv des DIH.

25 Reha-Arbeitsverträge wurden im Rahmen der sogenannten »geschützten Arbeit« abgeschlossen. Die Arbeit wurde entlohnt, es bestand ein Arbeitsrechtsverhältnis.

26 Die Frauen waren geistig behindert und zwischen 30 und 40 Jahre alt. Sie hatten einen reha-pädagogischen Arbeitsvertrag und arbeiteten in der Hauswirtschaft. Sie waren aber nicht als Kinder in der Einrichtung gewesen, sondern wurden direkt aus Eberswalde geschickt. Interview von Anke Dreier-Horning mit Frau S. [anonymisiert], 18.1.2019, 19:32-20:08, Archiv des DIH.

27 Interview von Anke Dreier-Horning mit ehemaligen Mitarbeiterinnen der Kinderpsychiatrie Storkow-Hubertushöhe [anonymisiert], 28.11.2018, 1:04:10-1:05:56, Archiv des DIH.

3 Profil der Kinder und Jugendlichen und Wege in die Einrichtung

3.1 Beschreibung des Klientels der Einrichtung

Die Einrichtung in Storkow bestand aus zwei Bereichen. In einer Gruppe (Station 1) waren vorwiegend Kinder und Jugendliche untergebracht, die als schulbildungs- und förderungsunfähig galten. Die Diagnosen in den Akten lauten z. B. »geistiger Tiefstand«²⁸, »[a]ntriebsgeminderter, zu keinem sozialen Kontakt fähiger Junge, keine Aggression, keine Affekt-ausbrüche, schwerste geistige Retardierung ohne Sprachentwicklung und Fördermöglichkeit – frühkindliche Hirnschädigung«²⁹, »frühkindliche Hirnschädigung mit ausgeprägter Imbezillität«³⁰, »schwerer Intelligenztiefstand infolge pränataler Hirnschädigung«³¹ und »Schwachsinn vom Grade einer Idiotie«.³² Mit der Verminderung der Intelligenzfähigkeit waren nicht selten körperliche Beeinträchtigungen verbunden, wie z. B. Sehschwächen³³, Spastiken³⁴ und Gehörlosigkeit.³⁵

Die Ursachen für die Intelligenzminderung der Kinder waren u. a. eine Toxoplasmoseerkrankung der Mutter während der Schwangerschaft³⁶, ein frühkindlicher Hirnschaden mit Verdacht auf Meningoencephalitis³⁷, eine Schädelfraktur aufgrund von Misshandlungen im Säuglingsalter³⁸ oder besondere Erkrankungen wie das Sturge-Weber-Syndrom.³⁹

Die Intelligenzminderung bei einem anderen Teil der Kinder führte man auf die schlechten familiären Verhältnisse zurück. »Milieuschäden«⁴⁰ taucht als Terminus bei einigen der Kinder auf: So entstamme der Junge S. U. »einer asozialen Familie, Vater soll

28 Hub. Pa 1.

29 Hub. Pa 5.

30 Hub. Pa 8.

31 Hub. Pa 9.

32 Hub. Pa 10.

33 Hub. Pa 1.

34 Hub. Pa 2

35 Hub. Pa 2

36 Hub. Pa 1.

37 Hub. Pa 3

38 »Einige Wochen nach der Geburt mußte das Kind wegen einer Schädelfraktur stationär behandelt werden. Da diese Schädelfraktur offensichtlich die Folge einer Misshandlung im Elternhaus war, erfolgte ein Sorgerechtsentzug und die Aufzucht [!] des Kindes in der Dauerkrippe Finkenherd«; Hub. Pa 12.

39 Sturge-Weber-Syndrom: eine GNAQ-Genmutation mit Gefäßtumoren und folgenden neurologischen Anomalien.

40 Hub. Pa 7.

Trinker sein, weitere Geschw. schwachsinnig«. ⁴¹ Weitere Kinder der Familie von S. U. seien ebenfalls imbezill und in Einrichtungen des Gesundheitswesens untergebracht. ⁴² Die fünf Geschwister von K. W., so steht es in seiner Akte, seien alle adoptiert oder befänden sich in Pflegestellen. Wegen Vernachlässigung der Kinder wurde den Eltern das Sorgerecht entzogen. ⁴³ »Die Eltern [...] gehören zu den kinderreichen Familien. Sie kümmern sich um K. W. kaum.« ⁴⁴ Die Ursache der oftmals diagnostizierten »geistigen und körperlichen Retardierung nach frühkindlicher Hirnschädigung« ⁴⁵ wird in manchen Fällen aber auch nicht näher erläutert.

Die Kinder und Jugendlichen der Station 1 waren zum Teil stark verhaltensauffällig, zeigten z. B. ein aggressives Verhalten gegen sich selbst, gegen andere oder gegen Gegenstände. Oftmals waren sie ruhelos oder konnten nicht auf ihre Umgebung reagieren. Sie erforderten einen erhöhten Pflege- und Betreuungsaufwand. So mussten manche von ihnen gewickelt oder gefüttert werden, weshalb andere Einrichtungen eine Aufnahme nicht selten verweigerten. Die einzige alternative Unterbringungsmöglichkeit stellte ab einem bestimmten Alter die Erwachsenenpsychiatrie dar. Eine Verlegung in eine Pflegeeinrichtung, das lässt sich den Akten entnehmen, gelang fast nie. In einem Schreiben an die Kreisärztin in Eberswalde drohte der Ärztliche Direktor der Bezirksnervenlinik in Eberswalde gar mit einem Aufnahmestopp für Kinderpatientinnen und -patienten aus dem Kreis, wenn der Bezirksnervenlinik nicht endlich die dringend benötigten Pflegeplätze für die überalterten geistig behinderten Patientinnen und Patienten seiner Einrichtung zur Verfügung gestellt würden: »Sollte eine Pflegeheimaufnahme des genannten Patienten [B. T., 18 Jahre alt; Anm. A. D.-H.] in absehbarer Zeit nicht realisiert werden, so müssten wir unsere kinderneuropsychiatrische Unterstützung für den Kreis Eberswalde einstellen.« ⁴⁶

Die Kinder der Station 2 wurden zum Teil vorher in Krippen oder Kindergärten betreut, manchmal auch schon in Dauerheimen, bevor zwischen dem 6. und 8. Lebensjahr ihre »Schulunfähigkeit«, aber grundsätzliche »Förderfähigkeit« attestiert wurde. ⁴⁷ Doch auch die auf Station 2 betreuten Kinder, die als »förderungsunfähig« galten, aber keines erhöhten Pflegeaufwandes bedurften.

Die ehemaligen Mitarbeiterinnen hatten oft das Gefühl, dass die staatlichen Stellen zu rasch den Eltern die Betreuung und Erziehung der Kinder abgenommen haben.

41 Internes Schreiben des Bezirkskrankenhauses für Psychiatrie und Neurologie Eberswalde an die Kinderstation I vom 14.3.1973, in: Hub. Pa 12.

42 Ibid.

43 Hub. Pa 3.

44 Hub. Pa 3.

45 Hub. Pa 7.

46 Dr. Krüger (Ärztlicher Direktor der Bezirksnervenlinik Eberswalde) an Frau Dr. Czäczine (Kreisärztin des Kreises Eberswalde) vom 19.12.1985, in: Hub. Pa 11.

47 Z. B. gab es in Neuenhagen eine Sonderschule mit Heim, die die Schulfähigkeit der Kinder fördern sollte.

Manchmal hätten die Eltern ihre Kinder aufgrund einer Überforderung abgegeben, statt Hilfe bei der Betreuung ihres Kindes organisierten die staatlichen Stellen Plätze in den Einrichtungen des Gesundheitswesens.⁴⁸

»Es war schon klar bei Einweisung, dass die Kinder in der Einrichtung bleiben würden. Und auch wenn sie 18 Jahre alt wurden, dann passierte eigentlich nichts, sie sind geblieben. Vielleicht hießen wir deshalb ab 1987 Rehabpädagogische Fördereinrichtung und nicht mehr Kinderpsychiatrie.«⁴⁹

3.2 Vorgeschichten und Wege in die Einrichtung

3.2.1 Fall S.H. (*1976)

Die Eltern von S.H. erhielten im dritten Lebensmonat des Kindes die Mitteilung, dass bei ihrem Kind das Sturge-Weber-Syndrom diagnostiziert wurde. Weitere Informationen zur Krankheit oder über den Verlauf des Sturge-Weber-Syndroms erhielten sie nicht. Ihnen wurde nur mitgeteilt, dass ihr Kind geistig behindert sei:⁵⁰

»Meine Fragen konnte man nicht beantworten. Ich habe dann gesagt, gibt es nicht ein Buch oder so, hat denn niemand etwas veröffentlicht über diese Krankheit, dass ich als Mutter weiß, warum etwas passiert.«⁵¹

Die Kommunikation zwischen Eltern und den Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus in Bernau blieb auch in den nächsten Jahren unbefriedigend. S. war nun regelmäßig dort, u. a. weil er epileptische Anfälle bekam. Ihr Mann, so die Mutter von S., habe dann zu trinken begonnen:

»Ich habe mich damals sehr alleine gefühlt. Es gab keine Unterstützung für mich, ich konnte nicht mehr arbeiten gehen. Dabei wollte ich gerne arbeiten gehen, denn das Geld hat ja vorne und hinten nicht gereicht.«⁵²

Frau H. wollte ihren geistig behinderten Jungen gerne zuhause behalten, musste jedoch ihre beiden Kinder allein betreuen. S. benötigte besonders viel Aufmerksamkeit, da er in der Nacht sehr wenig schlief.

Die Mutter des nun fünfjährigen Kindes ließ sich von ihrem Mann scheiden und zog mit ihren zwei Söhnen in eine Wohnung in Bernau. Sie konnte dort als Reinigungskraft arbeiten, weil S. nun einen Platz in einer Tagesstätte für förderungsfähige, aber

⁴⁸ Interview von Anke Dreier-Horning mit Frau S. [anonymisiert], 18.1.2019, 22:32-24:50, Archiv des DIH.

⁴⁹ Ibid., 22:32-24:50, Archiv des DIH.

⁵⁰ Vgl. Interview von Anke Dreier-Horning mit Frau H. [anonymisiert], 27.11.2018, 08:19-09:30, Archiv des DIH.

⁵¹ Ibid., 23:45-25:00, Archiv des DIH.

⁵² Ibid., 12:10-13:22, Archiv des DIH.

schulbildungsunfähige Kinder bekam. Die Mutter war mit der Fördereinrichtung sehr zufrieden. Ihr geistig behinderter Sohn wurde dort nach ihrem Eindruck vier Jahre lang gut betreut.

Die familiäre Situation entspannte sich jetzt. Frau H. schaffte es, den Alltag mit den zwei Jungen zu meistern, kam aber immer wieder an ihre Grenzen. Auf dem Weg zur Tagesstätte bekam S. manchmal z. B. epileptische Anfälle und konnte anschließend nicht mehr laufen. Sie musste ihn dann den Weg zur Einrichtung tragen, um nicht zu spät zur Arbeit zu kommen. Das fiel ihr, desto größer der Junge wurde, immer schwerer.⁵³

Auch ihre berufliche Situation war für sie unbefriedigend. Bislang hatte sie als Reinigungskraft gearbeitet, nun bot man ihr einen Arbeitsplatz im Pflegeheim an. Die Arbeit bedeutete jedoch Schichtdienst, was mit S. nicht zu managen gewesen wäre.

»Ich bin dann zum Rat des Kreises hingegangen und habe nach einem Wochenheim gefragt. Dann kam grünes Licht, in Storkow wäre ein Platz frei. Weit weg, aber immerhin. Ich dachte, es wäre auch eine Fördereinrichtung oder so. Dass es eine Außenstelle von der Bezirksnervenklinik war, das wusste ich anfangs nicht. Ich habe nur gewusst, dass es ein Heim ist für behinderte Leute. Und hatte keine Ahnung, dass es eigentlich Psychiatrie war.«⁵⁴

1986 kam S. mit zehn Jahren auf die Station 1 der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Storkow-Hubertushöhe:

»Von da an habe ich dafür gesorgt, dass S. einmal pro Monat für vier Tage nach Hause gekommen ist. Immer, ohne Ausnahme. Anfangs hatte ich nicht einmal ein Auto, das musste ich mir immer ausleihen. [...] Ich hatte vier zusätzliche Tage Urlaub für die Betreuung und dann habe ich immer noch Überstunden gemacht, so dass ich ihn Donnerstag oder Freitag holen konnte, und sonntags ist er dann wieder zurück. Dieser Rhythmus ist bis vor einem Jahr so geblieben. Das konnte ich mit mir nicht vereinbaren, dass er dasitzt und wartet.«⁵⁵

Aufgrund gesundheitlicher Probleme kann Frau H. seit 2017 ihren Sohn nicht mehr nach Hause holen. Sie und ihr Lebenspartner besuchen ihn aber regelmäßig in der Einrichtung. S. wohnt noch immer in Storkow und ist jetzt 44 Jahre alt.

3.2.2 Fall S.P. (*1971)

S. wuchs in den ersten vier Jahren bei ihren Eltern auf, entwickelte sich jedoch nur verzögert. 1975 kam sie erstmals in die Poliklinik des Bezirkskrankenhauses in Frankfurt (Oder) zur stationären Diagnostik. In einem Gutachten von 1985 heißt es, dass bereits 1975 ein »sehr mäßiger Allgemein- und Entwicklungszustand« festgestellt wurde,

⁵³ Ibid., 25:00-28:38, Archiv des DIH.

⁵⁴ Ibid., 32:42-35:30, Archiv des DIH.

⁵⁵ Ibid., 45:38-46:32, Archiv des DIH.

der seine Ursache in einem »frühkindlichen Hirnschaden sowie milieubedingte[n] Entwicklungsrückstände[n]« hatte.⁵⁶

Die Aufzeichnungen aus dem Jahr 1975 ergeben jedoch ein anderes Bild. Der erste Aufenthalt erfolgte bereits 1974 wegen Gedeihstörungen in der Poliklinik in Frankfurt (Oder). Bei dem Kind wurden ein Mala-Absorptionssyndrom und ein Hüftschaden diagnostiziert. 1975 wurde das Mädchen erneut aufgenommen. Nach einem Gespräch mit den Eltern stellte die Fürsorgerin der Klinik einen Antrag auf Heimeinweisung. In ihrer Begründung steht, dass S. mit vier Jahren noch nicht laufen könne. Ihre Eltern seien beide berufstätig und mit der Betreuung des Kindes überfordert. Die Mutter arbeitete als Produktionsarbeiterin im VEB Odera (eine Kerzen- und Seifenfabrik, ab Mitte der 70er Jahre Gummiwerk) in Frankfurt (Oder), der Stiefvater als Dreher im Landmaschinenbau Frankfurt. »Die Familie P. bewohnt eine 2 1/2 Zimmer-Wohnung und die häuslichen Verhältnisse machen einen recht ordentlichen Eindruck.«⁵⁷ Die Fürsorgerin beantragte eine befristete Unterbringung, bis S. gehfähig sei und in die häuslichen Verhältnisse zurückkehren könne.⁵⁸

S. wurde von Frankfurt (Oder) nach Bad Freienwalde in eine Orthopädische Klinik überstellt und wegen ihres Hüftschadens operiert. Am 27. Juni 1975 besuchte die Fürsorgerin des Bezirkes Eberswalde S. und schrieb in ihrem Brief an Frau Dr. Donalies (Bezirksnervenklinik Eberswalde):

»Ich habe mir S. am 27. Juni auf Bitte der orthopädischen Kinderabteilung angesehen. Das Mädchen wurde [von den Mitarbeitern der Abteilung; Anm. A. D.-H.] als sehr unruhig und auf der dortigen Abteilung als nicht tragbar geschildert, so daß es wegen seiner Unruhe ganz allein in einem Vierbettzimmer gehalten [!] werden muß. Ich fand ein lebhaftes, körperlich und geistig retardiertes Kind vor, das körperlich einem Dreijährigen gleicht. In der geistigen Entwicklung wirkt es wie 1 1/2 Jahre. Es hat laufen gelernt und läßt sich natürlich nicht mehr im Bett halten. Das geschilderte erethische Verhalten fand ich nicht vor. Das Mädchen, das sich nach der Operation jetzt körperlich gut fühlt, will beschäftigt werden und paßt keineswegs mehr auf die dortige Abteilung. Man hat es sich vor einigen Tagen einfallen lassen, es in eine Box zu setzen, die man aus der Kinderkrippe geholt hatte. Ich erkläre mir ihr nicht so vorgefundene[s] unruhiges Verhalten daraus, daß es sich jetzt in der Box mehr bewegen kann. Sicher ist dieses Kind nicht ruhig, aber welches gesunde Kind würde sich ins Bettchen einsperren lassen und nur ruhig spielen.«⁵⁹

56 A. Sickert (Dipl.-Psychologin an der Bezirksnervenklinik Eberswalde): Psychologischer Befund vom 10.12.1985, in: Hub. Pa 7.

57 Pohland (Fürsorge der Poliklinik Frankfurt/Oder): Antrag auf Heimeinweisung des Kindes S.P. vom 13.5.1975, Hub. Pa 7.

58 Vgl. Pohland (Fürsorge der Poliklinik Frankfurt/Oder): Antrag auf Heimeinweisung des Kindes S.P. vom 13.5.1975, Hub. Pa 7.

59 Haase (Bezirksfürsorgerin): Schreiben an Dr. Donalies (Bezirksnervenklinik Eberswalde) vom 30.6.1975, Hub. Pa 7.

Die Bezirksfürsorgerin versucht S. zunächst in einer Kindertagesstätte in Frankfurt (Oder) unterzubringen, dann in der neurologisch-psychiatrischen in der Poliklinik Frankfurt (Oder). Die Aufnahme erfolgte schließlich am 18. Juli 1975 in der Bezirksnervenklinik Eberswalde. Am 26. November 1975 erhielt sie erstmals Besuch von den Eltern. Von dem Gespräch gibt es eine Notiz in der Akte:

»Die Eltern sehen sich außerstande S. unter den derzeitigen Bedingungen nach Hause zu nehmen. Im Haushalt leben zur Zeit 6 Kinder. Die Mutter ist im 4 Schichtsystem berufstätig. Die finanzielle Lage läßt nicht zu, daß sie nur Hausfrau ist. Würde S. soweit sein, daß sie eine Tagesstätte besuchen könnte, ist die Mutter eventuell bereit, sie nach Hause zu holen. Vorerst Heimunterbringung. Man kam zu dem Eindruck, daß der Stiefvater diese Überlegungen in der Hauptsache forcierte.«⁶⁰

S. sollte auf der kinderpsychiatrischen Abteilung 5a der Bezirksnervenklinik Eberswalde zu einer Dauerpatientin werden: Zehn Jahre lang blieb sie hier, um 1985, mit 14 Jahren, nach Hubertushöhe verlegt zu werden, wo sie bis heute lebt.⁶¹

4 Pädagogik und Lebensalltag

4.1 Ankunft in der Einrichtung Storkow-Hubertushöhe – ein Zeitzeuginnenbericht

Frau H. hat ihren Sohn im Alter von zehn Jahren nach Storkow-Hubertushöhe gebracht. Sie hatte einen Antrag auf Unterbringung in einem Dauerheim für geistig behinderte Kinder gestellt. Dass S. in der Psychiatrie untergebracht werden würde, wusste sie nicht. Als sie ankamen, sahen sie und ihr Ehemann zunächst keine Kinder, »aber man hat sie gehört. Schreie hat man gehört, ganz fürchterlich. Die Kinder hat man schon weit vorher gehört. [...] Dann sind wir hoch, und ruckzuck war S. dann von meiner Seite weg. Das ist mir erst später dann eingefallen, es war wie im Film. Ich konnte gar nicht richtig reagieren. Dann haben sie mir den S. weggenommen und sind mit der Gruppe gleich rausgegangen und weg. Er war dann gleich weg.«⁶²

Es folgte ein Aufnahmegespräch mit einer Frau, deren Funktion sie nicht kannte. Sie befragte sie stichpunktartig nach den Fähigkeiten ihres Kindes:

»Dann erzählen sie mal. Kann er sich anziehen? Nein, sag ich, der braucht Hilfe. [...] Wie ist es mit essen? S. braucht bei allen Dingen des Alltags Hilfestellung, er kann sich auch

⁶⁰ Notiz o. V. vom 26.11.1975 [vermutlich in der Bezirksnervenklinik Eberswalde], in: Hub. Pa 7.

⁶¹ Vgl. Hub. Pa 7.

⁶² Interview von Anke Dreier-Horning mit Frau H. [anonymisiert], 27.11.2018, 36:20-38:36, Archiv des DIH.

keine Stulle schmieren. Da antwortet mir die Frau: ›Frau H., machen Sie sich mal keine Sorgen, wenn die anderen Kinder ihm das Essen wegessen, dann lernt er das ganz schnell.‹ Dann war das Gespräch zu Ende und ich habe gefragt, ›wo ist denn jetzt S.?‹ ›Na, er ist noch spazieren.‹ Und dann stand ich am Auto und dann habe ich gehört, wie er gerufen hat: ›Mama, Mama.‹ Das war so eine Qual. Und dann ist mir schlecht geworden, und dann bin ich umgekippt.«⁶³

Als Frau H. im Interview von dieser Erfahrung erzählt, ist sie noch heute sichtlich bewegt. Es habe ihr sehr weh getan, dass sie sich nicht verabschieden konnte: »Dann sind wir nach Hause gefahren, und ich konnte das nicht verarbeiten. Das war so, das muss jetzt so sein. Die Frau vom Sozialamt tat so, als wenn das alles total normal wäre.«⁶⁴

4.2 Alltag

Es wurde zumeist im Dreischichtsystem gearbeitet. Um 6.00 Uhr begann die erste Schicht des Pflegepersonals auf Station 1 und 2, und die Nachtwache – je eine Person pro Station – wurde abgelöst. Die zweite Schicht begann um 14 Uhr, doch die Kolleginnen und Kollegen kamen bereits um 13 Uhr, um die Übergabe zu organisieren.⁶⁵

Vor 1985, bevor die Stationen umgewandelt wurden, gab es zwei getrennt voneinander arbeitende Wohnbereiche (Station 1 und 2). Direkt nach Dienstbeginn, morgens um 6 Uhr, wurden die Kinder und Jugendlichen geweckt. Nach dem Frühstück, das auf den jeweiligen Stationen in den Speiseräumen eingenommen wurde, begann für die förderungsfähigen Kinder und Jugendlichen der Stationen 1 und 2 im Erdgeschoss im Beschäftigungsraum eine Fördereinheit. Diese Förderung gab es bereits in den 1970er Jahren. In welchem Jahr sie genau begann, konnte nicht in Erfahrung gebracht werden. Der Förderunterricht begann morgens um 8 Uhr. Die Aufgaben für den Förderunterricht standen auf Karteikarten, die für das Pflegepersonal von den pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern angefertigt wurden: »Wir hatten Muttersprache, Mengenlehre, Naturkunde. Nach Büchern haben wir nicht gearbeitet, nur nach den Vorgaben auf den Karteikarten, die die Erzieher für uns angefertigt hatten. Da stand dann Thema, Material und so, und dann haben wir uns das zusammengesucht.«⁶⁶

Ab 1985, unter der neuen Leitung von Herrn Breite, begann die sogenannte Arbeitstherapie. Jetzt erhielt die Einrichtung Auftragsarbeiten von Betrieben. Zunächst wurden für

⁶³ Ibid., 39:56-42:00, Archiv des DIH.

⁶⁴ Ibid., 42:00-44:12, Archiv des DIH.

⁶⁵ Interview von Anke Dreier-Horning mit Frau S. [anonymisiert], 18.1.2019, 13:09-15:07, Archiv des DIH.

⁶⁶ Ibid., 15:07-16:16, Archiv des DIH.

eine Bäckerei Faltarbeiten erledigt, dann für einen Volkseigenen Betrieb der Umgebung Bestandteile für einen Spielzeugkaufmannsladen zusammengesteckt. Auch für die ortsansässige Firma »Geophysik« wurden Montagearbeiten durchgeführt.⁶⁷ Gearbeitet wurde am Vormittag ca. drei bis vier Stunden täglich von Montag bis Freitag. Dafür verließen sie das Haus und gingen in den Flachbau, was für mehr Abwechslung im Alltag sorgen sollte.

Grundsätzlich sollten sämtliche Bewohnerinnen und Bewohner beider Stationen an der Arbeitstherapie teilnehmen. Dies gelang, aus unterschiedlichen Gründen, nicht immer. Diejenigen Bewohner, die nicht arbeiten gingen, blieben auf der Station 1 und hielten sich vormittags vorrangig in den zwei Speiseräumen auf. Spielzeug oder andere Gegenstände, um sich zu beschäftigen, waren nur rudimentär vorhanden.

Die Mitarbeitenden der Station 1 hatten die Aufgabe, mit den Bewohnerinnen und Bewohnern bestimmte Kulturtechniken zu üben: sich die Hände zu waschen, ein Laken zusammenzulegen, mit Besteck zu essen u. a. Hierfür war eine Eins-zu-eins-Betreuung notwendig, die sich nur während der Zeit der Arbeitstherapie verwirklichen ließ. Man sei betrebt gewesen, den Kindern und Jugendlichen, die in ihrer Entwicklung Fortschritte machten, einen Wechsel zur Station 2 zu ermöglichen. Inwieweit dies aufgrund der begrenzten Kapazitäten realisiert werden konnte, bleibt unklar.⁶⁸

Schon Anfang der 1980er Jahre wurden für einige Bewohnerinnen und Bewohner der Station zwei Arbeitsverträge mit der Storkower Schuhfabrik abgeschlossen (geschützte Arbeitsplätze). Andere Bewohnerinnen und Bewohner halfen bei der Hausreinigung und in der Küche.⁶⁹ Die Arbeiten zur Aufrechterhaltung des Einrichtungsbetriebes wurden vorrangig von den Bewohnerinnen und Bewohnern der Station 2 durchgeführt.⁷⁰ Ende der 1980er Jahre sah der Tagesablauf einer Bewohnerin der Station 2, die in der Schuhfabrik tätig war, folgendermaßen aus:

5.00 Uhr Aufstehen

6.00 Uhr mit dem Bus zum geschützten Arbeitsplatz

14.00 Uhr Rückweg

14.00 bis 14.30 Uhr Zimmerreinigung bzw. Erholungspause

14.30 bis 17.00 Uhr sinnvolle gemeinsame Freizeitgestaltung

17.30 Uhr Abendbrot

anschließend bis 20.00 Uhr individuelle Beschäftigung und Körperpflege⁷¹

67 Interview von Anke Dreier-Horning mit ehemaligen Mitarbeiterinnen der Kinderpsychiatrie Storkow-Hubertushöhe [anonymisiert], 28.11.2018, 25:02-28:58, Archiv des DIH.

68 Interview von Anke Dreier-Horning mit ehemaligen Mitarbeiterinnen der Kinderpsychiatrie Storkow-Hubertushöhe [anonymisiert], 28.11.2018, Interview 1, 1:02:39-1:04:10, Archiv des DIH.

69 Interview von Anke Dreier-Horning mit ehemaligen Mitarbeiterinnen der Kinderpsychiatrie Storkow-Hubertushöhe [anonymisiert], 28.11.2018, 28:58-29:13, Archiv des DIH.

70 *Ibid.*, 29:13-32:26, Archiv des DIH.

71 Hub. Pa 7, Fragebogen für Eltern, ca. 1990.

In der Freizeit unternahmen die Betreuerinnen und Betreuer mit den Kindern täglich lange Spaziergänge. Wenn sie mit 64 teilweise schwerstbehinderten Menschen durch den Stadtteil liefen, wurden sie manchmal belächelt, aber diese feste Struktur habe ihnen und den Bewohnerinnen und Bewohnern Halt gegeben.⁷² Auch Ausflüge wurden von dem pädagogischen Personal der Einrichtung organisiert, doch nahm an diesen zunächst nur die Fördergruppe (Station 2) teil. Man fuhr nach Berlin zum Freizeitpark im Plänterwald, in den Tierpark, machte eine Dampferfahrt oder ging in den Zirkus.⁷³

4.3 Entwicklungen in den 1980er Jahren

1985 erhielt die Einrichtung zum ersten Mal einen Leiter; bis dahin hatte es nur Stationsleitungen gegeben. Der Einrichtungsleiter, Herr Breite, war ausgebildeter Krankenpfleger und Arbeitstherapeut. Zusammen mit seiner Frau, die ebenfalls als Krankenschwester in Hubertushöhe arbeitete, versuchte er die Trennung der beiden Stationen 1 und 2 aufzuheben, um mehr Raum für Beschäftigung zu schaffen und den Bewohnerinnen und Bewohnern die Möglichkeit zu geben, ihren Bereich tagsüber zu verlassen. Die Räume der Station 2 sowie der Dachboden und ein Zimmer im Erdgeschoss wurden nun als Schlafräume für die Bewohnerinnen und Bewohner genutzt. Auf der ersten Station sollten ausschließlich Beschäftigungs- und Aufenthaltsräume zu finden sein.

Ab 1985 gab es nun vier Gruppen: Eine Gruppe verließ die Einrichtung und fuhr mit einem Bus zur Schuhfabrik in Storkow (geschützter Arbeitsplatz), eine Gruppe arbeitete im Flachbau im Rahmen der Arbeitstherapie, eine dritte Gruppe erhielt Förderunterricht im Erdgeschoss, die vierte Gruppe (ca. 3-4 wechselnde Personen) blieb auf der Station 1.

Mit der Schaffung dieser Belegungsstruktur setzte in Storkow-Hubertushöhe schon eine frühe Form der Enthospitalisierung ein. Insbesondere der Aspekt der Förderung rückte stärker in den Mittelpunkt. Die neue Aufteilung schuf aber auch Probleme. Am Nachmittag waren alle 64 Bewohnerinnen und Bewohnern auf der Station 1. Damit war die Station vollends überfüllt, was die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und auch die

72 Interview von Anke Dreier-Horning mit ehemaligen Mitarbeiterinnen der Kinderpsychiatrie Storkow-Hubertushöhe [anonymisiert], 28.11.2018, 24:95-29:13, Archiv des DIH.

73 »Und am 1. Mai mussten wir alle demonstrieren gehen. Und einmal kam Honecker nach Hubertushöhe [es gab ein Erholungsheim des Zentralkomitees der SED in Hubertushöhe; Anm. A. D.-H.], da mussten wir drinbleiben, da durften wir nicht raus. Da hatten wir direkt schriftliche Anweisung erhalten. Das weiß ich noch, weil das ein Wochenende war. Wir mussten uns die ganze Zeit im Haus aufhalten, wir waren auch nicht auf dem Gelände.« Interview von Anke Dreier-Horning mit ehemaligen Mitarbeiterinnen der Kinderpsychiatrie Storkow-Hubertushöhe [anonymisiert], 28.11.2018, 45:26-46:40, Archiv des DIH.

dort lebenden Menschen überforderte. Die Veränderungen brachten dementsprechend viel Unruhe mit sich⁷⁴ und stießen bei einigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auch auf Widerstand. Hinzu kam, dass die Bezirksnervenklinik die Trägerschaft der Einrichtung an den Kreis übergeben wollte. Kurz vor der Übergabe wurde aus Eberswalde eine Gruppe besonders stark hospitalisierter schwerstbehinderter Menschen überwiesen. Diese Neuaufnahme überforderte die von Einrichtungsleiter Breite eingerichtete Binnenordnung endgültig und konterkarierte seine Bemühungen, sich dem einzelnen Bewohner und der einzelnen Bewohnerin stärker individuell zuzuwenden. Eine Folge dieser Situation war die Schaffung eines Isoliertraumes, den es vor 1985 nicht gab.

Das neue Konzept wurde ca. 1988 wieder fallengelassen. Zwar blieb die Arbeitstherapie, doch die Trennung zwischen Schlaf- und Wohnbereich wurde wieder aufgehoben. Fortan wurden erneut Schlafräume auf der ersten Station eingerichtet. Dennoch hielt sich der Anspruch, den Bewohnerinnen und Bewohnern eine bessere Wohnsituation zu verschaffen. Zwischen 1985 und 1988 begann man hier eine Form des »geschützten Wohnens« aufzubauen, indem man mehr Privatsphäre schuf, die großen Schlafräume auflöste, das Dachgeschoss weiterhin nutzte und mit einer Gruppe in das Nebengebäude (»geschütztes Wohnen«) zog. Dadurch wurde es auch möglich, Bewohnerinnen und Bewohner der Station 1 auf die Station 2 ziehen zu lassen. Dementsprechend verbesserten sich noch vor dem Ende der DDR, wenn auch unter sehr beengten Verhältnissen, die Wohnverhältnisse in der Einrichtung.

Der Zeitraum zwischen 1987 und 1994, als die Einrichtung den Namen »Rehabilitationspädagogische Fördereinrichtung« trug, stellte eine sehr dynamische Phase dar. Dies gilt zumindest für die Entwicklung auf dem Gebiet der förderfähigen geistig behinderten Bewohnerinnen und Bewohner. Die Loslösung aus dem Haupthaus sorgte einerseits für eine Öffnung hinsichtlich neuer Strukturen, andererseits führten der Trägerwechsel und die gesellschaftlichen Umbrüche 1989/1990 zu neuen Freiräumen, die von einigen Mitarbeitenden nun genutzt wurden. Das Grundstück wurde neu gestaltet, man besorgte Fahrräder mit Stützrädern und feierte öffentliche Feste.⁷⁵ Nach 1990 galt für alle Bewohnerinnen und Bewohner zunächst eine Schulpflicht. Der ehemalige Leiter Breite wechselte an die Förderschule.

74 »Breite hat wirklich Mechanismen entwickelt, dass auch ein Schwerstbehinderter arbeiten kann. Aber wenn die dann nachmittags alle zuhause waren, das war ganz schlimm. Ich habe nur noch geheult.« Interview von Anke Dreier-Horning mit Frau S. [anonymisiert], 18.1.2019, 40:50-42:15, Archiv des DIH.

75 Ibid., 1:48:50-1:54:37, Archiv des DIH.

4.4 Das Bild vom Menschen mit geistiger Behinderung

Eine staatliche Qualifizierung zur Arbeit mit geistig behinderten Menschen gab es in der DDR nicht. Der Großteil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besaß einen medizinischen Ausbildungshintergrund. Ihnen war aber zumeist klar, dass diese Qualifikation für das betreffende Tätigkeitsfeld sehr unspezifisch war: »[...] wobei ich gleich gesehen habe, dass das mit Krankenschwester eigentlich nichts zu tun hat, eher so die pädagogische Richtung. Und ich habe dann viele Sachen angewandt, die ich bei meinen Kindern angewandt habe.«⁷⁶ Einige Mitarbeitende bewarben sich für die Ausbildung zur Fachkrankenschwester bzw. zum Fachkrankenpfleger für die Psychiatrie. Diese wurde jedoch aufgrund der geringen Personaldichte abgelehnt.⁷⁷

Qualifizierungen, Weiterbildungen oder einen Austausch mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus den umliegenden Einrichtungen wurden vom DDR-Gesundheitswesen nicht angeboten:

»Zu konfessionellen Einrichtungen hatten wir während der gesamten DDR-Zeit keinen Kontakt, keinen Austausch. Das war dann so schön für mich nach der Wende, dass man mit vielen Leuten reden konnte und Material bekommen hat und Input, Weiterbildungen.«⁷⁸

Unter anderem aufgrund des fehlenden Austausches und der fehlenden Qualifizierung im Umgang mit dieser besonderen Klientel konnte sich die Qualität der Arbeit in der Einrichtung kaum verbessern. Auf diese Weise hielten sich in der Einrichtung in Storkow, wie auch in anderen Einrichtungen der Psychiatrie in der DDR, Vorstellungen vom »behinderten Kind«, die sich ganz konkret auf den Umgang mit den Menschen auswirkten:

»Wir hatten zwei Bewohnerinnen, von denen wurde immer gesagt, sie sind nur Hülle, sie sind einfach nur doof, Hülle, da ist nichts. Und wenn du jemandem von Anfang an erzählst, dass er dumm ist, dann passt er sich an und so war das auch. Aber was ich da noch für Ressourcen aktivieren konnte, ist Wahnsinn.«⁷⁹

Über die Bewohnerinnen und Bewohner, die sie betreuten, wussten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung fast nichts. Weil es bis 1985 auch keine Heimleitung gab, fanden auch keine Anleitung und kein Austausch mit den Ärztinnen und Ärzten aus Eberswalde statt. Die Pflegerinnen und Pfleger erhielten auch keine Patientinnen- und Patientenakten:

»Einmal im Monat sind die gekommen und haben wahrscheinlich die Akten mitgebracht. Dann hat sich eine Psychologin einen Bewohner genommen und den untersucht, ohne

⁷⁶ Ibid., 07:56-08:55, Archiv des DIH.

⁷⁷ Vgl. Zuschrift von Frau S. vom 31.3.2020.

⁷⁸ Interview von Anke Dreier-Horning mit Frau S. [anonymisiert], 18.1.2019, 1:55:34-2:00:15, Archiv des DIH.

⁷⁹ Ibid., 2:00:11-2:01:12, Archiv des DIH.

mit uns zu sprechen, wie es ihm geht, nur mit der Akte. [...] Die sogenannten Visiten fanden immer nur mit der Stationsleitung statt. Die Informationen zum Hintergrund haben wir uns selbst erarbeitet, wir haben gefragt oder beobachtet. Die Medikation hatten wir aber. [...] Auf welcher Grundlage dann der Arzt beurteilt hat, wissen wir nicht. Wir wurden nie gefragt.»⁸⁰

Zwischen November 1993 und April 1994 fand mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung eine Weiterbildungsveranstaltung statt. Die Seminarleitung verfasste anschließend einen Bericht, in dem deutlich zum Ausdruck kommt, dass noch zu dieser Zeit die Vorstellungen vom behinderten Kind, die in der DDR-Psychiatrie vertreten wurden, bei den Mitarbeitenden nachwirkten:

»Generell deutlich wurde die Auffassung vom Menschen mit einer geistigen Behinderung als einem psychisch Kranken, der aufgrund seiner Krankheit unberechenbar und unfähig ist, selbst- und mitbestimmend am Leben teilzuhaben. Die mangelnden Fachkenntnisse der Mitarbeiterinnen drückten sich weiterhin in der vorherrschenden Meinung aus, Menschen mit geistigen Behinderungen könnten ohnehin nichts verstehen, wären von Natur aus boshaft, hinterlistig, oft auch gefährlich und seien nicht lernfähig.«

Einige Mitarbeiterinnen setzen die geistige Behinderung mit Schizophrenie gleich. Es wären starke Sedativa nötig, um Ausbrüche zu verhindern und »um eine gefahrlose Handhabbarkeit der Patienten auf den Stationen zu gewährleisten.«⁸¹ Der Bericht schildert, wie sich innerhalb der Weiterbildung etwas im Team tat. Einige Beschäftigte setzten sich intensiv mit den Inhalten der Schulung auseinander, andere zeigten eine deutlich ablehnende Haltung gegenüber den neuen Wertvorstellungen und Anforderungen, die der veränderte Blick auf Menschen mit einer Behinderung mit sich brachte:

»Zu Ostzeiten wurde uns immer gesagt, die sind krank. Es waren Patienten, keine Bewohner. Und deswegen müssen da Krankenschwestern sein. Das ist wirklich das ganze Grundübel der DDR gewesen, uns wurde immer gesagt, das ist eine Krankheit. [...] Als die Lebenshilfe uns dann übernommen hat, dann hatte sich das Bild vom behinderten Menschen damit auch verändert. Das waren keine kranken Menschen mehr, sondern der Zustand nach einer Krankheit. Und damit konnte ich besser leben.«⁸²

80 Interview von Anke Dreier-Horning mit ehemaligen Mitarbeiterinnen der Kinderpsychiatrie Storkow-Hubertushöhe [anonymisiert], 28.11.2018, 13:22-14:25, Archiv des DIH.

81 Schäffer, Franziska: Bericht zur Weiterbildungsveranstaltung im Haus am See (Storkow-Hubertushöhe) von November 1993 bis April 1994, 2, in: Aktenbestand der Lebenshilfe e.V. im Haus am See Storkow-Hubertushöhe.

82 Interview von Anke Dreier-Horning mit Frau S. [anonymisiert], 18.1.2019, 2:04:18-2:05:38, Archiv des DIH.

4.5 Gewalterfahrungen

Die Akten dokumentieren vielfältige Formen der Gewalt, die unter den Kindern selbst stattfand (Schlagen, Treten, an den Haaren Ziehen, Anspucken, Kratzen, Beißen u. a.). Zeitzeuginnen und Zeitzeugen, die als Kinder und Jugendliche auf der Station 2 lebten, berichteten in den Interviews zudem von unterschiedlichen Formen der Gewaltanwendung seitens des Personals.⁸³ Bei einer Selbst- und Fremdgefährdung konnten Fixierungen und Zwangsjacken zum Einsatz kommen. Der Einsatz einer Zwangsjacke sollte dokumentiert und begründet werden. Mit der Zwangsjacke sollte die jeweilige Situation beruhigt werden.⁸⁴

Doch auch an anderen Orten im Haus konnten Kinder fixiert werden. In einer Fernsehdokumentation des Ostdeutschen Rundfunks Brandenburg aus dem Jahr 1994 über die Einrichtung in Storkow ist ein junger Mann zu sehen, der durch eine eigenartige Körperhaltung auffällt. Er hält seinen Arm in einer Position, die darauf schließen läßt, daß er in der Vergangenheit am Treppengeländer fixiert wurde. Im Interview erklärt eine ehemalige Mitarbeiterin, dass die Fixierung eine Reaktion darauf gewesen sei, dass das Kind den anderen Kindern ständig das Essen weggenommen habe.⁸⁵

Laut Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenaussagen gab es vielfältige Hinweise auf sexuelle Kontakte der Heimbewohnerinnen und -bewohner untereinander.⁸⁶ Dies geschah zumeist nachts. Aber auch tagsüber kam es zu sexuellen Aktivitäten, z. B. auf dem Grundstück oder in den Wohnbereichen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter seien mit der Situation überfordert gewesen. Einerseits war man sich der Gefahren des sexuellen Missbrauchs und sexueller Gewalterfahrungen bewusst, andererseits sah man kaum Möglichkeiten, sexuelle Aktivitäten untereinander zu unterbinden. Zudem war man sich auch nicht sicher, ob dies überhaupt geschehen sollte. So kam es zu Verharmlosungen und zu stereotypen Verhaltensweisen, mit denen man untereinander – aber auch auf Leitungsebene – auf das Problem reagierte: »Man sagte uns, dass bei behinderten Menschen Sexualität anders wäre, und deswegen wäre das kein Missbrauch, oder dass

83 »Und die Zeiten [...] haben wir immer nur geschlagen gekriegt«; Interviews Karsten Laudien mit A., B. und F. [anonymisiert], 15.12.2017, Archiv des DIH.

84 Vgl. Interview von Anke Dreier-Horning mit Frau S. [anonymisiert], 18.1.2019, 44:19-47:00, Archiv des DIH.

85 »[...] hing mit dem Kopf in der heißen Suppe. Dann haben sie ihn halt [Pause] hier, so, und dann ist er mit der Jacke und hat weiter [Pause], dann wurde er am Stuhl festgebunden und ist mit dem Stuhl durch die Gegend gerannt, und was war das Ende vom Lied? Ja, er wurde draußen an der Treppe, weil die anderen sind dann schon verrückt geworden. Irgendwas mussten sie ja machen«; Interview von Anke Dreier-Horning mit ehemaligen Mitarbeiterinnen der Kinderpsychiatrie Storkow-Hubertushöhe [anonymisiert], 28.11.2018, 1:10:30-1:11:59, Archiv des DIH.

86 Interview von Anke Dreier-Horning mit Frau S. [anonymisiert], 18.1.2019, 1:38:44-1:47:00, Archiv des DIH.

die sexuelle Befriedigung unter Männern in der Psychiatrie normal wäre.«⁸⁷ Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter versuchten so wenig wie möglich etwaige Gelegenheiten zu ermöglichen, z. B. indem die weiblichen und die männlichen Bewohnerinnen und Bewohner in den Schlafräumen getrennt voneinander untergebracht wurden. Aber die Räume waren in der Nacht nicht verschlossen, und auf jeder Station gab es nur eine Nachtwache.

Aus dem Gefühl, »etwas tun zu müssen«, wurden Ende der 1980er Jahre Sitzbäder mit Kaliumpermanganat (eine rot-violette Lösung) durchgeführt: »Dann hatten alle, die ›Schweinereien‹ gemacht haben – so wurde das damals bezeichnet –, ein rosa Hinterteil, zur Abschreckung, als Bestrafung. Dabei kannten die Bewohnerinnen und Bewohner keine andere Möglichkeit, ihre Triebe zu befriedigen, und durch die Enge und die nicht vorhandene Intim- und Privatsphäre wusste man sie nicht zu schützen.«⁸⁸ Mit 14 Jahren erhielten alle Mädchen auf ärztliche Anweisung die Spirale eingesetzt, doch aufklärende Gespräche zur Sexualität wurden nicht geführt.

Nach 1990 wurden die Eltern zu einer Elternversammlung eingeladen, und bei dieser Gelegenheit fand die erste Besichtigung der Station 1 statt. »Wir sind ja in den Komplex nie reingelassen worden, und jetzt wollte man uns rumführen. [...] In dem Schlafraum standen 16 kleine Betten, eher so Pritschen, wie bei der Armee, da waren oben Liederriemen dran und unten so breite Riemen. Für Arme und Beine.«⁸⁹ Frau H. dachte in diesem Moment an ihren Sohn, der, seitdem er im Heim in Storkow war, zuhause nicht mehr auf der Seite schlief, sondern immer auf dem Rücken. »Ich war damals so schockiert und habe mich nicht getraut, zu fragen oder das anzusprechen.«⁹⁰

5 Medizinisch-therapeutischer Bereich

5.1 Diagnostik

In Storkow-Hubertushöhe fanden keine medizinischen Untersuchungen statt. Die Untersuchungen wurden vorab in der Klinik in Eberswalde oder in anderen Einrichtungen durchgeführt.

Bei der Aufnahme in der Psychiatrischen Klinik Eberswalde oder der Außenstelle in Storkow unterschrieben die Eltern eine Einwilligung für alle notwendigen klinischen

⁸⁷ Ibid., 1:55:34-2:00:11, Archiv des DIH.

⁸⁸ Ibid., 1:38:44-1:47:00, Archiv des DIH.

⁸⁹ Interview von Anke Dreier-Horning mit Frau H. [anonymisiert], 27.11.2018, 1:11:53-1:13:08, Archiv des DIH.

⁹⁰ Ibid., 1:11:53-1:13:01, Archiv des DIH.

Untersuchungen. Dazu gehörte auch die Durchführung der Pneumenzephalographie, die in den 1960er und 1970er Jahren in mehreren Fällen praktiziert wurde.⁹¹ Bei Fällen des Sorgerechtsentzugs erteilten die Jugendhilfe bzw. ein Vormund die Einwilligung.⁹²

Obwohl es seit 1954 eine Pflicht für alle staatlichen Stellen gab, etwaige Entwicklungsverzögerungen, Störungen oder Behinderungen zu melden, finden sich bei den untersuchten Fällen Kinder, die erst viel später oder unzureichend diagnostiziert wurden. U.S. und A.W., beide 1965 geboren, waren Kinder in einer Dauerkrippe in Brieskow-Finkenherd. Der Bezirksarzt versuchte die Kinder 1973 in der Bezirksnervenklinik Eberswalde unterzubringen, nachdem es eine Eingabe oder Beschwerde (vermutlich von Eltern anderer Krippenkinder) gegeben hatte. Der Kontrollbericht bestätigt, dass hier zwei Kinder lebten, die weder gefördert noch jemals diagnostiziert wurden.⁹³ Das Kind A.W. wurde die meiste Zeit des Tages an die Heizung angebunden.⁹⁴

Wo ein umfangreiches diagnostisches Verfahren zur Ermittlung des Intelligenzstandes in den Akten dokumentiert wurde (zumeist: Bühler-Hetzer-Entwicklungstest⁹⁵), unterblieb nicht selten die konsequente Umsetzung der Forderungen des Arztberichtes, wie im Fall von B. H., der im Alter von vier Jahren untersucht wurde: »Er wird sprechen und verschiedene Tätigkeiten verrichten lernen und selbständig werden.« Der Arztbericht riet, B. H. weiterhin in der Kinderkrippe zu fördern und für ihn, [...] um eine maximale Förderung zu ermöglichen«, den Besuch einer Sondertagesstätte anzustreben.⁹⁶ Auch in einem Gutachten aus dem Jahr 1981 heißt es: »Der Pat. B. H. sollte unbedingt weiter gefördert werden.«⁹⁷ Bis 1981 war er in einer Fördereinrichtung untergebracht, doch aufgrund gesundheitlicher Probleme konnten sich seine Eltern nicht mehr um die Betreuung des Kindes kümmern. Trotz der vorliegenden Gutachten wurde B. H. 1981 Bewohner der Station 1 in Hubertushöhe.⁹⁸

91 Hub. Pa 1; 3; 4; 6.

92 Die Kinderpsychiatrie Eberswalde schrieb die Jugendhilfe in Eisenhüttenstadt an und bat um eine »Einwilligung zu allen ärztlicherseits als notwendig erachteten klinischen Untersuchungen«. Dem Schreiben war ein Schein beigelegt, der von der Jugendhilfe ausgefüllt und zurückgesendet werden sollte. Vgl. Hub. Pa 12, Antwortschreiben vom 27.3.1973.

93 Vgl. Dr. Bayralla (Ärztlicher Direktor des Bezirkskrankenhauses für Neurologie und Psychiatrie Eberswalde-Finow) an Dr. Pomeranke (Bezirksarzt des Rats des Bezirkes Frankfurt/Oder) vom 6.2.1973, Akte U.S. (1965).

94 Vgl. Dr. Pomeranke (Bezirksarzt des Rats des Bezirkes Frankfurt/Oder) an Dr. Bayralla (Ärztlicher Direktor des Bezirkskrankenhauses für Neurologie und Psychiatrie Eberswalde-Finow) vom 1.2.1973, Akte U.S. (1965).

95 Bühler, Charlotte/Hetzer, Hildegard: Kleinkindertest (BHKT), Erstveröffentlichung 1932.

96 Hub. Pa 4.

97 H. Rietz (Pädagogischer Leiter des Bezirkskrankenhauses für Psychiatrie und Neurologie Eberswalde): Pädagogische Beurteilung des Pat. [...] vom 1.6.1981.

98 Hub. Pa 4.

5.2 Isolierraum – das »Eckzimmer«

Auf der ersten Etage (Station 1) gab es einen Isolierraum, der »Eckzimmer« genannt wurde, obwohl es eigentlich kein Eckzimmer war. Woher der Name kam, ist unbekannt. Der Raum war ca. 20 qm groß und besaß eine große Gittertür. Der Raum war mit zwei Tischen und acht Stühlen ausgestattet. Es handelte sich um einen umfunktionierten Aufenthaltsraum.

Frau H., die 1986 zum ersten Mal in der Einrichtung war und den Raum nur kurz sah, als sie ins Dienstzimmer des Personals mitgenommen wurde, erinnert sich:

»Da waren dunkelbraune Fußbodenbeläge und die Beläge waren kaputt, und darunter war Dielung und das sah aus wie eine Straße mit Schlaglöchern. Kaputt. Und da waren vier Kinder drin, und die haben so geschrien. Das waren Kinder, die wohl ausgerastet sind. [...] Ohne Spielzeug, ohne gar nichts. [...] Das Zimmer war, wenn man reingekommen ist, links. Die haben immer Eckraum dazu gesagt.«⁹⁹

Frau H., die in der im Rückblick geschilderten Situation gerade im Begriff war, das Aufnahmegespräch zur Unterbringung ihres Sohnes S. zu führen, wusste nicht, dass Kinder der Station nicht allein aus disziplinarischen Gründen oder aufgrund von Selbst- oder Fremdgefährdung isoliert wurden.¹⁰⁰ Laut Aussage von Frau S., einer ehemaligen Mitarbeiterin der Station 2, wurde eine Gruppe von Kindern der Station 1 regelmäßig isoliert:

»Wenn eine Gruppe zur Arbeitstherapie ging und eine andere Gruppe gefördert wurde, dann wurden dort manchmal 2 bis 3 schwerstbehinderte Menschen mit starken Verhaltensauffälligkeiten kurzzeitig isoliert.«¹⁰¹

Manchmal musste sie auf der Station aushelfen und erlebte dort befremdliche Situationen. Manche Jugendliche hätten in dem Raum einfach nur teilnahmslos dagesessen, »wie du es von der Psychiatrie kennst«.¹⁰² Andere Kinder hätten auf den Boden uriniert und mit ihren Fäkalien gespielt:

»Ich kann mich erinnern, dass damals noch überlegt wurde, ob der Raum gefliest wird, weil manche von ihnen ja auch überall hingepullert haben. Es hat auch unglaublich

99 Interview von Anke Dreier-Horning mit Frau H. [anonymisiert], 27.11.2018, 39:00-40:10, Archiv des DIH.

100 »Einmal, als ich ihn abgeholt habe, da kam mir ein Mädchen entgegen, und die konnte auch sprechen. Da habe ich gefragt, wo ist denn S.: »S. ist im Eckraum.« [...] Ich habe dann geklopft, rein kam ich ja nicht in die Räume, es hat sich ja alles auf der Treppe abgespielt. Ich hab dann geklingelt und dann kam jemand, der geöffnet hat: »Ja, kleinen Moment.« Dann musste ich warten. Und an diesem Tag war die Tür so ein bisschen offen, so dass ich reingucken konnte. Und da habe ich Hände an diesem Gitter gesehen und habe Heiko auch rufen gehört: »Mama«. Ach, habe ich gedacht, lieber Gott, mach, dass der da nicht in der Buchte ist.« Interview von Anke Dreier-Horning mit Frau H. [anonymisiert], 18.1.2019, 49:09-53:24, Archiv des DIH.

101 Interview von Anke Dreier-Horning mit Frau S. [anonymisiert], 18.1.2019, 53:24-1:00:37, Archiv des DIH.

102 Ibid., 53:24-1:00:37, Archiv des DIH.

gestunken in dem Raum. Du konntest sauber machen, aber das ist nicht mehr rausgegangen. Erst war da, glaube ich, Spannteppich drin und dann Linoleum, weil es ja dann alles durchnässt war.»¹⁰³

Bemerkenswert ist, dass der Isolierraum erst 1985, im Zuge der von dem neuen Leiter Herrn Breite angestoßenen Neustrukturierung der Ebenen eingerichtet wurde. Insbesondere dann, wenn alle Bewohnerinnen und Bewohner sich auf der Station 1 zusammenfanden, also zu den Mahlzeiten und nach der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, hielten sich zu viele auf kleinstem Raum auf, so dass ein sehr großes Aggressionspotential entstand. Breites Gedanke lautete, dass mit der Einrichtung eines Isolierraumes Situationen entschärft und die Bewohnerinnen und Bewohner wegen drohender Selbst- und Fremdgefährdung geschützt werden könnten:¹⁰⁴

»Ich musste mal an einem Wochenende auf Station 1 aushelfen. Krankheitsbedingt waren an diesem Tag beide Stationen unterbesetzt. Ich war mit 30 Bewohnern allein, meine Kollegin auf der Station 2 ebenfalls. Ich wechselte den Bewohnern gerade die Windeln, da hat ein Junge hinter mir die Wasserhähne alle aufgedreht. Zur gleichen Zeit haben sich im Flur zwei Bewohner angefangen zu schlagen. Aus dem Esszimmer kamen Schreie von anderen Bewohnern. Da musste auch etwas passiert sein. Ich habe also schnell die Leute im Bad versorgt, die Wasserhähne zuge dreht und die beiden Bewohner im Flur versucht voneinander zu trennen, während ich noch Schreie aus dem Esszimmer hörte. Als ich dort ankam, sah ich, dass der Bewohner M. [anonymisiert] Kot an die Decke geworfen hatte, was für Entsetzen unter den anderen gesorgt hatte. Alle waren ganz aufgeregt, liefen umher, viele schrien. Während ich im Esszimmer versuchte alle zu beruhigen und M. zu stoppen, der weiterhin mit Kot warf, wurden wieder die Wasserhähne aufgedreht. Ich konnte keine Hilfe holen, ich war vollkommen allein. Also habe ich M. in das Eckzimmer gebracht, die beiden Bewohner im Flur erneut voneinander getrennt, weil sie sich wieder geschlagen haben und den Aggressiveren von beiden ebenfalls im Eckzimmer isoliert. Da lief das Wasser immer noch oder schon wieder, ich weiß es nicht mehr. Irgendwann kam die Küchenfrau von unten und half mir beim Aufwischen, das Wasser war mittlerweile in den Flur gelaufen. Ich glaube, so wie mir ging es vielen. Wir waren manchmal einfach überfordert.«¹⁰⁵

Der Isolierraum sei unter den Mitarbeitern aber umstritten gewesen. Manche Mitarbeitende hätten die Existenz eines solchen Raumes bzw. die Art und Weise, wie er verwendet wurde, kritisch gesehen. Der Leiter kritisierte nach der Einrichtung des Isolierraumes nach Angaben einer Zeitzeugin zudem seine regelmäßige Belegung und Nutzung innerhalb des Tagesablaufes:

103 Ibid., 53:24-1:00:37, Archiv des DIH.

104 Vgl. Zuschrift von Frau S. vom 31.3.2020.

105 Vgl. ibid.

»Breite [...] wollte, dass die Isolierung [...] wenn dann nur etwas Vorübergehendes ist, aber dann kamen 1986 und 1987 viele hospitalisierte Kinder aus Eberswalde¹⁰⁶ und dann konnte man das auch nicht mehr bewältigen, das war dann einfach zu viel. Das heißt, man wusste, man braucht eine Möglichkeit, um die anderen Bewohner zu schützen, um sie teilweise vor sich selbst zu schützen und auch sich selbst [...]. Das Personal musste auch viele andere Dinge machen, einige mussten ja auch gewickelt werden, andere sollten gefördert werden. Ich glaube, erst mit Übernahme der Lebenshilfe wurde der Raum dann aufgelöst.«¹⁰⁷

6 Medikation

Von den zwölf ausgewerteten Akten fehlten in einer Akte die Aufzeichnungen zur Medikamentierung.¹⁰⁸ In den anderen elf Akten sind neben den Aufzeichnungen aus Storkow-Hubertushöhe auch die Medikamentierungen anderer Aufenthalte im Gesundheitswesen verzeichnet – insbesondere die Medikamentierung in der Bezirksnervenkranklinik Eberswalde. Eine Zeitzeugin erinnert sich:

»Da unten auf Station 1 haben sie starke Medikamente bekommen. Der eine mehr, der andere weniger. Und auf unserer Station 2, als ich angefangen habe, haben die Bewohner fast alle Medikamente bekommen. Sie standen dann immer vorm Dienstzimmer oder vorm Essensraum, in einer langen Schlange. [...] dann haben wir die Medizin verabreicht. Sinophenin zum Beispiel, so zur Beruhigung, haben sie anfangs auch mittags bekommen, [...] dass sie schlafen über mittags sicher. 1 1/2 Stunden Mittagsschlafen. Unter Herr Breite wurde der Mittagsschlaf abgeschafft und damit auch die Mittagsmedikamente.«¹⁰⁹

6.1 Sedierung

Die am häufigsten verzeichneten Medikamente in Eberswalde und Storkow zählen zu den Antikonvulsiva (= Antiepileptika) und den Sedativa (= Tranquilizer, Ataraktika,

106 Kurz vor der Übergabe der Einrichtung an den neuen Träger kamen 1987 und 1988 sehr schwierige Fälle aus Eberswalde. Diese Kinder hätten eigentlich eine Eins-zu-eins-Betreuung benötigt, denn sie wären stark hospitalisiert und verhaltensauffällig gewesen.

107 Interview von Anke Dreier-Horning mit Frau S. [anonymisiert], 18.1.2019, 1:00:37-1:02:36, Archiv des DIH.

108 Hub. Pa ID 10.

109 Interview von Anke Dreier-Horning mit Frau S. [anonymisiert], 18.1.2019, 43:90-44:19, Archiv des DIH.

Beruhigungsmittel) bzw. den Narkosemitteln (Hypnotica). Alle aufgeführten Medikamente sind bekannt und wurden ab den 1960er Jahren in der DDR produziert.

Die Antikonvulsiva wurden jedoch nicht allein bei diagnostizierter Epilepsie verabreicht. Der dreijährige K.W. erhielt z. B. 1967 als Antiepileptikum Lepinaletten¹¹⁰, 1968 Prothazin¹¹¹ und Sinophenin.¹¹² Bei ihm ist Epilepsie jedoch nicht diagnostiziert worden. Die Antikonvulsiva dienten wohl vielmehr der Ruhigstellung.

In den 1970er Jahren waren von den elf untersuchten Einzelfällen sechs Kinder in Hubertushöhe. Alle sechs erhielten Sinophenin, Prothazin, Lyorodin¹¹³, Lepinal¹¹⁴ oder Mephytaletten.¹¹⁵ Bei fünf dieser sechs Kinder ist Epilepsie aber nicht diagnostiziert worden. In den 1980er Jahren wurden neben den genannten Antiepileptika auch Aolept, Lepsiral, Suxilep¹¹⁶ und Propaphenin¹¹⁷ verabreicht.

Im Jahr 1980 wurde bei drei Kindern (11, 15 und 16 Jahre alt) in Hubertushöhe ohne Angabe von Gründen die Verabreichung der Sedativa Prothazin und Sinophenin eingestellt.¹¹⁸ Hintergrund war womöglich der Beginn der Arbeitstherapie in der Einrichtung.

In der Bezirksnervenklinik Eberswalde waren vor ihrer Verlegung nach Storkow vier Kinder untergebracht. In den 1970er Jahren erhielten sie Lyorodin, Lepsiral, Lepinal, Aolept, Prothazin und Sinophenin, in den 1980er Jahren auch Chlorprothixen (Truxal) und Suxilep.

Die zweite Gruppe der am häufigsten verabreichten Medikamente sind die Sedativa und Narkosemittel. Alle elf Kinder erhielten im Zeitraum ihrer Unterbringung in Storkow Medikamente dieser Kategorie. Bei den meisten gehörten Sedativa und Narkosemittel zur Standardmedikation. Dazu zählte in den 1970er Jahren bei zwei Kindern die tägliche Verabreichung der Schlaf- und Beruhigungsmittel Tisercin¹¹⁹ (1973–1980) und/oder Radedorm¹²⁰ (1975–1978)¹²¹ sowie bei einem weiteren Kind

110 Lepinaletten (Phenobarbital), ein Sedativum und Antiepileptikum, hergestellt vom VEB AMW Dresden Radebeul; vgl. Mielke (2013), 138.

111 Prothazin (Promethazin), ein Antiallergikum, Antihistaminikum und Sedativum, kam 1964 in den Handel; Hersteller VEB AMW Dresden. Vgl. Mielke (2013), 63.

112 Sinophenin (Promazin), Neuroleptikum, schwach sedierend und anxiolytisch, hergestellt vom VEB Deutsches Hydrierwerk Rodleben. Vgl. Mielke (2013), 148.

113 Lyorodin (Fluphenazin).

114 Lepinal (Phenobarbital), ein Barbitursäurederivat; vgl. Mielke (2013), 70.

115 Mephytal (Methylphenobarbital).

116 Suxilep (Ethosuximid) war ein Antiepileptikum, das ab 1965 im VEB Arzneimittelwerk Dresden hergestellt wurde. Vgl. Mielke (2013), 63.

117 Propaphenin (Chlorpromazin), hergestellt im VEB Hydrierwerk Rodleben. Vgl. Mielke (2013), 71.

118 Hub. Pa 3; Hub. Pa 8; Hub. Pa 12.

119 Tisercin (Levomepromazin).

120 Radedorm (Benzodiazepinderivat Nitrazepam), Schlafmittel, produziert im VEB Arzneimittelwerk Dresden, war ab 1969 in der DDR verfügbar. Vgl. Mielke (2013), 64.

121 Hub. Pa 3, Medikamentenblatt 1975; Hub. Pa 12, Medikamentenblatt 1973.

Tyrylen¹²² (1973–1978).¹²³ Ab 1980 ist zudem in einem Fall Haloperidol¹²⁴ als tägliche Medikamentierung (1980–1986) nachzuweisen.¹²⁵

In Eberswalde erhielten zwei Kinder auf der kinderpsychiatrischen Station 5a ab dem 6. Lebensjahr Tisercin und Radedorm für einen Zeitraum von acht bis zehn Jahren.¹²⁶

In fast allen hier dargestellten Fällen haben wir es mit einer Dauermedikation zu tun, die die Kinder im Alltag ruhigstellen sollte.

Sechs der elf Kinder erhielten – teilweise zusätzlich zu den genannten Antiepileptika und Sedativa – mehrere Jahre lang abends täglich das Schlafmittel Chloralhydrat. Das Medikament erhielt K. W. z. B. im Alter von drei Jahren zum ersten Mal; ab seinem neunten bis zu seinem 20. Lebensjahr blieb Chloralhydrat eine Standardmedikation.¹²⁷

Auch in der Bezirksnervenklinik Eberswalde erhielten die Kinder die Sedativa Radedorm, Tisercin, Haloperidol und in einem Fall zusätzlich Chloralhydrat.¹²⁸

6.2 Weitere Medikamente

Weitere in den Akten erwähnte Medikamente waren Antibiotika (Oxytetracyclin¹²⁹ und Furazolidon¹³⁰) und diverse Vitaminpräparate, zudem ein Herzmedikament (Digitoxin¹³¹). Vier Kinder erhielten ferner über einen längeren Zeitraum das Medikament Norakin¹³² (1976–1990¹³³, 1977–1988¹³⁴, 1973–1986¹³⁵, 1978–1985¹³⁶).

Drei Patienten¹³⁷ erhielten 1980 und 1981 Oral-Turinabol, ein Anabolikum (Dehydrochloromethyltestosteron), das in den 1970er und 1980er Jahren im DDR-Sport auch

122 Tyrylen (Butaperazin), Neuroleptikum, war ab 1968 verfügbar. Vgl. MIELKE (2013), 64.

123 Hub. Pa 11, Medikamentenblatt 1973.

124 Haloperidol (Methylhydroxybenzoat, Propylhydroxybenzoat), Neuroleptikum.

125 Hub. Pa 2, Medikamentenblatt 1980 bis 1986.

126 Hub. Pa 1, Medikamentenblatt 1975 bis 1982; Hub. Pa 7, Medikamentenblatt 1976 bis 1985.

127 Hub. Pa 3, Medikamentenblatt 1967, 1973 bis 1984.

128 Hub. Pa 1, Medikamentenblatt 1975 bis 1983, Hub Pa. 7, Medikamentenblatt 1976 bis 1985.

129 Hub. Pa 3, Medikamentenblatt 1968.

130 Hub. Pa 3, Medikamentenblatt 1976.

131 Hub. Pa 4, Medikamentenblatt 1985.

132 Norakin (Biperiden), Parkinsonmedikament, bekannt auch unter dem Namen Akineton (seit 1953 zugelassen).

133 Hub. Pa ID 1, Medikamentenblatt 1976.

134 Hub. Pa ID 5, Medikamentenblatt 1977.

135 Hub. Pa ID 11, Medikamentenblatt 1973.

136 Hub. Pa ID 7, Medikamentenblatt 1978.

137 Hub. Pa ID 5, Medikamentenblatt 1980; Hub. Pa ID 2, Medikamentenblatt 1980; Hub. Pa ID 3, Medikamentenblatt 1980 und 1981.

als Dopingmittel eingesetzt wurde.¹³⁸ Ziel war anscheinend eine Gewichtszunahme bei den drei Patienten. Der Patient F.D. war 12 Jahre alt, wog 24 kg und war 1,30 m groß. Nach der Gabe von Oral-Turinabol (3×1 mg) vom 2.2.1980 bis zum 12.4.1980 kam es zu einer minimalen Gewichtszunahme von 600 Gramm und einem Wachstum von zwei Zentimetern.¹³⁹ Der Patient S.M. war 15 Jahre alt, 1,65 m groß und wog 43 kg. Er erhielt vom 25.8.1980 bis zum 26.10.1981 Turinabol gespritzt. Es kam zu einer Gewichtszunahme von 2,7 kg.¹⁴⁰ Der dritte Patient war 16 Jahre alt, wog 48 kg und war 1,69 m groß. Die Gabe von Oral-Turinabol (3×1 mg) begann am 8.9.1980 und endete am 5.4.1981. Der Patient war innerhalb des halben Jahres um drei Zentimeter gewachsen, wog jedoch weniger als zuvor (47,2 kg).¹⁴¹

6.3 »Medikamentenfreie Tage«

Bei drei Patienten findet sich der Vermerk »medikamentenfreie/r Tag/e« in den Akten. Der Patient K.W. erhielt im Jahr 1973 tagsüber zwei- bis dreimal Sinophenin und an den Abenden Chloralhydrat. Im Zeitraum vom 24.8.1973 bis zum 27.9.1973 wurde vermerkt, dass er jeweils donnerstags keine Medikamente erhielt.¹⁴² Ab 1.10.1973 erhielt er Sinophenin und zusätzlich Prothazin.

Der Patient S.U. wurde vom 28.7.1973 bis zum 31.12.1974 immer mittwochs und sonnabends »medikamentenfrei« gestellt. Zu diesem Zeitpunkt erhielt er Sinophenin und Tisercin. In der Akte ist vermerkt: »[...] unter 3×1 Tisercin sowie seit Ende Juli 2 medikamentenfreie Tage in der Woche, optimale Sedierung«. ¹⁴³ Beide Patienten erhielten Sinophenin, ohne dass eine Epilepsiediagnose vorlag. Dies war bei dem dritten Patienten anders: B.T. erhielt jeweils mittwochs und sonnabends ab dem 28.7.1973 keine Medikamente. Vermerkt ist in der Akte: »B. ist ohne Medikation sehr unruhig. Manchmal scheint es, als ob seine Medikation grundsätzlich nicht ausreicht.« Der medikamentenfreie Sonnabend wurde nach wenigen Wochen wieder aufgegeben: Ab dem 14.9.1973 war nur noch der Mittwoch arzneifrei, ab dem 21.9.1973 wurden die Medikamente wieder durchgehend verabreicht.¹⁴⁴ B.T. erhielt im genannten Zeitraum (bis auf mittwochs und sonnabends) Sinophenin, Frenolon, Norakin, Tyrylen und

138 BERENDONK (1991), 80.

139 Hub. Pa ID 2, Medikamentenblatt 1980.

140 Hub. Pa ID 5, Medikamentenblatt 1980/81.

141 Hub. Pa ID 3, Medikamentenblätter 1980 und 1981.

142 Hub. Pa ID 3, Medikamentenblätter 1973.

143 Hub. Pa ID 12, Medikamentenblätter 1973.

144 Hub. Pa ID 11, Medikamentenblätter 1973.

Haloperidol. In diesem Fall könnten die medikamentenfreien Tage mit einer Umstellung der Medikation zu tun haben, denn zwischen dem 30.7. und 11.8.1973 wurde Haloperidol von Tyrylen abgelöst sowie Sinophenin von Prothazin. Dies wurde in den folgenden Monaten jedoch wieder geändert.¹⁴⁵ Die Beweggründe und Ursachen für die medikamentenfreien Tage sind noch unklar. Aus medizinischer Sicht ergab damals ein »Pausieren« keinen Sinn, auch nicht, um eine neue Medikation einzuführen.

7 Literaturverzeichnis

- BERENDONK, Brigitte (1991), Doping-Dokumente – von der Forschung zum Betrug, Berlin.
 Expertengruppe (1991), Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR. Bestandsaufnahme und Empfehlungen, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin.
 MIELKE, Renate (2013), Indikation und Anwendung psychotroper Arzneimittel unter besonderer Berücksichtigung der Benzodiazepine in der Stomatologie in der DDR von 1949–1990, Med. Diss. Charité Berlin.

145 Hub. Pa ID 11, Medikamentenblätter 1973.

C Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, BRD

IX Kindersanatorium Wiesengrund/ Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berlin-West

Lea Münch

Inhalt

1	Einrichtungstyp und Quellenbasis	568
2	Historische Entwicklung	569
3	Personelle Ressourcen und universitäre Anbindung	572
4	Sozialprofil der Kinder und Jugendlichen und die Wege in die Einrichtung	574
5	Pädagogik und Lebensalltag	577
6	Medizinisch-therapeutischer Bereich	584
7	Medikation	587
8	Literaturverzeichnis	591

1 Einrichtungstyp und Quellenbasis

Den größten Teil des Untersuchungszeitraums befand sich das Kindersanatorium Wiesengrund im Stadtteil Hermsdorf im Norden West-Berlins. Mit rund 250 Betten war die Einrichtung laut dem langjährigen Direktor Gerhardt Nissen (1923–2014) die größte Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik. In der Klinik wurden grundsätzlich alle psychischen Störungen und ein Teil der neurologischen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters diagnostiziert und längerfristig behandelt. Dazu war die Institution in eine psychiatrisch-neurologische Aufnahmeabteilung, eine heilpädagogisch-therapeutische Abteilung und eine eigene Schule aufgeteilt. Die klinische Station und die heiltherapeutische Abteilung (HTA) sind daher als zwei voneinander getrennte Einheiten zu betrachten. Diese Aufteilung galt zu dieser Zeit als modellhaft. Spätestens seit Ende der 1960er bzw. Anfang der 1970er Jahre wurden Kinder und Jugendliche auf der klinischen Aufnahmeabteilung hauptsächlich zur Begutachtung eingewiesen. Deshalb war ihr Aufenthalt dort auf rund zwei bis vier Wochen begrenzt.¹ Auf der HTA hingegen blieben die Kinder und Jugendlichen über Jahre, so dass die Unterbringung dort eher einen Heimcharakter besaß. In der Aufnahmeabteilung wurden die Patientinnen und Patienten von medizinisch ausgebildeten Schwestern und Pflegern betreut, in der zweiten von Erzieherinnen und Erzieher bzw. Pädagoginnen und Pädagogen. Die oberste Entscheidungsgewalt oblag dem ärztlichen Personal. Die Kinder bzw. Jugendlichen im Wiesengrund waren zwischen zwei und 18 Jahre alt.²

In der qualitativen Analyse für den Untersuchungszeitraum 1949–1975 wurden insgesamt 105 Krankenakten ausgewertet. Diese wurden randomisiert ausgewählt, wobei beide Geschlechter zu gleichen Teilen berücksichtigt wurden. Dies wurde durch den Umstand eingeschränkt, dass in den ersten Nachkriegsjahren ausschließlich Akten von männlichen Patienten überliefert sind. Der Umfang der Dossiers und die Ausführlichkeit der Dokumentation variieren und nehmen mit dem Verlauf des Untersuchungszeitraums deutlich zu. Als Verschriftlichung der medizinisch-administrativen Praxis zeigt der zunehmende Aktenumfang auch die Ausweitung der Diagnostik an. Dokumentiert wurde grundlegend nur das, was als außergewöhnlich und erwähnenswert in den Augen des Personals galt.³ Daher ist eine Rekonstruktion des Alltagsgeschehens in der Institution anhand dieser Quellengattung grundsätzlich schwierig. Eine nicht zu unterschätzende Perspektive bieten die Interviews mit Zeitzeuginnen und Zeitzeugen. Es wurden dabei zwei Betroffene und ein ehemaliger

¹ Interview mit einem ehemaligen Erzieher [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 12.7.2019, Berlin, 53:43.

² NISSEN (2009), 146.

³ Weiterführend u. a. MEIER (2008), 68 f.

Erzieher befragt. Der Erzieher (E.) war seit September 1968 zunächst als Auszubildender im Wiesengrund beschäftigt.⁴ Die von ihm zitierten Aussagen betreffen, soweit sich dies abgrenzen lässt, den Untersuchungszeitraum bis 1975 und ausschließlich die Situation auf der heiltherapeutischen Abteilung. Bei dem ehemaligen »Patienten« (P.) wurde in der Kinderklinik Charlottenburg (West-Berlin) ein »organischer Hirnschaden« diagnostiziert und, da seine Mutter selbst schwer somatisch erkrankt war, eine Empfehlung zur Aufnahme in den Wiesengrund ausgesprochen. P. kam 1968 auf die heilpädagogische Abteilung und lebte dort bis zum Umzug in eine offene betreute Wohngemeinschaft 1979.⁵ Der zweite Betroffene machte fast keine Angaben zu seiner Zeit im Wiesengrund. In dem Interview mit einem ehemaligen Erzieher kam eine doppelte Aktenführung zur Sprache. Neben den für die Analyse vorliegenden Krankenakten wurde ihm zufolge parallel eine pädagogische Akte geführt, wobei die Dokumentation in dieser ausschließlich durch die Pädagoginnen und Pädagogen sowie die Obererzieherinnen und Obererzieher stattgefunden hätte. Eine besonders detaillierte Beschreibung aus der ärztlichen Perspektive ist für die Periode (1963–1978) unter dem Direktor Nissen möglich, da er in seiner Autobiographie seine Tätigkeit an der Klinik ausführlich schildert. Die Überlieferung im Landesarchiv Berlin und dem Universitätsarchiv der Freien Universität Berlin (FU) besteht hauptsächlich aus Personalakten. Am besten erforscht ist die Einbeziehung des Wiesengrunds in die nationalsozialistische »Kindereuthanasie«, weil dort in der Zeit des Nationalsozialismus eine »Kinderfachabteilung« bestand.

2 Historische Entwicklung

Im Jahr 1881 wurde im Berliner Stadtteil Wittenau die »Städtische Heil- und Erziehungsanstalt für Kinder« als Teil der Karl-Bonhoeffer-Heilstätten unter der Leitung des Heilpädagogen Hermann Piper (1846–?) eröffnet.⁶ Im Laufe ihres Bestehens wurde die Institution mehrfach um- bzw. ausgebaut und erweiterte ihre Aufgabenbereiche. Dabei erfolgte die ärztliche Versorgung zunächst von außen. Erst 1938 kam zu der heilpädagogischen Abteilung mit 165 Betten und der Heimonderschule eine neurologisch-psychiatrische Abteilung (Station I) mit 90 Betten hinzu.⁷ Oberarzt dieser neuen Station wurde Ernst

⁴ Interview mit einem ehemaligen Erzieher [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 12.7.2019, Berlin, 07:58.

⁵ Selbstauskunft von P. [anonymisiert] in (weitergeleiteten) E-Mails an die Stiftung »Anerkennung und Hilfe« vom 22.11.2017 und 11.5.2019.

⁶ NISSEN (2009).

⁷ STENDER (1982), 34.

Hefter (1906–1947).⁸ Die fortschreitende Verselbständigung war 1941 abgeschlossen, und die Institution firmierte nun unter der Bezeichnung »Städtische Nervenklinik für Kinder und Jugendliche«.⁹ Im Zusammenhang mit dieser Umstrukturierung entstand im Februar 1942 auch am Wiesengrund eine der reichsweit eingerichteten »Kinderfachabteilungen«.¹⁰ Dort fanden im Rahmen der »Kindereuthanasie« Einweisungen durch die Tarnorganisation des »Reichsausschusses zur wissenschaftlichen Erfassung von erb- und anlagebedingten schweren Leiden« statt. Über die Hälfte der 175 auf diese Weise eingewiesenen Kinder ist dort ermordet worden.¹¹ Unter diesen als »lebensunwert« diffamierten Kindern wurden 20 nachweislich in Impfversuche mit einem Tuberkulose-Impfstoff einbezogen, die von dem Ordinarius für Pädiatrie an der Berliner Charité, Georg Bessau (1884–1944), initiiert worden waren. Die Mehrheit der Kinder entwickelte schwere schmerzhafte Abszesse, und mehrere dieser »Reichsausschusskinder« starben in zeitlichem Zusammenhang mit der Impfung.¹² Seit 1942 war Gerhard Kujath (1908–1974) als Oberarzt am Wiesengrund tätig. Die Durchführung der Pneumenzephalographie, die für manche Kinder tödlich endete, bildete neben psychologischen Testverfahren zur Einschätzung des Entwicklungsstandes und der Bildungsfähigkeit sein hauptsächliches Aufgabengebiet.¹³ Die für die »Kinderfachabteilung« (Station III) vorrangig zuständige Ärztin Gertrud Reuter (1909–1999) konnte unbehelligt ab 1947 als niedergelassene Fachärztin für Neurologie/Psychiatrie arbeiten.¹⁴ Einzig Hefter wurde im August 1946 für seine Verbrechen zu zehn Jahren Haft verurteilt, er verstarb ein Jahr später.¹⁵ Kujath bestritt zeitlebens eine Beteiligung an den Morden und leitete nach der Entlassung Hefters bis 1952 kommissarisch die Klinik. Von seinen Fachkolleginnen und Fachkollegen protegiert, setzte er seine Karriere als Leiter der »heilpädagogischen Abteilung« an der Kinderklinik der FU fort und erhielt eine Lehrbefugnis.¹⁶ Kujaths erstmals 1949 erschienene Arbeit »Jugendpsychiatrische Diagnostik und Begutachtung« erlebte mehrere Auflagen und wurde zu einem Standardwerk der Kinder- und Jugendpsychiatrie.¹⁷ Hermann Blank (1910–?) wurde Kujaths Nachfolger am Wiesengrund.¹⁸ Er war sowohl Facharzt für Lungenkrankheiten als auch für Psychiatrie/Neurologie und zuvor in diversen psychiatrischen Anstalten, (Kinder-)Tuberkuloseheilstätten und

8 KRÜGER (1989), 156 ff.

9 BEDDIES/SCHMIEDEBACH (2004), 169.

10 TOPP (2004), 35.

11 KRÜGER (1989), 156.

12 BEDDIES/SCHMIEDEBACH (2004), 176 ff.

13 KRÜGER (1989), 160.

14 BEDDIES/SCHMIEDEBACH (2004), 172.

15 *Ibid.*, 171.

16 MÜNCH (2020), 190 f.

17 KUJATH (1964).

18 NISSEN (2009), 146.

zuletzt als Medizinalrat beim Landesgesundheitsamt Berlin beschäftigt gewesen.¹⁹ Im Jahr 1954 wurde die kinderpsychiatrische Klinik endgültig aus dem Verbund der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik herausgelöst, zog nach Berlin-Hermsdorf um und firmierte aus vertragsrechtlichen Gründen unter der unpräzisen Bezeichnung »Kindersanatorium Wiesengrund«. Die Struktur der Klinik hatte sich dadurch nicht wesentlich geändert. Das Klinikgelände umfasste nun zusätzlich einen eigenen Garten und einen großen Spielplatz.²⁰ Als Blank auf eigenen Wunsch 1959 in den Ruhestand ging, wurde er von dem Kinderarzt Walter Hirsch (1898–?) abgelöst. Hirsch hatte in den 1920er Jahren u. a. im »Waisenhaus und Kinderasyl der Stadt Berlin« gearbeitet, war 1935 nach Palästina emigriert, wo er bis über das Ende des Zweiten Weltkrieges hinaus pädiatrisch tätig war.²¹ Nach Ansicht des Ordinarius für Kinderheilkunde an der FU, Adalbert Loeschke (1903–1970), hatte sich Hirsch als Leiter des Kindersanatoriums »bewährt« und dafür gesorgt, dass »diese früher renommierte, aber in den letzten Jahren heruntergekommene Anstalt relativ wieder in Ordnung gebracht« wurde.²² Nach Hirschs Ausscheiden 1962 leitete der Oberarzt Albrecht Alte kommissarisch die Geschicke des Wiesengrunds, bis 1963 Gerhardt Nissen die Leitung übernahm. Er blieb bis über das Ende des Untersuchungszeitraums hinaus Klinikdirektor und folgte 1978 einem Ruf nach Würzburg.²³ Bis 1958 war dem Kindersanatorium eine stark frequentierte Poliklinik angegliedert, die 1963 durch eine kinder- und jugendpsychiatrische Beratungsstelle ersetzt wurde.²⁴ Die bisher gravierende Raumnot entschärfte sich durch einen Neubau, der im Jahr 1969 mitsamt einer neuen Turnhalle in Betrieb genommen werden konnte. Ende der 1960er Jahre ermöglichte die Heimschule mit insgesamt 14 Lehrerinnen und Lehrern eine Beschulung aller Patientinnen und Patienten. Dazu gehörten ein Vorschulkinder- garten und eine Berufsschulklasse. Nach dem Abschluss der Konstituierung des Faches Kinder- und Jugendpsychiatrie als medizinische Subdisziplin und der damit einhergehenden Anerkennung einer speziellen Facharztausbildung 1968 wurde der Wiesengrund ein Jahr später offiziell als »Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie« bezeichnet.²⁵ Während des größten Teils des Untersuchungszeitraums existierte keine geschlossene Abteilung, so dass Patientinnen und Patienten im Kindes- und Jugendalter mit schweren Psychosen und Erregungszuständen meist in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene aufgenommen werden mussten. Um eine adäquate Versorgungsstruktur für »psychisch erregte, psychotische und suizidgefährdete« Kinder und Jugendliche zu

19 Landesarchiv Berlin: B Rep. 012, Nr. 051110-1 (Mikrofiche).

20 NISSEN (2009), 145 f.

21 FU Berlin, Universitätsarchiv: Personalakten Medizin, Personalakte Dr. Walter Hirsch, Lebenslauf.

22 Ibid., Brief Prof. Loeschke an Prof. Schmidt.

23 NISSEN (2009), 146.

24 Ibid., 148.

25 Ibid., 160.

schaffen, wurde der Wiesengrund zu Beginn der 1970er Jahre um einen zweigeschossigen Anbau mit Platz für 13 Betten erweitert. Die Ein- bzw. Dreibettzimmer führten in einen Gemeinschaftsraum und waren alle vom Stationszimmer zu Überwachungszwecken aus einsehbar. Im Erdgeschoss befanden sich weitere Therapie-, Beschäftigungs- und Unterhaltungsräume.²⁶

3 Personelle Ressourcen und universitäre Anbindung

Zu Beginn der 1950er Jahre wurde die medizinische Betreuung der rund 250 Kinder und Jugendlichen von einem leitenden Arzt, einem Oberarzt sowie drei Assistenzärztinnen und Assistenzärzten wahrgenommen. Es arbeiteten außerdem 27 Krankenschwestern, 36 Erzieherinnen und Erzieher und zehn Hilfserzieherinnen und Hilfserzieher sowie zwei Fürsorgerinnen und Fürsorger im Wiesengrund.²⁷ Die räumliche Organisation veränderte sich auch in den 1960er Jahren nicht grundlegend. Die neuropsychiatrisch ausgerichtete Aufnahmeabteilung bot Platz für insgesamt 90 Kinder, wobei sie in zwei Stationen unterteilt war: eine für zwei- bis sechsjährige und eine für über sechs Jahre alte Kinder. Die heilpädagogische Abteilung besaß 165 Betten.²⁸ Die zu betreuenden Kinder und Jugendlichen waren in Gruppen von zehn bis zwölf Kindern aufgeteilt.²⁹ Jeder Gruppe waren ein Schlafzimmer und ein Aufenthaltsraum zugeteilt. Darüber hinaus existierten gesonderte Räume für Versorgung und Überwachung von Kindern nach diversen Eingriffen wie beispielsweise Pneumenzephalographien. Der ärztliche Leiter Nissen beklagte, dass grundsätzlich eine »extreme räumliche Enge« herrschte. Die personellen Kapazitäten wurden nach und nach deutlich ausgeweitet. So gab es im Jahr 1963 sechs Stellen für Ärztinnen und Ärzte, eine psychologische Hilfskraft und einige diagnostisch-therapeutische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Angesichts steigender stationärer Aufnahmezahlen und der Zunahme der ambulant durchgeführten Untersuchungen kletterte die Zahl der Beschäftigten weiter in die Höhe, so dass 1973 insgesamt 13 Ärztinnen und Ärzte sowie drei Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen in der Klinik angestellt waren. Hinzu kamen 34 Schwestern bzw. Pfleger sowie 93 Erzieherinnen und Erzieher.³⁰ Letztere verfügten größtenteils nicht

26 Ibid., 161.

27 STENDER (1982), 35.

28 NISSEN (2009), 147.

29 Ibid., 146.

30 Ibid., 151 f.

über eine spezielle Berufsausbildung.³¹ Außerdem gab es vier medizinisch-technische Assistentinnen und Assistenten, zwei Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, einen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, eine Logopädin, eine Krankengymnastin, eine Beschäftigungstherapeutin, eine Spieltherapeutin, eine Musiktherapeutin, eine Mal- und Kunsttherapeutin sowie 72 Verwaltungs- und Wirtschaftskräfte. Die klinikeigene Schule verfügte mittlerweile über 21 Sonderschullehrerinnen und Sonderschullehrer.³² Nissen beschrieb die Zusammenarbeit der Schule mit der restlichen Einrichtung als »nicht optimal«, da seitens des Personals zu wenig Austausch und Absprache stattgefunden hätten.³³ Der Wiesengrund stellte 40 Ausbildungs- und Praktikantenstellen zur Verfügung.³⁴ Die hauseigene Bibliothek umfasste mehrere hundert Fachbücher.³⁵

Über die inhaltliche Ausrichtung des Kindersanatoriums in den ersten Nachkriegsjahren können keine Aussagen getroffen werden, da weder von Kujath noch von Blank Publikationen aus diesem Zeitraum vorliegen. Hirschs Forschungsschwerpunkt lag auf biochemischen und humangenetischen Grundlagen von hirnorganischen Erkrankungen und anderen geistigen Behinderungen. Dabei konzentrierte er sich besonders darauf, einen Zusammenhang zwischen den Dermatoglyphen der Hände und genetisch bedingten Fehlbildungen herzustellen und diesen diagnostisch zu nutzen.³⁶ Hirsch erhielt 1956/57 ein Stipendium der FU und führte am Max-Planck-Institut für vergleichende Erbbiologie und Erbpathologie »genetisch-klinische Studien an abnormalen und cerebral geschädigten Kindern« durch. Das Forschungsprojekt wurde mehrfach verlängert und beinhaltete konkret »Arbeiten über den Vitamin A-Stoffwechsel, über Aminosäuren und die Tastreifenbefunde«. Das »Krankengut« wurde dabei neben der Kinderklinik der FU vor allem auch aus dem Wiesengrund rekrutiert.³⁷ In den untersuchten Krankenakten finden sich kaum Spuren dieser Forschungen.³⁸ Auf Loeschkes

31 Ibid., 153.

32 Ibid., 151 f.

33 Ibid., 149.

34 Ibid., 152.

35 Ibid., 147.

36 Vgl. bspw.: HIRSCH (1969), 117.

37 FU Berlin, Universitätsarchiv, Personalakten Medizin, Personalakte Dr. Walter Hirsch, Brief von Prof. Nachtsheim an Prof. Stender; und Vogel, F./Mex, W./Hirsch, W., Über die Ausscheidung von Kreatinin, Kreatin und Gesamtaminosäuren bei geistig zurückgebliebenen im Vergleich zu normalen Kindern. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 39/1 (1963), 181–201, hier 182.

38 Allein in einer Krankenakte aus dem Jahr 1974 findet sich der folgende Vermerk unter den Empfehlungen bei der Entlassung des betreffenden Kindes: »Wegen des auffälligen Befundes der Urin-Chromatographie bitten wir darum, zur weiteren Abklärung bzw. zum Ausschluß des Vorliegens einer Histidinämie des Histidinspiegel im Plasma bei dem Mädchen bestimmen zu lassen; diese Untersuchung, zu der einige ml Nativ-Blut benötigt werden, führt Herr Prof. Mönch, Univ.-Kinderklinik Berlin, Heubnerweg, durch. Bei auffälligem Befund wären wir Ihnen dankbar, wenn Sie uns das Ergebnis mitteilen würden.« Wiesengrund 58716374, in: Krankenblattarchiv der ehemaligen Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik, Berlin.

Vorschlag hin erhielt Hirsch in den 1960er Jahren eine Honorarprofessur an der FU.³⁹ Nach diesem vorrangig somatisch orientierten Wissenschaftler erhielt der Wiesengrund im Frühjahr 1963 mit Gerhardt Nissen einen psychodynamisch versierten Direktor, der als einer der Nestoren der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland gilt. Nissen war nicht nur Facharzt für Nervenheilkunde, sondern auch Psychotherapeut und Psychoanalytiker.⁴⁰ Dies spiegelte sich auch in Personalentscheidungen wider. Nachdem sein Oberarzt Albrecht Alte 1968 in den Ruhestand getreten war, fiel Nissens Wahl auf Antonio Spilimbergo, der bis 1977 Oberarzt blieb und zu dessen Behandlungskonzept »psychotherapeutisch orientierte Dialoge« gehörten.⁴¹ Nissen war in Forschung und Lehre der FU eingebunden und habilitierte sich dort über »Depressive Syndrome im Kindes- und Jugendalter«. 1973 wurde er zum außerordentlichen Professor ernannt.⁴² Nissen war seit 1963 als Dozent für »Ausbildungslehrgänge für Oberinnen und für Unterrichtsschwestern« zuständig und seit 1967 auch an der Ausbildung von Psychagoginnen und Psychagogen am Berliner Institut für Psychotherapie beteiligt. Zudem übernahm er von 1969 bis 1978 die wöchentlichen Vorlesungen über Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Fallbesprechungen in diversen Studiengängen der FU.⁴³ Nissen publizierte über ein breites Spektrum an kinder- und jugendpsychiatrischen Themen. Zusammen mit Spilimbergo forschte er u. a. zu Korrelationen von Verhaltensauffälligkeiten im Elektroenzephalogramm.⁴⁴

4 Sozialprofil der Kinder und Jugendlichen und die Wege in die Einrichtung

Die Mutter eines vierjährigen Jungen, der 1966 im Wiesengrund eingewiesen wurde, wurde vom zuständigen Jugendamt als »übergriffig«, nicht gesprächs- und kooperationsbereit, »uneinsichtig« und »leichtlebig« beschrieben. Die Behörde legte ihr weiterhin zur Last, dass sie sich nicht mit Sicherheit angeben könne, wer der leibliche Vater ihres Kindes sei, außerdem von diesem getrennt lebe und bei ihrem neuen Lebenspartner zur Untermiete wohne. Auch schlage sie ihr Kind teilweise unter Alkoholeinfluss. Bei

39 FU Berlin, Universitätsarchiv, Personalakten Medizin, Dr. Walter Hirsch, Brief Prof. Loeschke an Prof. Schmidt.

40 NISSEN (2009), 141 f. Mit der Einführung des Ausbildungsganges »Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie« erhielt Nissen auch die entsprechende Bezeichnung.

41 IBID., 155.

42 TROTT (2013), 2087.

43 NISSEN (2009), 167.

44 NISSEN/SPILIMBERGO (1971), 59–65.

ihrem Kind wurde eine »neurotische Fehlentwicklung« bei »Milieuschädigung« mit »beginnender Verwahrlosungstendenz« diagnostiziert.⁴⁵ In den 1950er und 1960er Jahren konzentrierten sich die Fürsorgebehörden bei der Bemängelung der Erziehungsleistung häufig auf die Mutter. Alleinerziehende Frauen sowie unkonventionelle Haushaltskonstellationen wurden generell argwöhnisch betrachtet und außereheliche Beziehungen verurteilt. Die geschlechtsspezifische Rollenerwartung an den Vater bestand vorrangig darin, die Familie zu ernähren. Die staatlichen Stellen gaben beispielsweise an, dass der Vater »arbeitsscheu« sei und nur unstete, wechselnde Arbeitsstellen habe,⁴⁶ seinen Verdienst für Alkohol ausgegeben⁴⁷ oder die Kleidung der Kinder für Zigaretten verkauft habe.⁴⁸ Hin und wieder vermischten sich negative Zuschreibungen wie »brutal« und »feige« mit der Aussage, der Vater sei ein »Säufer«.⁴⁹ Die Wohnsituationen waren häufig beengt. In extremen Fällen hatte das Jugendamt ein Kind in einer völlig dunklen, schmutzigen, unzureichend geheizten »2-Zimmerkellerwohnung« in »Schutt und Unrat« aufgefunden, wo ein »starker Geruch« herrschte, nur »2 Bettgestelle für 10-köpfige Familie« vorhanden waren und der »Hausrat von [den] Eltern zerschlagen« worden war.⁵⁰ Ein schlechtes Einvernehmen zwischen den beiden Elternteilen war auch oft Gegenstand der Kritik. In Einzelfällen wurden auch kriminelle Vergehen der Eltern und daraus resultierende Haftstrafen angeführt. Hin und wieder spielten körperliche Misshandlungen durch die Eltern bei der Einweisung eine Rolle, die beispielsweise in der Schule bemerkt worden waren.⁵¹ Sexueller Missbrauch im Elternhaus war hingegen selten ein Einweisungsgrund.⁵² Etwas häufiger litten ein oder beide Elternteile an einer psychiatrischen Erkrankung, die mit Anstaltsaufenthalten verbunden waren, oder hatten selbst eine geistige Behinderung. Beides wurde dann oftmals in Bezug auf das Kind mit einer »Neigung zu Verwahrlosung« assoziiert.⁵³ Neben diesen Schilderungen existieren aber auch einige Fälle, in denen in dem Aufnahmebericht der Akte ein relativ harmonisches Familienleben geschildert wird und ökonomische Schwierigkeiten nicht erkennbar sind. Bei diesen »geordneten häuslichen und wirtschaftlichen Verhältnissen« waren zumeist »inkonsequente« Erziehung oder Ähnliches der Aufnahmegrund.⁵⁴

Die eingewiesenen Kinder und Jugendlichen entstammten in der überwiegenden Mehrheit Arbeiterfamilien oder dem kleinbürgerlichen Milieu. Es lässt sich festhalten,

45 Wiesengrund 35615466.

46 Wiesengrund 35605966.

47 Wiesengrund 35595360.

48 Wiesengrund 21575357.

49 Wiesengrund 47046770.

50 Wiesengrund 21575357.

51 Wiesengrund 58496274.

52 Wiesengrund 35595360.

53 Wiesengrund 21385052.

54 Wiesengrund 14954150.

dass rund ein Drittel der Kinder und Jugendlichen, die in den Wiesengrund aufgenommen wurden, direkt von zuhause kam (37 Aufnahmen von 105 Akten). Die Initiative zur Klinikaufnahme ging dabei in der Hälfte der Fälle von einer staatlichen Stelle wie beispielsweise dem Jugendamt oder der (Schul-)Fürsorge aus (Tabelle 1 und 2).

Tabelle 1: Letzter Ort vor Einweisung

Fürsorgeeinrichtung	56
Zuhause	37
Krankenhaus	8
Sonstige Familienpflegestelle	1

Tabelle 2: Einweisungsmodus (Doppelnennungen möglich)

Initiative Angehöriger erkennbar	9
Initiative Bildungs-/Betreuungseinrichtung	8
Nichtpsychiatrisches Krankenhaus	4
Ambulant (Kinderärztinnen und Kinderärzte, Poliklinik)	23
Erziehungsanstalt/-heim	4
Von staatlichen Stellen (Jugendamt, Schulfürsorge u. Ä.)	52
Sonstiges	2

Ein häufiges Argumentationsmuster bei der Begründung der Einweisung betraf damit die häusliche Situation in Verbindung mit charakterlichen Schwächen der Eltern, die aus der Perspektive des staatlichen Akteurs oft die Kehrseite normativ-bürgerlicher Wertvorstellungen darstellten. Es wurde außerdem erkennbar, dass über die Hälfte der Kinder und Jugendlichen bereits vor dem Aufenthalt im Wiesengrund in Fürsorgeeinrichtungen unterschiedlichster Art untergebracht war. Eine Einweisung erfolgte insbesondere dann, wenn die Betroffenen in der Gemeinschaft der bisherigen Institution, beispielsweise einem Kinderheim, als nicht mehr »tragbar« galten. Neben dem beschriebenen sozialdisziplinierenden Zugriff auf die Kinder und Jugendlichen bzw. deren Familien war die Symptomatik der Kinder entscheidend für die Einweisung. Nach der zeitgenössischen Definition des Direktors Nissen handelte es sich bei den Patientinnen und Patienten um Kinder und Jugendliche mit »genetisch, hirnnorganisch oder peristatisch bedingten Erkrankungen, Verhaltens- oder Charakterstörungen, Intelligenzdefiziten, Stoffwechselstörungen, Anfallsleiden und partielle[n] oder generelle[n] Entwicklungsverzögerungen und Reifungsanomalien«. ⁵⁵ Die Verhaltens- bzw. Charakterstörungen waren dabei ein weit gefasster Begriff; in den Krankenakten wurden oft konkreter »Herumtreiben«,

55 NISSEN (2009), 147.

»Verwahrlosung«, »Nervosität«, »Enuresis« und »motorische Unruhe« als Einweisungsgrund spezifiziert. Es wurden viele Kinder aufgenommen, die in der Heim- oder in der Schulgemeinschaft als »störend« empfunden wurden, vermehrt die Unwahrheit sagten und Süßigkeiten und (meistens den Eltern) kleinere Geldbeträge entwendet hatten. Hin und wieder wurden auch, eher unpräzise, »Erziehungsschwierigkeiten« angegeben. Aufnahmen wegen Krankheitsentitäten wie Depression oder Schizophrenie waren daneben lediglich eine marginale Erscheinung. Es ist anzunehmen, dass sich die sozialen Verhältnisse und die Zustandsbilder der Kinder oft gegenseitig bedingten, so dass anhand der Akten nicht immer klar zwischen Ursache und Reaktion zu trennen ist. Die Einweisung erfolgte grundsätzlich mit dem Ziel, zunächst eine abklärende Diagnostik vorzunehmen. Besonders in den 1950er und 1960er Jahren stand dabei die Frage nach dem Vorliegen eines »organischen Hirnschadens« im Vordergrund. Nach der Diagnosestellung wurde in Verbindung mit der Prognose der Förderfähigkeit der Patientinnen und Patienten eine Empfehlung zur Beschulung abgegeben. Außerdem wurde entweder für einen Verbleib im Elternhaus und in der Erziehungsberatung oder für eine Heimunterbringung votiert.

5 Pädagogik und Lebensalltag

Die vorliegenden Krankenakten lassen wenig Rückschlüsse auf den Lebensalltag der Kinder und Jugendlichen in der Klinik Wiesengrund zu. Dies gilt insbesondere für die 1950er Jahre, da die Dokumentation hier besonders spärlich ausfällt. Direktor Nissen beschrieb grundsätzlich, dass auf der heilpädagogisch-psychotherapeutischen Abteilung Kinder und Jugendliche untergebracht waren, die aus ärztlicher Sicht »spezielle Rehabilitationsmaßnahmen« in Form einer länger angelegten »ärztliche[n], schulische[n], heilpädagogische[n] oder psychotherapeutische[n] Betreuung« bedurften. Die »heil-erzieherische Tätigkeit« der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfolgte unter »tiefenpsychologischen Richtlinien«. Dazu wurden intern Weiterbildungsveranstaltungen mit konkreten Fallbeispielen von dem ärztlichen und psychologischen bzw. psychotherapeutischen Personal organisiert und durchgeführt.⁵⁶ In den 1970er Jahren wurden die therapeutischen Maßnahmen differenzierter und vielfältiger. In den Akten finden sich nun die Behandlung von Legasthenie, die Zuteilung zu einer Sportgruppe oder die Empfehlung, ein Musikinstrument zu erlernen.⁵⁷ Auch Spieltherapie, Gymnastik und Sport in Form von Schwimmen werden genannt.⁵⁸

⁵⁶ NISSEN (2009), 147.

⁵⁷ Wiesengrund 59056374.

⁵⁸ Wiesengrund 44646070.

Die räumlichen Gegebenheiten der heiltherapeutischen Abteilung muss man sich nach der Schilderung eines ehemaligen Erziehers wie folgt vorstellen. Die Abteilung war in drei Flure aufgeteilt, und die rund 165 Bewohnerinnen und Bewohner waren nach Geschlecht getrennt untergebracht. Außerhalb der Schule wurde der Kontakt zwischen den beiden Geschlechtern nach Möglichkeit unterbunden.⁵⁹ Von den Fluren ausgehend erreichte man die Tagesräume und Schlafsäle. Eine Zeitzeugin erinnert: »Die Schlafsäle sahen natürlich wie im Krankenhaus aus, waren manchmal zehn Betten in einem 25 qm großen Raum, auch Doppelbetten, da kann man sich natürlich vorstellen, wieviel qm Lebensraum es pro Kind gab.« Die Kinder hatten jeweils ein kleines Klappfach für ihre persönlichen Gegenstände, was jedoch nicht abschließbar war, so dass daraus oft Gegenstände entwendet wurden.⁶⁰ Alle waren verpflichtet, die Schlafsäle und die Betten in peinlichster Ordnung zu halten und die Bettwäsche »Falte über Falte« zu legen. Auf die Einhaltung wurde strengstens geachtet: »Es gab dann auch Kontrollen, also bevor wir dann gefrühstückt haben, bist du dann als Erzieher noch mal in den Schlafsaal gegangen, hast nochmal geguckt und wenn einer sein Bett nicht gebaut hat, dann hast du gesagt: ›[D]u musst noch dein Bett bauen.«⁶¹ Der Betroffene P. erinnerte sich an die vorherrschende Atmosphäre im Wiesengrund, die ihm bereits bei seiner Aufnahme bewusst geworden war: »[...] ich habe hier zu gehorchen, ich habe hier nicht viel zu sagen. Das war mir eigentlich schon klar als Kind, dass die [das Personal, Anm. L. M.] hier die Oberhand haben.«⁶²

Die circa 5 × 5 Meter großen Tagesräume dienten gleichzeitig auch als Speiseraum. Der ehemalige Erzieher beschreibt eine typische Frühstückssituation: In den Tagesraum wurde ein »Alu-Kübel mit Milch« hereingebracht, »und das wurde dann mit einer Kelle in eine Kanne gegossen und auf den Tisch gestellt, »genauso wie abgepackte Marmelade oder Brot oder Wurst oder Butter«.⁶³ Und weiter: »Aber man muss auch dazu sagen, dass, wenn es mal Wurst gab, das wurde abgezählt [...] Und wenn es dann alle war, dann gab es eben nichts mehr.«⁶⁴ Der Betroffene T. berichtete, dass die Essensmengen stets unzureichend waren: »[I]ch hatte immer Hunger.« Daher habe er, »wenn jemand Scheiße gebaut« hatte, hin und wieder behauptet, er wäre es gewesen. Dann habe er zwar »den Hintern versohlt bekommen«, aber dafür das »Kaffeebrot« des anderen

59 Interview mit einem ehemaligen Erzieher [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 28.6.2019, Berlin, 36:45.

60 Interview einem ehemaligen Erzieher [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 12.7.2019, Berlin, 07:58.

61 Ibid., 1:26:07.

62 Interview mit einem ehemaligen Patienten [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 28.6.2019, Berlin, 14:20.

63 Interview mit einem ehemaligen Erzieher [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 12.7.2019, Berlin, 07:58.

64 Ibid., 12:15.

Kindes bekommen.⁶⁵ Der Tagesablauf war strikt reglementiert. So war die Mittagsruhe verpflichtend, das heißt, die Kinder und Jugendlichen mussten sich während des Schichtwechsels des Personals auf der HTA nach der Ansage »Hände waschen, Haare kämmen, Pullern, ab ins Bett« in den Schlafsälen aufhalten.⁶⁶ Der Zustand der sanitären Anlagen und die hygienischen Bedingungen wurden als »fürchterlich« beschrieben. Die Toiletten waren ohne Deckel, nebeneinander aufgereiht und lediglich durch ein kleines Brett voneinander abgetrennt, so dass keine Privatsphäre vorhanden war. Für 40 Kinder gab es nur zwei Waschbecken und zwei Duschköpfe, die öfters defekt waren. Dort musste die komplette Körperpflege stattfinden, früher soll dort ebenso das Essgeschirr abgewaschen worden sein.⁶⁷

Inwiefern die Kinder und Jugendlichen Kontakt zu ihren Familien haben durften, ist nur eingeschränkt zu beurteilbaren. Besuche der Eltern und anderer Angehöriger wie Großeltern in der Klinik waren laut den Akten spätestens in den 1970er Jahren grundsätzlich ebenso möglich wie »Urlaub« zuhause. In welchem Umfang dies stattgefunden hat und ob es unterschiedliche Regelungen in der klinischen und heilpädagogischen Abteilung gab, muss offenbleiben.⁶⁸ Im Gegensatz dazu steht die Aussage eines ehemaligen Erziehers, der Besuche von Angehörigen in der Klinik selbst verneint, jedoch angab, dass manche Kinder ihre Eltern am Wochenende zuhause besuchen durften.⁶⁹ Der Betroffene T. berichtete hingegen, dass seine Mutter ihn einmal wöchentlich im Wiesengrund besucht hätte.⁷⁰ Insgesamt verglich der befragte Erzieher die Einrichtung wörtlich mit einem »Gefängnis«. Zwar seien die Türen nicht verschlossen gewesen, »aber rausgegangen ist ja allein sowieso keiner, weil die Verbote und der Druck von der Erzieherschaft viel zu groß war« und mit Strafen gedroht worden sei.⁷¹

Es ist anzunehmen, dass die Kinder und Jugendlichen zumindest in den 1950er Jahren zu »kleineren Hilfeleistungen« herangezogen wurden.⁷² In welchem Umfang das stattfand und wieviel freie Zeit zur eigenen Gestaltung zur Verfügung stand, ist anhand der Akten nicht ersichtlich. Es finden sich nur vereinzelt Bemerkungen, die

65 Interview mit einem ehemaligen Patienten [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 28.6.2019, Berlin, 1:12:42-6, 1:12:41.

66 Interview mit einem ehemaligen Erzieher [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 12.7.2019, Berlin, 1:19:50.

67 Ibid., 1:17:30.

68 Wiesengrund 4703?70.

69 Interview mit einem ehemaligen Erzieher [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 12.7.2019, Berlin, 46:31.

70 Interview mit einem ehemaligen Patienten [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 28.6.2019, Berlin, 15:09.

71 Interview mit einem ehemaligen Erzieher [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 12.7.2019, Berlin, 13:53.

72 Wiesengrund 29845760.

meistens im Zusammenhang mit dem Betragen der Betroffenen stehen: »Zu kleinen, häuslichen Beschäftigungen – Geschirr abwaschen und Fußboden fegen – kann K[.] gut herangezogen werden.«⁷³ Oder an anderer Stelle: »Unter Anleitung führt D. praktische Arbeiten mit Umsicht aus. Bis zu den großen Ferien hat D. zufriedenstellend in unserer Gärtnerei am Nachmittag geholfen.«⁷⁴ Ein einziges Mal findet sich 1974 der Beleg, dass Arbeit auch als Therapieform eingesetzt wurde, beispielsweise in der hauseigenen Küche.⁷⁵

Die Beurteilung der Kinder und Jugendlichen erfolgte häufig anhand ihres Verhaltens innerhalb der Gemeinschaft, wie gut sie sich anpassen und die alltäglichen Abläufe einfügen konnten. So heißt es beispielsweise 1950: »Während der stationären Beobachtungen hier machte er keinerlei Schwierigkeiten, fügte sich stets situationsgemäß in die Gemeinschaft ein.«⁷⁶ Auch das Verhalten gegenüber den anderen Kindern und Jugendlichen wurde häufig thematisiert. Es finden sich beispielsweise Zuschreibungen wie »unkameradschaftlich«.⁷⁷ In einer Akte 1954 taucht die nicht nachvollziehbare Zuschreibung »begriffsstutzig« bei einem nach der Diagnose geistig behinderten Kind auf.⁷⁸ Was aller Wahrscheinlichkeit nach zum Krankheitsbild gehörte, wurde hier als negative persönliche Eigenschaft aufgefasst. Die Verlaufsbeurteilungen lassen somit ein vages Bild zu, wie ein Kind in den Augen des Personals nicht zu sein hatte: »verwöhnt, ungeordnet, versucht eigenen Willen durchzusetzen, will nicht gehorchen.«⁷⁹ Es entsteht der Eindruck, dass man Kindern, die freundlich waren und wenig Schwierigkeiten machten, eher wohlwollend begegnete. Dies bestätigte der Betroffene P. und erzählte, dass er versuchte, bei den Erzieherinnen und Erziehern »Pluspunkte« zu sammeln, indem er für sie Kaffee kochte. Im Gegenzug sei man dann »nicht so streng rangenommen worden«.⁸⁰

Ein ehemaliger Erzieher beschrieb, dass der Raum zur individuellen pädagogischen Gestaltung des Alltags äußerst begrenzt gewesen sei, da man ständig bemüht sein musste, die »Kinder zusammen zu halten, möglichst nur in Frieden und ohne Streit« – für mehr und darüber Hinausgehendes sei kaum Zeit und Raum gewesen. »Selbstbildung [...] und Selbstfindung, das ist im Prinzip alles unterlassen worden.«⁸¹ Es

73 Wiesengrund 13764859.

74 Wiesengrund 24654856.

75 Wiesengrund 58446274: »Arbeitstherapie Küche«.

76 Wiesengrund 14674450.

77 Wiesengrund 35615466.

78 Wiesengrund 14655361.

79 Wiesengrund 17494351.

80 Interview mit einem ehemaligen Patienten [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 28.6.2019, Berlin, 25:52.

81 Interview mit einem ehemaligen Erzieher [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 12.7.2019, Berlin, 1:23:31.

galt eine »Anwesenheitspflicht« für alle in der Gruppe. »Also das Credo war, dass die Kinder sich eigentlich nicht von der Gruppe entfernen durften. Du hattest eine Anwesenheitspflicht für die Kinder, aus dem einfachen Grund, es durfte den Kindern ja nichts passieren, wie im Krankenhaus.« Innerhalb der Gruppe habe es auch schöne Erlebnisse gegeben. So erinnerte sich P. beispielsweise an gemeinsames Musizieren mit einem Erzieher. Außerdem wurden hin und wieder Ausflüge unternommen, u. a. an einen See. Manchmal habe es pro Monat fünf D-Mark Taschengeld geben. Einzelne Erzieherinnen und Erzieher hätten den Kindern und Jugendlichen von ihrem eigenen Geld während der genannten Ausflüge auch Pommes frites gekauft, was in der Erinnerung von P. »wie ein Fest« war.⁸²

Neben den Ausflügen, die nur mit der eigenen Gruppe stattfanden, kam kaum Kontakt zur Außenwelt zustande, so dass es gab keine Gelegenheiten gab, Selbständigkeit zu erlernen. Infolge dieser Abschottung und Isolation hatte der Betroffene P. den Eindruck gehabt, »immer eingesperrt« zu sein. In der ersten Zeit nach dem Aufenthalt im Wiesengrund habe er sich regelrecht wie ein »Außerirdischer« gefühlt und hatte Probleme, sich überhaupt zurechtzufinden.⁸³ Der Freiraum der Kinder für selbständige, frei gewählte Beschäftigungen war gering. Auf die Frage, ob die Betroffenen beispielsweise ein Buch lesen konnten, antwortete er: »Vereinzelt schon, aber wenn 10 Kinder in einem Schlafsaal sind, dann ist es manchmal ja auch nicht gerade leise, und dann stört es ja auch. Und du kannst dich normalerweise nicht irgendwo ins Bett legen und irgendwas lesen. Da wirst du wahrscheinlich von irgendwem verurteilt: ›Guck mal, der liest da wieder im Bett und ist der Papst hier in der Schule.«⁸⁴ Trotz dieser Umstände gab es vereinzelt Möglichkeiten, Tage individuell zu gestalten. Der Betroffene T. erzählte von einem Handwerker, der anderen Kindern und ihm beigebracht hätte, aus Schrottteilen ein eigenes Fahrrad zu basteln.⁸⁵

Der Zeitzeuge betonte, dass es immer wieder zu Kompetenzstreitigkeiten zwischen den unterschiedlichen Disziplinen gekommen sei, bei denen die die pädagogische Leitung stets das letzte Wort für sich beansprucht hätte.⁸⁶ Auch unter den Erzieherinnen und Erziehern habe keine Einigkeit über die pädagogische Ausrichtung geherrscht; es habe sich »der Stärkere« meist durchgesetzt. Daher sei der Erziehungsstil lange »autoritär« geprägt geblieben.⁸⁷ Die Kinder und Jugendlichen hatten die Erzieherinnen und

82 Interview mit einem ehemaligen Patienten [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 28.6.2019, Berlin, 1:09:52, 05:33, 06:40, 06:15, 05:57.

83 Interview mit einem ehemaligen Patienten [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 28.6.2019, Berlin, 22:53, 11:22.

84 Interview mit einem ehemaligen Erzieher [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 12.7.2019, Berlin, 1:22:40.

85 Interview mit einem ehemaligen Patienten [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 28.6.2019, Berlin, 48:22.

86 Interview mit einem ehemaligen Erzieher [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 12.7.2019, Berlin, 1:15:22.

Erzieher stets mit »Onkel« oder »Tante« anzusprechen.⁸⁸ Der Betroffene P. beschreibt allgemein eine Atmosphäre der »Strenge«.⁸⁹ Ihm sei dort »jeden Tag der Wille gebrochen worden«.⁹⁰ Selbst kleine Veränderungen waren laut einem Erzieher nur gegen erhebliche Widerstände durchzusetzen. So veranstalteten einige jüngere Erzieherinnen und Erzieher seit Beginn der 1970er Jahre monatlich einen »Diskoabend« für die Bewohnerinnen und Bewohner der HTA, was immer wieder vom ärztlichen Personal kritisiert wurde.⁹¹ Vergleichbare Lockerungen wurden seit den 1970er Jahren zwar wahrgenommen und z. B. auf jüngeres Personal zurückgeführt, das sich, von der 68er-Bewegung geprägt, um Veränderungen bemüht habe. Grundlegende Verbesserungen blieben laut Aussage von Betroffenen allerdings aus.⁹²

Vielfach wird in den Akten der (Miss-)Erfolg von »Erziehungsmaßnahmen« thematisiert, die besonders in den 1950er Jahren nicht weiter spezifiziert werden. Gelegentlich gibt es Einträge wie den folgenden: »Für Lohn und Strafe hat M[.] noch kein Verständnis.«⁹³ Um welchen »Lohn« und welche Strafmaßnahmen es sich dabei handelte, bleibt unklar. 1952 wurde der Institution einmal vorgeworfen, als Strafe einem Kind Essen entzogen zu haben, was von Seiten des Heims zurückgewiesen wurde.⁹⁴ Stellenweise finden sich auch positive Rückmeldungen: »Stolz strahlt sie, wenn sie für ihren Fleiß gelobt wird.«⁹⁵ In den Akten sind hin und wieder Beispiele für den Entzug von Privilegien als Erziehungsmaßnahme bzw. Strafe wie beispielsweise »Fernsehverbot« enthalten.⁹⁶ Dies bestätigte der Betroffene P. und berichtete, dass es beispielsweise beim unerlaubten Verlassen des Gebäudes Schläge auf den Hintern gegeben hätte. Auch bei anderem Fehlverhalten wurde geschlagen. Er persönlich habe jedoch den »Hausarrest« als viel »schlimmer« erlebt, weil man sich »ganz einsam gefühlt« habe.⁹⁷ Die Androhung und Umsetzung von Strafen bei Fehlverhalten als eine der bevorzugten Erziehungsmaß-

87 Ibid., 44:36.

88 Interview mit einem ehemaligen Erzieher [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 12.7.2019, Berlin, 24:09.

89 Interview mit einem ehemaligen Patienten [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 28.6.2019, Berlin, 16:15.

90 Selbstauskunft [anonymisiert] in (weitergeleiteten) E-Mails an die Stiftung »Anerkennung und Hilfe« 1.11.2017.

91 Interview mit einem ehemaligen Erzieher [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 12.7.2019, Berlin, 41:35.

92 Selbstauskunft von P. in (weitergeleiteten) E-Mail an die Stiftung »Anerkennung und Hilfe« vom 1.11.2017.

93 Wiesengrund 29785860.

94 Wiesengrund 18914152.

95 Wiesengrund 13764859.

96 Wiesengrund 58496274.

97 Interview mit einem ehemaligen Patienten [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 28.6.2019, Berlin, 37:31.

nahmen wurden auch im Interview mit dem ehemaligen Erzieher bestätigt. Er ergänzte, dass diese häufig in Form von Ausgangs- oder Taschengeldsperren ausgesprochen oder der Besuch bei den Eltern am Wochenende verboten wurde.⁹⁸ Der Umgangston gegenüber den Kindern und Jugendlichen konnte dabei auch rauer werden: »Auf der Station musste man ihn anschreien, da sich sein Zustand nicht gebessert hatte.«⁹⁹ Der Betroffene P. berichtete außerdem über Kollektivstrafen.¹⁰⁰

Erwünschtes Verhalten wurde mit kleinen Aufmerksamkeiten oder Belohnungen bedacht. Nachdem ein Kind auf eigene Initiative hin das »Mittagsgeschirr« ausgeteilt hatte, wurde notiert: »Zur Belohnung erhielt er einige Ostereier.«¹⁰¹ Ein weiteres Beispiel aus den 1970ern zeugt von einem relativ reflektierten Umgang mit Schwierigkeiten: »Wolfgang blieb am heutigen Nachm[ittag] auf der Stat[ion]. Er war anfänglich ein wenig traurig und verstimmt, daß er nicht mit den anderen spazieren gehen durfte. Ihm wurde begreiflich gemacht, daß er ernsthaft versuchen müßte, die Auswüchse seiner Wutanfälle einzudämmen, ehe wieder ein Versuch gemacht werden kann, ihn an einem Spaziergang teilnehmen zu lassen.« Oder an anderer Stelle: »Schließlich bat man ihn 10 min auf sein Zimmer zu gehen und sich zu besinnen.« Und: »Schließlich wurde ihm für den nächsten Tag der Ausgang gestrichen.«¹⁰²

Den Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Enuresis nocturna handhabten die Erzieherinnen und Erzieher unterschiedlich. Manchmal wurden die Betroffenen vom Personal verpflichtet, selbst das Bett neu zu beziehen, und wurden vor den anderen Bewohnerinnen und Bewohnern regelrecht vorgeführt, wie T. schilderte: Man »musste mit einem Gummilaken dastehen.« Und »[e]s gab einige Erzieher[,], die dann gesagt haben: ›Guck mal, der P[.] hat wieder eingepisst, so richtig. Und dann wurde gelacht, und du bist vor Pein im Erdboden versunken.« Außerdem wurde verboten, abends noch etwas zu trinken. Um die Einhaltung zu kontrollieren, wurde nachts eine »Nachtwache mit Taschenlampe« auf dem Flur, wo sich Toilette mit Waschbecken befanden, postiert.¹⁰³

Insgesamt war das Verhalten der Erzieherinnen und Erzieher gegenüber den Kindern und Jugendlichen sehr unterschiedlich. So hätten etwa 20 Prozent der Erzieherinnen und Erzieher sie geschlagen, die anderen wiederum hätten Probleme konstruktiv und verbal aufgearbeitet.¹⁰⁴ Bis in die Mitte der 1970er Jahre existierte auf der heilpäda-

98 Interview mit einem ehemaligen Erzieher [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 12.7.2019, Berlin, 13:53, 47:53.

99 Wiesengrund 58496274.

100 Interview mit einem ehemaligen Patienten [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 28.6.2019, Berlin, 1:13:17.

101 Wiesengrund 58496274.

102 Wiesengrund 58496274.

103 Interview mit einem ehemaligen Patienten [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 28.6.2019, Berlin, 39:43, 41:08.

104 Ibid., 19:19.

gogischen Abteilung eine besonders gefürchtete Bestrafungsmethode in Form des Freiheitsentzugs im sogenannten »Bunker«. Dabei handelte es sich um einen kleinen, abschließbaren Raum mit Gittern, der lediglich eine »Pritsche« enthielt und durch ein Guckloch von außen einsehbar war.¹⁰⁵ Der ehemalige Erzieher berichtete von einem Vorfall, bei dem eines der Kinder oder Jugendlichen aus Wut einen Wäschesack angezündet hatte, in dem die Kleidung aufbewahrt wurde. Der pädagogische Leiter des Hauses habe infolgedessen angeordnet, dass dieses Verhalten mit drei Tagen Bunker bestraft werden sollte.¹⁰⁶ Auch der Betroffene P. gab an, dass er einmal eine Woche lang in diesem »Besinnungsbunker«, der in seiner Erinnerung kein Fenster hatte und mit »Gummiwände[n]« ausgestattet war, »weggesperrt« worden sei. Dies sei früher häufiger vorgekommen, in der Zeit seines Aufenthalts aber eher eine Ausnahme gewesen.¹⁰⁷ Fixierungen am Bett sind nicht aktenkundig und waren auch den Interviewten nicht erinnerlich.¹⁰⁸

6 Medizinisch-therapeutischer Bereich

Neben der internistischen und neurologischen Untersuchung wurden bei jeder Aufnahme Routinelaboruntersuchungen durchgeführt. Die Klinik verfügte spätestens seit dem Direktorat Nissens über ein eigenes Labor.¹⁰⁹ In den ersten Jahren von Nissens Tätigkeit wurden die aufgenommenen Patientinnen und Patienten regelhaft auf Lues getestet. Häufig wurden Kinder mit Liquordruckschwankungen nach vorangegangenen basalen TBC-Encephalitiden eingewiesen. Weiterhin wurden die psychiatrischen Folgen von durchgemachten Infektionskrankheiten untersucht.¹¹⁰ In den 1950er Jahren gab es zusätzlich Durchleuchtungen von Herz und Lunge. Über den gesamten Untersuchungszeitraum wurden Röntgenaufnahmen des Schädels und des Handskeletts zur Bestimmung des Reifegrads durchgeführt. Gelegentlich wurde auch der Liquor untersucht und »konstitutionelle Besonderheiten« festgehalten. In den 1960er Jahren gewann die Elektroenzephalographie zunehmend an Bedeutung. Dazu verfügte die Klinik speziell für EEG-Ableitungen geschulte medizinisch-technische Assistentinnen

105 Interview mit einem ehemaligen Erzieher [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 12.7.2019, Berlin, 13:53.

106 Ibid., 58:22, 1:01:01, 14:33.

107 Interview mit einem ehemaligen Patienten [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 28.6.2019, Berlin, 23:18, 24:32.

108 Ibid., 24:39.

109 NISSEN (2009), 147.

110 Ibid., 156.

und Assistenten.¹¹¹ Der Betroffene P. gab an, dass er mindestens einmal im Monat zwecks eines Elektroenzephalogramms in eine andere Einrichtung gefahren wurde. Um einen epileptischen Anfall auszulösen, habe man ihm dort »leichte Stromschläge« verabreicht, die »richtig weh getan« hätten.¹¹²

Seit den 1960er Jahren finden sich unterschiedliche Formen zur Einordnung des Entwicklungsstatus der Kinder und Jugendlichen. Dabei orientierte man sich laut Nissen an den »modifizierten Richtlinien von Zeller«. ¹¹³ Während die Pneumenzephalographie in den 1950er Jahren noch häufig angewendet und zu Beginn von Nissens Amtszeit nach dessen Angaben noch bei etwa drei von vier Kindern vorgenommen wurde, ging die Indikationsstellung später deutlich zurück.¹¹⁴ Diese Form der Bildgebung wurde insbesondere bei der Diagnostik bei Verdacht auf »organische Hirnschädigungen« angewendet, die mit »physischen oder psychischen Entwicklungsrückständen« und Abstufungen von »(angeborenem) Schwachsinn« einhergingen. In der überwiegenden Zahl der Fälle wurde das Einverständnis der Eltern dokumentiert, oder es liegt eine globale Einverständniserklärung für alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen seitens der betreuenden Institution oder dem Jugendamt vor. In der Klinik Wiesengrund wurden keine Elektroschocktherapie oder andere Schockkuren praktiziert. Bei der Aufnahme wurden die Kinder und Jugendlichen zu Dokumentationszwecken komplett nackt neben einer Messlatte fotografiert. Vom gesamten Körper und vom Gesicht wurden Frontal- und Profilaufnahmen angefertigt. Es braucht nicht viel Phantasie, dass diese Prozedur von den betroffenen Kindern und insbesondere den Jugendlichen in der sensiblen Phase der Pubertät als höchst peinlich bis übergriffig erlebt worden ist. Ein einziges Mal ist in einer Krankenakte des Jahres 1974 ein Fall dokumentiert, in dem sich ein Kind weigerte, seine Kleidung abzulegen. Daraufhin wurde es vom Pflegepersonal gezwungen und unter physischer Gewaltanwendung in den verschiedenen Positionen festgehalten.¹¹⁵

Es war üblich, bei der Aufnahme eine Reihe von speziellen (psychologischen) Testverfahren anzuwenden, deren Umfang sich im Untersuchungszeitraum etwas vergrößerte. In den 1950er Jahren kam der Klassiker von Binet-Simon zur »Beurteilung der Intelligenz im Bereich der unteren Normgrenze« als Hilfsmittel zur Erkennung der »Schulreife« bzw. des »Hilfsschulniveaus« zum Einsatz.¹¹⁶ Häufig finden sich weiterhin der Szeno-Test zur »Darstellung von Triebsteuerungen und Konflikten in einer Spiel-

111 Ibid.,147.

112 Interview mit einem ehemaligen Patienten [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 28.6.2019, Berlin, 21:51.

113 NISSEN (2009), 147.

114 Ibid., 152.

115 Wiesengrund 58496274.

116 KUJATH (1964), 92.

situation«, der Entwicklungstest von Bühler-Hetzer sowie der Wartegg-Zeichentest, der eine Einordnung in ein »nach Erlebnis- und Sachbezogenheit ausgerichtetes Persönlichkeitsschema« sowie ein Urteil über die »Affektstruktur« ermöglichen sollte.¹¹⁷ Die Testbatterie wurde in den 1960er Jahren um den Gestalt-Test nach Bender sowie den Matrizenstest nach Raven erweitert, wobei ersterer zur sprachfreien Intelligenzmessung benutzt wurde und der Gestalterfassungstest der differentialdiagnostischen Differenzierung von »Cerebralschäden bei Erziehungsschwierigkeiten« diente.¹¹⁸ Die seit 1954 existierende Modifikation des Binet-Simon-Intelligenztests nach Kramer wurden in den Akten erstmals 1956 angewendet und schließlich Ende der 1960er durch den Hamburger-Wechsler-Intelligenztest abgelöst. Hinzu kamen in den 1970er Jahren folgende Testverfahren: Benton-Test (Merkfähigkeit), Baumzeichentest (Affektstruktur), Thematischer Apperzeptionstest (TAT, Projektionstest), Formdeutungsversuch nach Rorschach (Affektstruktur), Rechtschreibtests (z. B. DRT II), CAT (Weiterentwicklung des TAT) und D2-Test (Konzentration). Insbesondere für die Intelligenztests bleibt festzuhalten, dass neuere Verfahren rasch nach ihrem Erscheinen im Wiesengrund eingeführt wurden.

Nissen macht in seiner Autobiographie weiterhin Angaben zu den diagnostischen Abläufen in der Klinik. Sein Oberarzt Albrecht Alte hielt einmal pro Woche eine Röntgenkonferenz ab, in der verschiedene Aufnahmen und deren diagnostische Bedeutung besprochen wurden. Darunter fanden sich Röntgenbilder von Handwurzelknochen zur Reifebestimmung sowie zur Beurteilung von Dermatoglyphen und darüber hinaus Aufnahmen der Lebenswirbelsäule zur ätiologischen Klärung von Enuresis.¹¹⁹ Täglich fand morgens um acht Uhr eine 30 bis 40 Minuten dauernde Konferenz der Ärztinnen und Ärzte und Psychologinnen und Psychologen statt, bei der die Aufnahmen bzw. Entlassungen besprochen sowie über besondere Ereignisse und diagnostische bzw. therapeutische Fragen diskutiert wurde. Einmal wöchentlich gab es Fallbesprechungen, die aus der Vorstellung einer Krankengeschichte und anschließenden Visiten bestanden, an denen alle Berufsgruppen gemeinsam teilnahmen. Mit der gleichen Regelmäßigkeit trafen sich Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen und einzelne andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu einer wissenschaftlichen Veranstaltung, in deren Rahmen Referate über Kongresse, Bücher und Fachaufsätze gehalten und die Inhalte diskutiert wurden. Nissen forcierte die Entwicklung der Klinik zu einem Veranstaltungsort für Fachtagungen und andere Weiterbildungsveranstaltungen.¹²⁰

117 Ibid., 129, 117 und 90.

118 Ibid., 96.

119 NISSEN (2009), 152.

120 Ibid., 156 ff.

7 Medikation

Die Verabreichung von Medikamenten in der Klinik Wiesengrund wurde in der klinischen Verlaufskurve der jeweiligen Krankenakten durch Nennung des Handelsnamens des jeweiligen Präparats dokumentiert. Dabei lassen sich drei Formen der Medikamentenverordnung unterscheiden.

1. Bei zusätzlich zur psychiatrischen Grunderkrankung auftretenden somatischen Erkrankungen wie beispielsweise einem Atemwegsinfekt wurden die jeweils zeitgenössisch gängigen Antitussiva, Analgetika und Antibiotika verabreicht.
2. Wurde eine Pneumenzephalographie durchgeführt, so erhielten die Betroffenen in den ersten Nachkriegsjahren zunächst nur Atropin zur Vorbereitung oder im Nachgang zur Schmerzlinderung Analgetika wie Pyramidon.¹²¹ Seit Ende der 1950er Jahre wurde eine umfassende Analgosedierung im Vorfeld üblich. Diese bestand üblicherweise aus einer einmaligen Gabe von Luminal oder vergleichbaren Medikamenten. Da dieses bildgebende Verfahren ein sehr schmerzhafter Prozess ist, war dies ohne Zweifel im Interesse der Patientinnen und Patienten. In Einzelfällen wurden zur Anfertigung eines Schlaf-EEGs einmalig Sedativa appliziert.¹²²
3. Rund ein Viertel aller aufgenommenen Kinder und Jugendlichen hat im Untersuchungszeitraum eine psychopharmakologische Medikation erhalten, die nicht als situative Analgosedierung oder antikonvulsive Therapie zu verstehen sind. Anhand der Krankenakten lässt sich die Verordnungspraxis in mehrere Phasen einteilen. In den 1950er Jahren spielten Psychopharmaka eine zu vernachlässigende Rolle. In der untersuchten Stichprobe wurde im Jahr 1957 das in der Bundesrepublik seit 1952 zugelassene Phenothiazinderivat mit den Handelsnamen bzw. Wirkstoffen Megaphen (Chlorpromazin) sowie Atosil (Promethazin) bei einem Patienten mit der Diagnose Schizophrenie verordnet.¹²³ In den 1960er Jahren wurde der Einsatz von Psychopharmaka deutlich ausgeweitet. Am häufigsten wurden dabei Antipsychotika mit vorrangig sedierender Wirkkomponente verabreicht. Die eingesetzten Präparate umfassten dabei eine große Bandbreite. Häufig wurden Phenothiazinderivate wie Neurocil (Laevomepromazin) oder Dominal (Prothipendyl), Lyogen (Fluphenazin) und Psyquil (Triflupromazin) angewendet. Zum Einsatz kam außerdem Chlorprothixen mit den Handelsnamen Taractan oder Truxal. Neben den sedierenden Antipsychotika wurden reine Sedativa wie das bereits seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert verwendete Schlafmittel Chloralhydrat, das Phenobarbital Luminal oder das Benzodiazepin Valium gegeben. Die für die 1960er Jahre beschriebene Verordnungspraxis

121 Vgl. bspw. Wiesengrund 21395052.

122 Vgl. bspw. Wiesengrund 47075670.

123 Wiesengrund 25845357.

erlebte in den 1970er Jahren eine erneute Ausweitung. Eine Verschreibung wegen beispielsweise antidepressiver Symptomatik und eines Zustandes nach Suizidversuch waren auch hier lediglich Einzelfälle.¹²⁴ Neben den bereits genannten Präparaten kamen Mellerin bzw. Melleretten hinzu. Diese gehören ebenfalls zur Gruppe der Phenothiazine und waren seit Ende der 1960er Jahre im Handel. Die Frage, ob die Dosierung den Empfehlungen der Hersteller entsprach, ist anhand der Krankenakten kaum zu beantworten, da nur in Einzelfällen Dosierungen der einzelnen Medikamente angegeben wurden. Bei der Verordnung von Valium (Diazepam) wurden nur sehr geringe Dosierungen verwendet und die üblichen Dosierungen eher noch unterschritten. Bei Truxal hingegen findet sich ein Eintrag, in dem zwei Tage lang drei Mal täglich 30 ml Saft verabreicht wurden, so dass die Menge erheblich über der empfohlenen lag.¹²⁵

Die große Mehrheit der Kinder, die die genannten sedierenden Psychopharmaka erhielten, war wegen diverser Formen der Intelligenzminderung und Charakter- bzw. Verhaltensstörungen eingewiesen worden. Es finden sich unter den Diagnosen physische und psychische »Entwicklungsrückstände« bei »Imbezilität« bzw. »Debität« – oftmals bei einem »(organischen) Hirnschaden«. Weiterhin werden »neurotische Fehlentwicklungen«, »Milieuschäden«, »Hospitalismus« und »Enuresis nocturna« genannt. Auffallend ist besonders das Symptom »(motorischer) Unruhe«, das sehr häufig mit der Verschreibung von sedierenden Medikamenten einhergeht. Oft werden auch »Nervosität«, »Erregbarkeit«, »Ungehorsam«, »Trotzreaktionen« und »Widerspenstigkeit« angeführt. Aber auch Kinder mit den genannten Diagnosen und positiveren Zuschreibungen erhielten gelegentlich Sedativa. Diese Indikationsstellungen decken sich mit den jeweiligen zeitgenössischen Empfehlungen. Zu Truxal werden in der Roten Liste des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie von 1969 folgende Indikationen bei Kindern genannt: »Syndrome der vegetativen Dystonie, psychogene Verstimmungen und Unruhezustände, neurotische Verhaltensweisen.«¹²⁶ Pädiatrische Indikationen für Melleretten waren: »Verhaltensstörungen, Trotzreaktionen, Wutanfälle, Schul- und Erziehungsschwierigkeiten, nervöse und neuropathische Kinder. Symptomatische Erregungs- und Angstzustände bei somatischen Erkrankungszuständen, Schlafstörungen, Pavor nocturnus, Somnambulismus, Jactatio capitis nocturna.«¹²⁷ Für den Psychiater und früheren T4-Gutachter Hans Heinze (1895–1983) bestand in einem kinderpsychiatrischen Lehrbuch aus dem

124 Wiesengrund 59066074. Verwendet wurde hier das Antidepressivum Ludomil.

125 Wiesengrund 52606172. Für Kinder wurde »Kinder 1–3 mal täglich ½ Teelöffel« empfohlen; ein Teelöffel entspricht 5 ml. Vgl.: Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (Hrsg.), Rote Liste 1965, Aulendorf, 604.

126 Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (Hrsg.), Rote Liste 1965, Aulendorf, 604.

127 Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (Hrsg.), Rote Liste 1969, Aulendorf, 748.

Jahr 1968 kein Zweifel, »dass bei ausgeprägten erethischen Syndromen, bei erheblichen Aggressionstendenzen und einer ähnlichen Symptomatologie auch neuroleptisch höher potente Psychopharmaka Anwendung finden müssen«. ¹²⁸

Bei den beschriebenen Entwicklungen handelt es sich, soweit es sich beurteilen lässt, vorrangig um die Verordnung einer Dauermedikation und nicht um eine situative Gabe. Insofern sind anhand der Quellenbasis keine direkt strafenden oder disziplinierenden Gaben von Sedativa ersichtlich. Es wurden außerdem keine Hinweise oder gar Belege für klinische Studien mit Psychopharmaka an den Patientinnen und Patienten gefunden. ¹²⁹ Aus der medizinimmanenten Sicht ist es erklärtes Ziel der Medikamentengabe, die psychische Störung zu heilen oder zumindest zu lindern. Dabei steht die Wiederherstellung der »Ordnung des Selbst« zum längerfristigen Wohl der Patientinnen und Patienten im Vordergrund. So wurde ein 1959 geborenes Mädchen 1967 mit der Diagnose »Neurotische Fehlentwicklung mit Enuresis nocturna und psychischer Retardation, Hospitalismus« eingewiesen und zeigte u. a. »lebhaft psychomotorische Unruhe«. Es wurde im Wiesengrund als »besonders hilfsbereit, kameradschaftlich und fröhlich aufgeschlossen« beschrieben. Zur Entlassung zurück ins Heim verordnete man »ein dämpfendes Medikament in geringen Dosen« (Valium; nämlich 2,5 mg, abends einmal 5 mg), »um der Patientin die Wiedereinfügung ein wenig zu erleichtern«. ¹³⁰ Zwar zielt in diesem Beispiel die Medikamentenvergabe noch hauptsächlich auf das Kindeswohl ab, doch schwingt der Gedanke, ein erwünschtes Verhalten in der Gemeinschaft zu erzielen, ebenso mit.

Im Jahr 1960 findet sich ein weiterer Fall, in dem letzteres Argument eine größere Rolle spielt. Ein dauerhaft im Heim lebendes Kind wurde mit der Diagnose »geistig-seelischer Entwicklungsrückstand bei Milieuschädigung« und »Schwachsinn vom Grade einer Deбилität« eingewiesen, da es durch »Unruhe und gemeinschaftswidriges Verhalten« negativ auffiel. Dies änderte sich im Wiesengrund zunächst nicht, so dass von Seiten des Personals beklagt wurde: »Das Einschlafen dauert bei dem Kind im Allgemeinen 1 bis 2 Stunden. Bis dahin redet sie vor sich hin und wackelt mit dem Kopf.« ¹³¹ Und weiter: »Durch ihre Unruhe wird die ganze Gruppe im Schlafräum gestört.« Daraufhin wurden abends Luminal und Somnifen verabreicht. Die Schlafstörungen wurden eher behandelt, um ein reibungsloseres Funktionieren des Anstaltsalltags zu gewährleisten, und nicht, weil sie für das Kind belastend waren. Noch deutlicher wird diese Handlungsmotivation bei der Einweisung eines zweijährigen Kleinkindes »zur Klärung seines Entwicklungsrückstandes und seiner Erregungszustände bei fraglicher Taubheit«. Der anfangs »sehr

128 HEINZE (1986), 313.

129 Bisher ungeklärt bleibt allein die in einer Krankenakte dokumentierte Verordnung von »Psychopharmakon 22 A« und »Psychopharmakon 22 B«. Vgl. Wiesengrund 47036170.

130 Wiesengrund 3778586.

131 Wiesengrund 14205660.

unruhige Junge« wurde mit Valamin und Contergan bzw. Contergan forte über mehrere Wochen und vereinzelt mit Truxal behandelt. Im Verlauf der Medikamentierung heißt es: »Pflegerisch bereitete M. zunächst große Schwierigkeiten, da er fast ständig schrie, sich im Bett umherwarf und büschelweise die Haare ausriß. Wir behandelten ihn längere Zeit mit Beruhigungsmitteln, auf die er gut ansprach.« Neben dem Schutz vor der Autoaggression wird hier unmissverständlich die Reduzierung des pflegerischen Aufwandes als einer der Beweggründe benannt, das Medikament zu verabreichen.¹³²

Insofern wird in manchen Fällen auch die Aufrechterhaltung der Anstaltsordnung bewusst oder unbewusst ein Argument zur Verordnung von sedierenden Medikamenten gewesen sein. Die im Wiesengrund herrschende Platznot und der Personalmangel führten zu einer mehr oder minder großen strukturellen Vernachlässigung der Kinder und werden im Sinne von Erving Goffmans Konzept von der »totalen Institution« hierbei begünstigend gewirkt haben.¹³³ Dennoch bleibt festzuhalten, dass in der Klinik Wiesengrund von einer ausufernden oder gar enthemmten Verabreichung dieser Medikamente anhand der Dokumentation in den vorliegenden Krankenakten keine Rede sein kann.

Die Erinnerungen der Zeitzeuginnen und Zeitzeugen konterkarieren diese sich aus den Akten ergebenden Ergebnisse und lassen daran zweifeln, ob tatsächlich jede Medikamentengabe auch entsprechend dokumentiert wurde. Der ehemalige Erzieher gab dazu Folgendes an: Wenn Kinder beispielsweise während der Schule als aggressiv wahrgenommen wurden oder »ausgerastet« seien, wurden »[v]iele [...] dann medikamentös ruhig gestellt«, u. a. mit »Tavor, Dipiperon und Neurocil«. Dies könnte als situative Medikamentenvergabe mit zumindest disziplinierendem Motiv interpretiert werden. Dabei habe dem pädagogischen Personal kein Mitspracherecht zugestanden, sondern diese Entscheidung sei allein Angelegenheit der Ärztinnen und Ärzte gewesen.¹³⁴ In der Erinnerung des Betroffenen P. dominierten die Medikamente insgesamt das therapeutische Konzept: »Bei mir wurde eben eher mit Medikamenten gearbeitet, also nur ruhig gestellt, und das war bei den anderen Heimkindern ja eben genauso.« Diese hätten ihn dauerhaft »müde und antriebslos gemacht«, und er habe Konzentrationsprobleme in der Schule gehabt.¹³⁵ Besonders drastisch schildert er seine Erfahrungen mit dem Antipsychotikum Haloperidol, das seinen Angaben zufolge »eigentlich jeder gekriegt« und »durch die Bank« verabreicht bekommen hätte.¹³⁶ P. berichtete, »[i]ch hatte Angst vor den Tabletten«, und weiter, »dass da so eine weiße Hand aus der Wand kam und

132 Wiesengrund 29785862.

133 Weiterführend: GOFFMAN (2018).

134 Interview mit einem ehemaligen Erzieher [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 12.7.2019, Berlin, 12:15.

135 Interview mit einem ehemaligen Patienten [anonymisiert] durch Laura Hottenrott am 28.6.2019, Berlin, 42:00, 42:48.

136 Ibid., 23:36.

nach mir greifen wollte. Das waren dann schon diese Halluzinationen. Und ich war auf Schub, das kennt man ja, und ich bin im Flur hin und her gehüpft, um diesen Schub loszuwerden, also viel Rennen, viel Hüpfen, viel Rauchen später auch, also ich hatte so eine innere Unruhe.«¹³⁷ Nach dem Auftreten von (epileptischen?) Anfällen wurde die Medikation auf Benzodiazepine umgestellt, um die »innere Unruhe« zu therapieren und – in der Wahrnehmung des Betroffenen – um ihn weiter »ruhig [zu] stellen«.¹³⁸ Auch berichtete P., später drei Mal täglich 10 mg Diazepam erhalten zu haben, was definitiv einer Überdosierung entspricht.¹³⁹ Aufgrund dieser divergierenden Darstellungen kann keine eindeutige Aussage über die Praxis der Medikamentenvergabe im Wiesengrund getroffen werden.

8 Literaturverzeichnis

- BEDDIES, Thomas/SCHMIEDEBACH, Heinz-Peter (2004), »Euthanasie«-Opfer und Versuchsobjekte. Kranke und behinderte Kinder in Berlin während des Zweiten Weltkrieges. In: *Medizinhistorisches Journal* 39, 2/3, S. 165–196.
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (Hrsg.), Rote Liste 1965, Aulendorf.
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (Hrsg.), Rote Liste 1969, Aulendorf.
- GOFFMAN, Erving (2018), *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und andere Insassen*, 21. Auflage, Frankfurt am Main.
- HARBAUER, Hubert u. a. (Hrsg.) (1971), *Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie*, Berlin.
- HEINZE, Hans (1986), *Klinischer Beitrag zur Langzeitbehandlung endo- und exogener Schwachsinnszustände im Kindes- und Jugendalter*. In: Hermann STUTTE/Hubert HARBAUER (Hrsg.), *Concilium Paedopsychiatricum*, Basel.
- HIRSCH, Walter (1969), *Die Dermatoglyphen und Furchen der menschlichen Haut als diagnostisches Hilfsmittel bei angeborenen Erkrankungen*. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 117, 4, S. 180–184.
- KRÜGER, Martina (1989), *Kinderfachabteilung Wiesengrund. Die Tötung behinderter Kinder in Wittenau*. In: *Totgeschwiegen 1933–1945. Zur Geschichte der Wittener Heilstätten, seit 1957 Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik*. Ost-Berlin.
- KUJATH, Gerhard (1964), *Jugendpsychiatrische Diagnostik und Begutachtung*. Ein Grundriß, 3. Auflage, Leipzig.
- MEIER, Marietta (2008), *Ordnungsversuche und Grenzziehungen. Krankenakten in der Psychiatrie*. In: Claudia KAUFMANN/Walter LEIMGRUBER (Hrsg.), *Was Akten bewirken können. Integrations- und Ausschlussprozesse eines Verwaltungsvorgangs*, Zürich, S. 66–77.

137 Ibid., 42:40.

138 Ibid., 03:53, 04:12-9.

139 Ibid., 23:00. Üblich waren 1,5 mg Valium je kg/Tag; vgl. Harbauer (1971), 294. Eine Einsicht in die Krankenakte des Betroffenen T. konnte bei der Nachfolgeeinrichtung des Wiesengrunds leider nicht erreicht werden.

- MÜNCH, Lea (2020), Kinder und Kinderheilkunde in Berlin. Zwischen Fürsorge und Forschung (1945–1965), Med. Diss. Charité Berlin.
- NISSEN, Gerhardt (2009), Psychisch gestörte Kinder und Jugendliche gestern und heute. Persönliche Erinnerungen aus 60 Jahren, Gießen.
- NISSEN, Gerhardt/SPILIMBERGO, A. (1971), Verhaltensstörungen und EEG-Veränderungen bei Kindern. In: *Acta paedopsychiatrica* 38, 2, S. 59–65.
- STENDER, Wolf (1982), Hundert Jahre »Wiesengrund«. Eine medizinhistorische Untersuchung zur Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Med. Diss. FU Berlin.
- TOPP, Sascha (2004), Der »Reichsausschuss zur wissenschaftlichen Erfassung erb- und anlagebedingter schwerer Leiden«. Zur Organisation der Ermordung minderjähriger Kranker im Nationalsozialismus 1939–1945. In: Thomas BEDDIES/Kristina HÜBENER (Hrsg.), *Kinder in der NS-Psychiatrie*. Berlin, S. 17-54.
- TROTT, Götz-Erik (2013), Gerhardt Nissen. Nestor der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: *Ärzteblatt* 110, 44, S. 2087.
- VOGEL, F. u. a. (1963), Über die Ausscheidung von Kreatinin, Kreatin und Gesamtaminosäuren bei geistig zurückgebliebenen im Vergleich zu normalen Kindern. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 39, 1, S. 181–201.

X Rheinische Landesklinik für Jugendpsychiatrie in Bonn

Nils Löffelbein

Inhalt

1	Einrichtungstyp und Quellenbasis	594
2	Historische Entwicklung der Einrichtung	594
3	Räumliche Beschaffenheit und Personal	596
4	Sozialstatistisches Profil	598
5	Diagnostik, Behandlung und Lebensverhältnisse	602
	5.1 Medizinisch-therapeutischer Bereich	602
	5.2 Pädagogik & Lebensalltag	605
6	Strafen & Gewalt	608
7	Medikation	612
8	Literaturverzeichnis	615

1 Einrichtungstyp und Quellenbasis

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bonn war für die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik von herausragender Bedeutung, stellte sie bis in die 1950er Jahre doch die einzige selbständige Einrichtung für Jugendpsychiatrie in der gesamten Bundesrepublik dar. Heute gliedert sich das stationäre Angebot der Klinik in eine geschützt-geschlossene Jugendstation, drei offene Jugendstationen und eine Kinderstation mit insgesamt 50 Betten.¹

Im Patientinnen- und Patientenarchiv der Kinder- und Jugendpsychiatrie Bonn finden sich etwa 15.000 Akten, deren Laufzeit bis in die 1980er Jahre reicht. Als Quellenbasis für die vorliegende Studie diente eine Stichprobe von 118 Patientinnen- und Patientenakten der Jahre 1949 bis 1975 sowie überlieferte Verwaltungsakten im LVR-Archiv in Pulheim-Brauweiler. Von der Forschung wurde die Geschichte der Klinik bereits für die Zeit des Nationalsozialismus aufgearbeitet.² Die Arbeit von Silke Fehlemann und Frank Sparing nimmt die psychiatrische und pädagogische Praxis der Klinik in der Nachkriegszeit in den Blick.³

Trotz der Vermittlungsversuche durch die Anlauf- und Beratungsstellen der Stiftung »Anerkennung und Hilfe« konnten keine Zeitzeuginnen und Zeitzeugen gewonnen werden, die im Untersuchungszeitraum in der LVR-Klinik in Bonn untergebracht waren.

2 Historische Entwicklung der Einrichtung

Die »Rheinische Landeslinik in Bonn« nahm in der westdeutschen Versorgungslandschaft eine Sonderstellung ein. 1926 als »Rheinische Provinzialanstalt für seelisch Abnorme« gegründet, fungierte sie als erste autonome Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland. Bereits Ende der 1920er Jahre war die Einrichtung chronisch überbelegt, so dass 1929 ein Neubau mit 50 zusätzlichen Plätzen in Auftrag gegeben wurde. Die Pflegearbeit wurde von Anbeginn vom katholischen Schwesterorden »Kongregation der Dienerinnen des heiligen Herzens Jesu« ausgeführt. Nach der Vertreibung des jüdischen Anstaltsdirektors Otto Löwenstein im März 1933 wurden Teile der Klinik als Heim für »hirnverletzte« Weltkriegsveteranen genutzt, infolgedessen die Bettenzahl der Kinderabteilungen von 120 auf 40 absank. Ende 1933 übernahm Dr. Hans-Aloys Schmitz die Leitung der Einrichtung, der in den folgenden Jahren einen erneuten

¹ https://klinik-bonn.lvr.de/de/nav_main/fachgebiete/kinder_und_jugend_psychiatrie/stationaere_behandlung/stationaere_behandlung_1.html (letzter Zugriff: 22.10.2019).

² ORTH (1989).

³ FEHLEMANN/SPARING (2017).

Ausbau der »Kinderklinik« vorantrieb. Für das NS-Regime spielte die Landesklinik nicht zuletzt deshalb eine bedeutende Rolle, weil im Zuge der nationalsozialistischen Zwangssterilisierungs-Maßnahmen dringend Kliniken zur diagnostischen Abklärung von vermeintlichen »Erbkrankheiten« benötigt wurden. Tatsächlich wurde bis zum Kriegsbeginn von den Gesundheitsämtern ein Großteil der Kinder und Jugendlichen vor allem zu diesem Zweck nach Bonn eingewiesen.⁴

Im Zweiten Weltkrieg trug die Landesklinik bei einem Bombenangriff schwere Beschädigungen davon und das Gebäude blieb für mehrere Monate unbewohnbar. Diese Schäden wurden auch nach Kriegsende nur langsam behoben. Bis zur Vollendung eines Erweiterungsbaus 1952 mussten die Patientinnen und Patienten teilweise auf Abteilungen der Heil- und Pflegeanstalt Bonn verteilt werden. Im Jahr 1953 verfügte die Klinik schließlich über 140 Betten für Patientinnen und Patienten von einem bis 21 Jahren sowie 50 Heimplätze in Heilerziehungsanstalten in der Umgebung. Ihre primäre Aufgabe als sogenannte »Beobachtungsstation« bestand nach 1945 darin, psychisch erkrankte und/oder sozial auffällige Kinder und Jugendliche aus dem gesamten Rheinland ärztlich zu untersuchen und zu beobachten. Nach der psychiatrischen Diagnosestellung fiel die Entscheidung, in welche stationäre Folgeeinrichtung die Kinder überwiesen werden sollten oder ob sie gegebenenfalls in ihre Familien zurückkehren durften.⁵ Sie stellte damit die zentrale Sichtung- und Verteilungsinstitution im Rheinland dar. Aus Bonn wurden im Untersuchungszeitraum zahlreiche Kinder in psychiatrische Anstalten oder Heime der Behindertenhilfe zur dauerhaften Unterbringung verlegt. Insofern stellte die Beobachtungszeit in den Bonner Jugendpsychiatrie für die eingewiesenen Minderjährigen oftmals eine lebensentscheidende Zäsur dar, die ihr weiteres Leben prägen sollte. Die Aufenthaltsdauer der Kinderpatientinnen und -patienten bewegte sich daher in den meisten Fällen zwischen einigen Wochen und maximal sechs Monaten.

Die verfügbaren Plätze verteilten sich in der unmittelbaren Nachkriegszeit auf insgesamt sechs Stationen: zwei »Knabenabteilungen« mit bis zu 30 Betten, eine Station für ältere Jungen zu 35 Betten, eine Kinderstation mit 17 Betten und zwei Mädchenabteilungen mit insgesamt 26 Plätzen. Allein im Jahr 1953 durchliefen die Abteilung 610 minderjährige Patientinnen und Patienten, 300 Kinder wurden ambulant betreut. Damit wies Bonn weitaus höhere Aufnahmezahlen als vergleichbare Einrichtungen auf, etwa die Kinderabteilung der Heil- und Pflegeanstalt in Kaufbeuren, in der im gleichen Jahr lediglich 55 Kinder und Jugendliche aufgenommen wurden.⁶ Auch in den Nachkriegsjahrzehnten blieben der ständige Platzmangel und die Überbelegung das drängendste Problem der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bonn. Seit Beginn der 1950er Jahre waren die 140

⁴ WAIBEL (2000).

⁵ NISSEN (2005).

⁶ FEHLEMANN/SPARING (2017); siehe auch Einrichtungsstudie: LÖFFELBEIN: Bezirksnervenklinik Kaufbeuren, LE KJP (BRD).

Betten der Station ständig belegt, was zu langen Wartezeiten führte und die Begutachtung dringender Fälle oftmals über Wochen und Monate verzögerte. So wurde in einem Brief der LVR-Verwaltung an den Direktor der Bonner Klinik von 1953 dezidiert auf die »Schwierigkeiten« bei der Unterbringung »schwachsinniger und epileptischer Kinder« hingewiesen. Selbst in »schwerwiegenden Fällen« sei es in den meisten Fällen nicht möglich, wegen der Überbelegung Klinikplätze zur Verfügung zu stellen.⁷

Die Ärztinnen und Ärzte und Pflegerinnen und Pfleger waren in Einzelzimmern innerhalb des Klinikkomplexes unterbracht, wohingegen die Ordensschwestern in den 1950er Jahren noch ein eigenes Gebäude bewohnten. Weiterhin waren vorhanden ein Labor für Urin-, Stuhl- und Blutuntersuchungen, ein Operationssaal für Eingriffe wie Punktionen und Enzephalographien sowie ein Elektroschock-Apparat.⁸ Zur Klinik gehörte zudem eine Anstaltsschule mit drei Versuchs- bzw. Hilfsschulklassen.

Ab Anfang der 1970er Jahre ging die Bedeutung der Rheinischen Landesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie zurück, bedingt zum einen durch Umstrukturierungen im Klinikbetrieb und die daraus resultierende Verringerung der Belegkapazitäten. Zum anderen wuchs die institutionelle Konkurrenz durch die neu gegründete Kinder- und Jugendpsychiatrie in Süchteln, die eine modernere und komplexere Behandlung ihrer Klienten bieten konnte. Mitte der 1970er Jahre schrumpfte die Bettenzahl auf nunmehr 100, wobei 67 Plätze für Jungen und 33 Mädchen bereitstanden. Der damalige Verwaltungschef der Klinik und Landesrat für Psychiatrie im Landschaftsverband Rheinland, Caspar Kulenkampff (1922–2002), bezeichnete die Bonner Jugendpsychiatrie 1975 gar als »Relikt aus vergangenen Zeiten«.⁹ Zudem war eine »Verlagerung auf Langzeitpatienten« zu verzeichnen, wobei keinerlei heilpädagogische Möglichkeiten der Rehabilitation zur Verfügung standen.¹⁰ Damit büßte Bonn auch seine Stellung als zentrale »Durchlaufstation« in der Rhein- und Ruhrregion nach und nach ein.

3 Räumliche Beschaffenheit und Personal

In den Jahrzehnten nach 1945 verfügte die Bonner Klinik über große Schlafräume mit maximal 15 Betten, ein Zustand, der in internen Berichten durchaus beklagt wurde. Die bauliche Situation verbesserte sich jedoch auch in den 1970er Jahren nicht wesent-

⁷ LVR-Archiv Brauweiler (ALVR): K31, Verwaltung des Landschaftsverbandes Rheinland an den Direktor der Landesheilanstalt, 19.10.1953.

⁸ ALVR 31360, Daten zur »Rheinischen Landesklinik für Jugendpsychiatrie«, 1953, 48.

⁹ Klinik für Jugendpsychiatrie. Relikt aus der Vergangenheit, in: Landschaftsverband Rheinland. Presse-schau, 11.3.1975, 1.

¹⁰ ALVR 31360, Bericht über die Rheinische Landesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 29.7.1974, 4.

lich. So wurde Mitte des Jahrzehnts vor allem Kritik an der Lage der Duschräume im Kellergeschoss laut. Offensichtlich war auch die Einrichtung der einzelnen Stationen mittlerweile in die Jahre gekommen: So war in einem internen Bericht die Rede von einer »stark erhöhten Abnutzung« des Inventars, das sich eher durch »Solidität und Kargheit« als durch »Wohnlichkeit und gemütliche Atmosphäre« auszeichnete.¹¹ In einem Artikel der »Bonner Rundschau« vom März 1975 wurde gar beklagt, »die zu kleinen, mit Betten vollgepfropften Zimmer, manchmal ohne jede Ablagerungsmöglichkeit für persönliche Dinge, ohne jede Atmosphäre, bereiten den Verantwortlichen Kopfzerbrechen«. Auch die Personalsituation war Presseberichten zufolge noch immer defizitär.¹²

Für die Freizeitgestaltung der Kinder standen in Bonn fünf Spielplätze mit einer Fläche von 1.200 qm und eine Turnhalle von 225 qm zur Verfügung, ergänzt durch einen Arbeits- und Beschäftigungsraum mit zehn Plätzen. Die sogenannte »Beschäftigungstherapie«, bestehend aus Mal- und Bastelarbeiten, wurde von einem Krankenpfleger und einer Kindergärtnerin durchgeführt. Männliche Jugendliche über 14 Jahre setzte man zudem zur Pflege der Spiel- und Gartenanlagen ein, Mädchen beschäftigte man in Küche, Waschküche, Gemüseküche und Nähzimmer. Es fehlten in Bonn Beschäftigungsmöglichkeiten für Kleinkinder, und ein Tätigkeitsbericht von damals legt nahe, dass man diese offenbar größtenteils vor dem Fernsehapparat »parkte«.¹³ Während ihres Klinikaufenthalts besuchten die Kinder weiterhin die Schule. Hierzu stand wie erwähnt eine Schule mit drei Versuchs- bzw. Hilfsschulklassen zur Verfügung, zudem eine Abteilung für Sprachbehandlung und Heilgymnastik.

Die Leitung der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie bekleidete jeweils ein Facharzt für Psychiatrie, in den Abteilungen waren fünf Ärzte und drei Volontärärzte tätig. In den 1950er Jahren wurden die Kinder und Jugendlichen sowohl von katholischen Ordensschwwestern als auch von »weltlichen« Pflegerinnen betreut; ein detaillierter Personalschlüssel konnte nicht ermittelt werden. Auf den Jungenstationen wurde der Pflegedienst hingegen von männlichem Personal geleistet, das allerdings ebenfalls dem Orden angehörte. Die Anzahl der Ordensschwwestern lag im Untersuchungszeitraum konstant bei 21, allerdings waren von diesen in den 1960er Jahren altersbedingt nur noch einige wenige im Pflegedienst aktiv. Ersatz konnte der Orden aufgrund von Nachwuchsproblemen nicht zur Verfügung stellen. Einem Schreiben von Klinikleiter Dr. Hermann Schmitz zufolge waren selbst die im Dienst verbliebenen Schwestern den erheblichen psychischen und physischen Anforderungen des Pflegedienstes kaum mehr gewachsen, eine Entwicklung, die eine steigende Überforderung des Kirchenpersonals im Pflegealltag zur Folge hatte. Aus diesem Grund wurde die Zahl der nicht-kirchlichen

11 ALVR 31360, Bericht über die Rheinische Landesklinik für Kinder- Jugendpsychiatrie Bonn, 29.7.1974.

12 Bonner Rundschau, 11.3.1975.

13 ALVR: 31360, Rheinische Landesklinik für Jugendpsychiatrie, Berichtsjahr 1953, Bl. 3.

Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeiter ab den 1950er Jahren kontinuierlich erhöht, allein in den Jahren 1947 bis 1956 von drei auf 25 Stellen.¹⁴ Unklar bleibt jedoch, ob pädagogisch und pflegerisch geschulte Mitarbeitende gewonnen werden konnten oder ob man, wie in vielen anderen Erziehungsheimen und Einrichtungen der Behindertenhilfe, auf ungelernete Kräfte zurückgreifen musste.¹⁵

Der Vertrag mit der Kirche wurde im Jahr 1958 aufgrund der Überalterung der Ordensschwesterinnen trotz der angespannten Personalsituation nicht verlängert, eine Entscheidung, die auf Missstände in der Betreuungssituation hindeuten könnte. So kritisierte der Leiter der Bonner Jugendpsychiatrie, Hans Aloys Schmitz (1899–1973), in einem Schreiben aus den 1950er Jahren die personelle Ausstattung der Anstalt als völlig unzureichend; die Zahl der Ärzte und Pflegekräfte müsse verdoppelt werden, um eine zufriedenstellende Versorgung zu gewährleisten.¹⁶ Tatsächlich war die Arbeitsbelastung der kirchlichen Mitarbeiterinnen, die auf dem Klinikgelände lebten und Pflege-, Unterrichts- und Wirtschaftsaufgaben zu schultern hatten, immens. Bis zu 80-Stunden-Wochen waren in vielen stationären Einrichtungen üblich. Hinzu kamen die anstrengenden Nachtdienste auf den Stationen.

4 Sozialstatistisches Profil

Bei der Ankunft der Kinder wurde in der Beobachtungsabteilung jeweils eine ausführliche Familienanamnese durchgeführt, so dass familiäre Hintergründe, Milieuzusammenhänge und die wirtschaftliche Stellung der Kinderpatientinnen und -patienten relativ gut rekonstruierbar sind. In der LVR-Klinik in Bonn wurden im Untersuchungszeitraum, bedingt durch die großen Kapazitäten, vergleichsweise viele Kinder aufgenommen. Allein im Jahr 1953 durchliefen die Beobachtungsabteilung 610 Minderjährige. Bis etwa Mitte der 1960er Jahre stiegen die Aufnahmezahlen der Klinik kontinuierlich, ab Anfang der 1970er Jahre lässt sich hingegen ein rascher Rückgang der Bettenbelegung beobachten. Mit 70 Prozent waren Jungen unter den Patientinnen und Patienten klar überrepräsentiert.

Eine eindeutige Zuordnung der aufgenommenen Minderjährigen zu einem sozialen Milieu erweist sich auf Basis der in den Aufnahmebögen nur stichwortartig festgehaltenen Informationen über die Herkunftsfamilien als schwierig. Thomas Beddies und

¹⁴ FEHLEMANN/SPARING (2017), 127 ff.

¹⁵ Siehe hierzu die Einrichtungsstudien: LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD); LÖFFELBEIN: Kinder- und Pflegeheim Vorwerk Lübeck, ev. BH (BRD).

¹⁶ ALVR: 31360, Die Entwicklung der Rheinischen Landesklinik für Jugendpsychiatrie seit ihrer Gründung am 15. August 1926.

Andrea Dörries orientieren sich in ihrer Arbeit über die Patientinnen und Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin zwischen 1919 und 1960 deshalb an den Berufen der Eltern und unterscheiden so nach Zugehörigkeit zur Unter-, Mittel- und Oberschicht.¹⁷ In der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bonn gehörten demnach zur:

1. Unterschicht (arbeitslos, arbeitsunfähig, ungelernt, Landarbeiter, Arbeiter, Kleinbauern) 45 Prozent des Samples.
2. Mittelschicht (Handwerker, kleine Angestellte/Beamte, Kaufleute, Wirte, mittlere Beamte/Angestellte, Vollbauern) 32 Prozent der Bonner Kinder.
3. Oberschicht (mittlere Unternehmer, gehobene Beamte/Angestellte, Akademiker) 6 Prozent.
4. Keine Zuordnung (verschollen, verstorben, keine Angaben) war in Bonn bei 26 Prozent der Fälle möglich.

Die Bestimmung des Herkunftsmilieus der Bonner Patientinnen und Patienten zeigt eine eindeutige Schwerpunktbildung. Demnach stammten 45 Prozent der Minderjährigen aus unterprivilegierten Bevölkerungsteilen. Ein möglicher Grund war wohl, dass aufgrund der geographischen Nähe zum Ruhrgebiet der Anteil der Arbeiter unter den erwerbstätigen Vätern vergleichsweise hoch lag. Dementsprechend waren auffallend viele Männer Bergarbeiter. Insgesamt bestätigt sich damit die in der Forschung oft geäußerte These, dass aufgrund der gängigen Fürsorgepolitik der 1950er und 1960er Jahre überproportional viele Minderjährige aus wirtschaftlich und sozial unterprivilegierten Schichten aus ihrem familiären Umfeld entfernt wurden.¹⁸ Nur vereinzelt sind Fälle aktenkundig, in denen das Kind eines Ingenieurs, Kaufmanns oder Grundschul-Oberlehrers zur Beobachtung auf die Abteilung kam. Diese Annahme wird auch durch die beteiligten Akteurinnen und Akteure bei der konkreten Einweisungspraxis gestützt. So war bei der Aufnahme in der Bonner LVR-Klinik bei 56 Prozent der Fälle eine staatliche Behörde wie das Gesundheitsamt, Jugendamt oder Jugendgericht beteiligt. Dagegen wurden nur 26,7 Prozent ambulant, zumeist durch Beteiligung des Hausarztes oder eines niedergelassenen »Nervenarztes« und damit wahrscheinlich durch Initiative der Angehörigen, eingewiesen. Bei 23 Prozent des Bonner Untersuchungs-Samples war der berufliche Hintergrund nicht festzustellen, oder aber die Eltern waren als vermisst oder verstorben gemeldet. In fast allen Patientinnen- und Patientenakten fand sich eine Einverständniserklärung der Angehörigen, in der diese den Klinikaufenthalt der Kinder befürworteten, was dafür spricht, dass man sich im Zuge der Einweisung an die gesetzlichen Vorgaben hielt. Der Großteil der Bonner Kinderpatientinnen und -patienten (62,2 Prozent) lebte vor der Einweisung

17 BEDDIES/DÖRRIES (1999), 329.

18 KRAUL (2012).

bei seinen Angehörigen, nur etwa ein Drittel (27,6 Prozent) kam direkt aus einem Kinderheim oder einer Krankenanstalt nach Bonn.

Bei jeder Aufnahme wurden zunächst die familiären Verhältnisse der Minderjährigen detailliert eingeschätzt. Diese fiel in den wenigsten Fällen günstig aus, zumeist wurde das Elternhaus ausgesprochen negativ bewertet. Ob die Zuordnungen jeweils die tatsächlichen Zustände im Herkunftsmilieu abbildeten, ist auf Basis der schriftlichen Quellen nur schwer zu entscheiden, da die Berichte ausschließlich die interessengeleitete Sicht der beteiligten Institutionen wie der Klinik oder des Jugendamtes wiedergeben. Eine stark tendenziöse Darstellung lässt sich daher nicht ausschließen, weil man das Auftreten psychischer Störungen stets mit gravierenden Defiziten oder – vor allem in der unmittelbaren Nachkriegszeit – auch »erblichen« Vorbelastungen in der Familie in Verbindung brachte. Hervorgehoben wurden in der Familienanamnese dementsprechend häufig die prekären Aspekte und Entwicklungen im persönlichen Umfeld, teilweise wurden Informationen zudem nur von Außenstehenden kolportiert. So hieß es etwa im Fall eines Vierjährigen, der 1965 in Bonn eingewiesen wurde, »die Elternteile sollen geistig rückständig sein«. Im Falle eines sieben Jahre alten Mädchens stellte man ebenfalls »schlechte wirtschaftliche und häusliche Verhältnisse« fest, die Eltern seien mit dem Kind überfordert.¹⁹ Zudem waren die Berichte in vielen Fällen von moralischen Wertungen durchsetzt, so etwa, wenn es über eine Mutter hieß: »Mutter sittlich nicht einwandfrei, haushaltstechnisch untüchtig.«²⁰ Nachteilig auf die Beurteilung wirkte sich auch ein vorausgegangener Heimaufenthalt aus. Hier wurde zumeist darauf hingewiesen, dass das Kind im Heim nicht mehr »tragbar« gewesen sei.²¹ So wurde ein jugendlicher Hilfsarbeiter im März 1968 wegen Verwahrlosung vom Landesjugendheim »Halfeshof« in Solingen zur medizinischen Begutachtung nach Bonn verlegt, da er im Heim aufgrund ständiger Streitereien nicht mehr zu halten gewesen sein soll.²² Auch bei einem vierjährigen Junge hatte es im Heim »Erziehungsschwierigkeiten« gegeben, laut Bericht sei er dort »egoistisch, neidisch und schadenfroh« gewesen.²³ »Gute familiäre Verhältnisse« wurden den Kindern nur in Ausnahmefällen bescheinigt.²⁴ Dennoch muss festgehalten werden, dass wohl ein großer Teil der Eingewiesenen tatsächlich aus problematischen Verhältnissen stammte – in den Diagnosebögen wird oftmals detailliert über Gewalt im Elternhaus, Alkoholexzesse oder auch sexuelle Misshandlungen berichtet.²⁵

19 PB6165; PB4249.

20 PB4050.

21 Siehe z. B. PB3845; PB4260.

22 PB5368.

23 PB4650.

24 PB4853.

25 Vgl. etwa: PB4964; PB5164; PB5065; PB5569.

Die Bonner Jugendpsychiatrie wurde als größte westdeutsche Beobachtungsstation der Nachkriegszeit jährlich von einer großen Anzahl an Patientinnen und Patienten frequentiert, welche die Stationen in der Regel nach spätestens einigen Monaten wieder verließen. Nachdem die behandelnden Ärzte ihr Diagnoseverfahren abgeschlossen hatten, fiel die Entscheidung über den weiteren Verbleib der Minderjährigen, die entweder wieder nach Hause entlassen oder aber in ein Erziehungsheim bzw. in eine Einrichtung der Behindertenhilfe überwiesen wurden. Ins Elternhaus kehrten nach ihrem Aufenthalt 56 Prozent der Kinder zurück, 29 Prozent wurden in eine stationäre Einrichtung verbracht, bei 15 Prozent fehlen die Angaben. In vielen Fällen wurden Kinder allerdings auch nach Hause entlassen, obwohl eine Heimunterbringung empfohlen worden war, allerdings kein Platz in einer geeigneten Einrichtung gefunden werden konnte. In den Akten finden sich in vielen Fällen die Antwortschreiben der Heimleitungen, die wegen der chronischen Überbelegung ihres Hauses keine Kinder mehr aufnahmen. Tatsächlich sahen die Psychiater in fast jedem Fall eine Entfernung aus dem Elternhaus als notwendig an. Nur in einem Fall des Samples wurde explizit darauf hingewiesen, das Kind werde in der Familie gut und intensiv betreut, so dass kein Anlass zur Heimunterbringung bestehe.²⁶ Zumeist wurde entweder auf die nicht zumutbaren Zustände im Elternhaus verwiesen oder aber auf den Grad der Behinderung, der eine Betreuung in einer »Schwachsinnigenanstalt« unumgänglich mache.²⁷ Im Fall eines Elfjährigen, der im August 1951 mit dem Anraten auf Heimunterbringung entlassen wurde, argumentierte man hingegen mit dem genauen Gegenteil. So werde seinem Leiden, einer »hirnorganischen Schädigung«, von der Familie zu viel Beachtung geschenkt.²⁸ Letztlich lag die Entscheidung über die Zukunft der Kinder jedoch bei den Eltern, sofern diese das Sorgerecht besaßen. So ist in einem Fall festgehalten, dass die Angehörigen die ärztliche Empfehlung auf eine Verlegung ins Heim kategorisch ablehnten.²⁹

26 PB5053.

27 PB5357; PB6674.

28 PB4051.

29 PB5762.

5 Diagnostik, Behandlung und Lebensverhältnisse

5.1 Medizinisch-therapeutischer Bereich

Entsprechend ihrer Aufgabenstellung als »Beobachtungsstation« nahm in der Bonner Kinder- und Jugendpsychiatrie die Diagnostik einen großen Raum ein. Dementsprechend intensiv wurden die Kinder und Jugendlichen nach ihrer Einweisung körperlich und psychologisch untersucht. War die Diagnosestellung abgeschlossen, wurde im psychiatrischen Bericht abschließend eine Empfehlung für die weitere Unterbringung ausgesprochen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer auf der Beobachtungsstation lag zwischen sechs Wochen und sechs Monaten; selten verblieben die Minderjährigen längere Zeit in Bonn.

Zunächst wurde nach der Aufnahme ein »körperlicher Befund« erhoben und der Ernährungs- und Allgemeinzustand der Kinderpatientinnen und -patienten festgestellt. Es folgte eine Reihe psychologischer Tests, die Aufschlüsse über die intellektuellen Fähigkeiten der Kinder ermöglichen sollten. Zu den psychologischen Standardtests gehörten zunächst der Binet-Simon-Test, der noch vorwiegend auf den in der Schule erlernten Fertigkeiten wie Schreiben, Lesen und Rechnen abhob. Später wurde dieser durch die wesentlich differenzierteren Verfahren nach HAWIK (Hamburg-Wechsler-Intelligenztest) und Bühler-Hetzer sowie den Wartegg'schen Zeichentest abgelöst. Zur Diagnose von »Neurosen« und »Milieuschäden« wurde der Sceno-Test (ab 1954 zusätzlich der Scholl-Test) durchgeführt.

Mit Blick auf die Diagnosestellungen lassen sich im Untersuchungszeitraum zwei Hauptkategorien ausmachen: Bei 43 Prozent der Kinder stellten die Mediziner einen »Schwachsinn« in den verschiedenen Kategorien von »Debilität« bis »Idiotie« fest, bei 35 Prozent eine organische Hirnschädigung. Die Feststellung eines »Schwachsinn« musste nicht unbedingt eine Intelligenzminderung bezeichnen, sondern stellte bis in die 1970er Jahre eine Sammeldiagnose dar, die jegliche Formen sozial auffälligen Verhaltens umfasste. Auch die Annahme einer »organischen Hirnschädigung« basierte oftmals auf Plausibilitätserwägungen der Ärzte und wurde selbst dann attestiert, wenn sich in den Durchleuchtungsverfahren keine organischen Veränderungen der Gehirnstruktur hatten feststellen lassen. Hinzu kamen noch 16 Prozent, bei denen man »Verwahrlosungserscheinungen« diagnostizierte, bei jeweils 5 Prozent waren »Schwererziehbarkeit«, ein »Milieuschaden« oder ein Anfallsleiden Gründe für die Einweisung gewesen. 4 Prozent entfielen jeweils auf »Psychopathie« und »Sonstiges«. Allerdings wurden die einzelnen Diagnosen nur in wenigen Fällen in »Reinform« vergeben. So wurde die Diagnose »Schwachsinn« oftmals zusammen mit der Feststellung einer »Verwahrlosung« oder einer mutmaßlichen Hirn-

schädigung genannt. In einigen Fällen lassen sich die psychiatrischen Zuschreibungen kaum einem klaren Diagnosebild zuordnen und erscheinen überdies rein deskriptiv: So wurde eine 16-jährige Jugendliche 1955 in der Rubrik »Diagnose« ihres Krankenblattes als »[p]rimitiv-triebhafter Jugendliche mit dürftiger Intelligenz. Starke Verwahrlosungsgefährdung« etikettiert. Einen 18-jährigen Jungen charakterisierte der diensthabende Psychiater 1958 mit den Attributen: »debiler Analphabet, charakterliche Abnormität, überzeichnete Jugendtümlichkeit, Verwahrlosung«. ³⁰ Diese Beispiele zeigen, dass es aufgrund der zeitgebundenen Begrifflichkeit und der Ungenauigkeit der Diagnosen in den meisten Fällen aus heutiger Sicht nicht mehr möglich erscheint, den tatsächlichen Einweisungsgrund der Minderjährigen zu rekonstruieren.

Eine wichtige Funktion erfüllten die Pflegeberichte des Personals, in denen das Verhalten auf den Stationen dokumentiert wurde. Den Eintragungen der Stationschwestern kam im Zuge der Gutachtertätigkeit eine signifikante Bedeutung zu, da oftmals Auszüge oder ganze Passagen in die psychiatrischen Berichte übernommen wurden. Das abschließende Urteil über den Gesundheitszustand der »Pflegerlinge« wurde so nicht unwesentlich durch das nicht-ärztliche Personal mitbestimmt.

Zum diagnostischen Standardverfahren in Bonn gehörte auch die Durchführung einer Pneumenzephalographie (PnEG), das damals gängige bildgebende Verfahren zur »Durchleuchtung« des Gehirns. Weil die Klinik seit Kriegsende über keine eigenen Laboratorien mehr verfügte, wurden die Untersuchungen zumeist in der benachbarten Universitäts-Nervenklinik durchgeführt. ³¹ Anwendung fand das Verfahren bei Verdacht auf ein Anfallsleiden oder sogenannte »frühkindliche Hirnschädigungen«. Da man gemäß dem psychiatrischen Verständnis der Nachkriegsjahrzehnte bei psychischen Störungen in den meisten Fällen von einem organischen Leiden ausging, wurden Enzephalographien vergleichsweise häufig durchgeführt, in Bonn im Durchschnitt bei 40 Prozent des Untersuchungssamples. Für die sehr schmerzhaft und risikoreiche Prozedur war eine Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten erforderlich, die in der überwiegenden Mehrheit der Fälle auch erteilt wurde. Lediglich in sechs aktenkundigen Fällen wurde die Anfrage von den Eltern abschlägig beschieden. In den Stationsberichten finden sich gehäuft Hinweise auf negative gesundheitliche Folgen der Methode, nicht selten litten die Kinder unter Übelkeit, Kopfschmerzen oder Schwindelgefühlen. Gelegentlich setzten sich die Betroffenen auch gegen den Eingriff zu Wehr: Bei einem fünfjährigen Mädchen, das 1962 in Bonn enzephalographiert werden sollte, musste die Prozedur trotz stärkster Sedierung abgebrochen werden, da diese erbittert gegen den Eingriff ankämpfte. ³² In der LVR-Klinik in Bonn wurde auch unter den Kindern und

30 PB3955; PB4058.

31 FEHLEMANN/SPARING (2017), 130.

32 PB5762.

Jugendlichen über die Strapazen der Prozedur gesprochen, einige kündigten angesichts der drohenden Maßnahme gar ihre Flucht aus der Anstalt an.³³ Um die Kinder vor und während der Therapie zu beruhigen, wurden daher in den meisten Fällen hohe Medikamentengaben verordnet, die man nachher noch für längere Zeit verabreichte. Ab Mitte der 1950er Jahre kam die wesentlich verträglichere Elektro-Enzephalographie (EEG) hinzu, die bei nahezu jedem Kind durchgeführt wurde. Dennoch wurde die Luft-Durchleuchtung in Bonn auch noch in den 1970er Jahren standardmäßig praktiziert, als die Computertomographie die PnEG bereits als diagnostisches Regelinstrument abgelöst hatte.

Hinweise auf weitere therapeutische Maßnahmen wie die Elektroschock-Therapie oder den Einsatz von Cardiazol finden sich weder in der hier analysierten Stichprobe noch in dem von Fehlemann und Sparing ausgewerteten – wesentlich umfangreicheren – Aktensample.

Seit Ende der 1950er Jahre entwickelte die Bonner Klinik eine dezidiert sprachtherapeutische Spezialisierung, wozu eine ausgebildete Sprachtherapeutin angestellt wurde. Auch generell zeichnete sich mit der Einstellung des Arztes und Diplom-Psychologen Dr. Stefan Engels um 1958 ein Paradigmenwechsel in der Diagnostik ab. So wurden in den Gutachten in den 1960er, vor allem aber ab den 1970er Jahren »psychologische Terminologien erkennbar gestärkt«, die medizinischen Gutachten wurden im Gegenzug erheblich kürzer.³⁴

Die psychologischen Einschätzungen in den Gutachten sowie die schriftlich festgehaltenen Beobachtungen der Stationsschwestern sind dennoch häufig bis in die 1970er Jahre von stark moralisierenden Wertungen und Ansichten geprägt, die insgesamt eine ‚defizitäre‘ Sichtweise des Psychatriepersonals auf die Kinder und Jugendlichen offenbaren. Es fällt auf, dass vor allem in den 1950er und 1960er Jahren in Gutachten und Beobachtungseintragungen kaum die Fähigkeiten und Möglichkeiten der Minderjährigen zur Sprache gebracht, sondern stets nur deren Mängel und Defizite hervorgekehrt werden. Im Zentrum des Interesses standen dabei oftmals charakterliche Eigenheiten sowie die unterstellten Persönlichkeitsmerkmale. Nur in wenigen Fällen gelangte das Personal zu einer rundum positiven Bewertung, was zumeist der Fall war, wenn die »Pfleglinge« sich problemlos in den Stationsalltag eingliederten, sich ruhig verhielten und kaum Pflegeaufwand verursachten. Als unkompliziert wahrgenommene Kinder wurden dementsprechend stets mit Attributen wie »gutmütig, freundlich zugewandt« oder »still, leise, folgsam« bedacht.³⁵ Weil der Alltag einer jugendpsychiatrischen Beobachtungsstation allerdings auch in Bonn in hohem Maße von Verhaltensauffälligkeiten

33 FEHLEMANN/SPARING (2017).

34 Ibid., 135.

35 Z. B. PB4350; PB5260.

und Unruhezuständen der dort Untergebrachten geprägt war, kann es nicht verwundern, dass man die Minderjährigen mehrheitlich wenig wohlwollend beurteilte – wobei das Vorhandensein einer geistigen Behinderung oder psychischen Erkrankung in vielen Fällen augenscheinlich nicht in die Beurteilung durch das Personal miteinflusste. So wurde eine Neunjährige im Jahr 1961 aufgrund eines diagnostizierten »Milieuschadens« als »unruhig, ungehorsam, ungezogen« beschrieben, da sie auf der Station mehrfach durch »Schwatzhaftigkeit« und »großes Geltungsbedürfnis« aufgefallen war.³⁶ Einen 1952 sechs Jahre alten Jungen empfand man als »egozentrisch, verschlossen, autistisch, labil, verwöhnt«, weil dieser sich vornehmlich mit sich und seinem »Leiden« beschäftigte.³⁷ Ein 17-jähriges Mädchen charakterisierten die Schwestern als »grob, hölzern, leer, unspontan, farblos, uninteressiert verdrossen, mürrisch, schmeichlerisch zugewandt, listig und hinterhältig«, da dieses keinen Anschluss an die Gruppe fand und sich während ihres Aufenthalts zu keiner »sinnvollen Beschäftigung« bewegen ließ.³⁸ Als unangenehm empfanden die Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter auch das kindliche Bedürfnis nach Zuneigung und Aufmerksamkeit, das man abschätzig als »klebrig, anhänglich, belästigend, drängelnd« bezeichnete. Nur bei wenigen Ausnahmen finden sich Hinweise für Anteilnahme und individuelle Zuwendung seitens des Personals.

Wie bereits erwähnt, erwiesen sich die Eintragungen der Schwesternberichte als durchaus relevant für das weitere Schicksal der Kinder, da die hier getroffenen Einschätzungen oft ungefiltert Eingang in die psychiatrischen Gutachten fanden. Auffällig erscheint auch, dass die Kinder von den Mitarbeitenden ausschließlich als Gruppe wahrgenommen wurden; Rücksicht auf das individuelle Schicksal und Wohlbefinden wurde nicht genommen. So blieb die Vorgeschichte der Kinder, in der sich überproportional oft Fälle von häuslicher Gewalt und auch sexuellen Übergriffen finden, in den pflegerischen und den psychiatrischen Stellungnahmen unberücksichtigt. Ebenso ignoriert wurden Kriegstraumata, in den 1950er Jahren noch keine Seltenheit. Auch der Umstand, dass viele Jugendliche während ihres Aufenthalts ganz offensichtlich die Pubertätsphase durchliefen, wurde als Grund für habituelle Auffälligkeiten und Extreme nicht erwähnt.

5.2 Pädagogik und Lebensalltag

Angesichts der überaus spärlichen Hinweise in den Akten und mangelnder Parallelüberlieferung lässt sich über den Klinikalltag in der Bonner Kinderpsychiatrie nur wenig aussagen. Vieles deutet jedoch darauf hin, dass die Lebensverhältnisse auf den

36 PB5261.

37 PB4652.

38 PB4057.

Stationen im gesamten Untersuchungszeitraum überaus problematisch waren. In ihrer Außerdarstellung präsentierte sich die LVR-Klinik in Bonn als liberale, für reformorientierte Strömungen offene Institution. So wurde in einem Bericht über die Klinik von 1953 als »Leitprinzip« postuliert, in »der Klinik nicht mehr Beschränkungen als unbedingt notwendig« zu erlassen. Direktor Alois Schmitz verkündete Mitte der 1950er Jahre zudem, die Schaffung eines »künstlichen erzieherischen Rahmens« vermeiden und »nach Möglichkeit eine jugendtümliche Atmosphäre« schaffen zu wollen. Man sei eine »objektive und neutrale Stelle« und kein ausführendes Organ der Staatsanwaltschaft oder der Erziehungsbehörden.³⁹

Die Realität sah jedoch anders aus. Noch in den 1980er Jahren berichteten die Medien über die beengten Wohnverhältnisse in der Bonner Klinik, die bereits lange nicht mehr den üblichen Standards entsprechen würden. Beklagt wurde zudem der Umstand, dass selbst jugendliche Patientinnen und Patienten noch in kleinen »Käfigbetten« schlafen mussten.⁴⁰ Auch standen im Alltag wohl eher die Verwahrung und Ruhigstellung der Kinder im Vordergrund. Eine intensive Betreuung scheint nicht stattgefunden zu haben. Zwar wurde versichert, man greife in Bonn trotz zahlreicher kritischer Stimmen auch auf psychologische und psychotherapeutische Ansätze zurück, und pädagogisches sowie ärztliches Handeln gingen Hand in Hand. Laut offiziellen Vorgaben waren zudem spiel- und beschäftigungstherapeutische Angebote vorgesehen. In den Quellen finden sich allerdings keine Hinweise darauf, dass die postulierten Vorgaben auch tatsächlich umgesetzt wurden. In den Schwesternberichten wurde zwar stets notiert, ob sich die Neuankommlinge problemlos in die »Stationsgemeinschaft« einordneten, einen guten Kontakt zu anderen Kindern fanden oder ob sich diese eher zurückzogen und während ihres Aufenthaltes Einzelgänger blieben. Im Alltag scheint man die Minderjährigen jedoch vor allem sich selbst überlassen zu haben, wenngleich in einigen Akten auch von Festen und Ausflügen die Rede ist, die zumindest punktuelle Abwechslung in den monotonen Alltag gebracht haben dürften.⁴¹

Laut den Dienstanweisungen der Landesklinik sollten die diensthabenden Medizinerinnen und Mediziner bei ihren Visiten zwei Mal täglich die Stationen aufsuchen und die Betreuung und Verpflegung der Kinder kontrollieren. Eventuelle Missstände waren laut Anweisung umgehend abzustellen und im Rahmen der Klinikkonferenz zur Sprache zu bringen. Den Ärztinnen und Ärzten musste auf Station auch Einblick in die Stationsbücher und individuellen Beobachtungsbögen gewährt werden.

Es waren vor allem die zeittypischen Erziehungsvorstellungen der Nachkriegszeit, die sich in der pädagogischen Praxis niederschlugen. Topoi wie Disziplin, Ordnung und

³⁹ Bericht der »Rheinischen Landesklinik für Jugendpsychiatrie«, 1954, zit. n. FEHLEMANN/SPARING (2017), 86 f.

⁴⁰ Zum Folgenden *ibid.*, 86 f.

⁴¹ *Ibid.*, 90, zum Folgenden *ibid.*, 132 f.

Sauberkeit spielten eine exponierte Rolle und prägten den Umgang des Personals mit den Minderjährigen. Oberstes Ziel blieb hierbei der reibungslose Ablauf des Stationsalltags. Das Personal wurde dementsprechend von der Klinikleitung dazu angehalten, jegliche Form von Unruhe, Lärm oder widersetzlichem Verhalten zu sanktionieren und zu melden. So sollten laut Hausordnung von 1954 Verstöße gegen das Gebot von »Ruhe, Ordnung und peinlicher Sauberkeit unnachsichtig geahndet« werden, wobei zur Art der Sanktionierungen keine Stellung genommen wird. Auch die persönliche Bewegungsfreiheit auf der Station war stark eingeschränkt. So war das Betreten fremder Stationen grundsätzlich verboten, sämtliche Türen ließen sich nur mit Schlüsseln oder Türdrückern öffnen. Mädchen und Jungen wurden in unterschiedlichen Abteilungen untergebracht und konnten kaum miteinander in Kontakt treten. Auch das Tragen einer speziellen »Anstaltskleidung« war Pflicht, Rückzugsräume für die Kinderpatientinnen und -patienten oder andere Möglichkeiten, sich dem Gruppendruck auf den überbelegten Stationen zu entziehen, gab es nicht.

Wie in anderen vergleichbaren Einrichtungen nahm auch in der Bonner Klinik die Frage der Arbeitsbereitschaft und -fähigkeit großen Raum ein. So waren die Kinder im Alltag stark in die täglichen Stationsabläufe eingebunden, wobei auch die anfallenden Arbeiten geschlechtsspezifisch vergeben wurden. Aufgaben wie Waschen, Putzen und Kochen wurde von den Mädchenstationen erledigt, die älteren Mädchen halfen zudem bei der Betreuung von Kleinkindern. Aufräum- und Gartenarbeiten wies man hingegen den männlichen Patienten zu, spezielle Bastelräume dienten der Vorbereitung auf einen späteren Einsatz in den Handwerksbetrieben der Klinik. Der Arbeit wurde von den Verantwortlichen dabei ausdrücklich ein therapeutischer Effekt zugesprochen, wie es auch die Hausordnung von 1954 in einem längeren Passus deutlich machte:

»Zum Behandlungsplan mancher Kinder gehört es, daß sie systematisch zu Arbeiten aller Art eingesetzt werden. Alle Bediensteten haben deshalb mitzuwirken, dass diese Kranken unter Einhaltung des vom Stationsarzt festgelegten Planes an die Arbeit herangeführt und angeleitet werden. Die Verantwortung für das, was die Kranken tun oder unterlassen, wird aber den Bediensteten in keinem Fall abgenommen. Die Aufsichtspflicht über die Kranken erstreckt sich auf alle an der Klinik Tätigen, in besonderer Weise auf die Bediensteten, denen die betreffenden Kranken zugewiesen sind. Alle Bediensteten haben streng darauf zu achten, dass sich die zur Arbeit bestimmten Kranken nur in der von ihren Stationsärzten bestimmten Art betätigen und dass sie sich nur an den ihnen zugewiesenen Arbeitsplätzen aufhalten.«⁴²

Die Frage, ob die minderjährigen Patientinnen und Patienten ihr Arbeitspensum erfüllten, stellte für das Anstaltspersonal dementsprechend ein zentrales Beurteilungskri-

⁴² Hausordnung LVR-Klinik Bonn, 1954, zit. n. FEHLEMANN/SPARING (2017), 88.

terium dar. Kinder, die »alle Stationsarbeiten vorbildlich« erledigten⁴³ und auch sonst ein fleißiges und folgsames Verhalten an den Tag legten, wurden stets lobend in den Berichten erwähnt. Entzogen sich diese in den Augen der Mitarbeitenden jedoch ihren täglichen Pflichten, wurde dies als charakterlicher Mangel und teilweise auch Ausdruck der psychischen Störung gedeutet, so wenn ein Jugendlicher Anfang der 1960er Jahre als »arbeits scheuer Psychopath« bezeichnet wurde.⁴⁴

Für die Bonner Patientinnen und Patienten bestanden nur wenige Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme mit der Außenwelt. Oftmals sahen die Kinder ihre Angehörigen auch aufgrund der langen Anfahrtswege vom Heimatort über Wochen und Monate nicht, ein regelmäßiger Briefkontakt mit den Eltern fand nicht statt. Anfragen der Eltern zum Gesundheitszustand der Kranken wurden von der Klinikleitung dilatorisch behandelt oder mit Allgemeinplätzen abgespeist. In Bonn gibt die Hausordnung nähere Auskunft über die Möglichkeiten der Eltern, ihre Kinder zu sehen: Vorgesehen waren feste Besuchsstunden, die ausschließlich in dafür vorgesehenen Zimmern abgehalten wurden, während die »Krankenzimmer« verschlossen zu sein hatten. Über den Umfang der Besuchszeit entschied der leitende Arzt oder die Stationschwester. Besuche außerhalb der festen Zeiten bedurften ebenfalls ärztlicher Genehmigung. Angehörigen war es grundsätzlich untersagt, die Stationen zu betreten.⁴⁵ Standen die Minderjährigen nicht unter öffentlicher Fürsorgeerziehung, so hatten die Eltern aber auch die Möglichkeit, ihre Kinder nach vorheriger Absprache mit der Leitung abzuholen und den Klinikaufenthalt vorzeitig zu beenden.⁴⁶

6 Strafen und Gewalt

Aufgrund fehlender behördlicher Kontrollmechanismen und der Abschottung der Bonner Jugendpsychiatrie zur Außenwelt waren die Patientinnen und Patienten dem Klinikpersonal weitgehend hilflos ausgeliefert.

Insofern stellt sich die Frage, ob und in welchem Ausmaß die Mitarbeiterschaft im Klinikalltag mit Gewaltanwendung und sonstigen Strafmaßnahmen auf Regelverstöße und Normabweichungen reagierte. Laut Dienstanweisung war das Klinikpersonal in gewissen Grenzen befugt, Strafen und Maßreglungen auszusprechen, wobei weitgehende Eingriffe in das Persönlichkeitsrecht, wie »z. B. mehrtägige Bettstrafe«, nur auf ärztliche

43 PB3958.

44 PB3958, PB4563.

45 ALVR: 31254, Hausordnung LVR-Klinik Bonn, 1954.

46 So etwa: PB4055.

Anweisung erfolgen durften.⁴⁷ In der Hausordnung von 1954 waren Strafaktionen hingegen eindeutig untersagt worden, bei körperlicher Züchtigung wurde gar mit Entlassung gedroht: »Es ist den Bediensteten ausdrücklich untersagt, Kranke zu strafen. Wer ein Kind schlägt, hat fristlose Kündigung zu gewärtigen.«⁴⁸ Auch an anderer Stelle wurde festgehalten, es sei »nichts ohne Zustimmung der Patienten und Angehörigen« zu unternehmen; eine mündliche und schriftliche Abstimmung mit Letzteren werde in allen Fällen angestrebt.⁴⁹

In dem Bonner Aktensample sind zwar keine physischen Gewaltanwendungen der Mitarbeitenden dokumentiert, es bleibt jedoch zu vermuten, dass die Schwestern in den von ihnen selbst geführten Tagesberichten kaum eigenes Fehlverhalten thematisiert haben dürften. Vorliegende Studien zum Anstaltswesen in der Bundesrepublik zeigen ebenso, dass gewaltförmiges Verhalten durch das Personal kaum einen Niederschlag in den Akten fand, ehemalige Bewohnerinnen und Bewohner im Gespräch aber durchaus von massiven Gewalterfahrungen berichteten.⁵⁰ Weil für die LVR-Klinik jedoch keine Zeitzeuginnen und Zeitzeugen gewonnen werden konnten, muss die Frage, ob in der Bonner Klinik Körperstrafen als pädagogisches Mittel verbreitet waren, unbeantwortet bleiben. Dokumentiert sind hingegen Gewaltanwendungen der Kinder untereinander. Immer wieder wurde in den Stationsberichten notiert, wenn auf schwächere Mitpatientinnen und -patienten eingeschlagen wurde, wobei die Schwestern offenbar nur in gravierenden Fällen einschritten. Vielmehr verlangte man von den Kindern, sich auf der Station durchzusetzen: Einem 13-Jährigen warf man vor, er »[benehme] sich wie ein Mädchen«, da er den Angriffen seiner Umwelt nicht gewachsen war.⁵¹ Sicherlich trug auch die personelle Unterbesetzung ihren Teil dazu bei, dass die Schwestern aufgrund einer allgemeinen Überforderung gewalttätigen Konflikten unter den Minderjährigen ihren Lauf ließen. Zusätzlich dürfte die Einstellung von pädagogisch ungeschultem Personal vor allem in den 1950er und 1960er Jahren die Situation auf den Stationen weiter verschärft haben.

Sehr verbreitet waren auf den Bonner Stationen Fixierungen, die zur Ruhigstellung der Patientinnen und Patienten bei großer Unruhe oder Erregung zum Einsatz kamen. Diese Behandlungsform bewegte sich wie viele vergleichbare Maßnahmen in einem Graubereich zwischen Therapie und Disziplinierung, eine Grenze ist im Einzelfall oft schwer zu ziehen. So wurde in vielen Fällen fixiert, wenn die Gefahr bestand, dass

47 Anweisung für den Dienst in der Rheinischen Landeskliniken für Jugendpsychiatrie, zit. n.: FEHLEMANN/SPARING (2017), 130.

48 Hausordnung Landeskliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie Bonn.

49 Bericht der »Rheinischen Landeskliniken für Jugendpsychiatrie«, 1954, zit. n. FEHLEMANN/SPARING (2017), 86 f.

50 KERSTING/SCHMUHL (2018).

51 PB6068; PB6975; PB4549.

Kinder sich durch autoaggressives Verhalten Verletzungen zufügten. Häufig ging es jedoch wohl schlicht darum, den Arbeitsaufwand des Personals zu verringern, so etwa, wenn ein aufgrund von »Verhaltensstörungen« in die Bonner LVR-Klinik eingeliefertes Mädchen mit beiden Händen ans Bett gebunden wurde, da sie ständig das Bettzeug ausräumte. Ans Bett fixiert wurde 1954 auch ein Vierjähriger, weil er nachts ständig aus dem Gestell geklettert war.⁵² Immerhin wurden in Bonn zumindest in den späten 1960er Jahren nicht mehr die massiven »Anschallgurte« und »Handmanschetten« verwendet, wie sie in anderen rheinischen Landeskliniken üblich waren – fixiert wurde mit »Schutzjäckchen aus Segeltuch«.⁵³

Wie ein Schreiben des Direktors des Landschaftsverbandes Rheinland an die LVR-Klinik in Brauweiler zeigt, stieg zumindest in Bonn Ende der 1960er Jahre jedoch bei den verantwortlichen Stellen das Problembewusstsein für die bisher praktizierten Methoden. So wurde zwar konstatiert, dass man auf eine »mechanische Ruhigstellung erethischer Kinder« trotz medikamentöser Behandlung bislang nicht verzichten könne. Fixierungen seien künftig aber hinsichtlich ihrer »Brauchbarkeit« und »Gefahrenlosigkeit« näher zu überprüfen. In ihrem Antwortschreiben bezifferte die Klinik den prozentualen Anteil der zeitweilig fixierten Kinder mit 6 Prozent.⁵⁴

Ein übliches Strafmittel stellten in stationären Einrichtungen Verlegungen auf andere Stationen dar. Diese wurden in der rheinischen LVR-Klinik zwar nicht in den Akten dokumentiert, dennoch war diese Praxis auch in Bonn üblich, wie der Schriftverkehr des Landschaftsverbandes mit der Klinik belegt. Die Verantwortlichen waren sich der Gefahren einer gemeinsamen Unterbringung von minderjährigen und erwachsenen Personen auch durchaus bewusst. In einem Schreiben eines Stationsarztes der Klinik an den Klinikdirektor vom 23. Dezember 1963 wurde etwa der Fall eines sechsjährigen, »schwachsinnigen« Jungen geschildert, der aufgrund seiner »dranghaft unruhigen Art« von der Kinderstation »entfernt werden musste«, da er zunehmend eine Gefahr für seine Umwelt dargestellt habe. Auf der Männerabteilung kam es in der Folge jedoch ebenfalls immer wieder zu gewalttätigen Auseinandersetzungen mit Mitpatienten, für die der Stationsarzt ausschließlich das nicht tragbare Verhalten des Kindes verantwortlich machte. Durch die um sich greifende »Selbsthilfe« sei der Patient jedoch auf der »Erwachsenenstation erheblich gefährdet«, und auch der gesteigerte Einsatz von

52 PB6373; PB5054.

53 Schreiben von Albert Huhn (Direktors des Bonner Landeskrankenhauses) an den Landschaftsverband Rheinland vom 4.6.1968, betr. »Fixierung erethischer pflegebedürftiger Kinder und Jugendlicher«, zit. n. FEHLEMANN/SPARING (2017), 153.

54 ALVR: K31, Teil 1: Der Direktor des Landschaftsverbandes Rheinland an die Rheinische Landesklinik für Jugendpsychiatrie, 20.5.1968: Angaben seien zu machen über die Art der Fixierung, die Dauer und Häufigkeit sowie die Effektivität bestimmter Methoden; vgl. Der Direktor an den Herrn Direktor des Landschaftsverbandes Rheinland, 4.6.1968.

Psychopharmaka führe zu keiner Beruhigung der Situation. Abschließend bat der Mediziner um Lösungsvorschläge seitens der Klinikleitung, um derartige Vorkommnisse in Zukunft möglichst verhindern zu können.⁵⁵

Aufgrund der geringen Unterbringungskapazitäten wurden in Bonn regelmäßig Kinder und Jugendliche in der Erwachsenenpsychiatrie untergebracht, weil eine Verlegung in andere Einrichtungen aufgrund fehlender Plätze nicht möglich war. Beanstandet wurde in diesem Zusammenhang insbesondere der Umstand, dass die Unterbringung nicht nur kurzfristig erfolgte, sondern die Kinder oftmals über viele Monate auf den Erwachsenenabteilungen verblieben, was aufgrund der nicht zu gewährleistenden Versorgung der Minderjährigen und der Gefahr für deren Wohlergehen nicht zu verantworten sei.⁵⁶ Erst ab Mitte der 1960er Jahre wurde aufgrund zahlreicher sexueller Missbrauchsfälle darauf hingewirkt, Minderjährige und Erwachsene konsequent getrennt unterzubringen.⁵⁷

Für ein Eingreifen der Behörden sorgte im April 1955 auch die in der Bonner LVR-Klinik übliche Praxis, psychisch kranke, verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche mit Behinderungen im Rahmen der neurologisch-psychiatrischen Untersuchungskurse der Universitätsklinik Bonn den Studierenden gewissermaßen als »Demonstrationsobjekte« vorzuführen. So richtete die »Abteilung VI – Jugendwohlfahrt der LVR-Verwaltung« Ende Oktober 1954 ein Schreiben an die LVR-Klinik, »anlässlich eines Einzelfalls in Erwägung zu ziehen [...], den Leiter der Landesklink für Jugendpsychiatrie, Herrn Prof. Dr. Schmitz, auf die Bedenken hinzuweisen, die gegen eine Vorstellung von Jugendlichen der Landesklink bei den psychiatrischen Vorlesungen bzw. Seminarübungen der Bonner Universität bestehen«. Dieses gelte insbesondere für Jugendliche, die im Zuge der »Fürsorgeerziehung« oder der »Freiwilligen Erziehungshilfe« eingewiesen worden seien, da hier die Sorgeberechtigung der Eltern oder der Fürsorgebeziehungsbehörde empfindlich verletzt würden.⁵⁸ Bei dem angesprochenen »Einzelfall« handelte es sich um eine Jugendliche, die sich bei ihren Eltern darüber beschwert hatte, dass im Rahmen ihrer Seminar-Vorführung intime Details aus ihrem Familienleben öffentlich gemacht worden wären. Schmitz behauptete in seinem Antwortschreiben Anfang November 1954 dagegen, dass grundsätzlich nur Jugendliche in den Universitäts-Seminaren auftreten würden, die ihrer Beteiligung zuvor ausdrücklich zugestimmt hätten und bei denen

55 ALVR: Dr. Geller an den Herrn Direktor des Rheinischen Landeskrankenhauses, 23.12.1963.

56 ALVR: Der Direktor an den Herrn Direktor des Landschaftsverbandes Rheinland, 30.3.1958 und 30.6.1958.

57 Niederschrift über die Dienstbesprechung mit den Direktoren der Rheinischen Landeskrankenhäuser und Kliniken für Jugendpsychiatrie vom 13.6.1966 und 20.4.1967, zit. n.: FEHLEMANN/SPARING (2017), 151, Anm. 192.

58 ALVR: 31395, Der Direktor an den Herrn Leitenden Arzt der Rheinischen Landesklink für Jugendpsychiatrie Bonn, 30.10.1954; und Rheinische Landesklink für Jugendpsychiatrie Bonn an die Verwaltung des Landschaftsverbandes Rheinland (Düsseldorf), 8.11.1954.

keine nachteiligen Auswirkungen durch das »Vorgestelltwerden« zu erwarten seien. Eigenes Fehlverhalten bestritt der Jugendpsychiater, vielmehr unterstellte er im Gegenteil den betroffenen Kinderpatientinnen und -patienten unmoralisches Verhalten. So seien gerade durch die Fürsorgebehörden eingewiesene Minderjährige mit »seelischen Anomalien« »unberechenbar«. Häufig würden diese gegen die Behandlung protestieren, auch wenn sie dieser zuvor zugestimmt hätten. Grundsätzlich hielt er die Verwendung von Kindern und Jugendlichen zu Anschauungszwecken im klinischen Unterricht zudem für gerechtfertigt, um den interessierten Studentinnen und Studenten einen Einblick in die psychiatrische Praxis zu verschaffen. Insgesamt wird aus dem gesamten Schriftverkehr zudem deutlich, dass es den beteiligten Stellen letztlich nicht um das Wohl der Kinder und Jugendlichen ging. So stimmten Schmitz und auch die Behörden darüber überein, dass künftig ausschließlich solche Kinder »in Vorlesungen geschickt« würden, bei denen »keine Beschwerden der Sorgeberechtigten erhoben würden« oder doch zumindest eine »grosse Interessenlosigkeit bekannt [sei]«. ⁵⁹ Um sich »später bei Beschwerden der Angehörigen rechtfertigen zu können«, sei, so die LVR-Verwaltung in einem internen Vermerk, jedoch künftig darauf zu achten, dass die Vorstellung ausschließlich durch den Leiter der Landeslinik, also Schmitz, vorgenommen werde, um das Kind nicht einem ihm völlig fremden Personenkreis auszusetzen. Zudem seien den Probandinnen und Probanden »belastende Berichte« in ihrem Beisein zu ersparen.

Ob die Minderjährigen tatsächlich einer Mitwirkung in der universitären Lehre zustimmten und, wenn ja, auf welcher Informationsbasis diese Einwilligung erteilt wurde, lässt sich anhand der spärlichen Quellen nicht mehr nachvollziehen. Bezeichnend erscheint allerdings in diesem Zusammenhang die im Schriftverkehr geäußerte Absicht der Verantwortlichen, künftig nach Möglichkeit nur noch Kinder auszuwählen, von deren Sorgeberechtigten kein Widerstand gegen das beanstandete Vorgehen zu erwarten war.

7 Medikation

In der Bonner Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde seit der Markteinführung des Neuroleptikums Megaphen Mitte der 1950er Jahre auf Psychopharmaka zurückgegriffen. Auf breiter Basis verwendet wurden diese allerdings offenbar erst gegen Ende des Jahrzehnts. Noch 1962 bewertete Dr. Hermann Schmitz aus der »Rheinischen

⁵⁹ ALVR: 31395, Rheinische Landeslinik für Jugendpsychiatrie Bonn an die Verwaltung des Landschaftsverbandes Rheinland Düsseldorf, 29.11.1954; und Schreiben von Dr. Jans an die Abteilung III G1 im Haus, 2.4.1955.

Landesklinik für Jugendpsychiatrie« die Präparate in einem Vortrag kritisch: So seien Megaphen und Reserpin aufgrund der schweren Nebenwirkungen nur für die Sedierung schwerer Pflegefälle geeignet, da man zwar eine starke psychomotorische Dämpfung der Patientinnen und Patienten erreichen könne, keinesfalls jedoch eine »Normalisierung kindlichen Verhaltens« zu erwarten sei.⁶⁰ Auch die nicht immer lückenlos überlieferten Medikationsbögen im Untersuchungssample deuten darauf hin, dass eine systematische Therapie mit Megaphen und anderen Neuroleptika erst ab den frühen 1960er Jahren einsetzte. In den 1960er Jahren wurden von den Pharmafirmen zahlreiche weitere Produkte auf den Markt gebracht: Gebräuchlich waren neben Megaphen die Neuroleptika Neurocil, Melleril, Truxal, Psyquil und Dominal. Auch das hochwirksame Neuroleptikum Haloperidol wurde in zahlreichen Fällen verabreicht, obwohl der Wirkstoff stärkste Nebenwirkungen hervorrief und deshalb in vielen Fällen wieder abgesetzt werden musste. Viele Kinder wurden daher zeitgleich mit »Akineton« aus der Stoffgruppe der Antiepileptika behandelt, um die durch hohe Neuroleptika-Gaben ausgelöste extreme Verlangsamung der Bewegungsabläufe, das sogenannte extrapyramidale Syndrom, zu lindern.⁶¹ Vor allem in den 1950er Jahren griff man auch noch gehäuft auf das Barbiturat Luminal zurück. Zur Epilepsie-Behandlung und bei anderen Anfallsleiden verwendete man insbesondere die Präparate Mylepsin, Comital, Tegretal und Apydan. Erwähnt werden ab den späten 1960er Jahren vereinzelt auch das Antidepressivum Tofranil sowie das Benzodiazepin Librium.

Aus den Stationsberichten geht insgesamt hervor, dass man eine medikamentöse Dämpfung vor allem bei Unruhe- und Erregungszuständen als medizinisch notwendig erachtete. Auch in diesem Bereich lassen sich therapeutische und disziplinarische Beweggründe der Medikamentengabe nur schwer trennen. Eine medizinisch relativ eindeutige Indikation lag bei Fällen von Epilepsie und anderen Anfallsleiden vor, bei denen die entsprechenden Arzneimittel zur Reduzierung oder Vermeidung von Anfällen eingesetzt wurden. Gerade bei den Neuroleptika stand jedoch oftmals die Ruhigstellung der Kinder im Vordergrund: Mit Neuroleptika sediert wurde im Jahr 1973 etwa eine Zehnjährige aus Remscheid, die aufgrund Verhaltensauffälligkeiten nach Bonn eingewiesen worden war. Die Bonner Ärzte bescheinigten ihr eine normale Intelligenzleistung und sogar eine überdurchschnittliche Konzentrationsfähigkeit in den Tests, das Mädchen sei »durchsetzungsbestrebt« sowie »aktiv und dynamisch«, allerdings auch »unruhig, unkontrolliert und vorlaut«, was eine Behandlung mit einer Dosis von 3×50 mg Truxal zur Folge hatte.⁶² Zur diagnostischen Klärung kam im Januar 1969 auch ein 13-jähriger Sonderschüler auf die Kinderstation, der durch »Aufsässigkeit, Trotz, Streu-

60 SCHMITZ (1962), 106–110.

61 Zur Linderung extrapyramidaler Symptome durch Akineton: JACOBS (1966), 67–69.

62 PB6373.

nen, Schulversäumnisse« auffällig geworden war.⁶³ Auf Station habe die psychomotorische Unruhe, so der leitende Arzt, »von Anbeginn zu Störungen der sozialen Ein- und Unterordnung« geführt, so dass man mit einer Tagesdosierung des Neuroleptikums Neurocil von 3×30 mg begann. Als der Junge auch weiterhin aggressiv gegen andere Kinder wurde, erhöhte man die ohnehin bereits hoch angesetzte Medikamentendosis auf nunmehr täglich 3×50 mg Neurocil, was der heutigen maximalen Tagesmenge für einen Erwachsenen entspricht. Im Schwesternbericht wurde im Anschluss vermerkt, der Junge verhalte sich plötzlich »auffallend ruhig«, sitze tagsüber zumeist am Tisch und schlafe. Nachts nässe er nun häufig ein. Dass im ärztlichen Abschlussbericht resümiert wurde, die psychomotorische Unruhe habe durch den Einsatz der Phenothiazine »erfolgreich gedämpft« werden können, zeigt deutlich, dass es durchaus üblich war, unruhige und laute Minderjährige dauerhaft mit hohen neuroleptischen Dosierungen ruhigzustellen. In einem Vortrag von Klinikleiter Schmitz von 1962 wurde das Neuroleptikum Neurocil sogar ausdrücklich für Jungen im Schulalter empfohlen, da der »dämpfende Effekt« hier besonders wirkungsvoll sei.⁶⁴ Besonders verbreitet war auch in der Bonner Kinderpsychiatrie der Einsatz von Truxal, einem schwachpotenten Psychopharmakon, das vor allem aufgrund seiner sanft sedierenden Wirkung gerade im Kinder- und Jugendbereich geschätzt wurde.⁶⁵

Sediert wurde allerdings auch bei geringeren Anlässen. So verabreichte man einem Mädchen mit einer geistigen Behinderung im Alter von sechs Jahren 1975 etwa den Tranquilizer »Librium«, da dieses, obwohl insgesamt »schüchtern und gehemmt«, nach der Trennung von ihrem Vater unter starkem Heimweh litt.⁶⁶

Bei einigen Beispielen scheint der strafende Charakter der Neuroleptika-Gaben klar auf der Hand zu liegen, und zwar insbesondere dann, wenn Kindern nach Regelverletzungen oder sonstigem widersetzlichen Verhalten mit Medikamenten ruhiggestellt wurden: So wurde eine 15-Jährige nach einem Fluchtversuch aus der Klinik in Bonn 1964 auf 3×50 mg Truxal gesetzt, nachdem ihr zuvor keine Medikamente gegeben worden waren.⁶⁷ Oftmals wurden auch mehrere Medikamente kombiniert, um die beabsichtigte Wirkung zu erzielen. So erhielt 1963 etwa ein als »extrem störend« charakterisierter Junge eine tägliche Dosis von 3×15 Tropfen Neurocil sowie 3×30 mg Truxal gegen seine Unruhe.⁶⁸

Insgesamt steigerte sich der Psychopharmaka-Verbrauch in der Bonner Kinder- und Jugendpsychiatrie gegen Ende der 1960er Jahre sogar nochmals, wobei die Dosierungen

63 PB4269.

64 SCHMITZ (1962).

65 FEHLEMANN/SPARING (2017), 161.

66 PB6975.

67 PB4157.

68 PB5563.

laut Silke Fehlemann und Frank Sparing bei der doppelten bis vierfachen der heutzutage empfohlenen Dosierung lagen.⁶⁹

Dennoch bleibt festzuhalten, dass längst nicht alle Patientinnen und Patienten Medikamente erhielten. Bei vielen Kindern hielt man eine »Dämpfung« ausdrücklich für nicht erforderlich, teilweise wurden die Mittel auch abgesetzt, wenn sich das Verhalten der Minderjährigen änderte. Insgesamt stellten die Medikamentierungen in Bonn den Versuch dar, die geforderte Ruhe und Disziplin auf der Station aufrechtzuerhalten.

8 Literaturverzeichnis

- BEDDIES, Thomas/DÖRRIES, Andrea (Hrsg.) (1999), Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919 bis 1960, Husum.
- FEHLEMANN, Silke/SPARING, Frank (2017), Gestörte Kindheiten. Lebensverhältnisse von Kindern und Jugendlichen in psychiatrischen Einrichtungen des Landschaftsverbandes Rheinland (1945–1975), Berlin.
- JACOBS, Rolf (1966), Erfahrungen mit Haloperidol in der pädopsychiatrischen Praxis. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 15, S. 67–69.
- KERSTING, Franz-Werner/SCHMUHL, Hans-Walter (2018), Psychiatrie- und Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im St. Johannes-Stift in Marsberg (1945–1980). Anstaltsalltag, individuelle Erinnerung, biographische Verarbeitung, Münster.
- KRAUL, Margret u. a. (2012), Zwischen Verwahrung und Förderung. Heimerziehung in Niedersachsen 1949–1975, Opladen u. a.
- NISSEN, Gerhardt (2005), Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Stuttgart.
- ORTH, Linda (1989), Die Transportkinder aus Bonn. »Kindereuthanasie«, Köln.
- SCHMITZ, Hermann (1962), Die Psychopharmaka im Anwendungsbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Abteilung Gesundheitspflege des Landschaftsverbandes Rheinland (Hrsg.), 4. Ärztliche Fortbildungstagung des Landschaftsverbandes Rheinland am 18. und 19. Oktober 1962, im Rheinischen Landeskrankenhaus Bedburg-Hau, Köln, S. 106–110.
- WAIBEL, Annette (2000), Die Anfänge der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bonn. Otto Löwenstein und die Provinzial-Kinderanstalt 1926–1933, Köln.

⁶⁹ FEHLEMANN/SPARING (2017), 161.

XI Kinderabteilung der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren

Nils Löffelbein

Inhalt

1	Einrichtungstyp und Quellenbasis	617
2	Historische Entwicklung der Einrichtung	617
3	Räumliche Beschaffenheit und materielle Ressourcen	619
4	Sozialstatistisches Profil	621
5	Behandlung und Lebensverhältnisse	624
	5.1 Medizinisch-therapeutischer Bereich	624
	5.2 Pädagogik und Lebensalltag	627
	5.3 Strafen und Gewalt	629
	5.4 Medikation	632
	5.5 Medikamentenstudien durch Pharma-Unternehmen	641
6	Literaturverzeichnis	648

1 Einrichtungstyp und Quellenbasis

Die Kinderabteilung war Teil der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren im bayerischen Allgäu und bestand im Zeitraum von 1950 bis 1966. 1976 erfolgte die Umbenennung der Heil- und Pflegeanstalt in Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren, eine spezielle Station für den Kinder- und Jugendbereich wurde nach 1966 nicht mehr eingerichtet. Laut eigenen Angaben verfügt die heutige Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik über 220 vollstationäre und 25 teilstationäre Behandlungsplätze.¹

In der Geschichtswissenschaft hat die alte Heilanstalt vor allem für die Zeit des Nationalsozialismus Aufmerksamkeit gefunden, da sie im Zuge der Krankentötungen während des Zweiten Weltkriegs eine exponierte Rolle spielte.² Für die Nachkriegszeit liegen bislang keine Forschungsergebnisse vor.

Als Quellengrundlage der vorliegenden Untersuchung diente ein Sample von 100 Patientinnen- und Patientenakten der Jahre 1951 – 1966. Wertvolle Erkenntnisse über die institutionelle und fachliche Entwicklung der Abteilung konnten auch aus den lückenlos überlieferten »Jahrbüchern der Heil- und Nervenanstalt Kaufbeuren« gewonnen werden. Zudem wurden Dokumente aus dem Unternehmensarchiv der Pharmafirma Merck ausgewertet, die uns vom Rechercheteam des Bayerischen Rundfunks zur Verfügung gestellt wurden. Die Publikationen des Stationspsychiaters Wolfgang von Haller in der Fachzeitschrift »Der Nervenarzt« gaben nähere Aufschlüsse über dessen ärztliches Selbstverständnis und die psychiatrische Praxis auf der Kinderstation.

Trotz der Mithilfe der Anlauf- und Beratungsstelle der Stiftung »Anerkennung und Hilfe« in München konnten keine Zeitzeuginnen und Zeitzeugen mehr ermittelt werden, die sich im Zeitraum von 1951 bis 1966 als Kinder und Jugendliche in der Kinderabteilung in Behandlung befanden.

2 Historische Entwicklung der Einrichtung

Die 1876 eröffneten »Kreis-Heil- und Pflegeanstalten« bei Kaufbeuren besaßen bereits in der NS-Zeit eine »Kinderabteilung zur Erforschung von erb- und anlagebedingten schweren psychischen Leiden«. Im Rahmen des Patientinnen- und Patientenmords während des Zweiten Weltkrieges wurden hier insgesamt 209 Kinder getötet.³ 1950 wurde die Abteilung als Beobachtungsstation für minderjährige Patientinnen und

¹ <https://www.bezirkskrankenhaus-kaufbeuren.de/ueber-uns/historie.html> (letzter Zugriff: 22.2.2021).

² MADER (1982).

³ CRANACH u. a. (2012), 295.

Patienten wiedereröffnet. Der Schwerpunkt lag wie bei anderen Einrichtungen dieser Art auf der Beobachtung psychisch erkrankter oder sozial auffällig gewordener Kinder über einen gesetzlich festgelegten Zeitraum.⁴ Allerdings wurden in Kaufbeuren nur Kinder bis zu einem Alter von 16 Jahren aufgenommen.⁵ Die Kinderbeobachtungsstation wurde am 1. Mai 1951 aufgrund der steigenden Zahl auffällig werdender Kinder in der Region eingerichtet und verfügte zu Beginn über lediglich 20 Betten; bis Anfang der 1960er Jahre wurde die Belegungszahl aufgrund des großen Bedarfs auf 50 Bettenplätze erhöht.

Insgesamt nahm die Kinderabteilung in den Jahren 1951 bis 1966 1.421 Patientinnen und Patienten auf, wobei die Zugangszahlen im ersten Jahrzehnt anstiegen und mit 126 Aufnahmen im Jahr 1960 einen Höchststand erreichten. Danach fiel die Anzahl der Neuankommlinge kontinuierlich bis auf 13 im Jahr der Schließung 1966.⁶ Ursprünglich umfasste das Einzugsgebiet der Kinderabteilung lediglich die Region Schwaben. Aufgrund des Mangels an vergleichbaren Einrichtungen stammte ein Großteil der Kinder jedoch rasch aus ganz Bayern, nicht selten wurden auch Kinder aus dem ganzen Bundesgebiet aufgenommen.⁷ 1953 beschloss die Klinikleitung daher, die Kinderstation in eine neurologisch-psychiatrische Abteilung umzuwandeln, um direkt nach der Diagnose mit der Behandlung beginnen zu können und nicht mehr an die vorgeschriebene Frist von sechs Wochen gebunden zu sein.

Am 1. Oktober 1966 wurde die Kinderabteilung schließlich aufgelöst, die noch verbliebenen Kinder auf aufnehmende Heime verteilt oder zurück zu ihren Familien entlassen. Neun Bewohnerinnen und Bewohner wurden auf die Erwachsenenstation verlegt, wobei die Gründe für die Verlegung unklar bleiben, möglicherweise waren diese nicht vermittlungsfähig. Das ursprüngliche Vorhaben, eine Kinderbeobachtungsstation aufzubauen, sah man damit eigenen Aussagen zufolge als gescheitert an. Als Grund gibt der Jahresbericht von 1966 an, die Abteilung habe gegen Ende fast ausschließlich »schwergeschädigte, rein pflegebedürftige Patienten« zugeführt bekommen, die nicht mehr an reguläre Kinderheime vermittelt werden konnten und somit dauerhaft in der Abteilung verblieben und die vorhandenen Plätze blockierten.

⁴ So auch: FEHLEMANN/SPARING (2017); HÄHNER-ROMBACH (2017).

⁵ Jahresberichte der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren (JB) 1951, 5; JB 1960, 50.

⁶ Eigene Berechnung auf Basis der Aufnahmezahlen in den Jahrbüchern.

⁷ JB 1960, 49.

3 Räumliche Beschaffenheit und materielle Ressourcen

In den Jahren 1951 bis 1960 war die Kinderstation in einem Flügel des Hauptgebäudes der Erwachsenenpsychiatrie untergebracht. Weitergehende Angaben zur räumlichen Aufteilung der Abteilung finden sich nicht, allerdings scheinen in den alten Räumlichkeiten die beengten Platzverhältnisse ein Problem dargestellt zu haben. So wurde es im Jahresbericht 1955 als »bedauerlich« bezeichnet, dass eine »räumliche Trennung« der Kinder mit verschiedensten Krankheitsbildern und Schweregraden kaum möglich sei. Zudem war die Station offenbar stets bis auf den letzten Platz belegt, weil auch in Schwaben in den 1950er und 1960er Jahren ein ausgeprägter Mangel an geeigneten Einrichtungen für chronisch kranke Minderjährige herrschte. Im Sommer 1955 etwa blieb die Station über Wochen für Neuaufnahmen blockiert, da keine freien Plätze verfügbar waren. »Erhebliche Schwierigkeiten« traten auch 1958 auf, als verstärkt jugendliche Patientinnen und Patienten aufgenommen wurden, so dass ein Umzug in ein weitläufigeres Gebäude vom zuständigen Stationsarzt als zunehmend dringlich angemahnt wurde.⁸

Im Jahr 1960 zog die Kinderabteilung schließlich in einen eigenen, freistehenden Gebäudekomplex auf dem Klinikgelände um. Zu diesem Zweck war das ehemalige Frauenlandhaus II völlig umgebaut und den neuen Erfordernissen angepasst worden. Untergebracht waren die Minderjährigen entsprechend der jeweiligen Krankheitsbilder nun in verschiedenen Blöcken innerhalb der Abteilung.⁹

Im neuen Haus befanden sich in dem ausgebauten Keller ein Dusch-, ein Umklei- und ein Gymnastikraum sowie zwei Spieltherapie-Zimmer und ein Bastelraum. Das Erdgeschoss bestand aus drei Tagesräumen sowie dem Arztzimmer, einem Büro und einer kleinen Teeküche. Zwischen den Tagesräumen befanden sich jeweils die Schwesternzimmer. Im ersten Stock waren die Schlafräume für die bettlägerigen Kinder eingerichtet. Hier hielt sich sowohl tagsüber wie auch nachts eine Wache auf; in jedem Schafsaal, in dem jeweils zwei bis fünf Betten standen, befand sich zusätzlich ein Waschtisch. Im zweiten Stock schliefen die Kinder (Mädchen- und Jungenzimmer jeweils durch einen Gang getrennt), die keiner besonderen Beaufsichtigung bedurften; nachts war hier lediglich ein »Schlafposten« vorgesehen.

⁸ JB 1955, 52; JB 1958, 48.

⁹ Ibid.; Block A und B war von Kindern mit neurologischen Erkrankungen (»Hirngeschädigte«, »Spastiker«) und Personen mit anderen Erkrankungen des Nervensystems (40,8 Prozent) belegt. In Block B waren die Kinder mit Anfallsleiden zusammengefasst. Block C war für Kinder mit »neurotischen Entwicklungsstörungen« vorgesehen, wozu hauptsächlich »Schwernerziehbare«, »Bettnässer« und Krankheitsbilder wie Sprachstörungen sowie Angst- und Zwangsstörungen zählten. Block D war für »schwachsinnige« Kinder in jeder Ausprägung bestimmt, Block E für jene mit einer »beginnenden Geisteskrankheit« und Block F für »mongoloide Kinder«. In Block G waren schließlich die ungeklärten Fälle untergebracht.

Gemeinsam mit dem Hauptgebäude der Heil- und Pflegeanstalt wurden die Röntgenabteilung, die neurologische Station sowie das Labor und die Apotheke genutzt. Auch die anstaltseigenen Werkstätten wurden regelmäßig mit Jugendlichen im Rahmen der Beschäftigungstherapie beschickt. Eine eigene Schule besaß die Abteilung nicht. Man machte jedoch Gebrauch von den vorhandenen Hilfsschulen in der Umgebung sowie den Regelschulen in Kaufbeuren, die immer wieder Kinder bei sich aufnahmen. Auf dem Anstaltsgelände befand sich zudem ein eigener Spielplatz, für den 1955 ein Karussell angeschafft wurde; 1956 kam ein Kletterturm mit Rutschbahn hinzu.¹⁰

Von 1954 bis 1962 wurde die Kinderstation von dem Psychiater Dr. Wolfgang von Haller geleitet, der die Arbeit der Station maßgeblich prägte. Nach seinem Ausscheiden machte sich von Haller in Kempten als Nervenarzt selbständig.¹¹ Betreut wurden die Kinder von einer im Untersuchungszeitraum wachsenden Belegschaft von Krankenschwestern (1954 zwei Schwestern, bereits fünf Schwestern im Berichtsjahr 1958),¹² wobei aus den Quellen nicht hervorgeht, ob es sich um Ordensschwestern oder »weltliches« Personal handelte. Allerdings rekrutierte sich das Pflegepersonal in der frühen Nachkriegszeit in den meisten Anstalten aus dem konfessionellen Bereich. Darüber hinaus war ab 1958 eine Kindergärtnerin fest angestellt; gelegentlich waren zudem Praktikanten von der Psychologischen Fakultät der Universität München in den Alltag eingebunden. Das Fehlen von weiterem ausgebildeten Fachpersonal wurde im Jahresbericht allerdings als »echter Mangel« bezeichnet, da die Schwestern eine Vielzahl von Tätigkeiten verrichten mussten, die über ihre eigentlichen Aufgabengebiete hinausgingen. Ob mit dieser Formulierung eine Überforderung des Personals im Anstaltsalltag angedeutet werden sollte, lässt sich nicht abschließend beantworten; im Bericht wird jedoch explizit auf den »anstrengenden und komplizierten Dienst« der Schwestern im Umgang mit »einem Saal voller psychomotorisch unruhiger Kinder« hingewiesen.¹³

In ihrer Selbstdarstellung präsentierte sich die Kaufbeurener Kinderabteilung betont reformorientiert. Großen Wert legte die Stationsleitung vor allem auf die Fortschrittlichkeit im Umgang mit den minderjährigen Patientinnen und Patienten. Hervorgehoben wurde im Jahresbericht von 1960 etwa, dass man mittlerweile im Gegensatz zu anderen Einrichtungen auf große Schlafsäle verzichte. Durch die Einrichtung von Zwei- bis Drei-Bett-Zimmern sei es bereits wesentlich ruhiger geworden. Auch die sogenannten »Netzbetten«, käfigartige Bettgestelle, die auf allen Seiten mit einem textilen Netz überzogen waren, wurden in Kaufbeuren nicht eingesetzt, wenngleich man von Fixierungen am Bett nicht grundsätzlich absah. Im Unterschied zu anderen Kinderabteilungen waren die einzelnen Kinderzimmer auch nicht durch sprungfeste Glaswände unterteilt, sondern

10 JB 1955, 51; JB 1956, 49.

11 JB 1961, 13.

12 JB 1954, 45.

13 JB 1960, 49 ff.

durch festes Mauerwerk, ausdrücklich mit dem Ziel, den Kindern ein Mindestmaß an Privatsphäre zuzugestehen. Zwar waren auch in Kaufbeuren die üblichen Sichtfenster in die Türen eingelassen. In Absprache mit der Bauleitung seien diese jedoch ornamentartig abgewandelt worden, um den Eindruck eines »Zellenfensters« zu vermeiden. Als eine besondere Leistung hob man auch die Entfernung der Fenstervergitterung in der alten Kinderabteilung in den Jahren 1954/55 und der Verzicht auf Panzerglas hervor. Nicht ohne Stolz wies man darauf hin, dass durch diese Maßnahme nicht mehr Kinder entlaufen seien als zu Zeiten der Vollvergitterung. Die »Entgitterung« habe zu einer »wesentlichen Verbesserung der Atmosphäre beigetragen«. Tatsächlich war Kaufbeuren hier seiner Zeit voraus. In den meisten Psychiatrien wurden die Fenstergitter erst im Zuge der zunehmenden Reformtätigkeiten in den 1960er Jahren entfernt.¹⁴

4 Sozialstatistisches Profil

In der Kaufbeurener Einrichtung wurden in der Zeit ihres Bestehens insgesamt nur 1.421 Kinder und Jugendliche aufgenommen.¹⁵ Die Zahl der Patientinnen und Patienten stieg in den 1950er Jahren kontinuierlich an und erreichte 1960 mit insgesamt 126 Aufnahmen ihren Höhepunkt, um von diesem Zeitpunkt bis zur Schließung der Station 1966 auf 13 Neuaufnahmen abzufallen. In Kaufbeuren waren die Jungen gegenüber den Mädchen mit etwa 70 Prozent klar überrepräsentiert (Tabelle 1, S. 622).

Die Frage, welchem sozialen Milieu die Zöglinge entstammten, lässt sich am ehesten anhand des elterlichen Berufs beantworten. Dennoch kann man auf Grundlage des nicht-repräsentativen Samples der gezogenen Patientinnen- und Patientenaktien hier bestenfalls eine Tendenz aufzeigen. Um eine grobe soziale Zuordnung vornehmen zu können, empfiehlt sich das von Thomas Beddies und Andrea Dörries entwickelte Schema für die Patientinnen und Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin zwischen 1919 und 1960, in der die soziale Zugehörigkeit nach Unter-, Mittel- und Oberschicht unterschieden wird.¹⁶

1. Unterschicht (arbeitslos, arbeitsunfähig, ungelernt, Landarbeiter, Arbeiter, Kleinbauern). In diese Kategorie fallen in Kaufbeuren 20 Prozent des Samples.
2. Mittelschicht (Handwerker, kleine Angestellte/Beamte, Kaufleute, Wirte, mittlere Beamte/Angestellte, Vollbauern). 34 Prozent der Kaufbeurener Kinder zählen zu dieser Kategorie.

¹⁴ BRINK (2010); Zitat: JB 1955, 48.

¹⁵ FEHLEMANN/SPARING (2017); eigene Berechnungen.

¹⁶ BEDDIES/DÖRRIES (1999), 329.

Tabelle 1: Zu- und Abgänge in der Kinderabteilung Kaufbeuren 1951 – 1966

	Zugänge w	Zugänge m	Zugänge insg.	Abgänge	Übrige
1949					
1950					
1951	23	51	79	69	10
1952	49	46	95	92	2
1953	30	55	85		
1954	41	34	75	61	14
1955	58	42	127		
1956	82	39	121	112	9
1957	76	39	115	119	
1958	79	32	111	102	9
1959	50	39	89	78	11
1960			126		
1961	45	42	96	95	1
1962	44	32	76	74	2
1963	55	28	83	89	
1964	51	32	83	82	1
1965	28	21	49	52	
1966	12	1	13	25	9
Gesamt			1.421	1.387	

3. Oberschicht (mittlere Unternehmer, gehobene Beamte/Angestellte, Akademiker). Diesen Hintergrund besaßen 4 Prozent der Kinder in Kaufbeuren.
4. Keine Zuordnung möglich (verschollen, verstorben, keine Angaben). Dies betraf 46 Prozent der Fälle in Kaufbeuren.

Tendenziell gehörten die Patientinnen und Patienten der Beobachtungsstation in Kaufbeuren damit eher dem unteren Mittelstand an als der Unterschicht. Kinder aus einkommensstarken Familien fanden sich dagegen hier kaum. Dieses Bild unterscheidet sich leicht vom Sozialprofil der in anderen Einrichtungen betreuten Klientel, in der LVR-Klinik in Bonn entstammten die Kinderpatientinnen und -patienten etwa eher der Unterschicht.¹⁷ Der Einweisungsmodus in der Abteilung weist ebenfalls in diese Richtung: In Kaufbeuren wurden lediglich 20 Prozent der Kinder auf Initiative öffentlicher Behörden in die Anstalt verbracht, der überwiegende Anteil, nämlich 70 Prozent,

¹⁷ HÄHNER-ROMBACH (2017); MAYRHOFER u. a. (2017), 98; LÖFFELBEIN: Rheinische Landeslinik Bonn, LE KJP (BRD).

wurde durch private Ärztinnen bzw. Ärzte oder Krankenhäuser eingewiesen. Allerdings ist in diesen Fällen auf Basis der Akten oftmals schwer festzustellen, ob die Anstaltsunterbringung ursprünglich von den Angehörigen veranlasst worden war oder sie gegen deren Willen auf Druck der Behörden erfolgte. Hoch ist auch der Anteil der Fälle mit einem unklaren beruflichen Hintergrund der Eltern. So fanden sich in den untersuchten Kaufbeurener Akten in 42,6 Prozent der Fälle keine Angaben über die Profession der Eltern, oder diese waren vermisst bzw. verstorben. Der formale Rechtsweg bei der Einweisung scheint jedoch stets eingehalten worden zu sein: In den meisten Fällen lag eine »Einverständniserklärung« der Sorgeberechtigten vor, dass sich diese mit der Unterbringung des Kindes einverstanden erklärten.

In fast jeder Familien-Anamnese erfolgte auch eine ausführliche Beurteilung des Elternhauses, die allerdings zumeist moralisch eingefärbt war und erkennbar die einseitige Sicht der federführenden Behörden und medizinischen Akteurinnen und Akteure widerspiegelt. Das abwertende Urteil der Psychiaterinnen und Psychiater, Fürsorgerinnen und Fürsorger und Beamtinnen und Beamten über das häusliche Umfeld diente dabei augenscheinlich auch dazu, die psychischen Störungen der Minderjährigen aus der Familiengeschichte abzuleiten und zu erklären. So wurde etwa ausdrücklich hervorgehoben, wenn es sich bei einem Elternteil um einen »Heimzögling« handelte oder man die Eltern für nicht erziehungsfähig hielt. Teilweise stützten sich die Urteile zudem auf Aussagen Dritter. Auch offensichtliche Gerüchte wurden kolportiert: »Die Mutter soll angeblich Prostituierte und Trinkerin sein.«¹⁸

Trotz dieser stigmatisierenden Bewertungen zeigen die Beschreibungen in ihrer Gesamtheit jedoch, dass die Mehrzahl der Kinder wohl tatsächlich aus prekären und instabilen Familienverhältnissen stammte, aus Elternhäusern, in denen geschlagen wurde und die Kinder unter untragbaren Bedingungen zu leben hatten. Gewalterfahrungen im Herkunftsmilieu werden in ca. 25 Prozent der Fälle erwähnt. Nur selten wurden die Verhältnisse als »geordnet« oder gar »gut« bezeichnet.

Mit 80,1 Prozent des Samples lebte ein Großteil der Kinder vor der Einweisung in die Kinderabteilung in privaten Wohnumgebungen, also bei Eltern, Pflegeeltern oder nahen Verwandten. Wohl bedingt durch die ländliche Prägung des bayerischen Allgäus, wurden mit 14 Prozent relativ wenige Kinder aus Kinderheimen überwiesen, bei 7 Prozent der Kinder ging der Einweisung ein Krankenhausaufenthalt voraus. Insgesamt wurden auffällig viele Minderjährige nach Kaufbeuren überstellt, weil sie in den jeweiligen Einrichtungen oder in der elterlichen Umgebung verhaltensauffällig geworden waren. Oftmals werden Diebstahl, abfallende schulische Leistungen, Konzentrationsprobleme oder Aggressivität als Einweisungsgrund genannt. Allein die Eingangsdiagnose »Schwererziehbarkeit« wurde in fast 20 Prozent der Fälle geäußert.

18 PK3955; siehe auch: PK4660.

Auch der Entlassungsort hatte für die Minderjährigen oftmals lebensentscheidende Auswirkungen. Insgesamt ist in der Kinderabteilung der Kaufbeurener Heilanstalt die Tendenz erkennbar, die Minderjährigen nach Ablauf der Beobachtung in einer Behinderteneinrichtung oder einer Erziehungsanstalt unterzubringen. Zwar wurde nur etwa ein Drittel (25 Prozent) direkt nach Abschluss der Begutachtung umgehend in eine stationäre Einrichtung verlegt, die Mehrzahl der Kinder (58 Prozent) entließ man nach Hause.¹⁹ Dies geschah jedoch in vielen Fällen mit der Empfehlung auf eine spätere stationäre Unterbringung, auch weil häufig zum Zeitpunkt der Entlassung kein geeigneter Heimplatz zur Verfügung stand. In vielen Fällen wurde etwa die Aufnahme in Einrichtungen der Behindertenhilfe, wie den nahe gelegenen Ursberger Anstalten oder Schönbrunn, angedacht. Als Grund für die Maßnahme wurde entweder angegeben, das Kind sei »geistig und praktisch nur gering zu fördern«, so dass man eine Verlegung in eine »Schwachsinnigenanstalt« für unumgänglich hielt.²⁰ Oder man führte »ungünstige häusliche Verhältnisse«, »Erziehungsschwierigkeiten« oder ähnlich gelagerte Gründe für eine Überstellung in eine Anstalt an.²¹

5 Behandlung und Lebensverhältnisse

5.1 Medizinisch-therapeutischer Bereich

Unmittelbar nach ihrer Ankunft wurden die Kinder und Jugendlichen einer umfassenden körperlich-neurologischen und psychiatrischen Untersuchung unterzogen. Dazu gehörten die Erstellung eines detaillierten Blutbildes, Stuhl- und Urinuntersuchungen sowie ein Röntgenbild. Hielten die Mediziner es zur Diagnoseklärung für notwendig, wurden zudem eine Pneumenzephalographie (PnEG), eine Arteriographie und eine Lumbalpunktion durchgeführt. Wie die Akten zeigen, wurden Pneumenzephalographien insbesondere bei Anfallsleiden und Verdacht auf »frühkindliche Hirnschädigungen« vorgenommen. Wie aus den Patientinnen- und Patientenakten hervorgeht, wurde das Verfahren in den hier eingesehenen Fällen ausschließlich dann durchgeführt, wenn eine formale Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten vorlag.

Die Einwilligung der Eltern war jedoch kein rein formaler Akt. Grundsätzlich waren die Risiken der Prozedur damals bekannt, auch wenn im Kaufbeurener Aktensample die Durchführung nur in einem Fall von den Eltern abgelehnt wurde, und zwar bei

19 So auch bei: HÄHNER-ROMBACH (2017), 337; FEHLEMANN/SPARING (2017).

20 PK4051.

21 PK3955.

einem vierjährigen Jungen aus Schwaben, bei dem der Verdacht auf eine Hirnschädigung erhärtet werden sollte.²² In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wurde die Einwilligung zur Pneumenzephalographie hingegen erteilt. Von 1951 bis 1959 wurde das bildgebende Verfahren in Kaufbeuren laut den Jahresberichten im Durchschnitt bei 14 Prozent der Aufgenommenen angewandt.²³ Ab Mitte der 1950er Jahre kam die Elektro-Enzephalographie als gänzlich anderes und nichtinvasives Verfahren hinzu, die bei nahezu jedem Kind standardmäßig durchgeführt wurde.

Einzelheiten zur Durchführung der Pneumenzephalographie erfahren wir aus den Akten nicht, allerdings scheinen sich viele Kinder und Jugendliche gewehrt zu haben. So musste die zur Untersuchung notwendige Lumbalpunktion bei einem »imbezillen« Jungen 1951 dreimal wegen »Unruhe« abgebrochen werden.²⁴ In späteren Jahren wurden die Minderjährigen daher stets mit hohen Medikamentendosen (oft einer Kombination aus Neuroleptika und Barbituraten) sediert. Auch im Anschluss litten die Probandinnen und Probanden in vielen Fällen noch tagelang unter Nachwirkungen wie starken Schmerzen, Schwindel und Übelkeit, von den Schwestern oftmals als »Anstellerei« abgetan.²⁵ Die Medikation wurde daher stets auch nach der »Durchleuchtung« noch einige Tage aufrechterhalten, vermutlich damit die Kinder während der Erholungsphase ohne viel Arbeitsaufwand im Bett gehalten werden konnten. Dass den durchführenden Medizinerinnen die Strapazen der Methode ebenfalls bekannt waren, schimmert in einigen Bemerkungen durchaus durch, so wenn von Haller bei einem dreijährigen Jungen mit Epilepsie im Bericht anmerkt, man habe diesem »keine Luftfüllung zumuten wollen, weil dadurch sicher keine wesentlichen Befunde zu erwarten gewesen« seien.²⁶

Zum diagnostischen Instrumentarium gehörte in Kaufbeuren darüber hinaus auch vereinzelt die Durchführung von Lumbalpunktionen, zur Entnahme von Liquor (Nervenwasser) aus der Wirbelsäule. Diese Untersuchung wurde in den 1950er Jahren im Schnitt bei zehn minderjährigen Patientinnen und Patienten jährlich praktiziert.²⁷

Zu den psychologischen Untersuchungen, die vor allem zur Ermittlung der Intelligenzleistung dienten, gehörten ab den frühen 1950er Jahren in der Einrichtung standardmäßig der Binet-Simon-Test, der Entwicklungstest nach Bühler-Hetzer, der Rorschach-Test und der Wartegg'sche Zeichentest. Zur Diagnose von »Neurosen« und »Milieuschäden« wurde der Sceno-Test verwendet.

22 PK6064.

23 Eigene Berechnung. Ab 1956 finden sich in den JB keine statistischen Angaben mehr zur Durchführung der Enzephalographien.

24 PK4251.

25 PK5057.

26 PK5255.

27 JB 1951 – 1959.

Neben den Ergebnissen des IQ-Tests floss bei jedem Patienten bzw. jeder Patientin auch stets eine charakterliche Bewertung in die Epikrise ein, die in den Gutachten zwar als »psychologische Beurteilung« ausgewiesen wurde, bei der es sich jedoch eher um eine persönliche Beurteilung der Kinder durch das Personal handelte. Eine besondere Deutungsmacht kam hierbei den Stationschwwestern zu: So flossen stets ganze Passagen der täglichen Eintragungen aus den Schwesternberichten, in denen ausführlich das Verhalten der Kinder und Jugendlichen, zumeist in stark wertender Weise, geschildert wurde, wortwörtlich in die ärztlichen Diagnosen ein. Bis auf wenige Ausnahmen sind die charakterlichen Zuschreibungen von einem abwertenden und oftmals verächtlichen Duktus geprägt, der wohl die mangelnde gesellschaftliche Akzeptanz von psychischen Störungen und geistigen Behinderungen insgesamt widerspiegelt. Zudem lassen die diffamierenden Bewertungen eine Überforderung der personell unterbesetzten Station im Umgang mit »schwierigen« Kindern erkennen, die einen erhöhten Betreuungs- und/oder Pflegeaufwand benötigt hätten. Häufig lassen die subjektiv anmutenden Wertungen wie »heimtückisch«, »triebhaft«, »böseartig«, »anhänglich-klebrig«, »läppisch«, »kindlich-aufdringlich«, »lästig«, »selbstsüchtig«, »unverschämt«, »faul«, »dumm«, »asozial«, »hemmungslos« und »verblödet« in den ärztlichen Epikrisen keinen diagnostischen Nutzen erkennen.

Die Art und Schwere der psychischen Störung oder Behinderung wurden bei diesen Beschreibungen ebenso wenig berücksichtigt wie das jeweilige Alter der Kinder.

Nur in wenigen Ausnahmefällen werden die Kinder ausnahmslos positiv beurteilt: Die in den Akten stets wiederkehrenden Attribute wie »ruhig und geordnet«, »zugewandt und freundlich«, oder »brav und still« verdeutlichen hier, welche Eigenschaften im gesellschaftlichen Wertekanon der 1950er und 1960er Jahre als normgerechtes kindliches Verhalten interpretiert wurden.

Insgesamt kristallisieren sich drei Hauptgruppen von Krankheitsbildern heraus, die in etwa der diagnostischen Verteilung in vergleichbaren Anstalten entsprechen. So wurden bei 27 Prozent aller im Zeitraum von 1950 bis 1966 Eingewiesenen »Schwachsinn« in seinen verschiedenen Ausprägungen festgestellt (inklusive »Mongolismus«), gefolgt von 15 Prozent der Patientinnen und Patienten mit Epilepsie oder anderen Anfallsleiden. 12 Prozent der Symptome führte man auf einen »frühkindlichen Hirnschaden« zurück, 10 Prozent der Minderjährigen galten als »schwer erziehbar«. Relativ hoch war der Anteil der »Neurosen« mit 12 Prozent und der »Psychopathien« mit 1,8 Prozent, 20 Prozent sind der Rubrik »Sonstiges« zuzuordnen, 2 Prozent wurden als »ungeklärter Fall« entlassen.

Neben der Diagnosestellung und Beobachtung wurden auf der kinder- und jugendpsychiatrischen Station auch bereits erste therapeutische Schritte eingeleitet: In erster Linie behandelte man die Minderjährigen medikamentös (siehe unten). Zum üblichen therapeutischen Repertoire in Kaufbeuren gehörte jedoch auch die Behandlung durch Elektroschocks, teilweise ergänzend zur Gabe von Neuroleptika. Elektrokrampf-

Therapien wurden auf der Kinderabteilung insbesondere bei sogenannten »endogenen Psychosen« durchgeführt. 1954 erfolgte diese Behandlung in Kaufbeuren etwa in vier Fällen in Verbindung mit Evipan und Lystenon.²⁸ Elektroschocks kamen bis in die 1960er Jahre regelmäßig zum Einsatz. Ein elfjähriger Junge bekam etwa eine Elektrokrampftherapie verordnet, da bei ihm die Megaphen-Behandlung nicht anschlug.²⁹ In Kaufbeuren wurde zur Beruhigung von »erethischen« Kindern insbesondere vor Einführung der Neuroleptika auch noch mit »kalten Waschungen« gearbeitet. Dabei wurde mit Hilfe eines Leinentuchs auf dem gesamten Körper kaltes Wasser aufgetragen, eine Prozedur, die beruhigend wirken sollte. Auch später wurden noch bisweilen »Beruhigungsbäder« angewendet, oftmals allerdings in Ergänzung zur Sedierung mit Psychopharmaka.³⁰

Erwähnt wird in den Jahresberichten sowie in den Patientinnen- und Patientenakten ab etwa Mitte der 1950er Jahre gelegentlich, dass man mit den Kindern in Kaufbeuren »Beschäftigungstherapien« durchführte; worin diese jedoch genau bestanden, wird nicht erläutert. Ähnlich verhält es sich mit der Anwendung von Psychotherapien, deren Inhalt in den Akten nicht näher beschrieben wird. 1957 wurde schließlich nach längerer Planung eine Spieltherapie begonnen, deren Einführung zeitlich mit der Einstellung der Kindergärtnerin zusammenfällt.

5.2 Pädagogik und Lebensalltag

Insgesamt lassen sich die alltäglichen Abläufe und Routinen in der südbayerischen Kinderpsychiatrie anhand der Quellen nur fragmentarisch rekonstruieren. Offenbar wurden in der Einrichtung täglich Spaziergänge unternommen, die insofern in den Stationsberichten häufig Erwähnung fanden, weil der »Ausgang« von Patientinnen und Patienten regelmäßig dazu genutzt wurde, um Fluchtversuche zu unternehmen. Ansonsten hielten sich die Kinder tagsüber in den Aufenthaltsräumen auf, in denen auch Spielsachen vorhanden waren. Da ein Spielplatz auf dem Gelände existierte, wurde wohl auch dieser zur Freizeitgestaltung genutzt. Im Jahresbericht von 1955 wird für Kaufbeuren allerdings berichtet, dass gerade »für die Kleineren die Frage der Beschäftigung besonders in den Wintermonaten schwierig« bleibe. Aus diesem Grund wurde 1957 eine Kindergärtnerin eingestellt, woraufhin man die Kinder besser habe beschäftigen können.³¹ In den 1950er Jahren wurde von Eltern und Angehörigen allerdings immer wieder Kritik an der nicht kindgerechten Atmosphäre der Einrichtung geäußert, da die

28 JB 1954.

29 PK4353.

30 PK4153.

31 JB 1955, 51; JB 1957, 50.

Kinderabteilung (wie erwähnt) zunächst in einem Flügel der Erwachsenenpsychiatrie untergebracht war. Im Jahr 1956 drängte eine Mutter gar auf vorzeitige Entlassung ihrer neunjährigen Tochter, die aufgrund der angrenzenden Männerabteilung einen schlechten Einfluss auf ihr Kind befürchtete.³²

Besuche von Angehörigen waren prinzipiell erlaubt, wobei für Kaufbeuren keine Informationen über die genauen Modalitäten vorliegen. In einem Brief Wolfgang von Hallers an die Eltern eines 12-Jährigen vermerkte der Stationsarzt, Besuche »seien jederzeit und ohne Einschränkung« möglich.

Über den Erziehungsstil und die pädagogische Praxis auf der Kinderabteilung vertragen die Akten kaum etwas. Dennoch lassen sich insbesondere aus den täglichen Eintragungen der Schwesternberichte gewisse Umgangsformen herauslesen, die wiederum Rückschlüsse auf den pädagogischen ›Stil‹ des Hauses erlauben. Die erzieherischen Grundsätze scheinen tendenziell dem Geist der 1950er und 1960er Jahre entsprochen zu haben: Ordnung, Sauberkeit und Gehorsam der Kinder waren Bewertungsmaßstäbe, die nahezu in jedem Bericht an prominenter Stelle behandelt wurden.³³

Eine zentrale Kategorie für die Beurteilung der Patientinnen und Patienten stellte für die diensthabenden Schwestern das jeweilige Gruppenverhalten dar. Wenn die Neuankommlinge sich problemlos und rasch in die »Stationsgemeinschaft« einfügten, wurde dies routinemäßig in den Berichten festgehalten und lobend erwähnt. Als negative Charaktermerkmale interpretiert wurden hingegen »übermäßiges« Heimweh, einzelgängerisches Verhalten sowie generell die Weigerung, sich der kollektiven Dynamik in der Abteilung unterzuordnen. Konflikten und Auseinandersetzungen ließen die Schwestern in den Frei- und Spielzeiten offenbar ihren Lauf: Fand ein Neuzugang keinen Anschluss, blieb er/sie unter den Kindern sozial isoliert. In keinem Fall wird ersichtlich, dass die Aufsichtspersonen den sozialen Zusammenhalt in der Gruppe gefördert oder sich in anderer Weise gezielt um die sozialen Kontakte einzelner Kinder bemüht hätten. Eher lakonisch wurde in diesen Fällen vermerkt, das Kind spiele ausschließlich allein, sitze teilnahmslos in der Ecke herum, schaue nur aus dem Fenster und habe keinen Kontakt zu den anderen Kindern.³⁴ Das Personal griff augenscheinlich selbst bei gewalttätigen Übergriffen unter den Patientinnen und Patienten nur ein, wenn die Situation zu eskalieren drohte.

Suchten die Kinder die Nähe und den Schutz der Erwachsenen, wurde dies von den Schwestern wiederum als »störend« empfunden und das Verhalten stereotyp als »klebrig«, »lästig« und »anhänglich« titulierte.³⁵ Dennoch finden sich in den Akten auch vereinzelte Beispiele von emotionaler Anteilnahme seitens der Anstaltsmitarbeiterinnen.³⁶

32 JB 1958, 49; PK5565.

33 KAMINSKY/FRINGS (2012).

34 PK2431; PK5363; PK6064.

35 Die Attribute »klebrig« und »anhänglich« finden sich immer wieder in den Berichten.

36 PK4354.

Ein wichtiges Kriterium zur charakterlichen Beurteilung der Minderjährigen stellte insbesondere deren Arbeitsbereitschaft und -willen dar. Die Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren verfolgte wie andere Anstalten der Nachkriegszeit einen dezidiert »arbeits-therapeutischen« Ansatz, im Zuge dessen die Kinder etwa durch Waschen oder Putzen in die Stationsarbeiten mit eingebunden wurden. Ein Mindestalter hierfür existierte offenbar nicht. In Kaufbeuren arbeiteten zahlreiche Jugendliche zudem in der anstalts-eigenen Schreinerei, Mattenflechterei und der Schlosserei, manche begannen dort eine Lehre.³⁷ Erledigten die Minderjährigen die Stationsarbeiten willig und effektiv, war dies stets ein Anlass, sie zu loben, und wurde als Anzeichen für eine allgemeine Verbesserung des Gesamtzustandes gedeutet.³⁸ Verweigerten sich die Patientinnen und Patienten hingegen, galten diese schnell als »faul« und »arbeitsscheu«, was als Ausdruck eines pathologischen Zustandes interpretiert wurde.³⁹

5.3 Strafen und Gewalt

Grundsätzlich konnte jede Form des Fehlverhaltens und der Störung der Stationsordnung der Heil- und Pflegeanstalt Straf- und Disziplinierungsmaßnahmen zur Folge haben, wobei sich in den Akten besonders häufig Unruhe bzw. starke Erregung, oppositionelles Verhalten und Fluchtversuche als Auslöser für entsprechende Sanktionen ausmachen lassen.

Besonders zahlreich angewandt wurden »Fixierungen«, bei denen die Kinder mit Gurten oder einer Zwangsjacke ans Bett oder an einen Stuhl gefesselt und so ihrer Bewegungsfähigkeit vollständig beraubt wurden. Allerdings waren die Grenzen zwischen einer medizinisch indizierten Fixierung, mit der der Patient oder die Patientin etwa vor einer drohenden Selbstverletzung geschützt werden sollte, und einer disziplinierenden Maßnahme, bei welcher der strafende Charakter im Vordergrund stand, fließend. Aufgrund autoaggressiven Verhaltens wurde im November 1952 etwa ein schwerstbehindertes Mädchen an ihrem Bett fixiert, nachdem auch die Ruhigstellung mit Medikamenten erfolglos geblieben war. Ein Zehnjähriger wurde bereits direkt nach der Aufnahme bewegungsunfähig gemacht, da er einen »Tobsuchtsanfall« erlitt, bei dem er laut Arztbericht sich und seine Umwelt gefährdete.⁴⁰ Bei anderen Minderjährigen reichte schon »dranghafte Unruhe« für die Anordnung einer Fixierung,

³⁷ PK3857.

³⁸ PK4251.

³⁹ PK4358; PK4656.

⁴⁰ PK4354; PK5262.

die insbesondere nachts durchgeführt wurde, offenbar um den Betreuungsaufwand zu minimieren.⁴¹

Der strafende Charakter der Maßnahme kommt hingegen klar zum Vorschein, wenn Minderjährige fixiert wurden, nachdem sie aus der Anstalt entwichen waren. Denn die Fixierung diente hier keinem erkennbaren Zweck mehr, außer jenem, den Flüchtigen ihr Vergehen eindrücklich vor Augen zu führen.⁴² Ein oft genutztes Mittel bei Regelverstößen oder Störungen aller Art war hier die Verordnung von »Bettruhe«, die oftmals für ganze Tage ausgesprochen wurde.⁴³ Ob die Kinder bei diesen Gelegenheiten medikamentös sediert und/oder fixiert wurden, geht aus den Akten nicht hervor, liegt aber nahe, weil es sich häufig um extrem unruhige Patientinnen oder Patienten handelte, die kaum ohne Hilfsmittel über den ganzen Tag hinweg hätten im Bett gehalten werden können. Bei jugendlichen »Missetätern« wurde zudem oft der Ausgang gesperrt, wenn diese sich in den Augen der Mitarbeiterinnen etwas zuschulden hatten kommen lassen.⁴⁴

Auch die Isolierung einzelner Patientinnen und Patienten kam in Kaufbeuren offenbar so häufig vor, dass diese Maßnahme sogar in den Jahresberichten implizit erwähnt wurde. Demnach hielten sich in den Schlafräumen in der ersten Etage laut der Chronik von 1960 »ab und zu« auch Kinder auf, die sich als »besonders unruhig und störend« erwiesen hatten.

Auf der Kinderabteilung wurde in den 1950er Jahren zudem die Zwangsernährung mittels einer Sonde eingeleitet, wenn Kinder die Nahrungsaufnahme verweigerten. Bei einem 17-jährigen Mädchen, der ärztlicherseits »Schwachsinn« sowie ausgeprägte »psychopathische« Züge attestiert wurden und die in Kaufbeuren aufgrund ihrer wiederholten Fluchtversuche und Annäherungsversuche an männliche Mitpatienten als Problempatientin galt, wurde am 14. Oktober 1958 eine Magensonde verlegt, nachdem man bei einer Essensverweigerung vier Monate zuvor noch mit der Gabe von Psychopharmaka reagiert hatte. Die Vermerke im Schwesternbericht legen hier zudem den Schluss nahe, dass die Patientin nicht aus lebenserhaltenden Gründen zwangsernährt, sondern ihr Verhalten vom Personal als Widerspenstigkeit interpretiert wurde und der Maßnahme ein explizit strafender Charakter zugeordnet war. Für diese Annahme zumindest spricht der Umstand, dass die »Sondenfütterung« bereits am Tag der Essensverweigerung durchgeführt wurde und das Mädchen kurz zuvor laut Bericht »derart frech gegen ihre Mitkranken und gegen die Schwestern« gewesen war, dass »sie ins Bett gebracht und fixiert werden musste«.⁴⁵

41 PK15663; PK5264.

42 PK4757; PK4636; PK4256.

43 PK4660; PK5462.

44 PK4660.

45 PK4157.

Die höchste Eskalationsstufe stellte schließlich die Verlegung auf die Erwachsenenstation dar, die tage- oder sogar wochenweise angeordnet wurde. Diese Verlegungen stellten durchaus keine Einzelfälle dar, sondern waren ein fester Bestandteil des disziplinarischen Instrumentariums der Station. Ob die Verantwortlichen hierbei die Gefahr von Übergriffen physischer wie sexueller Natur durch psychisch kranke Erwachsene billigend in Kauf nahmen oder diese sogar gezielt provozieren wollten, muss offenbleiben. Die Akten zeigen jedenfalls, dass man zu diesem Mittel bevorzugt bei »schweren Fällen« griff, wenn alle anderen Maßnahmen keine Besserung gebracht hatten. So verlegte man einen zehn Jahre alten Jungen, der die Diagnose »Schwachsinn und Triebstörungen« erhalten hatte, im Jahr 1960 nach seinem zweiten Fluchtversuch auf die Männerstation, nachdem er zuvor bereits fixiert und massiv mit Medikamenten sediert worden war.⁴⁶ Bisweilen reichte für eine Verlegung allerdings auch ein verbaler Schlagabtausch mit der Nachtschwester, wie im Fall eines 17-Jährigen, der 1957 für drei Tage auf die Männerstation verbracht wurde. Am Tag seiner Rückkehr, dem 19. November, notierte die Schwester hierzu im Bericht: »Der Aufenthalt auf der Männerstation hat als Eindruck ganz gut gewirkt. Es wird darüber nicht mehr gesprochen. Der Junge verhält sich wieder ordentlich.« Ein weiterer Jugendlicher wurde im Jahr darauf ebenfalls in die Erwachsenenpsychiatrie verlegt, da er auf einem Spaziergang angeblich Frauen sexuell belästigt hatte.⁴⁷ Bei einem zwölf Jahre alten Knaben wurde dagegen schlicht »Platzmangel« als Verlegungsgrund angegeben, wobei ein Blick in die Dokumente zeigt, dass es sich bei dem geistig behinderten Jungen offenbar um ein extrem unruhiges Kind handelte, das auf der Station aufgrund seines aggressiven Verhaltens tagsüber ausschließlich in einem »Laufstall« gehalten wurde und nachts fixiert werden musste.⁴⁸

Ob es im Anstaltsalltag auch regelmäßig zu körperlichen Züchtigungen kam, ist auf Basis der Patientinnen- und Patientenakten nur schwer zu entscheiden. Insgesamt finden sich nur ganz vereinzelt Hinweise auf physische Gewaltanwendungen. So erhielt ein 15-jähriges Mädchen im März 1952 eine Ohrfeige, nachdem sie versucht hatte, der diensthabenden Schwester »an den Ohren zu ziehen«. Gleichermaßen gezüchtigt wurde ein Jugendlicher, der seine Strafe im Dezember 1956 wegen »Frechsein« erhielt. Einen dramatischeren Verlauf nahm ein Konflikt mit dem Aufsichtspersonal im Falle eines bereits erwähnten Jungen: Laut Stationsbericht hatte dieser zusammen mit einem Mitpatienten eine Schwester am Handgelenk gepackt und in den Rücken getreten, worauf diese – aus »Notwehr«, wie es hieß – den Jungen mit einem Schöpflöffel gegen den Kopf schlug. Der Schlag hinterließ eine zwei Zentimeter große Platzwunde, die geklammert werden musste.⁴⁹ Sicherlich wurde der Vorfall in der Akte auch so aus-

⁴⁶ PK4757; PK4157.

⁴⁷ PK4057; PK4258.

⁴⁸ PK5454; PK4256.

⁴⁹ PK3852.

fürhlich wiedergegeben, da hier ein medizinischer Notfall eingetreten war, bei dem Dokumentationspflicht bestand. Die Frage bleibt allerdings im Raum, ob Körperstrafen mit weniger gravierenden Folgen wirklich lückenlos aufgezeichnet wurden.

5.4 Medikation

Die Patientinnen- und Patientenakten der Kinderabteilungen in Kaufbeuren geben detailliert Aufschluss über die medikamentöse Behandlung der Kinder und Jugendlichen während ihres Aufenthalts in der Anstalt. Art, Umfang und Dauer sind in den medizinischen Berichten und täglichen Medikationsaufzeichnungen genau vermerkt, wengleich nicht ausgeschlossen werden kann, dass es »Graubereiche« des Arzneimitteleinsatzes gab, die nicht dokumentiert worden sind.

Der Einsatz von Psychopharmaka war in Kaufbeuren in den 1950er und 1960er Jahren stark verbreitet. Insbesondere das Neuroleptikum Megaphen wurde bereits kurz nach der westdeutschen Markteinführung 1953 auf der Abteilung regelmäßig eingesetzt. Abteilungsleiter von Haller hob den Nutzen des Neuroleptikums im Jahresbericht der Heilanstalt von 1955 als Mittel der Wahl bei »Erregungszuständen« der unterschiedlichen Ausprägungen ausdrücklich hervor.⁵⁰ Dessen Einsatz habe sich auf der Abteilung mittlerweile als »wirkungsvolles Mittel durchgesetzt«.⁵¹ Im Jahresbericht von 1958 kam von Haller zu dem Schluss, dank der neuen Präparate sei es nunmehr gelungen, die Kinder »medikamentös wesentlich besser einzustellen«.⁵² Auch in einem Artikel in der Fachzeitschrift »Der Nervenarzt« von 1957 zeigte sich dieser von der therapeutischen Wirkung moderner Phenothiazine im Kinder- und Jugendbereich überzeugt. Besonders bei Kindern, die aufgrund einer diagnostizierten frühkindlichen Gehirnentzündung (Postencephalitis) unter »psychomotorischen Unruhezuständen« litten, habe die medikamentöse Ansprache durch Megaphen in kürzester Zeit nicht nur zu einer deutlichen Beruhigung geführt. Auch Entwicklungsfortschritte, schulische Leistungsverbesserungen, ja sogar messbare Intelligenzsteigerungen seien zu beobachten, während die Kinder im Zuge der traditionellen Behandlung mit Barbituraten noch »medikamentös verblödet« worden seien.⁵³

Dass auch die neuroleptische Dauermedikation neben den gewünschten Wirkungen wie der psychomotorischen Ruhigstellung und Dämpfung von Erregungs- und Aggres-

50 JB 1954, 48.

51 JB 1955, 48.

52 JB 1958, 49.

53 HALLER (1957), 130 f., hier 131.

sionszuständen in den meisten Fällen schwerwiegende Nebenwirkungen nach sich zog, erwähnt von Haller nicht.

Ebenso fand das Rauwolfia-Alkaloid »Reserpin«, das in Westdeutschland in den 1950er Jahren auch in anderen Einrichtungen unter dem Handelsnamen »Serpetin« zu einem der meistgenutzten Präparate bei der Behandlung psychiatrischer Erkrankungen wurde,⁵⁴ Mitte der 1950er Jahre Eingang in den Behandlungsalltag.⁵⁵ Das Medikament wirkte auf das Nervensystem stark sedierend und stand in seiner Wirkung den Tranquilizern nahe. Reserpin verschwand allerdings mit dem Aufkommen der Neuroleptika sukzessive aus dem Behandlungsplan. In einem Schreiben an das Pharmaunternehmen Merck vom 27. Februar 1958 merkte der Stationsarzt an, »Reserpin« mache »steif, wie eingefroren«.⁵⁶

Verabreicht wurden die Neuroleptika zudem oftmals in Kombination mit Barbituraten (vor allem Luminal) und Benzodiazepinen (ab 1962 Mogadan, Valium), wobei in den Verordnungsbögen die jeweilige Wahl der Mittel nicht begründet wurde. Offenbar blieb es den jeweiligen Abteilungsärzten überlassen, auf Basis ihrer persönlichen Erfahrungswerte Präparate miteinander zu kombinieren, um die gewünschte Wirkung zu erzielen. Zudem verabreichte man in Kaufbeuren bei hohen Neuroleptika-Dosierungen häufig Antiparkinsonmittel aus der Gruppe der Anticholinergika, um Nebenwirkungen der Psychopharmaka wie Blickkrämpfe, Halsstarre und Gelenksteifheit medikamentös entgegenzuwirken. In vielen Fällen setzte man darüber hinaus Antiepileptika wie Apydan oder Mylepsin zur Sedierung bei »psychomotorischen Unruhezuständen« ein.⁵⁷

In Kaufbeuren griff man in den 1950er Jahren jedoch auch häufig noch auf »traditionelle« Seditativa zurück, wie das 1848 als halogenfreies Agens synthetisierte Paraldehyd, das bereits gegen Ende des 19. Jahrhunderts als Schlafmittel in der Psychiatrie eingeführt und aufgrund seiner geringen Nebenwirkungen geschätzt wurde, oder das bereits in den 1920er Jahren popularisierte Schlafmittel Somifen sowie das aus dem Wirkstoff Phenobarbital synthetisierte Schlafmittel Luminal. Für das Jahr 1955 wird in den Jahresberichten erwähnt, dass man in einem Fall unterschwellige Insulindosen einsetzte.⁵⁸

In Einzelfällen wurde zudem das Narkosemittel S.E.E.-Merck Stärke I (schwach) verwendet, das noch in den 1950er Jahren zur Operationsvorbereitung genutzt wurde und mit dem die Patientinnen und Patienten nach einer Injektion in kürzester Zeit narkotisiert werden konnten.⁵⁹ Das Präparat enthielt als Hauptbestandteil Scopolamin,

54 STREHL (1958), 271–273; WITTERN (1983), 17.

55 JB 1957, 48.

56 Merck-Archiv: Betr.: Besuch bei Dr. Haller, Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren, gemeinsam mit Apoth. Fasel am 24. Februar 1958, 2.

57 PK4660.

58 JB 1955, 49.

59 GULEKE (1951), 31. Für die Hinweise danke ich Laura Hottenrott.

eine chemische Verbindung, die zu den Tropan-Alkaloiden zählte und bis zur Einführung der Neuroleptika zur Beruhigung von hochregerten Kranken verwendet wurde.⁶⁰ Enthalten war auch Eukodal, ein stark wirkendes Opioid, das als Schmerzmittel bei starken bis sehr starken Schmerzen angewendet und 1990 wegen Suchtgefahr vom Markt genommen wurde. Eine dritte Ingredienz bildete das Antiasthmatikum Ephetonin, das auch bei Morphin- und Scopolaminvergiftungen verabreicht wurde.⁶¹

S.E.E. wurde auf der Kinderstation bis Ende der 1950er aufgrund seiner starken Wirkung allerdings nur in Ausnahmefällen injiziert, und zwar mehrheitlich dann, wenn alle anderen Versuche einer medikamentösen Ruhigstellung gescheitert und die Minderjährigen trotz hoher Dosierungen nicht unter Kontrolle zu bringen waren. So wurde eine als »debile Psychopathin« diagnostizierte Jugendliche Ende 1954 mit S.E.E. in den Tiefschlaf versetzt, als sie ihr gesamtes Bett trotz gewaltsamer Fixierung in einem Wutanfall in Einzelteile zerlegte.⁶² Auf Anordnung des Arztes ruhiggestellt und ans Bett fixiert wurde auch ein Mädchen, das aufgrund von »Schwererziehbarkeit« aus einem niederbayerischen Kinderheim zur Beobachtung nach Kaufbeuren gekommen war. Aufgrund ihres »aufsässigen« Verhaltens bekam sie zunächst das hochpotente Neuroleptikum »Decentan« verordnet, das allerdings nicht die gewünschte Wirkung zeigte. Als sie sich eines Abends trotz hoher Gaben von Decentan weigerte, zu Bett zu gehen, wurde sie mit S.E.E. narkotisiert.⁶³ Dass die Verwendung des Narkosemittels in der Kinderpsychiatrie offenbar keineswegs unbedenklich war, dokumentiert der Fall einer körperlich und geistig Schwerstbehinderten, die Ende 1954 aufgrund von »Schwachsinn und Kretinismus« mit elf Jahren nach Kaufbeuren verbracht wurde. Laut Stationsbericht schrie das Kind ununterbrochen, zerstörte alle Gegenstände in seiner Umgebung und verletzte sich und andere. Die Patientin erhielt in den folgenden Jahren – das Mädchen lebte bis 1960 in der Kaufbeurener Klinik – fast kontinuierlich einen Medikamenten-»Cocktail« aus Megaphen, Pacatal, Luminal, Paraldehyd, S.E.E.I. sowie Calcistin (in wechselnden Kombinationen und Dosierungen) und zusätzlich zahllose Elektrokrampf-Behandlungen. In der Nacht zum 15. August 1960 »schrie und tobte« die nunmehr 17-jährige Patientin erneut derart, dass die Nachtschwester ein »Beruhigungsbad« durchführte, welches sich laut Bericht bei ähnlichen Situationen bereits bei ihr bewährt habe. Als auch diese Maßnahme keine Beruhigung des Zustandes brachte, wurde auf ärztliche Anordnung daraufhin S.E.E. injiziert, worauf die Patientin schließlich verstarb. Ob die Jugendliche an den Folgen der Narkosemittel-Injektion starb, lässt sich auf Basis der verfügbaren Information in der Patientenakte nicht mit Bestimmtheit sagen. Dennoch liegt die Vermutung einer direkten Kausalität aufgrund

⁶⁰ BANGEN (1992), 13–21.

⁶¹ <https://de.wikipedia.org/wiki/Ephedrin#Einzelnachweise> (letzter Zugriff: 23.4.2019).

⁶² PKXX54.

⁶³ PK4157.

der zeitlichen Koinzidenz von Medikation und Todeszeitpunkt nahe. Anhaltspunkte für die Todesursache seien in der anschließend durchgeführten Obduktion laut Arztbericht jedoch nicht gefunden worden, ein Zusammenhang mit der S.E.E.-Injektion wurde nicht hergestellt. Die Todesursache lautete: »Akutes Herz- und Kreislaufversagen«. ⁶⁴

Ab Ende der 1950er Jahre wurde das Spektrum der verfügbaren Medikamente auch im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich komplexer. Wie die in Tabelle 2 (S. 636) aufgeführte Medikamentenaufstellung zeigt, nahm insbesondere der Neuroleptika-Einsatz Anfang der 1960er Jahre zu. Zudem wurden vermehrt Antiepileptika verwendet, um extrapyramidale Nebenwirkungen zu lindern. Hinzu kamen die in jener Zeit neuen Benzodiazepine wie Valium, während der Verbrauch des Barbiturats Luminal im gesamten Zeitraum stabil blieb.

Dass es bei der Medikation trotz des verbalen Überschwangs vieler Psychiater vom therapeutischen Nutzen der Psychopharmaka in der Praxis vorwiegend um die sedierende Wirkung der Medikamente ging, wird anhand einer Vielzahl von Einzelschicksalen deutlich. So wurde etwa ein 1957 mit »Schwachsinn« und »Psychopathie« eingeliefertes Mädchen mit Psychopharmaka außer Gefecht gesetzt, als sie dem Personal drohte. ⁶⁵ Auch bei einer 1943 Geborenen, im November 1954 mit der Diagnose »Unklarer Hirnprozeß« von den Augsburger Krankenanstalten überstellt, wurde gleich nach ihrer Ankunft mit der Megaphen-Behandlung begonnen. Das blinde und taubstumme Mädchen, das im Diagnosebogen als »laut, bösartig und völlig verblödet« beschrieben wurde und vollständig versorgt werden musste, sei zeitweise »sehr erregt«, »aggressiv« und »zerstörungswütig«. Verabreicht wurden 3 × 3 Tabletten Megaphen täglich, kombiniert mit 8 Gr. Paraldehydeinlauf (Schlafmittel), ½ ccm SEE I (Narkosemittel) sowie 0,1 Luminal (Barbiturat), eine Kombination, die das Mädchen auch tagsüber schlafend im Bett hielt; nur für wenige Stunden wurde sie in den Aufenthaltsraum gesetzt. Bei besonderer Unruhe wurde zusätzlich noch das Neuroleptikum Pacatal verabreicht, was dazu führte, dass die Patientin ganze Tage ausschließlich im Schlafsaal vor sich hindämmerte. ⁶⁶ Vor diesem Hintergrund wird augenfällig, in welchem Zustand sich die Patientinnen und Patienten oft befanden, wenn sie nach monatelanger Dauermedikation plötzlich »pflegerisch keinerlei Schwierigkeiten« mehr machten und vom Personal als »gut leitbar« beschrieben wurden. Die verabreichten Präparate wurden von den behandelnden Ärzten zusehends als chemische »Allzweckwaffe« gegen jede Störung der Stationsordnung eingesetzt, selbst bei geringsten Anlässen wurde medikamentiert: So sedierte man einen als »sehr lebhaft« geschilderten Buben, 1964 vier Jahre alt, gar jede Nacht mit Truxal-Saft, da er die Nachtruhe der Station störte. ⁶⁷

64 PK4354.

65 PK4157.

66 PK4354.

67 PK6064.

Tabelle 2: Medikation in der Kinderabteilung Kaufbeuren 1953–1965

	1953	1954	1955	1956	1957	1958
Neuroleptikum		Megaphen	Megaphen, Pacatal	Megaphen	Megaphen, T57 (später Decentan)	Megaphen Decentan, R1647 (später Dominal)
Antiepileptikum	Comital	Glyberal forte,	Apydan, Citrullamon	Mylepsin		
Benzodiazepin						
Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Narkosemittel	Paraldehyd	Paraldehyd	Profundol, SEE 1 schwach Merck	Adalin, SEE 1 schwach Merck	Eusedon, Hyperforat (Stimmungsschwankungen)	Chloralduurat
Barbiturate	Luminal (Tabl.),	Luminal	Luminal	Luminal	Luminal	Luminal
Fieber- und Schmerzmittel			Pyramidon			Chinin-Tropfen
Andere			Diamox, unterschwellige Insulindosen, Veriazol	Resulfon, Arctuvan	Tromalyt	Arctuvan, Glutaminsäure Dysur-gal Hyperfort
unbekannt	Nervobromin			Pyrocal		

Die hohe Bereitschaft zur Medikation wurde auch durch den Umstand begünstigt, dass ›traditionelle‹ Erziehungsmethoden im Heimbereich, vor allem die körperliche Züchtigung, vom Gesetzgeber immer weiter eingeschränkt wurden und auch gesellschaftlich zunehmend an Akzeptanz einbüßten. Hinzu kamen die in der Forschung oftmals beschriebene Überforderung des kaum qualifizierten Personals und die steigende Überfüllung der Einrichtungen.⁶⁸

Dennoch ist es auch angesichts der dokumentierten Fälle allein auf Basis der Anstaltsberichte überaus schwierig, zwischen ärztlichen »Heilversuchen« und Straf- oder Disziplinierungsmaßnahmen durch die Verabreichung stark sedierender Medikamente zu unterscheiden. Die Grenze zwischen einer vertretbaren Medikamentenvergabe und einer auch aus zeitgenössischer Sicht als Arzneimittelmisbrauch einzustufenden Medikation war stets fließend.

Auch die Medikationspraxis in Kaufbeuren bewegte sich oftmals in dieser ethischen Grauzone. Dennoch erscheint es auffällig, dass Psychopharmaka vielfach als direkte Reaktion auf Situationen gegeben wurden, in denen die minderjährigen Patientinnen und Patienten durch eine als störend empfundene psychomotorische Unruhe auffielen

⁶⁸ FRINGS/KAMINSKY (2012), 270.

Fortsetzung Tabelle 2: Medikation in der Kinderabteilung Kaufbeuren 1953–1965

1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965
Megaphen	Taxilan, Megaphen, Neurocil	Megaphen	Truxal, Megaphen, Haloperidol	Dipiperon, Truxal, Psyqui, Atosill	Omca, Haloperidol, Dominal, Atosil, Truxal, Decentan, Psyquil	Omca, Truxal, Dominal, Treupperl Supp.
Zentropil, Akineton (Antiparkinson)	Mylepsin, Apydan	Petnidan	Petinutin	Mylepsin	Apydan	Mylepsin
			Mogadan	Valium	Valium	Valium
Contergan, Somifen					Adalin, Neurocil	Contergan
Luminal	Luminal	Luminal	Luminal	Masmoran	Luminal	Luminal
	Commotional					
Ovestin, Dysurgal, Artivan, Ovibions	Dianabol, Progynon		Encephabol, Captagon	Diamox	Fortabol	
Pyrocal	Soprentin					

oder in anderer Weise gegen die Anstaltsordnung verstießen. So wurde eine »schwererziehbare« Jugendliche am 15. Januar 1960 in Kaufbeuren auf eine Tagesdosis von 1×4 mg des starken Neuroleptikums »Decentan« eingestellt, just nachdem sie einen Tag zuvor einen Fluchtversuch unternommen und von der Polizei in die Anstalt zurückgebracht worden war.

Weigerten sich die Minderjährigen, ihre Medikamente einzunehmen, waren entweder Strafmaßnahmen die Folge, wie etwa Verlegungen auf die Erwachsenenabteilungen, oder die Medikamente wurden zwangsweise, etwa durch Injektionen, verabreicht. Ob die Eltern über die medikamentöse Behandlung informiert wurden, lässt sich aus den Akten nicht ersehen.

Dass medizinische Gründe oftmals nicht den Ausschlag für eine Medikamentengabe darstellten, zeigt auch der Fall einer 17-Jährigen, bei der in der Untersuchung ein »beträchtlicher Schwachsinn« sowie Epilepsie mit einem langjährigen Anfallsleiden festgestellt wurde, eine Diagnose, die in vergleichbaren Fällen eine medikamentöse Behandlung zur Folge hatte. Dennoch wurde in ihrer Akte mehrfach vermerkt, die Patientin benötige keine Medikamente, was offenbar damit zusammenhing, dass das Mädchen laut Stationsbericht »pflegerisch kaum Schwierigkeiten« mache, sich ruhig verhalte und sich bereitwillig an den Stationsarbeiten beteilige. Ansonsten sitze sie den

ganzen Tag »still und freundlich«, aber »teilnahmslos an ihrem Platz«; »Erregungszustände [seien] nie festgestellt worden«. ⁶⁹

Dennoch sollten solche Praktiken nicht den Blick darauf verstellen, dass man bei der Medikamentenvergabe insgesamt nicht nach dem ›Gießkannen‹-Prinzip verfuhr, sondern bei zahlreichen Kindern auch ganz auf Medikamente verzichtete. So wurden die Arzneimittel durchaus abgesetzt, wenn man glaubte, auf eine Sedierung verzichten zu können, oder diese als therapeutisch nicht zielführend eingeschätzt wurden. Bei einem 15-jährigen Mädchen, das 1960 mit dem Verdacht auf eine »Neurose« nach Kaufbeuren eingewiesen wurde, riet man beispielsweise von einer medikamentösen Behandlung ab, da sich in der Beobachtungszeit der Verdacht aufdrängte, die Jugendliche täusche ihre zahlreichen Ohnmachtsanfälle und die Brechsucht nur vor, um Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen. Sie wurde schließlich mit der Empfehlung für eine ambulante therapeutische Beratung entlassen. ⁷⁰

Die Absetzung von Medikamenten wurde auch dann veranlasst, wenn die sich einstellenden Nebenwirkungen von den Psychiatern als medizinisch bedenklich oder gesundheitsgefährdend eingestuft wurden. Bei einem aufgrund von Anfallsleiden nach Kaufbeuren eingewiesenen Jungen wurde die Dosis des Antiepileptikums Apydan etwa zu dem Zeitpunkt herabgesetzt, als schwere neurotoxische Reaktionen (Hypotonie, Schwindel, Tremor) auftraten. Auch bei einem an Epilepsie erkrankten Mädchen verzichtete man 1961 auf das Antiepileptikum Apydan, nachdem ein starker Hautausschlag aufgetreten war. ⁷¹

Aus den Akten lässt sich oftmals jedoch nicht erschließen, in welchen Fällen der behandelnde Psychiater den Gebrauch von Psychopharmaka für notwendig hielt und wann man glaubte, auf die Mittel verzichten zu können. So wird in manchen Patientinnen- und Patientenakten explizit betont, die Gabe von Medikamenten sei nicht notwendig, während in ähnlich gelagerten Fällen massiv davon Gebrauch gemacht wurde. Zudem ist nicht auszuschließen, dass trotz der detaillierten Aufstellungen über die Arzneimittelgaben in den Patientinnen- und Patientenakten nicht alle verabreichten Präparate schriftlich erfasst wurden und das Personal jeweils über einen gewissen Freiraum bei der Medikation verfügte, wie es auch Bernhard Frings für das Franz-Sales-Haus in Essen vermutet hat. ⁷²

Der in vielen Fällen zu beobachtende Verzicht auf eine konsequente Ruhigstellung durch Medikamente mag in Kaufbeuren wohl auch dem Charakter als kinderpsychiatrischer Beobachtungsstation geschuldet gewesen sein, in der nicht die langjährige Asylierung und Verwahrung der Kinder im Vordergrund standen, wie in Einrichtungen

69 PK4461.

70 PK4560.

71 PK5162; PK4560; PK4861.

72 FRINGS (2012), 92–94.

der stationären Behindertenhilfe, sondern die Beobachtung, Begutachtung und Diagnose der aufgetretenen Störungen.⁷³

Bei der Mehrzahl der Patientinnen und Patienten wurden die Medikamente in kontinuierlichen Tagesdosen verschrieben. Durchgeführt wurden in der Kaufbeurener Klinik bis in die 1960er Jahre jedoch auch sogenannte »Dämmerschlafkuren«, bei denen das Personal die Minderjährigen durch Verabreichung hochpotenter Psychopharmaka in einen halbkomatösen Schlafzustand versetzte, der teilweise bis zu sechs Wochen aufrechterhalten wurde und im Zuge dessen die Kinder das Bett nur zur Essenaufnahme und Körperpflege verließen. Die Therapie durch Dauernarkosen ging auf den Schweizer Psychiater Jacob Klaesi (1883–1980) zurück, der durch Barbiturate bei therapieresistenten »Schizophrenen« eine spürbare Besserung des Zustandes erreicht hatte.⁷⁴ Die Methode basierte auf der Vorstellung eines therapeutischen Nutzens des Schlafes und der dadurch bedingten Erholung des gesamten Nervensystems. Mit der Einführung der modernen Psychopharmaka wurde die Behandlung mit Barbituraten durch ein Gemisch verschiedener Neuroleptika und Sedativa ersetzt, in den vorliegenden Fällen zumeist Megaphen und Luminal. Teilweise wurde jedoch eine ganze Palette verschiedenster Medikamente eingesetzt. Allein im Jahr 1958 wurden in Kaufbeuren 15 Kuren durchgeführt, die allerdings offenbar nicht immer zu dem gewünschten Ergebnis führten; in sechs Fällen wurden daher ergänzend Elektroschock-Behandlungen durchgeführt. Zusätzlich wurden im selben Jahr minderjährige Patientinnen und Patienten in acht Fällen Reserpin-Kuren unterzogen.⁷⁵ Dämmerschlafkuren waren in den 1950er Jahren ein fester Bestandteil bei der stationären Behandlung von endogenen Psychosen, aber auch anderer psychosomatischer Erkrankungen und wurden von der Literatur als gesundheitlich unbedenklich erachtet. Dennoch kamen sie ab den 1960er Jahren deutlich seltener zum Einsatz.⁷⁶

Ab Mitte der 1950er Jahre verzichtete man auch in Kaufbeuren, zumindest in der Erwachsenentherapie, auf Dämmerschlafkuren mittels Phenothiazin-Präparate. Gründe werden im Jahresbericht nicht genannt. In der Kinderabteilung von Wolfgang von Haller wurde diese Methode hingegen ausdrücklich weiterhin für sinnvoll gehalten. So wurde ein 16-Jähriger, der 1957 mit der Diagnose »endogene Psychose« eingeliefert wurde, einer sechswöchigen Megaphen-»Kur« unterzogen; zusätzlich wurden Euseden, Luminal, Hyperforat, Pyrocal, Pacatal und Phasein forte gegeben.⁷⁷ In einen fünf Wochen andauernden künstlichen Dauerschlaf mittels Megaphen und Pyramidon versetzt wurde im November 1955 auch ein neunjähriger Junge, der unter Chorea Minor litt, einer

73 So auch HÄHNER-ROMBACH (2017).

74 Arzneimittelgeschichte: Schlafkuren in der Psychiatrie, in: DAZ 1999, Nr. 41, 55.

75 JB 1958, 48.

76 LABHARDT (1966), 597 ff.

77 PK4157.

neurologischen Autoimmunerkrankung, die sich in unwillkürlichen und plötzlichen Zuckungen der Beine, der Arme und des Gesichts manifestierte. Bereits als man die Therapie über die Weihnachtsfeiertage kurz unterbrach, sei eine »wesentliche Besserung der Bewegungsunruhe« festzustellen gewesen. Anfang 1958 wurde der Junge in »gutem Allgemeinzustand« nach Hause entlassen.⁷⁸ In manchen Fällen bleibt hingegen unklar, auf Basis welcher medizinischen Indikation die Kinder in den Dauerschlaf versetzt wurden. Aus der Pflenganstalt Polsingen zur Begutachtung nach Kaufbeuren verlegt wurde im Oktober 1956 etwa ein 1946 geborener Junge, der, obwohl zuvor »sehr ruhig und folgsam«, laut Bericht plötzlich unter Unruhezuständen litt. Zunächst gelang es offenbar, den taubstummen Jungen mittels Gaben von $3 \times 0,25$ Megaphen und SEE sowie Paraldehyd-Einläufen in der Nacht zu beruhigen, so dass sich sein Zustand nach etwa einem Monat »wesentlich gebessert« habe. Nach Absetzung der Medikamente nahm die Unruhe allerdings wieder derart zu, dass erneut Megaphen verabreicht wurde. Dieses Mal gelang es jedoch nicht, den Jungen medikamentös einzustellen, die »Unruhe« steigerte sich sogar noch. Nachdem der Patient laut Bericht allerlei »Dummheiten« beging, Wäsche in den Ofen stopfte und wahllos Wasserhähne aufdrehte, leitete man schließlich eine einmonatige »Megaphen-Dauerschlaf-Behandlung« ein, die später aufgrund erneuter »Unruhe« wiederholt werden musste. Danach sei es schließlich zu einer merklichen »Beruhigung des Zustandsbildes« gekommen; der Junge wurde schließlich mit der Diagnose »Schwachsinn« in die Pflegeanstalt Schweinspoint überwiesen.⁷⁹

Nicht allein in diesem Fall lässt sich auf Basis der Aktenlage nur schwer entscheiden, ob die Gabe stark sedierender Psychopharmaka als ärztlicher Heilversuch, also einer auf Besserung des Zustandes gerichteten Therapie, zu werten ist oder ob es sich nicht vielmehr um gezielte Straf- bzw. Disziplinierungsmaßnahmen als Reaktion auf widerständiges Verhalten oder Verstöße gegen die Anstaltsregeln handelte, wobei sich beide Kategorien auch überschneiden konnten. Der Verdacht einer medikamentösen Strafhandlung drängt sich im Fall eines 14-jährigen Jungen auf, der im Januar 1960 aufgrund erheblicher Erziehungsschwierigkeiten nach Kaufbeuren kam. Auf der Station fiel der Jugendliche gleich durch aggressive Handlungen auf und »terrorisierte« laut dem Schwesternbericht seine Umwelt in erheblichem Ausmaß. Trotz massiver Medikation mit hohen Dosen von Megaphen, Mylepsin, Neurocil, Apydan, Luminal, Taxilan sowie Dominal blieb »sein Benehmen unerträglich«, so dass er im Mai 1960 für zwei Wochen in den »Dauerschlaf« versetzt wurde, wobei nicht verzeichnet ist, durch welche Art der Medikation.⁸⁰ Aufgrund seines zeitweise »flegelhaften Verhaltens« erhielt im April 1958 auch ein 16-jähriger, eingewiesen mit der vorläufigen Diagnose »Geistesschwäche«,

78 PK4655.

79 PK4354.

80 PK4660.

zunächst das neu eingeführte Neuroleptikum Decentan. Als der Jugendliche sich auf der Abteilung dem Personal gegenüber auch weiterhin »frech« verhielt und wiederholt die Anweisungen der Schwestern missachtete, wurde seine bisherige Tagesdosis von 2×1 Tablette Decentan schließlich verdoppelt. Als sich auch nach einer weiteren Steigerung auf fünf Tabletten keine Besserung einstellte und der Junge aus ärztlicher Sicht »undiszipliniert« blieb, wurden zusätzlich noch 3×1 Megaphen gegeben,⁸¹ obwohl bereits der Decentan-Wirkstoff Perphenazin bei gleicher Dosierung zehn bis 15 Mal stärker wirkt als Chlorpromazin. Als sich sein Verhalten auch weiterhin nicht grundlegend änderte, wurde der Junge schließlich in einen einmonatigen »Dauerschlaf« versetzt.

Interessant ist in diesem wie auch in anderen Fällen, dass sich die gewünschte Besserung des »Zustandsbildes« auch durch die Einleitung der »Dämmer-schlaf-Kuren« – so legen die Eintragungen in den Stationsberichten zumindest nahe – fast nie und wenn, dann nur über kurze Zeiträume hinweg einstellte. Auch der vorgestellte Junge kehrte bald zu seinem alten Verhalten zurück, worauf das Personal mit einer erneuten Veränderung der Medikation reagierte: Nunmehr wurde auf das mittelstarke Neuroleptikum Taxilan umgestellt; hinzu kamen weitere Strafmaßnahmen wie Fixierungen und Verlegungen auf andere Stationen.

»Dämmer-schlaf-Kuren« scheinen im Kinder- und Jugendbereich allerdings nicht in allen Einrichtungen verbreitet gewesen zu sein. In der LVR-Klinik in Bonn wurden sie überhaupt nicht praktiziert.⁸² Auch im Rahmen der medikamentösen Therapie verfügten die Einrichtungen demnach über gewisse Handlungsspielräume, deren Ausgestaltung stark von persönlichen Affinitäten und dem ärztlichen Selbstverständnis des jeweiligen Abteilungsleiters oder Klinikdirektors abhing.

5.5 Medikamentenstudien durch Pharma-Unternehmen

Wie Sylvia Wagner in ihrer Untersuchung von 2016 gezeigt hat, wurden Kinder und Jugendliche in zahlreichen Kinder- und Jugendpsychiatrien bis Mitte der 1970er Jahre für Versuche mit Schlafmitteln und Psychopharmaka herangezogen.⁸³ So ließen große Pharma-Hersteller noch nicht zugelassene Medikamente in enger Zusammenarbeit mit Einrichtungen wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie im niedersächsischen Wunstorf, dem Franz-Sales-Haus in Essen und dem Kinderheim Neu-Düsselthal testen. Auch in Kaufbeuren wurden Versuchsstudien für Medikamente im Auftrag von diversen Arzneimittelfirmen durchgeführt.

81 PK4258.

82 Siehe hierzu die Einrichtungsstudie LÖFFELBEIN: Rheinische Landeslinik Bonn, LE KJP (BRD).

83 WAGNER (2016); FRINGS (2012).

Besonders eindrucksvoll lässt sich aus den Quellen die Kooperation mit dem Pharmaunternehmen Merck nachzeichnen. Am 1. Dezember 1957 brachte Merck das stark wirksame Neuroleptikum Decentan in den Handel, welches die Firma vor und in den Monaten nach der Markteinführung in mehreren stationären Einrichtungen testen ließ – unter anderem durch eine Versuchsreihe im bereits genannten Franz-Sales-Haus in Essen.⁸⁴

Eine Zusammenarbeit mit der Kinderabteilung in Kaufbeuren zog der Merck-Vorstand bezeichnenderweise erstmals in Betracht, nachdem Wolfgang von Hallers pharmafreundlicher Artikel über die Phenothiazin-Behandlung »hirngeschädigter« Kinder im März 1957 im Fachjournal »Der Nervenarzt« erschienen war. Dort hatte sich der Stationsarzt geradezu euphorisch über die zukunftsweisende Rolle der neuen Neuroleptika im kinderpsychiatrischen Bereich geäußert.⁸⁵ In einem Schreiben des Unternehmens vom 22. August 1957 wurden die Pharma-Referenten daraufhin beauftragt, von Haller für das Versuchspräparat T57 [das spätere Decentan; Anm. N. L.] »zu interessieren, für das wir noch keine Angaben über die Dosierung bei Kindern vorliegen haben«. Ein erstes Gespräch in München verlief offenbar erfolgreich, und der Kaufbeurer Nervenarzt gab seine Einwilligung für eine Testung der Substanz in seiner Abteilung, woraufhin 30 Flaschen zu 100 ccm von T57 in Sirupform zugestellt wurden. Anfang November wurde eine weitere Lieferung nach Kaufbeuren bestätigt.⁸⁶ Geprüft wurde das Präparat offenbar auch in den ungleich größeren Erwachsenenabteilungen der Heilanstalt, jedenfalls bestellte auch der Klinikchef Med. Rat. Dr. Schloh Anfang 1958 5.000 Tabletten zu 8 mg zur Prüfung.⁸⁷ In der Kinderabteilung begann die Versuchsreihe allerdings bereits im Oktober 1957 – also eindeutig vor der Markteinführung im Dezember – und endete offenbar im Februar des folgenden Jahres. Von Haller wurde am 28. des Monats schriftlich gebeten, der Firma über seine Erfahrungen mit dem Medikament zu berichten.⁸⁸ Es liegen keine zusammenfassenden Angaben darüber vor, wie viele Kinder insgesamt in Kaufbeuren mit dem Versuchs-Neuroleptikum in Berührung kamen. Allein im Oktober 1957 waren laut Auskunft der Kinderabteilung jedoch neun Patientinnen und Patienten im Alter von vier bis 17 Jahren betroffen. Weil es auf der Kinderstation im Jahr 1957 insgesamt 115 Neuaufnahmen gab,⁸⁹ liegt die Vermutung nahe, dass noch mehr Kinder mit dem Versuchsmedikament T57 behandelt wurden.

84 WAGNER (2016), 93.

85 HALLER (1957).

86 Merck-Archiv, T57, 22.8.1957; Ibid., Herrn Dr. Wolfgang von Haller, Leiter der Kinderabteilung der Heil- und Pflegeanstalt (13b) Kaufbeuren, 14.10.1957. Für die Überlassung der hier und im folgenden zitierten Quellen aus dem Merck-Archiv danken wir den Journalistinnen Pia Dangelmayer und Christiane Hawranek vom BR-Team Recherche.

87 Merck-Archiv, Besuch bei Med. Rat. Dr. Schloh.

88 Merck-Archiv, Herrn Dr. Wolfgang von Haller, Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren, 28.2.1958.

89 JB 1957, 12.

Offenbar verlief die Zusammenarbeit zu beidseitiger Zufriedenheit: So wird in einem Merck-Schreiben vom Februar 1958 berichtet, dass die Versuche bei von Haller wesentlich »günstiger« verlaufen seien als die Anfang des Jahres durchgeführte Reihe im katholischen Franz-Sales-Haus in Essen. Damit wurde nur verklausuliert angedeutet, dass die Verabreichung von T57 an etwa 25 Kinder im Alter von vier bis 15 Jahren in der Essener Anstalt mit schwersten extrapyramidalen Nebenwirkungen in Form von Schrei- und Blickkrämpfen, komaartigen Schlafzuständen, Lähmungen, Benommenheit, Nackensteifigkeit, Muskelspasmen, Rötungen und anderen gravierenden Symptomen verbunden gewesen war.⁹⁰

Unerwähnt bleibt allerdings auch, dass der Essener Heimarzt Waldemar Strehl das Medikament mit Tagesgaben von bis zu 6×8 mg massiv überdosiert hatte, so dass ausgerechnet die Merck-Vertreter den Arzt darauf hinweisen mussten, dass man Dosierungen in dieser Höhe für die Verabreichung an Kinder für ungeeignet halte. Dem ehemaligen außerordentlichen Professor für Rassenhygiene und -pflege an der Medizinischen Akademie Düsseldorf eilte allerdings bereits ein Ruf als »Hardliner« voraus, wie der Merck-Bericht offenlegt. Es werde berichtet, so die Vertreter in ihrem Schreiben, dass Dr. Strehl offenbar einiges »an medikamentösen Nebenwirkungen bei seinen Zöglingen gewohnt ist«.⁹¹ Auch nach der Beendigung seiner Tätigkeit in Essen war Strehl weiter als Anstaltspsychiater tätig, ab 1969 in Haus Hall in Gescher, wo er erneut durch überhöhte Dosierungen von Psychopharmaka auffiel.⁹²

Wie hoch die Dosierung der Substanz durchschnittlich in Kaufbeuren angesetzt wurde, lässt sich nicht abschließend beantworten. Fest steht, dass auch hier bei zahlreichen Kindern extrapyramidale Bewegungsstörungen auftraten (bei zwei von neun allein im Februar 1958). Allerdings scheinen insgesamt niedrigere Einzelgaben verabreicht worden zu sein als zuvor bei der Versuchsreihe im Franz-Sales-Haus, und zwar von maximal bis zu 4 mg. Ob der Umgang mit dem Medikament insgesamt von größerer Vorsicht und Zurückhaltung geprägt war, muss jedoch bezweifelt werden. Ein Bericht der Firma Merck gewährt hier einen punktuellen Einblick in die Behandlungspraxis von Hallers auf der Kinderstation insgesamt. So führte der Psychiater bei einem 17-jährigen Jugendlichen, der aufgrund von Alkoholismus behandelt wurde, mit T57 eine »Dämmerschlaftherapie« in Kombination mit dem Schlafmittel Luminal durch, worauf es am vierten Tag zu einem schweren »Gähnkrampf« kam. Gegen die extrapyramidalen Nebenwirkungen verabreichte von Haller daraufhin ein weiteres Versuchsmedikament, ein nicht näher benanntes Antiepileptikum der Firma Chemische Industrie Basel (CIBA). Die Symptome klangen ab, und T57 wur-

90 Merck-Archiv: Behandlung mit Medikament T57, Strehl, 28.1.1958.

91 WAGNER (2016), 94.

92 Vgl. die Einrichtungsstudie LÖFFELBEIN: Haus Hall Gescher, kath. BH (BRD).

de abgesetzt. Ob der Stationsarzt die Risiken bei der zeitgleichen Verabreichung von zwei Versuchsmedikamenten, deren Wirkung es ja gerade noch zu erforschen galt, zu diesem Zeitpunkt realistisch einschätzen konnte, ist fraglich. Allerdings war im Begleitprospekt der Firma Merck explizit davon abgeraten worden, das Präparat für die Einleitung von Schlafkuren einzusetzen; auf diese Einschränkung mussten Merck-Vertreter den Stationsarzt in einem Gespräch erst ausdrücklich hinweisen. Auch bei der Behandlung eines an »traumatischer Epilepsie« erkrankten Kindes mit T57 (hier sollte es gegen die »Umtriebigekeit« des Patienten helfen), musste sich der Arzt an die im Prospekt dargestellten »Einschränkungen« bei der Anwendung der Arznei bei Anfallsleiden erinnern lassen. Dennoch kam Merck insgesamt zu dem Ergebnis, dass die »Unruhezustände« in anderen Fällen mit Erfolg gedämpft worden seien, ohne dass Nebenwirkungen auftraten. Ein Kind mit »frühkindlichen Hirnschaden« sei so angeblich sogar auf Hilfsschulniveau gebracht worden.⁹³

Getestet wurde der Wirkstoff mit Blick auf die vorgenommenen Dosierungen als Tranquilizer. Die zur Studie ausgewählten Minderjährigen zeigten dem offiziellen Bericht zufolge demnach in der Regel »Unruhe« oder »Erregungszustände«. Noch detaillierter lässt sich die Verabreichung von T57 anhand der überlieferten Patientinnen- und Patientenakten nachvollziehen: In den neun für diese Einrichtungsstudie gezogenen Akten des Jahres 1957 fanden sich zwei Kinder, denen das Versuchspräparat T57 im Herbst des Jahres über einen gewissen Zeitraum verabreicht wurde: Beim ersten Probanden handelt es sich um einen 14-jährigen Jugendlichen aus Augsburg.⁹⁴ Eingewiesen worden war der Junge von der städtischen Kinderklinik Augsburg mit dem Verdacht auf »Mustismus«, einer seltenen Sprachstörung, in deren Folge die Kinder unfähig sind, mit anderen Menschen zu kommunizieren, obwohl keine Schädigung der Sprachorgane vorliegt. In Kaufbeuren wurde dieser vorläufige Befund jedoch in die endgültige Diagnose »erheblicher Schwachsinn« umgewandelt, da man seine Verständigungsunfähigkeit als angeborenes intellektuelles Defizit einstuft. Welche medizinische Indikation in den Augen der Psychiater eine Anwendung des hochpotenten Neuroleptikums T57, dessen Wirkstärke wie erwähnt bis zu 15 Mal höher lag als beim Megaphen, rechtfertigte, oder ob der Junge mehr oder weniger zufällig in die Reihe aufgenommen wurde, lässt sich anhand der vergleichsweise schmalen Patientenakte nicht rekonstruieren. Im Stationsbericht finden sich auch keine Hinweise auf starke Erregungszustände, die aus damaliger Sicht eine Sedierung notwendig hätten erscheinen lassen. Vermerkt ist lediglich, dass dem Jungen der Abschied von seinem Vater am 12. November 1957 sehr schwerfiel und er im Anschluss »aus Leibeskräften schrie«, wie die Stationschwester vermerkte. Möglicherweise hielt das Heimweh so lange an, dass dem Jungen ab dem

⁹³ Merck-Archiv, Besuch bei Dr. Wolfgang von Haller.

⁹⁴ PK5357.

14. November schließlich ein bis zwei Mal täglich 2 mg T57 gegeben wurden; ab dem 17. November erhöhte man die Dosis auf drei Tageseinheiten.

Am 17. November 1957 erlitt das Kind bei einem Spaziergang daraufhin einen schweren Krampfanfall, mit dem eine völlige Versteifung der Körpermuskulatur, ein Zustand der psychischen Apathie und bleierne Müdigkeit einhergingen. Die Symptome hielten bis zum nächsten Tag an. Am Folgetag wurde T57 schließlich abgesetzt, zur Muskelentspannung wurde das Medikament Bellafolin verabreicht. Dass der Krampfanfall für die Absetzung des Neuroleptikums verantwortlich zeichnet, scheint nahezuliegen, insbesondere da die Symptome mit den im Franz-Sales-Haus beschriebenen Symptomen identisch waren. Am 12. Dezember wurde der Patient schließlich nach Hause entlassen, und zwar ohne eine weiterführende Maßnahme zu empfehlen, was vergleichsweise selten geschah. Besonders auffällig erscheint, dass Stationsarzt von Haller im diesbezüglichen Schriftverkehr und in seinen Berichten über den Einsatz des Versuchspräparats T57 schwieg. In seinem Abschlusschreiben an die städtische Kinderklinik Augsburg erwähnt er zwar, der Patient habe einen »eigenartigen, kurzdauernden Abwesenheitszustand« gezeigt, weiter wurde zu dem Vorfall allerdings nicht Stellung genommen. Es ist jedoch unwahrscheinlich, dass von Haller den kausalen Zusammenhang zwischen der Gabe des Versuchspräparats und den kurz darauf auftretenden Symptomen nicht erkannt hatte, zumal er das Medikament daraufhin absetzte. Insofern muss gefragt werden, warum er den Sachverhalt in seinem Schreiben an den »verehrten Kollegen« in Augsburg nicht zur Sprache brachte.

Übergangen wird die Verabreichung von T57 auch gegenüber den Eltern. Diese nahmen am Aufenthalt ihres Sohnes in der Beobachtungsstation großen Anteil. In der Akte finden sich mehrere Schreiben des Vaters, der sich nach Befinden und Fortschritten des Kindes erkundigt und deren Duktus eine große Sorge um das Wohl des Sohnes erkennen lässt. Es deutet allerdings nichts darauf hin, dass die Eltern von der Durchführung einer Medikamentenstudie an ihrem Kind unterrichtet waren, geschweige denn einer solchen zugestimmt hätten. Die Medikamentenvergabe wird auch im Antwortschreiben an den Vater mit keinem Wort erwähnt. Von Haller merkt nur nüchtern an, er Junge habe sich anfangs schwer eingelebt, sich »aber jetzt an seine neue Umgebung gewöhnt«.

Weitaus lückenhafter ist die Verabreichung von T57 an eine weitere Versuchsperson dokumentiert, und zwar an ein im November 1957 siebenjähriges Mädchen aus Oettingen.⁹⁵ Auch hier ist nicht ersichtlich, warum die Patientin mit einem stark sedierenden Neuroleptikum behandelt wurde; die Berichte geben jedenfalls keine Hinweise auf ein auffälliges Verhalten. Das Mädchen wird im Gegenteil als »schüchtern, ruhig, unauffällig, zurückhaltend« beschrieben, ein Kind, das zumeist mit sich selbst spielte und Fragen, wenn überhaupt, nur mit »ja« oder »nein« beantwortete. Eingewiesen wurde das Kind

am 10. Oktober 1957 vom Hausarzt mit der vorläufigen Diagnose »Sprechhemmung«. Auch hier wurde in Kaufbeuren jedoch auf »Schwachsinn« entschieden, da das Mädchen bei der Prüfung der Intelligenzleistung nur unterdurchschnittliche Ergebnisse erzielte.⁹⁶ Wie in so vielen anderen Fällen wurde ein »frühkindlicher Hirnschaden« angenommen, ohne diesen jedoch organisch nachweisen zu können. Die Behandlung mit T57 setzte ab dem 15. November ein, mit einer Dosis von 2×2 mg T57 pro Tag, auch hier wurde weniger als den Versuchskindern in Essen verabreicht (4–8 mg). Allerdings bleibt unklar, wie lange die Medikation aufrechterhalten wurde, da die täglichen Dosierungsaufzeichnungen ab dem 18. Oktober nicht mehr weitergeführt wurden. Auch im Schwesternbericht klafft zwischen dem 11. und 31. Oktober eine Lücke. Über die Gründe kann nur spekuliert werden. Auch in diesem Fall wird die Behandlung mit T57 im ärztlichen Diagnosebericht sowie im Schreiben an den Hausarzt nicht geschildert. Am 24. November wurde das Mädchen nach Hause entlassen.

Augenscheinlich vermittelte von Haller dem Merck-Konzern im Februar 1958 den Eindruck, dass die Erfahrungen mit dem späteren Decentan überwiegend positiv ausgefallen waren. So hob er als Vorteil gegenüber anderen Wirkstoffen wie Reserpin, insbesondere die »erhaltene Regsamkeit« der Patientinnen und Patienten hervor. Merck zeigte sich in einem Brief jedenfalls sehr interessiert an einer befürwortenden Publikation, in der von Haller nach Möglichkeit die Überlegenheit von Decentan in der Therapie gegenüber anderen Produkten herausstellen sollte. Das Schreiben schließt mit der Zusicherung, sich für die »Bemühungen [...] gerne selbstverständlich erkenntlich zeigen« zu wollen, womit man wohl eine finanzielle Zuwendung für den Fall einer positiven Besprechung des neuen Neuroleptikums in Aussicht stellte. Dieses Vorgehen scheint angesichts des kaum regulierten Zulassungsverfahrens für neue Wirkstoffe in den 1950er bis 1970er Jahren durchaus der gängigen Praxis entsprochen zu haben, da die klinischen Studien bei Medikamenten im Wesentlichen nahezu ohne staatliche Kontrollinstanz im direkten Kontakt zwischen den Pharmaunternehmen und den Kliniken und Anstaltsärzten abgewickelt wurden; Korruption und Absprachen waren so Tür und Tor geöffnet.⁹⁷

Neben T57 wurden in Kaufbeuren auch andere Versuchspräparate getestet, wie die bereits erwähnte Verabreichung des CIBA-Präparats im Oktober 1957 gezeigt hat. Es lassen sich in den Akten noch weitere Hinweise auf Testungen finden: So verabreichte man einem 14 Jahre alten Jugendlichen, der aufgrund von Schulschwierigkeiten zur Beobachtung kam und dem eine »posttraumatische Gehirnschädigung« attestiert wurde, im Juli 1960 mehr als einen Monat lang (23.6.–30.7.) täglich eine Tablette eines

⁹⁶ Da in den IQ-Tests der 1950er Jahre allerdings fast ausschließlich Schulwissen abgefragt wurde, muss die Aussagekraft der Testungen in vielen Fällen bezweifelt werden.

⁹⁷ Merck-Archiv, Merck an Haller, 9.2.1958.

Neuroleptikums mit der vorläufigen Bezeichnung »R1647«, vor Markteinführung die Codierung des Antipsychotikums »Butyrophenon«. Am 30. Juli setzte man das Präparat jedoch ab, da »es sich bei ihm [dem Patienten] nicht bewährt« habe. Der Junge wurde daraufhin wieder auf die Antiepileptika Apydan und Soprentin eingestellt, um seiner »Gereiztheit u. Aggressivität« entgegenzuwirken. Der Bericht macht keine genaueren Angaben, warum sich das Medikament nicht »bewährte«, also ob es nicht die gewünschte Sedierung erzielte oder ob die extrapyramidalen Nebenwirkungen eine Absetzung notwendig machten. Da im Schwesternbericht, aber auch während der Medikation mit R1647 über sein Verhalten geklagt wird und er in der Eintragung vom 30. Juli 1960 als »unerträglich« tituliert wird, ist eher davon auszugehen, dass das Medikament entweder keinen Effekt zeigte oder die Unruhe durch die Behandlung sogar noch gesteigert wurde. Auch in diesem Fall wird in der Epikrise zwar die Gabe von Apydan und Soprentin verzeichnet, die Behandlung mit R1647 dagegen verschwiegen.⁹⁸

5 Literaturverzeichnis

- BANGEN, Hans (1992), *Geschichte der medikamentösen Therapie der Schizophrenie*, Berlin.
- Beddies, Thomas/Dörries, Andrea (Hrsg.) (1999), *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919 bis 1960*, Husum.
- BRINK, Cornelia (2010), *Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860–1980*, Göttingen.
- CRANACH, Michael u. a. (2012), Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren. In: Ders. u. a. (Hrsg.), *Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die Bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945*, 2. Auflage, München, S. 265–238.
- FEHLEMANN, Silke/SPARING, Frank (2017), *Gestörte Kindheiten. Lebensverhältnisse von Kindern und Jugendlichen in psychiatrischen Einrichtungen des Landschaftsverbandes Rheinland (1945–1975)*, Berlin.
- FRINGS, Bernhard (2012), *Heimerziehung im Essener Franz-Sales-Haus 1945–1977. Strukturen und Alltag in der »Schwachsinnigen-Fürsorge«*, Münster.
- GULEKE, N. (Hrsg.) (1951), *Allgemeine und spezielle Chirurgie*, Bd. 7, Teil 1, 2. Auflage, Berlin/Heidelberg.
- HALLER, Wolfgang von (1957), Kurze vorläufige Mitteilung über die Phenothiazinbehandlung post-encephalitischer Kinder. In: *Der Nervenarzt* 28, 3, S. 130 f.
- HÄHNER-ROMBACH, Sylvelyn (2017), Patientinnen und Patienten der Kinderbeobachtungsstation Innsbruck: Einweisung und Aufenthalt zwischen 1949 und 1989 im Spiegel der Krankenakten. In: *Medizinhistorisches Journal* 52, S. 308–351.
- KAMINSKY, Uwe/FRINGS, Bernhard (2012), *Gehorsam, Ordnung, Religion. Konfessionelle Heimerziehung 1945–1975*, Münster.
- LABHARDT, F. (1966), Die Anwendung von Psychopharmaka in der psychosomatischen Medizin. In: Ernst JUCKER (Hrsg.), *Fortschritte der Arzneimittelforschung*, Basel, S. 530–583.
- MADER, Ernst T. (1982), *Das erzwungene Sterben von Patienten der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren-Irsee nach Dokumenten und Berichten von Augenzeugen*, Blöcktach.
- MAYRHOFER, Hemma u. a. (Hrsg.) (2017), *Kinder und Jugendliche mit Behinderungen in der Wiener Psychiatrie von 1945 bis 1989. Stationäre Unterbringung am Steinhof und Rosenhügel*, Wien.
- STREHL, Waldemar (1958), Erfahrungen mit Reserpin bei der Behandlung unruhiger und überaktiver Kinder und Jugendlicher. In: *Der Nervenarzt* 28, 6, S. 271–273.
- WAGNER, Sylvia (2016), Ein unterdrücktes und verdrängtes Kapitel der Heimgeschichte Arzneimittelstudien an Heimkindern. In: *Sozial.Geschichte Online* 19.
- WITTERN, R. (1983), Die Geschichte psychotroper Drogen vor der Ära der modernen Psychopharmaka. In: Gerhard Langer/Harald Heimann (Hrsg.), *Psychopharmaka – Grundlagen und Therapie*, Wien, S. 3–23.

XII Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung der Pfälzischen Nervenlinik Landeck

Christof Beyer

Inhalt

1	Einrichtungstyp und Quellenbasis	650
2	Historische Entwicklung der Einrichtung	650
3	Räumliche Beschaffenheit und materielle Ressourcen	652
4	Sozialprofil der Kinder und Jugendlichen und ihre Wege in die Einrichtung	654
5	Pädagogik und Lebensalltag	655
6	Medizinisch-therapeutischer Bereich	661
7	Medikation	663
8	Literaturverzeichnis	668

1 Einrichtungstyp und Quellenbasis

Die kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung der Pfälzischen Nervenlinik Landeck bei Klingenstein in der Südpfalz wurde 1954 mit 46 Behandlungsplätzen auf zwei Stationen (K1 und K2) eröffnet. Sie diente vorrangig der kurzzeitigen Aufnahme von Kindern und Jugendlichen zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken. 1957 kam eine weitere Station für »nicht mehr formbare« Minderjährige hinzu (K3). Die Kinder- und Jugendpsychiatrie erhielt 1973 einen Neubau und besteht in veränderter Form noch heute als Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Pfalzklunikums.

Als Quellengrundlage der Untersuchung dient neben bereits publizierten Untersuchungen zu den Rahmenbedingungen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilung eine strukturierte Stichprobe von 77 Akten des Depositums »Historisches Patientenaktenarchiv« (Bestand T24) im Landesarchiv Speyer. Hierzu wurden aus der vorhandenen Datenbank zum Depositum diejenigen Patientinnen und Patienten herausgefiltert, die in den Aufnahmejahren 1949 bis 1955 minderjährig (21 Jahre alt oder jünger) waren. Aus den so gewonnenen rund 400 Datensätzen wurde aufsteigend nach Aufnahmejahr jede fünfte Akte ausgewertet.

Dazu kamen 19 Patientinnen- und Patientenakten, die nach den gleichen Kriterien (Geburtsdatum und Aufnahmejahr) für die Jahre 1956-1958 von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Landesarchivs Speyer gezogen wurden. Diese Stichprobe stammt aus den anlässlich des Projekts für den Bestand T24 verzeichneten, regelmäßigen Aktenabgaben des Pfalzklunikums an das Landesarchiv. Aufgrund archivrechtlicher Beschränkungen in Rheinland-Pfalz war eine Auswertung über das Jahr 1958 hinaus nicht möglich. Eine Analyse der genannten Stichprobe aus den neu verzeichneten Patientinnen- und Patientenakten konnte nach intensiven archiv- und datenschutzrechtlichen Prüfungen durch das Landeshauptarchiv Koblenz geleistet werden.

2 Historische Entwicklung der Einrichtung

Das heutige Pfalzklunikum für Psychiatrie und Neurologie in Klingenstein wurde als »Kreis-Irrenanstalt« 1857 in der damals bayerischen Pfalz eröffnet. Sie diente als Einrichtung für Erwachsene mit psychischen Erkrankungen, während eine weitere psychiatrische Anstalt in Frankenthal bei Ludwigshafen am Rhein für die Aufnahme von minderjährigen Patientinnen und Patienten gedacht war. Spätestens nach der Zerstörung der Frankenthaler Anstalt 1943 durch alliierte Luftangriffe ist aber davon auszugehen, dass auch Kinder und Jugendliche in Klingenstein behandelt und ver-

wahrt wurden. So lassen sich unter den 2.243 in den Jahren 1940–1945 in der Anstalt verstorbenen Patientinnen und Patienten mindestens 66 Minderjährige finden, die vor allem in den letzten Kriegsjahren unter den Bedingungen struktureller und vorsätzlicher Mangelversorgung ums Leben kamen.¹

Die schlechte Versorgungs- und Ernährungslage hielt in der unmittelbaren Nachkriegszeit bis 1949 an. Gleichzeitig sorgte Heinrich Schmidt (1893-1951), seit den 1920er Jahren Arzt in der Anstalt und nach 1945 ihr Direktor, für die Aufnahme neuer Patientinnen- und Patientengruppen in die Einrichtung, um deren Unterbelegung als Folge der Deportationen und des Massensterbens im Nationalsozialismus auszugleichen. Zu diesen neuen Patientinnen- und Patientengruppen gehörten auch 46 als »bildungsunfähig« angesehene Kinder des katholischen Landeserziehungsheims Landau-Queichheim, die 1947 nach Klingenmünster verlegt wurden. Nachdem der Bezirksverband Pfalz als Träger die Anstalt Frankenthal nach dem Zweiten Weltkrieg nicht wieder in Betrieb nahm, befanden sich 1950 etwa 80 Minderjährige in einer Klingenmünsterer Kinderabteilung, die dort nach zeitgenössischen Quellen »nach dem Grad ihrer Pflegebedürftigkeit« zusammengefasst waren.²

Nach dem Tod von Heinrich Schmidt 1951 stellte der Bezirksverband Pfalz 1952 Gerhart Mall (1909-1983) als neuen Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster ein. Mit der Umbenennung der Einrichtung in Pfälzische Nervenlinik Landeck (PNL) 1953 sollte es zu einer Neustrukturierung der Anstalt als klinische Einrichtung kommen, wozu auch die Etablierung einer Abteilung für Minderjährige gehörte. Diese kinderpsychiatrische Abteilung wurde offiziell 1954 eröffnet und stand unter der Leitung von Hans Robert Fetzner (1924–1993) und Bergith Graetz (1922–1970). Beide kannte Mall bereits von seiner vorangegangenen Tätigkeit in der Universitätspsychiatrie Tübingen; sie hatten dort auch einen Teil ihrer Qualifizierung auf der dortigen Kinderabteilung absolviert. Neben den Erfahrungen von Graetz und Fetzner auf der Tübinger Kinderabteilung sprachen laut Mall auch ihre Kenntnisse in der Elektro-Enzephalographie (EEG), ihre Erfahrungen beim Einsatz fermentchemischer Untersuchungen sowie ihr Interesse an testpsychologischen und psychotherapeutischen Verfahren eine gewichtige Rolle, um mit der kinderpsychiatrischen Abteilung einen Beitrag zur Umstellung der Einrichtung auf eine vorrangig »klinische Heilbehandlung« zu leisten.³

1 ROTZOLL (2017), 518. Den nationalsozialistischen Patientinnen- und Patientenmorden, der »dezentralen Euthanasie« sowie den Aktionen gegen »sicherungsverwahrte« Patientinnen und Patienten sowie Zwangsarbeiterinnen und Zwangsarbeitern fielen in der Heil- und Pflegeanstalt im Zeitraum von 1940 bis 1945 mindestens 2.000 Männer, Frauen und Kinder zum Opfer. Vgl. BEYER (2009), 171.

2 ROTZOLL (2017), 519.

3 Ibid., 520 f.

3 Räumliche Beschaffenheit und materielle Ressourcen

Bei Eröffnung der kinderpsychiatrischen Abteilung der PNL im Juli 1954 verfügte diese Abteilung über 46 Behandlungsplätze auf zwei zusammenhängenden, auf einem Stockwerk liegenden Stationen mit der Bezeichnung K1 und K2. Die Stationen waren in einem gesonderten Gebäude untergebracht, das vormals als »Siechenhaus« diente und für den neuen Zweck saniert wurde. Gleichzeitig mit den Kinderstationen war im Haus eine Beobachtungsstation für männliche Erwachsene untergebracht. Es handelte sich dabei um eine Abteilung für Alkoholranke, die ein Stockwerk über der Kinderstation lag.⁴ Im Zuge der Umbaumaßnahmen sei auch nach Angaben des damaligen Klinikdirektors Mall »erstmal« der Versuch unternommen worden, »auf Metallgitter vor den Fenstern zu verzichten«.⁵

Folgt man den Angaben einer Festschrift zum 100-jährigen Bestehen der Anstalt aus dem Jahre 1957, wurde bereits in den ersten drei Jahren des Bestehens der Abteilung bei etwa 500 Minderjährigen eine diagnostische Abklärung durchgeführt. Darüber hinaus bezeichnete der Klinikdirektor Mall die Funktion der Abteilung als »Zentrum der Erziehungsberatung von schwererziehbaren und entwicklungsgefährdeten Kindern« und unterstrich damit die Rolle der kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen der PNL als »Schaltstelle« zwischen Psychiatrie, Fürsorgewesen und Jugendämtern sowie seine Vermittlungstätigkeit für Pflegefamilien, Heime und Hilfsschulen.⁶

In den folgenden Jahren wurde wiederholt die Bedeutung der Kinder- und Jugendpsychiatrie der PNL als einzige Einrichtung ihrer Art im Land Rheinland-Pfalz hervorgehoben. Diese drückte sich auch in ihrer Funktion als »zentrale Untersuchungsstelle des Landesjugendamtes« ab 1957 aus und führte zu wiederkehrenden Initiativen der Klinikverantwortlichen, die Abteilung finanziell und personell stärker zu unterstützen.⁷ In einer Denkschrift forderte Mall 1959 eine personelle und räumliche Erweiterung der jugendpsychiatrischen Abteilung und betonte, dass die Schaffung von geeigneten Unterrichts-, Spiel-, Werk- und Therapieräumen eigentlich einen kompletten Neubau erfordern würde.⁸ Es vergingen allerdings noch weitere 14 Jahre, bis diese Forderung mit der Errichtung eines Neubaus für die Jugendklinik im Jahr 1973 unter der Regierung

⁴ Interview von Christof Beyer mit der ehemaligen Mitarbeiterin N.N. [anonymisiert], 26.8.2008, 23:28-23:30. Das Interview wurde im Rahmen des Dissertationsvorhabens zur Geschichte der Psychiatrie in Klagenfurt von Christof Beyer geführt und wird mit Zustimmung der Interviewten vom 18.10.2019 für diese Darstellung verwendet.

⁵ BEYER (2009), 198.

⁶ ROTZOLL (2017), 522.

⁷ Ibid.

⁸ BEYER (2009), 199.

des rheinland-pfälzischen Ministerpräsidenten Helmut Kohl und des Landesgesundheitsministers Heiner Geißler tätiges Gehör fand.

Parallel zur »modernen« Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie entstand bereits 1957 eine gesonderte Station für etwa 20 »nicht mehr formbare, hochgradig schwachsinnige Kinder«, die sogenannte K3. Obwohl Mall schon 1959 den Klinikträger darum bat, diese Minderjährigen zur »räumlichen Entlastung« in karitative Heime zu verlegen, bestand diese Abteilung bis in die 1980er Jahre. Sie war außerhalb des 1973 eingeweihten Neubaus für die Kinder- und Jugendpsychiatrie untergebracht und stellte einen vernachlässigten Sonderbereich innerhalb der Versorgung minderjähriger Patientinnen und Patienten dar. Ehemalige Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter erinnern sich an die K3 als »Gulag«, in dem die Kinder »alle fixiert« und »weggesperrt« wurden.⁹ Wie der Nachfolger Gerhart Malls, Hans-Joachim Haase (1922–1997), im Jahr seines Dienstantritts als Klinikdirektor der PNL 1973 feststellte, befanden sich auch nach wie vor Jugendliche auf den Erwachsenenstationen der Klinik wie der »Altersstation« C3. Dort waren nach seinen Angaben »12 tiefstehend schwachsinnige Kinder, z. T. bettlägerig im gleichen Raum mit Erwachsenen« untergebracht, »bei denen sogar die Gefahr besteht, daß sie durch ungeduldige Erwachsene geschlagen werden.«¹⁰

Zur Betreuung der Kinder und Jugendlichen wurden ab 1954 zwei Kinder- und Säuglingskrankenschwestern angestellt. 1958 folgte die Beschäftigung einer Lehrerin, so dass die aufgenommenen Kinder nicht wie zuvor ihre Schulausbildung unterbrechen mussten. 1960 wurde das spezialisierte Personal um zwei Kindergärtnerinnen verstärkt, zwei Jahre später kam eine Psychologin hinzu. Mit der Eröffnung des Neubaus für die Kinder- und Jugendpsychiatrie 1973 bewilligte das rheinland-pfälzische Sozialministerium weitere Stellen für Psychologinnen und Psychologen, Heilerziehungshelferinnen und -helfer, Sozialpädagoginnen und -pädagogen und Logopädinnen und Logopäden.¹¹

Für diagnostische Zwecke und zur Behandlung konnte die kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung darüber hinaus auf eine Röntgenstation, ein EEG-Labor sowie Stoffwechsellabore zurückgreifen, die 1952 eingerichtet wurden. 1963 kam ein endokrinologisches Labor hinzu, das sich unter anderem der Behandlung von Kleinwuchs und »Genitalfehlentwicklungen« bei Minderjährigen widmete.¹²

9 Ibid., 226.

10 Hans-Joachim Haase, Ausblicke zur Weiterentwicklung der Pfälzischen Nervenlinik Landeck unter besonderer Berücksichtigung der Erwachsenen-Psychiatrie, 1973, Archiv des Pfalzkrankenhauses.

11 BEYER (2009), 199, 226.

12 LASCHET/FETZNER/LASCHET (1968).

4 Sozialprofil der Kinder und Jugendlichen und ihre Wege in die Einrichtung

Mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen aus der ausgewerteten Patientinnen- und Patientenakten-Stichprobe kam von zu Hause in die Klinik (70 Prozent). Deutlich geringer ist der Anteil der Minderjährigen, die aus Fürsorgeeinrichtungen in die PNL überwiesen wurden (17 Prozent). Bei etwas mehr als der Hälfte der Patientinnen und Patienten lebten die leiblichen Eltern zusammen (58 Prozent), während bei 29 Prozent der Aufgenommenen die Mutter alleinerziehend war, ein Elternteil mit einem neuen Partner zusammenlebte oder die Erziehung durch eine Pflegefamilie, andere Verwandte oder in einem Heim bzw. einer Fürsorgeeinrichtung stattfand.

Entsprechend dem von Thomas Beddies und Andrea Dörries vorgeschlagenen Schema¹³ können die aufgenommenen minderjährigen Patientinnen und Patienten anhand des elterlichen Berufes sozialen Milieus zugerechnet werden:¹⁴

1. Unterschicht (arbeitslos, arbeitsunfähig, ungelernt, Landarbeiter, Arbeiter, Kleinbauern). In diese Kategorie fallen 20 Prozent des Samples.
2. Mittelschicht (Handwerker, kleine Angestellte/Beamte, Kaufleute, Wirte, mittlere Beamte/Angestellte, Vollbauern). 31 Prozent der Kinder zählen zu dieser Kategorie.
3. Oberschicht (mittlere Unternehmer, gehobene Beamte/Angestellte, Akademiker). Diesen Hintergrund erfüllten 2,2 Prozent der Kinder.
4. Keine Zuordnung möglich (verschollen, verstorben, keine Angaben). Dies betraf 47 Prozent der Fälle.

Der überwiegende Teil der aufgenommenen minderjährigen Patientinnen und Patienten besuchte bei Aufnahme eine Schule bzw. hatte diese bereits abgeschlossen (69 Prozent), in 21 Prozent der gesichteten Fälle lag kein Schulbesuch vor. Bei rund 32 Prozent erfolgten die Überweisung bzw. Einweisung durch staatliche Stellen wie dem Gesundheitsamt, dem Jugendamt oder der Fürsorgestelle, unter Beteiligung der Polizei oder durch eine Erziehungsanstalt bzw. ein Heim. Dagegen überwogen mit 57 Prozent die Klinikaufnahmen aufgrund der Überweisung von ambulanten Stellen wie dem behandelnden Hausarzt und/oder auf Initiative der Angehörigen.

Bei fast einem Drittel (29 Prozent) lassen die Akten die Zuschreibung von sozialen Auffälligkeiten vor der Aufnahme erkennen. Hierzu gehören Straftaten (vor allem Eigen-

13 BEDDIES/DÖRRIES (1999), 329.

14 Neben der Einschränkung der Aussagekraft durch fehlende Angaben hierzu in etwa der Hälfte der untersuchten Fälle kommt ebenfalls einschränkend hinzu, dass ein größerer Teil der in der Stichprobe untersuchten Patientinnen und Patienten zwar nach der gültigen Gesetzeslage bei Aufnahme noch minderjährig (also unter 21 Jahre alt) war, sich jedoch bereits in einer Berufsausbildung befand oder diese bereits abgeschlossen hatte.

tumsdelikte), sexuelle Auffälligkeiten¹⁵, Suizidversuche¹⁶ und »Weglaufen« von zuhause, aus dem Heim oder von der Lehrstelle¹⁷ bzw. »Streunen« oder »Herumtreiben«¹⁸. In fast einem Viertel (23,3 Prozent) der gesichteten Unterlagen ergaben sich Hinweise auf die Zuschreibung aggressiven Verhaltens vor dem Klinikaufenthalt.¹⁹

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der minderjährigen Patientinnen und Patienten im ausgewerteten Sample lag bei 184 Tagen, wobei das Minimum bei einem Tag und das Maximum bei einem Zeitraum von mehr als acht Jahren lagen. Zum Zeitpunkt der Aufnahme hatten die Patientinnen und Patienten der Stichprobe ein Alter von einem bis 20 Jahren.

5 Pädagogik und Lebensalltag

Spiel- und Beschäftigungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche in der PNL lassen sich meist nur durch diskrete Hinweise herausarbeiten, die *en passant* in der Krankengeschichte oder – wenn überliefert – in den Pflegeberichten zu finden sind und die als klinikeigene Routinen meistens nur im Kontext anderer Ereignisse festgehalten wurden.

So lassen sich Hinweise auf körperbetonte Spiele wie dem sogenannten Schinkenpatschen und einen »Ringkampf« finden²⁰ sowie auf das Vorhandensein von Spiel- und Bildungsmaterialien wie Bauklötze²¹ oder Kinderbücher.²² Erwähnt werden zudem die Durchführung von »Spielstunden«²³ sowie die Möglichkeit zum »Singen und Musizieren«²⁴, der Besuch von Kinovorstellungen²⁵ oder Spaziergängen im direkt hinter der Klinik beginnenden Pfälzer Wald oder zu einer nahegelegenen Burg.²⁶

Schilderungen einer ehemaligen Mitarbeiterin heben in diesem Kontext die besonderen Bedingungen in der Ausstattung und Versorgung jener Abteilung für »nicht mehr

15 Landesarchiv Speyer (LASP): Bestand T24 (Patientenakten der Heil- und Pflegeanstalt Klingenstein), Nr. 13305, 2026, 10642, 1394, 2183.

16 LASP: T24, Nr. 6525, 6724, 2334, 6103, 320, 6724, 17.

17 LASP: T24, Nr. 6103, 10217, 7856.

18 LASP: T24, Nr. 8030, 14175, 8964.

19 LASP: T24, Nr. 7856, 11201, 8299, 8030, 8964, 1168, 1566, 7180, 149, 7794, 8660, 6525, 6724, 2026, 5168, 6580.

20 LASP: T24, Nr. 7856, 7180.

21 LASP: T24, Nr. 12503.

22 LASP: T24, Nr. 8299.

23 LASP: T24, Nr. 8.

24 LASP: T24, Nr. 11201.

25 LASP: T24, Nr. 1394.

26 LASP: T24, Nr. 5896, 11772, 9711, 320.

formbare, hochgradig schwachsinnige Kinder« hervor, die ab 1957 in der Pfälzischen Nervenlinik eingerichtet wurde (vgl. Kap. 3). Die Ausstattung der Abteilung sei bis in die 1970er Jahre sehr spärlich gewesen, es gab »kein Spielzeug, nix«, und auch »Beschäftigungsmaterial war nie da«. Auf private Initiativen hin seien »'ne Schaufel« und »'nen Sandkasten« besorgt worden, »mehr hatte man nicht«. ²⁷ Bei Bildung dieser Abteilung in einer ehemaligen »Siechenstation« hätte am Anfang niemand vom Personal die Namen der Patientinnen und Patienten gewusst, die alle bis auf ein Kind bettlägerig gewesen wären: ²⁸

»Und mit dem Laufe der Zeit [...] waren alle Kinder auf, konnten alle raus, bis auf ein Kind, das wirklich nicht raus konnte. Alle Kinder habe ich außen, des war mein Stolz, ich hab sie alle soweit gebracht, dass sie raus konnten. Die mussten angezogen – das Personal war nicht immer meiner Meinung, aber die müssen angezogen werden, müssen rausgesetzt werden, müssen gefüttert werden. Und dann sind sie geführt worden, und so langsam haben sie's Laufen gelernt. Und so ging das weiter, bis auf ein Kind, das konnte man nimmer mobilisieren. Und des war dann mein Stolz, da war ich ganz glücklich. Wir haben mit dene Kinder Weihnachtsfeiern gemacht, Märchen gespielt. Ah, sie konnten Spiele machen, sie konnten raus, konnten spazieren gehen, immer unter Aufsicht natürlich, mit Begleitung.«²⁹

Die Frage nach dem Erziehungsstil und der pädagogischen Praxis in Bezug auf minderjährige Patientinnen und Patienten in der PNL führt direkt zu der Frage nach pädagogischer Gewalt, also von Straf- und Disziplinierungsmaßnahmen. Besonders in den vorhandenen Pflegeberichten lassen sich dazu Hinweise aus dem Sprachgebrauch des betreuenden Personals gewinnen, welche die Atmosphäre und Haltung gegenüber den Minderjährigen verdeutlichen. Als exemplarisch für die Kriterien einer positivverstärkenden Verhaltensbewertung kann dabei folgender Eintrag von 1951 aus einer Krankengeschichte einer zu diesem Zeitpunkt 17-jährigen Patientin gelten, der in diesem Kontext die zentralen Schlagwörter vereint: »Unauffällig, freundlich, gut ansprechbar, lässt sich leicht lenken, auf der Abt. anständig, hatte niemals Konflikte mit anderen, fügte sich in die Ordnung ohne Widerspruch.«³⁰

Als Kehrseite dazu finden sich in den Pflegeberichten und den Krankengeschichten wiederholt abwertende Bezeichnungen für das Verhalten von Minderjährigen. Dazu gehören Begriffe und Wendungen wie »verhätschelt«, »hemmungslos«, »heimtückisch«, »hinterlistig«, »spitzbübisch«, »böartig«, »unerträglich«, »ungezogen«, »vorlaut«, »patzig«, »freundlich-blöde«, »trottelhaft«, »gibt nur einige tierische Laute von sich«, »wie

27 Interview von Christof Beyer mit der ehemaligen Mitarbeiterin N.N. [anonymisiert], 26.8.2008, 50:22-50:57.

28 Interview von Christof Beyer mit der ehemaligen Mitarbeiterin N.N. [anonymisiert], 26.8.2008, 43:11-43:19.

29 Interview von Christof Beyer mit der ehemaligen Mitarbeiterin N.N. [anonymisiert], 26.8.2008, 43:34-44:41.

30 LASP: T24, Nr. 320.

von der Kette losgelassen«, »grunzt wie ein Schwein«, »man [kann] in dem Jungen einen kl. Teufel feststellen«, »redet [...] viel unverständliches, dummes Zeug. Schon die bloße Unterhaltung läßt an der Diagnose Schwachsinn keinen Zweifel!!«. Bei einer Patientin klingen dabei auch rassistische Tendenzen in der Anamnese an: »Bietet zwar keinen direkten Anhalt für neurotische Tendenzen, jedoch liegen diese auf Grund ihres negroiden Aussehens [...] nahe.«³¹

Disziplinarische Maßnahmen bei abweichendem Verhalten waren nach Aktenlage Verlegungen auf andere Stationen³², »schimpfen«³³, das Verbot von Toilettengängen³⁴, Ausgangssperren³⁵ und Einsperren³⁶ sowie »Bettruhe«.³⁷ Die konkrete Ausformulierung dieser Maßnahmen in den Patientinnen- und Patientenakten spiegelt – besonders in den Pflegeberichten – den Umgang mit unbotmäßigen Verhalten von Minderjährigen in der PNL wider:

»musste mit Gewalt zu Bett gebracht werden«³⁸

»Auf mehrmaliges Verlangen nach der Toilette wurde es ihm dann verboten weil er sich meistens hinten im Bach hinstellte u. irgend etwas anstellte.«³⁹

»Durch dauernden Ungehorsam mußte er am Nachmittag ins Clossett [sic] gesperrt werden, worauf er kurze Zeit darauf die Mauer überstieg.«⁴⁰

»Am Abend wehrte sich Pat. sehr und wollte nicht ins Bett, sondern schrie ich bleib nicht im Bett und will fort. Pat. mußte fixiert werden wonach er lang weinte.«⁴¹

»Die Umtriebigkeit des Jungen ist in den letzten 14 Tagen so stark geworden, dass er die meiste Zeit im Bett festgebunden werden muss.«⁴²

»ist sehr empfindlich u. wählerisch im Essen. [...] Zureden hilft da nicht, erst beim schimpfen nimmt sie es unter Tränen zu sich.«⁴³

Aussagen wie die letztere finden sich mit Bezug auf bei den Mahlzeiten »wählerische« Patientinnen und Patienten häufiger. Auch tauchen in diesem Kontext sporadisch Angaben auf, die Minderjährigen hätten das Essen »unter Zwang« eingenommen.⁴⁴

31 LASP: T24, Nr. 4.

32 LASP: T24, Nr. 7856, 7180.

33 LASP: T24, Nr. 11201, 1394.

34 LASP: T24, Nr. 9923.

35 LASP: T24, Nr. 6580.

36 LASP: T24, Nr. 5292, 6724.

37 LASP: T24, Nr. 3, 9, 10, 11.

38 LASP: T24, Nr. 1394.

39 LASP: T24, Nr. 9923.

40 LASP: T24, Nr. 5292.

41 LASP: T24, Nr. 3.

42 LASP: T24, Nr. 11.

43 LASP: T24, Nr. 11201.

44 LASP: T24, Nr. 11, 9819, 14, 10217, 15.

Hierbei ist in zwei Fällen »Sondenernährung« bei fortgesetzter Nahrungsverweigerung und Gewichtsverlust dokumentiert.⁴⁵ Zwar kann nach Aktenlage aus heutiger Sicht nur schwer entschieden werden, ob hier Handlungsalternativen bestanden hätten – doch zeigt zumindest ein Krankenblatteintrag aus dem Jahr 1958, dass die Sondenernährung auch im Sinne »therapeutischer« Disziplinierung gewirkt haben kann:

»Muss gefüttert werden. Pat. beisst energisch die Zähne zusammen, sodass die Sonde durch die Nase eingeführt werden muss. In den letzten Tagen beginnt der Kranke die Fütterg. zu trinken wenn ihm die Sonde nur gezeigt wird.«⁴⁶

Eindeutig disziplinarische Isolierungen wie das oben angeführte Beispiel des Einsperrens im »Closett« bilden im Sample die Ausnahme. Im Einzelfall wurde die »tagelange« Isolierung mit der Gewalttätigkeit und der Gefährlichkeit des Patienten bzw. der Patientin für die anderen Kinder oder dem Zerstören von Spielzeug begründet.⁴⁷ Vier dokumentierte Isolierungen fanden aufgrund von 1955 auf der Kinderstation ausgebrochenen Infektionserkrankungen wie Enteritis Gärtner und Diphtherie oder aufgrund ansteckender Erkrankungen der Aufgenommenen statt.⁴⁸

Fixierungen lassen sich in zwölf Fällen ausmachen. Anlässe dieser freiheitsentziehenden Maßnahmen waren laut der Dokumentation unerwünschtes Verlassen des Bettes bzw. Stören der Nachtruhe oder Unruhe⁴⁹ und/oder Gewalttätigkeit gegenüber Mitpatientinnen und -patienten oder dem Personal.⁵⁰ Die folgenden Auszüge aus Krankengeschichten von 1955 und 1957 verdeutlichen, wie in der Dokumentation die Übergänge zwischen der Fixierung als einer disziplinarischen Maßnahme und als gegebenenfalls erforderliches Mittel nebeneinander stehen, wobei die Abgrenzung und Gewichtung anhand der Quellen schwer fallen:

»Bei der Aufnahme, am ersten Abend, hat er die Mitpatienten aufgehetzt, war frech gegen die Pfleger, wurde gewalttätig, so dass er fixiert werden musste.«⁵¹

»war heute wieder sehr ungezogen, er biss die Kinder u. schlug sie mit dem Schuh. Er bekam eine Inj. u. wurde ins Bett gebracht.«⁵²

Generell zeigen die Unterlagen in vielen Aspekten eine Atmosphäre, in der gewalttätige Übergriffe zwischen Minderjährigen häufiger vorkamen und in 23 Prozent der gesichteten Akten dokumentiert sind.⁵³ Hierbei muss bedacht werden, dass solche gewalttätigen Auseinandersetzungen gegebenenfalls eher schriftlich festgehalten wurden als Übergriffe

45 LASP: T24, Nr. 15, 10217.

46 LASP: T24, Nr. 15.

47 LASP: T24, Nr. 10, 11.

48 LASP: T24, Nr. 8299, 18164, 2043, 9 (Windpocken).

49 LASP: T24, Nr. 1566, 1394, 1309, 8660, 6724, 3, 10, 14.

50 LASP: T24, Nr. 1394, 36357, 5896, 3, 9, 10, 11.

51 LASP: T24, Nr. 6724.

52 LASP: T24, Nr. 3.

53 LASP: T24, Nr. 8299, 11201, 6580, 12784, 7002, 7180, 3322, 9711, 5095, 3, 9, 10, 11, 16.

vom Personal auf die Patientinnen und Patienten. Punktuell lassen sich auch Hinweise auf die Instrumentalisierung von Auseinandersetzungen von Patientinnen und Patienten zur Disziplinierung (»Die Androhung einer nächtlichen manuellen Züchtigung von Seiten einiger Pat. wirkte beruhigend«⁵⁴) und die Beanspruchung als Informanten über Auseinandersetzungen auf der Kinderstation (»Die Lausbubereien der anderen Kinder im Schlafsaal macht er nicht mit. Man kann dann am andern Tag von ihm erfahren, was wieder vorgefallen ist«⁵⁵) den Akten entnehmen.

Tätliche Auseinandersetzungen und Unruhe auf Station werden sporadisch auch in Briefen von Angehörigen und Patientinnen und Patienten thematisiert. Ein Beispiel stellt der Brief des Mitpatienten eines 16-jährigen Fürsorgezöglings dar, der 1954 auf einer Erwachsenenstation zur Begutachtung untergebracht wurde:

»Der Junge sieht und hört hier wenig Gutes, dafür aber umso mehr Schlechtes [...]. Im übrigen wird es mitunter geradezu lebensgefährlich, z. B. wenn die Patienten in ihrer Aufregung ›fliegende Untertassen‹ in Form von Esstellern u. Trinkbechern durch die Gegend sausen lassen. Außerdem kommt es oft zu Schlägereien, bei denen es äußerst heiß hergeht.«⁵⁶

Auch die Antwort der Klinik auf eine Beschwerde einer Mutter von 1958 zur Unterbringung ihres Sohnes auf einer Erwachsenenstation passt in dieses Bild:

»[Name] befindet sich weder unter Verbrechern noch unter Erwürgern. Es sind aber leider Schwachsinnige und leicht Geisteskranke auf der Männerabteilung mit ihm untergebracht. [...] Streitigkeiten mit Schlägereien sind bei halbwüchsigen Jungen seiner Entwicklungsart nicht immer zu vermeiden.«

Beim zuständigen Landesjugendamt hatte sich die Mutter offenbar ebenfalls beschwert. Diesem teilte die Klinik mit, es sei richtig, dass »sich [Name] auf einer Männerstation befindet, die sich erfahrungsgemäß für Jugendliche nicht günstig auswirkt. Leider sind andere Platzmöglichkeiten nicht gegeben.«⁵⁷

1955 bat die Mutter einer 20-jährigen Patientin angesichts ihres Eindrucks von einer Erwachsenenstation um die Verlegung ihrer Tochter und setzte dies mit dem Sinn und Zweck der medikamentösen Behandlung in Beziehung:

»Sehr geehrter Herr Doktor, wenn Ihnen auch nur etwas daran liegt, daß meine Tochter in ein normales bürgerliches Leben zurückfindet, verlegen Sie sie bitte in einen ruhigen Schlafräum. Ich erfuhr, daß zusätzlich eine Megaphenkur gemacht werden muß. Was nützen Schlafmittel, wenn trotzdem Schlafstörungen durch unruhige Patienten vorkommen?«⁵⁸

54 LASP: T24, Nr. 6724.

55 LASP: T24, Nr. 5095.

56 LASP: T24, Nr. 9750.

57 LASP: T24, Nr. 17.

58 LASP: T24, Nr. 1566.

Im Kontext der Medikamentengabe ist in Einzelfällen Zwang in verschiedenen Abstufungen in den Unterlagen vermerkt. Der Sprachgebrauch umfasst hier »gutes Zureden« und »energische Ermahnungen«⁵⁹ als auch das Festhalten einer 20-jährigen schreienden und kratzenden Patientin durch drei Pfleger.⁶⁰ Eine ehemalige Mitarbeiterin schildert in diesem Zusammenhang ihre eigene Erfahrung, wegen eines körperlichen Übergriffs auf zwei Patientinnen der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit disziplinarischen Maßnahmen konfrontiert worden zu sein:

»Und da kamen immer die Jungens an die Fenster und haben geklopft und wollten, dass die Mädchen rauskommen. Und wir durften sie ja nicht rauslassen, konnten, durften ganz einfach nicht, und dann haben die so an die Tür [?], und ein Krach gemacht, die wollten uns provozieren dann. Und dann hab' ich die beiden mal genommen an den Ohren, hab' gesagt: ›Wenn ihr nicht aufhört, ich muss euch raussetzen!‹ Und die haben gesagt, ich hätt' sie geschlagen, das war nicht wahr, ich hab' sie wirklich nicht, ich hab sie an den Ohren gezuppelt, wirklich, das hab ich gemacht, und die haben's dann gemeldet, der Frau Dr. Graetz, und die hat dann gesagt, ›ich muss versetzt werden‹. Hat sie mir gesagt, ich hab ihr genau gesagt, wa, aber sie hat mir nicht geglaubt.«⁶¹

Im Zusammenhang mit Strafen, Zwang und Medikamentengabe zur Sedierung scheint in den Dokumentationen gelegentlich auf, wie diese im Kontext von persönlicher Zuwendung und personellen Ressourcen in der Klinik gesehen wurden. So zeigen kurze Einträge in den Pflegeberichten zu drei als extrem unruhig und schwierig beschriebenen Minderjährigen, dass diese in Momenten intensiver Einzelbetreuung ein anderes Verhalten an den Tag legten:

»Wenn er ein Bilderbuch bekommt, verweilt er sich lange Zeit, besonders wenn man dabei sitzt und durch zeigen erklärt. Er hat es gerne wenn man sich mit ihm abgibt.«⁶²

»Die einzige Möglichkeit, mit ihm durchzukommen, blieb noch die ganz individuelle Beschäftigung mit ihm, jedoch auch hierbei hielt die Ausdauer selten länger als ½ bis 1 Stunde an.«⁶³

»Sobald man sie nicht mehr beschäftigen kann wird sie unzufrieden u. zerreißt Kleider u. Wäsche.«⁶⁴

»befaßt man sich mit ihm intensiv, ist er folgsam und zufrieden.«⁶⁵

59 LASP: T24, Nr. 2527.

60 LASP: T24, Nr. 1566.

61 Interview von Christof Beyer mit der ehemaligen Mitarbeiterin N.N. [anonymisiert], 26.8.2008, 38:25-39:06.

62 LASP: T24, Nr. 11.

63 Ibid.

64 LASP: T24, Nr. 10.

65 LASP: T24, Nr. 3.

In diesen Fällen handelt es sich nur um einmalige knappe Feststellungen innerhalb umfassender Beschreibungen der Anwendung disziplinarischer Bettruhe, Fixierungen und intensiver medikamentöser Sedierung. Ob jenseits dieser Dokumentation der Wille und die Ressourcen dazu bestanden bzw. eingesetzt wurden, sich diesen als äußerst schwierig beschriebenen Jungen und Mädchen in dieser Weise intensiver zu widmen, kann nicht nachvollzogen werden. In diese Richtung gehende Vermerke sind in den Unterlagen jedenfalls nicht zu finden.

6 Medizinisch-therapeutischer Bereich

Die Aktenerhebung ergibt, dass üblicherweise bei Aufnahme in die PNL ein Blutbild gemacht wurde, häufig auch in Verbindung mit einem EEG und einer Röntgenuntersuchung. Öfter kamen auch Urinuntersuchungen hinzu. Invasive diagnostische Methoden kamen mit der Liquoruntersuchung bzw. Lumbalpunktion mit 10 Prozent bzw. der Pneumenzephalographie in 12 Prozent der untersuchten Fälle zur Anwendung.

In 28 Prozent der untersuchten Patientinnen- und Patientenakten ließen sich in der Dokumentation Hinweise auf Einwilligungen zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen finden. Der größte Teil dieser Einwilligungen wurde durch die Eltern bzw. ein Elternteil bei Aufnahme ohne Bezug auf bestimmte Maßnahmen erteilt. Derartige Einwilligungen sind erst bei Aufnahmen ab 1952 überliefert. Ab 1955 ist hierzu in den Akten ein Einwilligungsvordruck abgelegt, der wie folgt lautet:

»Als ... der Pat. ... bin ich nach Belehrung damit einverstanden, daß die ärztlicherseits für notwendig erachteten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durchgeführt werden.

Zur Beglaubigung:

Unterschrift:»⁶⁶

Im Falle der geplanten Durchführung einer Liquorentnahme durch Lumbalpunktion und/oder einer Pneumenzephalographie holten die Klinikärztinnen und -ärzte eine gesonderte Einwilligung ein, die entweder auf dem oben angeführten Vordruck ergänzt oder andernorts in der Akte vermerkt wurde. Im Falle einer Ablehnung der Pneumenzephalographie durch die Vormünder wurde diese – auch wenn die Ärztinnen und Ärzte diese aufgrund anderer Befunde für sehr notwendig hielten – nicht vorgenommen.⁶⁷ Gleiches galt, wenn die Erziehungsberechtigten für eine Einwilligung nicht erreichbar waren.⁶⁸

Durchgeführte Pneumenzephalographien betrafen Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf hirnorganische Veränderungen wie Hydrocephalus oder frühkindliche

⁶⁶ LASP: T24, Nr. 2386.

⁶⁷ LASP: T24, Nr. 6986, 9362, 1, 9.

⁶⁸ LASP: T24, Nr. 4.

Hirnschädigung, Patientinnen und Patienten mit der Diagnose genuine Epilepsie, »angeborener Schwachsinn« sowie als »schizophren« bzw. »hebephren« angesehene Minderjährige. Bei drei Personen erfolgte die Untersuchung im Kontext der Diagnose »Psychopathie«, die jeweils mit den Adjektiven »haltlos«, »triebhaft« und »schwachsinnig« ergänzt wurde.⁶⁹ Sofern Nebenwirkungen dieser Untersuchungsmethode notiert waren, handelte es sich um Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Fieber und Appetitlosigkeit.⁷⁰ In einem dokumentierten Fall von 1952 hielten diese Nebenwirkungen über eine Woche an, so dass die Patientin erst neun Tage nach Durchführung das Bett verlassen konnte.⁷¹ Dabei wird deutlich, dass den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie den Angehörigen die Belastungen durch die Pneumenzephalographie bewusst gewesen ist: Dies zeigen nicht nur die gesondert eingeholten Einwilligungen, die – z. B. durch die Ablehnung der Durchführung – auch von den Bedenken und Sorgen der Erziehungsberechtigten gegenüber dieser Methode zeugen, sondern auch die Verschiebung bzw. Nicht-Durchführung aufgrund von Begleiterkrankungen.⁷²

Auch Lumbalpunktionen ließen sich im untersuchten Sample in neun Fällen ermitteln, die sowohl bei neurologischen Erkrankungen⁷³ als auch bei »Psychopathie«⁷⁴ oder dem Verdacht auf einen »schizophrenen Prozess«⁷⁵ durchgeführt wurden. Als psychologische Untersuchungen ließen sich vor allem Intelligenztests bzw. Schul-, Schreib- und Rechentests bei den ausgewerteten Akten ausmachen (38 Prozent). In Einzelfällen waren auch andere Testverfahren wie der Wartegg-Zeichentest oder der Rorschach-Test nachweisbar.

Im therapeutischen Bereich standen nach Aktenlage vorrangig Medikamente (s.u.) im Vordergrund, seltener zeigt sich die Anwendung der Elektrokrampftherapie (10 Prozent), auch in Kombination mit der Anwendung der Insulin-Therapie (7 Prozent) – mit der vor allem sogenannte Subshocks ohne Auslösung eines hypoglykämischen Komats herbeigeführt werden sollten. Diese Gewichtung der therapeutischen Methoden spiegelt sich auch in einer zeitgenössischen Äußerung des Klinikdirektors Gerhart Mall wider, der 1954 die Vorzüge der damals neuen Psychopharmaka hervorhob und betonte: Wenn diese »nicht helfen sollten, dann schocken wir.«⁷⁶ In den Patientinnen- und Patientenakten tauchen in diesem Kontext auch punktuelle Hinweise auf die Anwendung der Elektrokrampftherapie aus disziplinarischen Gründen auf:

69 LASP: T24, Nr. 2124, 6724, 14.

70 LASP: T24, Nr. 2608, 11772, 8299, 2527, 14.

71 LASP: T24, Nr. 2608.

72 LASP: T24, Nr. 18614, 9.

73 LASP: T24, Nr. 8022, 2782, 149, 9 (»Zustand nach frühkindlicher Hirnschädigung«), 16 (»Pavor nocturnus als Ausdruck einer erhöhten Krampfbereitschaft des Gehirns«).

74 LASP: T24, Nr. 2124, 6724, 14.

75 LASP: T24, Nr. 1394.

76 Zit. nach BEYER (2009), 180.

»Pat. spuckte alles voll schimpfte in gewöhnlicher Weise wurde mit E.Schock behandelt«⁷⁷

»Wegen der starken Unruhe der Pat. wird E. S. B. [Elektro-Schock-Behandlung; Anm. C. B.] eingeleitet«⁷⁸

»Da Pat. sich Ärzten und Pflegern gegenüber unmöglich benahm, die schlimmsten Ausdrücke vorbrachte und alle Patienten versuch[t]e aufzuhetzen, wurde eine ES-Behandlung [Elektroschock; Anm. C. B.] durchgeführt, die eine wesentliche Beruhigung erbrachte.«⁷⁹

»Leichter Rückfall in einen Unruhe- und Aggressionszustand, es wird – eigentlich mehr prophylaktisch – nochmal ein ES-Block gesetzt.«⁸⁰

7 Medikation

Vor dem Dienstantritt Malls 1952, der mit dem Aufkommen der ersten Psychopharmaka in der Psychiatrie zusammenfällt, lassen sich in den Unterlagen nur wenige Hinweise auf den Einsatz von Medikamenten finden. Die spärliche Dokumentation für den Zeitraum 1949–1952 dürfte auch mit der Feststellung des neuen Klinikdirektors zusammenhängen, als »allererste Maßnahme« nach seinem Dienstantritt vor allem das ältere Pflegepersonal mit »den wichtigsten Aufgaben eines klinisch-therapeutischen Betriebes vertraut zu machen, insbesondere das Führen von Fieberkurven, das exakte Wiegen der Patienten, das gewissenhafte Protokollführen über verordnete und verabreichte Medikamente und dergleichen einzuführen«.⁸¹ So lassen sich bei minderjährigen Patientinnen und Patienten, die vor 1952 in der PNL waren, nur sporadisch Angaben zur Medikation aufgrund von körperlichen Begleiterkrankungen⁸² und zur situativen bzw. kurzzeitigen Gabe von Sedativa und Schlafmitteln wie Trional bzw. Methylsulfonal, Evipan, Scopopedal, Luminal, Phanodorm, Morphinum-Scopolamin⁸³ und dem Antiepileptikum Comital⁸⁴ ermitteln. Lediglich in zwei Akten kann aufgrund von Abrechnungen für den zuständigen Landesfürsorgeverband der Einsatz von sedierenden Medikamenten für diese Zeit genauer rekonstruiert werden: Danach wurden für die Medikation eines zehnjährigen Jungen mit der Diagnose »angeborener Schwachsinn« während seines siebenmonatigen Aufenthaltes im Jahr 1950 280 Luminaletten berech-

77 LASP: T24, Nr. 1394.

78 LASP: T24, Nr. 36357.

79 LASP: T24, Nr. 6724.

80 LASP: T24, Nr. 5896.

81 Zit. nach BEYER (2009), 185.

82 LASP: T24, Nr. 12740, 9819.

83 LASP: T24, Nr. 6724, 8660, 10.

84 LASP: T24, Nr. 2026.

net, was etwa einer täglichen Dosis von 1–2 Tabletten des Barbiturats entspricht.⁸⁵ Bei einem sechsjährigen Mädchen mit der Diagnose »erethische Idiotie« lässt sich für den Zeitraum von Juli 1950 bis Juni 1951 der Verbrauch von 70 Tabletten Luminal, 75 Tabletten Methylsulfonal und 60 Tabletten Phanodorm feststellen.⁸⁶

Ab 1953 fand das neu verfügbare Neuroleptikum Megaphen (Chlorpromazin) Anwendung in der PNL, ab 1954 kam das Phenothiazinderivat Pacatal (Mepazin) hinzu. Die Behandlung mit diesen Psychopharmaka fand in 32 Prozent der gesichteten Fälle – oft auch gleichzeitig – statt. Die Dosierungen reichten bei Megaphen von der einmaligen Verabreichung über Angaben zur Gabe von 1–4 Tabletten täglich bis hin zu einmaligen oder wiederholten Injektionen mit einer Dosis von 25–250 mg. Neben der durchgängigen bzw. längerfristigen Verabreichung im Kontext von psychotischen Erkrankungen⁸⁷ lässt sich in Einzelfällen die einmalige oder über mehrere Tage dauernde Verabreichung des Neuroleptikums zur Ruhigstellung feststellen⁸⁸, die im Einzelfall auch explizit als »Sedativbehandlung« deklariert wurde.⁸⁹ Dabei wurde in einer Krankengeschichte die tägliche Gabe von 50 mg Megaphen bei einem 18-jährigen Patienten als »grosse Menge« bezeichnet.⁹⁰ Bei einem siebenjährigen Jungen wurde in der Krankengeschichte festgehalten, dass dieser trotz »starker Megaphendosen« im Hof spiele – der Patient erhielt zu diesem Zeitpunkt täglich 50 mg Megaphen als Injektion sowie zusätzlich morgens und mittags Megaphen-Tabletten.⁹¹ Auch bei einem sechsjährigen Patienten vermerkten die behandelnden Ärzte: »Es war kaum möglich, ihn anfangs medikamentös ruhig zu stellen. Auf normale Dosen sprach er überhaupt nicht an.« Teilweise wurden diesem Patienten Megaphen-Tabletten und Megaphen-Injektionen in gleichzeitiger Kombination mit den Barbituraten Somnifen und Luminal verabreicht.⁹² Im Fall einer weiteren minderjährigen Patientin, die »hochgradig erregt« mit einer Schwangerschaftspsychose in die PNL eingeliefert worden war, wurde in der Krankengeschichte nach der Verabreichung von Megaphen und Megaphen-Einläufen vermerkt, dass »trotz intensiver Verabreichung von Sedativa [...] Pat. nicht zu beruhigen [ist], sodass versucht wird, Pat. mit Inaktin-Narkose einzuschläfern.«⁹³

Nach den Angaben einer ehemaligen Mitarbeiterin habe es auch gelegentlich Probleme mit der »Alkoholikerstation« über der Kinderabteilung gegeben, wenn die Kinder laut gewesen seien. Aufschlussreich ist dabei der Zusammenhang zwischen

85 LASP: T24, Nr. 7002.

86 LASP: T24, Nr. 10.

87 LASP: T24, Nr. 1309, 2334, 36357, 1566.

88 LASP: T24, Nr. 5095, 5896, 6575, 9711, 1566, 2, 3, 9, 10, 11, 14, 15.

89 LASP: T24, Nr. 10.

90 LASP: T24, Nr. 5896.

91 LASP: T24, Nr. 11.

92 LASP: T24, Nr. 9711.

93 LASP: T24, Nr. 1309.

Schichtdienst, Unruhe und Medikamentengabe, wie ihn die ehemalige Mitarbeiterin schildert:

»Die waren nachts mal unruhig, die Kinder. [...] Die sind um sechs ins Bett gekommen, um sieben war ja Schichtwechsel, da mussten die schon im Bett sein. Und dann haben die um 2, oder um 1, halb 2 schon angefangen zu schreien, da waren die munter. [...] Und das hat die Station oben gestört, die Männer, da hab ich nie was gehört, aber der Herr Dr. [Name] hat oben drüber auch sein Zimmer gehabt, da hat er gewohnt, und der hat sich beschwert. Weil's so unruhig ist, und da sollte ich ihnen Medikamente geben. Ich sagte, »da muss ich mich mit dem Dr. Fetzner in Verbindung setzen, das darf ich nicht machen. Die sind dosiert, und mehr kann ich nicht machen, dann müssen sie's dem Arzt sagen.«⁹⁴

Der Einsatz von Barbituraten und Opiaten ist in rund 32 Prozent der gesichteten Akten nachweisbar. Die Verabreichung stand überwiegend im Kontext der Aufnahme bzw. zur medikamentösen Linderung von »Heimwehreaktionen«, als Schlafmittel zur Nacht oder bei akuten Unruhe- oder Erregungszuständen. Die hierzu verwendeten Mittel waren Somnifen, Bellergal, Evipan, Belladenal, Trional, Novocain, Medinal, Persedon, Valamin, Phanodorm, Paraldehyd, Scopohedol, Opium-Tropfen, Morphinum-Scopolamin sowie das Brom-Derivat Adalin und Luminal bzw. Luminaletten.

Bezüglich der Verwendung von Luminal als Antiepileptikum kann lediglich in drei Fällen aufgrund einer festgestellten bzw. angenommenen Epilepsie-Erkrankung vermutet werden, dass dieses Barbiturat aufgrund dieser Indikation zum Einsatz kam.⁹⁵ Als dezidierte Antiepileptika wurden in der Klinik dagegen ab 1951 Comital, ab 1954 Mesantonin und ab 1955 Mysoline und Apydan verwendet.

Entsprechend den Arbeitsinteressen von Gerhart Mall und seiner von Tübingen in die Pfalz geholten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die auf fermentchemische Methoden und psychiatrische Endokrinologie bezogen waren, spielt die Verabreichung von Hormonen an psychisch Kranke auch im untersuchten Sample eine gewichtige Rolle. Diese ist in rund 13 Prozent der Fälle dokumentiert und umfasste Proluton (Östrogen), Praephyson (Hypophysenvorderlappenhormone), Testoviron (Testosteron), Progynon (Gestagen), Thyroxin (Schilddrüsenhormon), Progynol und Thyreostimulin (Hypophysenvorderlappenhormon). Proluton und Progynon wurden ausschließlich weiblichen Minderjährigen verabreicht und stehen mit großer Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit der psychoendokrinologischen Arbeit Malls zu »zyklusgebundenen, periodisch rezidivierenden« Psychosen.⁹⁶

⁹⁴ Interview von Christof Beyer mit der ehemaligen Mitarbeiterin N. N [anonymisiert], 26.8.2008, 35:43-36:23.

⁹⁵ LASP: T24, Nr. 6724, 12000, 3.

⁹⁶ Vgl. MALL (1958), 58–62.

In einzelnen Fällen lässt sich auch die Gabe der Stimulanzien Pervitin (Methamphetamin) und Preludin (Phemetrazin) nachweisen.⁹⁷ Die Verwendung von Pervitin dürfte vermutlich im Zusammenhang mit der Übernahme von Medikamenten aus Wehrmachtsbeständen stehen. Die Verwendung solcher Bestände wie auch die Verwendung abgelaufener Medikamente aus den Beständen der Universitäts-Nervenlinik Tübingen waren nach Angaben des Klinikdirektors dem geringen Arzneimitteletat der PNL geschuldet. Daher sei er zu seinem Dienstantritt 1952 gezwungen gewesen, »aus einer Vielzahl von billigen Arzneimitteln diejenigen Kombinationen zu verordnen, die für die Behandlung unserer Kranken erforderlich waren.«⁹⁸

Eine bereits vorliegende Publikation zur Geschichte der Institution hat bereits darauf hingewiesen, dass im Zeitraum des untersuchten Samples Medikamententestungen in der PNL vorgenommen wurden.⁹⁹ So musste Klinikleiter Mall 1955 gegenüber dem Bezirksverband Pfalz als Träger der Einrichtung Stellung zur Finanzierung von Forschungsarbeiten durch Pharmafirmen beziehen. Dabei gab er Versuche mit hohen Testoviron-Dosen an Patienten mit Multiple Sklerose, therapeutische Versuche mit Dilatol und Theophyllinpräparaten sowie die Prüfung von Pacatal, Valamin (Ethinamat) und Noludar (Methyprylon) »auf Wirksamkeit an unserem Krankengut« an. Darüber hinaus sei in Zusammenarbeit mit den Tropon-Werken (Köln-Mülheim) im Zeitraum 1953-1955 ein Kombinationspräparat aus Theophyllin, Dilatol, Testosteron und Reizkörperprotein zur Behandlung von »Geisteskrankheiten des Greisenalters« entwickelt worden.¹⁰⁰ Der Klinikträger resümierte, dass die PNL »nicht zu einer Versuchsanstalt für die pharmazeutische Industrie« werden dürfe, und beschloss die Einstellung aller Medikamententests bis zum Ende des Jahres 1955, die nicht im Interesse der Klinik lägen.¹⁰¹ In seiner Stellungnahme hatte Mall von 1955 unterstrichen, dass »das experimentelle Arbeiten neben der oft recht anstrengenden und innerlich belastenden Arbeit am Geisteskranken ein inneres Gegengewicht« für ihn und seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bedeute. In einer weiteren Stellungnahme 1963 monierte er dementsprechend, dass ihm mit dem Beschluss von 1955 »praktisch und definitiv nahezu sämtliche mich interessierenden wissenschaftlichen Bearbeitungen von pharmakologischen Fragen untersagt wurden. Ich halte dies nach wie vor für unbegründet und unzulässig, da hier in meine persönliche Freiheit in meiner Eigenschaft als exponierter deutscher Hochschullehrer und Klinikdirektor eingegriffen wurde.«¹⁰²

97 LASP: T24, Nr. 6580, 2043, 9711, 10217, 2527.

98 PNL: Beantwortung der Prüfungsmitteilung des Rechnungshofes Rheinland-Pfalz, 1956, LASP: V52, Nr. 130.

99 BEYER (2009), 190.

100 Stellungnahme Mall zur Anfrage der Verwaltung des Bezirksverbands Pfalz zur Finanzierung von Arbeiten durch Privatfirmen und Forschungsarbeiten, 18.5.1955, Archiv des Bezirksverbands Pfalz, T21, Nr. 382.

101 BEYER (2009), 191.

102 Mall an die Regierung der Pfalz, 7.6.1963, Archiv des Bezirksverbands Pfalz, T21, Nr. 382.

Im untersuchten Sample lassen sich mit der Gabe von Substanzen mit den Kürzeln »SH 204«¹⁰³, »P91«¹⁰⁴ sowie mit der Angabe »Roche«¹⁰⁵ bzw. »Hypnoticum Ro«¹⁰⁶ Hinweise auf Medikamententestungen auch bei minderjährigen Patientinnen und Patienten finden. Hinzu kommen Injektionen mit den Bezeichnungen »Nr. 338«¹⁰⁷, »D206«, »207« und »378«¹⁰⁸. Vereinzelt finden sich auch Angaben zur Verabreichung von »Mixtura sed. fort.«.¹⁰⁹ Um welche Medikamente es sich handelte, konnte bisher nicht geklärt werden, jedoch deuten die Kürzel im Zusammenhang mit den in Malls Stellungnahme genannten Kooperationen mit Pharmafirmen auf die Hersteller Schering, Promonta und Hoffmann-La Roche hin. In zwei Fällen kann nicht ausgeschlossen werden, dass zwischen der massiven Verabreichung von Medikamenten in Kombination mit Versuchspräparaten und dem Tod der minderjährigen Patientinnen und Patienten in der Klinik ein Zusammenhang besteht.¹¹⁰

In welchem Umfang mit oder ohne Wissen des Klinikträgers nach 1955/1959 weitere Medikamententests an minderjährigen Patientinnen und Patienten vorgenommen wurden, konnte bisher u. a. aufgrund der anfangs genannten archivrechtlichen Beschränkungen nicht untersucht werden.¹¹¹ Es ist jedoch naheliegend, das insbesondere mit der Einrichtung des endokrinologischen Labors an der PNL ab 1963 auch therapeutische Versuche mit Hormonen an Minderjährigen vorgenommen wurden. Diese werden auch in zeitgenössischen Fachpublikationen genannt.¹¹² Hierzu zählt auch der Einsatz des von der Endokrinologin Ursula Laschet in der PNL zur Behandlung von Sexualdeviationen und Hypersexualität entwickelten und getesteten »Androcur« (Cyproteronacetat). In einer entsprechenden Veröffentlichung findet sich auch die Testung des Hormons an einem 16-jährigen Exhibitionisten¹¹³ – ein Vorgehen, das sowohl in der zeitgenössischen Presseberichterstattung als auch in Fachbeiträgen durchaus kritisch hinterfragt wurde.¹¹⁴

In einem Interview gab Ursula Laschet an, dass es dem Klinikdirektor ein besonderes Anliegen gewesen wäre, ein Mittel wie Androcur zur Behandlung von Patientinnen und

103 LASP: T24, Nr. 2334, 6724.

104 LASP: T24, Nr. 8660.

105 LASP: T24, Nr. 6724.

106 LASP: T24, Nr. 10.

107 LASP: T24, Nr. 3.

108 LASP: T24, Nr. 10.

109 LASP: T24, Nr. 3, 10. Hierbei könnte es sich um eine klinikeigene »Sedierungs-Mischung« gehandelt haben.

110 LASP: T24, Nr. 3, 10.

111 Für den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie weisen mehrere Publikationen auf die Fortführung von Testungen und Heilversuchen in den 1950er und 1960er Jahren hin; vgl. BEYER u. a. (2021), 108–113.

112 LASCHET/FETZNER/LASCHET (1968).

113 LASCHET/LASCHET (1968), 116–119.

114 LAUSCH (1971); WAGNER (2016), 100.

Patienten mit Sexualdeviationen zu entwickeln, die er zuvor erfolglos mit Neuroleptika »zugeschüttet« habe. Hinsichtlich dieser Verabreichungspraxis gab auch der ab 1961 in der Klinik tätige Pharmaziedirektor Otfried K. Linde an, dass eine aus heutiger Sicht »unverantwortliche Polypragmasie« vorgeherrscht hätte und die »Patienten [...] manchmal acht bis fünfzehn Arzneimittel gleichzeitig« bekamen.¹¹⁵ Dies bildet sich auch im untersuchten Sample von minderjährigen Patientinnen und Patienten ab, wo in Einzelfällen über den gesamten Aufenthaltszeitraum in wechselnden Kombinationen verschiedene Neuroleptika, Hormone und Barbiturate verabreicht wurden.

8 Literaturverzeichnis

- BEDDIES, Thomas/DÖRRRIES, Andrea (Hrsg.) (1999), Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919 bis 1960, Husum.
- BEYER, Christof (2009), Von der Kreis-Irrenanstalt zum Pfalzkrankenhaus. Eine Geschichte der Psychiatrie in Klingenberg, Kaiserslautern.
- BEYER, Christof/BORCK, Cornelius/HOLST, Jonathan/LINGELBACH, Gabriele (2021), Wissenschaftliche Untersuchung der Praxis der Medikamentenversuche in schleswig-holsteinischen Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie in den Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrien in den Jahren 1949 bis 1975. Abschlussbericht, im Auftrag des schleswig-holsteinischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie in Abstimmung mit dem Sozialausschuss des schleswig-holsteinischen Landtags. Mit einem Beitrag von Prof. Sebastian Graf von KIELMANSEGG, Lübeck.
- LASCHET, Ursula/FETZNER, Hans Robert/LASCHET, Leonhard (1968), Langzeit-Therapie mit menschlichen Wachstumshormonen. In: Arzneimittel-Forschung 18, S. 628.
- LASCHET, Ursula/LASCHET, Leonhard (1968), Die Behandlung der pathologisch gesteigerten und abartigen Sexualität des Mannes mit dem Antiandrogen Cyproteronacetat. In: Erich KLEIN (Hrsg.), Das Testosteron – die Struma. Dreizehntes Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie in Würzburg vom 2.–4. März 1967, Berlin (West)/Heidelberg, S. 116–119.
- LAUSCH, Erwin (1971), Die Pille gegen Sex – für wen? Vor Mißbrauch der chemischen Triebbremse wurde gewarnt. In: Die Zeit, Nr. 22.
- MALL, Gerhart (1958), Zur hormonellen Behandlung der prä- und postmenstruellen ovarialen Psychosen. In: Henryk NOWAKOWSKI (Hrsg.), Hormone und Psyche. Die Endokrinologie des Alternden Menschen, Berlin (West)/Heidelberg, S. 58–62.
- ROTZOLL, Maike (2017), »Ein dringendes Erfordernis unserer Zeit«. Zur Entwicklung der pfälzischen Kinder- und Jugendpsychiatrie 1945–1986. In: Heiner FANGERAU/Sascha TOPP/Klaus SCHEPKER (Hrsg.), Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung, Berlin, S. 513–534.
- WAGNER, Silvia (2016), Ein unterdrücktes und verdrängtes Kapitel der Heimgeschichte. Arzneimittelstudien an Heimkindern. In: Sozial.Geschichte Online 19, S. 61–113.

115 BEYER (2009), 191 f.

D Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, DDR

XIII Die Abteilung für Kinderneuropsychiatrie der Psychiatrischen- und Nervenklinik der Charité, Berlin (1949–1989)

Laura Hottenrott

Inhalt

1 Einrichtungstyp und Quellenbasis	670
2 Historische Entwicklung der Einrichtung	672
3 Klinikstruktur (räumliche Beschaffenheit) und materielle Ressourcen	675
4 Sozialprofil der Kinder und Jugendlichen und ihre Wege in die Einrichtung	678
4.1 Alterszusammensetzung, soziale Herkunft	678
4.2 Einweisungsmodus, Aufenthaltsdauer	680
4.3 Entlassungsmodus	683
5 Beobachtung, Diagnostik, Therapie	684
5.1 Einwilligungen	688
5.2 Invasive therapeutische Verfahren – Elektrokrampf- und Insulin-Schocktherapie	689
5.3 Eine Fallgeschichte	690
5.4 Medizinische Zwangsmaßnahmen und Medikation	695
5.5 Klinische Studien	698
6 Pädagogik und Lebensalltag (Tagesablauf, Arbeit, Besuchsmöglichkeiten)	701
6.1 Pädagogik zwischen Anspruch und Realität	701
6.2 Klinikalltag zwischen Empathie und Ausgrenzung	703
6.3 Isolation und Strafen	706
7 Literaturverzeichnis	707

1 Einrichtungstyp und Quellenbasis

Als universitäre Einrichtung nahm die Psychiatrische- und Nervenklinik der Charité Kinder und Jugendliche zur Beobachtung, Diagnostik und Therapie auf. Die Klinik vereinte Psychiatrie und Neurologie unter einem Dach. Auch in der Kinderabteilung spezialisierten sich eine neurologische und eine psychiatrische Station. Die beiden Stationen wurden in den 1970er Jahren zusammengeführt, und die »Kinderneuropsychiatrie« wurde mit einem eigenen Lehrstuhl an der Humboldt-Universität zu Berlin vertreten.¹

Eine Geschichte der Kinderpsychiatrie an der Charité nach 1945 ist noch nicht geschrieben.²

Matthias Hoheisel befasste sich mit der Bewertung von Beruhigungsmitteln an der Charité-Nervenklinik im Zeitraum von 1962 bis 1975 und wertete dazu ein Sample von Krankenakten aus.³ Fanny le Bonhomme untersuchte ebenfalls psychiatrische Krankenakten der Klinik, allerdings hinsichtlich politischer Implikationen im Zeitraum der 1960er Jahre. Sie kam u. a. zu dem Schluss, dass konzeptionelle Grundlagen und Methoden der therapeutischen Praxis an der Charité – im Gegensatz zu einer politisch instrumentalisierten Psychiatrie in der Sowjetunion – weithin den zu dieser Zeit in Ost und West vorherrschenden medizinischen Standards entsprachen.⁴ Beide Arbeiten beschäftigen sich (explizit) nicht mit der Kinderpsychiatrie. Daneben sind mittlerweile verschiedene Forschungsarbeiten zur Charité in der DDR erschienen, die sowohl die Alltagsgeschichte als auch ihre exponierte Bedeutung und besondere Lage an der Grenzmauer nach West-Berlin beleuchten. Auch die Rolle des Ministeriums für Staatssicherheit wurde für die Charité untersucht. Im Rahmen verschiedener Forschungsprojekte zur Alltagsgeschichte und Arzneimittelgeschichte der Charité wurden u. a. umfangreiche Recherchen in den Archiven des Bundesbeauftragten für die Stasi-Unterlagen (BStU) durchgeführt, die allerdings kaum Berichte über die Psychiatrische- und Nervenklinik oder die Kinderstation enthielten.⁵

Eine umfassende Archivrecherche zur Klinikgeschichte konnte in der Projektlaufzeit nicht geleistet werden. Angesichts der Forschungsdesiderate basiert die Einrichtungs-

1 In der DDR-Zeit erschienene Beiträge zur Nervenklinik in den »Charité-Annalen, Neue Folge« enthalten abgesehen von einer Benennung der Forschungsschwerpunkte kaum Informationen zur Kinderabteilung. Vgl. Psychiatrische und Nervenklinik. In: Charité-Annalen, Neue Folge 1 (1981), 91–93, hier 92 f.; Zentrum für Nervenheilkunde. In: Charité-Annalen, Neue Folge 10 (1990), 120 f., hier 121.

2 Die Geschichte der Abteilung nach 1945 wird in einem Beitrag von K.-J. NEUMÄRKER, Zur Geschichte der Abteilung für Kinderneuropsychiatrie an der Berliner Charité. In: Acta paedopsychiatrica 48 (1982), 297–305, hier 297, skizziert.

3 HOHEISEL (2012), 62–98.

4 LE BONHOMME (2016).

5 STEIN (1992); SÜSS (1998); HERRN/HOTTENROTT (2010); HESS/HOTTENROTT/STEINKAMP (2016).

studie deshalb im Wesentlichen auf Krankenakten, die für den Zeitraum von 1946 bis 1974 (Einweisungszeitraum) im Historischen Psychiatriearchiv der Charité (HPAC) eingeschränkt zugänglich sind. Akten Erwachsener und Minderjähriger sind in der Regel nicht getrennt voneinander archiviert.

In einem randomisierten Verfahren wurden 106 Akten aus den Einweisungsjahren 1950, 1955, 1960, 1965, 1970, 1974 gezogen und ausgewertet (39 weiblich/67 männlich) (N=106). Mit den Mehrfacheinweisungen ergab dies 136 Einweisungen, davon 64 Akten (77 Einweisungen) aus der Zeit bis zum Mauerbau 1961 und 42 Akten (59 Einweisungen) aus der Zeit nach dem Mauerbau.

Die erhobene Stichprobe fällt in einen Zeitraum, in welchem sich die Kinderpsychiatrie erst als eigenständiges Fach etablierte. Im Erhebungszeitraum wechselte außerdem viermal das Direktorat der Klinik (Tabelle 1), wobei der Zeitraum von 1978 bis 1986 (Heinz A. F. Schulze) nicht berücksichtigt werden konnte, da die Akten dieses Zeitraums nicht im historischen Psychiatriearchiv überliefert sind.

Tabelle 1: Klinikdirektoren und Amtszeiten

Klinikdirektoren	Anzahl Akten (Sample)	Anzahl Einweisungen (Sample)
Karl Bonhoeffer, komm. Roggenbau bis 1949	1	1
Rudolf Thiele (1948 bzw. 1949–1957)	44	54
Karl Leonhard (1957–1969 bzw. Wirken bis 1989)	35	42
Karl Seidel (1970–1978)	27	39

Neben den Patientinnen- und Patientenakten liegen Diagnose- und Stationsbücher (Station 3) vor. Die Stationsbücher wurden ausgewertet, enthielten aber lediglich zu einem 14-jährigen Patienten aus dem Jahr 1967 Einträge. Sie vermitteln einen Eindruck von den täglichen Abläufen in der Klinik. Die Diagnosebücher wurden für das Stichjahr 1948 quergesichtet. Zusätzlich wurde überlieferter Verwaltungsschriftverkehr der Klinikdirektion K. Leonhard für den Zeitraum der 1960er Jahre eingesehen (Personalbedarf, Stationen, Subspezialisierungen etc.).⁶

Zeitzeuginnen und Zeitzeugen konnten im Erhebungszeitraum leider nicht für Interviews gewonnen werden. Das hierzu angefragte Personal befürchtete zum Teil eine thematische Engführung, angefragte Betroffene eine Re-Traumatisierung durch ein ausführliches Gespräch.

Hervorzuheben sind deshalb insbesondere bereits veröffentlichte Interviews mit ehemaligen Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeitern, die im Rahmen der Ausstellung »Zeitzeugen Charité. Arbeitswelten der Psychiatrischen und Nervenambulanz 1940–1999«

⁶ HPAC, Ordner 4,27, Verwaltungsschriftverkehr K. Leonhard.

von Isabel Atzl geführt wurden. Sie gewähren Einblicke in die Klinikstruktur und den Klinikalltag.⁷

2 Historische Entwicklung der Einrichtung

Am 16. März 1921 eröffnete der damalige Direktor der Psychiatrischen- und Nerven- klinik der Charité, Karl Bonhoeffer (1868–1948), eine »Kinder-Kranken- und Beobachtungsstation«. Sie sollte vor allem Patientinnen und Patienten mit der Diagnose »Psychopathie« aufnehmen. Verantwortlicher Oberarzt wurde Franz Kramer (1878–1967), der bereits zuvor als gerichtlicher Gutachter im Bereich Kinder- und Jugend- psychiatrie tätig war.⁸ Stationsarzt wurde Rudolf Thiele, der von 1949 bis 1957 selbst die Klinik der Charité leitete.⁹

Die Patientinnen und Patienten der Kinderabteilung der 1920er Jahre kamen in erster Linie aus dem weitverzweigten Einrichtungsnetz des 1918 gegründeten »Ver- eins zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen«, der aus der »Deutschen Zentrale für Jugendfürsorge« hervorgegangen war.¹⁰ In den Jahren 1929 bis 1932 wurden 196 »psychopathische Kinder« und 191 Kinder mit anderen Diagnosen aufgenommen (»Schwachsinn«, Epilepsie und »andere organische Erkrankungen«).¹¹

Von 1933 bis 1945 waren Ärzte der Psychiatrischen- und Nerven- klinik aktiv an der Umsetzung der NS-Gesundheitspolitik beteiligt. Als Sachverständiger und Gutachter gehörte Bonhoeffer dem Berliner Erbgesundheitsobergericht an, welches nach dem »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« von 1933 Urteile zur Zwangssteri- lisation »Erbkranker« fällte.¹² Von 1938 trat Maximilian (Max) de Crinis (1889–1945) die Nachfolge Bonhoeffers an. Auch er gehörte als Gutachter dem Berliner Erbge- sundheitsobergericht an. Als »graue Eminenz« wirkte er außerdem in verantwort- licher Position an der Planung und Durchführung der NS-Krankenmorde mit.¹³ Die Nerven- klinik der Charité war an den Krankenmorden indirekt beteiligt: Bei zunächst konstanter Patientinnen- und Patientenzahl hielt man sich an das Verfahren einer bal-

7 ATZL/HESS/SCHNALKE (2005).

8 Forschungsschwerpunkte: Forensik, kindliche »Schwererziehbarkeit«, »jugendliche Anpassungsstörung«.

9 Fangerau/Schepker (2017), 122; vgl. umfassend zur Kinderbeobachtungsstation sowie ihrer inneren Struktur und Praxis: NEUMÄRKER (1982), 297.

10 Ibid., 299.

11 Ibid., 297.

12 Bonhoeffer war kein Nationalsozialist und pflegte im Gegenteil Kontakte zum Widerstand. Dennoch war er Anhänger eugenischer Ideen und teilte damit die wissenschaftlichen Grundüberzeugungen seiner Zeit; vgl. HAHN (2020), 98 ff.

13 Ibid.

digen Verlegung zur dauernden Unterbringung in peripheren Anstalten. Von dort aus wurden die als unheilbar oder bildungsunfähig geltenden Patientinnen und Patienten in Tötungsanstalten verlegt.¹⁴

Die Kinderbeobachtungsstation wurde in der NS-Zeit weitergeführt, denn unter den Bedingungen des Zweiten Weltkriegs nahm die Zahl psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher zu.¹⁵

Nach Kriegsende musste zunächst die Grundversorgung gesichert werden. Die Charité hatte etwa die Hälfte ihrer Häuser, Pavillons und Baracken verloren, und auch die Nervenambulanz war durch Bomben erheblich zerstört.¹⁶ Erst Mitte der 1950er Jahre erschienen wieder wissenschaftliche Arbeiten aus der Klinik in der kurz vor dem Tode Bonhoeffers am 4. Dezember 1948 gegründeten Zeitschrift »Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie«. 1949 übernahm der Bonhoeffer-Schüler Rudolf Thiele (1888–1960) das Direktorat der Nervenambulanz und den Lehrstuhl für Psychiatrie und Neurologie.¹⁷ Thiele war seit 1937 Mitglied der NSDAP, seit 1934 im NS-Lehrerbund, seit 1939 im NS-Dozentenbund und seit 1934 in der SA, weshalb er 1946 von der Universität Greifswald entlassen worden war.¹⁸ Die erneute Berufung trotz seiner vormaligen NS-Mitgliedschaften steht exemplarisch für die gesteuerte Integration ehemaliger NSDAP-Mitglieder in den Hochschuldienst.¹⁹ Angesichts der Personalnot an Krankenhäusern und Universitäten folgte die Sowjetische Militäradministration auch im Fall Thiele einem pragmatischen Kalkül: Die wissenschaftliche und ärztliche Begabung Thieles wurde hervorgehoben, die politische Belastung als »rein formeller Natur« abgetan.²⁰ So habe sich Thiele ausschließlich der Wissenschaft und den Patientinnen und Patienten gewidmet und sei nie politisch hervorgetreten. Auch die Angestellten der Klinik hätten ihn als einen Menschen mit einem tiefen sozialen Empfinden in guter Erinnerung. Seine Hingabe für die Wissenschaft und die Patientinnen und Patienten habe ein politisches Engagement in den NS-Verbänden schlicht unmöglich gemacht. Und auch Thiele selbst

14 Vgl. Interview mit einer ehemaligen Fürsorgerin der Psychiatrischen und Nervenambulanz der Charité (1940–1949), in: ATZL/HESS/SCHNALKE (2005), 24.

15 BEDDIES/FUCHS/ROSE (2016), 296 f.

16 MALYCHA (2006), 104; LUTHER/WIRTH/DONALIES (1982), 286.

17 Nach seiner fachlichen Ausbildung in der Psychiatrie und Neurologie der Universitätsnervenambulanz der Charité hatte er sich für Psychiatrie und Neurologie 1926 habilitiert und wurde 1929 a. o. Professor und 1938 o. Professor. Von 1920 bis 1932 war er an der Nervenambulanz der Charité unter Karl Bonhoeffer, 1933 bis 1935 in den Wittenauer Heilstätten und von 1935 bis 1938 in der Heilanstalt Herzberge-Berlin tätig, bevor er seit April 1938 als Direktor der Psychiatrischen und Nervenambulanz der Universität Greifswald und Lehrstuhlinhaber amtierte. Er wurde am 31.8.1946 aus den Diensten der Universität Greifswald entlassen. In: BArch, DQ 1/ 146: Fragebogen zur Psychiatertagung im Oktober in Berlin, 1947, Bl. 349; MALYCHA (2006), 104.

18 Ibid.

19 Ibid., 105 f.

20 Ibid.

wies jegliche Identifikation mit der NS-Ideologie von sich. In den folgenden Jahren nach seiner Berufung erhielt er von den Behörden stets einwandfreie Beurteilungen. 1954 verlieh ihm die DDR den Vaterländischen Verdienstorden. Im September 1956 wurde er emeritiert.²¹

Nach dem Ausscheiden Thieles folgte 1957 Karl Leonhard als Klinikdirektor, der sich u. a. der Erforschung von Kinderneurosen und Kinderpersönlichkeiten widmete. Er unternahm dabei eine Abgrenzung von Erziehungsschäden und persönlichkeitsbedingten Neurosen.²² In seiner Zeit setzte infolge reformpsychiatrischer Ansätze in der DDR auf mehreren Ebenen ein Wandel in der Klinik ein. Leonhard gründete u. a. eine psychotherapeutische Station mit 50 Betten für neurotische Patientinnen und Patienten. Auch die Kinderabteilung spezialisierte sich in dieser Zeit in zwei Arbeitsgruppen für Psychiatrie und für Neurologie.²³ 1970 erhielt die Klinik einen Lehrstuhl für Kinderneuropsychiatrie. Dagobert Müller baute ab 1959 systematisch die kinderneurologische Station auf, wechselte aber 1973 nach Berlin-Herzberge.²⁴

In Nachfolge Leonhards wurde Karl Seidel von 1971 bis 1978 amtierender Direktor der Nervenklinik, gefolgt von H. A. F. Schulze bis 1989/90. Karl Seidel, durch seine politische Anbindung in der Klinik weniger omnipräsent als sein Vorgänger, galt als »Leiter der Abteilung Gesundheit im Zentralkomitee der SED und inoffizieller Mitarbeiter der Staatssicherheit als tragende Säule der SED-Diktatur innerhalb der Charité.«²⁵ Inwiefern sich seine Ämter auch auf die Klinik auswirkten, wurde noch nicht systematisch untersucht.

Forschungsschwerpunkte der Kinderabteilung waren 1981 u. a. die »Analyse biologischer und sozialer Grundlagen der Entwicklung und Fehlentwicklung des Verhaltens bei Kindern« und »Hirntumore im Kindesalter und subakute sklerosierende Panenzephalitis«.²⁶ Ein weiterer Schwerpunkt der Klinik waren Essstörungen (Anorexia und Bulimia nervosa).²⁷

21 Ibid.

22 NEUMÄRKER (1982), 303.

23 Vgl. dazu Kap. 3.

24 NEUMÄRKER (1982), 303.

25 HOHEISEL (2012), 71.

26 Psychiatrische und Nervenklinik. In: Charité-Annalen, Neue Folge 1 (1981), 91–93, hier 92 f.

27 Zentrum für Nervenheilkunde. In: Charité-Annalen, Neue Folge 10 (1990), 120 f., hier 121.

3 Klinikstruktur (räumliche Beschaffenheit) und materielle Ressourcen

Der Gebäudekomplex der Psychiatrischen- und Nervenambulanz der Charité bestand ursprünglich aus drei Teilen: Es gab einen Kopftrakt für Forschung, Lehre und die neurologische Abteilung, die Seitenflügel für die psychiatrischen Abteilungen und zwei Gartenpavillons als Absonderungshäuser für unruhige Kranke (Männervilla und Frauenvilla). Die Gebäudeteile lagen etwas abseits und waren durch zwei lange Gänge in doppelter Ausführung miteinander und mit der Klinik verbunden, die Seitenflügel trennten die Geschlechter voneinander. Die Gebäudeteile waren umgeben von einem Garten, der von einer hohen Mauer eingefasst war.²⁸ Eine damalige Schwester der geschlossenen Frauenstation (Frauenvilla) vermittelt einen plastischen Eindruck von ihrer Anfangszeit in der Klinik zu Beginn der 1960er Jahre. Demnach war die Station zu dieser Zeit mit ca. 25 Patientinnen belegt. Es gab einen großen »Wachsaal« mit etwa 15 Betten, außerdem drei Zellen, die mit Doppeltüren gesichert waren. Der Stationskorridor war mit Betten vollgestellt. Weil alle Türen von diesem Korridor abgingen, herrschte permanent große Unruhe. Alle Dienste waren doppelt, zum Teil dreifach besetzt. Eine Schwester musste immer den »Wachsaal«, eine weitere die Zellen, eine dritte den Tagesraum beaufsichtigen. Die Patientinnen sollten tagsüber möglichst nicht im Bett liegen, allerdings seien einige »derart sediert«, zum Teil auch fixiert gewesen, dass es »gar nicht anders gegangen« sei.²⁹

In der »schweren Station« der neurologischen Abteilung, so erinnert sich eine weitere Mitarbeiterin, waren zum Teil sehr pflegebedürftige Patientinnen untergebracht. Sie mussten mit einer Trage die Treppe hochgetragen werden, da es noch keinen Fahrstuhl gab, was die tägliche Arbeit mit den pflegebedürftigen Patientinnen enorm erschwert habe.³⁰

Bis in die 1960er Jahre trugen die Patientinnen noch Anstaltskleidung: blau-weiß gestreifte Röcke und Jacken oder Kittel aus festem Leinen. Die Schwestern trugen Kleider und darüber weiße Schürzen, außerdem Hauben.

Spitze, scharfe Gegenstände, Blumentöpfe und Vasen gab es in der Klinik nicht, ebenso kein Porzellan und keine Messer, nur Plastikgeschirr und Löffel. Die Abteilungen der Klinik waren alle noch geschlossen. Das Personal hatte einen Generalschlüssel. Alle Türen waren abgeschlossen: Dienstzimmer, Zellen, Tagesraum und manchmal auch der »Wachsaal«.³¹

28 ATZL/HESS/SCHNALKE (2005), 10 f.

29 Vgl. Interview mit einer ehemaligen Krankenschwester der Psychiatrischen und Nervenambulanz der Charité (1961–1999), in: ATZL/HESS/SCHNALKE (2005), 50 f.

30 Vgl. Interview mit einer ehemaligen Krankenschwester der Psychiatrischen und Nervenambulanz der Charité (1951–1961), in: *ibid.*, 32–40, hier 36.

31 *Ibid.*, 51.

Unter Leonhard setzte eine schrittweise Modernisierung der Nervenklinik ein. Vor allem durch die Einführung der neuen Psychopharmaka konnten Stationen geöffnet werden, wobei Leonhard diesbezüglich zurückhaltend blieb und vorzugsweise auf individuelle Freiheit durch mehr Ausgang und ständige Verbindung zu Angehörigen setzte.³² Zellen, Doppeltüren, Anstaltskleidung, Matratzen und Plastikgeschirr verschwanden nach und nach aus dem Klinikalltag. Die Patientinnen und Patienten erhielten Besteck und durften sich ihre Schnitten auch alleine schmieren.³³ Die Klinik wurde etwas wohnlicher gestaltet (mit Bildern und Blumentöpfen), und auch der Umgang miteinander gestaltete sich seit Mitte der 1960er Jahre humaner, was auch dem Pflegepersonal Erleichterung verschaffte.³⁴ Die strikte Geschlechtertrennung wurde gelockert, neue Therapieansätze (Beschäftigungstherapie, Psychotherapie) wurden integriert, und fachlich setzte eine Phase der Differenzierung und Spezialisierung ein. Die Zahl spezialisierter Einzelabteilungen nahm zu. Eine neuroradiologische Abteilung war schon in der Weimarer Zeit eingerichtet worden, 1976 erhielt sie das erste CT-Gerät der DDR. Neue Fachabteilungen, eine Gerichtspsychiatrie, eine Psychotherapiestation sowie eine Rehabilitationsabteilung wurden gegründet, außerdem vereinte die Klinik bald verschiedene Arbeitsgruppen sowie die Neuroanatomie, die Elektroenzephalographie, die Elektromyographie und ein serologisches Labor unter einem Dach.³⁵ Im Zuge dessen entwickelte sich auch die Kinder- und Jugendneuropsychiatrie zu einer eigenständigen Fachabteilung.

In den 1960er Jahren bestand die Nervenklinik aus einer Neurologie und einer Psychiatrie unter einheitlicher Leitung von Karl Leonhard. Die Klinik hatte 12 Stationen mit insgesamt 311 Betten: die Neurologie (Stationen 1 und 2) mit 65 Betten, vier psychiatrische Stationen für mehr oder weniger schwere Fälle (3a, b; 6a, b; 7; 8 Gerichtspsychiatrie), zwei Stationen für Psychotherapie (5 und 9) mit 56 Betten und zwei Stationen für Kinder (4a und 4b) mit insgesamt 36 Betten, davon 16 Betten für neurologische Fälle. Außerdem gab es eine Poliklinik mit täglich 20 bis 30 Neuaufnahmen.³⁶

Während die Kinder aus dem Sample in den 1950 Jahren regelhaft auf die Stationen 6 und 7 aufgenommen wurden, wurden sie seit 1959 auf den Stationen 4a (Neurologie) und 4b (Psychiatrie) betreut. Eine damalige Stationsschwester berichtete, dass während ihrer Zeit (1958–1978) auf der kinderpsychiatrischen Station (4b) 21 Patientinnen und

32 Leonhard (1995), 92.

33 Vgl. Interview mit einer ehemaligen Krankenschwester der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité (1961–1999), in: ATZL/HESS/SCHNALKE (2005), 54.

34 Ibid.

35 HPAC, Ordner 4,27: Bericht Leonhard an Waldeyer, 27.4.1962; ATZL/HESS/SCHNALKE (2005) 14.

36 HPAC, Ordner 4,27, Verwaltungsschriftverkehr Klinikdirektor (K. Leonhard). Die Stationen sind in der Regel lediglich mit Ziffern benannt, was die Rekonstruktion der Klinikstruktur erschwert.

Patienten zwischen fünf und 14 Jahren behandelt wurden. Auf der Station standen zwei Schlafräume getrennt nach Geschlechtern zur Verfügung.³⁷

Für die Betreuung wären ein Stationsarzt, eine Diplom-Psychologin, die Fürsorgerin, sieben Schwestern, nach Möglichkeit Kinderkrankenschwestern und die Sonderschulpädagoginnen und -pädagogen zuständig gewesen. Auf der Station waren ihrer Erinnerung nach außerdem drei Erzieherinnen und Erzieher sowie vier bis fünf Lehrerinnen und Lehrer beschäftigt.³⁸

In einem Schreiben an den Dekan der Medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität monierte Leonhard 1962, dass keine Klinik der Charité so wenige Ärzte wie die Nervenambulanz habe. Dies sei der Annahme geschuldet gewesen, dass bei psychiatrischen Kranken eine geringere ärztliche Versorgung für ausreichend gehalten wurde, was zwar für chronisch Kranke zutreffend gewesen sei (Schwerpunkt Pflege), nicht aber für die Fälle, die in einer Universitätsambulanz versorgt werden müssten.³⁹ Bei einer offenbar durchweg angespannten Personalsituation, verbunden mit einem Betten- und Fachärztemangel, sah sich die Klinikleitung laut Bericht einer damals tätigen Psychologin auf der anderen Seite einer hohen Nachfrage zur Aufnahme von Patientinnen und Patienten gegenüber. Der Zustrom an Patientinnen und Patienten riss demnach nie ab, zumal Charité und Nervenambulanz einen guten Ruf genossen.⁴⁰ Anfang der 1970er Jahre wurde die Bettenzahl dann insgesamt reduziert, was mit einer Erweiterung der Behandlungsmethoden einherging. Auf der Station 3a wurde eine für Frauen und Männer gemeinsame Abteilung für Arbeitstherapie eingerichtet. Außerdem wurden die Räume der Station 9 für die Erweiterung der Forschung genutzt. Ein Bettenzimmer der Station 6 wurde in einen Raum zur Durchführung von Gruppengesprächen als neue Therapie umgewandelt. Dadurch änderte sich auch die Struktur des Pflegepersonals.⁴¹

37 Ibid.

38 Vgl. Interview mit einer ehemaligen Krankenschwester der Psychiatrischen und Nervenambulanz der Charité (1958–1978), in: ATZL/HESS/SCHNALKE (2005), 70 f.

39 Vgl. HPAC, Ordner 4, 27: Schreiben Leonhard an Waldeyer vom 27.4.1962, darin erwähnt: Richtlinie für die Planung Gehaltsabkommen, Nachtragsvereinbarung Nr. 19/20 vom 1.4.1959.

40 Vgl. Interview mit einer ehemaligen Psychologin der Psychiatrischen und Nervenambulanz der Charité (1958–1991), in: ATZL/HESS/SCHNALKE (2005), 42.

41 Vgl. Interview mit einer ehemaligen Krankenschwester der Psychiatrischen und Nervenambulanz der Charité (1958–1978), in: ATZL/HESS/SCHNALKE (2005), 74.

4 Sozialprofil der Kinder und Jugendlichen und ihre Wege in die Einrichtung

4.1 Alterszusammensetzung, soziale Herkunft

Bei den 39 weiblichen und 67 männlichen Patientinnen und Patienten aus dem Sample (N=106) handelte es sich zum Aufnahmezeitpunkt überwiegend um Kinder und Jugendliche im schulfähigen Alter: 55 Kinder waren zwischen sechs und 13, 39 zwischen 14 und 17 und nur 12 im Säuglings-, Kleinkind- oder Vorschulalter. Die meisten von ihnen kamen aus Berlin oder angrenzenden Bezirken (Potsdam und Frankfurt), immerhin 15 aus anderen, entfernteren Orten in der DDR.

Ein Großteil (87) der Kinder und Jugendlichen lebte vor der stationären Aufnahme im Elternhaus, etwa die Hälfte mit beiden Elternteilen, mindestens 16 bei der alleinerziehenden Mutter und 14 in einer »Patchwork-Situation«. Neun Kinder waren adoptiert, lebten in einer Pflegefamilie oder bei anderen Verwandten, zehn Kinder wurden aus einer Heimeinrichtung⁴² eingewiesen, und ein Kind hatte zuvor im Internat einer Spezialschule für Musik gewohnt.⁴³ Die Betreuungssituation im Elternhaus ließ sich nicht immer anhand der Akten klären, zumal sie sich teilweise mehrmals änderte. In einigen Fällen gibt es keine genauen Angaben darüber, ob der Vater mit der Familie zusammenlebte, in weiteren Fällen wechseln die Aufenthalte der Kinder zwischen Verwandten (häufig den Großeltern) und Elternhaus oder zwischen Heim und Elternhaus über die Jahre. Als Gründe dafür wurden Berufstätigkeit der Eltern und Schichtdienst, mehrere Kinder, Krankheit der Mutter oder aber fehlende Möglichkeiten zur Beschulung am Wohnort (z. B. keine Hilfsschule) angegeben.⁴⁴

Über die soziale Herkunft lässt sich anhand des Samples keine zusammenfassende Aussage treffen. In 39 Fällen war der Beruf des (leiblichen) Vaters der Akte nicht zu entnehmen. Besonders in den frühen Akten waren Kriegsfolgen nicht zu übersehen: Bei mindestens elf Kindern war der Vater als »vermisst« oder »verstorben« angegeben. Die Kinder lebten bei der alleinerziehenden Mutter oder bei Verwandten, sofern die Mutter berufstätig war. Väter waren, sofern vorhanden, einfache Handwerker oder Angestellte (etwa Eisenbahner, Heizer, Tischler, Schlosser, Elektriker, Gärtner, Buchhalter, Zahntechniker, Feinmechaniker). Akademiker waren nicht vertreten. Nur wenige

42 HPAC: 1960/327F; 1950/396M; 1970/476M; 1970/293M; 1955/211M; 1955/675M; 1960/10M; 1965/887M; 1955/51M; 1955/46M: Normalkinderheim, Spezialkinderheim, Jugendwerkhof, Durchgangsheime Treptow und Magazinstraße in Berlin, heilpädagogisches Heim »Kurt Isemann«, »orthopädisches Heim«/»Rotes Haus«.

43 HPAC 1970/275F.

44 HPAC 1955/51M.

Eltern kamen aus der Landwirtschaft (städtisches Einzugsgebiet). Die Mütter waren ohne Beruf oder Arbeiterinnen (z. B. Landwirtschaft, Küchen und Kantinen), es gab Schneiderinnen (in Heimarbeit), wenige waren Angestellte (z. B. Sekretärin, Krankenschwester). In den 1960er und 1970er Jahren fand offenbar eine Verschiebung statt: Geschlechtsspezifische Rollenmuster blieben zwar bestehen, aber die Eltern waren im Durchschnitt besser qualifiziert, beide Elternteile waren berufstätig, die Väter vorwiegend Facharbeiter und Angestellte in leitender Funktion. Von 42 Kindern, die nach dem Mauerbau eingewiesen wurden, waren mindestens neun Väter Akademiker und Lehrer, fünf waren Angestellte in Ministerien, zwei waren bei der Nationalen Volksarmee (NVA), drei bei der Volkspolizei, in ebenfalls leitender Position. Die Frauen waren nun mehrheitlich mindestens halbtags berufstätig, allerdings kaum in leitender Position, häufig als Angestellte (z. B. Sekretärinnen, Sachbearbeiterinnen, Buchhalterinnen, Fachverkäuferinnen, Pflegeberufe), aber auch als Hilfsarbeiterinnen (z. B. in Küchen und als Reinigungskraft). Es gab auch Lehrerinnen und Erzieherinnen unter ihnen, ebenso wie sich unter den Eltern insgesamt vermehrt Künstlerinnen und Künstler sowie Journalistinnen und Journalisten befanden. Allgemeine Entwicklungen⁴⁵, städtisches Einzugsgebiet und guter Ruf der Charité sind als Gründe für diese Entwicklungen zu vermuten.

Auch die Lebensqualität im Elternhaus verbesserte sich sichtlich. Wurden wirtschaftliche Verhältnisse und Wohnsituation 1950 noch »als ausgesprochen dürftig« beschrieben (»1,5 Zimmer-Wohnung«, »zwei und drei Kinder in einem Bett«⁴⁶), hieß es in einem anderen Fall von 1974, die Wohnverhältnisse seien in der »sehr gut eingerichteten« und »gut möblierten« 2-ZKB-Neubau-Wohnung »adellos« gewesen. Der Patient habe »ein geräumiges Zimmer für sich allein« gehabt.⁴⁷

Die soziale Herkunft der Kinder aus dem Sample lässt dabei keine allgemeinen Rückschlüsse auf die Erziehungssituation zu. Hinweise auf ein liebloses oder nachlässiges Elternhaus, in dem laut Akte willkürlich geschlagen oder systematisch autoritär erzogen wurde (Prügelstrafe inbegriffen), finden sich in etwa 20 bis 30 Prozent der Akten aus dem Sample.⁴⁸

In der Akte eines achtjährigen Jungen ist davon die Rede, dass er große Angst vor dem »Ausklopfer« gehabt habe, da er »von dem sehr viel beim Kindsvater bekommen« habe, aber auch von der Mutter. Die Mutter und der Stiefvater hatten den Jungen laut Akte außerordentlich schlecht behandelt, vor allem »die sehr jähzornige Mutter« hätte ihn oft

45 Bildungsanstrengungen in der DDR in den 1950er und 1960er Jahren, um dem Mangel an Fachkräften und Akademikern durch Abwanderung in die Bundesrepublik entgegenzuwirken.

46 HPAC 1950/694M; vgl. auch HPAC 1965/851M.

47 HPAC 1974/477M: Bericht Hausbesuch der Krankenhausfürsorgerin vom 1.11.1974.

48 z. B. HPAC: 1950/203F, 1950/141F, 1950/260M, 1955/76aM, 1960/2M, 1970/533M, 1970/476M, 1970/332M, 1974/474M.

»mit dem Kleiderbügel und anderen Gegenständen grün und blau« geschlagen.⁴⁹ In der Krankengeschichte einer Zwölfjährigen hieß es, dass »in energischen Gesprächen mit den Eltern deren brutale Erziehung, insbesondere die Schulleistungen betreffend, abgebaut werden konnte«. ⁵⁰ In zwei Fällen aus dem Sample war ein Elternteil zum Zeitpunkt der Aufnahme inhaftiert: ein Vater wegen »Verstoßes gegen den innerdeutschen Handel«⁵¹, eine Mutter befand sich wegen »asozialen Lebenswandels« in einem Arbeitserziehungslager.⁵² Eines der Kinder war zum Zeitpunkt der Einweisung bereits adoptiert.⁵³

4.2 Einweisungsmodus, Aufenthaltsdauer

Als Universitätsklinikum hatte die KJP der Charité kein festgelegtes Einzugsgebiet. Auch wenn die Patientinnen und Patienten mehrheitlich aus Berlin kamen, konnten sie auch aus anderen Bezirken der DDR überwiesen werden, wenn etwa ihre Behandlung an anderer Stelle nicht erfolgreich verlaufen war.⁵⁴ So hatten Patientinnen und Patienten der Charité-Nervenklinik nicht selten bereits vier oder mehr Behandlungen hinter sich, wobei sie in der Regel zunächst in der Poliklinik ambulant behandelt wurden.⁵⁵ Folgte eine stationäre Einweisung, blieben die meisten etwa vier Wochen, einige aber auch länger. Es gab auch chronische Patientinnen und Patienten, die nicht entlassen werden konnten. Während sie unter K. Leonhard in der Klinik verblieben, da er die Verläufe studierte und diese auch für die Ausbildung der Studenten nutzte, trennte sich sein Nachfolger K. Seidel von ihnen, indem er sie in Bezirksnervenkliniken verlegen ließ.⁵⁶ Auch die Patientinnen und Patienten der kinderpsychiatrischen Station wurden erst stationär aufgenommen, wenn sich ambulant kein Behandlungserfolg abzeichnete. Eine damalige Stationschwester berichtete, dass die Kinder durch den Hausarzt, den Schularzt oder den Kinderarzt eingewiesen wurden, sofern kein organischer Befund vorlag.⁵⁷ So habe es sich in der Regel nicht um Kinder mit geistigen Behinderungen, sondern um Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten,

49 HPAC 1960/2M.

50 HPAC 1974/537F.

51 HPAC 1955/56M.

52 HPAC 1974/477M: Bericht Hausbesuch der Krankenhausfürsorgerin vom 1.11.1974.

53 Ibid.

54 Vgl. Interview mit einer ehemaligen Psychologin der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité (1958–1991), in: ATZL/HESS/SCHNALKE (2005), 42.

55 Ibid.

56 Interview mit einem ehemaligen Stationsarzt der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité (1965–1975), in: *ibid.*, 82.

57 Vgl. Interview mit einer ehemaligen Krankenschwester der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité (1958–1978), in: *ibid.*, 72.

die »zu den Neurosen gezählt wurden«, gehandelt.⁵⁸ Auf der kinderneurologischen Station hingegen, so ein ehemaliger Stationsarzt, habe man »viel gelernt«, da dort »Kinder mit sehr seltenen Krankheiten« aufgenommen worden wären.⁵⁹

Die Kinder im untersuchten Sample kamen über den gesamten Erhebungszeitraum (1946–1974) mit recht unterschiedlichen Diagnosen, Symptomen und/oder Verhaltensauffälligkeiten in die Klinik.

Ein größerer Teil wurde besonders in den 1950er Jahren mit einem »Anfallsgeschehen« oder mit Kopfschmerzen ungeklärter Ursache vorgestellt. In anderen Fällen ging es um »Bewegungsstörungen« (»Tics«) oder um verschiedenste Verhaltensauffälligkeiten (»motorische Unruhe«, »Weglaufen«, »Bummeln«, »Essstörungen«, »Bettnässen«, »Einkoten«, »Trotzreaktionen«, »Aggressivität«, »gewalttätiges Verhalten«). Auch ein Leistungsnachlass in der Schule oder ein Entwicklungsrückstand konnten die Einweisung begründen. Die zwölf Kinder im Vorschulalter wurden zur antikonvulsiven Einstellung oder wegen eines Tumorverdachts stationär aufgenommen, nur zwei von ihnen zeigten starke Trotzreaktionen oder andere Verhaltensauffälligkeiten.⁶⁰ In einem Fall wurden als Gründe der Vorstellung von der einweisenden Jugendgerichtshilfe Homosexualität und der Verdacht sexuellen Missbrauchs vermerkt. Letztlich sollte ein ärztliches Gutachten die Verlegung des Jungen in eine andere Heimeinrichtung erreichen.⁶¹ In mehreren Fällen wurden Suizidandrohungen genannt.⁶²

Eine 14-Jährige wurde nach mehreren Fluchten aus dem Spezialkinderheim⁶³ Pretzsch und der Androhung eines Selbstmordversuchs stationär eingewiesen. Das Mädchen wollte laut Akte mit ihrem Verhalten eine Heimentlassung erzwingen. In ihrem Fall liegen der Akte mehrere Schreiben des Stationsarztes an die Abteilung Jugendhilfe bei, in denen er sich deutlich gegen eine erneute Heimeinweisung aussprach und für eine Entlassung ins Elternhaus einsetzte.⁶⁴ In einem weiteren Fall sollte ein Jugendlicher wegen »Verdachts der Vorbereitung zur illegalen Grenzverletzung gemäß § 213 STGB« forensisch-psychiatrisch begutachtet werden. Außer der Fieberkurve und einem Laboranforderungsschein fanden sich in der Akte jedoch keine weiteren Angaben oder spezifische Dokumente zu diesem Aufenthalt.⁶⁵

58 Ibid.; aufgeführt wurden z. B. sehr lebhafte oder auch gehemmte Kinder oder solche, die »weglaufen«, »lügen« oder »stehlen«, ferner »Bettnässer« oder »Stotterer«; Interview mit einem ehemaligen Stationsarzt der Psychiatrischen und Nervenambulanz der Charité (1965–1975), in: *ibid.*, 82.

59 Ibid.

60 HPAC: 1960/327F1965/752F.

61 HPAC 1950/396M.

62 HPAC: 1950/203F; 1970/240F; 1970/226F; 1970/377F.

63 Spezialkinderheime waren in der DDR Jugendhilfe-Heime der Volksbildung für »schwererziehbare« Kinder und Jugendliche, die die Schule besuchten.

64 HPAC 1970/377F.

65 HPAC 1974/27M.

Die Krankenkasse gab generell kein Zeitlimit für eine Therapie vor.⁶⁶ In 50 Fällen (N=106) betrug die Aufenthaltsdauer sechs Wochen, in 32 Fällen zwischen sechs Wochen und drei Monaten, in 17 Fällen zwischen drei Monaten und einem Jahr, fünf blieben länger als ein Jahr,⁶⁷ eine Patientin sogar mehr als drei Jahre lang.⁶⁸ Mehrfacheinweisungen eingeschlossen, war bei 48 Einweisungen die Initiative Angehöriger ersichtlich, wenngleich sich deren Beteiligung nicht immer nachweisen lässt.⁶⁹ In einigen Fällen wandten sich die Eltern direkt an die Klinik oder den Chefarzt und bemühten sich um die Aufnahme des Kindes.⁷⁰ Eine Patientin wurde beispielweise auf ausdrücklichen Wunsch der Eltern und mit der Begründung eingewiesen, dass »die Heimatschule eine Beschulung in einer Hilfsschule vorgeschlagen hatte, die jedoch von den Eltern strikt abgelehnt« worden sei.⁷¹ In der Regel waren die Angehörigen an der stationären Aufnahme mindestens insofern beteiligt, als dass sie ihre Kinder begleiteten, Aufnahmegespräche führten, während des Aufenthaltes der Kinder zu Gesprächen in der Klinik erschienen und zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen laut Akte ihre Zustimmung gaben. In 38 Fällen aus dem Sample ist festgehalten, dass das Kind in Begleitung der Mutter zur Aufnahme kam, in vier Fällen in Begleitung des Vaters, in drei Fällen mit sonstigen Angehörigen, beispielsweise der Großmutter. In weiteren 22 Fällen wird außerdem von Schwierigkeiten berichtet, die Eltern mit ihren Kindern oder ihrem sozialen Umfeld zuvor gehabt hatten (z. B. Anfälle, Verhaltensauffälligkeiten zuhause und/oder in der Schule). Bei 22 Patientinnen erfolgte die Einweisung über einen behandelnden Arzt in Wohnortnähe, den die Eltern zuvor mit ihrem Kind aufgesucht hatten. Mindestens vier weitere Kinder wurden aus einem anderen Krankenhaus oder einer anderen Klinik eingewiesen, weil das jeweilige Krankenhaus nicht über die apparativen Möglichkeiten verfügte (z. B. eine Elektrokrampftherapie).⁷² In sieben Fällen erwirkte recht eindeutig das Gesundheitsamt die stationäre Einweisung. In einem dieser Fälle, bei dem ein Achtjähriger mit der Diagnose »Milieuschaden bei epileptoider Persönlichkeit« bedacht wurde, drängte sich der Eindruck auf, dass er weniger aus medizinischen als aus sozialen Gründen für fast ein Jahr in der Kinderabteilung verblieb und hauptsächlich fürsorgerisch betreut wurde. Offenbar wurde ein geeignetes Heim für ihn gesucht. Auf welcher Rechtsgrundlage die stationäre Dauerunterbringung erfolgte, erschließt sich nicht.⁷³

66 Vgl. Interview mit einer ehemaligen Psychologin der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité (1958–1991), ATZL/HESS/SCHNALKE (2005), 44.

67 HPAC: 1955/76aM, 1965/644M, 1974/405M, 1970/413M.

68 HPAC 1974/537F.

69 HPAC 1970/476M.

70 Etwa HPAC: 1970/476M; 1974/537F.

71 HPAC 1974/537F.

72 HPAC 1955/76aM; vgl. auch Kap. 5.2. Invasive therapeutische Verfahren – Elektrokrampf- und Insulin-Schocktherapie.

73 HPAC 1960/2M.

Zwei Jugendliche kamen in Begleitung der Polizei in die Klinik. Ein Jugendlicher wurde zur gerichtspsychiatrischen Begutachtung in die Klinik gebracht.⁷⁴ Ein anderer war zuhause psychisch auffällig geworden und von der behandelnden Nervenärztin eingewiesen worden. Die Polizei brachte ihn auf die geschlossene Station.⁷⁵ Er selbst äußerte sich dazu laut Akte:

»Und dann die Wut, weil mich alle so überwältigen. Und die Polizei war auch nicht sanft. Die haben mich behandelt wie einen Schwerverbrecher, das bin ich doch nicht, ich habe doch sonst nichts Unrechtes getan [...]«⁷⁶

Mehrheitlich wirkten damit die Eltern gemeinsam mit weiteren Beteiligten, z. B. Ärztinnen und Ärzte, Polikliniken oder Beratungsstellen der Gesundheitsämter, an der Einweisung mit. Teilweise hatte es zuvor Schwierigkeiten im Kindergarten oder der Schule gegeben, und es hatten bereits Elterngespräche stattgefunden. Es lässt sich anhand der Akten nicht sagen, inwieweit beteiligte Institutionen die Eltern dazu drängten, das Kind zur Diagnostik oder Behandlung zu bringen.

4.3 Entlassungsmodus

Die meisten Kinder und Jugendlichen wurden nach der stationären Behandlung wieder nach Hause entlassen, nämlich in 102 Fällen von 136 Einweisungen insgesamt (inklusive Mehrfacheinweisungen), davon 36 Mädchen (N=49) und 66 Jungen (N=87). In nur sieben Fällen wurden die Kinder in ein Heim oder eine Fürsorgeeinrichtung eingewiesen, darunter ein Mädchen. In einem Fall wurde ein kleines Heim mit individueller Betreuung empfohlen, letztlich kam der Junge aber im Oktober 1960 in das Spezialkinderheim für Schwererziehbare in Sandersleben.⁷⁷ Ein weiterer Patient wurde in ein Durchgangsheim entlassen, um von dort aus »in ein geeignetes Heim« eingewiesen zu werden. Die übrigen Kinder wurden wieder in das zuvor einweisende Heim entlassen, in einem Fall handelt es sich um eine Mehrfacheinweisung. 15 Kinder und Jugendliche wurden zu Verwandten entlassen oder in andere Kliniken verlegt, ein Patient wurde in die Untersuchungshaft zurückverlegt. In elf weiteren Fällen kann aufgrund der Aktenlage keine Aussage getroffen werden.

Die Empfehlungen der Ärzte bei Entlassung der Kinder und Jugendlichen waren entsprechend der Entlassungsdiagnose sehr unterschiedlich. Handelte es sich um eine Epilepsie, wurde in erster Linie eine Medikamentierung empfohlen, in anderen Fällen

⁷⁴ HPAC 1974/27M.

⁷⁵ HPAC 1955/22M.

⁷⁶ Ibid.

⁷⁷ HPAC 1960/2M.

wurde Physiotherapie verordnet, in vielen Fällen eine ambulante Wiedervorstellung in der Poliklinik oder die Vorstellung und Weiterbehandlung bei einem Arzt bzw. in einem Ambulatorium am Wohnort. Hatte es zuvor Schwierigkeiten in der Schule gegeben, wurde teilweise eine Umschulung empfohlen und bereits angebahnt. In elf Fällen wurde zur Einweisung in ein geeignetes Heim geraten; in einem Fall wurde ein Jugendwerkhof nahegelegt, in einem weiteren Fall das Kombinat der Sonderheime. Dies waren in der Regel Kinder, bei denen in der Akte Disziplinverstöße eine Rolle spielten.⁷⁸ Die Empfehlungen wurden als Teil der Epikrise auch den zuständigen Beratungsstellen der Gesundheitsämter zugesandt. Empfohlene Maßnahmen sollten vor allem den regelmäßigen Schulbesuch oder die Aufnahme einer Arbeit sicherstellen, denn die Klinik war verpflichtet, die Kinder und Jugendlichen in eine möglichst stabile Situation zu entlassen bzw. zu vermitteln (Wiedereingliederung). Die jeweilige Empfehlung oblag in letzter Instanz den Ärztinnen und Ärzten, die sich über die Krankenhausfürsorge an die Jugendhilfe oder direkt an die jeweiligen Einrichtungen, wie in einem Fall an ein Heim der Caritas, wandten. In einem dieser Fälle wurde die Aufnahme eines Jungen mit dem Hinweis des Trägers abgelehnt, dass die Jugendhilfe sich generell schwer täte, den Pflegesatz zu bezahlen.⁷⁹ Für einen anderen Jungen wurde ein Heim mit »straffer pädagogischer Führung« empfohlen, nachdem er wegen seiner Verhaltensauffälligkeiten als »nicht tragbar« aus der Klinik entlassen worden war.⁸⁰ In Einzelfällen sprachen sich die Mediziner aber auch entschieden gegen eine Heimeinweisung aus.⁸¹ Im Durchschnitt waren die Empfehlungen auf das jeweilige Kind zugeschnitten. Sie berücksichtigten nicht nur die Diagnose, sondern auch die soziale Situation der Kinder, die Perspektiven am Wohnort (geeignete Schule, Ausbildung, Fördermöglichkeit) sowie individuelle Charaktereigenschaften der Kinder und die Bindung an das Elternhaus. Es wird allerdings ein ärztliches Selbstverständnis sichtbar, im Sinne der Kinder wohlwollend zu handeln.

5 Beobachtung, Diagnostik, Therapie

»Es wurden 15 ccm Liquor gegen 15 ccm Luft ausgetauscht. Die Füllung wird danach unterbrochen, da Patientin kollabiert und der Puls kaum mehr fühlbar und langsam ist, außerdem im Rumpf und der linken oberen Extremität ein kurzfristiges Zucken auftritt. Patientin ist noch einige Minuten danach verwirrt, antwortet aber auf Befragen.«⁸²

78 Z. B. HPAC 1970/332M.

79 HPAC 1955/56M.

80 HPAC 1974/477M.

81 HPAC 1965/644M.

82 HPAC 1950/740F.

Der Schwerpunkt des stationären Aufenthaltes lag in beiden Stationen der Klinik (4a Neurologie, 4b Psychiatrie) auf der Diagnostik mit einer sich anschließenden Therapieempfehlung, die dann möglichst ambulant weitergeführt werden sollte. Während die Diagnostik umfassend und nach einheitlichem Muster ablief, wurden im Anschluss recht vielfältige Therapieansätze erprobt. Es handelte sich dabei in der Regel um eine Kombination verschiedener Maßnahmen, wobei Medikamente – und zwar abhängig von der Diagnose – eher begleitend als ein Element der Behandlung verabreicht wurden. Neben Schulunterricht, Arbeits- und Beschäftigungstherapie gab es psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche, neben physiotherapeutischen außerdem fürsorgerische Maßnahmen.⁸³ Die Krankenhausfürsorge war offenbar legitimiert, sich bei einem Hausbesuch, dem einweisenden Arzt, der Schule oder Arbeitsstelle ein Bild von der Situation zu machen, um den behandelnden Ärztinnen und Ärzten zusätzliche Informationen zu liefern.⁸⁴ Umgekehrt wurden Angehörige und auch Dritte (z. B. Arbeitskollegen, Lehrer/-innen, Fürsorger/-innen) zum Gespräch in die Klinik gebeten. Die Fahrtkosten wurden von der Krankenkasse erstattet. Die fürsorgerischen Aufgaben wurden dabei, nach den Quellen zu urteilen, recht intensiv wahrgenommen. Gespräche mit Angehörigen und Dritten fanden regelmäßig statt und der Schriftverkehr war teilweise ausgesprochen umfangreich, wenn Informationen aus anderen Kliniken sowie aus dem sozialen Umfeld der Kinder und Jugendlichen eingeholt wurden (etwa Schule, Heim, Betrieb).⁸⁵

Bei der Aufnahme wurden die Kinder und Jugendlichen zunächst körperlich internistisch und neurologisch untersucht. Auch eine psychologische Untersuchung mit einem Intelligenztest fand regelhaft statt (z. B. mittels dem Bühler-Hetzer-Kleinkindtest).⁸⁶ Bei 86 Einweisungen ist eine psychologische Untersuchung genauer dokumentiert, in 19 Fällen ist lediglich »Intelligenztest« ohne nähere Angaben festgehalten, in vier Fällen wurde auf frühere Untersuchungen verwiesen. In den übrigen Fällen fehlen nähere Angaben.

In den 1950er Jahren wurden die Kinder bei der Aufnahme nach verschiedenen Verfahren psychologisch untersucht. Gängige Tests waren der Intelligenztest nach Binet-Simon, der Scenotest, der Entwicklungstest für Kleinkinder nach Bühler-Hetzer, der Ose-letzky-Test zur motorischen Entwicklung, der Wartegg-Zeichentest und der Pigem-Test, außerdem Versuche zur praktischen Intelligenz (Glöckchenkasten, Turmbauversuch). In den 1960er und 1970er Jahren wurde dann hauptsächlich der Hamburg-Wechsler Intelligenztest (HAWIK) durchgeführt.⁸⁷

83 HPAC: 1960/327F; 1965/752F.

84 HPAC: 1970/377F; 1974/477M; 1974/474M; vgl. auch ATZL/HESS/SCHNALKE (2005), 44.

85 HPAC: 1950/203F; 1974/477M; 1974/461M; 1960/1M; 1974/474M; 1970/377F.

86 Etwa HPAC: 1955/235M; 1960/514F; 1960/327F.

87 HPAC: 1974/474M; 1974/405M; 1974/100F; 1974/477M; 1965/851M; 1965/315M; 1970/413M.

Während die psychologische Untersuchung in den 1950er Jahren noch als Teil der Anamnese in der Krankengeschichte dokumentiert ist, liegt den Akten seit etwa Mitte der 1960er Jahre in der Regel ein gesondertes psychologisches Gutachten bei, außerdem sind umfangreiche Unterlagen der Intelligenztests dokumentiert.

Während in den 1950er Jahren Gespräche oder beschäftigungstherapeutische Ansätze dokumentiert sind, etwa Gartenarbeit, Stationsarbeiten, Körperpflege, das Lernen von Gedichten sowie eine Malgruppe, erscheinen die therapeutischen Ansätze in den 1960er und 1970er Jahren zunehmend differenzierter. Es fanden vermehrt Aussprachen zwischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Angehörigen sowie Patientinnen und Patienten statt, es wurden Gruppen- und Einzelgespräche geführt, in einem Fall wurden neben einer Psychotherapie auch Musikunterricht bzw. Übungstherapie als Maßnahmen festgehalten.⁸⁸

Daneben spielten in der Charité auch die apparativen Verfahren eine besondere Rolle (Ausstattung, Personal). In 121 (N=136) Fällen erfolgten Laboruntersuchungen (Blut, Urin, Stuhl), bei mehr als der Hälfte der Kinder (54 v. 106) wurde eine Pneumenzephalographie (PnEG) durchgeführt, in 54 Fällen eine Röntgenaufnahme (Schädel, Thorax), ein EEG war bei 59 Einweisungen dokumentiert und in 46 Fällen eine Lumbalpunktion (N=136). Auch der Augenhintergrund wurde regelmäßig untersucht.

In der Akte eines Patienten, der 1974 eingewiesen wurde, befindet sich auf dem Aktendeckel ein Stempel, der im Sinne einer Formalisierung Auskunft über die damals üblichen diagnostischen Verfahren gibt: »EEG, LP, Schädel-Leer, Angiographie, Wirbelsäule, Weichteilaufnahme, Luftmyelographie, EMG, PnEG«. ⁸⁹ Alle diese Verfahren kamen im untersuchten Sample zur Anwendung, insbesondere die PnEG.

Die Pneumenzephalographie war im Untersuchungszeitraum die einzige Methode, um oberflächliche Strukturen des Gehirns überhaupt sichtbar zu machen. So gehörte das Verfahren zur üblichen Diagnostik, auch wenn der Aussagewert der Aufnahmen begrenzt war.⁹⁰ Bei den sogenannten »leichten frühkindlichen Hirnschädigungen« (Enzephalopathien/MCD) gingen die Ärzte davon aus, dass »neben der klinisch-neurologischen Reflex- und Funktionsprüfung« weitere, auch apparative bildgebende Verfahren angewandt werden müssten, um sie von den »anlage- und milieubedingten psychischen Schäden« unterscheiden zu können.⁹¹ Um organische Ursachen auszuschließen, war die PnEG deshalb Teil der Diagnostik bei verhaltensauffälligen Kindern. Gleichzeitig war die PnEG ein invasives Verfahren, das mit Risiken verbunden war und mit Schmerzen einherging (Kopfschmerzen, Erbrechen). Spätestens seit den 1960er Jahren war die

⁸⁸ HPAC: 1970/226F; 1974/461M; 1970/275F; 1965/865M; 1974/177M.

⁸⁹ HPAC 1974/461M.

⁹⁰ Vgl. Aussagewert und Verhältnismäßigkeit des Eingriffs im Rahmen forensischer Gutachten, in: BVerfGE 17, 108 – Hirnkammerluftfüllung, 25.7.1963.

⁹¹ LEMKE (1987), 464 f.

Methode auf fachlicher und rechtlicher Ebene höchst strittig.⁹² Die Nervenambulanz erhielt 1976 als erste Einrichtung der Charité ein CT-Gerät. Bis zu diesem Zeitpunkt gehörte die PnEG zum diagnostischen Standardrepertoire, zumal die Universitätsambulanz über die notwendige apparative und personelle Ausstattung verfügte, um die aufwändige Untersuchung durchzuführen.⁹³

Den Betroffenen ist die Untersuchung häufig als ausgesprochen leidvoll in Erinnerung geblieben.⁹⁴ Das spiegelt sich auch im untersuchten Sample der Charité-Krankenakten wider: Ein Patient hatte nach der Luftfüllung »erhebliche Beschwerden«⁹⁵, ein anderer »klagte« am Tag nach der PnEG »über heftige Kopfschmerzen«.⁹⁶ Bei einem Sechsjährigen wurde notiert, er habe nach der PnEG »mehrfach erbrochen«.⁹⁷ Über einen Neunjährigen hieß es 1974, er habe nach der Untersuchung sehr über Kopfschmerzen geklagt und sich im Hort zurückgezogen.⁹⁸

Im untersuchten Sample waren 54 Enzephalographien (N=106) dokumentiert, in den 1950er Jahren waren es 23, im Zeitraum 1960–1974 31. In zwei Fällen blieb die Durchführung aufgrund der Aktenlage offen. In einem Fall wurde die Untersuchung zweimal (1946 und 1950), in einmal Fall sogar dreimal durchgeführt (1953 und 1955).⁹⁹ Hier gab es neben einem Anfallsgeschehen u. a. den Verdacht eines Hirntumors. In den übrigen Fällen handelt es sich um sehr unterschiedliche Diagnosen und um Kinder und Jugendliche auf verschiedenen Stationen. Es gab auch Fälle, in denen bei ähnlicher Konstellation oder mit derselben Diagnose auf die Untersuchung verzichtet wurde, so dass sich aus dem Sample schwerlich Muster ableiten lassen. Die Chronologie der Krankengeschichten erweckt aber den Eindruck, dass regelmäßig zunächst alle anderen diagnostischen Verfahren angewandt wurden, schon allein, weil für invasive Verfahren Termine gemacht werden mussten. Dies legt den Schluss nahe, dass auf die Untersuchung verzichtet wurde, wenn die Diagnose als ausreichend sicher galt, um eine Therapie festlegen zu können. Für ein Problembewusstsein auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte spricht, dass die Befunde bei anderen Kliniken angefordert wurden, sofern bereits zuvor eine PnEG durchgeführt worden war, um den Kindern einen erneuten Eingriff zu ersparen. Dafür sprechen außerdem die genaue Dokumentation des Verlaufs

92 Wegen der Risiken und des eng begrenzten Aussagewerts war die PnEG im Rahmen forensischer Gutachten nur noch in Ausnahmefällen und ausschließlich mit Einwilligung auf freiwilliger Basis erlaubt; vgl. BVerfGE 17, 108 – Hirnkammerluftfüllung, 25.7.1963.

93 Vgl. Stempel auf dem Aktendeckel, der die PnEG als eine Untersuchung mit aufführt, in: HPAC 1974/461M; vgl. auch die Fachliteratur, z. B. MÜLLER (1976).

94 Etwa HOTTENROTT (2012), 36.

95 HPAC 1955/50M.

96 HPAC 1950/389M.

97 HPAC 1970/476M.

98 HPAC 1974/477M.

99 HPAC: 1950/389M; 1955/675M.

sowie einzelne Einträge in den Krankenakten, wie: »Patientin verträgt den Eingriff recht gut«¹⁰⁰ oder »wurde ohne eingreifende Diagnostik nachhause entlassen.«¹⁰¹ Dennoch ist die hohe Anzahl durchgeführter Enzephalographien hervorzuheben.

5.1 Einwilligungen

Für die Durchführung der PnEG liegt der Akte in der Regel eine Einverständniserklärung der Eltern bei. Das gilt für den Zeitraum 1946–1974 mit einer Einschränkung: Während der 1950er Jahre handelte es sich lediglich um eine globale Einwilligung in Form einer Zustimmung zu allen Untersuchungen und ärztlichen Eingriffen, die vorwiegend noch handschriftlich, nur in Ausnahmen als ausgefülltes Formblatt der Akte beiliegen: »Ich erkläre mich hiermit mit allen Untersuchungen und ärztlichen Eingriffen zwecks Klärung der Diagnose bei meinem Sohn, [Name] einverstanden. [Unterschrift Vater]«¹⁰² Für die 23 durchgeführten Enzephalographien in den 1950er Jahren lag der Akte in 15 Fällen eine globale Einwilligung bei, außerdem eine spezifische, die die Untersuchung zusätzlich benennt. In sieben Fällen war die Einwilligung nicht dokumentiert. In den 1960er und 1970er Jahren waren die Einwilligungen in der Regel formalisiert, seit Mitte der 1960er Jahre, vermutlich mit Blick auf die Rechtsprechung, spezifisch. So wurden für diesen Zeitraum bei 31 durchgeführten Untersuchungen zehn globale und 13 spezifische Einwilligungen gefunden, in sechs Fällen war die Einwilligung nicht dokumentiert, in einem einzigen Fall wurde die Einwilligung nicht durch die Eltern, sondern durch andere Erziehungsberechtigte ausgefüllt.

Die Einwilligungserklärungen waren teilweise nach wie vor handschriftlich, aber es wird deutlich, dass auch die Aufklärung über die Risiken – teilweise offenbar als Belehrung empfunden – seit etwa Mitte der 1960er Jahre dokumentiert wurde:

Beispiel (1964): (handschriftlich) »Mit der Pneumenzephalographie bei meinem Sohn [Name] bin ich einverstanden, nach dem ich über die Art des Eingriffes belehrt wurde. [Unterschrift Mutter]«¹⁰³

Beispiel (1965): »Hiermit gebe ich mein Einverständnis zu den notwendigen diag. Eingriffen. (intravenöse Injektionen, falls erforderlich Pneumenzephalographie mit notwendiger Lumbalpunktion) bei meinem Sohn [Name]!« [Unterschrift]¹⁰⁴

100 HPAC 1950/148F.

101 HPAC 1970/533M.

102 HPAC 1955/46M.

103 HPAC 1965/305M.

104 HPAC 1965/862M.

Beispiel (1965): [Vordruck Eintrag] »Klinik 4a: Ich gebe meine Einwilligung zu den an mir – an meinem Kinde [Name] notwendigen Heilmaßnahmen und ärztlichen Eingriffen, über die ich – auch in ihren Folgen – aufgeklärt worden bin. Art und Umfang der Maßnahmen oder des Eingriffes je nach Befund zu bestimmen, überlasse ich dem leitenden Arzt der Klinik oder seinem Stellvertreter. [Unterschrift Vater und Datum]«¹⁰⁵

In zwei Fällen wurde die Durchführung einer PnEG von den Eltern verweigert.¹⁰⁶ Die Eltern eines 16-jährigen Jungen lehnten sowohl eine Enzephalographie als auch eine Lumbal-Punktion entschieden ab.¹⁰⁷ In diesen Fällen wurde eine Untersuchung auch nicht durchgeführt, wobei im zweiten Fall die Untersuchung bei Wiedereinweisung geschah.¹⁰⁸

5.2 Invasive therapeutische Verfahren – Elektrokrampf- und Insulin-Schocktherapie

Während sich die Nervenambulanz unter Rudolf Thiele ablehnend gegenüber psychochirurgischen Maßnahmen (präfrontale Leukotomie bzw. Thalamotomie)¹⁰⁹ zur Behandlung der Schizophrenie verhielt, wurde die »Elektroschockbehandlung« mit durchschnittlich zehn Einzelstößen die Therapie der Wahl.¹¹⁰ Auch die Insulin-Koma-Therapie¹¹¹ spielte in den 1950er Jahren noch eine Rolle.¹¹² Die Insulin-Koma-Therapie wurde zum Teil mit der Elektrokrampftherapie kombiniert. Das schwierige und risikobehaftete Verfahren war zur Behandlung von Schizophrenien und Depressionen anerkannt (1933 bis ca. 1955), seine Wirksamkeit wurde allerdings weder bewiesen noch widerlegt. Die Verfahren wurden durch die neuen Psychopharmaka (Chlorpromazin / Megaphen) abgelöst.¹¹³

105 HPAC 1965/644M.

106 HPAC: 1960/10M; 1955/260M.

107 Ibid.

108 HPAC 1960/10M.

109 Mit dem Begriff »Psychochirurgie« wird die Anwendung chirurgischer Eingriffe am physiologisch »gesunden« Gehirn zur Behandlung psychischer Störungen bezeichnet, alternativ »neurochirurgischer Eingriff in psychiatrischer Indikation«; vgl. dazu RZESNITZEK (2015), 1414.

110 Ibid., 86, 1412-1419, hier 1412; vgl. auch die 1949 letztmalig erschienenen Behandlungsempfehlungen der Charité: ROGGENBAU (1949), 395.

111 Die wiederholte Provokation hypoglykämischer Komata durch i. m. Insulingabe und Kupierung durch Glukosezufuhr per Magensonde war die erste der in den 1930er Jahren in Europa entwickelten sogenannten »Schocktherapien«; RZESNITZEK (2015), 1412.

112 Interview mit einer ehemaligen Krankenschwester der Psychiatrischen und Nervenambulanz der Charité (1951–1961), in: ATZL/HESS/SCHNALKE (2005), 37; ausführlicher zu Elektro-Schockbehandlungen vgl. Interview mit einer ehemaligen Krankenschwester der Psychiatrischen und Nervenambulanz der Charité (1961–1999), in: ibid., 53 f.

113 CRAMMER (2000), 332 f.

Im untersuchten Sample waren in vier Fällen die Behandlung mit Elektrokrampf- und in ebenfalls vier Fällen eine mittels Insulin-Schocktherapie dokumentiert.¹¹⁴ Es handelte sich ausschließlich um männliche Patienten im Alter zwischen 13 und 17 Jahren, die sämtlich Anfang bis Mitte der 1950er Jahre mit Verhaltensauffälligkeiten eingewiesen worden waren. Die Diagnosen lauteten in einem Fall »Erziehungsschwierigkeiten«, in einem weiteren Fall »Psychopathie«, in den übrigen Fällen »Schizophrenie«, davon eine »katatone Schizophrenie«.¹¹⁵ In einem Fall war die Behandlung kombiniert,¹¹⁶ ein anderer Jugendlicher wurde bei der Ersteinweisung mit Elektroschocks behandelt, bei der zweiten und dritten Einweisung mit einer Insulin-Schocktherapie.¹¹⁷ Eine »Elektroschockbehandlung« wurde in der Akte zwar regelhaft unter Angabe der Geräteeinstellung dokumentiert, aber ohne einen gesonderten Vermerk zur Aufklärung oder Zustimmung des Patienten zur Therapie.¹¹⁸ Ein 16-jähriger Lehrling mit der Diagnose Schizophrenie wurde mehrmals auf der geschlossenen Station 1 (Villa) mit einer Elektrokrampf- und Insulinschocktherapie behandelt (1953, 1954, 1955). Insgesamt wurden zwölf Komata ausgelöst.¹¹⁹ Ein 14-jähriger Lehrling wurde mit »Verhaltensauffälligkeiten«, »Leistungsabfall« in der Berufsschule und »extremer motorischer Unruhe« auf Station 3 aufgenommen. Mit der Diagnose Retardierung mit abnormen Reaktionen wurde er mit einer elftägigen Insulin-Schocktherapie (10 IE) behandelt.¹²⁰ Weitere Angaben lassen sich nicht ermitteln. Mit Blick auf die Diagnose erscheint in diesem Fall die Anwendung des risikoreichen Verfahrens höchst fragwürdig.

5.3 Eine Fallgeschichte

Die Fallgeschichte eines erst 13-jährigen Patienten, der mit elektrischem Strom, Insulin und Cardiazol behandelt wurde, bleibt in der Aktenstichprobe ein ausgesprochen drastischer Einzelfall, unterstreicht aber die Notwendigkeit weiterer Forschungen zur Kinderpsychiatrie nach 1945. Die Geschichte des Jungen vermittelt eindrucksvoll erfahrenes Leid in einem autoritären Gefüge, in dem auch die sogenannten »heroischen Therapien« noch zum Alltag stationärer Einrichtungen gehörten. Die Fallgeschichte

114 HPAC: 1955/50M; 1953/267M; 1955/76aM, 1955/239M; 1950/258M; 1955/207M.

115 Ibid.

116 HPAC 1955/76aM.

117 HPAC 1955/207M.

118 RZESNITZEK (2015), 1412.

119 HPAC 1955/207M.

120 HPAC 1955/50M.

markiert dabei zeitlich die Schwelle zum therapeutischen Wandel der 1960er Jahre (mit dem Aufkommen von Psychopharmaka und sozialpsychiatrischen Ansätzen).

Der Patient wurde 1954 aus dem Kreiskrankenhaus Rüdersdorf ohne organischen Befund mit der Diagnose »jugendliche Depression« eingewiesen. Laut Akte war er zuvor von seinem Vater brutal misshandelt worden. In einem Fall habe ihn der Vater so stark mit dem Kopf gegen den Kohlenkasten geschlagen, dass er eine Gehirnerschütterung hatte. Im Krankenhaus Rüdersdorf habe er »vorwiegend mit der Decke über dem Kopf« im Bett gelegen und musste gefüttert werden, weshalb der behandelnde Arzt zu der Ansicht kam, »der Junge« müsse »geschockt werden«. ¹²¹ Er veranlasste seine Verlegung in die Charité. Im Zuge der Diagnostik (Pigem-Test) äußerte der Junge, dass er gern ein Hund wäre – denn ein Hund hätte es gut, weil er nicht gequält werde. ¹²² Die Behandlungsdiagnose lautete »katatone Schizophrenie«. Behandelt wurde er deshalb mit einer Kombination aus Elektrokrampftherapie (EKT), Insulinkuren (Insulinschocktherapie) und Chlorpromazin (Megaphen/Propaphenin) sowie mit physiotherapeutischen Anwendungen. Die Therapie entsprach dem damaligen ‚Goldstandard‘, irritiert aber durch ihre Dauer und Intensität. Für Diagnostik und Therapie liegt der Akte eine globale schriftliche Einwilligung der Mutter bei, in der sie sich »mit der Untersuchung bei« ihrem Kind »einverstanden« erklärte (1954). ¹²³

Der Junge blieb mehr als 16 Monate zur Beobachtung und Therapie in der Nervenambulanz auf den Stationen 7 und 9. Über den gesamten Zeitraum seines Klinikaufenthaltes (1954–1956) hinweg erhielt er über 40 Elektrokrampfbehandlungen (EKT). Am 19. Januar 1955 wurde er auf Veranlassung des behandelnden Arztes auf Station 9 verlegt (»Verlegung auf die Villa«), da das Pflegepersonal der Station 7 laut Akte keine Erfahrung mit Insulin-Kuren gehabt habe. Der Aufenthalt auf Station 9 erstreckte sich dann bis Ende März 1956. Bei drastisch erhöhter Dosierung wurden dort insgesamt neun Kuren zwischen dem 26. Januar 1955 und dem 24. Februar 1956 durchgeführt. 20 Komata und zwei generalisierende Krampfanfälle sind in der Krankengeschichte vermerkt. Die Insulinkuren wurden mit Vita-ferro, einem Eisenpräparat, kombiniert. Zwischen den Kuren wurden jeweils Chlorpromazin (Megaphen® bzw. Propaphenin®) verabreicht. ¹²⁴

Laut Krankengeschichte besserte sich der Zustand des Patienten zunächst, es entsteht allerdings der Eindruck, dass der »therapeutische Erfolg« notfalls auch gewaltsam herbeigeführt werden sollte. Ab Mai 1955 finden sich zunehmend Hinweise auf eine Zweckentfremdung der Schockbehandlung. Dem Jungen wurde durch andere Patienten oder Stationspersonal mit Elektroschocks gedroht, in mindestens einem weiteren Fall

121 HPAC 1955/76aM.

122 Ibid.

123 Ibid.

124 Ibid.

folgte die Elektrokrampf-Behandlung unmittelbar nach aggressivem Verhalten des Patienten. Sehr deutlich kommt dabei seine Angst vor den Elektroschocks zur Sprache. Es scheint aber, dass die Drohung bewusst eingesetzt wurde, um ihn zu disziplinieren, was die folgenden Akteneinträge aus dem Mai und Juli 1955 zeigen:

»Als man ihm seitens anderer Patienten mit einem E-Schock drohte, lief er plötzlich ins Badezimmer.«

[...]

»Patient hat vor dem E-Schock sehr viel Angst. Eine Erwähnung des Wortes genügt, um ihn sofort zum Sprechen zu bringen. Während es sonst mehrfacher Aufforderungen bedarf, damit er die Hand gibt und ‚Guten Morgen‘ sagt, werden die Sperrungen durch die Erwähnungen dieses Wortes schnell überwunden.«

[...]

»24. E-Schock; 0,4/115. Klonisch-tonischer Krampfanfall. Vor dem E-Schock heftiges Sträuben, redet aufgeregt und ängstlich umherblickend.«

[...]

»Seit dem gestrigen E-Schock wieder deutliche Besserung. Bei der Visite hat er aus einem Buch vorgelesen – wenn er auch öfter ermahnt und mit Schockbehandlung bedroht werden musste.«¹²⁵

Der Junge befand sich zu jenem Zeitpunkt auf der geschlossenen Männerstation (Station 9, Villa). Eine damalige Krankenschwester berichtete, dass auch in der Frauenvilla Patientinnen mit einer lebensbedrohlichen Katatonie bis Anfang der 1960er Jahre mit Elektroschocks behandelt wurden, wenn die Medikamente nicht anschlügen. Die Behandlungen erfolgten teilweise mehrmals am Tag und noch ohne Narkose. Die Patientinnen hätten deshalb Angst vor der Schockbehandlung gehabt, was auch auf der Station thematisiert worden sei.¹²⁶ Zu dieser Zeit sei das Klima auf der Station außerdem sehr rau gewesen. Gleichzeitig räumte sie ein, dass es nicht anders gegangen sei, da es hoch erregte Patienten gegeben habe, die um sich geschlagen und mit Gegenständen geworfen hätten; und »wenn es dann hieß, hier wird eine Spritze injiziert, da mussten fünf mit anfassen, eine Schwester allein war da nichts. Das sei nicht immer mit Händchen halten und streicheln gegangen.«¹²⁷

Es liegt nahe, dass das Klima in der Männervilla 1955 vergleichbar robust war. Dass die Drohung mit der Schockbehandlung in der Krankengeschichte notiert wurde, spricht nicht für ein Unrechtsbewusstsein. Die Drohung schien als wirksames oder »bewährtes Mittel« eher zum Stationsalltag zu gehören. Zwei Einträge belegen, dass derlei Dro-

125 Ibid.

126 Vgl. Interview mit einer ehemaligen Krankenschwester der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité (1961–1999), in: ATZL/HESS/SCHNALKE (2005), 53 f.

127 Interview mit einer ehemaligen Krankenschwester der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité (1961–1999), zitiert in: *ibid.*, 50.

hungen auch umgesetzt wurden. Therapeutischer und disziplinarischer Zweck lassen sich hier kaum noch unterscheiden, wenn Kinder etwa durch lautes oder wehrhaftes Verhalten auffielen:

Beispiel (1956):» Pat. erhält z. Zt. 30 E Insulin. Bei der Injektion biss er plötzlich den Stationspfleger in die Hand, nachdem er zuvor sich ganz bereitwillig zur Spritze zu-rechtgelegt hatte. Pat. zeigt sich auch in seinem Allgemeinverhalten heute unruhiger und aggressiv, besonders bei der Visite. Es wird ein E-Schock durchgeführt (generalisierender Krampfanfall bei 04/120).«¹²⁸

Beispiel (1956): »Pat. war heute wieder derart aggressiv, dass ein erneuter E-Schock durchgeführt wurde. (danach versuchte er, Pfleger und Arzt zu kratzen und bespuckte die Anwesenden, nachdem ihm dieses misslungen war) Insulinbehandlung, praecomatöser Zustand bislang noch nicht.«¹²⁹

Auffällig ist, dass zunehmend von Situationen berichtet wird, in denen sich der Junge aggressiv gegenüber Stationspersonal, Ärzten und anderen Patienten verhielt (»bearbeitete Pfleger plötzlich mit Fäusten«; »warf einem Pfleger« »ohne ersichtlichen Grund« eine »Kakaotasse entgegen«). In mindestens einem Fall wurde er in einer »Einzelzelle« isoliert (»wegen [...] Erregungszustandes wird Patient in der Einzelzelle isoliert«). Ein weiterer Eintrag belegt, dass der Junge versuchte, sich gegen die Schockbehandlungen zu wehren: »Wirkt affektiv etwas ausgeglichener. Nur dann, wenn er zu den jetzt erneut begonnenen E-Schocks geführt wird, beginnt er plötzlich unmotiviert zu schlagen und versucht, die ihn festhaltenden Hände zu beißen, lässt sich dann aber durch Zuspruch beruhigen.«¹³⁰

Parallel zur Elektrokrampfbehandlung wurde bei dem jungen Patienten eine Insulinschockbehandlung vergleichbarer Intensität durchgeführt. Sowohl die Häufigkeit der Kuren (9) als auch die Steigerung der Dosis erscheinen maßlos (150–200 E, 20 Komata, zwei und zwei generalisierende Krampfanfälle in der Akte vermerkt):

»Am 13.6.1955: Heute, etwa eine Stunde nach der Insulingabe von 200 E plötzlich generalisierter epileptischer Krampfanfall. [...]

13.2.1956: Zehntes Insulin-Koma ohne Komplikationen. Der Zustand des Patienten ist praktisch unverändert; die negativistische Haltung konnte bisher in keiner Weise durchbrochen werden. [...]

15.2.1956: Zwölftes Koma. Pat. hatte ca. 2 1/2 Stunden nach Verabfolgung von 160 Einheiten Insulin einen schweren Anfall. Sofortige Unterbrechung des Komats. [...]

20.2.1956: Bei 150 Einheiten Insulin erfolgte wiederum ein generalisierter Krampfanfall, der zur sofortigen Absetzung mit Traubenzucker zwang. [...]

128 HPAC 1955/76aM.

129 Ibid.

130 Ibid.

24.2.1956: Ende der Schocktherapie (20-stes Koma); allmähliche Reduzierung der bisherigen Insulinmengen vorgesehen.«¹³¹

Die Insulinbehandlung erfolgte im Wechsel mit der Verabreichung von Chlorpromazin (Megaphen, Propaphenin). Seit 1953 wurde die Insulinbehandlung von Psychosen/Schizophrenien zunehmend von der medikamentösen mit Chlorpromazin abgelöst.¹³² Aus welchen Gründen hier eine Kombination beider Methoden gewählt wurde, geht aus der Akte nicht hervor, aber es scheint, dass bis dahin die Insulin-Koma-Therapie die Therapie erster Wahl auf Station 9 war. Es liegt außerdem der Schluss nahe, dass die vollständige Ablösung der Insulinbehandlung in dieser Zeit noch von der Verfügbarkeit des Chlorpromazins abhängig war.

Im Februar 1956 erhielt der Junge zusätzlich eine Ampulle Deumacard® (Cardiazol).¹³³ Die Cardiazol-Schock-Therapie erfolgte in der Regel durch viermalige Injektion des Mittels. Sie blieb auch noch unter K. Leonhard die Therapie zweiter Wahl (und zwar bei Melancholien, Psychosen), da sie weniger mit dem Risiko hirnrorganischer Schädigungen behaftet war.¹³⁴

Im März 1956 kam es schließlich zur Entlassung des Jungen, und zwar auf ausdrücklichen Wunsch der Mutter und gegen ärztlichen Rat. Eine schriftliche Erklärung liegt der Akte bei. Dazu ist vermerkt, dass die Mutter sich zuversichtlich hinsichtlich einer Besserung des häuslichen Klimas geäußert hätte, wobei die ärztliche Sorge um das häusliche Milieu angesichts der angewandten Verfahren fast zynisch wirkt (1956):

»Nach Rücksprache mit der Mutter des Pat. erfolgte heute die Entlassung. Die Mutter ist betreffs weiteren Aufenthaltes im häuslichen Milieu sehr optimistisch. Es wird besprochen, daß der Pat. bei erneutem Auftreten von Aggressionen, Sperrungen usw. in die Heil- und Pflgeanstalt Wuhlgarten aufgenommen werden soll.«¹³⁵

131 Ibid.

132 Vgl. Interview mit einer ehemaligen Krankenschwester der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité (1961–1999), ATZL/HESS/SCHNALKE (2005), 53 f.

133 Auslösung eines epileptischen Anfalls durch Injektion einer Kreislaufstimulanz (Cardiazol bzw. Pentetrazol, bzw. Deumacard).

134 RZESNITZEK (2015), 1414.

135 HPAC 1955/76aM. Aus dem Hospital Wuhlgarten wurden Patientinnen und Patienten übrigens auch direkt für eine Elektroschockbehandlung in die Charité verlegt, da dort kein Apparat zur Durchführung der Behandlung vorhanden war; vgl. RZESNITZEK (2015), 1412.

5.4 Medizinische Zwangsmaßnahmen und Medikation

Bisherige Hinweise aus Zeitzeuginnen- und Zeitzeugeninterviews ergeben kein einheitliches Bild, sprechen aber dafür, dass Zwangsmaßnahmen vorrangig auf der geschlossenen Station angewandt wurden: Während einerseits davon berichtet wird, Zwangsjacken seien bereits unter Bonhoeffer abgeschafft worden¹³⁶, wird andererseits durchaus von Sedierungen und Fixierungen berichtet.¹³⁷ Die Isolation in einer »Einzelzelle« ist in der obigen Fallgeschichte belegt.¹³⁸ Darüber hinaus können für die Kinderstation keine weiteren Aussagen zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen getroffen werden.

Im untersuchten Sample – so der Eindruck – wurden Medikamente, bis auf wenige Ausnahmen, eher zurückhaltend verordnet; dies gilt insbesondere für die 1960er Jahre. Dabei ist anzumerken, dass die Charité in ihrer exponierten Funktion über den gesamten Zeitraum weniger von den vielzitierten Versorgungsengpässen betroffen war als andere Krankenhäuser in der DDR. So verfügte auch die Nervenambulanz grundsätzlich über damals handelsübliche Medikamente.¹³⁹

Für den vergleichsweise zurückhaltenden Einsatz psychotroper Substanzen könnte der Erhebungszeitraum des Samples in verschiedener Hinsicht eine Rolle spielen:

In den 1950er Jahren standen die Entwicklung und Einführung der Psychopharmaka noch am Anfang (44 Akten im Sample). In den 1960er Jahren war Karl Leonhard Direktor der Nervenambulanz, der einen zurückhaltenden Kurs im Umgang mit den neuen Medikamenten einschlug (35 Akten im Sample). So hielt er es angesichts der »Nebenwirkungen auf die gesund gebliebenen Persönlichkeitsanteile« für notwendig, »ständig die Frage vor Augen zu haben, ob die Medikamente nicht vermindert oder ganz weggelassen werden können«.¹⁴⁰ Während der Diagnostik wollte er die Patientinnen und Patienten möglichst ohne Medikamente sehen. Symptome sollten nicht durch die Wirkung der Psychopharmaka überlagert werden. Medikamente wurden deshalb möglichst stationär (»ordnungsgemäß«) und schleichend abgesetzt, auch wenn das damaligen Bestrebungen einer frühzeitigen Entlassung bereits widersprach.¹⁴¹ So erklären sich eventuell einige auffallend lange Klinikaufenthalte in Einzelfällen.

136 Interview mit einer ehemaligen Krankenschwester der Psychiatrischen und Nervenambulanz der Charité (1951–1961), in: ATZL/HESS/SCHNALKE (2005), 37.

137 Interview mit einer ehemaligen Krankenschwester der Psychiatrischen und Nervenambulanz der Charité (1961–1999), in: *ibid.*, 51, 53.

138 HF4154 (ID 2), in: HPAC, Psychiatrische- und Nervenambulanz der Charité.

139 Interview mit einem Stationsarzt der Psychiatrischen- und Nervenambulanz (1965–1970), in: ATZL/HESS/SCHNALKE (2005), 82; vgl. auch HOHEISEL (2012), 74.

140 LEONHARD (1995), 91; vgl. auch HOHEISEL (2012), 87.

141 LEONHARD (1995), 111; Vgl. Interview mit einem ehemaligen Stationsarzt der Psychiatrischen- und Nervenambulanz der Charité (1965–1970), in: ATZL/HESS/SCHNALKE (2005), 82.

Über die Charité-Klinik hinaus fand in dieser Zeit allerdings DDR-weit ein Paradigmenwechsel im Umgang mit den neuen Psychopharmaka statt: Zunächst politisch-ideologisch unter »Generalverdacht« stehend (wegen ihres Charakters als Westpräparate und ihrer vermeintlichen Suchtgefährdung), rückten Ende der 1960er Jahre rehabilitative Aspekte – mit der Wiedereingliederung in Ausbildung und Arbeit – in den Vordergrund und führten letztlich zu einer breiteren Akzeptanz der Präparate, die sich nun auch volkswirtschaftlich begründen ließen.¹⁴² So setzte unter Leonhards Nachfolger, Karl Seidel, auch in der Charité-Nervenklinik ein erneuter Kurswechsel ein (27 Akten im Sample).

Im Querschnitt der Akten aus dem Sample lässt sich aber auch festhalten, dass die medikamentöse Therapie nicht dominierte, sondern – wie eingangs erläutert – verschiedenste und durchaus individuell zugeschnittene Maßnahmen ergriffen wurden (mittels Schule, Elterngesprächen und teilstationärer Behandlung).

In der erhobenen Stichprobe waren bei 24 Einweisungen (N=136) überhaupt keine Medikamente in der Akte angegeben, in 25 Fällen wurde ausschließlich ein anderes Medikament verabreicht, häufig Vitaminpräparate oder Arzneimittel gegen Infekte (z. B. Hustensaft oder Penicillin); in 64 Fällen war eine psychotrope Substanz vermerkt, allerdings erfolgte die Medikation in 35 Fällen ausschließlich situativ, z. B. als Prämedikation eines diagnostischen Eingriffs. Vor allem in den 1950er Jahren sind psychotrope Substanzen lediglich im Zuge einer PnEG dokumentiert. Die Kinder erhielten am Tag der Untersuchung S.E.E.[®] (Scopolamin, Eukodal, Ephetonin/Scophedal) oder auch Scomeudrin.¹⁴³ In den 1960er und 1970er Jahren wurden außerdem Dolcontral[®] (Pethidin, ein vollsynthetisches Opioid) in Kombination mit Atropin (Tropan-Alkaloid), zum Teil auch mit Luminal[®] (Phenobarbital) oder Faustan[®] (Diazepam) verabreicht.¹⁴⁴

In zwei Fällen wurden situativ Beruhigungsmittel verabreicht, weil die Patientinnen und Patienten Angst vor der Elektroschock-Behandlung hatten. So bekam ein Junge im Vorfeld einer Elektrokrampfbehandlung 3 × 2 Bellusecal (Belladonna, Hyoscyamin, Phenylaethylbarbitursäure), weil er gesehen hatte, »dass ein anderer Patient sich gegen die Schockbehandlung gewehrt« hatte und deshalb ängstlich war.¹⁴⁵ Eine 15-jährige Patientin mit der Diagnose Schizophrenie erhielt wegen eines tonischen Krampfanfalls 1950 einmalig eine Injektion M-Dilaudid (Hydromorphon, ein Opioid zum Zwecke der Schmerztherapie). Während des Anfalls hatte sie laut Akte minutenlang geschrien.¹⁴⁶

142 KLÖPPEL/BALZ (2010), 393.

143 Oxycodon, auch Eukodal, Scomeudrin (DDR). Oxycodon ist ein stark wirkendes semisynthetisches Opioid der Stufe III im WHO-Stufenschema (Klassifizierung der Schmerztherapie), das bei starken bis sehr starken Schmerzen verabreicht wird.

144 HPAC 1974/100F.

145 HPAC 1955/207M.

146 HPAC 1950/726F.

Ein 14-jähriger Patient bekam abends vom diensthabenden Arzt verschiedene Substanzen zur Beruhigung (u. a. Scopolamin und Luminal), da er Angstzustände bekam, »keine Ruhe gab, laut schrie, an den Bettbrettern hämmerte«. ¹⁴⁷ Dieser Junge wurde mit Elektroschocks und einer Megaphen-Kur behandelt: »Behandlung mit Megaphen oder Scomeudrin ist seit dem letzten E. Schock nur einmal erforderlich gewesen.« ¹⁴⁸ Bei einem neunjährigen Patienten ¹⁴⁹ mit der Diagnose »Hemichorea« kam es 1950 nach der Verabreichung von Luminal® (Phenobarbital) zu einem Arzneimittelexanthem. Das Medikament wurde nach Vorstellung beim Kinderarzt abgesetzt. ¹⁵⁰ In anderen Fällen wurden entweder eine Epilepsie oder eine Chorea Minor mit Phenobarbital oder Methylphenobarbital behandelt (7 Fälle).

Die verabreichten Medikamente ließen sich den beiliegenden Fieberkurven entnehmen, wobei die Indikation in der Verlaufsgeschichte und/oder Epikrise angegeben war, so dass die Verordnungen in der Regel nachvollziehbar waren. Ein Patient erhielt 1970 beispielsweise am Tag der PnEG Narcophen, Dolcontral und Atropin, außerdem täglich 1 × 1 Tegretol® (Carbamazepin) wegen psychomotorischer epileptischer Anfälle. Später wurde die Dosis auf zwei Tabletten Tegretol® erhöht mit dem Vermerk, dass er nun anfallsfrei sei; außerdem erhielt er Gastrobamat und Simagel gegen Magenbeschwerden bzw. Sodbrennen, an einem Tag für die Nacht einen Eßlöffel Mixture Sedativa wegen Herzrasen und Angstgefühlen. ¹⁵¹ Einem größeren Teil wurden entsprechend der Diagnose Antiepileptika (17 von 106), nur wenigen Kindern und Jugendlichen aus dem Sample Antipsychotika verabreicht. Eine neuroleptische Therapie erhielten überwiegend »motorisch unruhige« Kinder, so dass bei allen Maßnahmen auch die Disziplinierung eine Rolle spielte. In diesen »Grenzfällen« zwischen Pädagogik und Medizin empfahlen die Ärztinnen und Ärzte am ehesten die Heimerziehung. ¹⁵²

Ein neunjähriger Patient mit der Diagnose »hochgradige Verhaltensstörungen (Aggressionen, ungesteuertes Verhalten) eines normal intelligenten Kindes bei organischer Vorschädigung und Milieuschädigung (Heimaufenthalt in frühem Kindesalter)« erhielt im Zuge der »neuroleptischen Therapie« beispielsweise zunächst Propaphenin® (Chlorpromazin) und Prothazin® (Promethazin) sowie »zusätzliche Injektionen bei Bedarf«. ¹⁵³ Da ihm eine Umstellung auf Elroquil laut Akte nicht bekam (er war nun noch unruhiger und »zappeliger«), hieß es: »wieder Propa-Injektion angesetzt«. Wegen einer von ihm verursachten Sachbeschädigung – er hatte Fensterscheiben zerschlagen – wurde er schließlich

147 HPAC 1955/239M.

148 Ibid.

149 HPAC 1950/82M.

150 Ibid.

151 HPAC 1970/293M.

152 HPAC 1970/476M.

153 HPAC 1974/477M.

entlassen. Ein Entlassungsbrief ging direkt an die Jugendhilfe. Darin hieß es, »daß er für ein Krankenhaus« dieser »Struktur nicht tragbar« sei. Angesichts der »dargestellten Symptomatik« wurde ein Spezialheim (Heim für Schwererziehbare) »mit straffer pädagogischer Führung« empfohlen. Dabei könne »das Kind auch nicht nur vorübergehend nach Hause zur Mutter entlassen werden«, so dass »dringend um die Bereitstellung eines entsprechenden Heimplatzes« gebeten wurde. [Ärzte, Psychologin].¹⁵⁴ Vergleichbar ist etwa der Fall eines anderen neunjährigen Patienten, der in Begleitung seiner Mutter mit einer Polizeistreife in die Klinik kam. Laut Akte wurde die Mutter nicht mehr mit dem Jungen fertig und bestrafte ihn mit Schlägen mit einer Holzlatte und einem Handfeger. Der Junge blieb mit der Diagnose »Pendelerziehung bei demonstrativ paranoischem Kind« mehr als ein Jahr in der Klinik, besuchte die klinikeigene Schule und wurde mit dem Neuroleptikum Metophenazin (Frenolon®) behandelt, das seit 1962 aus Ungarn importiert wurde.¹⁵⁵ Bei seiner Entlassung wurde offenbar vergeblich ein Einweisungsantrag im Kombinat der Sonderheime für Psychodiagnostik und Pädagogisch-Psychologische Therapie¹⁵⁶ gestellt. Eine Zeitlang wurde der Junge wochenstationär behandelt, um »ein ausgeglichenes Mutter-Kind-Verhältnis« zu schaffen. Mit der Mutter wurde ein Entlassungsgespräch geführt, in welchem sie aufgefordert wurde, ihre unkontrollierten Reaktionen zu beherrschen.¹⁵⁷ Der lange stationäre Aufenthalt diente demnach auch dem Zweck, das Kind vor den Schlägen der Mutter zu schützen.

5.5 Klinische Studien

Im untersuchten Sample fanden sich lediglich zwei Hinweise auf klinische Studien. In einem Fall handelte es sich um einen individuellen Heilversuch mit einem Importpräparat, in dem zweiten Fall erfolgte ein Therapieversuch mit einem neuen Präparat, nämlich Kr 339 (Knoll, ein Antiparkinsonmittel).

Im ersten Fall wurde ein 14-jähriger Patient¹⁵⁸ wegen Konflikten mit einer Lehrerin, »Leistungsabfall« und eines »Tics« auf Veranlassung der Eltern sowie der Erziehungsberatungsstelle eingewiesen und blieb auffällig lange, über ein Jahr, in der Klinik, offenbar auch, weil eine Umschulung nicht möglich war, da er eine Spezialschule besuchte (die 8. Klasse der Sonderschule). Die medizinische Indikation für einen ausgedehnten Kli-

154 Ibid.; vergleichbar HPAC 1970/332M.

155 Frenolon. medicamentum 3 (1962), 224 f.

156 Spezialheimeinrichtung der DDR-Jugendhilfe für »stark verhaltensauffällige« Kinder, das 1964 gegründet und zunächst von Reiner Werner geleitet wurde.

157 HPAC 1970/332M.

158 HPAC 1970/413M.

nikaufenthalt bleibt insofern etwas undurchsichtig. Auf dem Deckel der Patientenakte befindet sich ein Aufkleber mit seiner Medikation (1970): »Dekristol und Calcipot; Oralturinabol 10 Tage lang 1 Tbl. tgl. Dann Behandlung von vorn beginnen«. Nach Abschluss der Behandlung wurde der Patient dem Chefarzt zur klinischen Nachuntersuchung vorgestellt, der eine »leichte Gynäkomastie« auf die »Turinabol-Medikation« zurückführte und für die weitere Behandlung des Tourette-Syndroms einen Therapieversuch mit »Symmetrel (Geigypräparat)«, »bei negativem Effekt ein(en) Therapieversuch mit Faustan« in Betracht zog.¹⁵⁹ Der Patient wurde anschließend vorübergehend mit verschiedenen Vitaminpräparaten sowie Faustan, Norakin bzw. Symmetrel (Amantadin) behandelt.¹⁶⁰ Das erwähnte Geigypräparat Symmetrel, ein Mittel gegen extrapyramidale Bewegungsstörungen, wurde in der Bundesrepublik 1966 eingeführt. Es handelte sich demnach nicht um die Erprobung eines neuen Medikamentes, sondern um ein Importpräparat, das für die Charité erhältlich war. Unklar bleibt hingegen die Indikation für das verabreichte Oral-Turinabol. Dehydrochloromethyltestosteron ist ein synthetisches anaboles Androgen und wurde 1965 als Medikament u. a. bei der Rekonvaleszenz nach schweren Verletzungen und Operationen, außerdem bei Knochenschwund zugelassen. Es war eine Entwicklung des Herstellers Jenapharm und wurde unter dem Handelsnamen Oral-Turinabol vertrieben. In den 1970er und 1980er Jahren wurde es als Dopingmittel im DDR-Leistungssport verabreicht.¹⁶¹

Der zweite Hinweis war ein siebenjähriger Patient, der 1965 mit der Frage der weiteren Förderung über die Poliklinik eingewiesen und für ein Jahr auf der neurologischen Kinderstation wegen einer Choreathetose und perinatalen Hirnschädigung behandelt wurde.¹⁶² Laut Akte konnte der Junge zum Zeitpunkt der Aufnahme nicht laufen und sich nicht versorgen. Aus »medizinischen Gründen« wurde er im Bett isoliert. Dazu hieß es im September 1965: »Völlige Bewegungsruhe liegt nur vor, wenn der Junge schläft oder psychisch ruhig ist und nicht willkürlich innerviert. Er wird deshalb vormittags und nachmittags nur für 1 Stunde mit im Hort unter den anderen Kindern betreut und dann im Bett isoliert.«¹⁶³ Der Junge erhielt zweimal täglich eine Krankengymnastik. Als medikamentöse Therapie erhielt er versuchsweise Prothazin®, das die Bewegungsunruhe lindern sollte. Es erfolgten regelmäßige Blutbildkontrollen. Die Medikation wurde dann auf 50 mg Propaphenin® umgestellt. Es trat laut Akte eine »sehr gute Beruhigung« ein. Demnach konnte der Junge nun fast vollständig ruhig in seinem Sportwagen den anderen Kindern beim Spiel zusehen.¹⁶⁴ Es hieß außerdem, dass die Gymnastin sich

159 Ibid.

160 Ibid.

161 SCHÖNHERR, (2008), 109.

162 HPAC 1965/644M.

163 Ibid.

164 Ibid.

sehr intensiv um den Patienten bemühte. So sei es ihr gelungen, ihm das Schreitstereotyp beizubringen: Der Junge konnte nun einen Fuß vor den anderen setzen.¹⁶⁵ 1966 wurde versuchsweise ein in der Entwicklung befindliches Präparat, Kr 339 (Knoll, ein Antiparkinsonmittel), verabreicht, das offenbar die gewünschte Wirkung zeigte (1966): »Ausgeprägte und massive Besserung. [...] Er fängt jetzt an, am Kinderwagen selbständig zu laufen. Sein Eifer ist nach wie vor überdurchschnittlich. Die Besserung besteht insbesondere seit Gabe eines neuen Antiparkinsonmittels. Präparat Kr 339.«¹⁶⁶ In der Epikrise vom 4. Dezember 1967 hieß es dann: »Im Verlauf der Behandlung gelang es, unter einer gleichzeitigen Medikation von Ponalid (3 × 1 Tabletten) das Kind aus Bauchlage zu knieender Stellung aufzurichten; die Besserung der Bewegungsunruhe war unter Ponalid offensichtlich. Das Kind konnte bereits ganz ruhig liegen. Bei weiterer Gabe von einem Präparat ›Kr 339‹ begann der Junge, am Kinderwagen selbständig zu laufen. [...] Leider war es uns nicht möglich, das Kind weiterhin über Monate zu behandeln, da wir auf unserer kleinen Bettenstation Spastiker nur anbehandeln können. Wir bitten Sie sehr um Aufnahme und Behandlung des Kindes, wobei die heilpädagogische Betreuung von besonderer Wichtigkeit wäre. Für die Übernahme des Kindes sind wir Ihnen sehr dankbar.«¹⁶⁷

Dass Ponalid® (Importpräparat) gegen ›Kr 339‹ getestet wurde, geht nicht nur aus der Krankengeschichte und Epikrise, sondern auch aus der Medikamentenkurve hervor. Über die obigen Einträge hinaus finden sich keine Informationen oder Hinweise zu der Studie in der Akte. Eine Einwilligung der Eltern liegt der Akte lediglich in globaler Form bei, nämlich auf einem Vordruck mit dem Eintrag der Station 4a:

Beispiel (1965): »Ich gebe meine EW zu den an mir – an meinem Kinde NAME notwendigen Heilmaßnahmen und ärztlichen Eingriffen, über die ich – auch in ihren Folgen – aufgeklärt worden bin. Art und Umfang der Maßnahmen oder des Eingriffes je nach Befund zu bestimmen, überlasse ich dem leitenden Arzt der Klinik oder seinem Stellvertreter. Unterschrift Vater.«¹⁶⁸

165 Ibid.

166 Ibid.

167 Ibid.

168 Ibid.

6 Pädagogik und Lebensalltag (Tagesablauf, Arbeit, Besuchsmöglichkeiten)

6.1 Pädagogik zwischen Anspruch und Realität

*Beispiel (1970): »[Name] wollte heute nicht beim Frühsport teilnehmen, reagierte wider-
setzlich. Wurde sofort von der Schwester auf die Station gebracht, wo er den Frühstückstisch
decken mußte. War dann sofort wieder unauffällig.«¹⁶⁹*

Rückblickend resümierte Karl Leonhard, dass gerade bei Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten organische Schäden des Gehirns sehr betont worden seien, während er selbst Erziehungsfehler als wesentlicher ansah.¹⁷⁰ Erziehungsfehler hätten sich allerdings bei denjenigen Kindern besonders nachteilig ausgewirkt, die durch einen Hirnschaden weniger belastungsfähig waren.¹⁷¹ Dementsprechend studierte Leonhard die Behandlungsverläufe hinsichtlich der Einhaltung pädagogischer Maßnahmen genau. Er wandte sich dabei klar gegen eine »rohe und harte Erziehung von Kindern«, gleichzeitig aber auch gegen eine »betont antiautoritäre und verwöhnende Erziehung«, da er der Überzeugung war, dass Kinder geführt werden müssten und zugleich früh lernen sollten, sich einzuordnen, um später nicht in der Schule oder auf dem weiteren Lebensweg daran zu scheitern, sich einordnen zu müssen. Ebenso war es seiner Ansicht nach besonders wichtig, dass schwächere Kinder durch andere Kinder, Freunde oder Erzieher in Schutz vor anderen genommen wurden, um nicht zur Zielscheibe zu werden.¹⁷² Diese Grundgedanken im Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern spiegeln sich durchaus in den Krankengeschichten aus dem untersuchten Sample:

Beispiel (1967): »Wegen der Kleidung wurde mit den Eltern gesprochen. Wir mussten ihnen klarmachen, dass es nicht angehe, dass der Junge aus Sparsamkeitsgründen Sachen seines Vaters trüge, die ihm viel zu groß seien.«¹⁷³

Beispiel (1967): »Es gelang uns nach und nach, den Jungen in das Stations-Kollektiv einzuordnen und, indem auch die zitierten Auffälligkeiten gemildert bzw. behoben wurden, ihn aus der Zielscheibensituation herauszubekommen. Schließlich war er völlig unauffällig, so dass er am [Datum] entlassen werden konnte.«¹⁷⁴

Die Zusammenarbeit zwischen Medizinerinnen und Medizinern sowie Sonderpädagoginnen und Sonderpädagogen wird auch von einer damaligen Krankenschwester

169 HPAC 1974/474M.

170 LEONHARD (1995), 68 f.

171 Ibid.

172 Ibid.

173 HPAC 1970/57M.

174 Ibid.

rückblickend als Besonderheit der Klinik hervorgehoben.¹⁷⁵ Die Pädagogen nahmen ihrer Erinnerung nach an Visiten und Besprechungen teil, wenn es um die Kinderbetreuung ging. Die Erzieherinnen und Erzieher absolvierten außerdem ein Zusatzstudium der Sonderpädagogik.¹⁷⁶ Während die Krankenschwestern gemeinsam mit drei Erzieherinnen die Betreuung der Vorschulkinder auf der Station übernahmen, fand der Schulunterricht in gesonderten Unterrichtsräumen der Klinik statt. Die Lehrer waren dabei ausschließlich in der Nervenklinik tätig. Sie holten und brachten die Kinder zum Unterricht von der Station. Die Klassen waren unterschiedlich groß (zwei bis fünf Kinder in altershomogenen Gruppen). Den Kindern sollte nach der Entlassung der Anschluss an ihre Klasse ermöglicht werden.¹⁷⁷ Tatsächlich war bei 38 Kindern aus dem Sample der Besuch der Sonderschule der Klinik in der Akte vermerkt, bei anderen Kindern waren Hort oder Kindergarten, in einigen Fällen auch »Arbeitstherapie« angegeben. Im Sinne einer Beschäftigungstherapie wurden Kinder und Jugendliche außerdem bereits in den 1950er Jahren zu Stationsarbeiten herangezogen:

Beispiel (1954): »[...] arbeitet fleißig im Garten mit und ist in seinem Gesamtverhalten geordnet und unauffällig«; »Pat. hat sich hinsichtlich seiner Arbeitsfreudigkeit wesentlich gebessert. Er hat freiwillig die Aufgabe, das Badezimmer täglich aufzuräumen und zu wischen, übernommen und führt diese auch gewissenhaft und pünktlich durch.«¹⁷⁸

Beispiel (1954): »Schulbesuch in der Klinik, Freude an hauswirtschaftlichen Tätigkeiten«¹⁷⁹

Beispiel (1974): »Kann zu leichten Stationsarbeiten (abtrocknen, Essen austeilen) herangezogen werden.«¹⁸⁰

Ein weniger rosiges Bild zeichnet ein Verwaltungsschriftverkehr der Klinik mit Vertreterinnen und Vertretern der Volksbildung von 1960. Demnach gab es zu wenige Lehrerinnen und Lehrer, um die 23 Kinder bis zur »vollständigen Resozialisierung«, so die Zielvorgabe, zu betreuen.¹⁸¹ Für die durchgehende pädagogische Betreuung von 7 bis 20 Uhr standen für zwei Gruppen nur drei außerunterrichtlich eingesetzte Pädagoginnen und Pädagogen zur Verfügung (4,5 Planstellen). Um den Mangel an pädagogischem Personal abzufedern, wurden offenbar erwachsene Patientinnen und Patienten zur Aufsicht eingesetzt, die sich auf dem Weg der Besserung befanden (»psychisch kranke

175 Vgl. Interview mit einer ehemaligen Krankenschwester der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité (1958–1978), in: ATZL/Hess/SCHNALKE (2005), 70 f.

176 Ibid.

177 Ibid.

178 HPAC 1955/207M.

179 HPAC 1955/51M.

180 HPAC 1974/177M.

181 HPAC, Ordner Nr. 4, 27: Anlage zum Bericht über die Besprechung zwischen den Vertretern der Nervenklinik und der Organe der Volksbildung in den Räumen der Nervenklinik, 28.10.1960. In der Besprechung ging es u. a. um die pädagogische Betreuung der Patientinnen aus der kinderpsychiatrischen Abteilung.

Rekonvaleszenten«), was zwar als »unverantwortlich« beanstandet, aber letztlich »als Notlösung akzeptiert« wurde.¹⁸²

In der neurologischen Abteilung wurden außerdem weitere 15 bis 17 Kinder behandelt, die »durch zentral bedingte Innervationsausfälle mit Bewegungsanomalien und allgemeinen Hemmungen behaftet« gewesen wären. Neben der speziellen Therapie sollten für diese Kinder »durch das gesamte Erziehungsgeschehen die Mobilität gefördert und die kontinuierliche Rehabilitation nicht durch erzwungenes langfristiges Stillverhalten infrage gestellt« werden.¹⁸³ Da aber alle Kinder ohne Unterschied von nur einer Hortnerin betreut wurden, konnte der Anspruch nicht umgesetzt werden.¹⁸⁴ Die Arbeitssituation in der Klinik blieb für dort tätige Erzieherinnen offenbar auch in den folgenden Jahren angespannt. Unterbesetzung, Schichtdienst und Mehrbelastung durch eine Arbeit mit »neurotisch gestörten Kindern« veranlassten Klinikdirektor und Oberärztin dazu, 1964 eine Höhergruppierung und eine »Spezialheimzulage« für die auf der Station tätigen Erzieherinnen zu beantragen. Begründet wurde die Forderung damit, dass die psychiatrische Kinderabteilung einem »klinischen Schulheim« entsprechen habe, in welchem »schwer erziehbare Kinder, welche die Sonderschule besuchen«, in kleinen Gruppen »intensiv pädagogisch, psychiatrisch und psychologisch« betreut werden mussten.¹⁸⁵ Der Personalmangel betraf gleichzeitig das Pflegepersonal und gehörte zum Klinikalltag: »Entlassung wegen Schwesternmangel [wegen Krankheit], evtl. Aufnahme im Januar«, lautete der Eintrag in einer Krankenakte.¹⁸⁶ Bei diesem Jungen lehnte die Charité als Universitätsklinikum auch seine Wiederaufnahme ab und empfahl stattdessen ein Bezirksklinikum zur längerfristigen Unterbringung und Betreuung des Jungen.¹⁸⁷

6.2 Klinikalltag zwischen Empathie und Ausgrenzung

Im Querschnitt der Akten entsteht ein eher zweischneidiges Bild: Wohlwollender Ton und Umfang des Schriftverkehrs zu einzelnen Patientinnen und Patienten deuten einerseits darauf hin, dass auf allen Ebenen versucht wurde, den Kindern auch langfristig eine Besserung ihrer Lebenssituation zu verschaffen. In der Akte eines elfjährigen Pa-

182 Ibid.

183 Ibid.

184 Ibid.

185 HPAC, Ordner Nr. 4, 27: Schreiben Karl Leonhard an den Direktor der Sonderschuleinrichtung für Körperbehinderte in der Medizinischen Fakultät (Charité), 3.6.1964.

186 HPAC 1965/644M.

187 Ibid.

tienten ist beispielsweise vermerkt, er habe geäußert, dass er »möglichst noch bis zum Herbst« in der Kinderstation bleiben wolle, da es ihm dort besser gefalle als zu Hause (bei seinen offenbar liebevollen, aber sehr fordernden Eltern).¹⁸⁸ In einem weiteren Fall klang die Epikrise fast wie ein wohlwollendes »Arbeitszeugnis«: »Da der Junge nicht schwachsinnig ist, kam er der Behandlung immer sehr entgegen«, »wobei sein Eifer besonders bei der krankengymnastischen Betreuung überdurchschnittlich war«.¹⁸⁹

Einträge in anderen Akten klingen allerdings deutlich weniger zugewandt. Bei einem neunjährigen Patienten ist vermerkt, er sei »wehleidig nach [der] PnEG« gewesen.¹⁹⁰ In seiner Akte fällt die vergleichsweise durchgängig negative Konnotation der Anmerkungen auf, die sehr deutlich auf einen Verhaltenskodex in der Klinik verweisen. Dieser zielte vor allem auf die Einordnung in die »Stationsgemeinschaft« ab. Kinder oder Jugendliche, die den gewünschten Verhaltensnormen nicht entsprachen, waren, so spiegeln es die Einträge, unbeliebt bei Kindern und Personal, weil sie vielleicht auch zusätzliche Arbeit verursachten (z. B. durch Beaufsichtigung) oder ihnen mehr Zuwendung abverlangten (1965).¹⁹¹ Kindern, die der Behandlung nicht entgegenkamen, so scheint es, wurden auch vorwiegend negative Eigenschaften zugeschrieben. So sei J. zwar »freundlich« gewesen, habe sich aber »nicht eingeordnet, da er ein Einzelgänger« gewesen sei. Weiter hieß es: »Er ist egoistisch und behält Spielsachen für sich«, »er teilt nicht gern und wird von den anderen Kindern abgelehnt. Den Erzieherinnen und Erziehern gegenüber angeberisch, schmiegt sich an ohne jedes Distanzgefühl.«¹⁹²

Inwieweit sich die Bewertungen der Erzieherinnen und Erzieher sowie des Pflegepersonals auch auf den Behandlungsverlauf oder die Entlassungsempfehlungen auswirkten, müsste genauer untersucht werden. Die Verhaltensnormen sind in der Stationsordnung sehr deutlich formuliert. Ausgrenzung diente als pädagogisches Mittel.¹⁹³ Einem wohlwollenden Begrüßungspassus folgten im zweiten Absatz die »Spielregeln«: »Mit dem, der sich nicht an diese Regeln hält, mag keiner mehr spielen. Er wird ausgeschlossen. Das Zusammenleben mit anderen Menschen geschieht nach bestimmten Regeln, genau wie man sie beim Spielen hat. Sie erleichtern das Zusammenleben in der Gruppe.«¹⁹⁴ Ferner hieß es zu den Regeln, »an die sich jedes Kind auf dieser Station zu halten hat:

*»1. 7:50 Uhr stehst Du mit Deiner Mappe an der Tür und wartest auf Deinen Lehrer.
Die Mappe ist ordentlich gepackt. Unterrichtsbeginn ist 8.00 Uhr.*

188 HPAC 1960/11M.

189 HPAC 1965/644M.

190 HPAC 1955/51M.

191 Vgl. Ibid.

192 Ibid.

193 HPAC 1974/461M.

194 Ibid.

2. 10:25 Uhr ist große Pause. Vor dem Frühstück wäschst Du Dir die Hände. Während des Frühstücks sitzt Du im Hort auf Deinem Platz. Anschließend darfst Du bei schönem Wetter in den Garten gehen.

3. 12:25 Uhr ist Unterrichtsschluss. Die Schulmappe packst Du auf den vorgesehenen Platz. Dann gibt es Mittagessen. Du säuberst Deine Hände und setzt Dich auf Deinen Platz. Der Tischdienst teilt das Essen aus. Gemeinsam wird mit dem Essen begonnen. Während des Essens dürft Ihr Euch leise unterhalten. Du nimmst Dir nur so viel Essen auf den Teller, wie Du essen möchtest. Wer trotzdem nicht aufisst, kann keinen Nachtsch haben.

4. Am Wochenbeginn werden die Kinderämter ausgeteilt. Ämter siehe Plan.

5. Nach dem Essen ist Bettruhe für einige Kinder oder Aufenthalt im Freien.

6. Ab 13:30 Uhr werden die Hausaufgaben angefertigt. Alle Schüler arbeiten ruhig und selbständig auf ihrem Platz. Möchtest Du etwas fragen, meldest Du Dich bitte. Einer der anwesenden Erzieher wird Dir helfen.

7. Nach Erledigen der Hausaufgaben wirst Du Dich nach Deinem Tagesplan, den Du erhalten hast, beschäftigen.

8. Du räumst Deinen Arbeits- bzw. Spielplatz auf. Auch Dein Schrank ist von DIR in Ordnung zu halten.

9. Das Abendessen wird ruhig am Tisch eingenommen.

10. Die Bettruhe ist für 19:30 Uhr vorgesehen. Vorher triffst Du unter Anleitung der Schwester die Vorbereitungen dafür.

11. Das Verlassen der Station erfolgt geordnet in der Gruppe oder nur auf besondere Erlaubnis.

12. Du grüßt alle Mitarbeiter der Station und bist höflich allen Kindern und Erwachsenen gegenüber.

13. In der Klinik gehst Du bitte langsam und leise, denn Du befindest Dich in einem Krankenhaus.¹⁹⁵

Disziplin, Ruhe und Sauberkeit waren demnach die zentralen Normen und Werte, die die innere Ordnung des stationären Aufenthaltes bestimmten. Der Verhaltenskodex endet mit dem Hinweis, dass bei Nicht-Einhaltung der Regeln Erziehungsmaßnahmen festgelegt werden, die allerdings nicht näher definiert werden. Es wird außerdem darauf hingewiesen, dass für mutwillig angerichtete Schäden die Eltern aufkommen müssen. Der Text wurde bei der Aufnahme erläutert und der Patient dazu angehalten, den Text zu lesen. Das wurde jeweils in der Stationsordnung festgehalten.¹⁹⁶

195 Ibid.

196 Ibid.

6.3 Isolation und Strafen

Welche Erziehungsmaßnahmen und Strafen bei Disziplinverstößen folgten, spiegelt sich eher punktuell in den Einträgen der Krankengeschichten. In 13 Akten (N=106) waren Disziplinierungsmaßnahmen in Form von Verlegungen (10), Entzug von Privilegien (2) oder einer Kombination von beidem (1) dokumentiert. Auch das Strafstehen auf dem Korridor gehörte dazu:

Beispiel (1959): »Es muss besonders darauf geachtet werden, daß er immer in einer relativ strengen Tonart angesprochen wird, damit er einigermaßen folgsam ist. Der Ausschluss von einem Spaziergang auf Grund eines vorher erfolgten Affektausbruches bewirkte immerhin, daß er am nächsten Tag versprach artig zu sein und das auch einen Tag lang durchhielt.«¹⁹⁷

Beispiel (1955): »[...] war wieder vor 5 Uhr wach, durch sein dauerndes Schwatzen weckte er alle anderen auf. Zur Strafe musste er sich auf den Korridor stellen.«¹⁹⁸

Eine besonders wirksame oder »beeindruckende« Maßnahme war die »Verlegung auf Station 3« bzw. in den Wachsaal. Eine solche Verlegung zur Abschreckung erfolgte teilweise bei recht nichtigen Anlässen:

Beispiel (1965): »Da er am Abend weiterhin mit unanständigen Worten herumwarf, (während der Besuchszeit), mußte er wieder zur Station 3 gebracht werden.«¹⁹⁹

Beispiel (1955): »In den letzten Tagen hat Pat. zunehmend mit dem Pflegepersonal Schwierigkeiten gehabt. Sein Verhalten ist aufsässig und ungehörig. Es war nötig, ihn in den Wachsaal zu verlegen. Hier lehnt er jede Nahrungsaufnahme ab und beisst und kratzt das Pflegepersonal.«²⁰⁰

Beispiel (1966): »[NAME] wollte unbedingt in den Schulhort. Frau K. gestattete es ihm nicht, daraufhin war er so erbost, daß er seine Flöte auf dem Boden zerschmiß. Mußte deshalb auf Station 3 gebracht werden.«²⁰¹

Einen strafenden Charakter hatte nach der Durchsicht der Quellen außerdem die Bettnässertherapie. Ein siebenjähriger Patient durchlief für ein ganzes Jahr eine stationäre Sauberkeitserziehung: abends wurde er dazu angehalten, mehr zu trinken, es folgte ein fünfmaliges, später dreimaliges, dann sogar sechsmaliges nächtliches Wecken. Auch wurde ein Kalender geführt.²⁰² Ein Eintrag in seiner Akte weist außerdem darauf hin, dass Kinder nach dem Einkoten bestraft wurden: »Das Einkoten tagsüber kommt noch immer gelegentlich vor, er muß dann am folgenden Tag den Nachmittag im Bett verbringen.«²⁰³

197 HPAC 1960/10M.

198 HPAC 1955/51M.

199 HPAC 1965/887M.

200 HPAC 1955/56M.

201 HPAC 1965/851M.

202 HPAC 1965/305M.

203 Ibid.

Ebenfalls auffällig war schließlich der Brief eines 16-jährigen Patienten an seine Freundin. Er war der einzige Patient im Sample, in dessen Akte ein Hinweis auf eine klinische Demonstration enthalten war. Er beschreibt seine »Vorführung« vor 150 Studenten (1954):

»Meine Liebste! Von vornherein muß ich Dir gestehen, daß mir der Professor bei einer Vorstellung 12 Liebesbriefe an Dich vorlegte. Du kannst Dir ja vorstellen, was das für ein Tumult vor den 150 anwesenden Studenten gab. [...] es ist bestimmt nicht so einfach sich vor 150 erwachsenen Menschen die Leviten verlesen zu lassen.«²⁰⁴

7 Literaturverzeichnis

- ATZL, Isabel/HESS, Volker/SCHNALKE, Thomas (Hrsg.) (2005), *Zeitzeugen Charité. Arbeitswelten der Psychiatrischen und Nervenambulanz 1940–1999*, Münster.
- BEDDIES, Thomas/FUCHS, Petra/ROSE, Wolfgang (2016), *Diagnose »Psychopathie«. Die urbane Moderne und das schwierige Kind. Berlin 1918–1933*, Wien u. a.
- CRAMMER, J.L. (2000), Insulin coma therapy for schizophrenia, in: *Journal of the Royal Society of Medicine* 93, S. 332 f.
- FANGERAU, Heiner/SCHEPKER, Klaus (2017), Die Gründungsgeschichte der Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik (DGKH) und ihr Wirken. In: Heiner FANGERAU/Sascha TOPP/Klaus SCHEPKER (Hrsg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit: Zur Geschichte ihrer Konsolidierung*, Berlin/Heidelberg, S. 17–186.
- HERRN, Rainer/HOTTENROTT, Laura (2010), *Die Charité zwischen Ost und West (1945–1992)*. *Zeitzeugen erinnern sich*, Berlin.
- HESS, Volker/HOTTENROTT, Laura/STEINKAMP, Peter (2016), *Testen im Osten. DDR-Arzneimittelstudien im Auftrag der westlichen Pharmaindustrie, 1964–1990*, Berlin.
- HOHEISEL, Matthias (2012), Von der Suchtdroge zum Therapeutikum – zur Bewertung von Beruhigungsmitteln an der Charité-Nervenambulanz von 1962–1975, in: *Medizinhistorisches Journal* 47, S. 62–98.
- HOTTENROTT, Laura (2012), »Roter Stern – Wir folgen deiner Spur«. Umerziehung im Kombinat der Sonderheime für Psychodiagnostik und pädagogisch-psychologische Therapie (1964–1987). Eine Bestandsaufnahme, Torgau.
- KLÖPPEL, Ulrike/BALZ, Viola (2010), Psychopharmaka im Sozialismus. Arzneimittelregulierung in der Deutschen Demokratischen Republik in den 1960er Jahren. In: *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte* 33, 4, S. 382–400.
- LE BONHOMME, Fanny (2016), *Psychiatrie und Gesellschaft in der Deutschen Demokratischen Republik. Geschichten von Patienten der Psychiatrischen und Nervenambulanz der Charité (Ost-Berlin, 1960–1968)*, Phil. Diss. FU Berlin.
- LEMKE, Rudolf/RENNERT, Helmut (1987), *Neurologie und Psychiatrie sowie Grundzüge der Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch für Praxis und Studium*, 8. Auflage, Leipzig.

- LEONHARD, Volkmar (Hrsg.) (1995), Prof. Dr. med. Karl Leonhard, 1904–1988. Meine Person und meine Aufgaben im Leben, Hildburghausen.
- LUTHER, B./WIRTH, I./DONALIES, C. (1982), Zur Entwicklung der Neurologie/Psychiatrie in Berlin, insbesondere am Charité-Krankenhaus, in: Charité-Annalen, Neue Folge 2, Berlin (DDR), S. 275–289.
- MALYCHA, Andreas (2016), Der Umgang mit politisch belasteten Hochschulprofessoren an der Medizinischen Fakultät der Universität Berlin in den Jahren von 1945 bis 1949. In: Rüdiger BRUCH/Uta GERHARDT, Uta/Aleksandra PAWLICZEK (Hrsg.) (2016), Kontinuitäten und Diskontinuitäten in der Wissenschaftsgeschichte des 20. Jahrhunderts, Stuttgart, S. 93–111.
- MIELKE, Renate (2013), Indikation und Anwendung psychotroper Arzneimittel unter besonderer Berücksichtigung der Benzodiazepine in der Stomatologie in der DDR von 1949–1990, Med. Diss. Charité Berlin.
- MÜLLER, Dagobert (Hrsg.) (1976), Pneumoenzephalographische Anatomie des Kindergehirns, Stuttgart.
- NEUMÄRKER, K.-J. (1982), Zur Geschichte der Abteilung für Kinderneuropsychiatrie an der Berliner Charité, in: Acta paedopsychiat. 48, S. 297–305.
- ROGGENBAU, Christel H. (1949), Therapie der psychischen Erkrankungen. In: Joachim BRUGSCH (Hrsg.), Die Therapie an den Berliner Universitätskliniken, 18. Auflage, Berlin/München, S. 366–204.
- RZESNITZEK, L. (2015), »Schocktherapien« und Psychochirurgie in der frühen DDR, in: Nervenarzt 86, S. 1412–1419.
- SCHÖNHERR, Ekkehard (2008), Pharmabetriebe in der Planwirtschaft. In: Klaus LATZEL/Lutz NIETHAMMER (Hrsg.), Hormone und Hochleistung. Doping in Ost und West, Köln/Weimar/Wien, S. 97–121.
- STEIN, Rosemarie (1992), Die Charité. 1945–1992. Ein Mythos von innen, Berlin.
- SÜSS, Sonja (1998), Politisch mißbraucht? Psychiatrie und Staatssicherheit in der DDR, Berlin.
- UMBACH, W. (1963), Klinische Erfahrungen mit Depot-Formen von Antiparkinsonmitteln (Akineton und Kr 339 Knoll), aus der Neurochirurgischen Universitätsklinik in Freiburg i.Br. In: Die medizinische Welt 33, S. 1634–1637.

XIV Die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie Berlin-Lichtenberg (1956–1990)

Laura Hottenrott

Inhalt

1	Quellenbasis	710
2	Historische Entwicklung	711
3	Wege in die Einrichtung	716
3.1	Alter und Sozialprofil	716
3.2	Einweisung und Behandlung – »Erziehung der Erziehenden«	718
3.3	Einwilligung, Ablehnung, Verweigerung	723
3.4	Aufenthaltsdauer und Entlassung	724
3.5	Dauerunterbringung	726
4	Räumlichkeiten, Ressourcen	727
5	Pädagogische Situation	732
5.1	Lebensalltag zwischen Integration und Abschottung	736
5.2	Disziplinierung, Strafen, körperliche Gewaltanwendung	737
6	Medizinisch-therapeutischer Bereich	739
6.1	Diagnostik	739
6.2	Zuschreibungen und Werturteile	742
6.3	Therapie	743
6.3.1	Medikation	744
6.3.2	Hinweise auf Übermaß und Vernachlässigung	747
6.3.3	Schocktherapieverfahren	748
6.4	Medizinische Zwangsmaßnahmen – Isolation und Fixierung	749
7	Anhang	751
8	Literatur	754

1 Quellenbasis

Die kinderpsychiatrische Abteilung im städtischen Krankenhaus Herzberge – seit 1971 Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie Berlin-Lichtenberg (FKH) – wurde 1956 gegründet und hatte bald durchschnittlich 300 Plätze in vier Häusern. In den Einrichtungen entwickelten sich unterschiedliche Behandlungsansätze, bestimmt durch den Grad der Förderfähigkeit der Kinder.

Eine Geschichte der KJP im Fachkrankenhaus Herzberge ist bisher nicht geschrieben worden. Die Monographie über das psychiatrische Krankenhaus Herzberge von Herbert Loos widmet sich fast ausschließlich der Erwachsenenpsychiatrie.¹ Materialbasis ist deshalb im Wesentlichen eine Stichprobe von 104 Krankenakten (N=ca. 6.000) der KJP im Städtischen bzw. Fachkrankenhaus Herzberge.² Die Akten der KJP waren über das historische Archiv am heutigen Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge zugänglich. Da die Akten alphabetisch abgelegt sind, wurden in einem randomisierten Verfahren Akten herausgesucht, die den Bearbeitungszeitraum und das Geschlecht berücksichtigen.³

Zusätzlich wurden in den Verwaltungsakten des Krankenhauses (Archiv KEH) relevante Berichte zur KJP recherchiert, außerdem eine Recherche in den Akten des Ministeriums für Gesundheitswesen im Bundesarchiv Berlin-Lichterfelde durchgeführt. Abschließend erfolgte eine Sichtung des Bildarchivs. Es handelt sich überwiegend um Aufnahmen zu besonderen Anlässen, etwa Feste, Ausflüge und sonstige Freizeitaktivitäten. Sie spiegeln das Bemühen, im Rahmen der Möglichkeiten eines Krankenhauses einen kindgerechten oder zumindest punktuell abwechslungsreichen Alltag zu gestalten. Einige Fotos gewähren Einblicke in den Stationsalltag (z. B. Schlafsäle, Arbeitstherapie). Die Schule im Fachkrankenhaus stand unter der Verwaltung der Volksbildung; ein Aktenbestand ist nicht überliefert.

Es wurden vier Zeitzeugeninterviews geführt, ein damaliger Patient hat Kontakt über das Zeitzeugenportal aufgenommen.⁴ Über die Anlauf- und Beratungsstellen der Stiftung »Anerkennung und Hilfe« und die heutige »Leben Lernen GmbH« konnten keine Kontakte zu damaligen Bewohnerinnen und Bewohnern der Pflegestation vermittelt werden, allerdings wurde damaliges Personal befragt: und zwar jeweils eine Ärztin und Krankenschwester sowie ein Pfleger. Zwei dieser Kontakte kamen ebenfalls über das Portal zustande.

1 Loos (2014); vgl. Beiträge zu einzelnen Aspekten des Krankenhauses, z. B. JUN (2000); JUN (1979); BAUER/SCHERNIKAU (1986).

2 Ab dem Geburtsjahr 1965, das heißt für den Zeitraum von 1970 bis 1993.

3 Für die Akten wurden im Zuge der Anonymisierung ID-Nummern vergeben. Die Akten werden jeweils mit dem Kürzel der Einrichtung (FKH oder KEH), der entsprechenden ID-Nr. und dem Jahr der Ersteinweisung zitiert (z. B. FKH xxx/65), um sie zeitlich einordnen zu können.

4 Der Betroffene war 1967 für zehn Wochen in der KJP Herzberge.

2 Historische Entwicklung

»Der 1.6.1962 war für mich, damals 27 Jahre, der erste Arbeitstag als Stationsärztin in der Kinderpsychiatrie Herzberge. [...] Von der klinischen Arbeit hatte ich erwartet, Kinder und Jugendliche mit Neurosen und Psychosen kennenzulernen. Außer diesen traf ich damals dort aber auch eine große Zahl von hirngeschädigten, insbesondere geistig behinderten Kindern. Auf dieses Problem hatte mich die Universität nicht vorbereitet. Die Öffentlichkeit auch nicht. In der Presse und in anderen Medien kamen diese Kinder und ihre Familien nicht vor.«⁵

Die Anfänge der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung im späteren Fachkrankenhaus Berlin-Lichtenberg liegen in den 1950er Jahren, einer Zeit der gesundheitspolitischen Neuorganisation. Lediglich die Charité besaß – neben Wittenau in West-Berlin – einen kleinen Bereich zur Akutbehandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher.⁶ Das Gesundheitswesen in Ost-Berlin sah die Verteilung betreuungsbedürftiger psychiatrischer Patientinnen und Patienten auf drei psychiatrische Großkrankenhäuser nach Alter und Schweregrad vor. Das damalige städtische Krankenhaus Herzberge sollte Kinder mit geistigen Behinderungen aufnehmen, Wuhlgarten (später Wilhelm-Griesinger-Krankenhaus) Erwachsene und die psychiatrische Abteilung im Klinikum Berlin-Buch forensische Aufgaben übernehmen.⁷

1956 wurden 30 Kinder und Jugendliche (im Alter von acht bis 17 Jahren) aus dem Krankenhaus Wuhlgarten nach Herzberge verlegt.⁸ Es handelte sich überwiegend um Kinder mit einer geistigen Behinderung (»Schwachsinn« unterschiedlichen Grades), vereinzelt um Patientinnen und Patienten mit Epilepsie.⁹ Ende des Jahres waren bereits 78 Kinder auf der Station, die alle zunächst in »Haus 9« untergebracht wurden: die größeren Kinder getrennt nach Geschlechtern im oberen, die kleinen Jungen und Mädchen im unteren Stockwerk. »Haus 9« entwickelte sich später zur Pflegestation der KJP.¹⁰

Werner Vogl (1898–1965), zuvor Oberarzt an der Berliner Charité, später Chefarzt der Kinderpsychiatrie und Ärztlicher Direktor des Krankenhauses (1958–1965), wurde erster Stationsarzt. Neben einer Psychologin und der Oberschwester arbeiteten zunächst acht weitere Krankenschwestern und einige Vorschülerinnen auf der neuen Station.¹¹ Die Krankenschwestern besaßen noch keine Zusatzausbildung für die Psychiatrie.

⁵ Gerda Jun, zit. n. JUN (2000), 242.

⁶ Loos (2014), 148.

⁷ Ibid.

⁸ Grundlage war eine Verfügung des Magistrats von Groß-Berlin. Siehe Historisches Archiv am KEH: Chronik KJP, 1968.

⁹ Ibid.

¹⁰ Ibid.

¹¹ Ibid.

Für den Aufbau der kinderpsychiatrischen Abteilung fehlte in der Anfangszeit ein klares Konzept. Die Räume der Klinik in den alten Gebäuden waren nicht kindgerecht gestaltet. Es gab Eisenstühle, lange Bänke und große schwere Tische, die Kleidung der Kinder stellte das Haus. Sie war unzureichend und musste von den Schwestern gepflegt und ausgebessert werden. Die Beschäftigung der Kinder war zunächst nicht systematisiert, sondern blieb ebenfalls den jeweiligen Schwestern überlassen. »Schwierige Kinder« wurden in Kastenbetten oder im sogenannten Bunker isoliert.¹²

Die Zahl der Kinder nahm währenddessen ständig zu, so dass 1960 bereits 180 Betten belegt waren.¹³ Die bereits bestehende Krankenhausschule wurde zur Schule im Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie umgewandelt.¹⁴ Die Rehabilitation der Kinder sollte möglichst früh, im Säuglings- und Kleinkindalter, einsetzen.¹⁵ Zu diesem Zweck eröffnete der Ärztliche Direktor Werner Vogl 1960 das damals moderne Haus 11 mit 60 Plätzen.¹⁶ Der Flachbau wurde mit Klein- und Vorschulkindern (im Alter von einem bis sieben Jahren) belegt. Ein ganzseitiger Artikel erschien zur Eröffnung des Hauses in der »Berliner Zeitung«. Mit dem Titel »Sonne auch für diese Kinder« wurde der Neubau als ‚Wohlfühlort‘ für Kinder beschrieben:

»Auf der Terrasse und im schön durchwärmten Haus laufen die Kleinen zutraulich auf die Ärzte und die Oberschwester zu. Man sieht es gleich, hier fühlen sie sich wohl. Nichts erinnert an ein Krankenhaus. Licht fällt von allen Seiten durch Fenster und Glaswände in die Räume, in denen die kleinen Patienten schlafen, essen und spielen. Die lichten Pastellfarben, die die Maler sinnvoll verwandten, versetzten jedes Zimmer in eine andere, immer wiederkehrende Stimmung des Frühlings.«¹⁷

Ein öffentliches Bekenntnis zu »diesen Kindern« und das Bemühen um eine bessere Betreuung standen dabei ganz im Zeichen der Zeit: In mehreren Bezirken und an einigen Universitäten gab es inzwischen eigenständige Abteilungen für Kinderpsychiatrie. Der Einrichtung des ersten Lehrstuhls (G. Göllnitz) in Rostock 1958 folgte 1962 die Gründung der Sektion Kinderneuropsychiatrie im Rahmen der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie der DDR.¹⁸ 1963 wurden auf einem Fachkongress zur psychiatrischen Rehabilitation in Rodewisch erste sozialpsychiatrische Thesen in der DDR formuliert.¹⁹ Eine damalige Krankenschwester erinnerte sich an diese Zeit:

12 Ibid.

13 Letztere waren zuvor in »Haus 7« untergebracht (Kinderklinik); vgl. *ibid.*

14 Historisches Archiv am KEH: Die Entwicklung der Klinik für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie im Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie Berlin-Lichtenberg, 1984.

15 Sonne auch für diese Kinder. In: Berliner Zeitung, 1.12.1960, 3.

16 Loos (2014), 149.

17 Berliner Zeitung, 1.12.1960, 3.

18 GÖLLNITZ (1978), 270 f.

19 Gefordert wurde u.a. eine »komplexe Therapie« (etwa Neuroleptika, Arbeitstherapie, gruppenpsychotherapeutische Verfahren), eine Öffnung möglichst aller Stationen, eine Trennung akut und chronisch

»Ich war damals im Haus 11. [...] Das kann man heute nicht mehr verstehen, aber die Kinder lagen alle in den Betten, schwerbehinderte, junge Kinder, vielleicht 3–4 Jahre alt. Waren alle schön gepflegt, lagen in Betten, wurden gefüttert. Und die Chefin Blumenthal hat dann eines Tages gesagt: ›Raus aus den Betten!‹ Da gab es zunächst großen Widerstand, aber das war natürlich richtig.«²⁰

1961 übernahm die Psychiaterin Irene Blumenthal (1913–2005)²¹ die Leitung der KJP und setzte sich von Beginn an für die teilstationäre Behandlung ein, mit der noch im selben Jahr begonnen wurde. Deren Ziel war es, die »schweren Hospitalisierungserscheinungen bei den Pflegefällen durch Wiedereingliederung in die Elternhäuser und Durchführung einer rehabilitativen Behandlung« abzubauen.²² 1966 konnten die tagesstationären Gruppen in Haus 7 als Tagesklinik mit 160 Plätzen für Kinder- und Jugendliche im Alter von drei bis 17 Jahren zusammengefasst werden.²³ Eine damalige Krankenschwester erinnert sich an die Einführung der Tagesklinik als einen »gewaltigen Schritt nach vorn«, der aber für »die Eltern, die Schicht arbeiteten«, auch mit Schwierigkeiten verbunden war:

»Das ging so weit, dass [I. Blumenthal] in den Betrieben angerufen hat und den Kaderleiter – damals der Personalleiter – verlangt hat. Sie war ja niemals in einer Partei und hat sich auch dazu bekannt. Aber sie konnte sich das erlauben, oder sie hat sich das getraut. [...] Da wurden auch Taxen oder Krankenwagen organisiert, wenn die Eltern kein Auto hatten. [...] [Irene Blumenthal] hat wirklich die Anfänge der neuen und besseren Psychiatrie, vor allem für Kinder, in Bewegung gesetzt. Und sie hat gegen viele Widerstände, auch beim Personal, angekämpft: Da sollten die Gitter an den Fenstern ab usw.; und letzten Endes hat sich immer gezeigt, dass all das, was zuvor verboten war, keine Rolle mehr spielt, wenn das Verbot beseitigt ist.«²⁴

Kranker sowie eine Trennung von Jugend- und Altersstationen, ein umfassendes System der Außenfürsorge mit nachgehender Fürsorge sowie eine ärztlich verordnete Arbeitstherapie mit Übergangslösung zwischen arbeitstherapeutischen Einsätzen und Vollerwerbstätigkeit.

20 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Mitarbeiterin der Einrichtung [anonymisiert], 24.6.2019, 59:00-1:00:30.

21 Irene Blumenthal wuchs in Berlin-Tempelhof auf. Im Nationalsozialismus wurde ihr die deutsche Staatsangehörigkeit aberkannt, weil sie einen jüdischen Vater hatte. 1933 machte sie das Abitur, durfte aber als Kind, das aus einer »Mischehe« stammte, nicht studieren. Sie machte eine Fürsorgerinnenausbildung und arbeitete in verschiedenen kirchlichen Kinderheimen mit Kindern mit Behinderungen. Nach dem Krieg studierte sie Medizin, legte 1951 das Staatsexamen an der Humboldt-Universität ab und arbeitete als Assistenzärztin an der Charité. Parallel dazu absolvierte sie bis 1961 eine Psychoanalyse-Ausbildung am Institut für Psychotherapie an der Potsdamer Straße in West-Berlin. Wegen des Mauerbaus konnte sie die Ausbildung nicht abschließen. Nach bestandener Facharztausbildung für Psychiatrie und Neurologie wurde Blumenthal 1959 Ärztin im Städtischen Krankenhaus Herzberge in Berlin-Lichtenberg und wurde mit der Einrichtung einer eigenständigen kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung beauftragt. Vgl. JUN (2000), 241–248.

22 Historisches Archiv am KEH: Chronik KJP, 1968.

23 Historisches Archiv am KEH: Die Entwicklung der KJP, 1984.

24 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Mitarbeiterin der Einrichtung [anonymisiert], 24.6.2019, 06:27-10:11.

Gerda Jun,²⁵ seit 1962 Stationsärztin, später Oberärztin der Klinik, beschreibt die Tagesklinik rückblickend als ideal für Kinder mit geistigen Behinderungen: Neben der tagesklinischen Diagnostik, Therapie und Förderung erhielt sie die Familienbindung der Kinder aufrecht, so dass die Mütter wieder einer Berufstätigkeit nachgehen konnten. Sie entkamen dadurch ihrer bis dato bestehenden Isolation, und ein gesellschaftlicher Erkenntnisprozess setzte ein, weil die Kinder in der Regel mit den öffentlichen Verkehrsmitteln in die Klinik gebracht wurden.²⁶ 1965 wurde in der Tagesklinik ein Bereich für Kinderpsychotherapie eingerichtet, der mit einer im »Haus der Gesundheit« in Berlin tätigen Psychagogin besetzt wurde.²⁷ In »Haus 4« lag der Schwerpunkt in der klinischen Diagnostik.²⁸ Es gab eine Station für 50 »verhaltensgestörte, neurotische« und »defektive« Kinder im Alter von acht bis 18 Jahren, bei denen in »in mehrdimensionaler Diagnostik die hirnanorganischen und psychogenen Symptome« herausgearbeitet werden sollten, um »die Schul- und Erziehungsschwierigkeiten ausreichend bessern« zu können.²⁹

»Haus 9 I« war inzwischen Pflegestation für 40 Patientinnen und Patienten im Alter von sechs Monaten bis 18 Jahren. Hier wurden Kinder und Jugendliche »mit schweren neurologischen und geistig-psychischen Ausfällen« als »Pflegefälle« aufgenommen. Wegen der »starken geistigen und körperlichen Behinderung« standen »intensive rehabilitative Maßnahmen im Vordergrund der Bemühungen: Förderung der motorischen Funktionen, selbständige Nahrungsaufnahme, Sauberkeitsgewöhnung, An- und Auskleiden, Umgang mit Spielmaterial, Anleitung zu einfachen Arbeitsdingen.«³⁰

1968 waren im Wesentlichen »geistig behinderte, nicht schulbildungsfähige und schulbildungsfähige, erheblich sozial einordnungsbehinderte Kinder und Jugendliche« in der KJP.³¹ Die Klinik hatte 310 Plätze in den Häusern 4, 7, 9 und 11. Die Patientenzahl blieb bis 1989 in etwa konstant (300). Hinzu kamen 132 Plätze in sieben Außenstellen.³²

Stationäre Außenstellen:

- a. Marienhaus Rüdersdorf für 40 Jungen im Alter zwischen acht und 14 Jahren
- b. Maria Frieden, Berlin für 16 Mädchen (8–14 Jahre)
- c. Königin-Elisabeth-Hospital, Berlin für 30 Jungen und Mädchen (2–8 Jahre)
- d. Elisabethheim Eggersdorf für 12 Jungen und Mädchen (2–8 Jahre)
- e. Stephanusstift Berlin für 12 Jungen und Mädchen (0–2 Jahre).

25 Jun war u. a. Verfasserin des Bandes »Kinder die anders sind. Ein Elternreport«, das 1981 zum »Internationalen Jahr der Geschädigten« erschien. Das Buch verband Elternberichte mit einem fachärztlichen Kommentar. Es sollte informieren und dazu beitragen, gesellschaftliche Vorurteile abzubauen.

26 JUN (2000), 242.

27 Historisches Archiv am KEH: Chronik KJP, 1968; vgl. auch LUDWIG-KÖRNER (2000).

28 Zuvor Frauen-TBC-Station, seit 1966 der KJP zugeordnet.

29 Historisches Archiv am KEH: Chronik KJP, 1968.

30 Ibid.

31 Historisches Archiv am KEH: Die Entwicklung der KJP, 1984.

32 Historisches Archiv am KEH: Chronik KJP, 1968; SCHERNIKAU/VESPER (1991).

Zu den Außenstellen zählten außerdem zwei weitere tagesstationäre Einrichtungen:

- a. Sondergruppe für 12 entwicklungsrückständige Kinder (3–10 Jahre) im evangelischen Kindergarten der St.-Petri-Gemeinde
- b. Sondergruppe für 10 entwicklungsrückständige Kinder (3–10 Jahre) im evangelischen Kindergarten Rosenthal.³³

Durch den Auf- und Ausbau tagesklinischer Strukturen und die Einrichtung von Sonderkindertagesstätten in den Stadtbezirken nach dem Ministerratsbeschluss von 1969³⁴ konnte ein Teil der als förderfähig deklarierten Kinder mit geistiger Behinderung enthospitalisiert werden, so dass etwa 120 Betten der Klinik frei wurden.³⁵ Die KJP wurde dann unter der Leitung des Neurologen Dagobert Müller (1921–1992) nach klinischen Gesichtspunkten neu strukturiert.³⁶ 1973 von der Charité kommend, erweiterte er die KJP um die Station für Kinderneurologie. Seine Abteilung wurde in den folgenden Jahren zum wissenschaftlich-fachlichen Zentrum der Klinik. Die Psychiaterin Irene Blumenthal blieb weiterhin im tagesstationären Bereich tätig.³⁷

1979 gab es innerhalb der Klinik die Kinderneurologie, die Frührehabilitation, die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Kinderpsychotherapie, 1980 wurde außerdem die erste jugendpsychiatrische Klinik mit 25 Betten eröffnet.³⁸ Die Jugendpsychiatrie etablierte sich erst Anfang der 1970er Jahre als eigenständige Disziplin, u. a. in Form von Gruppenpsychotherapie »fehlentwickelter Jugendlicher« im »Haus der Gesundheit« in Berlin 1967. Es folgte die Einrichtung von Betreuungsstellen für psychiatrisch behandlungsbedürftige Jugendliche.³⁹ Stationär wurden Jugendliche mit »Psychosen, Pubertätskrisen mit psychosenaher Symptomatik« sowie »in emotionalen Krisensituationen bei primären und sekundären Fehlentwicklungen« behandelt.⁴⁰ Die Station arbeitete eng mit den Beratungsstellen des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe zusammen.⁴¹

Anfang der 1980er Jahre setzte der Magistrat angrenzend den Bau eines Heims für Behinderte durch. Der Plattenbau diente als reine Pflegeeinrichtung, war für diesen

33 Historisches Archiv am KEH: Chronik KJP, 1968.

34 1968: Untersuchungen und Empfehlungen der Volkskammer zur Problematik der hirngeschädigten Kinder; Erklärung zum gesamtgesellschaftlichen Problem (humanitas 20, 1968); 1969: Ministerratsbeschluss über »Maßnahmen zur Förderung, Beschulung und Betreuung geschädigter Kinder und Jugendlicher sowie psychisch behinderter Erwachsener«.

35 SCHERNIKAU/VESPER (1991).

36 Ibid.; Historisches Archiv am KEH: Die Entwicklung der KJP, 1984.

37 Historisches Archiv am KEH: Die Entwicklung der KJP, 1984.

38 BAUER/SCHERNIKAU (1986), 435.

39 KEH-Report, Oktober 2009, 9.

40 BAUER/SCHERNIKAU (1986), 436.

41 JUN (1970), 1468.

Zweck aber vollkommen ungeeignet. Auch Kinder mit geistigen Behinderungen, insbesondere aus »Haus 9«, wurden dorthin verlegt.⁴²

Schließlich gab es Ende der 1980er Jahre neben der Kinderneurologie (70 Betten) eine Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (50 Betten) und eine überwiegend tagesklinisch geführte Abteilung für Psychotherapie (100 Betten).⁴³ Außerdem wurde eine mehrzügige 10-Klassen-Krankenhausschule mit 140 Plätzen gebaut und ein Kooperationsvertrag zwischen Fachkrankenhaus und Sonderschule mit Hilfsschulteil abgeschlossen.⁴⁴

3 Wege in die Einrichtung

3.1 Alter und Sozialprofil

»Familie und Gesellschaft haben die Pflicht, den Oligophrenen eine Existenz zu ermöglichen, die der des Gesunden weitestgehend angenähert ist. Es ist anzustreben, daß der Oligophrene im Elternhaus verbleibt, bis über Hilfsschule – Berufsausbildung und Berufssonderschule oder Imbezillen-Tages- bzw. Wochenstätte – beschützende Werkstatt eine geregelte Stellung in der Gesellschaft erreicht ist. Idiologische Oligophrene werden zweckmäßig in eine Pflegeeinrichtung auf Kreisebene verbracht.«⁴⁵

Die 104 untersuchten Krankenakten, 32 weibliche und 72 männliche Patientinnen und Patienten, dokumentieren 146 Einweisungen in die Häuser 11 (N=34), 4 (N=29), 7 (N=23) und 9 (N=3). Ein Teil wurde auch innerhalb der Einrichtung verlegt. Es gab 18 Mehrfacheinweisungen im Sample, mehrheitlich zwei bis dreimal, in einem Ausnahmefall 15 Mal, meistens aus »sozialer Indikation«⁴⁶, weil die Eltern die Patientin zuhause nicht betreuen konnten.⁴⁷

Die Patientinnen und Patienten waren bei Ersteinweisung im Kleinkind- (N=31) und Vorschulalter (N=29), im schulfähigen Alter zwischen 6 und 13 Jahren (N=39), nur wenige 14 Jahre und älter (N=5). Zwei Kinder lebten im Elternhaus, wurden aber aus

⁴² Mitteilung von Herbert Loos; Historisches Archiv am KEH: Die Entwicklung der KJP, 1984.

⁴³ SCHERNIKAU/VESPER (1991), 436.

⁴⁴ Zuvor war die Sonderschule als Krankenhausschule behelfsmäßig in einer Baracke untergebracht gewesen; durch den Neubau waren zumindest verbesserte Rahmenbedingungen für die pädagogische Arbeit und Förderung der Kinder geschaffen worden. Vgl. Historisches Archiv am KEH: Die Entwicklung der KJP, 1984.

⁴⁵ SEIDEL/SCHULZE/GÖLLNITZ (1987), 291.

⁴⁶ Vgl. Kap. 3.5 »Dauerunterbringung«.

⁴⁷ Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 008/80.

einem nicht-psychiatrischen Krankenhaus eingewiesen, ferner 16 aus einem Heim⁴⁸, während die übrigen Kinder vor der Einweisung bei den Eltern lebten, wobei nicht immer klar wird, bei wem und in welcher Konstellation. Mindestens 13 Kinder lebten in einer Patchwork-Situation, zehn bei der alleinerziehenden Mutter, zwei bei einem alleinerziehenden Vater, fünf bei Pflege- oder Adoptiveltern, einige bei den Großeltern oder abwechselnd bei Eltern und Großeltern. Nur wenige Kinder wurden vor ihrer Einweisung ausschließlich zuhause betreut (Kleinkinder und Mütter zuhause); mehrheitlich besuchten sie eine Krippe, einen Kindergarten sowie 19 Kinder eine Normalschule (Polytechnische Oberschule).

Tabelle 1: Beruflicher Hintergrund der Eltern

Väter (Angaben: 74)	Mütter (Angaben: 72)
15 Hoch- und Fachschulabschluss, 2 Studenten	4 Hoch- und Fachschulabschluss, davon eine Studentin
6 Staatsangestellte, Funktionäre (Mdl, MfGe, SED)	2 Staatsangestellte, Funktionärinnen (Mdl, Magistrat)
3 bewaffnete Organe (VP, NVA)	23 Angestellte, leitende Angestellte (3)
3 Lehrer, Erzieher	5 Lehrerinnen, Erzieherinnen
24 Facharbeiter, leitende Angestellte (4)	4 Pflegeberufe
21 Angestellte/Arbeiter, z.T. ohne Berufsabschluss	14 Arbeiterinnen/Hilfskräfte, z.T. ohne Berufsabschluss
2 Rentner	15 Hausfrauen (verschiedene Berufsabschlüsse), davon Heimarbeit (3)
	4 arbeitslos, ohne Berufsabschluss
	1 inhaftiert

Mehrheitlich waren beide Elternteile berufstätig. Zu etwa einem Drittel hatten die Eltern einen Hoch- oder Fachschulabschluss. Es handelte sich um Angestellte in Ministerien, um pädagogisches Personal oder um sonstige Fachangestellte in zum Teil leitender Position. Auch wenn die überwiegende Zahl der Mütter berufstätig war, war das berufliche Geschlechterverhältnis traditionell: Der Anteil einfacher Angestellter und Arbeiterinnen bzw. Hilfskräfte war bei den Müttern höher als bei den Vätern, die insgesamt besser qualifiziert waren. Die Frauen übten seltener leitende Funktionen aus und waren teilweise in Heimarbeit tätig. Im Querschnitt, also mit Blick auf das Einzugsgebiet des Krankenhauses, kamen die Kinder aus allen Schichten, und die Eltern befanden sich

⁴⁸ U. a. Kinderheim Graal-Müritz, Kinderheim Königsheide, Säuglingsheim Hessenwinkel, Kinderheim Eggersdorf, Sonderheim Borgsdorf, Durchgangsheim Bad Freienwalde, Kinderheim Marzahn, Säuglingsdauerheim Dahwitz-Hoppegarten, Kinderheim Blankenburg.

nicht durchweg in einer prekären Situation. Die Wohnsituation war allerdings häufig beengt: »Zu sechst in Zweiraumwohnung! Lebensgemeinschaft, Heirat nicht vorgesehen, Stiefmutter hat zwei Kinder in die Lebensgemeinschaft mitgebracht.«⁴⁹

In mehr als der Hälfte der Akten fanden sich Hinweise, dass die Kinder vor der Einweisung Ablehnung, psychische oder auch physische Gewalt erfahren oder miterlebt hatten, meistens im Elternhaus (Trennung/Verlust der Bezugsperson, Ehestreitigkeiten, Alkoholabhängigkeit, häusliche Gewalt), einige auch in anderen Kontexten, beispielsweise Mobbing in der Schule (»Prügelknabe der Klasse«, »[i]m Klassenverband vollkommen isoliert«) oder im Heim (Strafen, Isolation, Fixierung). Hierzu einige Beispiele:

»Vater wolle sich von der Familie trennen, wenn die Kinder nicht ins Heim kommen.«⁵⁰

»Schlagen und Schimpfen der Eltern (Stiefvater nahm ihn nie als ›richtigen Sohn‹ an); aus erster Ehe der Mutter, die sich von seinem leiblichen Vater trennte, da dieser zunehmend alkoholabhängig und gewalttätig wurde.«⁵¹

»Vater trinkt, schlägt seine Mutter, der Junge traut sich abends nicht nachhause, weil sein Vater ihn oft verprügele, wenn er betrunken sei (Angabe [x] in Beratungsstelle). Mutter musste [x]häufiger nachts aus der Wohnung der Freundin des Vaters holen oder selbst in die Wohnung ihrer größeren Kinder flüchten.«⁵²

»Wie sich später herausstellte, muss es aber vom Kindsvater doch häufig wesentlich massiver geschlagen worden sein. Die Eltern lobten mit Worten, aber nur selten mit Zärtlichkeiten.«⁵³

»Wurde zusammen mit seiner Schwester wegen grober Vernachlässigung aus dem Elternhaus herausgenommen.«⁵⁴

3.2 Einweisung und Behandlung – »Erziehung der Erziehenden«

Üblicherweise kamen die Kinder über den Arzt in der Beratungsstelle oder über die Poliklinik zur stationären Aufnahme. Der genaue Vorlauf lässt sich nicht in allen Fällen nachvollziehen, aber in der Regel waren die Kinder und Jugendlichen zuvor bereits ambulant behandelt worden. Die Einweisung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgte in der Regel über den Jugendgesundheitschutz. Dieser erfasste alle Kinder mit der Geburt, entschied über Für- und Vorsorgemaßnahmen, kontrollierte die Durch-

49 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 092/85.

50 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 040/66.

51 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 090/79.

52 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 002/84.

53 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 062/75.

54 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 055/69.

führung gesundheitlicher Pflichten (z.B. hinsichtlich des Impfens) und wies Kinder mit Behinderungen in Heime, konfessionelle Einrichtungen und Krankenhäuser ein.⁵⁵ Medizinische Einrichtungen hatten deshalb auch eine Berichtspflicht, das heißt, von jedem stationär behandelten Patienten mussten Epikrisen an die entsprechende Abteilung »Gesundheits- und Sozialwesen/Jugendgesundheitschutz« verfasst werden.⁵⁶ Bei mindestens 64 der untersuchten Fälle war das Gesundheitswesen initiativ an der stationären Einweisung beteiligt. In 32 Fällen geht die Mitwirkung Angehöriger aus den Akten hervor, aber in der Regel verlief die Einweisung in Kombination mit staatlichen Stellen bzw. einer Bildungs- oder Betreuungseinrichtung.

Kam es zu einer Einweisung in die KJP Herzberge, wurden die Erziehungsberechtigten in den therapeutischen Prozess eingebunden. Das betraf insbesondere die tagesklinischen Patientinnen und Patienten.⁵⁷ Die Einbeziehung der Eltern beschränkte sich aber nicht auf das Bringen und Abholen, vielmehr sollten die Eltern in Elternnachmittagen, Elternberatungen und Mütterschulungen »über die Krankheitsmerkmale ihrer Kinder informiert, über die Behandlungsstile theoretisch und praktisch unterrichtet und durch Übungen in die Lage versetzt werden, selbst aktiv die eingeleiteten Maßnahmen zu unterstützen«. ⁵⁸ Und auch das soziale Umfeld der Kinder wurde in diesen Prozess einbezogen (Verwandte, Kindergärtnerinnen, Heimerzieher, Lehrer etc.). Eine Krankenhausfürsorgerin war für die Kommunikation mit den beteiligten Akteuren und Institutionen zuständig (Elternhaus, Schule, Kindergarten, Gesundheitsamt, Volksbildung, Heime). Es fanden auch Hausbesuche statt. Die Eltern einer neunjährigen Schülerin wurden beispielsweise verpflichtet, regelmäßig einmal wöchentlich an der Elternberatung teilzunehmen (montags um 8–9 oder freitags um 15–16 Uhr). Für die Beratungsgespräche wurden die Eltern von der Arbeit freigestellt. Auch der Klassenlehrer wurde zu einem Gespräch in die Klinik gebeten.⁵⁹

Nicht alle Eltern begrüßten die geschilderten Abläufe im Zuge der Einweisung, und nicht alle Eltern teilten die Vorstellungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Es gab Eltern, die gegen ärztlichen Rat versuchten, ihr Kind in einem Heim unterzubringen, die ihr Kind nicht besuchten oder es auch an den Wochenenden und Feiertagen nicht nach Hause nahmen. Umgekehrt gab es Eltern, die eine stationäre Aufnahme oder diagnostische und therapeutische Maßnahmen ablehnten.⁶⁰

55 SCHERNIKAU/VESPER (1991); Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Mitarbeiterin der Einrichtung [anonymisiert], 24.6.2019, 14:22-14:41.

56 Ibid.

57 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten: FKH 080/74, FKH 083/74, FKH 034/67.

58 Historisches Archiv am KEH: Chronik KJP, 1968; vgl. auch HÜTTNER/HARYCH/KEUNE/KURELLA/WIESNER (1982), 129 ff.

59 Ibid.

60 Vgl. dazu Kap. 3.3 »Einwilligung, Ablehnung, Verweigerung«.

»Also, ich sage mal, sie [die Eltern] wurden begleitet – ich würde nicht sagen überwacht – sie wurden begleitet. Was ja auch sinnvoll ist, man muss ja auch immer die Eltern sehen, die waren ja nicht immer so bereit, nicht wahr? Also, es gab dann auch Elternarbeit, die Psychologen mussten die Eltern aufklären, und das war Schwerstarbeit mitunter.«⁶¹

»Die Eltern sind aus Pflichtgefühl [ge]kommen und haben mitgemacht, aber man muss das nicht romantisieren. [...] Druck auszuüben war da [in der DDR; Anm. L. H.] viel leichter.«⁶²

Die Gründe der Eltern, sich so oder so zu verhalten, waren vielschichtig und können an dieser Stelle nicht weiter erörtert werden. Hervorzuheben ist, dass die Krankenakten lediglich die Sicht der behandelnden Ärztinnen und Ärzte spiegeln, die mit einem paternalistischen Selbstverständnis zum »Wohle der Kinder« mit Behörden und staatlichen Institutionen kooperierten.

In einem Fall nahm die Mutter beispielsweise ihren siebenjährigen Sohn nach der stationären Diagnostik gegen Revers aus der tagesklinischen Behandlung. Als einen Grund gab sie die Einschulung des Jungen an, nachdem ihm die »Schulfähigkeit« bescheinigt worden war. Da der Junge laut Akte unter der Wohnsituation (6 Personen in einer 2,5-Zimmer-Wohnung) und der Strenge seiner Mutter litt – mit Stubenarrest und Schlägen; zudem werde er von allen vier Kindern am meisten vernachlässigt –, wurde dem Gesundheitsschutz mit dringender Empfehlung der weiteren tagesklinischen Behandlung des Jungen berichtet.⁶³

Im Querschnitt der Akten waren die weiten Eingriffsbefugnisse der Ärztinnen und Ärzte bzw. Institutionen auffällig. Auch wenn sich beispielsweise der Unterstützung bei der Wohnungssuche im Rahmen der Krankenhausfürsorge etwas Positives abgewinnen lässt, so scheint doch der Austausch vertraulicher Informationen zwischen Krankenhaus und sonstigen Behörden ungewohnt bis grenzwertig. Es lässt sich anhand der Akten nicht nachvollziehen, inwieweit die Erziehungsberechtigten über den Informationsaustausch informiert waren:

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage beim Rat des Stadtbezirkes, Abt. Wohnungswirtschaft (1972): »[...] Der 3-jährige Sohn [x] befindet sich seit längerer Zeit in unserer tagesklinischen Behandlung. Es ist uns bekannt, dass die Ehe der Eltern bereits [...] geschieden wurde. Frau [x] berichtete uns, dass es in letzter Zeit wiederholt zu schweren Auseinandersetzungen mit aggressiven Verhaltensweisen zwischen den geschiedenen Eheleuten kam. Für das primär geschädigte Kind sind diese Belastungen keineswegs fördernd für die

61 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Mitarbeiterin der Einrichtung [anonymisiert], 24.6.2019, 14:41-15:11.

62 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Mitarbeiterin der Einrichtung [anonymisiert], 23.9.2019, 1:13:30-1:13:45.

63 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 073/73.

weitere Entwicklung. Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie dem geschiedenen Ehemann in Kürze anderen Wohnraum nachweisen [sic] könnten.«⁶⁴

Insgesamt erschien der Umgang mit den Eltern direktiv, der Schriftverkehr im Ton bevormundend und moralisierend, wobei durchaus nicht ausschließlich Familien in prekären Lebenslagen angesprochen waren. Gemeint waren oder fühlten sich dabei auffallend häufig die Mütter. Die Eltern einer dreijährigen Patientin aus einem Akademikerhaushalt wurden beispielsweise »zu einer Aussprache einbestellt und dafür gerügt«, dass sie dem ärztlichen Rat, das Kind zuhause und in einer Sonderkrippe betreuen zu lassen, nicht nachkamen, woraufhin die Mutter in »Erklärungsnot« geraten sei.⁶⁵ Andere Beispiele vermitteln einen vergleichbaren Eindruck:

Beispiel (1971): »Sehr geehrte Frau [x], [...] Unser Staat gibt so umfangreiche Mittel für Einrichtungen des Gesundheitswesens aus, um möglichst jeden Menschen zur bestmöglichen Gesundheit zu helfen. Diese Mittel sind jedoch nur sinnvoll verwendet, wenn der erwachsene Patient selbst an seiner Gesundheit mithilft und beim Kind die gesetzlich dazu verpflichteten Eltern. Ich darf Sie bitten, mich am Donnerstag, den 18. Februar um 9:30 Uhr zu einer Rücksprache aufzusuchen. Sollten Sie diesen Termin nicht wahrnehmen können, bitte ich um umgehende Benachrichtigung. Wir würden uns sonst genötigt sehen, Ihren Sohn ohne vorherige Absprache zu entlassen.«⁶⁶

Beispiel (1969): »Sehr geehrte Frau [x]! Wir stehen wieder kurz vor dem Weihnachtsfest und möchten Sie darum bitten, Ihren Sohn [y] der leider aus Krankheitsgründen nicht immer im Elternhaus sein kann, für die Feiertage nach Hause zu nehmen, um ihn erkennen zu lassen, dass seine Eltern ihn nicht vergessen haben und lebhaftes Interesse an seiner Genesung zeigen. Eine solche Haltung entspricht auch den Grundsätzen unserer Gesellschaft, in der der geistig und psychisch kranke Mensch eine besondere Hochachtung genießt. Wir erwarten Ihren Bescheid, für wie viel Tage Sie Ihr Kind ins Elternhaus aufnehmen, telefonisch bis zum [...].«⁶⁷

Die Eltern sollten aktiv werden, allerdings bevorzugt im Sinne eines »Mitwirkens« im vorgesteckten Rahmen des staatlichen Betreuungssystems und in einem Prozess, der letztlich auch unabhängig vom Wunsch und Willen der Eltern und Erziehungsberechtigten durch die staatliche Meldepflicht in Gang gesetzt wurde. Die Eingriffsschwelle war dadurch niedriger, der ausgeübte Druck zusätzlich dadurch erhöht, dass es keine alternativen Betreuungsstrukturen gab.⁶⁸

⁶⁴ Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 085/71.

⁶⁵ Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 031/68.

⁶⁶ Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 015/69.

⁶⁷ Ibid.

⁶⁸ Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Mitarbeiterin der Einrichtung [anonymisiert], 23.9.2019, 1:13:30-1:13:45.

Friederike Wapler hat in der Rechtsexpertise zur DDR-Heimerziehung bereits auf das Verständnis des DDR-Erziehungsrechts hingewiesen, welches ein Abwehrrecht gegen den Staat als Freiheitsrecht zugunsten der Eltern ausdrücklich ablehnte. Das Erziehungsrecht wurde vielmehr als ein Mitwirkungsrecht im Sinne einer gesellschaftlichen Pflicht bezeichnet. Die Eltern standen unter der erzieherischen Aufsicht des Staates; im Ergebnis fand eine »Erziehung der Erziehenden« statt.⁶⁹ Die Entscheidungen trafen, so auch der Gesamteindruck beim Lesen der Akten, nicht die Erziehungsberechtigten, sondern die Bildungseinrichtungen, Behörden, Beratungsstellen, Kliniken oder Heime. Die rechtliche Situation der Eltern, sich für die Belange ihrer Kinder während der Behandlung einsetzen zu können, änderte sich grundlegend erst nach dem Mauerfall (z. B. durch Akteneinsicht).⁷⁰ Allerdings schien sich in den 1980er Jahren der direktive Umgang mit den Eltern in eine ansatzweise gleichberechtigte Kommunikation zu wandeln. Der Schriftverkehr mit Behörden im Aktensample erschien in den späten Jahren der DDR zurückhaltender und sachlicher, die Forderungen stärker an den Interessen der Patientinnen und Patienten und Eltern ausgerichtet. Zudem wird deutlich, dass Forderungen zunehmend auf gesetzliche Grundlagen gestützt werden konnten. Die ärztlichen Bescheinigungen in den Krankenakten spiegeln demnach ein Stück weit die Verrechtlichung seit den 1970er Jahren (durch die Rahmen-Krankenhausordnung – RKO, ebenso durch die Sozialgesetzgebung), die gleichzeitig Beziehungsgefüge und Kommunikation im Krankenhaus zu verändern schien:

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage im Betrieb des Kindesvaters, Betriebsleiter: »Das Kind [x] ... befand sich von bis [Datum] in unserer wochenstationären Behandlung und wird ab Februar 1982 in einer Sonderkrippe gefördert. Zur Realisierung des Krippenbesuches ist die zeitweilige Mithilfe des Kindesvaters notwendig. Wir bitten entsprechend den Möglichkeiten des Betriebes, dem Kindesvater durch geeignete Arbeitszeitregelung diese Mithilfe zu ermöglichen (Oberarzt, Stationsärztin, Chefarzt).«⁷¹

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei der Kommunalen Wohnungsverwaltung (KWV) (1988): »Aufgrund seiner Hirnschädigung ist [x] vermindert belastbar, so dass der tägliche lange Anfahrtsweg den Therapieerfolg beeinträchtigt [...] Deshalb unterstützen wir den von der KM [Kindsmutter; Anm. L. H.] angestrebten Wohnungstausch in die Nähe der behandelnden Einrichtung. Für die alleinstehende KM und ihren behinderten Jungen (Pflegegeldstufe III, Schwerstbeschädigtenausweis) halten wir eine Komfortwohnung für angemessen (GB1. I/33/9.9.76). (Oberarzt, Diplompsychologin).«⁷²

69 WAPLER (2012), 19; vgl. auch HÜTTNER u. a. (1982).

70 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Mitarbeiterin der Einrichtung [anonymisiert], 24.6.2019,00:55:00-4-00:55:23-8.

71 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 079/81.

72 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 044/87.

3.3 Einwilligung, Ablehnung, Verweigerung

Den Akten liegt in vielen Fällen eine globale Einwilligung der Erziehungsberechtigten zu den »Untersuchungs- und Behandlungsmethoden« während des stationären Aufenthaltes ihres Kindes bei. Im Vordruck der globalen Einwilligung ist die Enzephalographie gesondert aufgeführt und auch unterstrichen. Demnach wurde zu invasiven Verfahren eine spezifische Einwilligung eingeholt.

Bis in die 1980er Jahre findet sich üblicherweise folgender Vordruck in den Akten, den die Erziehungsberechtigten jeweils unterzeichneten: »Ich bin mit der Durchführung aller notwendigen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, auch mit einer Pneumenzephalographie bei meinem Kinde [x] als Sorgeberechtigte/r einverstanden. [...].«⁷³ In anderen Fällen wurde zusätzlich ein spezifisches Einverständnis zu diagnostischen Maßnahmen (wie EEG, PnEG und Angiographie) gegeben.⁷⁴ Bei zwei Einweisungen aus dem Jahr 1978 lag ein um die Komponente der Aufklärung erweiterter Vordruck in der Akte: »[Vordruck] Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, daß bei meinem Kind [x] bei entsprechender Begründung und nach unserer Unterweisung Ihrerseits ein neuroradiologischer Eingriff (PnEG [unterstrichen], Angiographie, Luftmyelographie) vorgenommen werden kann. Unterschrift, Datum.«⁷⁵ Schließlich fand sich eine globale Einwilligung zu diagnostischen Maßnahmen vom September 1990 in einer Akte, die sich im Wortlaut von den Erklärungen vor dem Mauerfall nur unwesentlich unterschied, was darauf schließen lässt, dass die Einwilligungserklärungen den damals gültigen Standards entsprachen: »Hiermit erkläre ich, dass ich im Falle einer körperlichen Erkrankung mit allen notwendigen Untersuchungen bei meinem Kind [x] einverstanden bin.«⁷⁶

Im Fall eines 15-Jährigen beeindruckten Aufwand und Beharrlichkeit, mit der die Einwilligung der Mutter eingeholt wurde.⁷⁷ Ihr Sohn befand sich in Heimerziehung, als im Fachkrankenhaus eine PnEG verordnet wurde. Eine Einwilligung der Jugendhilfe sollte jedoch nur eingeholt werden, falls die Mutter nicht auffindbar war. Die Suche nach der Mutter ist ausführlich dokumentiert: »Kdm. [Kindsmutter] ist seitens Ulmenhof und unsererseits unter Nichteinschaltung der VP nicht zu ermitteln gewesen. Frau P. [eine Fürsorgerin; Anm. L.H.] kennt die Örtlichkeiten des Aufenthaltes der Mutter von 1977. Soll von dort aus versuchen, neuen Aufenthalt zu eruieren: Der damalige ist auch in der Kartei nicht aufgeführt, der Fürsorgerin aber der Weg erinnerlich. Spricht mit Kdm. in dieser Woche.«⁷⁸ Zehn Tage später hatte man die Adresse der Mutter he-

73 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten: FKH 097/84, FKH 040/66.

74 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH048/71.

75 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten: FKH 059/78, FKH 051/78.

76 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 044/87.

77 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 100/70.

78 Ibid.

rausgefunden und sie zu einem Gespräch in die Klinik bestellt. Weil die Mutter nicht erschien, wurde die Fürsorgerin erneut zur Mutter geschickt, um die Einwilligung einzuholen. Inzwischen war eine Vorstellung des Jungen beim Chefarzt erfolgt. Auch dieser empfahl eine PnEG zur Abklärung. In der Akte wurde notiert: »Kindesmutter ist nicht bereit, hier zu erscheinen. Unterzeichnung der PNEG-Einwilligung aus ihrer rechtlichen Verantwortlichkeit heraus erfolgte [...] durch Hausbesuch bei ihr. Anmeldung zum PNEG erfolgte.«⁷⁹

Eine Verweigerung diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen oder eine Entlassung auf Revers geschahen in Ausnahmen, etwa 1964: »Von weiteren diagnostischen Maßnahmen wurde Abstand genommen, weil die Kindesmutter ihre Einwilligung dazu nicht gab.«⁸⁰ Ob die Eltern im Nachgang dazu aufgefordert wurden, den Untersuchungen doch noch zuzustimmen, kann nicht belegt werden.

Die Mutter eines Elfjährigen nahm ihren Sohn nach dem Aufnahmegespräch wieder mit nach Hause, und es kam weder zu einer Diagnostik (mittels PnEG und Narkose) noch zu einer Behandlung mit Medikamenten (1983): »Hiermit erkläre ich [Mutter], dass ich mit den Untersuchungen und Behandlungsarten auf der Station 7.1 der Kinderneuro-psychiatrischen Klinik nicht einverstanden bin und die Aufnahme deshalb ablehne.«⁸¹ In der Epikrise ist festgehalten, dass sie »von anderen Voraussetzungen ausgegangen« war und deshalb nicht unterschreiben wollte. Weitere Informationen über die Vor- und Nachgeschichte der Einweisung sind der Akte nicht zu entnehmen.⁸² Eine andere Mutter nahm die Tochter nach zehn Tagen wieder mit nach Hause, weil sie angesichts mittlerweile verkrusteter Ohren der Tochter mit der Pflege nicht einverstanden war.⁸³

3.4 Aufenthaltsdauer und Entlassung

»Der Vorteil war, dass unsere Krankenkasse [Staatliche Versicherung der DDR] nicht ›Nein‹ gesagt hat. Wenn wir sagten: ›Das Kind muss aus sozialer Indikation noch länger bleiben‹, dann war das kein Problem. Wir hatten die Kinder bis 1 1/2 Jahre, aber dann waren sie so stabil, dass sie entweder in eine normale Einrichtung gehen konnten oder sie gingen in eine Einrichtung von der Psychiatrie, die es in jedem Stadtbezirk gab.«⁸⁴

79 Ibid.

80 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, KEH 005/63.

81 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 069/83.

82 Ibid.

83 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 030/66.

84 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Mitarbeiterin der Einrichtung [anonymisiert], 24.6.2019, LS-50134, 12:03-13:46.

Durchschnittlich waren die Kinder etwa ein Vierteljahr in der Klinik (3–4 Monate).⁸⁵ Mehrheitlich blieben die Kinder bis zu drei Monate (N=54), ein größerer Anteil bis zu einem Jahr, weitere fünf Kinder länger als ein Jahr. Häufig ging es im Kontext der Einweisungen um Fragen der Schul- und Förderfähigkeit und damit – angesichts der Berufstätigkeit beider Elternteile – für die Eltern gleichzeitig um Betreuungsfragen. Je nach Fragestellung (etwa nach der Bildungsprognose und der medikamentösen Einstellung), Alter und Grad der Förderfähigkeit wurden die Kinder in den verschiedenen Häusern behandelt und anschließend ins Elternhaus, in Einrichtungen der Volksbildung (Kindergarten, Polytechnische Oberschule – POS, Hilfsschule), des Gesundheits- und Sozialwesens (Fördereinrichtungen/Werkstätten, Pflegeheime) oder in kirchliche Einrichtungen (Förderung/Pflege) entlassen oder verlegt. Es wurde tendenziell darauf Wert gelegt, dass die Kinder in ihre gewohnte Umgebung zurückkehrten. Die Kinder sollten möglichst zurück in ihr Elternhaus und nicht in ein Heim, in ein einweisendes normales Heim (und nicht in ein Spezialheim), in eine geschützte Werkstatt oder Hilfsschule (und nicht in eine Pflegeeinrichtung) und so weiter. 88 Kinder wurden dementsprechend zurück nach Hause entlassen, in 21 Fällen erfolgte die Entlassung in ein Heim, wobei nur vier dieser Kinder zuvor im Elternhaus gelebt hatten.

In einzelnen Fällen verhinderte die Entlassungsempfehlung zumindest vorläufig eine Heimeinweisung oder die Verlegung in ein Heim für Schwererziehbare (Spezialheim). So war der Ton der Entlassungsempfehlungen im Querschnitt wohlwollend. Sie lautete beispielsweise, ein Kind »mit seinen individuellen Eigenheiten emotional anzunehmen« und die Erziehung unter bisherigen Normal-Kinderheim-Bedingungen fortzusetzen, um eine Wanderschaft durch die verschiedenen Heime zu verhindern.⁸⁶ Gleichzeitig sahen die Ärztinnen und Ärzte oder Psychologinnen und Psychologen oftmals eine Überforderung in Kindergarten oder Schule als mitursächlich für die Verhaltensauffälligkeiten an, so dass sie eine Rückstufung empfahlen – z. B. in eine Sonderkindertagesstätte und nicht in einen Kindergarten, in eine Hilfsschule statt der POS, in eine Werkstatt, nicht in eine Hilfsschule, in eine Pflege- statt einer Förderstation) (N=26). Auch wenn die Kinder dadurch vor Misserfolgen geschützt werden sollten, bedeutete das in der Konsequenz, dass frühzeitig Bildungswege festgelegt bzw. abgeschnitten wurden.⁸⁷

85 Ibid.

86 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 032/85.

87 Etwa Historisches Archiv am KEH: Krankenakten: FKH 100/77, FKH 029/76, KEH 005/63.

3.5 Dauerunterbringung

Bei der Quersichtung der Akten fiel auf, dass Eltern und/oder einweisende Heime und Betreuungseinrichtungen ein Formblatt unterschreiben mussten, die Kinder nach dem Abschluss der Behandlung wieder zurückzunehmen. Es gab für die Eltern grundsätzlich ein Verweigerungsrecht, wenn dringende Gründe dagegensprachen. Gründe konnten »objektive soziale Härte, insbesondere bei alleinerziehenden (berufstätigen) Müttern«, aber auch »die subjektive Entscheidung der Erziehungsberechtigten zu – staatlich erwünschtem – gesellschaftlichem Engagement als Haupt- oder Nebentätigkeit mit entsprechendem Zeitverlust für Patienten« sein.⁸⁸

Briefe in den Akten zeugen teilweise von den inneren Konflikten der Eltern hinsichtlich der Betreuung und Förderung ihrer Kinder.⁸⁹ Gab es keine adäquaten Betreuungsmöglichkeiten im Wohnbezirk, konnte die Situation insgesamt zu einer »Dauerbetreuung« in der Psychiatrie führen. Denn nach einer frühen Festlegung des Ministeriums für Volksbildung war für alle Kinder, die nicht die Schule besuchen konnten, das Gesundheitswesen verantwortlich.⁹⁰ Das waren nicht nur Kinder mit geistigen Behinderungen, sondern auch Kinder und Jugendliche, die im Kindergarten, in der POS oder in der Hilfsschule (Volksbildung) unangepasst oder verhaltensauffällig waren und deshalb in den medizinischen Bereich abgeschoben wurden:

»Patient wurde von einem Erzieher gebracht mit vier Helfern und ungeordneten Papieren (chaotisch in einer Tüte). Trotz Termin hält der Erzieher ein Arbeitsgespräch nicht für nötig und verschwand postwendend von der Station. [...] Sofort eingeholte Erkundigungen bei der Jugendhilfe ergaben, daß sich das Referat Jugendhilfe mit der Aufnahme des Jungen bei uns in keiner Weise mehr verantwortlich fühlt, da es ein ›medizinischer Fall‹ ist. Am 7.3. kamen auf dem Postweg sämtliche Referats-Akten zum Verbleib, woraus eindeutig hervorgeht, daß die Jugendhilfe den Vorgang abgewimmelt hat [...] Beschwerde an Bezirksarzt unsererseits. Eltern sind über diesen Vorgang ebenfalls empört, haben aber in dieser Richtung schon einiges erlebt.«⁹¹

Die Volksbildung bot in den Spezialheimen keine psychologische Betreuung an. Der Kreis von Patientinnen und Patienten mit Leistungs- und Verhaltensauffälligkeiten, die sowohl einer psychiatrisch-psychologischen als auch einer pädagogischen Betreuung bedurften, blieb im DDR-Betreuungssystem unberücksichtigt.⁹² Die gesichteten Akten zeigen die Schwierigkeit, dass die Zuständigkeiten (Gesundheitswesen, Volksbildung)

⁸⁸ Historisches Archiv am KEH: Schernikau/Vesper (1991).

⁸⁹ Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, KEH 005/63.

⁹⁰ Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 100/77.

⁹¹ Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 013/83.

⁹² Historisches Archiv am KEH: Ordner Herzberge bis 1991, 6. Briefverkehr im Haus, 6.4. Kinder- und Jugendpsychiatrie: Schreiben des Ärztlichen Direktors an den Magistrat von Berlin, 6.3.1989.

zwar festgelegt, adäquate Angebote aber nicht vorhanden waren: Den psychiatrischen Krankenhäusern fehlten wegen struktureller Festlegungen Heilpädagoginnen und -pädagogen, Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer; der Volksbildung fehlten vielerorts Hilfsschulen sowie Normalschulen mit kleinen Klassenverbänden und psychologischer sowie psychotherapeutischer Begleitung. Vorhandene Einrichtungen hatten nicht genug Plätze. Fehlende Betreuungsangebote bei gleichzeitig überbeanspruchten Eltern führten letztlich dazu, dass Kinder aus sogenannter »sozialer Indikation« über den Amtsarzt dauerhaft stationär eingewiesen wurden. Die Dauerunterbringung in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie ohne medizinische Indikation wurde in Herzberge Ende der 1980er Jahre zunehmend problematisiert. Mitte der 1980er Jahre gab es dazu eine Problemkommission »Interne Richtlinie« auf Magistratsebene, in die sich auch die Arbeiter- und Bauerninspektion einschaltete, die von staatlicher Seite zur Überprüfung von Missständen in staatlichen Institutionen eingesetzt wurde. Im Zuge dessen erarbeiteten die leitenden Ärztinnen und Ärzte im Fachkrankenhaus eine Liste von »59 in der Psychiatrie fehlplatzierten Patientinnen und Patienten seit 1981 durch die kinderpsychiatrische Abteilung«. Dabei handelte es sich um »Kinder und Jugendliche mit verschiedenen meist geistigen Behinderungen«, die per amtsärztlicher Einweisung und ohne gesetzliche Grundlage in psychiatrischen Kliniken oft jahrelang zur Pflege ohne adäquate Förderung untergebracht« waren.⁹³ Gleichzeitig gab es offenbar keine staatliche Unterstützung, um strukturelle Probleme dieser Art zu lösen (z. B. fehlende Heilerzieherinnen und -erzieher). Die initiierte Problemkommission ließe sich insofern auch in den Kontext »zunehmender Kritik an einem bürokratisierten und überforderten System«⁹⁴ in den ausgehenden 1980er Jahren einordnen.

4 Räumlichkeiten, Ressourcen

Insbesondere drei Probleme begleiteten die Entwicklung der Einrichtung durchgängig: (1) veraltete Bausubstanz und begrenzte Mittel (etwa für Umbaumaßnahmen); (2) fehlendes (heil-)pädagogisches Personal und Pflegepersonal; und (3) Dauerunterbringung aus »sozialer Indikation« mangels adäquater Wohn-, Förder- bzw. Betreuungsangebote außerhalb psychiatrischer Krankenhäuser.

Bausubstanz und sanitäre Anlagen der KJP Herzberge (Haus 7, Haus 4, Haus 9) waren veraltet, die Fenster vergittert, die Ausstattung war spartanisch und mit Betten,

⁹³ Ibid., darin: Sonderpädagogischer Bericht vom 2.3.1989.

⁹⁴ Jürgen Vesper, damaliger Ärztlicher Direktor des Fachkrankenhauses, zitiert in: Historisches Archiv am KEH, Sammlung Arbeitsunterlagen ÄD Jürgen Vesper. Der damalige Ärztliche Direktor des Fachkrankenhauses hat seine Aufzeichnungen dem Historischen Archiv des KEH als Vorlass zur Verfügung gestellt.

Tischen und Stühlen rein funktional. Und auch wenn Räumlichkeiten später teilweise renoviert und etwas wohnlicher gestaltet wurden, etwa durch Gardinen und Therapiestofftiere, die Schlaf- und Tagesräume blieben – so der Eindruck – vor allem groß, steril und wenig kindgerecht. In allen Zeitzeuginnen- und Zeitzeugengesprächen wurde der Anstaltscharakter der Einrichtung hervorgehoben: Vergitterte Fenster und Drücker oder Vierkantschlüssel kamen beispielsweise immer dann zur Sprache, wenn es um die Schilderung erster Eindrücke ging:

»Ja, also das war ein großer, grauenhaft grauer Flur, die Tür war die Grenze nach außen. Man konnte sie nicht aufmachen von innen. Die Fenster waren vergittert. Es waren ziemlich große Räume, ich kann mich so an 10-12 Betten erinnern, also, es waren viele Kinder in dem Raum.«⁹⁵ [...] [Die Tür] hatte keine Klinke [...] es gab Doppelstockbetten und über mir konnte ich den Matratzenboden sehen, und da hatte ich mir solche Federn rausgenommen. Und dann hatte ich versucht, die Tür mit dieser Feder zu öffnen, weil ich eigentlich gehen wollte. Deswegen kann ich mich an die Tür genau erinnern.«⁹⁶

»Der 1. Eindruck war schockierend: Eine große Station, vergitterte Fenster, 60 Kinder, davon 50 Schulkinder. Man bekam sofort einen sogenannten ›Drücker‹, das ist ein Vierkantschlüssel, mit dem man die Stationstüren öffnen konnte.«⁹⁷

»Wir waren eine geschlossene Einrichtung. Wir hatten dann extra so einen Vierkantschlüssel gehabt, also, man kam so ohne weiteres in die Räume nicht rein, man musste diesen Vierkant haben. [...] Für den ersten Tag war das schon sehr, sehr erschreckend.«⁹⁸

»Die erste Zeit war ziemlich schrecklich. Die Einrichtung machte einen sterilen Eindruck, es waren sauber gebohnerte große Flure und Räume, es war unpersönlich dekoriert und es wurde in einer Sprache über die Kinder gesprochen, die mir fremd war; in einer klassifizierenden Sprache. [...] Der defizitäre Blick war voll da.«⁹⁹

Als hochproblematisch wurde vor allem die Situation in Haus 9 beschrieben. Bereits 1968 hatte eine Kommission aus Magistrat und Abteilung Gesundheit nach der Besichtigung der Häuser in Herzberge festgehalten, dass »Haus 9 für die Kinderpsychiatrie ungeeignet« sei.¹⁰⁰ Der spätere Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit hob nach dem Mauerfall zwar »die vielseitigen und durchaus individuell orientierten

95 Interview von Laura Hottenrott mit einem ehemaligen Patienten (1967) der Einrichtung [anonymisiert], 19.6.2019, 06:56-07:22.

96 Ibid., 07:50-08:29.

97 Online-Befragung, Mitarbeiterin KJP FKH-Herzberge, Antwort ID 49185294.

98 Interview von Laura Hottenrott mit einem ehemaligen Mitarbeiter der Einrichtung [anonymisiert], 18.9.2019, 05:30-05:40.

99 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Mitarbeiterin der Einrichtung [anonymisiert], 23.9.2019, 51:11-51:47.

100 Historisches Archiv am KEH: Ordner Magistrat Berlin/Magistratsbeschluss 1973: Aktenvermerk über eine Besprechung zwischen Magistrat, Abteilung Gesundheitswesen und Krankenhaus Herzberge über die Bettensituation im Krankenhaus Herzberge (Kinderpsychiatrie), 8.11.1968.

Behandlungsansätze« im Fachkrankenhaus positiv hervor, setzte sie allerdings »in Relation zu einer völlig überkommenen Bausubstanz« und unterstrich »ein deutliches Gefälle vom akuten zum chronischen Bereich«. ¹⁰¹ Die Lebensbedingungen in Haus 9, in welchem zu jenem Zeitpunkt überwiegend junge Erwachsene mit Mehrfachbehinderung seit Jahren untergebracht waren, wurden als schlicht menschenunwürdig zusammengefasst.

Ein ehemaliger Mitarbeiter hatte 1979 seinen ersten Arbeitstag in Haus 9 und beschrieb rückblickend eine geschlossene Verwahrspsychiatrie:

»Mein erster Kontakt [mit Herzberge] war ein Rundgang durch die Station an meinem ersten Arbeitstag. Ich war damals 16 Jahre alt. Alle Umstände passten zusammen: An dem Tag war es diesig, trüb und kalt, als ich auf das Gelände kam. Nachdem ich früh bei der Oberin war, wurde ich von einem großen stämmigen Pfleger abgeholt und nach hinten zu Haus 9 gebracht. Das erste, was mich umgehauen hat, war der Geruch. Der war am Anfang für mich total entsetzlich. Es war muffig, und es roch nach, ich sage mal, nach Fäkalien, das war alles in das Gemäuer eingezogen. Und dann wurden mir die ganzen Räume gezeigt. Es gab ja keine Einzelzimmer für die Bewohner. Das waren alles Tagesräume oder Schlafsäle gewesen. Die Bewohner auf der einen Seite haben gerade gegessen. Ich wurde dann auf die andere Seite des Hauses geführt. Dort habe ich mich dann das erste Mal gefragt: ›Bleibst Du hier, bleibst Du nicht hier?‹ Da standen zwei ganz lange Kirchenbänke in diesem Raum, da saßen die Bewohner drauf und die waren am Fuß fixiert, ja? Da war ich erstmal völlig erschrocken. [...] Sie waren an einem Fuß fixiert, mit Gurtbändern, die Magnetschlösser hatten. Ja, das fand' ich schon sehr grenzwertig.« ¹⁰²

Während in Haus 7 (Tagesklinik) und Haus 11 (Kleinkinderhaus) »förderfähige« Kinder behandelt wurden, verlegte man nach Haus 9 letztlich Minderjährige, bei denen man kaum Therapie- oder Förderansätze sah und die gleichzeitig nicht zurück zu den Eltern entlassen oder in Förder- und Pflegeeinrichtungen vermittelt werden konnten. ¹⁰³ Als nicht förderfähig galten in der DDR per Definition ¹⁰⁴ »Kinder und Jugendliche, die wegen einer erheblichen Hirnschädigung« als »intellektuell so schwer gemindert« eingeschätzt wurden, dass auch durch »intensivste medikamentöse und sonderpädagogische Bemühungen« keine weiteren Fördermöglichkeiten gesehen wurden. Eine Arbeitseingliederung schloss man in diesen Fällen aus. Die so zu »Pflegefällen« erklärten Minderjährigen wurden entweder den Eltern überlassen oder institutionell

101 Bundesministerium für Gesundheit (1991), 154.

102 Interview von Laura Hottenrott mit einem ehemaligen Mitarbeiter der Einrichtung [anonymisiert], 18.9.2019, 03:40-04:08.

103 Historisches Archiv am KEH: Chronik KJP, 1968.

104 Vgl. Ministerratsbeschluss vom 20.8.1969 über »Maßnahmen zur Förderung, Beschulung und Betreuung geschädigter Kinder und Jugendlicher sowie psychisch behinderter Erwachsener«.

in Kinderkliniken, psychiatrischen Einrichtungen und Pflegeheimen rein pflegerisch versorgt.¹⁰⁵ Die Kinder in Haus 9 blieben dort in der Regel über lange Jahre, so dass das Krankenhaus trotz schlechter Bedingungen zum Wohnort wurde. So fand in der KJP eine Segregation Minderjähriger nach dem Grad der Behinderung statt, die eine strukturell festgeschriebene Ausgrenzung und Benachteiligung sogenannter »Förderunfähiger« innerhalb der Klinik fortsetzte:

»Haus 9 war kein Kinderhaus (1979), das war Jugendstation. Die meisten waren schon länger da. Meistens fing es in Haus 11 an [Kleinkindabteilung; Anm. L.H.], dort sind sie therapiert und entlassen worden, oder sie sind dann in Haus 9 gekommen. [...] Die Bewohner, die wir dort [in Haus 9] hatten, das waren, ich sag's mal so, man hat immer den Eindruck gehabt, die Öffentlichkeit will sie nicht sehen. Also, die wurden wirklich weggeschlossen.«¹⁰⁶

»[...] Im Haus 9 waren eigentlich die, die gar keine Zukunft mehr hatten [...]«¹⁰⁷

»Ich spreche jetzt von denen in Haus 9, die eben als nicht förderungs- und nicht bildungsfähig galten. Und das waren zum Teil schon auch sehr schwierige Menschen, aber die waren unglücklich! Die Aggressivität kam von ihrem Unglück, weil sie nicht wahrgenommen wurden, das war das, was ihnen fehlte. Die konnten nie arbeiten und deswegen wurden die nicht bestraft, aber sie wurden auch nicht gefördert. Die Förderung kam dann wesentlich später [nach dem Mauerfall; Anm. L.H.], aber nicht zu spät.«¹⁰⁸

Die Lage in Haus 9 wurde dabei nicht nur als räumlich beengt, vernachlässigt und atmosphärisch bedrückend, sondern auch personell als besonders angespannt beschrieben: Bei Bereitschaftseinsätzen sei lediglich eine Person für die Arbeit mit 20 Bewohnerinnen und Bewohner eingeteilt gewesen. Allein das Waschen und Baden habe deshalb so lange gedauert, dass an manchen Tagen erst um elf Uhr das Frühstück serviert werden konnte.¹⁰⁹ Doppeldienste seien üblich gewesen, wobei sie an den Wochenenden mit Aushilfen besetzt waren. Die Bewohnerinnen und Bewohner (N=20) waren in Haus 9 in drei großen Schlafräumen mit einem Flur in der Mitte untergebracht, der auch als Wohnraum genutzt wurde. Es gab einen Badetrakt mit jeweils vier Toiletten an jeder Seite, die nicht separat verschließbar waren, einen Raum mit einer Badewanne für alle und drei Waschbecken im Toilettenraum.¹¹⁰

105 SCHERNIKAU/VESPER (1991).

106 Interview von Laura Hottenrott mit einem ehemaligen Mitarbeiter der Einrichtung [anonymisiert], 18.9.2019, 04:12-05:30.

107 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Mitarbeiterin der Einrichtung [anonymisiert], 24.6.2019, LS-50134, 29:37-29:53.

108 Ibid., 1:27:33-1:28:20.

109 Ibid., 1:24:50-1:26:14.

110 Interview von Laura Hottenrott mit einem ehemaligen Mitarbeiter der Einrichtung [anonymisiert], 18.9.2019, 10:02-13:17; 38:20-39:00.

Eine Geschlechtertrennung gab es nicht in Haus 9. Die Minderjährigen waren auch innerhalb des Hauses nach dem Grad der Behinderung bzw. Verhaltensauffälligkeit getrennt untergebracht, die »Aggressiven« in einem besonderen Bereich isoliert.¹¹¹ Die Wahrung der Intimsphäre der zum Teil Heranwachsenden spielte offenbar keine Rolle oder war von der Sensibilität des diensthabenden Pflegepersonals abhängig: »Ich habe schon darauf geachtet, dass die Mädchen und Jungen getrennt zum Waschen gingen. Ob alle Pfleger darauf achteten, weiß ich nicht.«¹¹²

Die Gruppenräume blieben bis zum Mauerfall robust ausgestattet. In den Schlafräumen habe es lediglich Betten, »in guten Zeiten« auch mal Gardinen an den Fenstern gegeben. Im Flur gab es außerdem Schränke und Regale für die Kleidung und andere Sachen. Dort habe es auch mehrere Tische mit Stühlen gegeben, so dass dieser Bereich etwas wohnlicher gewirkt habe.¹¹³

Es gab später Ansätze, auch die Stationen in Haus 9 etwas wohnlicher zu gestalten. Es wurden Holzpaneele angebracht und über private Helfer andere Möbel beschafft (Bauernmöbel), die allerdings auch nicht kindgerecht waren. Grundlegende Umbaumaßnahmen und Veränderungen fanden bis zum Mauerfall nicht statt: »Die Veränderung von Haus 9 hat schon unter Müller angefangen [...], allerdings blieben die Tische und Stühle irre schwer, denn die schmissen ja auch mit Stühlen, so ist es ja nicht. Und man konnte das verstehen, wenn man den ganzen Tag eingesperrt ist [...].«¹¹⁴

Nach dem Mauerfall wurden die Bewohnerinnen und Bewohner aus Haus 9 enthospitalisiert und von der heutigen »Leben lernen e. V.« übernommen. Allerdings mussten sie erst langsam an neue Abläufe und vor allem an Freiheiten und individuelle Rechte gewöhnt werden:

»Zu DDR-Zeiten hatten wir den Behinderten nichts zugetraut. Wir haben ihnen ja alles gegeben, aber wir haben sie nie gefordert. Das war ein Denken, das versteht man heute gar nicht mehr. Die wurden nie gefragt, sondern bekamen immer gesagt, was sie machen sollten. Und das änderte sich [nach 1990] komplett.«¹¹⁵

111 Ibid.

112 Ibid., 12:39-13:17.

113 Ibid., 32:00-32:50.

114 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Mitarbeiterin der Einrichtung [anonymisiert], 24.6.2019, LS-50134, 1:30:56-1:31:16.

115 Ibid., 1:21:53-1:24:48.

5 Pädagogische Situation

»Wir vermeiden den Ausdruck ›bildungsfähig bzw. bildungsunfähig«, sondern unterscheiden zwischen schwerst-, mittel- und leicht-hirngeschädigten Kindern und sind der Meinung, dass jedes Kind beschränkt bildungs- bzw. entwicklungsfähig ist, auch wenn die Entwicklung nicht so weit geht, dass es selbst die untersten Klassen der Hilfsschule besuchen kann. Diese Einteilung entspricht den Anschauungen der meisten Kinderpsychiater auch auf internationaler Ebene. Für uns ist diese Unterscheidung deshalb von Wichtigkeit, weil Volksbildung erklärt, dass für diese Kinder nicht sie, sondern nur das Gesundheitswesen zuständig sein müsse. Die Folge ist, dass wir keine Erzieher haben.«¹¹⁶

Die schulpflichtigen und als bildungsfähig erklärten Kinder besuchten täglich in der Zeit von 8:30 bis 12 Uhr die angeschlossene Sonderschule mit Oberschul- (Klasse 1 bis 7) und Hilfsschulteil und wurden dort nach dem dortigen Lehrplan unterrichtet.¹¹⁷

Auch wenn allerdings auf der fachlichen Ebene von Beginn an Wert auf die Förderung aller Kinder gelegt wurde, sah die Realität anders aus. Zunächst gab es überhaupt kein (heil-) pädagogisches Personal, um auch diejenigen Kinder zu beschäftigen, die nicht die Einrichtungsschule besuchten. Das Pflegepersonal musste deshalb zusätzlich pädagogische Aufgaben übernehmen:

»Das Personal bestand aus ausgebildeten Krankenschwestern und Hilfsschwestern, die keine oder nur eine kurze Ausbildung hatten. Auch Mütter mit behinderten Kindern wurden eingestellt. Das Personal war nie ausreichend. [...] Man wurde in das Geschehen reingeschmissen. Ich kam auf eine Station mit 60 Kindern, 6 Gruppen à 10, Alter zwischen 6 und 14 Jahre. Die ältesten waren nur Jungs, die waren zwischen 12 und 14 Jahren und 10 in einer Gruppe. Die Betreuung hatte jeweils morgens und nachmittags je eine Schwester, die, im Grunde genommen, nicht viel Ahnung hatte.¹¹⁸ [...] Es gab eine Diskrepanz, die wir auch immer wieder diskutiert haben: Es wurden Schwestern eingestellt, die dann pädagogische Arbeit leisten mussten. Wir sagten deshalb, die Ausbildung müsse sich ändern. Wer in der Kinderpsychiatrie arbeiten muss, braucht entweder einen Anteil an pädagogischen Fachkräften, oder er muss das [als Pflegekraft] mitlernen, denn dann würde es ja auch viel besser gehen.«¹¹⁹

Die Grundsituation – fehlendes pädagogisches Personal – spiegeln mindestens in den 1960er Jahren zahlreiche Briefe an die zuständigen Behörden (Gesundheits- und Sozial-

116 Historisches Archiv am KEH: Ärztlicher Direktor am Städtischen Krankenhaus Herzberge an Med. Rat. Magistrat Groß-Berlin (Abt. Gesundheits- und Sozialwesen) zur Umsetzung der Anordnung des Magistrats, 12.11.1962.

117 Historisches Archiv am KEH: Chronik KJP, 1968.

118 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Mitarbeiterin der Einrichtung [anonymisiert], 24.6.2019, LS-50134, 01:37-02:57.

119 Ibid., LS-50137, 12:30-13:05.

wesen, Volksbildung), in denen das damals noch städtische Krankenhaus Herzberge qualifiziertes Personal für die heilpädagogische Arbeit mit den Kindern und einen deutlich besseren Schlüssel für das medizinische Personal forderte, um die Arbeit auf der kinderpsychiatrischen Station überhaupt noch adäquat bewältigen zu können (im Vergleich konnte die Pädiatrie mit einem Betreuungsschlüssel von 1:3 und nicht mit einem von 1:6 aufwarten). Auch qualifizierte und erfahrene Krankenschwestern waren gefragt.¹²⁰ Gewünscht war eine stundenweise pädagogische Kraft für jede Gruppe in Haus 11, die sich der Beschäftigung und Förderung der Kinder widmen sollte. Tatsächlich gab es eine Pflegekraft je Gruppe, die »bereits durch die Körperhygiene und Fütterung ausgelastet war«.¹²¹ Die Krankenschwestern mussten neben pflegerischen Aufgaben praktisch alle sonstigen anfallenden Arbeiten auf der Station, vom Abräumen des Geschirrs bis zur Beschäftigung der Kinder, selbst erledigen: »Es war wenig Zeit. Also, ich meine, die meisten von den großen Kindern gingen ja in die Schule auf dem Gelände. Das war dann schon mal ein Aufatmen. Aber wir mussten ja Betten beziehen und sauber machen.«¹²²

Ein Pfleger, der seit 1979 in Haus 9 tätig war, berichtete davon, dass die Zentralwäscherei lediglich die Bettwäsche übernahm, während die übrige Wäsche nachts vom Pflegepersonal gewaschen wurde:

»Es gab wenig Kleidung, die individuell war, meistens funktionale praktische Kleidung, und wir hatten ja auch Windelträger. Es gab dann Stoffwindeln und Gummilaken, aus denen man Windelpakete bastelte. Die musste man nachts auskochen. Mit den damaligen Maschinen in der DDR, wir hatten ja die WM 66, das ist ja keine Trommelmaschine, hat man teilweise vier Stunden nachts gewaschen. Und dann hat man ja trotzdem immer noch die Bewohner gehabt. [...] Wir mussten sogar nachts die Böden machen (Fegen, Wischen, Bohnern).«¹²³

Die Aufgaben erforderten einen entsprechend straff organisierten Tagesablauf, der sichtbar um Körperpflege und Mahlzeiten kreiste. »Beschäftigungszeiten«, Spaziergänge und »Bewegungsspiele« fanden zwangsläufig in der Gruppe statt: »Dienstbeginn 6 Uhr. Übergabe. 7 Uhr Wecken der Kinder, die meist schon vorher wach waren. Morgentoilette. Frühstück im jeweiligen Tagesraum. Medikamentengabe. Fertig machen für die

120 Historisches Archiv am KEH: Ordner Kinderpsychiatrie, Zusammenstellung der bisher vom Städtischen Krankenhaus Herzberge versandten Schreiben betr. Heilpädagogischer Arbeit in der kinderpsychiatrischen Abteilung in Herzberge, 1957 bis 1964, Berlin-Lichtenberg 1964.

121 Historisches Archiv am KEH: Ordner Kinderpsychiatrie, Brief an Abt. Gesundheits- und Sozialwesen des Magistrats zu Strukturangaben in der Kinderabteilung, 15.5.1962.

122 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Mitarbeiterin der Einrichtung [anonymisiert], 24.6.2019, 24:36–27:24.

123 Interview von Laura Hottenrott mit einem ehemaligen Mitarbeiter der Einrichtung [anonymisiert], 18.9.2019, 41:00–43:15.

Schule, die sich auf dem Krankenhausgelände befand. Die auf der Station verbliebenen Kinder wurden mit Malen, Falten, Reißen, Kneten u. ä. beschäftigt, ein täglicher Spaziergang war obligatorisch. 12 Uhr gab es Mittagessen, danach Mittagsruhe bis 14:30 Uhr. Kaffeetrinken, anschließend bei entsprechendem Wetter im Garten spielen und einen Spaziergang machen. 18 Uhr Abendessen, die Schnitten waren alle schon in der Küche vorbereitet, so dass kein Kind mit Messer und Gabel essen konnte. Obst und Gemüse gab es selten. Nachtruhe 20 Uhr.«¹²⁴

Tabelle 2: Tagesablauf in Haus 7 und 11 (1970)

Tagesplan Haus 11 (Klein- und Vorschulkinder)	Tagesplan Haus 7 (Tagesklinik)
6.30–8.00 Aufstehen, Körperpflege	7.30–8.00 Eintreffen der Kinder
8.00–8.35 Frühstück	8.00–8.30 Frühstück
8.35–9.00 Tisch abräumen, Toilette, Waschen	8.30–9.00 Toilette mit Waschen
9.00–9.35 Beschäftigung	9.00–9.30 Beschäftigung
9.35–9.50 Zweites Frühstück	9.30–10.00 Freies Spiel
9.50–11.35 Spaziergang	10.00–10.30 Toilette und Anziehen
11.35–11.50 Vorbereitung zum Mittagessen	11.00–11.30 Spaziergang
11.50–12.20 Mittagessen	11.30–12.00 Ausziehen und Waschen
12.30–14.00 Mittagsruhe	12.00–12.30 Mittagessen
14.00–14.30 Aufstehen	12.30–12.45 Waschen
14.30–14.40 Kaffeetrinken	12.45–13.15 Beschäftigung
14.40–16.30 Spaziergang–Bewegungsspiele	13.15–14.15 Spaziergang
16.30–17.00 Vorbereitung zum Abendbrot	14.15–15.00 Beschäftigung
17.00–17.30 Abendbrot	15.00–15.30 Kaffee trinken
17.30–17.45 Tisch abräumen, Ausziehen	15.30–16.00 Toilette, Waschen und Ausfegen
17.45–19.00 Bad, Körperpflege, Vorbereitung zur Nachtruhe	16.00–16.30 Kinder gehen nach Hause
19.00 Nachtruhe	

Eine individuelle Beschäftigung und Zuwendung war kaum möglich, die Abläufe und Behandlungsansätze blieben vorwiegend schematisch auf die jeweilige Station zugeschnitten und waren kaum bedürfnisorientiert:

»Die Förderung einzelner Kinder war mangelhaft. Es gab eine Heilpädagogin, die sehr überlastet war. Die Psychologen konnten den Schwestern nur Hinweise und Erklärungen geben, sie selbst behandelten die schwierigsten Fälle.«¹²⁵

124 Online-Befragung, Mitarbeiterin KJP FKH-Herzberge, Antwort ID 49185294.

125 Ibid.

»Wir haben immer gesagt, gerade, wenn so viele Bewohner auf einer Station sind, und dann zur Frühschicht nur zwei Pfleger und nachmittags zwei, mehr als Aufbewahren und Versorgen ist nicht, mehr schafft man gar nicht.«¹²⁶

Die verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte schrieben bis Mitte der 1960er Jahre beeindruckend viele Briefe an den Magistrat, um auf den Notstand aufmerksam zu machen, und beriefen sich – mangels anderer Rechtsgrundlagen¹²⁷ – auch auf das Verfassungsrecht (Grundrecht auf Bildung):

»Da wir der Meinung sind, daß jedes Kind, auch das geisteskranke, Anspruch auf Bildung hat, und wir sind aufgrund unserer mehrjährigen Erfahrung weiter der Meinung, daß es nur sehr wenig bildungsunfähige bzw. entwicklungsunfähige Kinder gibt und dass selbst in einem schwerstbehinderten Kind Entwicklungsmöglichkeiten liegen, welche geweckt und gefördert werden müssen. – Aus dieser Sicht heraus unsere Forderung nach Einstellung von weiteren Erziehern bzw. Kindergärtnerinnen, welche zwar seit Jahren besteht, jedoch bis jetzt nie berücksichtigt worden ist.«¹²⁸

Mitte der 1960er Jahre waren die Häuser 7, 9 und 11 mit insgesamt 240 Kindern belegt, für die lediglich zwei Erzieherinnen und zwei Kindergärtnerinnen zur Verfügung standen. Die personelle Situation war so angespannt, dass die Ärztinnen und Ärzte die weitere Verantwortung ablehnten:

»[...] betr. personeller Besetzung der Kinderabteilung, wonach alle Ärzte dieser Abteilung nach ernsthafter Prüfung der Gegebenheiten bis zur Änderung der geschilderten Umstände jegliche Verantwortung für Unglücksfälle, Vernachlässigung und nicht sachgerechten Umgang mit den Kindern ablehnen müssen.«¹²⁹

Der strukturelle Mangel spiegelte sich auch im Verhalten der Kinder. So wurde die Atmosphäre in der Rückschau vorwiegend als gereizt bis aggressiv beschrieben. Aggressives Verhalten der Patientinnen und Patienten schrieb das befragte Personal der räumlichen Enge (Mehrbettzimmer), dem Fehlen von Bewegungsfreiheit und Rückzugsorten, außerdem mangelnder Zuwendung und Beschäftigung zu. Auf die Nichtbeachtung persönlicher Bedürfnisse wurde mehrfach hingewiesen: »In meiner Erinnerung waren die wenigsten Kinder gern in unserer Einrichtung. Sie hatten Heimweh, das sich auch in

126 Interview von Laura Hottenrott mit einem ehemaligen Mitarbeiter der Einrichtung [anonymisiert], 18.9.2019.

127 Erst 1969 folgte ein entsprechender Ministerratsbeschluss über »Maßnahmen zur Förderung, Beschulung und Betreuung geschädigter Kinder und Jugendlicher sowie psychisch behinderter Erwachsener«.

128 Historisches Archiv am KEH, Ordner Kinderpsychiatrie, abschriftliches Schreiben des Ärztlichen Direktors des Städtischen Krankenhauses Herzberge an Staatssekretär Jahnke (Ministerium für Gesundheitswesen), 19.9.1962.

129 Ibid., darin Hinweis auf ein Schreiben der Chefärztin der kinderpsychiatrischen Abteilung, Irene Blumenthal, an den Ärztlichen Direktor im Städtischen Krankenhaus Herzberge, abschriftlich an die Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen im Rat des Kreises, 20.4.1964.

Aggressivität zeigte. Für das einzelne Kind war zu wenig Zeit, da wurde viel übersehen. Auch die Schwestern waren überfordert.«¹³⁰

Dies änderte sich offenbar bis in die 1980er Jahre nicht grundlegend: »Die meisten [Patientinnen und Patienten] waren gereizt. Die kamen auch so dort an, aber die Geiztheit wurde ihnen auch nicht genommen. Sie kamen, weil sie gereizt und angespannt waren, sich unverstanden fühlten, und das blieb. Manche haben sich dann mehr oder weniger angepasst. Die Kinder wurden auch angeschrien, zwar nicht so häufig, aber irgendwie war die Stimmung aggressiv.«¹³¹

5.1 Lebensalltag zwischen Integration und Abschottung

»Irgendwann, aber ich kann nicht sagen wann, war meine Mutter mit meiner Schwester da. Aber ich durfte nicht zu ihnen, sondern konnte sie nur sehen, wie sie draußen vor dem Haus hin und her liefen, zu mir hochguckten und ich gewunken habe.«¹³²

»Die Kinder hatten in den ersten 4-5 Wochen eine sogenannte Kontaktsperre. Danach war es möglich, je nachdem das Verhalten des Kindes positiv eingeschätzt wurde, ein Wochenende zu Hause zu sein. Die Eltern wurden von den Psychologen und Ärzten betreut. Briefe wurden meines Erachtens nicht geschrieben.«¹³³

Ob es regelhaft in den ersten fünf Wochen keine Besuchszeiten gab, konnte nicht abschließend geklärt werden.¹³⁴ Die Besuchsregelungen lockerten sich laut Angabe einer ehemaligen Krankenschwester seit den 1970er Jahren, zumal die Eltern möglichst in die Behandlung einbezogen und auch zu Gesprächen in die Klinik bestellt wurden. Es gab auch Wochenendbeurlaubungen, die ebenfalls in den Akten dokumentiert sind. Die Eltern mussten Berichte über das Betragen ihrer Kinder während der Urlaubstage schreiben.

Unabhängig von Besuchs- und Urlaubsregelungen beschränkte sich der Bewegungsradius während des stationären Aufenthaltes in der KJP auf die Station und das Krankenhausgelände, insbesondere bei Kindern, die keine intensiven Kontakte zu den Eltern hatten. Spaziergänge auf dem weitläufigen Krankenhausgelände waren in den

130 Online-Befragung, Mitarbeiterin KJP FKH-Herzberge, Antwort ID: 49185294.

131 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Mitarbeiterin der Einrichtung [anonymisiert], 23.9.2019, 1:26:00-1:27:17.

132 Interview von Laura Hottenrott mit einem ehemaligen Patienten (1967) der Einrichtung [anonymisiert], Berlin, 19.6.2019, 09:29-09:51.

133 Online-Befragung, Mitarbeiterin KJP FKH-Herzberge, Antwort ID 49185294.

134 Es gibt einen Hinweis von Herbert Loos, dass Besuchsverbote im Einzelfall aus therapeutischen Gründen ausgesprochen wurden.

Tagesablauf integriert, »bildungsfähige« Kinder und Jugendliche besuchten außerdem die Schule auf dem Klinikgelände, die Arbeitstherapie fand in der Regel nicht auf der Station statt, sondern es wurden andere Räumlichkeiten innerhalb der Klinik aufgesucht. Es gab außerdem Ausflüge mit den Kindern. In dem privaten Fotoalbum einer Krankenschwester sind Fotos aus dem Jahr 1967 mit der Bildunterschrift »Unsere traditionelle Fahrt mit den Kindern nach Lanke« zu sehen. Dieser Ausflug fand offenbar einmal jährlich statt.¹³⁵ Andere Aufnahmen zeigen Bilder von Festen, die auf dem Klinikgelände mit Kindern aus den verschiedenen Häusern zu unterschiedlichen Anlässen gefeiert wurden (etwa der Kindertag). Dennoch verbrachten die Kinder und Jugendlichen viel Zeit auf der Station, immer gemeinsam in Schlaf- und Tagesräumen. Es fanden sich, abgesehen von Beurlaubungen, keine konkreten Informationen zu Ausgangsregelungen für beispielsweise jugendliche Patientinnen und Patienten. In den eingesehenen Krankenakten bezog sich »Ausgang« lediglich auf das Krankenhausgelände. Ein ehemaliger Pfleger berichtete dazu, dass mit den Patientinnen und Patienten aus Haus 9, die in der Regel seit Jahren in der Einrichtung lebten, überhaupt keine Ausflüge gemacht wurden. Zu seiner Zeit hatte auch nur einer der Bewohner Kontakt zu seinen Eltern, so dass für die meisten das Krankenhausgelände *de facto* die Grenze nach außen darstellte: »Wir haben keine Ausflüge gemacht, aber wir gingen im Gelände spazieren. Ich habe es bevorzugt, in einer Kleingruppe mit drei, vier Jugendlichen rauszugehen. Ich dachte mir, die Bewohnerinnen und Bewohner sind froh, wenn sie den einen oder anderen eine Weile nicht sehen müssen, zumal sie ja schon im Tagesraum zusammenhockten. Ich bin immer mit zwei, drei Jugendlichen losgelaufen. Das war dann entspannt und angenehm. Aber es gab auch Pfleger, die mit allen rausgegangen sind.«¹³⁶

5.2 Disziplinierung, Strafen, körperliche Gewaltanwendung

»Das Verhältnis zwischen Patienten und Pflegepersonal war natürlich unterschiedlich. Gewollt war immer ein gutes Verhältnis, was aber nicht immer gelang. [...] Ja, es gab Bestrafungen, es gab Essensentzug, Nichtbeachtung, Schläge.«¹³⁷

In den eingesehenen Akten waren verschiedene Strafmaßnahmen, beispielsweise der Ausschluss von der Gruppe, Zurechtweisungen oder der Entzug von Privilegien (Wochenendurlaub oder Ausgang auf dem Krankenhausgelände), dokumentiert:

135 Historisches Archiv am KEH: Bildarchiv.

136 Interview von Laura Hottenrott mit einem ehemaligen Mitarbeiter der Einrichtung [anonymisiert], 18.9.2019.

137 Online-Befragung, Mitarbeiterin KJP FKH-Herzberge, Antwort ID 49185294.

Beispiel (1977): »Bei Tisch redet er ununterbrochen. Er ißt sehr unsauber. Er spielt sich als starker Mann auf. Da er nicht zur Ruhe kommt, wird er vom Tisch entfernt. [...] Reagiert negativ auf Strafen in der Schule. [welche Strafen das waren, wird nicht erläutert]«¹³⁸

Beispiel (1983): »Flippte« am Abendbrottisch aus, da ihm verboten wurde rumzuflachsen. Kein Wochenendurlaub!«¹³⁹

Beispiel (1983): »[x] darf nicht allein zum Verbandswechsel, muss begleitet werden. Kein Wochenendurlaub.«¹⁴⁰

Beispiel (1983): »Kein Ausgang; Kein Wochenendurlaub, tobte nachmittags.«¹⁴¹

In einem Fall wird nicht ganz klar, ob die »kalte Dusche« im übertragenen Sinne als massive Zurechtweisung oder wörtlich zu verstehen ist. Sie war in der Akte zumindest nicht in Anführungsstriche gesetzt, weshalb eine disziplinierende Maßnahme im Sinne einer »Abkühlung« angenommen werden kann (1984):

»Auf frischer Tat ertappt in entsprechendem Situationszusammenhang wird er kalt geduscht nach massiver Aufforderung seinerseits zu störendem Verhalten anderer Kinder während der Mittagsruhe, das er mit Gewalt durchsetzen wollte. Nach dieser Maßnahme schimpft er zwar ca. 10 Minuten lang, kann dann aber wieder in die Gruppe und geht ins Bett, wo er nach einiger Zeit erneute Versuche beginnt, dann aber ruhig wird, als ein weiteres Gruppenmitglied nach gleichsinnigem Betragen ähnlich gemäßregelt wird. Schließlich schläft er sogar kurze Zeit ein, ebenso sein Nachbar im Bett daneben (ebenfalls umtriebigeres Kind).«¹⁴²

Es fanden sich lediglich zwei Hinweise auf körperliche Züchtigung und Misshandlungen im eingesehenen Aktenmaterial. In einem Fall drückte ein Mitarbeiter die Hände eines Jugendlichen demonstrativ auf die heiße Heizung, weil dieser dies zuvor bei einem Mitpatienten gemacht habe;¹⁴³ in dem anderen Fall ging es um einen Hinweis auf das Schlagen eines Schülers in der Einrichtungsschule.¹⁴⁴ Beide Fälle ereigneten sich in den 1980er Jahren. In beiden Fällen erfolgte eine umfassende klinikinterne Auswertung im »Stationskollektiv«, die schriftlich protokolliert wurde. Die Eltern wurden jeweils über die Vorfälle informiert und offenbar auch in das weitere Verfahren einbezogen.¹⁴⁵ Der Hinweis auf das »Schlagen eines Schülers« ließ sich anhand der Akten nicht vollständig rekonstruieren, aber eine Mutter berichtete in dem Zusammenhang über das »seit

138 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 001/77.

139 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 013/83.

140 Ibid.

141 Ibid.

142 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 097/84.

143 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 013/83.

144 Historisches Archiv am KEH: Herzberge bis 1991, 6. Briefverkehr im Haus 6.4. Kinder- und Jugendpsychiatrie, betr. Aktennotiz zum Gespräch [x], Bezug: Schreiben der Poliklinik »Friedrich Wolf«, 11.4.1989.

145 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 013/83.

Jahren herrschende negative Image der Jugendstation«, das offenbar unter dem Begriff »der besonderen Methoden in Herzberge« bekannt und ihrem Eindruck nach mit restriktiven Methoden einschließlich Schlagen verbunden war.¹⁴⁶ Das besagte »negative Image« der Station verweist zumindest auf eine rigide innere Struktur der Jugendstation/Einrichtungsschule.

6 Medizinisch-therapeutischer Bereich

6.1 Diagnostik

»Es hieß immer, man bekommt hier irgendwann die ›Enze‹. Und dieses Wort war mir kein Begriff. Und dann kam dieser Tag. Man wurde aus dieser Station rausgebracht, auf so einem fahrbaren Krankenbett. Und vorher muss schon was passiert sein, denn es fühlte sich an, als sei man ein bisschen betäubt. [...] Und dann wurde man durch das Gelände gefahren, das weiß ich noch genau, weil es gepflastert war. [...] In Herzberge gibt es ja diese zwei Häuserblöcke in der Mitte. In eines dieser Häuser wurde ich dann gebracht. [...] Ich weiß dann nur noch, dass ich festgemacht wurde und dass ich dann diesen unglaublichen Schmerz verspürt habe, im Rücken. Und dass man meinen Rücken so nach vorne gebeugt hat, das tat ja auch schon weh, und dann kam dieses Ding. Und ich weiß gar nicht, wie ich Ihnen das sagen soll. [...] Ich hatte vor ein paar Jahren einen Herzinfarkt, und das ist so was ganz Spezifisches, also ein ganz spezifischer Schmerz, den man sonst nie hat. Und genau das war da auch.«¹⁴⁷

»Wir mussten sie dann [während der Untersuchung; Anm. L. H.] so halten, wissen Sie, es war schrecklich. Und den Größeren konnte man das erklären, aber die hatten Angst, ist ja klar, das ist furchtbar. [...] Und hinterher hatten die starke Kopfschmerzen.«¹⁴⁸

»Kind schrie bei der Untersuchung, ließ sich schwer beruhigen (PnEG).«¹⁴⁹

Die Akten aus dem Sample waren ausgesprochen umfangreich und enthielten eine ausführliche Anamnese, die Ergebnisse aller Untersuchungen sowie den Therapieverlauf. Im untersuchten Sample dienten diagnostische Verfahren (Klinik, Labor, Paraklinik) (1) der Abklärung organischer Ursachen von Entwicklungsrückständen bzw. Verhal-

146 Historisches Archiv am KEH: Herzberge bis 1991, 6. Briefverkehr im Haus 6.4. Kinder- und Jugendpsychiatrie, betr. Aktennotiz zum Gespräch A. S., Bezug: Schreiben der Poliklinik »Friedrich Wolf«, 11.4.1989.

147 Interview von Laura Hottenrott mit einem ehemaligen Patienten (1967) der Einrichtung [anonymisiert], 19.6.2019, 11:50-14:01.

148 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Mitarbeiterin der Einrichtung [anonymisiert], 24.6.2019, 18:13-21:21.

149 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 013/83.

tensauffälligkeiten, während (2) im Laufe der stationären Beobachtung Aussagen zum Grad der Förderfähigkeit (also der Intelligenz) bzw. zur Bildungsprognose (»schulfähig«, »hilfsschulfähig«, »förderfähig«, »förderunfähig«) getroffen wurden. »Bildungsfähigkeit« und der Ausschluss organischer Ursachen für Verhaltensauffälligkeiten begründeten letztlich die weitere Zuständigkeit der Volksbildung und den künftigen Aufenthalt in POS, Sonderschule, Hilfsschule, Heim oder Spezialheim.

Die Diagnostik war umfassend. Mit Blick auf die Frage der Förder- und Schulfähigkeit fanden verschiedene Testverfahren – hinsichtlich Intelligenz, Konzentration, emotionaler Ansprechbarkeit, Charakter, Konfliktlagen – statt (im Einzelnen Bühler-Hetzer, Hamburg-Wechsler/HAWIK DDR-Norm, Hannover-Wechsler, Stanford-Binet, Bourdon-Wiersma, Rorschach-, Szeno-, Wartegg-Zeichentest, Kugler-Erlebnis-Test). Auch die psychomotorische Leistung wurde geprüft (Rostocker Oseretzky-Skala).

In fast allen Fällen (N=92) kam es außerdem zu Laboruntersuchungen (Blut, Urin) und zu apparativen Verfahren wie ein EEG (N=97), Röntgenaufnahmen (Thorax, Schädel) (N=64), eine Enzephalographie (PnEG) (N=41), eine Liquor-Entnahme (N=35), ein Carporadiogramm (N=8), eine Luftmyelographie (N=5), eine Elektromyographie (EMG) oder ein Elektrokardiogramm (EKG) sowie zu sonstigen Untersuchungen (etwa zum Augenhintergrund).

Auffällig war der vergleichsweise hohe Anteil der Pneumenzephalogramme (41 von 104). Die Untersuchung gehörte dabei auch zur Kleinkinderdiagnostik: Elf Kinder waren zwischen einem und drei Jahre alt, weitere elf im Kindergarten- oder Vorschulalter, 14 Kinder waren zwischen sechs und neun Jahre alt, fünf zwischen 12 und 14 Jahre.

Aufnahmegrund der Kinder im Sample war mehrheitlich der Verdacht einer »frühkindlichen Hirnschädigung«¹⁵⁰ (Verhaltensauffälligkeiten). Die Pneumenzephalographie (PnEG) als einziges bildgebendes Verfahren gehörte im Fachkrankenhaus zu den diagnostischen Standardverfahren.¹⁵¹ Eine PnEG sollte organische Ursachen für Verhaltensauffälligkeiten ausschließen. So erhielten laut R. Lemke und H. Rennert »Anfallsleiden oder Verhaltensstörungen erst durch ein abnormes Ventrikelbild eine ursächliche Erklärung«.¹⁵² Ein PnEG könne eine »organische Hirnschädigung anzeigen, die nach den übrigen neurologischen und psychischen Befunden nicht feststellbar war«.¹⁵³ Der PnEG-Befund wurde für die psychiatrische Beurteilung genutzt. Offenbar wurden anhand der Aufnahmen auch Rückschlüsse auf Fähigkeiten und Persönlichkeit der Kinder gezogen:

150 Die »frühkindliche Hirnschädigung« ist ein Sammelbegriff und bezeichnet alle organischen Schädigungen des Gehirns, die zwischen dem 6. Schwangerschaftsmonat und dem Kleinkindesalter auftreten.

151 Da es eine Röntgenabteilung gab, war auch eine PnEG möglich. Ansonsten war die apparative Ausstattung in der DDR stark eingeschränkt, da nur mit Devisen zu beschaffen (z. B. CT-Geräte).

152 LEMKE/RENNERT (1987), 160.

153 Ibid.

Beispiel PnEG-Bewertung (1984): »[...] Mathematische Leistungen dürften herabgesetzt sein. Bösartigkeit dürfte nicht gegeben sein, deshalb nochmals prüfen von psychologischer Seite [...] Die Hirnschädigung erklärt das Verhaltensbild nicht und steht mit ihm nicht im Zusammenhang, deshalb als 2. Diagnose in der Epikrise nennen. Im Vordergrund stehen für den Einweisungsgrund und die geklagten Betragensphänomene psychologische Fragestellungen. Keine Bösartigkeit – kompensierte Aggressivität.«¹⁵⁴

Wegen der Risiken wurde die Untersuchung ausschließlich stationär durchgeführt.¹⁵⁵ Die Kinder wurden vor der Untersuchung sediert.¹⁵⁶

Die PnEG fand sowohl unter I. Blumenthal als auch unter D. Müller bei der Hälfte bzw. bei einem Drittel der Kinder aus dem Sample Anwendung:

1966–1971: PnEG bei 17 von 40 eingewiesenen Kindern (I. Blumenthal),

1973–1986: PnEG bei 23 von 67 eingewiesenen Kindern, davon 12 in den 1980er Jahren (D. Müller).

In den 1980er Jahren wurde das Verfahren durch die Möglichkeit der Computertomographie ergänzt: Zwischen 1983 und 1987 wurden 9 Kinder aus der Aktenstichprobe zum CT an die Charité überwiesen. Im selben Zeitraum wurde bei sieben Kindern ein PnEG durchgeführt, vier davon 1985, das letzte 1986.¹⁵⁷

Die gesichteten Krankenakten ergaben im Vergleich der Diagnosen, Einweisungsgründe, Fragestellungen, Stationen und Ärzte bislang kein schlüssiges Kriterium, das auf die Wahl des einen oder anderen Verfahrens in den 1980er Jahren schließen ließe. Festzuhalten ist, dass die grundsätzliche Möglichkeit einer CT-Aufnahme kein Ausschlusskriterium für die Durchführung einer PnEG war. Es scheint eher, dass die Verfügbarkeit von Apparaturen und geschultem Personal die Weiternutzung der PnEG als bildgebendes Verfahren bestimmte. In H. Rennerts Lehrbuch zur Neurologie und Psychiatrie der DDR in der Auflage von 1987 wird das ebenso »bedeutsame« wie »komplizierte und kostspielige« CT-Verfahren differentialdiagnostisch vor allem für die Hirntumordiagnostik bzw. die Bestimmung minimaler Dichteunterschiede im Hirngewebe empfohlen.¹⁵⁸ Bei anderen Fragestellungen, etwa »symptomatischen (exogenen) Psychosen«¹⁵⁹, mit Verweis auf die Erwachsenenpsychiatrie auch bei schweren organischen und endogenen Psychosyndrom im Kinder- und Jugendalter¹⁶⁰ sowie

154 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 097/84.

155 Ibid.

156 MÜLLER (1976), 14.

157 Die Nervenklinik der Charité erhielt 1979 das erste CT-Gerät in der DDR, die Klinik für Röntgendiagnostik der Charité ein weiteres 1982. Die Inbetriebnahme des ersten Magnetresonanztomographie-Gerätes im Röntgeninstitut der Charité folgte 1987. Dieses blieb bis zum Mauerfall das einzige Gerät in der DDR. Siehe: https://radiologie.charite.de/ueber_die_klinik/geschichte (letzter Zugriff: 11.12.2019).

158 LEMKE/RENNERT (1987), 163 ff.

159 Ibid., 341.

160 Ibid., 468.

infantilen Cerebralparesen (»LITTLEschem Syndrom«, Paresen infolge frühkindlicher Hirnschädigung), wurden weiterhin als geeignete bildgebende Verfahren PnEG *oder* CT genannt.¹⁶¹ Im Sample fand sich nach 1986 kein PnEG mehr, allerdings enthielt die Stichprobe für den Zeitraum 1986 bis 1990 auch nur fünf Akten. Eine Patientin wurde 1987 zum CT in die Zentralklinik für Psychiatrie und Neurologie »Wilhelm Griesinger« überwiesen.¹⁶² Ein anderes Kind erlitt 1986 während der Narkoseeinleitung im PnEG einen Atem- und Herzstillstand und wurde im vitalisierten Zustand in die Notaufnahme des Kinderkrankenhauses Lindenhof verlegt, wo es kurze Zeit später an einer Lungenentzündung verstarb. Über die Staatliche Versicherung der DDR erfolgte eine Untersuchung des Vorfalles.¹⁶³

6.2 Zuschreibungen und Werturteile

»Während der stationären Behandlung fiel anfangs eine leichte Unsauberkeit, Liederlichkeit und die Tendenz, so wenig wie möglich zu machen, auf. Auch von der Schule wurde dieses träge Leistungsverhalten registriert.«¹⁶⁴

Bei der Lektüre der Akten entstand der Eindruck, dass neben organischen Ursachen vor allem persönliche Eigenschaften (Intelligenz, Charakter) und familiäre Konstellationen (sozialer Hintergrund, Erziehungsstil, Lebensstil) als ursächlich für auffälliges Betragen beschrieben wurden, während gesellschaftliche Faktoren und Ausgrenzungsprozesse (soziale Problemlagen, Diskriminierung, Rassismus) entweder ausgeblendet oder in persönliche Probleme umgedeutet wurden.¹⁶⁵ Die Sprache der Akten war dabei zwar nicht durchgängig defizitorientiert. In einzelnen Akten fiel allerdings eine Häufung ausgesprochen negativer, abwertender Begriffe und Werturteile auf, die nicht nur traditionelle Denkmuster und Normvorstellungen offenlegen, sondern, wie beispielsweise in der Akte eines damals Achtjährigen (!), völlig überzogen wirkten: »Charakter: leistungsscheu, verantwortungsscheu, demonstratives, lautes

161 Ibid., 472.

162 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 044/87.

163 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 010/85.

164 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 062/75.

165 Etwa Historisches Archiv am KEH: Krankenakten: FKH 097/84, FKH 013/84; da soziale Problemlagen offiziell als »dem Sozialismus wesensfremd« deklariert wurden, gab es verschiedene Erklärungsmuster für normabweichendes Verhalten, die bis zum Mauerfall verbreitet waren, z. B. wurde abweichendes Verhalten als »Relikt der bürgerlichen Gesellschaft« deklariert, die sogenannte »Rudimentthese«, später dominierten wurden »westliche Einflüsse« vermutet (»Infiltrationsthese«) und es dominierten medizinische Erklärungsansätze. Gesellschaftlich-soziale Problemlagen wurden auf diese Weise individualisiert, vgl. dazu beispielsweise: KORZILIUS (2005), 329 ff.

Betragen, feige gegen Gefahr, bösartig gegen Schwächere, keine Gemeinschaftsbindung«, »racheartige Boshaftigkeit«, »Anspruchshaltung, Starke Ich-Orientierung«, »extrem egozentrisch, narzisstisch«, »Patient achtet betont auf Distanz zu Mädchen, Widerspruchsgeist!«, »fehlender Gemeinschaftssinn«, »fehlende maskuline Prägung«. Die Zuschreibungen trafen die Patientinnen und Patienten ebenso wie ihre Eltern: Sie lauteten etwa »Einzelkind«, »overprotective«, »Kontaktschwierigkeiten«, »Verzicht auf Mann mit erst 35 Jahren« und »Psychotherapie«. Zuweilen wirkte der abwertende Ton ausgesprochen verächtlich (»böswillig, bösartig, wenn er nicht genügend bekommt«, »fast monströs«, »watschelnd«, »stark gedrunken«, »Büffelnacken«).¹⁶⁶ Zumindest sprachlich lässt sich in diesen Fällen von einer Grenzüberschreitung zwischen gebotener Distanz und Empathie mit den Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen sprechen.

6.3 Therapie

»Wenn es gelingen sollte, das Kind durch eine medikamentöse Neueinstellung (evtl. in Kombination mit einer Verhaltenstherapie) zu beruhigen und dadurch eine bessere soziale Anpassung zu erreichen, würde Familie [x] den Jungen sicherlich auch wieder gemeinsam mit der Tagesstätte betreuen. Andernfalls sollte doch eine Heimaufnahme bei uns angestrebt werden.«¹⁶⁷

»Durch die medikamentöse und konditionierende Behandlung wurde das Kind gruppenfähig.«¹⁶⁸

Die Therapie unterteilte sich in die medikamentöse Therapie sowie in pädagogische und psychotherapeutische, im Kern verhaltenstherapeutische Maßnahmen. Die Kinder wurden dazu auf den Stationen nach Alter und Grad der Förderfähigkeit in möglichst homogene Gruppen eingeteilt. Die als bildungsfähig deklarierten Kinder besuchten die Sonderschule der Einrichtung, außerdem gab es beschäftigungs- und bewegungstherapeutische Ansätze, Arbeitstherapie, Einzel- und Gruppengespräche sowie in Einzelfällen, insbesondere bei Kleinkindern, auch Physiotherapie. Im Kleinkinderhaus (Haus 11) sollten beispielsweise Krankengymnastik und »intensive Spielreize« die Selbständigkeit »Eigenbesorgung« und die Wahrnehmung der Kinder fördern. Nahrungsaufnahme und Sauberkeit wurden systematisch geschult, außerdem gab es Gruppen- und Rollenspiele zur Einübung sozialer Kontakte, je nach Entwicklungsstand in Einzel- und

166 Historisches Archiv am KEH, Krankenakten: Zitiert wurden Beispiele aus der Aktenstichprobe (1980er Jahre),

167 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 021/82.

168 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 020/78.

Gruppensituationen.¹⁶⁹ Im Querschnitt der Akten wurde dementsprechend bei den Kleinkindern besonderer Wert auf Sauberkeit und Selbständigkeit der persönlichen Sorgetätigkeiten wie Ankleiden, Körperpflege und Essenaufnahme gelegt, während sowohl pädagogische als auch psychotherapeutische (verhaltenstherapeutische) Maßnahmen bei den älteren Kindern und Jugendlichen zusammengefasst die »Gruppenfähigkeit«, »verbesserte Anpassung« bzw. das Funktionieren im jeweiligen »Kollektiv« (in Station, Einrichtungsschule, Kindergarten, Ausbildungsbetrieb und am Arbeitsort) erreichen sollten. Um diese Anpassungsleistung zu unterstützen, wurden zusätzlich Medikamente (Psychopharmaka) verabreicht. Dem Eindruck nach ging es dabei weniger um individuelles Befinden als darum, störendes Verhalten (Weinen, Schreien, aggressives Verhalten) zu kontrollieren bzw. zu unterbinden. Individuelle Stärken und Begabungen der Kinder fanden kaum Erwähnung.

6.3.1 Medikation

»Sie wurden alle medikamentös behandelt, Prothazin, Propaphenin [...] Generell, also ich kann mich kaum entsinnen, dass da ein Kind ohne Medikamente war.«¹⁷⁰

»[In der psychiatrischen Klinik] wurde viel mit Medikamenten gearbeitet, ja. Es war vielleicht weniger eine Frage fehlender sonstiger Ansätze, sondern vielmehr die Auffassung, dass es das Richtige ist, wenn das Gehirn wieder richtig funktionieren soll.«¹⁷¹

Insgesamt waren im untersuchten Aktensample 32 verschiedene Wirkstoffe, die zu den Psychopharmaka im weiteren Sinne zählen, dokumentiert (ATC-N: Antiepileptika, Sedativa, Antipsychotika, Psychostimulanzien, Mittel gegen Bewegungsstörungen).¹⁷²

Die Kinder erhielten dabei regelhaft psychotrope Substanzen als Prämedikation bzw. Analogsedierung im Zuge der PnEG (N=41). Dabei handelte es sich in den meisten Fällen um eine Kombination der Wirkstoffe Prothazin® (Promethazin), Dolcontral (Pethidin) und Atropin, einige erhielten auch Scomeudrin oder Sinophenin (Promazin).

Mindestens 36 Kinder und Jugendliche erhielten außerdem wegen verschiedener Verhaltensauffälligkeiten und/oder einem Anfallsgeschehen psychotrope Substanzen und/oder Antiepileptika im Rahmen der Behandlung, davon neun Kinder vier bis fünf, weitere 12 sechs bis neun verschiedene Präparate im Laufe der Therapie. Einige von ihnen hatten bereits vor der Einweisung Psychopharmaka erhalten. Bei einigen kam es lediglich zu einer Neueinstellung der Medikation, um beispielsweise die An-

169 Ibid.

170 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Mitarbeiterin der Einrichtung [anonymisiert], 24.6.2019, 15:47-17:00.

171 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Mitarbeiterin der Einrichtung [anonymisiert], 23.9.2019, 1:27:24-1:28:00.

172 Vgl. Anhang und dort die Abb. »Medikation KJP im FKH-Herzberge« mit Angaben zur Indikation (Aktenstichprobe).

fallsfreiheit zu erreichen. Dazu wurden Behandlungsversuche (im Sinne individueller Therapieversuche) mit wechselnden Präparaten durchgeführt, ein Medikament oder eine Kombination aus Medikamenten durch ein neues Medikament ersetzt. Bei einigen Kindern wurde eine ganze Palette »durchprobiert«. Zwei jugendliche Patienten erhielten Androcur (wegen »Affektlabilität durch Pubertät«, »hormonbedingter Labilität«).¹⁷³ Ansonsten spielten Hormone in der Aktenstichprobe keine Rolle.

Die Verabreichung von Psychopharmaka diente immer auch der Anpassung und Gruppenfähigkeit bzw. Sozialverträglichkeit auf der Station, während persönliche Bedürfnisse der Kinder im Stationsalltag in den Hintergrund traten.¹⁷⁴ Zusammengefasst sollten die Medikamente in funktionaler Hinsicht beruhigend und angstlösend wirken sowie die Zugänglichkeit für weitere therapeutische, pädagogische Maßnahmen ermöglichen oder erleichtern und damit die Förderfähigkeit der Kinder verbessern. Andererseits ist unter der Prämisse der Anpassung und Gruppenfähigkeit schwerlich eine Grenze zur Disziplinierung zu ziehen, denn die Medikamente hatten eine ordnende Funktion und sorgten gegebenenfalls auch für »Ruhe« auf der Station, insbesondere dann, wenn Psychopharmaka situativ zusätzlich verabreicht wurden:

»Unter Lyorodin 3 × 3 Drg a 1 mg und 3 × 1 Finlepsin wurde die impulsive Reaktionsbereitschaft beherrschbar. Nach kurzer Zeit stellte das Kind alle sozial störenden Verhaltenselemente ein. Es konnte mit der gen. Medikation gruppensfähig, sehr gut förderbar und erziehbar in das Kinderheim zurückverlegt werden.«¹⁷⁵

»Patientin ist medikamentenlos führbar.«¹⁷⁶

Neben selbst- und fremdgefährdendem Verhalten ergaben die Akten aus dem Sample, dass immer dann (zusätzlich) Psychopharmaka verabreicht wurden, wenn unerwünschtes Verhalten auftrat, das sich auch nach der Eingewöhnungsphase nicht legte. Auch andauernde Heimwehreaktionen konnten Anlass zur Verordnung von Psychopharmaka sein.¹⁷⁷ Dabei spielte das Stören der Gruppenabläufe auf der Station oder in der Einrichtungsschule regelmäßig eine Rolle:

1983: »19 Uhr. Bereitschaftsarzt, Patient hat Scheiben zerschlagen, wollte sich das Leben nehmen. Medikamentöse Ruhigstellung.«¹⁷⁸

1969: »Bei Bedarf 15 Tropfen Propaphenin nachts (schlägt mit dem Kopf gegen das Bett).«¹⁷⁹

1971: »Das Kind ist als nicht gruppensfähig zu bezeichnen. Macht auch der Mutter Schwierigkeiten auf dem Wege zur Klinik und nach Hause. Er ist nicht zu fixieren,

173 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten: FKH 071/82, FKH 005/81.

174 Etwa Historisches Archiv am KEH: Krankenakten: FKH 020/78, FKH 021/82, FKH 043/73.

175 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 014/85.

176 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 008/80.

177 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 012/83.

178 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 013/83.

179 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 015/69.

klettert über Tische und Bänke, reißt alles von den Wänden, ißt wohl auch noch nicht selbständig, läuft nicht allein, läßt sich während des Spaziergangs der Kinder mitziehen. Er hört nicht auf Anweisungen. VO von Propaphenin 15 Uhr und 18 Uhr je 1 Dragee zusätzlich.»¹⁸⁰

Die Kinder hatten während ihres Aufenthaltes in der KJP keine Rückzugsorte. Sie lebten in einer Zwangsgemeinschaft in räumlicher Enge, waren selten allein und besaßen hier kaum eigene, persönliche Dinge, und auch die Intimsphäre war nicht geschützt – angesichts gemeinsamer Schlafräume und Toilettengänge, der Gemeinschaftsduschen und der fehlenden Geschlechtertrennung in Haus 9. Ein befragter Patient aus Haus 7 berichtete beispielsweise auch von der permanenten Unruhe im Schlaf- und Aufenthaltsraum, der man auf der Station ausgesetzt war.¹⁸¹ Die Kinder und Jugendlichen wurden gleichzeitig unzureichend beschäftigt und gefördert. Die Unterbesetzung des Pflegepersonals und fehlendes pädagogisches Betreuungspersonal erzeugten im Querschnitt der Akten einen immensen Druck auf die jeweils diensthabenden Krankenschwestern, zumal sie gleichzeitig wahrnahmen, dass ihre Patientinnen und Patienten Zuwendung und Nähe bedurft hätten. Erschwerend kam hinzu, dass es keine Angebote im Sinne einer Supervision gab, die den Problemstau im Arbeitsalltag sowie Überlastungssymptome hätten abfedern können. Angesichts der angespannten Situation verwundert es nicht, dass eine frühere Schwester, die in verschiedenen Häusern in Herzberge in der Pflege tätig war, in einem Zeitzeugengespräch rückblickend es zumindest nicht bestritt, dass Medikamente zur Disziplinierung und zur Wiederherstellung der Ruhe auf der Station verabreicht wurden.¹⁸² Die Schwester benannte dazu keinen konkreten Fall, sondern schilderte eher das theoretisch mögliche Prozedere: Der Arzt oder Bereitschaftsarzt hätte in einer Situation der Hilflosigkeit in die medizinische Dokumentation geschaut und anhand dessen entschieden, was zu verabreichen sei.¹⁸³

Nach der Entlassung wurden Medikamente für die ambulante Weiterbehandlung empfohlen, wenn ansonsten unangepasstes oder störendes Verhalten erwartet wurde und man dadurch die Eingliederung in die vorgesehene Fördermaßnahme, Gruppe und Bildungseinrichtung als gefährdet ansah, etwa in Kindergarten, Schule und Werkstatt).¹⁸⁴

180 Ibid.

181 Interview von Laura Hottenrott mit einem ehemaligen Patienten (1967) der Einrichtung [anonymisiert], 19.6.2019, 10:13-10:20.

182 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Mitarbeiterin der Einrichtung [anonymisiert], 24.6.2019, 06:46-10:20.

183 Ibid.

184 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH083/74.

6.3.2 Hinweise auf Übermaß und Vernachlässigung

Ein ehemaliger Pfleger in Haus 9 erinnerte sich an verschiedene Psychopharmaka, die in seiner Zeit verabreicht wurden (Aolept®, Haloperidol, Leponex®, Truxal®, Prothazin® und Propaphenin®), außerdem Antiepileptika (Lepinal® und Phenytoin). Seiner Ansicht nach wären mindestens in einigen Fällen weniger hohe Dosen ausreichend gewesen, wenn die Bewohnerinnen und Bewohner beschäftigt worden wären. Er hatte als Pfleger keine Akteneinsicht, so dass er seine Annahmen auf eigene Beobachtungen im Stationsalltag stützte:

»Ich gehörte zu den Kollegen, die sich auch mal in den Gruppenraum gesetzt haben, um sich einfach mit den Menschen zu beschäftigen. Am Anfang haben sich die Bewohner damit schwergetan, dass ein Betreuer anwesend ist. Aber dann haben sie sich daran gewöhnt und sie haben sich auch etwas verändert. [...] Bei einigen Bewohnern habe ich gedacht, man könnte die Medikamente reduzieren, damit sie etwas wacher sind, wenn man sie beschäftigt [...].«¹⁸⁵

Inwieweit dies zutrifft, lässt sich nicht im Einzelfall überprüfen, zumal zumindest aus Haus 9 nur vier Akten im Sample waren. In einem Fall aus der Aktenstichprobe war eine Überdosierung jedoch aktenkundig. Nachdem der Achtjährige im Gruppenraum zunächst »sehr unruhig« war, erhielt er »zunehmend Radepur (3 × 2)«, bis er schließlich »sehr ruhig« war.¹⁸⁶ Die Mutter, die das Kind an den Wochenenden nach Hause nahm, beschwerte sich kurz darauf über die zu hohe Dosierung: »Elterngespräch mit Mutter: Am Wochenende ist die Dosierung zu hoch, Kind schläft nur. Reduktion auf 3 × 1 Radepur, da auch hier über längere Stundenzahl am Tage schlafend.«¹⁸⁷

Der Junge wurde ein Jahr später erneut mit dem Verdacht einer Barbiturat-Intoxikation aus dem Kinderheim Bad Blankenburg eingewiesen. Die Medikamente wurden in Herzberge reduziert. Aufnahmebericht und Epikrise spiegeln den körperlich und emotional vernachlässigten Zustand des Kindes: »Kind ist bei Aufnahme in einem sehr schlechten Pflegezustand, völlig apathisch, reagiert nicht auf Außenreize, nicht ansprechbar, kann sich nicht aufrichten, wiegt 18 kg. Neben stark verschmutzten Ohren (Krusten innen und außen) hat es eine noch behandlungsbedürftige, fast abgeheilte Impetigo, die mit OTC Salbe zu behandeln ist. Er hat eine Mundbodenplogmone.«¹⁸⁸

In einer weiteren Akte ist 1979 eine Haloperidol-Intoxikation festgehalten worden. Der Patient befand sich über Jahre mit Unterbrechungen in der KJP-Herzberge, wohnte zum Zeitpunkt der Vergiftung allerdings offenbar im »Ulmenhof«, einer Pflegeeinrichtung der Behindertenhilfe, und wurde von dort in das Städtische Krankenhaus

185 Interview von Laura Hottenrott mit einem ehemaligen Mitarbeiter der Einrichtung [anonymisiert], 18.9.2019, 24:40-26:00.

186 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 021/82.

187 Ibid.

188 Ibid.

in Berlin-Friedrichshain gebracht: »Haloperidol-Intoxikation mit extrapyramidaler Symptomatik (Blickkrämpfe). Blutdruck im Normalbereich. Rücküberweisung. Nur noch 3 × 10 Tropfen Haloperidol als Dauermedikation, heimfähig.«¹⁸⁹ Einen Monat später wurden im Heim wieder Blickkrämpfe festgehalten, wobei ihn das Personal der Simulation verdächtigte: »Bei Haloperidolgabe verdreht er die Augen, oft hält er dies stundenlang durch. Unklar ist, ob dies eine Protesthandlung ist, oder wirklich am Medikament liegt. Haloperidol abgesetzt! Nur abends 1 Lepinal 0,1. Er schaut wieder normal.«¹⁹⁰

Für die Durchführung klinischer Studien fanden sich keine Anhaltspunkte im untersuchten Sample. Hingegen war vielfach von Therapieversuchen die Rede, die rechtlich jedoch als individuelle Heilversuche und nicht als klinische Studien einzuordnen sind. Recherchen in der Fachliteratur und die Quersichtung von Akten der DDR-Zulassungsbehörden ergaben bisher keine konkreten Hinweise auf klinische Studien in der KJP.

6.3.3 Schocktherapieverfahren

Schocktherapieverfahren spielten im Sample mit Hinweis auf den Zeitraum der Einweisungen (1965–1990) kaum eine Rolle. Ein einzelner Hinweis in einer Krankenakte der 1980er Jahre belegt allerdings, dass die Verfahren nicht grundsätzlich ausgeschlossen waren (»evtl. Elektrokrampfbehandlung zur Umstimmung«, »Frage der Stereotaxie«).¹⁹¹ Beide Verfahren wurden in diesem Fall jedoch aller Wahrscheinlichkeit nach nicht angewandt. Eine ehemalige Krankenschwester berichtete, dass die Elektrokrampfbehandlung bei den Kindern nicht durchgeführt wurde, wohl aber bei den Erwachsenen.¹⁹² Insbesondere unter dem späteren Chefarzt und Ärztlichen Direktor Klaus Bach (1985–1987) wurde die Elektrokrampfbehandlung wieder häufiger angewandt.¹⁹³ Aus Archivunterlagen geht hervor, dass die Anwendung der Elektrokrampftherapie bei sogenannten Propfschizophrenien 1988 untersagt wurde. Demnach gehörte die EKT bis zu diesem Zeitpunkt zumindest bei bestimmten Diagnosen zum therapeutischen Repertoire und kann auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie dem jetzigen Wissensstand nach nicht ausgeschlossen werden.¹⁹⁴

189 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 100/77.

190 Ibid.

191 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 013/83.

192 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Mitarbeiterin der Einrichtung [anonymisiert], 24.6.2019, LS50-135, 05:15-05:46.

193 Die Maßnahme »erfolgte im akuten Beginn der Erkrankung – um eine monatelange psychopharmakologische Behandlung zu »vermeiden« (!)« und dabei offenbar in vielen Fällen ohne Zustimmung der Patientin oder des Patienten. Zitiert nach: Loos (2014), 216.

194 Historisches Archiv am KEH: Sammlung Arbeitsunterlagen ÄD Jürgen Vesper.

6.4 Medizinische Zwangsmaßnahmen – Isolation und Fixierung

In der Chronik der kinderpsychiatrischen Abteilung von 1968 heißt es, dass in den Anfangszeiten der KJP »schwierige Kinder« noch »in Kastenbetten« oder im »Bunker« isoliert wurden.¹⁹⁵ Fixierungen sind im Aktensample eher aus Gründen der Aufsicht im Einzelfall belegt (Handfesseln für den Ausgang).¹⁹⁶ In den Akten fanden sich lediglich vereinzelt Hinweise, dass Patientinnen und Patienten mit unerwünschtem Verhalten (Weglaufen, aggressives Verhalten, Erregungszustände) von anderen separiert untergebracht, und zwar in einem eigenen Schlaf- und Arbeitsraum¹⁹⁷, in einzelnen Fällen aber auch über längere Zeit isoliert wurden.

Aktenkundig ist, dass es einen Isolierraum gab – er wurde damals »Iso« genannt – bzw. bestimmte Räume für die Isolierung einzelner Patientinnen und Patienten genutzt wurden.¹⁹⁸ Dabei sind die Grenzen zwischen einer medizinisch indizierten Isolierung bei Gefahr für sich selbst und/oder für andere, einer Sicherheitsmaßnahme – verursacht durch Personalmangel und die dadurch fehlende Aufsicht – und Straf- oder Abschreckungsmaßnahme fließend:

Beispiel 1: »Zeigte nachmittags ein sehr auffälliges Verhalten dem Personal und Patienten gegenüber. Ging auf Mitpatienten mit Schrubber los. Ins Iso eingesperrt bekam er einen Ausnahmezustand, riß vom Fenstergitter die Stange heraus und wollte damit durch die Tür.«¹⁹⁹

Beispiel 2: »Ausnahmezustand. Nachmittags tobte Patient stark, warf alles was durch das Gitter ging in den Garten.«²⁰⁰

In einem Fall aus dem Sample gestaltete sich der stationäre Aufenthalt schwierig, da der Patient laufend das Krankenhaus verließ und als gemindert schuldfähig Diebstähle beging, so dass die Volkspolizei mehrmals nach ihm fahndete.²⁰¹ In diesem Fall zeigte sich der schmale Grat zwischen Behandlung, dauerhafter Unterbringung und Sicherheitsverwahrung. Die Leitung des Fachkrankenhauses, verantwortlich für die Beaufsichtigung der Patientinnen und Patienten, sah sich aufgrund der angezeigten Delikte schließlich genötigt, den jugendlichen Patienten zu verklagen, um nicht als Einrichtung regresspflichtig zu werden. Gleichzeitig fanden seit 1981 Bemühungen statt, den Jugendlichen dauerhaft in Berlin-Buch am dortigen forensischen Schwerpunkt unterzubringen, da man die Aufsicht des Patienten nicht gewährleisten konnte

195 Historisches Archiv am KEH: Chronik KJP, 1968.

196 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 100/77.

197 Vgl. auch Kap. 4 »Räumlichkeiten, Ressourcen«.

198 Etwa Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 100/77.

199 Z. B. Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 013/83.

200 Ibid.

201 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten FKH, 6577 (ID FKH100).

und außerdem keinen therapeutischen Ansatz mehr sah.²⁰² Das Prozedere zog sich über Jahre hin, weil auch die Einrichtung in Buch die Aufnahme ablehnte (sie verwies auf Überbelegung und die bestehende rechtliche Grauzone), während der Jugendliche inzwischen in einem gesonderten Raum dauerhaft isoliert wurde. Die Ärzte in Herzberge wiesen in einem Fallgutachten an die entsprechende Bezirksstelle für ärztliches Begutachtungswesen in Berlin deutlich auf die rechtliche Problematik und bereits eingetretene Hospitalisierungsschäden hin. Der umfängliche Schriftverkehr spricht für eine Hilflosigkeit des verantwortlichen Personals, das sich der rechtlichen Problematik einzelner Maßnahmen wohl bewusst war, aber offenbar keine Alternative mehr sah. Von Seiten der Behörden gab es keinerlei Unterstützung, etwa durch die Vermittlung in eine geeignete Einrichtung und durch das Zuteilen von Personal zur Begleitung und Betreuung.²⁰³ In der Krankengeschichte lassen sich die Maßnahmen auf der Station im Einzelnen nachlesen. Der Jugendliche wurde offenbar wechselnd auf der Station besonders beaufsichtigt und in einem Isolierraum untergebracht. Ausgänge auf dem Gelände wurden ihm später nur noch mit Handfesseln gestattet. Im Isolierraum war er teilweise zu zweit, so dass es auch zu Gewalt untereinander kam. Die Einträge erinnern eher an eine Akte aus dem Strafvollzug als an eine Patientenakte:

»Damit evtl. Entweichung vorgebeugt wird, wurden 10 leere Konservenbüchsen an seiner Tür angebracht.«

[...]

»Bei dem Patienten wurden wieder 2 abgebrochene Löffelstiele und ein Drücker gefunden.«

[...]

»Kein Wochenendausgang.«

[...]

»Laut Anordnung verbleibt der Patient im Iso auch zu den Mahlzeiten, zum Waschen und für die Toilette.«

[...]

»Kein Ausgang (nur mit Handfesseln).«

[...]

»X. hat große Angst vor Y., der mit ihm im Iso liegt. Dieser würgt ihn und legt seine Hände auf die heiße Heizung. Auch mußte X. auf ›Anordnung‹ Y. seinen Schrank aufräumen. Dann wurde ihm noch die Schokolade weggegessen.«

[...]

»Weiterhin keine Ausgänge oder Beurlaubungen.«²⁰⁴

202 Ibid.

203 Z. B. Historisches Archiv am KEH: Krankenakten FKH, 6683 (ID FKH014).

204 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 100/77.

Im Aktensample fanden sich zwei weitere Hinweise auf Fixierungen. Auch in diesen Fällen ist die Grenze zwischen medizinischer Notwendigkeit und dem Willen, der Aufsichtspflicht (mittels Handfesseln) zu genügen, nicht eindeutig zu ziehen. Die Fixierung an nur einer Hand ist mit Blick auf Verletzungsgefahren fragwürdig:

»Wegen Beißens anderer Kinder nachts an einer Hand fixieren (25.11.1985).«²⁰⁵

»Vormittags Wutanfall, weil er in sein Zimmer gehen sollte. Nachmittags: tobte den ganzen Nachmittag wegen geringsten Kleinigkeiten, wurde 1 Stunde fixiert und bekam Haloperidol und 2 × Prothazin (BA angeordnet), da er Suizidabsichten äußerte.«²⁰⁶

Es gab außerdem verschiedene Aussagen ehemaligen Personals, die auf Fixierungen zur »besseren Aufsicht« hindeuten:

»Auf die Station kam man nur mit dem Drücker (Haus 9). Und da gab es einen, der war immer festgemacht. Da stand eine Bank auf dem Flur, die im Boden verankert war. Und der Patient hatte eine Kette am Bein. Der saß auf dem Flur! Und eine Kette am Bein. [...] Es ist furchtbar, aber der wollte nur eins: raus. Er ist auch oben durch die Fenster. Er wollte nur raus, aber es war niemand da, der mit ihm gehen konnte. Und dann kam die Wende und wir bekamen Zivildienstleistende. Der Oberarzt sagte: ›Als Erstes kommt dieser junge Mann raus. Mit dem wird gelaufen, jeden Tag.‹ Zwei Zivis sind dann tatsächlich auch nur mit ihm gelaufen.«²⁰⁷

»Wir waren im KEH (Königin-Elisabeth-Hospital) ja etwas ausgegrenzt, waren ja aber auf dem Gelände des Fachkrankenhauses Herzberge und sahen dort, wie die Kinder an den Bäumen angekettet wurden. Wir haben draußen kaum Kinder aus der KJP gesehen. Die waren wohl wirklich verriegelt. Nur ab und zu einen Jungen angekettet am Baum, wie ein Hund. Wirklich an einer Kette.«²⁰⁸

7 Anhang

Dokumentierte Medikation KJP FKH-Herzberge mit Angaben zur Indikation (Aktenstichprobe), siehe folgende Seiten

205 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 014/85.

206 Historisches Archiv am KEH: Krankenakten, FKH 013/83.

207 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Mitarbeiterin der Einrichtung [anonymisiert], 24.6.2019, 01:37-02:57; 1:32:21-1:32:55.

208 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Mitarbeiterin der psychiatrischen Kinderstation am KEH [anonymisiert], 5.11.2019, 26:26-27:00.

Freiname/ Wirkstoff	Klassifizierung	Handelsnamen	Krankenakten/Beispiele (Jahr der Verabreichung, Alter, Angaben zur Indikation, Akte)
Amantadin	Antiparkinsonmittel, Mittel gegen (extrapyramidale) Bewegungsstörungen	Viregyt® (Ungarn, Egypt), Symmetrel®	1980 (14): Kratzick; 1980 (11): Leistungsversagen in Belastungssituationen, Stottern; 1982 (12): (stereotype) Bewegungsstörungen
Amphetamin	Psychostimulans	Aponeuron®	1981 (7 Jahre): massive Verhaltensauffälligkeiten (motorische Unruhe)
Atropin	Anticholinergikum, Tropan-Alkaloid		1982 (14): Medikation PnEG
Carbamazepin	Antiepileptikum	Finlepsin® (DDR), Tegretal®, Tegretol®	Epilepsie; 1981 (15): Verhaltensstörungen in der Schule, Erregungszustände; 1982 (12): Bewegungsstörungen
Chloralhydrat	Sedativum	Chloralduurat®	Schreiatacken auf der Station; 1972 (6): Medikation EEG; 1976 (12): Medikation PnEG
Chlordiazepoxid	Anxiolytikum, Benzodiazepine	Radepur®, Librium®	Unruhe im Gruppenraum/Lautäußerungen
Chlorpromazin	Antipsychotikum, Phenothiazine	Propaphenin® (DDR); Megaphen®	motorische Unruhe (1971), Ruhigstellung (1983)
Chlorprothixen	Neuroleptikum, Thioxanthene	Taractan®, Truxal®	1971 (6): u. a. Einweisungsmedikation (Verhaltensauffälligkeiten, Unruhe)
Clomethiazol	Sedativum, Antiepileptikum, Thiazolderivat	Distraneurin®	Schreiatacken auf der Station
Clonazepam	Antiepileptikum, Benzodiazepine	Antelepsin® (DDR), Rivotril®	Epilepsie, Anfälle
Diazepam	Anxiolytika, Benzodiazepine	Faustan® (DDR), Valium®	1980 (7): Zusatzmedikation; 1984 (5): Weinerlichkeit, Schlafstörungen
Ethosuximid	Antiepileptikum	Suxilep®, Suxinutin®, Petinimid®	Epilepsie, Anfälle
Fluphenazin	Neuroleptikum, Benzodiazepine	Lyorodin® (DDR), Lyogen-Depot® (DDR), Lyogen® (DDR), Proxilin®, Permitil®	1985 (6): Verhaltensauffälligkeiten (u. a. Beißen), Adaptionfähigkeit
Haloperidol	Neuroleptikum, Butyrophenon-Derivat	Haldol®	1985 (6): Verhaltensauffälligkeiten (u. a. Beißen), Adaptionfähigkeit; 1989 (8): Verhaltensauffälligkeiten
Imipramin	Antidepressivum	Pryleugan® (DDR), Melipramin®, Tofranil®	Trennungsreaktionen/Heimweh
Laevomepromazin	Neuroleptikum, Phenothiazine	Tiscerin® (DDR), Neurocin®	1983 (16): Adipositas; Bremsung, Dämpfung; 1985 (6): Verhaltensauffälligkeiten (u. a. Beißen), Adaptionfähigkeit

Freiname/ Wirkstoff	Klassifizierung	Handelsnamen	Krankenakten/Beispiele (Jahr der Verabreichung, Alter, Angaben zur Indikation, Akte)
Levodopa	Antiparkinsonmittel	Dopaflex®, Brocadopa®, Larodopa®	1982 (12): Hyperkinesen
Meprobamat	Anxiolytikum, Antiepileptikum	Miltown®	1983: Heimwehreaktion (Weinerlichkeit)
Methyphenobarbital	Antiepileptikum, Sedativum, Barbiturate	Proiminal® (DDR), Mebaral®, Mephthal®, Mephytabletten®	1969 (4): Verhaltensauffälligkeiten, motorische Unruhe
Metixen	Antiparkinsonmittel, gegen Bewegungsstörungen	Tremarit®	1982 (12): Hyperkinesen
Neo-Secatropin	Sedativum, Spasmolytikum		1978 (8): Verhaltensauffälligkeiten, Wutanfälle, Beruhigung
Nitrazepam	Anxiolytikum, Benzodiazepine	Radedorm®, Mogadan®, Eunocin®	1973 (5): Einschlafstörungen
Norpseudoephedrin	Appetitzügler, Psychostimulans	Exponcit® (DDR), Adiposetten®, Amorphan®	1983 (16): Adipositas: Appetit bremsen
Periciazin, Propericiazin	Neuroleptikum, Phenothiazine	Aolept®, Neuleptil®, Nemaclil®, Neulactil®	1983 (5): Unruhe, Weinerlichkeit, Schlafstörungen
Phenobarbital	Antiepileptikum, Sedativum, Barbiturate	Lepinal® (DDR), Lepinaletten®, Luminal® (BRD)	Epilepsie, Anfälle
Phenytoin	Antiepileptikum, Hydantoine	Phenytoin (DDR), Centropil® (BRD), Dilantin® (USA)	Epilepsie, Anfälle
Pethidin	Analgetikum, Opioid	Dolcontral® (DDR)	1985 (6): Medikation PnEG; 1969 (4): Medikation PnEG
Primidon	Antiepileptikum	Lepsira® (DDR), Mylepsin®, Mysoline®, Hexamidin®	Antiepileptikum
Promazin	Neuroleptikum, Phenothiazine	Sinophenin® (DDR), Protactyl® (BRD)	1976 (1): Schreien, Beruhigung
Promethazin	Neuroleptikum, Phenothiazine	Prothazin® (DDR), Phenergan®	1981 (15): ungesteuerte Erregungszustände, Aggressionen
Thioridazin	Neuroleptikum, Antipsychotikum, Phenothiazine	Sonapax®, Melleril®	1985 (6): Einweisungsmedikation (u.a. ungesteuertes Verhalten)
Valproinsäure	Antiepileptikum	Convulex® (DDR), Convulsofin®, Depakine®, Ergenyl®	1982 (12): Bewegungsstörungen, Unruhe, Erregung

8 Literatur

- BAUER, Lutz/SCHERNIKAU, Hannelore (1986), Integratives Betreuungsmodell einer jugendpsychiatrischen Station. In: Pädiatrische Grenzgebiete 25, 5, S. 435–439.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (1991), Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR – Bestandsaufnahme und Empfehlungen, 30.5.1991.
- GÖLLNITZ, Gerhard (1978), Warum Kinderneuropsychiatrie? In: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 30, 5, S. 270–276.
- HÜTTNER, Hannes u. a. (1982), Der Patient im Krankenhaus. Erwartungen, Rechte und Pflichten, Zufriedenheit. Neue Rahmen-Krankenhausordnung, Ost-Berlin.
- JUN, Gerda (2000), Eine gemeinsame Wegstrecke mit Irene Blumenthal. In: Heike BERNHARDT/Regine LOCKOT (Hrsg.), Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland, Gießen, S. 241–248.
- JUN, Gerda (1986), Erfahrungen in der Dispensairebetreuung in der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie. In: Zeitschrift für die gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete 25, 6, S. 476–480.
- JUN, Gerda (1981), Kinder, die anders sind. Ein Elternreport, Ost-Berlin.
- JUN, Gerda (1970), Die Aufgaben einer Psychiatrischen Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche unter besonderer Berücksichtigung der Oligophrenen. Erfahrungsbericht. In: Das deutsche Gesundheitswesen 31/70, S. 1464–1469.
- KORZILIUS, Sven (2005), »Asoziale« und »Parasiten« im Recht der SBZ/DDR: Randgruppen im Sozialismus zwischen Repression und Ausgrenzung. In: Bernhard DIESTELKAMP (Hrsg.), Arbeiten zur Geschichte des Rechts, Köln/Weimar/Wien.
- LEMKE, Rudolf/RENNERT, Helmut (1987), Neurologie und Psychiatrie sowie Grundzüge der Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, 8., überarbeitete Auflage, Leipzig.
- LOOS, Herbert G. (2014), Herzberge. Die Geschichte des psychiatrischen Krankenhauses Berlin-Herzberge von 1893 bis 1993, Berlin 2014.
- LUDWIG-KÖRNER, Christiane (2000), Die einzige Psychagogin in der DDR. Edelgard Koeppe, geb. Schneider. In: Heike BERNHARDT/Regine LOCKOT (Hrsg.), Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland, Gießen, S. 228–240.
- MÜLLER, Dagobert (Hrsg.) (1976), Pneumoenzephalographische Anatomie des Kindergehirns, Stuttgart.
- SEIDEL, Karl/SCHULZE, Heinz Albert Friedrich/GÖLLNITZ, Gerhard (1987), Neurologie und Psychiatrie. Lehrbuch für Studenten, 3., erweiterte und überarbeitete Auflage, Berlin (DDR).
- WAPLER, Friederike (2012), Rechtsfragen der Heimerziehung in der DDR. I. In: Beauftragter der Bundesregierung für die neuen Bundesländer (Hrsg.), Aufarbeitung der Heimerziehung in der DDR. Expertisen, Berlin.

XV Stationäre Außenstelle FKH – die psychiatrische Kinderstation im evangelischen Königin-Elisabeth-Hospital (KEH)

Laura Hottenrott

Inhalt

1	Quellenbasis	756
2	Einrichtungstyp, Chronologie, innere Struktur	756
3	Sozialprofil der Kinder und Wege in die Einrichtung	759
3.1	Soziale Herkunft	761
3.2	Einwilligungsfragen	762
3.3	Aufenthaltsdauer, Entlassung	763
4	Unterbringungsbedingungen und Lebensalltag	764
5	Einsetzender Wandel hin zu individuellen Rechten	766
6	Medizinisch-therapeutischer Bereich	768
6.1	Arzneimittel	768
6.2	Medizinische Zwangsmaßnahmen	770

1 Quellenbasis

Bislang gibt es keine Veröffentlichungen zur psychiatrischen Kinderstation im evangelischen Königin-Elisabeth-Hospital (KEH). Quellengrundlage waren deshalb im Wesentlichen 34 Krankenakten ehemaliger Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtung¹ für den Zeitraum zwischen Gründung (1963) und einsetzender Auflösung (1983). Die Akten wurden im historischen Archiv des KEH ausgewertet. Zusätzlich wurden Verwaltungsakten und vorhandene Fotos (aus Privatbesitz) gesichtet und ein Interview mit einer ehemaligen Mitarbeiterin der Station sowie ein Gespräch mit dem ehemaligen Direktor des KEH geführt.²

2 Einrichtungstyp, Chronologie, innere Struktur

»Als ich dort [in der Kinderstation des KEH 1976; Anm. L. H.] anfang, war das erstmal wie ein Schlag ins Gesicht, ein Schock. [...] Als ich dort hochkam, liefen alle mit einem dicken Schlüsselbund um den Hals umher. Es wurde permanent alles abgeschlossen. Das war wie in einer Schließanlage. [...] Es wurde alles verriegelt, es gab zwei große Schlafsäle, Mädchen und Jungen nicht getrennt, gar nicht, und das waren ja nicht nur Kleine, das waren ja auch wirklich fast Erwachsene, 17-Jährige, schrecklich. Ein großer Raum zum Massenduschen. Also dieser erste Tag war schrecklich. Ich habe drei Wochen gebraucht, um zu merken, dass man trotz alledem liebevoll mit den Kindern umging, aber dass man eben gleichzeitig auch mit den vorhandenen Räumlichkeiten umgehen musste. Das war schwierig.«³

Die Psychiatrische Kinderstation des KEH wurde am 22. Oktober 1962 als konfessionelle stationäre Außenstelle der KJP im damals noch städtischen Krankenhaus Herzberge eröffnet und war eine Heimeinrichtung für Kinder mit geistigen Behinderungen. Einzugsgebiet war Berlin.⁴ Zwischen Städtischem Krankenhaus und KEH wurde ein Kooperationsvertrag abgeschlossen. Er hielt fest, dass die 35 »schwer hirngeschädigte[n] Kinder von 2–8 Jahren« in der Kinderstation des KEH aufgenommen werden. Zu diesem

¹ Für die Akten wurden im Zuge der Anonymisierung ID-Nummern vergeben. Die Akten werden jeweils mit dem Kürzel der Einrichtung (KEH), der entsprechenden ID-Nr. und dem Jahr der Ersteinweisung zitiert (z. B. KEH xxx/65), um sie zeitlich einordnen zu können.

² Dr. Herbert Loos stellte freundlicherweise zwei Vortragstexte seiner bisherigen Erkenntnisse zur KJP und psychiatrischen Kinderstation im KEH zur Verfügung.

³ Interview von Laura Hottenrott [anonymisiert], 5.11.2019.

⁴ Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten, KEH 024/67: Schreiben an den Rat des Kreises Königs Wusterhausen, 23.1.1968.

Zweck stellte das Städtische Krankenhaus Herzberge das oberste Stockwerk im Mittelbau in Haus 2 mit zwei großen Krankenzimmern, einem Dienstzimmer, einem Tagesraum mit abgeteiltem, noch einzurichtendem Baderaum und WC, einem Küchenraum, einer Toilette, einem Wachraum sowie einem entsprechenden Flur mit Fahrstuhlzugang zur Verfügung. Ein Spielgarten für die Kinder gehörte ebenfalls dazu. Im Gegenzug erhielt das Städtische Krankenhaus das obere Stockwerk in Haus West zur Nutzung zurück.⁵ Es wurde außerdem vereinbart, dass die KJP im Städtischen Krankenhaus die fachärztliche Betreuung in Form vierteljährlicher Nachuntersuchungen übernimmt, den Entwicklungsstand der Kinder überprüft und Aussprachen mit dem Pflegepersonal über weitere Förderungsmaßnahmen führt. Ein ständiger Erfahrungsaustausch war vorgesehen. Das Städtische Krankenhaus wurde verpflichtet, Kinder, die sich im KEH als »nicht tragbar« erwiesen, anderweitig unterzubringen.⁶ Als Tagessatz wurden 5 Mark je Kind festgelegt. Für jeden »Bettnässer« sollte das KEH außerdem einen täglichen Zuschlag von 0,45 Mark erhalten. Mit diesem Betrag sollten alle Leistungen des KEH für Unterbringung, Pflege, Versorgung, Verpflegung und ärztliche Betreuung abgegolten sein, zumindest solange keine stationäre Aufnahme im Krankheitsfall notwendig war.⁷ Von den unterhaltsverpflichteten Angehörigen durften keine Zuschläge zum Kostensatz erhoben werden. Im Bedarfsfall konnte laut Vereinbarung ein höherer Pflegesatz beim Magistrat beantragt werden. In diesem Fall wurde die Unterstützung des Städtischen Krankenhauses zugesichert. Gleichzeitig war das KEH auch als konfessionelle Einrichtung dem Magistrat berichtspflichtig und musste die Abrechnungen vorlegen.⁸ Das Waschen anfallender Kinder- und Bettwäsche auf der Station übernahm das Städtische Krankenhaus Herzberge gegen Erstattung der anfallenden Kosten, ebenso die Versorgung mit entsprechenden Aufstellern und Wäschesäcken. Der Fahrstuhl im Haus durfte nach entsprechender technischer Einweisung der Stationsschwestern mitgenutzt werden.⁹

Der Vertrag trat 1963 in Kraft. Durch die ungewöhnliche Konstellation waren die Möglichkeiten der Kinderstation von Anfang an begrenzt: Die konfessionelle Einrichtung blieb als Mieter auf das Obergeschoss in Haus 2 beschränkt. Da die Räumlichkeiten beengt und unzulänglich waren, bemühte sich die Leitung seit der Eröffnung der Station um eine Bettenzahlverringerung und einen notwendigen Umbau. Mittel für erforderliche Umbauten stellte der Magistrat jedoch nicht zur Verfügung. Um wenigstens die Zahl der Betten zu reduzieren, wurden einzelne Bewohnerinnen und

5 Historisches Archiv am KEH: Ordner KEH, Vertrag zwischen Städtischem Krankenhaus Herzberge und KEH zur Gründung der Kinderstation in Haus 2, Vorlage, o. D.

6 Ibid.

7 Ibid.

8 Ibid.

9 Ibid.

Bewohner Schritt für Schritt in andere Rehabilitationseinrichtungen (Einrichtungen der Behindertenhilfe) vermittelt, aber auch das blieb bis zum Schluss schwierig. Einige der inzwischen jugendlichen Patienten konnten im Rahmen eines »Förderversuchs« als »Reha-Patienten« nach Herrnhut¹⁰ vermittelt werden. Die Bedingungen blieben trotz aller Bemühungen schwierig. Mehrmals mahnte der damalige Leiter des KEH in einem Schreiben an die Abteilung Gesundheit im Magistrat die menschenunwürdigen und beengten Unterbringungsbedingungen an. Die Situation der Psychiatriestation (Haus 2) war demnach für Patientinnen und Patienten »zu einem solch gravierenden Problem geworden«, dass »die Situation vor Staat und Kirche nicht mehr vertretbar« erschien.¹¹ So hätten Staat und Kirche im Fachbereich der Psychiatrie zwar bereits einiges geleistet und die Lebensbedingungen für die Patientinnen und Patienten tendenziell verbessert. Allerdings habe sich die Psychiatriestation in Haus 2 gegenläufig entwickelt: »Wir können sie der Öffentlichkeit nicht mehr zeigen«, kritisierte er.¹² 19 Patienten zwischen 18 und 26 Jahren waren zu diesem Zeitpunkt (1983) in nur zwei Räumen untergebracht, die ihnen nicht nur als Schlaf- und Aufenthaltsräume, sondern auch als Förderungs-, Beschäftigungs- und Speiseraum dienten. Dabei seien Behinderungsgrad und Alter der Bewohnerinnen und Bewohner so unterschiedlich gewesen, dass ein hoher Personalaufwand notwendig war. Gleichzeitig war die wirtschaftliche und personelle Situation auf der Station offenbar so schlecht, dass der Anstaltsleiter »die Wertschätzung der Arbeit in der Psychiatrie gefährdet sah«.¹³ Allerdings konnte schon aus eigentumsrechtlichen Gründen die Situation nicht grundlegend verändert werden. Das Fachkrankenhaus war nicht in der Lage, weitere Räume zur Verfügung stellen. Deshalb sah sich die Leitung letztlich genötigt, die Auflösung der Station und die Rücknahme der Patientinnen und Patienten zu fordern.¹⁴

Weil das mahnende Schreiben auf politischer Ebene ohne ersichtliche Wirkung blieb, wurde die Station am 6. Mai 1985 geschlossen. Die Bewohnerinnen und Bewohner wurden in andere Einrichtungen, u. a. nach Ducherow, verlegt. Trotz problematischer Bedingungen (Fachkräftemangel, unzureichende Förderung, räumliche Enge) hatten sie sich allerdings über die Jahre an die Kinderstation als ihr Zuhause gewöhnt, so dass auch die Verlegung in andere Einrichtungen emotional schwierig war. Eine ehemalige Kinderdiakonin der Station erinnert sich rückblickend, was die Auflösung der Station für einzelne Betroffene bedeutete:

10 »Comenius Herrnhut« nannte sich »Einrichtung für schulbildungsunfähige förderungsfähige Jugendliche«. Sie hatte ein Wohnheim, Rehabilitationswerkstätten und eine Nachsorgeabteilung.

11 Historisches Archiv am KEH: Ordner KEH, Schreiben des Direktors des Ev. Diakoniewerks Königin Elisabeth, Berlin-Lichtenberg (bisher Königin Elisabeth-Hospital) an Rat des Stadtbezirks Berlin-Lichtenberg (Abt. Gesundheits- und Sozialwesen), 1.11.1983.

12 Ibid.

13 Ibid.

14 Ibid.

»[...] das KEH und die Station war eigentlich ihr Zuhause gewesen. Das KEH wurde dann aufgelöst, und die [Bewohnerinnen und Bewohner; Anm. L. H.] sind dadurch, ich würde sagen, entwurzelt worden. Die hatten ja dann eigentlich nichts mehr. Sie sind verlegt worden, und niemand hat darüber nachgedacht, dass das ihr Zuhause war. Es gab keine Ansprechperson mehr aus der Kinderstation.«¹⁵

Ein Brief an die Angehörigen, in welchem recht offen über die Gründe der bevorstehenden Stationsauflösung informiert wurde, veranschaulicht, dass sich auch die Leitung der bevorstehenden emotionalen Problematik bewusst war, letztlich aber kein anderer Ausweg mehr gesehen wurde:

»Das bestehende Mietverhältnis mit Herzberge setzt uns räumliche Grenzen und die geringe Bettenzahl auf der Station setzt wiederum Grenzen in der Therapie und Rehabilitation, da ausgebildete Fachkräfte fehlen. Hinzu kommt, daß heranwachsende Männer und Frauen einen gemeinsamen Schlafraum haben, auch die Trennung von Lebens-, Speise- und Schlafräumen ist nicht realisierbar. Die Leitung unseres Diakoniewerkes hat sich entschließen müssen, als einzig mögliche Art, um den Patienten in Zukunft gerecht zu werden, die Station zu schließen und die Patienten in andere Einrichtungen zu verlegen. [...] Für die Patienten und unsere Mitarbeiter bedeutet das eine schwere Umstellung. Das gemeinsame Leben auf der Station bisher hat sie eng miteinander verbunden. Wir wollen aber alles tun, daß es den Patienten in Zukunft besser geht und sie fachgerechter betreut werden können. Ihre Lebenssituation soll sich verbessern.«¹⁶

3 Sozialprofil der Kinder und Wege in die Einrichtung

»Seine Bildungsfähigkeit wird nicht allzu groß sein. Der Junge wurde am 9.12.1963 in die neuerrichtete Pflegestation des KEH verlegt.«¹⁷

Die Kinder aus dem Sample, neun weibliche und 25 männliche Bewohnerinnen und Bewohner, wurden in der Regel aus der psychiatrischen Kinderabteilung im Städtischen Krankenhaus Herzberge, später Fachkrankenhaus Herzberge, eingewiesen, wenn dort keine therapeutische Ansatzmöglichkeit mehr gesehen wurde und gleichzeitig die Entlassung ins Elternhaus ungünstig erschien.¹⁸ Die Verlegung auf die Kinderstation geschah

15 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Mitarbeiterin der Einrichtung [anonymisiert], 5.11.2019.

16 Historisches Archiv am KEH: Ordner KEH: Schreiben des Direktors des Ev. Diakoniewerks Königin Elisabeth, Berlin-Lichtenberg (bisher Königin Elisabeth-Hospital), 10.9.1984.

17 Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten, KEH 005/63.

18 Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten, KEH 025/64.

auf Initiative des Fachkrankenhauses über die Krankenhausfürsorge in Rücksprache mit den Eltern und Erziehungsberechtigten und im Zusammenwirken mit den Behörden, dem Gesundheitsschutz und der Jugendhilfe:

»Da nach Rücksprache mit der zuständigen Fürsorge die häuslichen Verhältnisse weiterhin sehr ungünstig waren, wurde das Kind von hier aus auf die Förderstation des KEH verlegt. [1968]«¹⁹

Die Kinder kamen mehrheitlich aus Haus 11, einige aus der Poliklinik, aber auch aus den Häusern 4 (N=3), 7 (N=1) und 9 (N=1) des Fachkrankenhauses. Über die Hälfte der Kinder befand sich zum Zeitpunkt der Aufnahme im Kleinkind- und Vorschulalter (N=20), wie es im Gründungsvertrag der Station zuvor festgelegt worden war. Zehn Kinder aus dem Sample waren bei der Aufnahme bereits zwischen 6 und 8 Jahre, vier sogar bereits 12 bis 17 Jahre alt, was die gemeinsame Unterbringung erschwerte.

Die Diagnosen und Aufnahmegründe waren sehr unterschiedlich. Kleinster gemeinsamer Nenner war wohl eine im Grad unterschiedliche geistige Behinderung, wobei die Kinder zum Teil zwar als »förderfähig«, nicht aber als »bildungsfähig« erklärt wurden. Mehrheitlich ist der Sammelbegriff der »frühkindlichen Hirnschädigung« in Kombination mit einem »Entwicklungsrückstand« (»Oligophrenie«, »Imbezillität«) angegeben, in einigen Fällen sind Epilepsie, vereinzelt »Down-Syndrom« oder körperliche Beeinträchtigungen genannt:

»Imbezillität, schwere Deformierungen der Extremitäten. Beugekontrakturen der Beine. [...] Das Kind gibt nur unartikulierte Laute von sich, nimmt an der Umwelt keinerlei Anteil, kann nicht sitzen, kann außer Drehbewegungen des Kopfes, der Arme und Beine keine Bewegungen ausführen, ist ein Pflegefall.«²⁰

Eine damalige Mitarbeiterin erinnerte sich an drei Gruppen innerhalb der Station: »Schwerst- und Mehrfachbehinderte, Aggressive und Förderungsfähige.«²¹ Es habe sich bei einem Teil um Kinder gehandelt, »die wirklich gar nicht laufen konnten« und auch »geistig sehr stark eingeschränkt« gewesen wären. Sie hätten teilweise fast nur gelegen, auch mit Windeln. Es hätte außerdem eine Gruppe von Bewohnerinnen und Bewohner gegeben, die laufen und sich artikulieren konnten, aber sehr aggressiv gewesen wären. Bei einer dritten Gruppe habe es sich um Kinder gehandelt, die aus ihrer Sicht schulfähig waren. Für diese Kinder und Jugendlichen habe sie die Beschäftigungstherapie eingeführt. Trotz aller Bemühungen hätten diese Minderjährigen zu DDR-Zeiten keine Chance auf einen Bildungsabschluss gehabt, obwohl sie aus heutiger Sicht mindestens sonderschulfähig gewesen wären.²²

¹⁹ Ibid.

²⁰ Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten, KEH 008/64.

²¹ Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Mitarbeiterin der Einrichtung [anonymisiert], 5.11.2019.

²² Ibid.

3.1 Soziale Herkunft

Die Eltern im Sample arbeiteten mehrheitlich als einfache Arbeiterinnen und Arbeiter oder Angestellte, zum Teil ohne Berufsabschluss, es befanden sich aber auch Akademikerinnen und Akademiker unter ihnen. Die familiäre Situation und/oder die sozialen Verhältnisse werden in den Akten mehrheitlich als mindestens problematisch beschrieben, ein »Milieuschaden« war teilweise explizit angegeben.

Dabei ist die oftmals schlechte Wohnsituation der Familien hervorzuheben. Die jeweilige familiäre Verfassung, strukturelle Mängel der Wohnungen, Zuschreibungen und Werturteile an die Adresse der Familien sind im Querschnitt schwer voneinander abzugrenzen:

»Der Vater kann seinen Beruf aus gesundheitlichen Gründen nicht ausführen, [...] Mutter Volksschule, kein Beruf erlernt, Reinigungskraft [...]. Familie bewohnt eine Zweizimmeraltbauwohnung mit Außentoilette, die Wohnräume seien im Winter sehr klamm.«²³

»Aufnahme erfolgte wegen Entwicklungsrückstand bei schlechten sozialen Verhältnissen. [...] Die häuslichen Verhältnisse werden als sehr schlecht bezeichnet. Das Kind wurde uns vom Referat Jugendhilfe vorgestellt. [Das Kind zeigte bei Aufnahme] Erfrierungserscheinungen, Kratzeffekte im Gesicht und ein schlecht entwickeltes Gebiß.«²⁴

»[Das Kind] kommt aus einem sehr schlechten sozialen Milieu. Die Mutter hatte das Kind vernachlässigt und kaum gepflegt. Das Kind hatte gerade die Varicellen durchgemacht und kam verschmutzt, kalt und verängstigt in unsere Klinik.«²⁵

»Mit 25 Monaten Einweisung in das Kinderheim Blankenburg wegen grober Vernachlässigung durch die Eltern. [x] lag ständig schmutzig im Bett, kam nie an die frische Luft, wurde nicht richtig ernährt und war atrophisch. Im Heim fiel Entwicklungsrückstand und motorische Unruhe auf, weshalb er in die Poliklinik eingewiesen wurde. Erheblich retardiertes Kind.«²⁶

»Das Kind soll von den Eltern in einem Abstellraum untergebracht und dort von der Mutter versorgt worden sein.«²⁷

»Trunksucht des Vaters, Neigung zu Gewaltakten.«²⁸

»Gegen die von der Stiefmutter bestimmte häusliche Atmosphäre, die für [den Jungen] sehr negativ und frostig sei, könne er [der Vater; Anm. L. H.] nichts ausrichten. Er sei damit einverstanden und halte es für den Patienten für das Beste, wenn er in ein Heim

23 Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten, KEH 011/66.

24 Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten, KEH 025/64.

25 Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten, KEH 013/63.

26 Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten, KEH 004/67.

27 Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten, KEH 008/64.

28 Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten, KEH 005/63.

komme. Über die uns von anderer Seite berichteten Gewalttätigkeiten seinerseits dem Kinde gegenüber sagte er nichts.«²⁹

In einigen Fällen war die Jugendhilfe bereits involviert, andere Eltern waren zum Zeitpunkt der Einweisung inhaftiert und/oder das Erziehungsrecht bereits entzogen. In den Beschreibungen der Herkunftsfamilien waren moralische und politische Implikationen auffällig:

»Referat Jugendhilfe, Berlin PB am 15.5.1970: Anordnung Heimerziehung (Vater derzeit inhaftiert) gemäß § 50 FGB in VB. Mit §§ 22 und 23 Jugendhilfeverordnung 1966, da Mutter Erziehungspflichten größtenteils verletzt (ließ den Jungen über längere Zeiträume nicht genügend versorgt unbeaufsichtigt in der Wohnung, während sie einen undurchsichtigen Lebenswandel führte).«³⁰

»Die Eltern waren laut Schriftverkehr der Jugendhilfe erziehungsuntüchtig, der Vater im Arbeitserziehungslager Bitterfeld. Den Eltern wurde das Erziehungsrecht entzogen, die dauerhafte Heimunterbringung bzw. Adoption beider Kinder wurde angestrebt (Vormundschaft, Meldung Zentralstelle für Adoptionsvermittlung).«³¹

3.2 Einwilligungsfragen

Formale Einwilligungserklärungen, die sich direkt auf die Unterbringung, Förderung oder weitere Behandlung in der Kinderstation im KEH beziehen, lagen den Akten nicht bei.³² Aus den Akten lassen sich lediglich indirekt die Beweggründe der Eltern für die weitere Unterbringung ihrer Kinder erschließen. Die dokumentierte Kommunikation mit den Eltern sowie das Eigeninteresse der Einrichtung, Bewohnerinnen und Bewohner zu verlegen oder zu entlassen, sprechen dafür, dass ein Einverständnis der Eltern bzw. der Erziehungsberechtigten zur Verlegung in das KEH eingeholt wurde, außerdem Kontakte zu den Eltern eher gepflegt und unterstützt als unterbunden wurden. Es fand sich beispielsweise kein Fall im Sample, in welchem die Eltern ihr Kind aus der Einrichtung nahmen:

»Vater zu Besuch gewesen, hat den Jungen bis abends mitgenommen. Fragen von Frl. M., ob er nicht öfter und das ganze Wochenende über mitgenommen werden könne, abschlägig beantwortet.«³³

29 Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten, KEH 006/64.

30 Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten, KEH 003/70.

31 Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten, KEH 020/72.

32 Vgl. zur rechtlichen Problematik der Dauerunterbringung Hottenrott: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR).

33 Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten, KEH 014/71.

»Wurde von ihrer Mutter auf die Station gebracht, lebte sich schnell ein.«³⁴

»Vater hat das Sorgerecht. [...] Er sei damit einverstanden und halte es für den Patienten für das Beste, wenn er in ein Heim komme.«³⁵

»Dauervollmacht. Frau [x] ist berechtigt, meine Tochter [x] zu holen, wann immer sie möchte. Datum, Unterschrift Mutter.«³⁶

Einwilligungserklärungen zu medizinischen Maßnahmen liegen den Akten nicht bei. Weil die Kinder über die KJP im Fachkrankenhaus medizinisch betreut und behandelt wurden, sind diese vermutlich in den Krankenakten dokumentiert.³⁷

3.3 Aufenthaltsdauer, Entlassung

Von den Bewohnerinnen und Bewohnern aus dem Sample blieben zwölf für einige Monate bis zu einem Jahr im KEH, weitere 13 für ein bis drei Jahre, ein Kind für fünf Jahre, ein weiteres für sechs Jahre, zwei für zehn und ein Kind bzw. Jugendlicher für 14 Jahre. Die Kinder bzw. Jugendlichen wurden anschließend entweder ins Elternhaus, mehrheitlich aber in andere Behinderteneinrichtungen (Rehabilitationseinrichtungen), zum Beispiel in das Katharinenstift Berlin³⁸ oder als inzwischen Jugendliche nach Comenius Herrnhut,³⁹ oder auch zurück in das Fachkrankenhaus Herzberge verlegt. Verlegungen fanden teilweise auch im Austausch mit anderen Kindern aus den entsprechenden Einrichtungen statt.

Die kinderpsychiatrische Poliklinik des Fachkrankenhauses war bei Entlassungen und Verlegungen mit federführend. In einem Ausnahmefall setzte sich die KJP nachträglich für ein Hilfsschulaufnahmeverfahren ein:

»Das Kind befindet sich wegen Entwicklungsrückstand seit 1966 in unserer kinderpsychiatrischen Außenstelle im KEH zur Förderung aus sozialer Indikation. Die letzte psychologische Untersuchung ergab Hilfsschulfähigkeit, so daß wir dringend um eine nachträgliche Überprüfung bitten würden, damit die Einschulung des Kindes im September 1971 erfolgen kann. [...] Intellektuell liegt eine leichte Debilität vor, wobei bei dem jetzigen Wissensstand zu beachten ist, daß bislang systematische pädagogische Förderung fehlte.«⁴⁰

³⁴ Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten, KEH 010/64.

³⁵ Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten, KEH 006/64.

³⁶ Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten, KEH 023/66.

³⁷ Vgl. dazu den Abschnitt zu Einwilligungsfragen in: Hottenrott: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR).

³⁸ Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten, KEH 021/73.

³⁹ Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten: KEH 018/64, KEH 027/66.

⁴⁰ Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten, KEH 023/66.

4 Unterbringungsbedingungen und Lebensalltag

Die Akten der Bewohnerinnen und Bewohner enthielten nur wenige Informationen über die Beschäftigung oder Förderung der Kinder und Jugendlichen auf der Station, sondern vorwiegend die medizinische Dokumentation, etwa zu Begleiterkrankungen und Infekten. Allerdings erscheint angesichts der räumlichen Enge ein monatelanger, für einen großen Teil der Kinder jahrelanger Aufenthalt *per se* als unzumutbar.⁴¹ Dabei ist zu beachten, dass sich die Station im 2. Obergeschoss des Hauses befand und ausschließlich begleitet verlassen werden konnte:

»Das Gelände an sich war schön. Aber es war ja schon paradox, dass die pflegebedürftigen Kinder im Obergeschoss untergebracht waren. Da gab es zwar diesen Essensfahrstuhl, und alle Kinder vom KEH kamen schon runter, aber es war wirklich schwierig, die Kinder von oben nach unten zu bekommen. Diejenigen, die einigermaßen laufen konnten, haben lange gebraucht, bis sie unten ankamen, die anderen gingen über diesen Lastenfahrstuhl nach unten, damit sie wenigstens einmal ein bisschen frische Luft kriegen.«⁴²

Die Kinder verließen die Station tagsüber in der Regel nur zum Spaziergang im Gelände, insbesondere diejenigen, die nicht gut oder gar nicht laufen konnten, denn auch Rollstühle gab es zunächst nicht. Weil sie als »nicht bildungsfähig« galten, besuchten sie keine Schule. Fördermaßnahmen im Sinne einer Beschäftigung fanden, wenn überhaupt, in den Räumlichkeiten der Station statt. Den Tagesablauf schilderte eine damalige Mitarbeiterin wie folgt:

»Erst einmal Windeln, täglich Betten machen, Waschen. Windeln wurden vorgereinigt und kamen dann in die Großwäscherei. Wäscheberge ohne Ende, weil die Kinder ja schon groß waren. Ich musste also als Erzieherin alle diese Aufgaben auch übernehmen. Zum Waschen der Kinder gab es einen großen Raum mit drei Wannen, noch nicht einmal eine Dusche, und das war schwer, die Kinder in die Wannen zu kriegen. Das war körperlich sehr schwere Arbeit. Wir waren zu zweit. Immer mit Schülern. Meistens ein Festangestellter und ein Schüler. Das Ganze dauerte zwei Stunden. Die größeren hatten eine Dusche und auch Waschbecken. [...] Intimsphäre gab es nicht. Es war aus heutiger Sicht übervoll, weil es nur diese drei Räume gab. In der Anfangszeit waren auch an den Toiletten keine Türen. Trennwände ja, aber offen. [...] Wir sind jeden Tag einmal raus mit den Kindern. Das war Pflicht, auch wenn es anstrengend für uns war. [...] Die Handwerker haben uns einen viereckigen Wagen gebaut, in den wir vier der Kinder setzen konnten. So konnten wir wenigstens eine Runde durchs Gelände laufen mit ihnen, denn Rollstühle hatten wir

⁴¹ Vgl. Kap. »Einrichtungstyp, Chronologie, innere Struktur«.

⁴² Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Mitarbeiterin der Einrichtung [anonymisiert], 5.11.2019.

ja nicht. [...] Nach dem Waschen gab es Frühstück. Die Schnitten kamen aus dem KEH und wurden geschmiert, und die Kinder wurden gefüttert oder aßen selbst, je nachdem. Dann gingen wir immer abwechselnd mit den Kindern raus, alle auf einmal ging nicht. Ansonsten hat man den Tag auf der Station abgesehen, wenn das Wetter schlecht war beispielsweise. Da war anfangs nicht viel mit Beschäftigung.»⁴³

Die Minderjährigen wurden »zur weiteren Förderung« in die Kinderstation eingewiesen, die aber personell durchgängig unterbesetzt war. Es fehlte außerdem ausgebildetes Fachpersonal.⁴⁴ Es gab lediglich zwei feste Stellen und eine hohe Personalfuktuation. Der Ausbildungsstand war noch gering. Die Schwesternschülerinnen kamen aus der Krankenpflegeschule des KEH. Die leitende Krankenschwester war nicht für die Psychiatrie ausgebildet oder psychiatriee erfahren.⁴⁵ Während im Fachkrankenhaus das Pflegepersonal wegen Erziehermangel pädagogische Aufgaben mit übernehmen mussten, verhielt es sich in der Kinderstation des KEH offenbar umgekehrt: Pädagogisches Personal übernahm pflegerische Aufgaben (z. B. Baden). Personalmangel herrschte in beiden Richtungen gleichermaßen.⁴⁶ Die Akten enthalten dabei nur wenige Angaben über den täglichen Umgang mit den Bewohnerinnen und Bewohnern der Station. Ein Aufnahmebericht sowie folgende Einträge zu einer Patientin vermitteln zumindest einen Eindruck. Erziehung zur Selbständigkeit in den grundlegendsten Tätigkeiten wie Anziehen, Körperpflege und Essen sowie zu Sauberkeit, Ordnung und Einordnung in die Gruppe sind die wesentlichen Aspekte, die der Bericht über die Entwicklung und das Verhalten des Mädchens festhält:

»Aufnahmebericht 1964: [x] kam von Haus 11 zu uns, sie hatte dort schon allerlei gelernt, aß Brot selbständig und konnte auch den Löffel führen. Sie lebte sich sehr schnell ein und eroberte sich bald durch ihr fortwährendes ›Helfen wollen‹ die Herzen der Schwestern. Sie lernte sehr schnell, wem die Schuhe gehörten, ... und brachte sie den Schwestern. [...] Beim regelmäßigen Topfen wurde sie tagsüber sauber, doch war die Sauberkeit während des Mittagsschlafes vorbei. [...] Aktennotiz: [x] hat in der Sauberkeit Fortschritte gemacht. Sie braucht keine Windeln mehr und geht oft auf's Töpfchen. [...] Aktennotiz: Bei [Name] ist die Sauberkeit erreicht. Sie sorgt auch sehr für Sauberkeit im Zimmer. Wenn im Zimmer mal etwas aus dem Töpfchen verschüttet wird, ist sie sofort mit einem Lappen da und wischt es auf. [...] [x] ist auch sehr eifrig im Töpfchen tragen. Sie weiß auch genau, welche Schuhe wem gehören.«⁴⁷

43 Ibid.

44 Vgl. auch Kap. »Einrichtungstyp, Chronologie, innere Struktur«.

45 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Mitarbeiterin der Einrichtung [anonymisiert], 5.11.2019.

46 Vgl. auch Hottenrott: Städtisches bzw. Fachkrankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR), 22 ff.

47 Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten, KEH 025/64.

Seit den 1970er Jahren wurde zunehmend eine sinnvolle und zugewandte Förderung und Beschäftigung aller Kinder für notwendig gehalten. Es setzte in diesem Sinne ein Bewusstseinswandel ein, der allerdings mit Blick auf räumliche, materielle und personelle Grenzen den Anstaltsalltag eher in kleinen Schritten erreichte. Fachlich standen besonderer Zuwendungs- und Förderungsbedarf außer Frage. Das spiegelt beispielsweise das Schreiben eines Stationsarztes am KEH zu einem Sorgerechtsentzug aus dem Jahr 1983 wider. Er wies darin auf den besonderen Förderungsbedarf des Kindes und die Schädigung durch Unterlassung hin:

»Da für ein hirngeschädigtes Kind, um das es sich hier vermutlich handelt, besonders intensive Pflege und Beschäftigung aufgebracht werden müssen, um das mangelnde Interesse des Kindes an der Umwelt auszugleichen und ihm optimale Entwicklungsbedingungen zu bieten, kann Unterlassung auf diesem Gebiet als Behinderung der Entwicklung, d. h. als Schädigung des Kindes aufgefaßt werden, die nur schwer wieder ausgeglichen werden kann.«⁴⁸

5 Einsetzender Wandel hin zu individuellen Rechten

»Viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren nur vorübergehend da, denn sie standen quasi auf der ›Abschussliste‹, weil sie nicht systemkonform waren. [...] Zum Teil war es schade für die Kinder, wenn sie wieder gingen. Die Station war irgendwie Auffangort für Personen, die in staatlichen Einrichtungen und Betrieben keinen Job mehr bekamen (Ausreiseantragsteller, relegierte Medizinstudenten, Theologiestudenten, die zum Praktikum da waren, Künstler).«⁴⁹

Eine befragte ehemalige Mitarbeiterin berichtete, dass sich seit Mitte der 1970er Jahre die Situation auf der Station langsam lockerte: Jugendliche durften die Station eigenständig verlassen, es wurden Reisen an die Ostsee unternommen und man bemühte sich, die Kinder trotz schwieriger Rahmenbedingungen besser zu fördern und auch in den Alltag zu integrieren und ihnen nicht mehr alles vorzusetzen:

»Als ich kam, wurden nur die Großen beschäftigt. Mit ihnen wurden auch Spiele gemacht, oder es wurde getöpft. Ich habe das übernommen und erweitert. Im Laufe der Jahre haben wir Dinge verändert. Bei den Großen habe ich erstmal die Schließerei abgeschafft. Die hatten auch ein Recht darauf, die Station zu verlassen, und durften auch

⁴⁸ Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten, KEH 003/70.

⁴⁹ Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Mitarbeiterin der Einrichtung [anonymisiert], 5.11.2019.

mal alleine raus. Das war zunächst ungewohnt, auch für die Jugendlichen. Aber es gab die Möglichkeit. Wir sind auch regelmäßig an die Ostsee gefahren, nach Zinnowitz [auf Usedom; Anm. L.H.], schon Ende der 1970er Jahre. In dieser Zeit wurde dann in der Station umgebaut. Es entstand eine neue Raumaufteilung, die wir gemeinsam erarbeitet hatten. Die Räume wurden so aufgeteilt, dass es einen separaten Schlaf- und Tagesraum gab. Die ganz Großen bekamen richtig Holzbetten und auch keine Gummilaken mehr. Die Einrichtung wurde besser, es wurde etwas gemütlicher, mit Sitzcouch und Fernseher. Schwierig war es bei den etwas Aggressiven, aber auch hier bemühte man sich, ihnen wenigstens Bälle oder anderes Spielzeug zu beschaffen, denn sie saßen ja ansonsten den ganzen Tag da mit ihrem Hospitalismus. Die Kleinen bekamen Spielzeug, und auch sie wurden zumindest stundenweise beschäftigt. Abschließen mussten wir hier zwar weiterhin, aber es veränderte sich langsam. [...] Es gab keine [festen] Besuchszeiten. Wer kam, der kam. Das war in Ordnung. Die Arbeitsatmosphäre war gut. Wir hatten viele Freiheiten, die Dinge neu zu gestalten.»⁵⁰

Die Befragte berichtete außerdem, dass zwei Mädchen in der späteren Zeit einen sogenannten Rehabilitanden-Status hatten und deshalb auf der Station mitarbeiteten: Sie hätten beispielsweise Küchenarbeiten erledigt oder die Kinder mit betreut. Ein weiterer Bewohner habe in der Großküche des Königin-Elisabeth-Hospitals gearbeitet und war demnach außerhalb der Station tätig. Das scheinen aber eher Ausnahmen gewesen zu sein.⁵¹ Punktuell spiegelt sich ein solcher Wandel auch in den Stationsakten, in denen sich Hinweise auf Unternehmungen, Reisen oder die bessere Förderung der Kinder finden (z. B. eine Postkarte aus dem Ferienlager). Die einzelnen Beschäftigungs- und Fördermaßnahmen auf der Station sind in den eingesehenen Akten jedoch nicht dokumentiert. Gesichtete Fotos aus Alben ehemaliger Mitarbeiterinnen vermitteln allerdings einen zugewandten Eindruck. Zu sehen sind Kinder und Personal bei gemeinsamen Aktivitäten auf der Station, wie Basteln, Kochen, Gitarre spielen, Fotografieren, und auch draußen auf dem Spielplatz oder beim Spaziergang auf dem Gelände. Die Aufnahmen erwecken insgesamt den Eindruck, dass sich das Personal bemühte, die Kinder zu beschäftigen und ihnen auch Nähe und Interesse entgegen zu bringen.⁵²

Es fällt allerdings zugleich auf, dass kritikwürdige Unterbringungsbedingungen und unzureichende Förderung im KEH weiterhin den Schriftverkehr mit den Behörden dominierten, wie in diesem Fall in einem Schreiben an die Abteilung Gesundheit im Magistrat, mit dem die Verlegung des Kindes in eine andere Fördereinrichtung erreicht werden sollte: »Die Bedingungen der Kinderpsychiatrischen Abteilung des KEH wirken sich auf die Entwicklung des Kindes erheblich negativ aus, da die örtlichen und per-

⁵⁰ Ibid.

⁵¹ Ibid.

⁵² Historisches Archiv am KEH, Bildarchiv.

sonellen Gegebenheiten der Kinderabteilung keinesfalls dem Entwicklungsstand und der weiteren Entwicklung des Kindes dienen. [...] Das Kind wurde schon wegen der psychischen Situation zu einer 4-wöchigen Kur an die Ostsee, die die ältere Gruppe der Kinderabteilung unternommen hat, mit Zustimmung der Mutter verschickt.«⁵³

6 Medizinisch-therapeutischer Bereich

6.1 Arzneimittel

Die Kinderstation am KEH wurde psychiatrisch durch das Fachkrankenhaus Herzberge betreut. Da fast alle Kinder aus dem Fachkrankenhaus in die Kinderstation des KEH eingewiesen wurden, war die Pneumenzephalographie in der Regel bereits erfolgt.⁵⁴ Die Untersuchung ist in den beiliegenden Epikrisen des Fachkrankenhauses in einem Drittel der Akten (11) belegt (N=34).⁵⁵

Im Fachkrankenhaus wurden dementsprechend auch Medikamente verordnet (Psychopharmaka, Antiepileptika, Hormonpräparate), für deren Verabreichung dann die Stationsschwester im KEH zuständig waren. Sie dokumentierten beispielsweise auch das Anfallsgeschehen und schalteten bei Bedarf das Fachkrankenhaus ein, das laut Vertrag regelmäßig Kontrolluntersuchungen durchführen musste. Eine Überwachung der Medikation war dadurch gewährleistet. Die Behandlungsberichte liegen den Akten bei:

»Der siebenjährige [x] wurde 1967 aus der KJP Herzberge in die Kinderstation des KEH verlegt. Nach Anordnung der Chefärztin Blumenthal erhielt er täglich 3 × 1 Drg. Propaphenin, 3 × 1 Drg. Prothazin und 3 × 2 Lepinaletten.«⁵⁶

Handschriftliche Dokumentation Anfälle: »13.4. 7:00, 15.5. 5:30, 21.5. 2:30, 25.5. 6:00 große Anfälle. Gespräch mit Fr. Chefarzt Dr. Blumenthal: Phenytoinstoß: 1. Tag 5 × 1, 2. Tag 4 × 1, 3. Tag 3 × 1 und weiter 3 × 1 Phenytoin bis zur EEG-Kontrolle. Unterschrift, 28.5.1969.«⁵⁷

In einer Akte waren außerdem handschriftliche Hinweise für den Notfall an das Pflegepersonal festgehalten:

53 Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten, KEH 016/76.

54 Vgl. Hottenrott: Städtisches Krankenhaus Herzberge, LE KJP (DDR).

55 Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten: KEH 001/69, KEH 003/70, KEH 004/67, KEH 006/64, KEH 07/66, KEH 011/66, KEH 013/63, KEH 015/67, KEH 018/64, KEH 023/66, KEH 025/64, KEH 026/63.

56 Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten, KEH 033/67.

57 Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten, KEH 031/68.

»Ein Anfall pro Tag, der ohne Verletzungen o. ä. Komplikationen verläuft, ist nicht beängstigend. Mehrere Anfälle an einem Tag mit mehreren Stunden Zwischenraum in denen er wieder gespielt hat, sind auch nicht besonders gefährlich. Bekommt er 2 oder mehr Anfälle hintereinander, ohne wieder zum Bewußtsein zu kommen, soll ein Arzt gerufen werden. Bis er wieder bei besserem Bewußtsein ist, muß er in jedem Fall in stabiler Seitenlage gelagert werden.«⁵⁸

Es fanden sich vereinzelt Hinweise auf die Verordnung von Psychopharmaka oder Hormonen⁵⁹, die eher auf die disziplinierende Wirkung der Arzneimittel abzielten, etwa 1971:

»Klage über besonders erethisches Verhalten, das [sic.] angesichts der schlechten personellen Besetzung der Station sehr unangenehm und negativ für die Gruppensituation empfunden wird. (Fenster aus dem Rahmen gerissen usw.). Rücksprache mit Frau Chefarzt Blumenthal: Kontakt zur Mutter wurde aufgenommen. Sedierung mit 3 × je 1 Drg. Prothazin und Propaphenin.«⁶⁰

Der Fall eines Bewohners sticht nicht nur durch die sehr lange Aufenthaltsdauer (mehr als zehn Jahre), sondern auch durch die jahrelange Medikation hervor. Es handelte sich um einen Jungen, der als kleines Kind aus einem Durchgangsheim verlegt wurde und erst nach einigen Jahren, als inzwischen Jugendlicher, durch unerwünschtes, laut Krankengeschichte widersetzliches Verhalten, auffiel.⁶¹ Als ursächlich kommen deshalb auch die Unterbringungsbedingungen (räumliche Enge, fehlende Intimsphäre, unzureichende Beschäftigung) und die neuroleptische Behandlung in Betracht (Anstaltsartefakt).⁶² Die Grenze zwischen Therapie und Disziplinierung erscheint fließend.

Laut Akte wurden im Alter von neun Jahren nach mittlerweile sechs Jahren auf der Station erstmals psychomotorische Erregungszustände beobachtet, die »medikamentös zwecks Gruppenintegration« »behandelt werden mussten«.⁶³ Er erhielt zunächst Haloperidol. Weil sich die Bewegungsunruhe unter der Medikation verstärkte, erhielt er jeweils 3 × 1 Tabletten Propaphenin® und Prothazin®, was ihn laut Akte deutlich beruhigt habe. Erst sieben Jahre nach seiner Erstaufnahme wurde er offenbar in einer Einzelbeschäftigungstherapie im Fachkrankenhaus gefördert, deren Wirkung als positiv eingeschätzt wurde, so dass er zur weiteren Förderung in eine Kleingruppe eingegliedert wurde. Bei dem inzwischen 14-Jährigen wurde dann allerdings ein »ungestörtes Antriebsverhalten mit Gereiztheit und Widersetzlichkeit auf Anforderungen« festgestellt, weshalb »Lyo-

58 Ibid.

59 In zwei Fällen aus dem Aktensample wurde das Antiandrogen Androcur® (Cyproteronacetat) verabreicht.

60 Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten, KEH 001/69.

61 Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten, KEH 003/70.

62 Ibid.

63 Ibid.

rocin-Depot mit zunächst gutem Erfolg«, außerdem das Hormonpräparat Androcur® verabreicht wurden.⁶⁴ Bald darauf wurde offenbar festgestellt, dass er halluzinierte, und zwar sowohl optisch als auch akustisch, weshalb er zusätzlich wieder neuroleptisch mit Propaphenin, Prothazin (3 × 1 Tabl.) und Chlorprothixen (3 × 1 Tbl.) behandelt wurde. Weil keine Besserung eintrat, wurde schließlich das Absetzen aller Medikamente erwogen, letztlich aber abgelehnt, da diese Möglichkeit »auf der kinderpsychiatrischen Station des KEH bei überwiegend nicht medizinischem Personal« als »nicht vertretbar« erschien.⁶⁵ Schließlich wurde der inzwischen 17-Jährige in das Fachkrankenhaus zurückverlegt. Später wurde er in weitere Einrichtungen der Behindertenhilfe verbracht.⁶⁶

Als anderes Beispiel für eine grenzüberschreitende Medikation ist angesichts der räumlichen Situation – also die gemischtgeschlechtliche Gruppenunterbringung von Jugendlichen ohne Rückzugsmöglichkeiten – ist auch die vorbeugende medikamentöse Unterbindung sexuellen Verhaltens hervorzuheben, die in einer weiteren Akte belegt ist:

Beispiel (1977): »Verordnung Androcur 3 × 1/2 [...] [...] . Da gemischte Gruppe, wird prophylaktisch hormonelle Unterbindung vorgeschlagen.«⁶⁷

6.2 Medizinische Zwangsmaßnahmen

Hinsichtlich der Durchführung von Schockbehandlungen oder klinischen Studien fanden sich keine Hinweise. Auch Strafmaßnahmen oder Zwangsbehandlungen lassen sich anhand der eingesehenen Akten des KEH nicht belegen. Es fanden sich lediglich zwei Hinweise auf Fixierungen durch Anbinden, die in einweisenden Heimen erfolgt waren. Die beiden Beispiele dokumentieren, dass Kinder auch dauerhaft in Einrichtungen angebunden wurden, und verweisen zugleich auf den Wandel rechtlicher Rahmenbedingungen. Im ersten Fall von 1972 war formal eine Verordnung der zuständigen Kinderärztin eingeholt worden:

Beispiel (1972), Aktennotiz, Ärztin, Ambulatorium Friedrichshagen: »[x] ist sehr unruhig und muss deshalb am Bett angegurtet werden.«⁶⁸

Beispiel (1972), Schreiben Dauerheim Emmrichstraße 51, 1972: »Von unserer Krippenärztin mußten wir uns schriftlich bescheinigen lassen, daß [x] im Bett und bei der Benutzung der Toilette angebunden werden muß (mit einem Laufgurt aus Leder).«⁶⁹

64 Ibid.

65 Ibid.

66 Ibid.

67 Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten, KEH 018/64.

68 Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten, KEH 020/72.

69 Ibid.

Beispiel (1972): »Hiermit geben wir die Erklärung ab, daß wir die Verantwortung ablehnen, wenn das Kind [x] aus dem Bett fällt und sich ernsthafte Verletzungen zuzieht. Jegliches Anbinden ist bekanntlicherweise verboten und hätte auch keinen Zweck. Unterzeichnet Heimpersonal.«⁷⁰

70 Historisches Archiv am KEH: Kinderstation am KEH, Krankenakten, KEH 021/73: Die Heimleiterin hatte die Einweisung des Jungen in das Kinderkrankenhaus Lindenhof als »Dauerlieger« beantragt.

XVI Kinder- und Jugendpsychiatrische Station der Universitätsnervenklinik Halle/Saale

Christof Beyer

Inhalt

1	Einrichtungstyp und Quellenbasis	773
2	Historische Entwicklung der Einrichtung	774
3	Räumliche Beschaffenheit und materielle Ressourcen	774
4	Sozialprofil der Kinder und Jugendlichen und ihre Wege in die Einrichtung	776
5	Pädagogik und Lebensalltag	779
6	Medizinisch-therapeutischer Bereich	787
7	Medikation	789
8	Literaturverzeichnis	792

1 Einrichtungstyp und Quellenbasis

Die kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung der Universitätsnervenklinik Halle/Saale (KJPUH) wurde 1968 nach langwierigen Bemühungen des Klinikleiters Karl Pönitz und seines Nachfolgers ab 1958, Helmut Rennert, in der umgebauten ehemaligen Direktorenvilla der Universitätsklinik mit etwa 30 Behandlungsplätzen eröffnet. Die Abteilung arbeitete sowohl eng mit der Abteilung Volksbildung der Stadt Halle zusammen als auch mit der Klinik für Kinderpsychiatrie des Bezirkskrankenhauses Halle/Saale.¹ Die vom Oberarzt Bernhard Dober und der Psychiaterin Erdmuthé Fikentscher geleitete Abteilung wurde als »überwiegend psychotherapeutisch konzipierte Einrichtung geführt«.² Wie sich ein ehemaliger Mitarbeiter erinnert, war die KJPUH »eine der [...] im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bericht der DDR arbeitenden besonderen Einrichtungen, mit diesem psychodynamischen Touch«.³

Die Auswertung beruht auf einer strukturierten Stichprobe von 109 Patientinnen- und Patientenakten der Abteilung aus dem Zeitraum 1968-1990. Die Akten befinden sich heute im Archiv der Klinik.⁴ Da insgesamt der Kenntnisstand zur Ausstattung und Praxis der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung der Universität Halle im Untersuchungszeitraum gering ist, wurde eine Umfeldrecherche im Universitätsarchiv Halle/Saale (Unterlagen der Medizinischen Fakultät), im Landesarchiv Sachsen-Anhalt (Standort Merseburg, Bestände Bezirk Halle), im Bundesarchiv Berlin-Lichterfelde (Bestand DQ1, Ministerium für Gesundheitswesen der DDR) sowie der Außenstelle Magdeburg des Bundesbeauftragten für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik durchgeführt. Leider ergaben sich hieraus nur wenige weitere Erkenntnisse über das aus den Patientinnen- und Patientenakten Ermittelte hinaus, so dass vieles über die konkreten Rahmenbedingungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung noch im Unklaren ist und weiterer Recherchen bedarf.

1 ZIMMERMANN (1993), 28, 35 f.

2 FINKENTSCHE/HENNING (2011), 393.

3 Interview von Christof Beyer mit dem ehemaligen Mitarbeiter P.P. [anonymisiert], 14.10.2019, 1:24:34-1:24:56.

4 In diesem Bericht wird, sofern vorhanden, die Originalsignatur der Patientinnen- und Patientenakten der KJPUH zitiert.

2 Historische Entwicklung der Einrichtung

Die Etablierung kinder- und jugendpsychiatrischer Universitätskliniken in der DDR nahm ihren Anfang mit der Einrichtung einer entsprechenden Abteilung 1952 in Jena unter der Leitung des dortigen Ordinarius für Psychiatrie und Neurologie, Rudolf Lemke. In den folgenden Jahren entstanden weitere kinderpsychiatrische Abteilungen und Dozenturen in Rostock, Berlin, Leipzig und Magdeburg.⁵ Helmut Rennert habilitierte sich an der Universität Jena und erhielt dort 1956 die erste Professur mit Lehrauftrag für Kinderpsychiatrie in der DDR, bevor er 1958 auf den Lehrstuhl für Psychiatrie und Neurologie der Universität Halle/Saale wechselte. In dieser Funktion setzte er sich für die Einrichtung einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station ein und förderte »psychotherapeutische Bestrebungen« an der Universitätsklinik.⁶

Nachdem bereits ab 1961 eine »psycho-pädiatrische Abteilung« an der Universitäts-Kinderklinik existierte,⁷ standen ab 1965 Pläne für einen Neubau für die Kinderpsychiatrie im Raum.⁸ Dieser wurde nicht realisiert, stattdessen wurde auf Rennerts Vorschlag zurückgegriffen, »notfalls« die ehemalige Direktorenvilla⁹ mit dem umliegenden Gelände für eine neue kinderpsychiatrische Abteilung zu nutzen, die dann 1968 eröffnet wurde.

3 Räumliche Beschaffenheit und materielle Ressourcen

Über die räumliche Beschaffenheit und die materiellen Ressourcen der KJPUH liegen nur spärliche schriftliche Informationen vor. Während die vorhandenen Bestände im Universitätsarchiv Halle vor allem Auskunft über die Planungen im Vorfeld der Abteilungseröffnung geben, finden sich im Bundesarchiv Berlin überwiegend Unterlagen zu den Institutionen der allgemeinen Versorgung für Minderjährige mit psychischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen im Bezirk Halle. Auch die wenigen im Landesarchiv Sachsen-Anhalt vorhandenen Unterlagen bieten nur wenige Informationen zur KJPUH und enthalten lediglich sporadische Hinweise auf die psychiatrische Versorgungssituation im Bezirk.

⁵ Die Universitätsklinik Rostock mit ihrem Leiter Gerhard Göllnitz nahm dabei für die DDR eine »führende« Stellung ein. Vgl. HÄSSLER (2017).

⁶ KUMBIER (2010).

⁷ Universitätsarchiv Halle (UAH): Rep. 29, Nr. 525.

⁸ ZIMMERMANN (1993), 26 f.

⁹ UAH: Rep. 29, Nr. 427.

Nach den Beschreibungen eines ehemaligen Mitarbeiters verfügte die in der ehemaligen Direktorenvilla untergebrachte KJPUH über fünf bis sechs große Schlafräume, in denen die minderjährigen Patientinnen und Patienten geschlechtergetrennt untergebracht waren. Im Erdgeschoss befanden sich neben Räumen für den Oberarzt und die Stationsschwester ein »Schulzimmer« sowie ein Aufenthalts- und Spielraum mit Spielzeug für die Kinder sowie ein weiterer großer Saal, in dem ebenfalls gespielt werden konnte und in dem auch die Mahlzeiten eingenommen wurden. In jeder Etage waren Bäder und Toiletten vorhanden, im Dachgeschoss gab es neben weiteren Personalräumen zwei »Mehrzweckräume«, die für die Therapie und als Gruppenräume genutzt wurden. Außerdem gehörte zu der KJPUH ein großer Garten mit Veranda, in dem die Kinder spielen konnten.¹⁰

Zum Personal der Station gehörten neben dem Pflegepersonal ein Oberarzt, ein Stationsarzt, ein Assistenzarzt, Stationspsychologen sowie psychologische Praktikanten. Unterstützt wurden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch etwa zwei bis drei Erzieherinnen, die von der »Sonderschule für Verhaltensgestörte« der Stadt Halle gestellt wurden, um mit den Kindern Beschäftigungstherapien durchzuführen oder ihnen bei der Erledigung der Schulaufgaben zu helfen.¹¹

Die kinderpsychiatrische Abteilung konnte – wie auch die Kinderpsychiatrie des Bezirkskrankenhauses (BKH) der Stadt – im Rahmen eines Kooperationsvertrages für die Diagnostik auf die apparativen Ressourcen der Universitätsklinik zurückgreifen. Dazu gehörten die Möglichkeit zu EMG-Untersuchungen, EEGs, Röntgen- und Liquordiagnostik sowie zu biochemischen Untersuchungen bei Stoffwechselerkrankungen des zentralen Nervensystems. Ab Mitte der 1970er Jahre standen zudem Optionen zur Angiographie und Myelographie zur Verfügung.¹² Nach Beschreibungen eines ehemaligen Mitarbeiters wurden – allerdings selten – Liquorentnahmen durch den Oberarzt auf der KJPUH durchgeführt, Pneumenzephalographien allerdings in der Neurologischen Abteilung der Universitätsklinik, da die kinderpsychiatrische Station über keine »neurologischen Instrumentarien« verfügte.¹³

Der psychotherapeutische Schwerpunkt der Station zeigte sich laut mehrerer Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenberichte durch »tiefenpsychologisch-psychodynamische« Ansätze bei der Symptominterpretation und in der »unorthodoxen Kombination« verschiedener Verfahren, die von Hypno- und Suggestionstherapie bis hin zum Kata-

10 Interview von Christof Beyer mit dem ehemaligen Mitarbeiter P.P. [anonymisiert], 14.10.2019, 57:29-1:00:17.

11 Interview von Christof Beyer mit dem ehemaligen Mitarbeiter P.P. [anonymisiert], 14.10.2019, 01:32-01:53, 03:54-04:17.

12 ZIMMERMANN (1993), 36.

13 Interview von Christof Beyer mit dem ehemaligen Mitarbeiter P.P. [anonymisiert], 14.10.2019, 36:09-36:44, 38:06-38:28.

thymen Bilderleben reichten.¹⁴ Dies bildete sich auch im untersuchten Sample ab (vgl. Kap. 6). Des Weiteren konnte in der Abteilung auf die Möglichkeit zur Sonderbeschulung zurückgegriffen werden (vgl. Kap. 5).¹⁵

Nachdem wie oben geschildert ein Neubau für die KJPUH ausblieb, schien sich bis in das Jahr 1989 wenig an den schlechten baulichen Rahmenbedingungen für deren Betrieb zu ändern. So schrieb Helmut F. Späte, der von 1984 bis 1993 amtierende Direktor der Universitätspsychiatrie Halle, an den Direktor des Wilhelm-Griesinger-Krankenhauses in Berlin im November 1989, dass sich die Nervenklinik baulich »in einem ruinösen Zustand« befände und auf den Stationen »hoffnungslose Enge« herrsche.¹⁶

In diesem Zeitraum monierte auch der Chefarzt der Klinik für Kinderpsychiatrie des Stadtkrankenhauses Halle, Horst-Dieter Petermann, gegenüber dem Rat des Bezirks, dass sein Schreiben mit dem Betreff »Probleme der kinderpsychiatrischen Versorgung im Bezirk Halle, Vorschläge zur Verbesserung« von 1983 ohne Reaktion geblieben sei und sich seitdem die Situation noch weiter verschlechtert habe. Besonders in der Stadt Halle sei die Situation »unerträglich«, so Petermann im Oktober 1989.¹⁷ In diesem Jahr waren 20 von 188 Betten der Universitätsnervenklinik für die Kinderneuropsychiatrie vorgesehen.¹⁸

4 Sozialprofil der Kinder und Jugendlichen und ihre Wege in die Einrichtung

Die Unterbringung von »bildungsunfähigen« Kindern mit geistigen Behinderungen und psychischen Erkrankungen im zeitlichen Umfeld der Eröffnung der Abteilung in Halle stieß nicht nur im gleichnamigen DDR-Bezirk, sondern im gesamten Land auf gravierende Hindernisse und war auch ein wiederkehrender Gegenstand von Eingaben an das Ministerium für Gesundheitswesen.¹⁹ Bereits kurz nach seinem Dienstantritt in Halle bemängelte Rennert gegenüber dem Ministerium, dass in den bisherigen eineinhalb Jahren seines Direktoriums in der Universitätsnervenklinik nicht ein Patient bzw. eine Patientin in das Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie in Bernburg verlegt werden konnte, da diese Einrichtung immer »restlos [...] abgesättigt« sei. Die Universitätsnervenklinik sei »immer mehr von chronischen Krankheitsfällen verstopft, die in einem Anstaltsumfeld viel besser gefördert werden könnten, während wir wiederum die von

¹⁴ FINKENTSCHE/HENNING (2011), 393 f.

¹⁵ Vgl. dazu auch ZIMMERMANN (1993), 36.

¹⁶ Landesarchiv Sachsen-Anhalt, Standort Merseburg (LASA MER): M 501, Nr. 8121.

¹⁷ LASA MER: M 501, Nr. 8121.

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Bundesarchiv (BArch) Berlin: DQ1, Nr. 1683, 2447, 23059, 21602, 22109.

uns sinnvoll zu behandelnden akuten Kranken nicht aufnehmen können«. Eine Entlastung der Klinik hielt Rennert 1960 ebenfalls für notwendig, da »in unserer veralteten Klinik umfangreiche Instandsetzungsarbeiten begonnen haben, welche zwangsläufig mit der vorübergehenden Schließung von Stationen einhergehen«. ²⁰ 1964 wurden die Missstände bei der »Unterbringung und Förderung der bildungsunfähigen und der bedingt bildungsfähigen Kinder und Jugendlichen im Bezirk Halle« moniert: »Die gesamte Situation auf diesem Gebiet entwickelt sich zu einem sozialen und damit zu einem politischen Problem. Außerdem haben auch diese Kinder einen Anspruch auf das verfassungsmäßige Recht der Bildung entsprechend ihren Möglichkeiten, wie jedes gesunde Kind.« ²¹ Auch der damalige Bezirkspsychiater und Leiter des Bezirkskrankenhauses für Psychiatrie in Bernburg, Jochen Quandt, hielt 1966 für den Bezirk Halle fest:

»Jeder Kreis gibt zum Ausdruck, wieviel Zeitaufwand, öffentliche Kosten, Ärger und Verdruß die fehlenden Heimplätze für Dauerunterbringungen bildungsunfähiger Kinder hervorrufen. Oft werden die Betriebe in diese Auseinandersetzungen mit einbezogen. Oftmals müssen die Mütter aus dem Arbeitsprozeß ausscheiden, um die nicht unterzubringenden Kinder zu versorgen.« ²²

Insofern bildet die Untersuchung der KJPUH im Rahmen der Ressourcen des Forschungsauftrags nur einen kleinen und speziellen Teil der Versorgung ab. Dieser betrifft weniger die Langzeitunterbringung von Minderjährigen mit psychiatrischen Erkrankungen und/oder geistigen Behinderungen als die diagnostische Abklärung und Kurzzeitbehandlung psychisch auffälliger Minderjähriger sowie die Beurteilung von geistigen Entwicklungsmöglichkeiten bzw. der Schulfähigkeit als Hauptaufgaben der KJPUH.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten des Samples betrug rund 40 Tage. Die allermeisten Mädchen und Jungen kamen dabei von zuhause (90 Prozent); nur in Einzelfällen erfolgte die Überweisung aus einem Krankenhaus oder einer Fürsorgeeinrichtung (5 Prozent), darunter ein Hilfsschulheim ²³ und ein Kinderheim ²⁴. Die Überweisung aus dem Kinderheim wurde 1976 im Rahmen der psychologischen Betreuung eines achtjährigen Heimkindes vorgenommen, das beim Schulbesuch durch »Konzentrationschwäche« und »Leistungsabfall« auffiel. ²⁵ Der elfjährige Bewohner eines Hilfsschulheims wurde 1971 vom Fachbereich Beratungswesen der Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen des Rats der Stadt Halle aufgrund

20 BArch Berlin: DQ1, Nr. 21602.

21 LASA MER: M501, Nr. 9644.

22 LASA MER: M527, Nr. 268.

23 Klinikarchiv Halle/S.: 1036/71. Im Folgenden wird bei den Signaturen der Patientinnen- und Patientenakten das Archiv nicht zusätzlich angegeben. Sofern nicht anders vermerkt, befinden sich diese im Klinikarchiv Halle/Saale.

24 KJPUH: 1233/76.

25 Ibid.

von aggressiven Auffälligkeiten infolge epileptischer Anfälle, »Verstimmungszuständen, Reizbarkeit und Unzufriedenheit« zur Prüfung der Einweisung in ein Hilfsschulheim für »Verhaltensgestörte« überwiesen.²⁶

Den Großteil der Überweisungen tätigten ambulante Stellen wie Polikliniken und Kinderärztinnen und -ärzte (65 Prozent) sowie staatliche Stellen (17 Prozent).

Entsprechend dem in den Teilstudien zur Pfälzischen Nervenklinik Landeck, der Bonner Kinderpsychiatrie sowie zur Kinderabteilung Kaufbeuren verwendeten Schema²⁷ können die aufgenommenen minderjährigen Patientinnen und Patienten anhand des elterlichen Berufes sozialen Milieus zugerechnet werden. Allerdings ist eine Übertragbarkeit des Modells auf die spezifischen gesellschaftlichen Verhältnisse der DDR problematisch.

1. Unterschicht (arbeitslos, arbeitsunfähig, ungelernt, Landarbeiter, Arbeiter, Kleinbauern). In diese Kategorie fallen 28 Prozent des Samples.
2. Mittelschicht (Handwerker, kleine Angestellte/Beamte, Kaufleute, Wirte, mittlere Beamte/Angestellte, Vollbauern). 50 Prozent der Kinder zählen zu dieser Kategorie.
3. Oberschicht (mittlere Unternehmer, gehobene Beamte/Angestellte, Akademiker). Diesen Hintergrund erfüllten 16 Prozent der Kinder.

Etwa 14 Prozent der Minderjährigen im Sample besuchten vor Aufnahme einen Kindergarten oder eine Krippe, über 72 Prozent die Polytechnische oder Erweiterte Oberschule. Neun Prozent erhielten Unterricht in einer Sonderschule, bei nur vier Prozent der minderjährigen Patientinnen und Patienten im Sample war der Schulbesuch bereits abgeschlossen oder hatte nie stattgefunden.

Die Überweisungen in die KJPUH wurden bei rund 65 Prozent der Fälle des Samples von ambulanten Stellen veranlasst. Bei 17 Prozent der gesichteten Patientinnen- und Patientenakten übernahmen die Überweisung staatliche Behörden wie das Gesundheitsamt oder die Jugendfürsorge. Bei 12 Prozent der Überweisungen war die Initiative Angehöriger deutlich zu erkennen, oder sie geschah auf Veranlassung von nicht-psychiatrischen Krankenhäusern oder von Bildungs- und Betreuungseinrichtungen. In nur einem Fall ergibt sich aus der Dokumentation die Anwendung eines gewissen Zwangs bei der Aufnahme:

»[...] Pat. in Begleitung der Eltern hierher gebracht, da Pat. sich einer stat. Behandlung widersetzte. Eine Kontaktaufnahme bei einem vorausgehenden Hausbesuch sei kaum möglich gewesen, bzw. nur dadurch, daß sich [der Behandler; Anm. C. B.] vor die Wohnzimmertür stellte, durch die der [...] Pat. verschwinden wollte. [...] Jetzt während der Herfahrt sei ein Gespräch möglich gewesen. (Es war auch kein brachialer Zwang notwendig.)«²⁸

²⁶ KJPUH: 1036/71.

²⁷ BEDDIES/DÖRRRIES (1999), 329.

²⁸ KJPUH: 903/78.

Gelegentlich mussten auch die Eltern bei Aufnahme ihrer Kinder noch vom Klinikaufenthalt überzeugt werden, wie folgendes Beispiel zeigt:

»[Die Eltern] kamen mit den größten Vorbehalten, »da hier ja wohl die Kinder von Trinkern, Zuchthäuslern u. Asozialen sind«. Es war sehr mühsam das Vertrauen der Eltern zu gewinnen. Der Vater beabsichtigte, die Tochter nach Hause zu nehmen u. sie mit so viel Beschäftigung einzudecken, daß sie den ganzen »Unsinn« vergißt.«²⁹

Soziale Auffälligkeiten vor der Aufnahme waren in 28 Prozent der Fälle des untersuchten Samples festgehalten. Hierzu gehören Schilderungen aggressiver Verhaltensweisen im Elternhaus oder in der Schule, die Entwendung von Geld im Elternhaus oder Diebstähle, »Weglaufen« von zuhause oder aus einer Betreuungseinrichtung, Suizidversuche oder deren Androhung, Schulschwänzen, Brandstiftung und Tierquälerei. In nur einem Fall wurde das Sexualverhalten als auffällig beschrieben³⁰, in einem weiteren Fall bildete der Missbrauchsverdacht gegen den Vater einen Aufnahmegrund.³¹

»Politisch« unbotmäßiges Verhalten als Faktor zur Klinikeinweisung ließ sich in keinem Fall ausmachen. Lediglich in einem Fall ist im Aufnahmebogen vermerkt, dass der Lebenspartner der Mutter die DDR-Ausreise beantragt habe³², was aber keine erkennbaren Konsequenzen für die Behandlung und Entlassung der betreffenden Patientin hatte.

Beurlaubungen aus der Klinik ließen sich in einem Viertel der gesichteten Fälle feststellen. Diese fanden regelmäßig zu den Wochenenden sowie zu Feiertagen statt und wurden auch für besondere Anlässe – wie z. B. eine Verlängerung des Urlaubs zwecks Teilnahme einer Patientin an einem Modelleisenbahnbau-Wettbewerb³³ – gewährt.

5 Pädagogik und Lebensalltag

Informationen über Spiel- und Beschäftigungsmöglichkeiten lassen sich aus den ausgewerteten Patientinnen- und Patientenakten nur sporadisch und indirekt entnehmen. Demnach gab es in der KJPUH die Möglichkeit zu Kartenspielen, Tischtennis, Spielen im Garten und im Sandkasten³⁴ sowie zum Kassettenhören.³⁵

29 KJPUH: 1302/76.

30 KJPUH: 1073/71.

31 KJPUH: PH7188.

32 KJPUH 355/79.

33 KJPUH: 903/78.

34 KJPUH: 1337/80.

35 KJPUH: 903/78.

Der Frage von Erziehungsstil und pädagogische Praxis in der KJPUH kommt insofern besondere Bedeutung zu, als dass die Einweisung bei etwa einem Viertel der gesichteten Fälle aufgrund von diagnostizierten Entwicklungsrückständen³⁶ zur Prüfung der Schulfähigkeit bzw. bei Konzentrations- und Leistungsschwächen³⁷ oder bei »Leistungsversagen«³⁸, Lernbehinderungen bzw. »Minderbegabung«³⁹ sowie schulischen Schwierigkeiten bzw. »Schulversagen«, »Schulverweigerung« oder »Schulunlust«⁴⁰ bzw. »Schulphobie«⁴¹ erfolgte. Dementsprechend spielte die Beurteilung der Schulfähigkeit bzw. die Empfehlung für einen möglichen Wechsel zu einer anderen Schulform, die Rückstufung oder die Belassung auf einer »Normalschule« in der ärztlichen Beurteilung eine große Rolle – so enthielten 77 Prozent der untersuchten Patientinnen- und Patientenakten Schul-, Erziehungs- oder Heimempfehlungen.

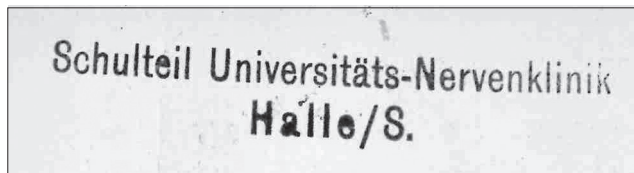


Abb. 1: Institutionenstempel auf einer sonderpädagogischen Beurteilung, 1970 (KJPUH: 899/73)

Die pädagogische Praxis lässt sich neben der Verlaufsdokumentation auch aus der oft vorhandenen sonderpädagogischen Beurteilung, der psychologischen Beurteilung sowie Verhaltensberichten der Erzieherinnen und Erzieher erschließen. Nach Angaben eines ehemaligen Mitarbeiters erfolgte die Beschulung in der Abteilung durch die »enge Zusammenarbeit« mit bzw. durch die vertraglich vereinbarte Zuteilung von Lehrkräften der »Sonderschule für Verhaltensgestörte« der Stadt Halle, die in der KJPUH »Mehrstufenunterricht« in den wichtigsten Fächern erteilten. Damit sollte der Schulausfall während des Klinikaufenthalts kompensiert werden. Wenn nach Einschätzung der Therapeutinnen oder Therapeuten die Kinder »einigermaßen stabilisiert« gewesen wären, hätten sie auch während des Klinikaufenthalts ihre Heimatschule besuchen können, sofern sich diese auf dem Gebiet der Stadt Halle befand.⁴²

36 KJPUH: 1639/69, 1005/70.

37 KJPUH: 1067/89, 191/87, 274/88.

38 KJPUH: 1094/77.

39 KJPUH: PH8188, 961/69.

40 KJPUH: 439/70, 418/80, 386/74, 32/79, 351/75, 875/74, 404/80, 1223/75, 224/88, 868/90, 663/72, 1627/71, 1302/76,

41 KJPUH: 903/78, 1240/79.

42 Interview von Christof Beyer mit dem ehemaligen Mitarbeiter P.P. [anonymisiert], 14.10.2019, 01:56-03:43.

Neben den Leistungen in den einzelnen Fächern fragte die sonderpädagogische Beurteilung u. a. nach »Leistungsmöglichkeiten«, »Lernhaltung«, Konzentrationsfähigkeit, »Ermüdbarkeit im Unterricht«, »Sozialrolle«, »Einfluß auf Mitschüler« und »Verhalten zu Lehrer«, woraus dann »Vorschläge für die weitere schulische Entwicklung« formuliert werden sollten. Im über einen Bogen standardisierten Verhaltensbericht (Abbildung 2) sollten kursorisch Bemerkungen zu Aspekten wie »Allgemeine Einstellbarkeit«, »Disziplin«, »Anpassungsfähigkeit«, »Verhalten bei Mißerfolgen« und »Beeinflußbarkeit durch Erziehungsmaßnahmen« bei Aufnahme und Abgang festgehalten werden.

	Aufnahme	Abgang
1. Allgemeine Einstellbarkeit	-	0
2. Disziplin:	-	0
3. Ausdauer:	-	-
4. Konzentration u. Aufmerksamkeit b. Spiel und Beschäftigung:	-	-
5. Verhalten zu anderen Kindern:	stark unruhig	unruhig
6. Sozialrolle: Anpassungsfähigkeit:	-	0
7. Verhalten bei Erfolgs- u. Mißerfolgerlebnissen:	weint schnell stark sich	mit Verzweiflung beim Versagen
8. Aufgabenverständnis:	0	0
9. Aufgabenausführung: (Selbständigkeit, Richtigkeit)	0	0
10. Umweltwissen:	0	0
11. Geschicklichkeit:	0	0
12. Beeinflußbarkeit durch Erziehungsmaßnahmen:	0	0

+ Überdurchschnittlich
0 Durchschnittlich
- Unterdurchschnittlich

Abb. 2: Auszug aus dem Formular »Verhaltensbericht«, 1977 (KJPUH: 1094/77)

Bei der Auswertung fiel auf, dass die Beurteilung durch die KJPUH in einigen Fällen von der Einschätzung der Schulleistungsfähigkeit durch die überweisenden Stellen abwich und die Verfasserinnen bzw. Verfasser dabei auch implizite Kritik übten bzw. Appelle an den pädagogischen Einsatz in der »Normalschule« richteten. So wurde im Entlassungsbrief eines 1977 wegen »Leistungsversagen in der Schule bei LRS [Lese-Rechtschreib-Schwäche; Anm. C.B.]« aufgenommenen Patienten festgehalten: »Wir berichteten der offenbar wenig engagierten Lehrerin nochmals ausführlich in der Hoffnung, sie für eine verständnisvollere Haltung und größere Förderungsbereitschaft zu gewinnen.« Entgegen dem von der Lehrerin favorisierten Ansinnen, den Jungen auf eine »Hilfsschule« zu

schicken, sagten die Therapeutinnen und Therapeuten Hilfe bei der Versetzung in eine Parallelklasse zu, sollte die Lehrerin weiter eine »ablehnende Haltung« gegenüber dem Schüler an den Tag legen.⁴³ 1976 empfahl der Verfasser des Entlassungsbriefes bei einem Patienten mit der Diagnose »Schulversagen« gar einen Schulwechsel, um eine »weitere ungünstige Beeinflussung durch pädagogische Fehler der Lehrerin und durch seine ‚Prügelknabenrolle‘ in der alten Klasse zu vermeiden«.⁴⁴ Auch bei einer weiteren Aufnahme 1975 wegen »Schulschwierigkeiten mit Schulaversion« sahen die Therapeutinnen und Therapeuten eine wesentliche Ursache in »schulische[n] Mißerfolge[n]« und häufigen Erkrankungen der Klassenlehrerin. Daher empfahl der Stationsarzt für die Entlassung, »die tägliche Mitarbeit des Jungen im Unterricht positiv zu konditionieren, vor allem ihm durch Erfolgserlebnisse (nicht nur im Leistungsbereich) eine positivere Einstellung zur Schularbeit zu ermöglichen«.⁴⁵ Bei einem weiteren Fall von »Schulaversion« kam das psychologische Gutachten 1978 zu dem Schluss, das bei »verständnisvoller Führung auch im Schulunterricht sowie stationärer Psychotherapie [...] die phobische Haltung mit Sicherheit abzubauen« sei.⁴⁶

In ähnlicher Weise finden sich in den Entlassungsbriefen häufiger Vermerke über erzieherische bzw. »psychagogische«⁴⁷ Beratungen der Eltern, die einen »freundlich-konsequenten« Erziehungsstil⁴⁸, »emotionale Zuwendung«⁴⁹, »mitfühlendes Verständnis«⁵⁰ und »freundlichere Nachsicht«⁵¹ anraten und empfehlen, keinen Druck auf die Kinder auszuüben⁵² oder eine bevorstehende Einschulung durch Förderung der Selbständigkeit »systematisch zu unterstützen«⁵³. Diese Vermerke geben ebenfalls Aufschluss über die pädagogische Haltung in der Einrichtung. Gelegentlich riet die Klinik auch dazu, schwierige Wohnraumverhältnisse zu verbessern und intervenierte bei den entsprechenden Behörden.⁵⁴

Ähnliche Empfehlungen (»freundlich-ermunternder Zuspruch«, »individuelle Hilfe«, »Gelegentliche Normüberschreitungen sollten nicht überbewertet werden«⁵⁵, »Bestätigung seines persönlichen Wertes«, »schulische Erfolgserlebnisse« ermöglichen⁵⁶) gaben

43 KJPUH: 1094/77.

44 KJPUH: 663/72.

45 KJPUH: 351/75.

46 KJPUH: 930/78.

47 KJPUH: 395/77, 307/78, 1246/76.

48 KJPUH: 1337/80, 307/78, 386/74.

49 KJPUH: 307/78.

50 KJPUH: 307/78.

51 KJPUH: 829/76.

52 KJPUH: 474/68.

53 KJPUH: 418/80.

54 KJPUH: 1105/88.

55 KJPUH: 901/80.

56 KJPUH: 1627/71.

die Therapeuten und Therapeutinnen im Einzelfall auch den Schulen der Patientinnen und Patienten. Dies ist auch nach der Erinnerung eines interviewten Mitarbeiters so gewesen: »Wenn wir meinten, die Schulen sollten diese kleinen Menschen anders behandeln oder sowas, denn haben wir das mit vorsichtiger Formulierung auch an die Schulen brieflich hingegeben.«⁵⁷ Dies war z. B. bei einer Patientin der Fall, die 1970 wegen schulischer Schwierigkeiten und einer »latenten Epilepsie« zur Beobachtung und Behandlung in die KJPUH aufgenommen wurde. Der Rat der Behandelnden an ihre POS lautete: »Wir empfehlen, [Name] im Unterricht adäquat zu fordern und keine Unzulänglichkeiten durchgehen zu lassen. Ihr muß der Ernst der Schule und des Lernens bewußt gemacht werden. Überforderungssituationen müßten trotzdem vermieden werden. Man muß ihr mit Ruhe und Freundlichkeit begegnen und mit Hilfe des gesamten Schülerkollektivs versuchen, sie dahin zu bringen, daß sie den Anforderungen der POS gerecht wird.«⁵⁸

Empfehlungen zur Aufnahme in ein Heim wurden von der KJPUH in rund 12 Prozent der gesichteten Fälle ausgesprochen. Als Begründungen dienten hierfür das häusliche Milieu bzw. die »Erziehungsinsuffizienz« und »Fehlerziehung« der Eltern,⁵⁹ auch kombiniert mit der »Gefahr der Verwahrlosung«⁶⁰ oder »ungünstigen Lebens- und Wohnverhältnissen«⁶¹. Angeführt wurden laut den Akten zudem aus Krankheitsbildern sich ergebende Erfordernisse⁶² bzw. Erkrankungen von Erziehungsberechtigten im Zusammenhang mit dem Verhalten des Kindes⁶³, aber auch solche, die sich aus »konstitutionellen Wesenszügen« der Kinder ergeben hätten.⁶⁴ Auch nach der Erinnerung eines damaligen Mitarbeiters wurden bei Kindern aus »asozialen« Elternhäusern Heimempfehlungen oder ein längerer Psychiatrieaufenthalt empfohlen. Allerdings wären die meisten Entlassungen nach Hause erfolgt, nachdem ein Abschlussgespräch mit den Eltern, das üblicherweise der Oberarzt, Stationsarzt oder Psychologe geführt habe, stattgefunden hatte.⁶⁵

Eine Ausnahme in der Stichprobe ist die direkte Verlegung einer 16-jährigen Patientin aus der KJPUH in einen Jugendwerkhof 1971. Hier erschien den Therapeuten

57 Interview von Christof Beyer mit dem ehemaligen Mitarbeiter P.P. [anonymisiert], 14.10.2019, 13:52-14:04.

58 KJPUH: 439/70.

59 KJPUH: 1073/71, 1233/76, 1062/87, 1237/77, 1320/74, 31/79 (Internatsschule).

60 KJPUH: 883/70.

61 KJPUH: 1606/71.

62 Unterbringung eines cerebral geschädigten Kindes in einer »Spezialeinrichtung für debile Spastiker« zur »optimalen psychischen und physischen Rehabilitation«, KJPUH: 1506/72; »mittlere Imbezillität« und Förderung in Spezialeinrichtung, KJPUH: 1179/77.

63 Gehbehinderte Mutter, KJPUH: 961/69.

64 Wiederholter Diebstahl, KJPUH: 766/79.

65 Interview von Christof Beyer mit dem ehemaligen Mitarbeiter P.P. [anonymisiert], 14.10.2019, 16:44-17:18, 17:55-18:08.

das »jetzige Milieu« des Mädchens, das nach jahrelangem Heimaufenthalt aufgrund einer Erkrankung der Mutter erst mit zwölf Jahren in den elterlichen Haushalt kam, für eine »Korrektur ihrer sozialen Verhaltensweisen« nicht geeignet, da noch sechs weitere Geschwister im Haushalt seien und das Mädchen – neben sexuellen Beziehungen zu »älteren Männern« – auch eine solche Beziehung zu einem älteren Bruder unterhalten habe. Auch während des Klinikaufenthaltes sei sie durch ihr »teilweise ungesteuertes, lautes« Verhalten aufgefallen, habe »recht viel Schwierigkeiten« bereitet und sich als »Rädelsführer besonders bei nächtlichem Herumtoben« betätigt.⁶⁶

Die Prüfung einer Heimeinweisung bzw. eines Heimwechsels als Aufnahmegrund führte in der Beurteilung jedoch nicht dazu, dass von den Behandelnden der KJPUH dann auch eine solche Empfehlung ausgesprochen wurde. So konnte die Feststellung im Entlassungsbrief, dass ein Patient bzw. eine Patientin bei »individueller Betreuung gut zu lenken« war, der Begründung dienen, eine Unterbringung in einem »Heim für verhaltensgestörte schwachsinnige Kinder« für »noch nicht [...] gerechtfertigt« zu halten.⁶⁷

Welche Hinweise ergeben sich nun auf den Umgang mit schwierigen, »störenden« und/oder »unruhigen« Minderjährigen auf der Station bzw. im Schulunterricht in der Klinik jenseits eines Medikamenteneinsatzes? Feststellbar sind Androhungen einer sofortigen Entlassung bei unangepasstem Verhalten und »Faxen« sowie der Ausschluss aus gruppentherapeutischen Sitzungen wegen unruhigem oder »kasprigem« Benehmen⁶⁸ sowie die wiederholte »Disziplinierung« im Unterricht mit »Rüge und Tadel« bzw. »Ermahnungen der Erzieher«⁶⁹ wie auch der Ausschluss aus dem Unterricht wegen »Schreien, Klopfen, Werfen von Gegenständen«.⁷⁰ Im Einzelfall wurde bei »renitentem« oder »uneinsichtigem« Verhalten das individuelle Gespräch mit den Patientinnen und Patienten gesucht⁷¹ bzw. »besondere individuelle Einflußnahme«⁷² als erforderlich angesehen. Vorhanden sind zudem Hinweise, dass das Krankenpflegepersonal in der Abteilung in ähnlicher Weise bei krankheitsbedingten Störungen vorging. So hält die Verlaufsdocumentation einer Patientin fest, dass diese in »eindeutig demonstrativer Weise« abends laut nach der Mutter schrie: »Durch freundlich-verständnisvolles aber dabei konsequent auf Nichtbeachtung u. Vermeiden einer Dramatisierung ausgerichtetes Verhalten der Schwestern lässt sich dieser anfangs bedrohlich klingende Zustand innerhalb von 10–20 Sekunden völlig beherrschen und beseitigen.«⁷³

66 KJPUH: 1073/71.

67 KJPUH: 1036/71.

68 KJPUH: 713/88, 498/90.

69 KJPUH: 766/79.

70 KJPUH: 1237/77.

71 KJPUH: 903/78, 307/78 (»schreit minutenlang, als die Schwestern versuchen, sie hinunterzubringen, verbiegt dabei die Stäbe eines Krabllerheftes«).

72 KJPUH: 901/80.

73 KJPUH: 307/78.

In einem Gespräch mit einem ehemaligen Patienten, der von Mitte September bis Anfang November 1978 im Alter von elf Jahren in der KJPUH behandelt wurde, schildert dieser allerdings auch gelegentliche körperliche Züchtigungen durch das Personal: »Die haben uns ja manchmal auch behandelt wie, als wenn wir garnix wert sind. Als wenn wir, als wenn wir gar nicht da sind. Bei jeder Kleinigkeit haste halt mal, mal eene gekriegt.«⁷⁴ Nach der Erinnerung des Betroffenen wurde auf sein aggressives Verhalten mit Fixierungen reagiert:

»Wenn sie gemerkt haben, dass bei mir irgendwas brodeln, dann haben sie mich ans Bett gefesselt, Punkt, das war's. [Und wie oft kam das vor?] Vier, fünf Mal auf alle Fälle in den sechs Wochen. Also, kann man sagen, fast jede Woche. Oder manchmal auch zweimal, je nachdem, wie viel. [Wie lang hat das dann gedauert?] Na, die ham mich dann gleich mal von früh bis zum Abend, haben die dich da festgeschnallt. Da war Ruhe. Wenn irgendwas ist, du musstest auf Toilette, dann musstest de halt rufen. Wenn de Glück hattest, kam jemand vorbei, ansonsten – anhalten oder halt, na ja.«⁷⁵

Auch sei auf Fluchtversuche vom Klinikgelände oder aus dem Schlafräum, die der interviewte Betroffene unternommen hat, mit Fixierungen durch das Pflegepersonal reagiert worden: »Und dann haben sie dich festgeschnallt. Und dann früh oder dann nächsten Tag haben sie dann versucht, mit Dir zu reden, warum, weshalb, und da hab ich nur gesagt, ich will einfach nur nach Hause.«⁷⁶ Auch sei Unachtsamkeit beim Aufräumen des Schrankes oder beim Bettenmachen mit Stationsarrest geahndet worden. Wenn das Bettlaken nicht »auf Kante« gewesen sei, dann »haste 'ne Bestrafung gekriegt. Entweder biste ins Zimmer, konnteste nicht mit raus oder mit den anderen Kindern spielen, oder so, biste halt ins Zimmer und das war's. Das war's. Die haben dich schon bestraft. Biste alleene im Zimmer und keener drinne. Zack, und ruhig, du hörst nix.«⁷⁷

Auseinandersetzungen zwischen Patientinnen und Patienten auf der kinderneuropsychiatrischen Abteilung werden in den Akten nur selten geschildert und bleiben vage: »Tyrannisiert die anderen Kinder, so daß von therapeutischer Seite eingegriffen werden muß«⁷⁸; »körperl. Auseinandersetzung mit aggr. Mitpatienten«⁷⁹; »stört massiv, wird frech«⁸⁰; »frech und vorlaut«⁸¹; »stört unaufhörlich u. massiv provokatorisch«, »stört bewußt den Unterricht, gutes zureden führt zu keinem Erfolg – etwas Härte und Strenge sind erfolgreicher«, »aggressiv und unruhig«⁸².

74 Interview von Christof Beyer mit dem ehemaligen Patienten R.K. [anonymisiert], 26.9.2019, 15:37-15:53.

75 Ibid., 21:50-22:34.

76 Ibid., 23:29-24:40.

77 Ibid., 29:25-30:02.

78 KJPUH: 766/79.

79 KJPUH: 1105/88.

80 KJPUH: 1246/76.

81 KJPUH: 386/74.

82 KJPUH: 1320/74.

In nur wenigen Fällen der Stichprobe lassen sich anhand der Einzelfallakten disziplinarische Maßnahmen bzw. Strafen nachweisen. Oftmals erscheint bei Maßnahmen wie Stationsverlegungen, Fixierungen u. ä. in den Akten eine therapeutische Begründung, wie etwa selbstverletzendes Verhalten.⁸³ So wurden als Ursachen für die Stationsverlegung einer Patientin mit der Diagnose »Anorexia nervosa« 1988 ihre gesteigerte Suizidalität und der daraus folgende erhöhte Beaufsichtigungsbedarf angegeben.⁸⁴ In Einzelfällen von Patientinnen, bei denen ebenfalls »Anorexia nervosa« diagnostiziert worden war, wurden in den Jahren 1979 und 1987 Wochenendbeurlaubungen an Bedingungen wie das Erreichen eines bestimmten »Zielgewichts«⁸⁵ bzw. die Anpassung an das Essverhalten auf der Station und an die Gewichtsentwicklung⁸⁶ geknüpft. Feststellbar sind auch »Ausgehsperrern« nach unerlaubtem Entfernen von der Gruppe bei Spaziergängen.⁸⁷ Im klinikeigenen Schulunterricht ist ebenfalls ein Ausschluss wegen »unmöglichem Verhalten« feststellbar.⁸⁸ Bei einem Fall von unerlaubtem Entfernen von der Station lassen sich allerdings keine disziplinarischen Maßnahmen in den überlieferten Dokumenten erkennen.⁸⁹

Im Jahr 1979 ist bei einem Patienten mit »Verhaltensauffälligkeiten« die Androhung des Ausschlusses von täglichen Ausflügen bei gruppenstörendem Verhalten dokumentiert, die gleichzeitig an die Aussicht auf einen kurzzeitigen Aufenthalt auf einer Erwachsenenstation »wegen fehlendem Personal zur Kinderstat. Beaufsichtigung« gekoppelt wurde. Zusätzlich nennt die Krankengeschichte die Möglichkeit einer »vorübergehenden Heimerziehung« im Patientengespräch, woraufhin der Patient in einem »Pakt« mit dem Behandler per »Handschlag« eine Verhaltensbesserung zusagt.⁹⁰ Eben wegen des störenden Verhaltens wurde derselbe Patient auch nachts isoliert: »Ärgert die anderen Pat. ziemlich böswillig u. reagiert dann schadenfroh. Unter seiner Anwesenheit wird die Kindergruppe zum unruhigen Bienenschwarm. Im Schlafraum mußte Pat. isoliert werden (Einzelzi.), da sonst abends keine Ruhe wurde.«⁹¹

Bei einem Jungen, dem »psychomotorische Unruhe« attestiert wurde, fand sich eine – vermutlich aus pädagogischen Gründen formulierte – schriftliche »Aussage« aus dem Jahr 1976 (siehe Abb. 3) mit dem Versprechen, sich zu bessern.⁹²

83 KJPUH: 1005/70.

84 KJPUH: 1119/88.

85 KJPUH: 281/87.

86 KJPUH: 30/79. Siehe auch Mitteilung der erneuten vollstationären Aufnahme bei weiterer Gewichtsabnahme in KJPUH: 222/89.

87 KJPUH: 1240/79.

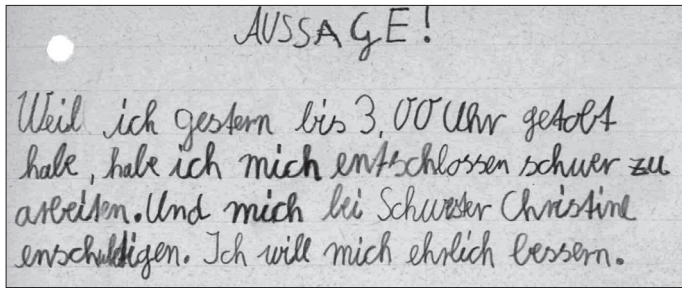
88 KJPUH: 1246/76.

89 KJPUH: 307/78.

90 KJPUH: 766/79.

91 Ibid.

92 KJPUH: 1223/75.



AUSSAGE!
 Weil ich gestern bis 3,00 Uhr gearbeitet habe, habe ich mich entschlossen schwer zu arbeiten. Und mich bei Schwester Christine entschuldigen. Ich will mich ehrlich bessern.

Abb. 3: »Aussage« eines Patienten, 1976 (KJPUH: 1223/75)

6 Medizinisch-therapeutischer Bereich

Entsprechend der Aufgabenstellung der KJPUH erfolgte vor allem eine intensive Diagnostik der aufgenommenen minderjährigen Patientinnen und Patienten. Dabei wurden in fast allen untersuchten Fällen (96 Prozent) ein EEG, eine Röntgenuntersuchung sowie ein Blutbild durchgeführt; in der überwiegenden Mehrheit wurden alle drei Untersuchungen kombiniert (81 Prozent). In 35 Prozent der Fälle kam es zu einer zusätzlichen augenärztlichen Untersuchung in der Universitätsklinik.

Invasive Untersuchungsmethoden wie Lumbalpunktionen (4 Prozent) und Pneumenzephalographien (5 Prozent) waren im Sample selten erkennbar. Pneumenzephalographien wurden angewandt im Kontext der Diagnosen »unklare Kopfschmerzen«, »Verhaltensschwierigkeiten nach Zustand bei Telekobaltbestrahlung«, »Petit-mal-Epilepsie«, »leichte Debilität und Hemiparese rechts mit brachialer Betonung nach Mumpsencephalitis«, »Debilität und Dismorphien« sowie »Debilität, symptomatische Epilepsie nach praecentraler Hirnschädigung«. ⁹³ Während für diesen Eingriff bei vier Patientinnen und Patienten eine spezifische Einwilligung der Eltern vorlag, konnte eine solche Zustimmung durch Erziehungsberechtigte oder die betreuende Institution im Fall eines aus einem Hilfsschulheim überwiesenen Jungen nicht ermittelt werden ⁹⁴. Die spezifische Einwilligung wurde mit der Unterzeichnung einer handschriftlich aufgesetzten Formulierung gegeben.

Im Einzelfall wurde bei einer gescheiterten Durchführung der Pneumenzephalographie aufgrund der »schlechten Verträglichkeit (es traten Erbrechen und starke Kopfschmerzen auf)« von einer Wiederholung der Untersuchung abgesehen. ⁹⁵

⁹³ KJPUH: 899/73, 1506/72, 1425/70, 1036/71.

⁹⁴ KJPUH: 1036/71.

⁹⁵ KJPUH: 1483/70.

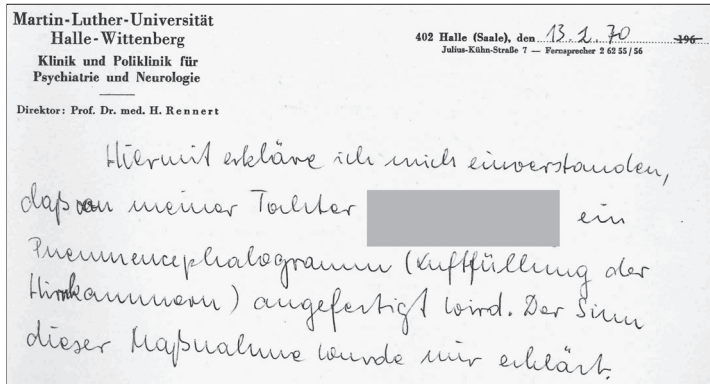


Abb. 4: Einverständniserklärung, 1970 (KJPUH: 899/73)

Insgesamt fanden sich im untersuchten Sample selten spezifische oder globale Einwilligungen zu Untersuchungen in der KJPUH (8 Prozent). Dies mag einerseits damit zusammenhängen, dass die üblichen Untersuchungen (Blut, Röntgen, EEG) aus Sicht der Behandlerinnen und Behandler keiner besonderen Einwilligung bedurften. Andererseits kann ein Grund dafür beim Fokus auf Intelligenzprüfungen und pädagogisch-psychologischen Testverfahren gelegen haben, die nach Sichtung des Samples bei der Diagnostik der KJPUH im Vordergrund standen. So ließen sich Intelligenz- und Schultests einzeln oder kombiniert in 85 Prozent der gesichteten Fälle finden.

Pädagogisch-psychologische Testverfahren wurden bei 61 Prozent des Samples durchgeführt. Zu den im Untersuchungszeitraum angewandten Testverfahren zählen Scenotests, der Wartegg-Zeichentest, Selbstsicherheits-Tests (SST), der ANIS-Fragenbogen (Anorexia Nervosa-Inventar zur Selbsteinschätzung), die Rostock-Oseretzky-Skala (ROS, Motoriktest), der Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI), der »Familie-in-Tieren«-Test, der Kinder-Angst-Test, Katathymes Bilderleben, Familienkonstellationen, der Mann-Baum-Haus-Test, Tieridentifikationen, der 470 F-Test (470-Fragen-Test), eine Testreihe zur Prüfung der Konzentrationsfähigkeit (TPK), ein Tempoleistungs- und Merkfähigkeitstest (Protokollbogen Roether), der Family-Relations-Test (FRT), Konzentrations-Handlungs-Verfahren (KHV) sowie der Aufmerksamkeits-Test »d2«.

Im therapeutischen Bereich spielten – folgt man der Dokumentation – in der KJPUH Medikamente (s. u.) eine geringere Rolle als die Anwendung variantenreicher pädagogischer, psychologischer und körperorientierter Therapieverfahren. »Schocktherapien« (EKT, Insulin) ließen sich – wohl auch bedingt durch den Beginn des Untersuchungszeitraums mit Eröffnung der Abteilung im Jahr 1968 – in keinem Fall des untersuchten Samples aufspüren.

Nach Aussagen eines ehemaligen Mitarbeiters hätte das therapeutische Personal der KJPUH das EKT-Verfahren abgelehnt. Zu den standardmäßig angewendeten thera-

peutischen Verfahren hätten vor allem die Katathym-Imaginäre Psychotherapie (KIP) sowie therapeutische Gruppengespräche und Verhaltenstherapie gehört.⁹⁶

Psychotherapeutische Therapien sind in mehr als der Hälfte des untersuchten Samples (52 Prozent) feststellbar. Dazu gehörten Verfahren wie die therapeutische Hypnose (1979, 1988/89), das Social-Skills-Training (1988/89), ein Selbstsicherheitstraining (1988), »Rollenspiel« (1988), »Fingerpainting« bzw. »Ganzkörperbeschmutzung mit Fangoschlamm« (1972), das Imaginationsverfahren (1979), »problemzentrierte Einzelgespräche« (1979), »Blasentraining« (1988), Autogenes Training (1978–1989), Gruppentherapien (1989/90) und »Spieltherapie« (1990).

7 Medikation

In der untersuchten Stichprobe lässt sich der Einsatz von Antiepileptika (Phenytoin⁹⁷, Lepinaletten⁹⁸, Suxilep⁹⁹, Lepinal¹⁰⁰, Lepsiral¹⁰¹, Finlepsin¹⁰²), Neuroleptika (Propaphe- nin¹⁰³, Haloperidol¹⁰⁴, Aolept¹⁰⁵), Benzodiazepinen (Apaurin¹⁰⁶, Radepur¹⁰⁷, Faustan¹⁰⁸, Radedorm¹⁰⁹, Rudotel¹¹⁰), Barbituraten (Mephytal¹¹¹, Meprobarmat¹¹²), Opium-Tink- tur¹¹³, Antidepressiva (Melipramin¹¹⁴, Frenolon¹¹⁵, Pryleugan¹¹⁶, Amytriptilin¹¹⁷), Am-

96 Interview von Christof Beyer mit dem ehemaligen Mitarbeiter P.P. [anonymisiert], 14.10.2019, 37:13-37:22, 29:10-30:58.

97 KJPUH: 952/68 (1968), 1169/75 (1970), 1036/71 (1971), 899/73 (1973), 1251/75 (1975).

98 KJPUH: 952/68 (1968), 1251/75 (1975).

99 KJPUH: 952/68 (1968), 1169/75 (1970), 1036/71 (1971), 1437/73 (1973).

100 KJPUH: 1169/75 (1970).

101 KJPUH: 899/73 (1973), 1493/73 (1973).

102 KJPUH: 1251/75 (1975).

103 KJPUH: 1572/69 (1969).

104 KJPUH: 395/77 (1977), 1237/77 (1977), 30/79 (1979), 766/79 (1979), 1066/88 (1988).

105 KJPUH: 655/87 (1987), 1105/88 (1988).

106 KJPUH: 1572/69 (1969).

107 KJPUH: 1483/70 (1970), 1251/75 (1975).

108 KJPUH: 1169/75 (1970), 464/73 (1973), 502/73 (1973), 391/76 (1976), 355/79 (1979).

109 KJPUH: 1169/75 (1970), 814/75 (1975).

110 KJPUH: 391/76 (1976), 873a/76 (1976), 766/79 (1979).

111 KJPUH: 1169/75 (1970), 781/74 (Mephytaletten, 1972), 1437/73 (1973), 1240/79 (1979).

112 KJPUH: 992/73 (1973).

113 KJPUH: 1169/75 (1970).

114 KJPUH: 956/72 (1972), 1466/72 (1972), 1513/72 (1972), 992/73 (1973), 1418/73 (1973).

115 KJPUH: 1513 (1972).

116 KJPUH: 829/76 (1976), 873a/76 (1976), 743/77 (1977), 711/78 (1978), 355/79 (1979), 1157/79 (1979), 1287/80 (1980), 1337/80 (1980).

117 KJPUH: 391/76 (1976).

phetaminen (Aponeuron¹¹⁸) und Antiparkinson-Mitteln bzw. Mitteln gegen Tremor (Parkopan¹¹⁹, Akineton¹²⁰, Obsidan¹²¹) nachweisen.¹²² In Einzelfällen ist auch die Gabe von Placebos bei »migränoiden Kopfschmerzen«¹²³ und »psychosomatischer Bewegungsstörung«¹²⁴ festgehalten.

Die Gabe von Antiepileptika erfolgte ausschließlich im Kontext von Epilepsie-Diagnosen. Der hohe Anteil von Antidepressiva an den verabreichten Substanzklassen ergibt sich aus der großen Zahl von minderjährigen Patientinnen und Patienten, die mit der Diagnose »Enuresis« aufgenommen wurden: Hier bildete die Verabreichung von Antidepressiva zur Unterstützung der Therapie nach dem medizinischen Kenntnisstand im Untersuchungszeitraum das Mittel der Wahl¹²⁵ und kam bei 13 Patientinnen und Patienten der KJPUH zum Einsatz. Der Einsatz von Benzodiazepinen erstreckte sich auf Patientinnen und Patienten mit den Diagnosen Enuresis, Enkopresis, »Verhaltensauffälligkeiten« bzw. »Verhaltensstörungen« sowie Epilepsie und Depressionen bzw. »depressive Verstimmung«. Das Amphetamin Aponeuron wurde bei starker »psychomotorischer Unruhe«, »Verhaltensauffälligkeiten« und »elektivem Mutismus« verabreicht. Neuroleptika bekamen minderjährige Patientinnen und Patienten, die nach Aktenlage an Enuresis bzw. Enkopresis, einem »Achsen Syndrom«, einem »Kopftremor«¹²⁶, »Verhaltensstörungen mit dissozialen Tendenzen«, »Verhaltensauffälligkeiten« bzw. »Verhaltensauffälligkeiten und allg. psychomotorische Unruhe«, »psychosomatischer Bewegungsstörung« sowie »Anorexia nervosa« erkrankt waren.

Nach der Erinnerung eines damaligen Patienten wurden Medikamente ebenso bei der Aufnahme oder bei Auseinandersetzungen zwischen den Patientinnen und Patienten verabreicht:

»Na ja, die haben erstmal mit mir gesprochen und dann haben sie mir dann abends Tabletten gegeben zur Beruhigung. [...] Keine Ahnung, was das für welche waren, auf alle Fälle [...] haben sie mir nicht gefallen. Gar nicht, gar nicht. [Was war damit?] Na,

118 KJPUH: 502/73 (1973), 778/74 (1974), 1223/75 (1975), 1337/80 (1980).

119 Wegen »beginnender Dyskinesien«, Verlauf, KJPUH: 766/79 (1979).

120 Zur Parkinoid-Behandlung nach Gabe von Haloperidol, Verlauf, KJPUH: 1066/88 (1988).

121 Als Behandlungsversuch bei ungeklärter »Bewegungsstörung«, KJPUH: 1066/88 (1988).

122 Vereinzelt finden sich in den Patientinnen- und Patientenakten Hinweise auf die Versorgungsrahmenbedingungen. Dies betrifft Versorgungsengpässe mit dem Antiepileptikum Tegretal in der ersten Jahreshälfte 1968 (KJPUH: 426/68). Der interviewte Mitarbeiter konnte sich an Versorgungsengpässe erinnern, die vor allem in den letzten Jahren der DDR vorgeherrscht hätten und nahezu alle Bereiche wie z. B. Pflaster, aber auch Medikamente betrafen. Interview von Christof Beyer mit dem ehemaligen Mitarbeiter P.P. [anonymisiert], 14.10.2019, 24:42-25:43.

123 KJPUH: PH7287.

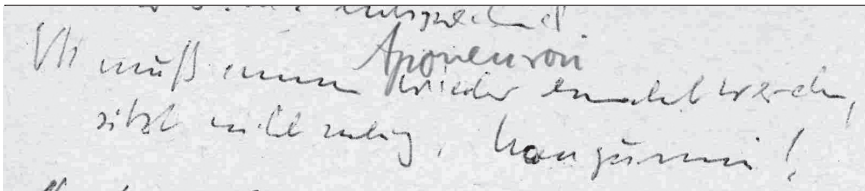
124 KJPUH: 1066/88.

125 Vgl. z. B. REINHARDT/HARNACK (1991), 965.

126 KJPUH: 1066/88.

irgendwie, ich war auch benommen, also das weeiß ich noch, dass ich benommen war. Die wollten mich halt ruhigstellen. Einfach nur ruhig. [Dann quasi zur Nacht?] Ooch mal am Tag, wenn, weil wir haben uns ja auch dort rumgestritten mit anderen Kindern, alles, das ist ganz normal. Und dann haben sie gesehen, dass ich halt ein bißchen, doch ein bißchen aggressiv bin, na ja, und dann zur Ruhigstellung Tabletten.»¹²⁷

Bei der Verabreichung von Neuroleptika ergeben sich Anhaltspunkte, dass diese bei mit »Verhaltensauffälligkeiten« bzw. »Verhaltensstörungen« aufgenommenen Minderjährigen zur »Dämpfung« bzw. sozialen Anpassung verabreicht wurden. So wird 1969 die Verordnung von Propaphenin in der klinikeigenen Schule zur »Unterstützung der Erziehungsarbeit« genannt,¹²⁸ ebenfalls erwähnt ist 1975 die Gabe von Aponeuron wegen Unruhe im Unterricht¹²⁹ wie auch 1977 von Haloperidol als »Medik. Dämpfung für soziale Anpassung«.¹³⁰



Handwritten note in German, likely a medical prescription or note, mentioning 'Aponeuron' and 'Haloperidol'.

Abb. 5: Notiz im Behandlungsverlauf, 1975 (KJPUH: 1223/75)

Bei einem Patienten, der 1979 mit »Verhaltensauffälligkeiten« in die KJPUH kam, wurde im Verlauf seiner Behandlung wegen des »dysphorischen Befindens des Pat. u. zum affektiven Ausgleich« sowie »zur Verbesserung der sozialen Adaption« Rudotel verordnet, das in der Folge durch Haloperidol in Kombination mit Antiparkinson-Mitteln ersetzt wurde.¹³¹

Zur Eindämmung von Aggressionen gegen Mitpatientinnen und -patienten oder zur Verbesserung der »Steuerung« wurde auch Aolept verabreicht.¹³² Die Angaben eines interviewten ehemaligen Patienten scheinen dies zu bestätigen:

»Die haben auch gespritzt, also, so isses nun nicht, auch so, wenn de jetzt richtig zu aggressiv warst, dann haben se dich festgeschnallt und das war's. Haben sie dir ne Dosis verpasst und da biste eingeschlafen, zack. Wachgeworden biste im Zimmer, Punkt. [Haben sie das auch bei Ihnen gemacht?] Haben sie auch gemacht. Ja, aber, wie gesagt, ich,

127 Interview von Christof Beyer mit dem ehemaligen Patienten R.K. [anonymisiert], 26.9.2019, 03:26-04:10.

128 KJPUH: 1572/69.

129 KJPUH: 1223/75.

130 KJPUH: 1237/77.

131 KJPUH: 766/79.

132 KJPUH: 1287/80, 1105/88.

nur noch 'n Einstich und dann Ruhe, und dann irgendwann nach, weiß ich, fünf, sechs Stunden oder so was, biste wieder wach geworden, lagste in deinem Bett.»¹³³

Jedoch zeigt auch das oben genannte Beispiel, dass bei »Einordnungsschwierigkeiten« hier offenbar kein Automatismus einer dämpfenden Medikation mit Neuroleptika bestand: 1980 wurde hier beim Ausbleiben weiterer Fortschritte bei der »Sozialisation« des Patienten eine Verabreichung von Aolept oder Haloperidol in Aussicht genommen. Diese geschah aber nicht, da eine Verbesserung der »Sozialisierbarkeit« durch »individuelle Einflußnahme« und »neue Verhaltenstechniken« eingetreten sei.¹³⁴

8 Literaturverzeichnis

- BEDDIES, Thomas/DÖRRRIES, Andrea (Hrsg.) (1991), Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919 bis 1960, Husum.
- FINKENTSCHER, Erdmuthe/HENNING, Heinz (2011), Psychotherapie an der Universitätsnervenklinik Halle/Saale 1970–1979. In: Michael GEYER (Hrsg.), Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945–1995, Göttingen, S. 391–393.
- HÄSSLER, Frank (2017), Kinderneuropsychiatrie in der DDR. In: Heiner FANGERAU/Sascha TOPP/Klaus SCHEPKER (Hrsg.), Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit, Berlin, S. 619–626.
- KUMBIER, Ekkehardt (2010), Zur Erinnerung an das Leben und Werk Helmut Rennerts (1920–1994). In: Nervenarzt 83, S. 76–83.
- REINHARDT, Dietrich/HARNACK, Gustav-Adolf von (1991), Therapie der Krankheiten des Kindesalters, 4. Auflage, Berlin/Heidelberg.
- ZIMMERMANN, Heike (1993), Klinik für Psychiatrie und Neurologie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg am Wendepunkt deutscher Geschichte bis zur Gegenwart, Med. Diss. Universität Halle-Wittenberg.

133 Interview von Christof Beyer mit dem ehemaligen Patienten R.K. [anonymisiert], 26.9.2019, 11:45-12:10.

134 KJPUH: 901/80.

XVII Kinderabteilung der Nervenheilanstalt Uchtspringe (1945 – 1958)

Laura Hottenrott

Inhalt

1	Einrichtungstyp und Quellenbasis	794
2	Historische Entwicklung	795
3	Räumliche Beschaffenheit und materielle Ressourcen	798
4	Sozialprofil der Kinder und Wege in die Einrichtung	804
4.1	Sozialprofil	804
4.2	Einweisungsmodus	806
4.3	Todesfälle und Umgang mit Angehörigen schwer erkrankter und verstorbener Kinder	807
4.4	Entlassungen	809
4.5	Einwilligungsfragen	811
4.6	Zuschreiben und Abwerten – dauerhafte Unterbringung, langfristige Folgen	813
5	Pädagogik und Lebensalltag (Tagesablauf, Arbeit, Besuchszeiten)	815
5.1	Schule, Arbeit, Beschäftigung	815
5.2	Pädagogisches Regime – Integration und Abschottung	818
5.3	Strafen	820
6	Diagnostik und Therapie	822
6.1	Pneumenzephalographien (PnEG)	823
6.2	Schockbehandlungen	824
6.3	Medikation	826
6.4	Medizinische Zwangsmaßnahmen (Isolation, Fixierung, Zwangsernährung)	829
7	Literaturverzeichnis	830

1 Einrichtungstyp und Quellenbasis

Das psychiatrische Krankenhaus Uchtspringe (heute Salus gGmbH) befand sich in abgechiedener Lage zwischen Gardelegen und Stendal und versorgte kurz nach dem Mauerfall rund 1.300 Patientinnen und Patienten. Das Krankenhaus verfügte zu dieser Zeit über 300 kinder- und jugendpsychiatrische Betten und eine Spezialstation für schwerhörige und gehörlose Kinder.¹ 1894 erbaut, hatte die ursprüngliche Nervenheilanstalt, ab 1961 Bezirkskrankenhaus, von Beginn an eine eigenständige Kinderabteilung mit anstaltseigener Schule. Im Land Sachsen-Anhalt war sie 1949 die einzige Anstalt, der eine Hilfsschule mit Heilerziehung angegliedert war.²

Für die Erarbeitung der Einrichtungsstudie wurden Sachakten der Gesundheitsbehörden und des Krankenhauses im Bundesarchiv Berlin, Bestand Ministerium für Gesundheitswesen (DQ 1) sowie im Landesarchiv Sachsen-Anhalt, Standort Magdeburg,³ ausgewertet. Die Einsicht in überlieferte Krankenakten der kinderpsychiatrischen Abteilung der Landesheilanstalt Uchtspringe beschränkte sich aus datenschutzrechtlichen Gründen auf den Zeitraum bis 1958, so dass die Einrichtungsstudie exemplarisch die frühe DDR-Zeit abbildet.⁴ Es wurden 100 Krankenakten von Kindern und Jugendlichen zur Durchsicht vorgelegt, die zwischen 1945 und 1958 in der Landesheilanstalt Uchtspringe waren. Außerdem wurde eine Liste mit weiteren 300 Krankenakten von Kindern und Jugendlichen aus dem Gesamtbestand zusammengestellt, aus der jeweils jede dritte Akte gezogen wurde. Unter den über 100 gesichteten Akten befanden sich u. a. Gutachten-Fälle, außerdem Akten von Kindern, die schon vor 1949 in Uchtspringe bzw. im Zeitraum 1949–1958 bereits erwachsen waren. 84 Akten wurden letztlich umfassend ausgewertet, darunter zwölf von Kindern, die sich bereits vor 1949 in der Anstalt befanden.

Über das Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal meldeten sich zwei ehemalige Patientinnen. Mit beiden wurden ausführliche Interviews geführt. Eine der Betroffenen war als Kind von 1958 bis 1968 in Uchtspringe, die zweite Befragte wurde zweimal eingewiesen (1977/78 und 1981/82). Leider konnten im Erhebungszeitraum keine weiteren Betroffenen oder damalige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für Gespräche gewonnen werden. Es war dementsprechend auch nicht möglich, über den Weg der Einverständniserklärung ein Vergleichssample an Akten der späteren Zeit auszuwerten.

¹ Bundesministerium für Gesundheit (1991), 94.

² BArch Berlin: DC 1/1165: An den Stadtrat (MdL, Magdeburg): Bericht über die wirtschaftlichen und personellen Verhältnisse der Landesheilanstalt Uchtspringe, 12.12.1949.

³ Dies waren u. a. die Bestände K2 Ministerpräsident, K7 Ministerium für Land- und Forstwirtschaft, K14 Landesbehörde der Volkspolizei Sachsen-Anhalt, K9 Ministerium für Gesundheitswesen, M 81 Landesheilanstalt Uchtspringe, Krankenakten (1945–1958).

⁴ Es wurde ein besonderer Nutzungsantrag zur Akteneinsicht gestellt. Da der Bestand unerschlossen war, hatte die Sichtung einen längeren Vorlauf.

Eine ehemalige Patientin stellte allerdings ihre umfangreiche Krankenakte für das Projekt zur Verfügung, die zumindest Aufschluss über diagnostische und therapeutische Verfahren und verabreichte Medikamente in den 1970er und 1980er Jahren gab. Für die spätere Zeit wurden mangels anderer Quellen wenige Sachakten zu Belegungszahlen sowie Fachveröffentlichungen hinzugezogen, die allerdings hinsichtlich des Anstaltsalltags nur von begrenztem Aussagewert waren.

2 Historische Entwicklung

Die Heil- und Pflgeanstalt Uchtspringe wurde 1892 im Auftrag der preußischen Provinz Sachsen erbaut und 1894 eröffnet. 1899 hatte sie über 870 Betten und umfasste mehr als 15 Gebäude.⁵ Männer, Frauen und Kinder waren getrennt voneinander untergebracht. Die Anstalt hatte von Beginn an eine selbständige Kinderabteilung, der eine anstaltseigene Schule angeschlossen war.⁶ 1912 unterrichteten vier Lehrkräfte bereits 156 Kinder, wobei es vermutlich um Kinder mit geistigen Behinderungen handelte. Die Kinder waren nach Geschlecht, gesellschaftlicher Stellung der Eltern und schulischen Leistungen differenziert. In der Anstalt war dementsprechend medizinisches und pädagogisches Personal beschäftigt.⁷ 1924 wurde die Arbeitstherapie als pädagogische Maßnahme eingeführt, 1925 die Kinderabteilung durch mehrere Erweiterungsbauten vergrößert.⁸

Unter dem Direktorat von Ernst Beese war die Landesheilanstalt im Nationalsozialismus aktiv an den NS-Krankenmorden beteiligt. Zu diesem Zweck wurde von 1941 bis 1945 eine eigenständige Kinderfachabteilung in Haus 20 eingerichtet, in der erstmals im August 1941 Kinder ermordet wurden.⁹ Den Kindern wurde eine Überdosis Luminal® verabreicht. Später wurde eine geringere Dosis Luminal mit einer Morphinum-Spritze kombiniert. Auch der schlechte Ernährungs- und Allgemeinzustand der Kinder war mitursächlich für ihren Tod.¹⁰

Nach Kriegsende fanden mehrere Prozesse¹¹ gegen verantwortliches ärztliches und Pflegepersonal statt, das auch die Ermordung von 350 Kindern zu verantworten hatte.

5 METHNER (2014), 377 f; http://www.salus-lsa.de/download/chronologie_geschichte_fachklinikum_Uchtspringe-klein.pdf, Internet Archive (letzter Zugriff: 25.1.2020).

6 METHNER (2014), 377 f.

7 Ibid.

8 http://www.salus-lsa.de/download/chronologie_geschichte_fachklinikum_Uchtspringe-klein.pdf, Internet Archive, (letzter Zugriff: 25.1.2020).

9 Ibid.

10 Ibid.

11 1948 und 1950 vor dem Landgericht Magdeburg, 1953 vor dem Landgericht Göttingen. SCHWEIZER-MARTINSCHKE (2018), 59; SYNDER (2001), 95.

Lediglich drei Freiheitsstrafen wurden verhängt, ausschließlich gegen Pflegepersonal.¹² Eine der Patientinnen, Elvira Hempel (geb. Manthey, Jg. 1931), die in die Tötungsanstalt Brandenburg verlegt worden war, überlebte und veröffentlichte 1994 ein Buch mit dem Titel »Die Hempelsche«.¹³

Nach Kriegsende wurde der Psychiater und Neurologe Hermann Nobbe (1894–1970)¹⁴ zum Direktor der Landesheilanstalt Uchtsprünge berufen, wobei er sich ausdrücklich von den Verbrechen der NS-Psychiatrie distanzierte.¹⁵ Bereits 1948 trug er auf einem Kongress der Psychiater und Neurologen und stellvertretend für sein Fach ein Schuldbekenntnis vor.¹⁶

Auf der Ebene der Landesheilanstalten ging es in dieser ersten Phase um eine Neuprofilierung, um auf diese Weise die materielle und personelle Grundausstattung zu sichern und auch als Arbeitsort attraktiver zu werden. Landesheilanstalten sollten nicht als Verwah- und Pflegeeinrichtungen, sondern als Schwerpunkt-Krankenhäuser fungieren. Während der Schwerpunkt der Anstalt Bernburg in der Neurochirurgie und Behandlung Hirnverletzter sowie in Nietleben in der Hirnpathologie lag, betrachtete Hermann Nobbe es als seine zentrale Aufgabe, die in der NS-Zeit unterbrochene psychiatrische und heilpädagogische Behandlung »schwachsinniger, epileptischer und psychopathischer Kinder und Jugendlicher« wieder aufzunehmen und auszubauen.¹⁷ Angestrebt wurde eine möglichst früh einsetzende und weitgehende Rehabilitation. Der anstaltseigenen Schule, aber auch beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen Ansätzen maß er eine hohe Bedeutung bei. Gleichzeitig sollte die Einrichtung als psychiatrisches Krankenhaus über alle notwendigen diagnostischen, therapeutischen und labortechnischen Möglichkeiten verfügen. Allerdings blieben seinen Bemühungen enge Grenzen gesetzt: Die katastrophalen materiellen Bedingungen der Nachkriegszeit sowie der institutionelle Rahmen und die innere Struktur der Anstalt – ein desolater Großkomplex

12 http://www.salus-lsa.de/download/chronologie_geschichte_fachklinikum_Uchtsprünge-klein.pdf, Internet Archive (letzter Zugriff: 25.1.2020).

13 Ibid.; HEMPEL (1994).

14 Hermann Nobbe studierte in Halle/Saale, Göttingen und Königsberg Medizin, assistierte anschließend an der Universitätsnervenklinik Halle/Saale, war in den Heilanstalten Tapiaw und Allenberg als Oberarzt tätig und führte die damals neue Arbeitstherapie ein. 1933 ging er an die Landesheilanstalt Uchtsprünge. Er galt als Arzt mit kommunistischer Gesinnung. 1937 verließ er die Anstalt wieder, da er mit den Behandlungsmethoden im Nationalsozialismus in einen inneren Konflikt geriet, und übernahm die Leitung der Neinstedter Anstalten. Die Problematik verschärfte sich, als sich seit 1941 auch die Anstalten der Inneren Mission an den NS-Krankmorden beteiligten. Da Nobbe parallel eine große Landpraxis leitete, war er unentbehrlich, was ihn vor schwerwiegenden Konsequenzen seiner Haltung bewahrte. Er galt als »wehrunwürdig« und wurde nicht zum Sanitätsdienst eingezogen. Bis Oktober 1945 blieb er in Neinstedt tätig.

15 WIEGMANN (2018), 40; http://www.salus-lsa.de/download/chronologie_geschichte_fachklinikum_Uchtsprünge-klein.pdf (letzter Zugriff: 25.1.2020).

16 WIEGMANN (2018), 40; MEADOR (2000).

17 NOBBE (1951), 26.

in abgeschiedener Lage – wirkten erschwerend bis weit in die 1950er Jahre, so dass sich die Arbeits- und Lebensbedingungen nur schleppend verbesserten und es zu teilweise zu schwerwiegenden Vorwürfen von Angehörigen gegen die Anstalt kam, die offizielle Überprüfungen auf höchster staatlicher Ebene nach sich zogen.¹⁸

Abgelöst wurde Hermann Nobbe im Amt des Direktors von Harro Wendt (1918–2006). Der in Leipzig promovierte und habilitierte Psychiater und Musiktherapeut übernahm 1961 die Leitung des Fachkrankenhauses und wurde später Vorsitzender der Sektion »Dynamische Einzelpsychotherapie« in der Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie der DDR. Er galt neben Karl Leonhard an der Berliner Charité lange Zeit als der einzige Psychotherapeut in der DDR, der sich intensiv der Einzelbehandlung zuwandte.¹⁹ Mit Harro Wendt wandelte sich trotz schwieriger Rahmenbedingungen schrittweise die innere Struktur des Fachkrankenhauses. Er ließ die Gitter zumindest an den Fenstern klinischer Stationen entfernen, führte die wöchentliche Chefvisite aller Patientinnen und Patienten mit anschließenden Fallbesprechungen ein und setzte auch in der kinderpsychiatrischen Abteilung verstärkt auf psychotherapeutische Ansätze. Es gelang ihm außerdem, in der DDR profilierte Fachärztinnen und Fachärzte für Uchtsprunge zu gewinnen, wie etwa die Psychiaterin Rose-Marie Kummer, die die Leitung der Kinderabteilung übernahm.²⁰ 1965 wurde eine erste Abteilung für Psychotherapie in Uchtsprunge gegründet, bevor 1967 die Arbeit mit hörgeschädigten Kindern begonnen und außerdem 1971 die erste geschlechtergemischte Psychiatrieabteilung in der DDR eingeführt wurde.²¹

Inhaltlich fand demnach bereits unter Hermann Nobbe in den 1950er Jahren eine Abkehr von der Verwahrspsychiatrie statt. Die Landesheilstalt entwickelte sich dann spätestens mit Harro Wendt zu einem psychiatrischen Fachkrankenhaus mit den entsprechenden klinischen Standards und – als Besonderheit – einem Schwerpunkt in der Psychotherapie. Auch die Patientenzahlen wurden bis zum Mauerfall deutlich reduziert. Dennoch blieben die äußeren Bedingungen die eines psychiatrischen Großkrankenhauses. Problematisch blieb dabei insbesondere, dass Kinder mit geistigen Behinderungen und später auch schwerhörige oder gehörlose Kinder zum Teil ohne psychiatrische Erkrankung über Jahre in Uchtsprunge verblieben, weil es andernorts keine Fördereinrichtungen gab. Ein grundlegender Wandel setzte erst im Zuge der Enthospitalisierung in den 1990er Jahren ein.²²

18 BArch Berlin: DQ 1/3913, 21601.

19 Süß (2000), 99.

20 <http://daemonen-und-neuronen.de/rundgang/dauer/d/umwandel.html> (letzter Zugriff: 25.3.2020).

21 http://www.salus-lsa.de/download/chronologie_geschichte_fachklinikum_Uchtsprunge-klein.pdf, Internet Archive (letzter Zugriff: 25.3.2020).

22 Bundesministerium für Gesundheit (1991), 94.

3 Räumliche Beschaffenheit und materielle Ressourcen

»In dem schriftlichen Bericht der Anstalt wird mit Nachdruck darauf hingewiesen, daß bei allen diesen Klagen und Ausstellungen zu bedenken ist, daß die Landesheilanstalten bereits in der Nazizeit in völliger Verkennung ihrer ärztlichen und sozialen Aufgaben in jeder Weise benachteiligt wurden und daß sie durch die unhumanen Euthanasie- und Sterilisationsgesetze der Hitlerzeit ja praktisch auf den [sic] Aussterbe-Etat standen.«²³

In der Aktenstichprobe berühren vor allem 15 Schicksale von Kindern und Jugendlichen (acht von weiblich, sieben männlich), die in der Landesheilanstalt verstarben, elf von ihnen im Zeitraum 1946–1949, allein vier 1949.²⁴ Während für die Einrichtung in Altscherbitz in Sachsen-Anhalt über 3.000 Sterbefälle zwischen 1945 und 1949 mit einer jährlichen Sterberate zwischen 15 (1949) und 38 Prozent (1947) ermittelt wurden, liegen für Uchtspringe keine zusammenhängenden Daten vor.²⁵ Allerdings lag der Anteil verstorbener Kinder in der Aktenstichprobe bei etwa 20 Prozent (15 von 84). Der Verwaltungsschriftverkehr vermittelt parallel dazu einen Eindruck von der Versorgungsnot des Krankenhauses in der Nachkriegszeit. Gleichzeitig spiegelt der Duktus behördlicher Einweisungsdokumente den Geist einer »Minderwertigkeitspsychiatrie« wider, der strukturell in die Krankenhausversorgung hineinwirkte. So traf die allgemeine Hungersnot auch nach dem Kriegsende gerade die Patientinnen und Patienten der Nervenheilanstalten in allen Besatzungszonen, da sie bei der Zuteilung von Nahrungsmitteln nach wie vor am Ende der Versorgungskette standen. Die Versorgung mit Lebensmitteln war in der französischen und der sowjetischen Besatzungszone (SBZ) besonders schlecht.²⁶ Und auch wenn die Rationen für Kranke in Krankenanstalten denen der Arbeiter angeglichen wurden,²⁷ hatten sie keine Möglichkeiten, zusätzliche Versorgungsquellen zu erschließen (etwa auf dem Schwarzmarkt), und waren deshalb in besonderem Maße auf den guten Willen der Verantwortlichen angewiesen.²⁸ Der Anstaltskostensatz für Patientinnen und Patienten, der in der SBZ zwischen 3 und 4,40 RM lag, war in Sachsen-Anhalt allgemein bzw. in Uchtspringe noch 1949/50 mit 1,70 RM besonders niedrig:

»Der Unterhaltskosten-Satz, der vom Kostenträger innerhalb des Landes Sachsen-Anhalt für einen geisteskranken Patienten gezahlt wird, beträgt z. Zt. täglich RM 1,70. Dieser

23 LASA: K 7, Nr. 1281: Präsident des Landtages Sachsen-Anhalt an den Vorsitzenden des Haushalts- und Finanzausschusses betr. Besichtigung der Landesheilanstalt Uchtspringe, 25.1.1950.

24 LASA: M 81. Vgl. dazu Kap. 4.3 Todesfälle und Umgang mit Angehörigen.

25 FAULSTICH (1998), 712.

26 Ibid., 683.

27 Ibid., 674: Erwähnt ist der SMAD-Befehl Nr. 96, in dem verlangt wurde, Kranke in Krankenanstalten mit den Rationen für die Arbeiter in der jeweiligen Stadt zu versorgen.

28 Ibid., 674 f. und 16 f.; HANRATH (2002), 166 f.

*Kostensatz ist nicht mehr aufrecht zu erhalten, wenn die Anstalt sich selbst tragen soll. [...] Mit dieser Frage hat sich bereit der Anstaltsbeirat befaßt, der einen täglichen Kostensatz von RM 3,- für notwendig hält.*²⁹

Neben der knappen Lebensmittelrationierung war die Kleidung schlecht, und es mangelte an Kohle, um die Säle in den kalten Wintern mehr als behelfsmäßig zu heizen. Das galt allerdings auch für andere Landesheilstalten. In Brandenburg wurden die Räume erst beheizt, wenn die Temperatur auf 2° Celsius sank. Bettnässer froren an ihren Betten an, Erfrierungen gehörten zum Anstaltsalltag.³⁰ Die Großmutter eines Patienten in Uchtspringe beschwerte sich nach einem Besuch, dass ihr Enkel »frierend in viel zu dünnen, mit Bindfaden zusammengebundenem Zeug« herumgelaufen sei. Eigene Kleidung wurde den Kindern mit dem Argument verweigert, dass die Wäschelei das nicht bewältigen könne.³¹ Eine befragte Patientin, die 1958 eingewiesen wurde, erinnerte sich noch daran, dass sie außer an Besuchstagen ausschließlich Anstaltskleidung tragen mussten und häufig froren, weil es generell »sehr kalt« war und »wenig geheizt« wurde. Die Schwestern hätten deshalb auch immer warme Strickjacken über ihrer Tracht getragen.³²

Die Berichte aus der frühen DDR-Zeit zeigen obendrein, dass es sich um einen beeindruckend großen und komplexen Versorgungsbetrieb handelte, für den auf allen Ebenen Personal notwendig war (medizinisches Personal, Pflegepersonal, pädagogisches Personal, technisches Personal).

1949 umfasste die Anstalt 23 voll belegte Krankengebäude mit insgesamt über 1.300 Betten und acht Wirtschaftsgebäuden. Allein die bereits eigenständige Kinderabteilung verfügte über 500 bis 600 Betten.³³ Zur Anstalt gehörten außerdem diagnostisch-therapeutische Einrichtungen, in denen medikamentöse Therapie, Malaria- und Fieber-Behandlungen sowie Schock-Behandlungen (Elektroschock) durchgeführt wurden. Außerdem hatte das Krankenhaus ein medizinisch-technisches Labor. Für ansteckende Krankheiten gab es ein Isolierhaus, das auch zur Entlausung und Desinfektion genutzt wurde. Daneben gab es zahlreiche Werkstätten (Maschinenhaus, Schlosserei, Bäckerei, Sattlerei, Schneiderei, Schuhmacherei, Tischlerei, Korbmacherei sowie Koch- und Waschküche).³⁴ Zur Bewirtschaftung gehörten zusätzlich 224 Morgen

29 LASA: K 7, Nr. 1281: Präsident des Landtages Sachsen-Anhalt an Minister Brandt (Vorsitzender des Haushalts- und Finanzausschusses), betr. Besichtigung der Landesheilstalt Uchtspringe, 25.1.1950.

30 FAULSTICH (1998), 675.

31 LASA: K 9, Nr. 3246: Beschwerden über die Landesheilstalt Uchtspringe, 13.2.1950.

32 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Patientin [anonymisiert], 7.6.2019, 26:33-27:07.

33 LASA: K 9, Nr. 3020: Der Direktor der Landesheilstalt: Struktur der Landesheilstalt Uchtspringe. Tagung der Heim- und Anstaltsleiter, 16.4.1949.

34 BArch Berlin: DQ 1/146: Der Kreisrat des Kreises Gardelegen (Gesundheitsamt): Landes-, Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe, 26.4.1947.

Acker, 120 Morgen Wiesen und Weiden, 328 Morgen Wald, 100 Morgen Anstalts-gelände einschließlich Park und eine Gärtnerei mit Gemüsebau und Obstplantage sowie eine kleine Viehwirtschaft.³⁵

Ausreichend Personal war dabei kaum zu finanzieren und schwer zu gewinnen, denn die Einrichtung lag 15 bis 20 Kilometer von den nächstgrößeren Städten entfernt und war als Arbeitsort ausgesprochen unattraktiv: »Die abgeschiedene Lage der meisten Anstalten stellt natürlich keinen Anreiz für junge Menschen dar, in dieser Anstalt zu arbeiten, zumal sie ja auch in der Stadt pekuniär im Vorteil sind.«³⁶

Neben dem Direktor und dem stellvertretenden Chefarzt gab es 1949 vier Abteilungsärzte, zwei Assistenzärzte, sechs Oberpfleger, 51 Abteilungspfleger und 110 Pfleger in der Einrichtung, zudem 53 Probepfleger und einen Nachtaufseher, eine Laborantin, einen Desinfektor und zwei Apotheker. Für die pädagogische Betreuung der Kinder und Jugendlichen waren im Stellenplan zu diesem Zeitpunkt lediglich drei Hilfsschullehrer und zwei Kindergärtnerinnen angegeben. Die Pflegerquote lag mit 1:8 unter dem für die Landesheilanstalten festgesetzten Verhältnis von 1:6. Büro- und technisches Personal, etwa für Verwaltung, Küche, Wäscherei, Maschinenhaus und Viehwirtschaft, war knapp.³⁷

Die noch vorhandenen und ursprünglich psychotherapeutisch genutzten Werkstätten hatten aus diesen Gründen vorwiegend wirtschaftliche Bedeutung für die Klinik. Patientinnen und Patienten mussten einen großen Teil der Reinigungsarbeiten unter Aufsicht des Pflegepersonals selbst erledigen.³⁸

Der Schriftverkehr zeigt außerdem, dass es auch materiell an allem fehlte: Es wurden 1.200 Wolldecken benötigt, 1.200 Handtücher, 500 Männerhemden, 600 Strohsäcke, 500 Frauenhemden, 500 Kinderhemden, 500 Männer-Unterhosen, Schreibpapier, 50 Eimer, 50 Kochtöpfe, 100 Schüsseln, 50 Waschsüsseln, 300 Blechteller, 300 Trinkbecher, 500 Esslöffel, Besen, Schrubber, Handfeger, Scheuertücher, Leder- und Schuhmacherbedarf, Nähgarn, Stecknadeln, Nähadeln, Maschinennadeln, Strickwolle, Glühbirnen, Kohlen und Koks. An letzter Stelle wurden auf einer Liste ein zusätzlicher ausgebildeter Facharzt und ein Röntgenapparat notiert.³⁹

Vor diesem Hintergrund blieb es in den 1950er Jahren die größte Herausforderung, die Grundversorgung der Patientinnen und Patienten zu sichern. Neben fehlenden

35 Ibid.

36 LASA: K7, Nr. 1281: Bericht über die Besichtigung der Landesheilanstalt in Uchtspringe, Kreis Gardelegen, 3.1.1950.

37 Ibid. Im Vergleich dazu gab es 1990 in der Sonderschule der Anstalt 12 bis 14 Lehrer, außerdem waren drei Sozialarbeiterinnen und 21 Erzieher in der Anstalt tätig.

38 LASA: K 9, Nr. 3020: Der Direktor der Landesheilanstalt: Struktur der Landesheilanstalt Uchtspringe. Tagung der Heim- und Anstaltsleiter, 16.4.1949.

39 LASA: K7, Nr. 1281: Bericht über die Besichtigung der Landesheilanstalt in Uchtspringe, Kreis Gardelegen, 3.1.1950.

Medikamenten waren die großen Patientensäle hoffnungslos überbelegt, es fehlte an Kleidung, vor allem an Schuhen, mit Kot und Urin verunreinigte Matratzen konnten nur schwer ersetzt werden, es gab kaum Glühbirnen, so dass manche Schläfsäle mit bis zu 60 Patienten keine richtige Beleuchtung hatten.⁴⁰ 1950 hieß es beispielsweise:

»Infolge des Mangels an Medikamenten – Luminal ist seit April 1949 überhaupt nicht mehr vorrätig – sind die Zustände auf der bisherigen Epileptiker-Station völlig unhaltbar geworden, und es ist bereits wiederholt zu völlig berechtigten Beschwerden seitens der Angehörigen gekommen. Ähnlich liegen die Verhältnisse auf der Kinderstation.«⁴¹

Zudem nahm die Zahl der Patientinnen und Patienten zu. 1950 war die Kinderabteilung mit 700 Minderjährigen belegt, von denen lediglich 300 die anstaltseigene Schule besuchten.⁴² Für die ganztägige Betreuung der übrigen Kinder war dementsprechend das Pflegepersonal zuständig, was angesichts der Unterbesetzung kaum eine Förderung erwarten lässt. Umso mehr erstaunt es, dass die Zuwendung des Personals zuweilen positiv hervorgehoben wurde. So hieß es über das Pflegepersonal beispielsweise, es widme sich »mit voller Hingabe der Pflege der ihm anvertrauten Kranken«. ⁴³ Und auch in puncto Schule fiel ein sonst kritischer Bericht auffallend positiv aus: »Hervorgehoben werden muß noch, daß die Kommission tief ergriffen war bei der Besichtigung von einzelnen Schulklassen. Sie hat den Eindruck bekommen, daß sich die Lehrer mit großer Geduld und Liebe um die Erziehung der Kinder bemühen.«⁴⁴

Andererseits waren über die gesamten 1950er Jahre Klagen von Eltern und Angehörigen zu vernehmen, die ihre Kinder in einem stark vernachlässigten Zustand vorfanden: »Sie wissen ja, es wäre für das Kind das Beste, es schliefe ein, aber doch nicht so.«⁴⁵

Auch wenn konkrete Vorwürfe Angehöriger überwiegend mit Verweis auf Diagnosen und Grunderkrankung zurückgewiesen wurden, räumte das überprüfende Jugendamt in einem Fall ein, dass unbequeme Kinder wohl häufiger ins Bett gelegt wurden. Auch dem Eindruck anderer Eltern, die angaben, dass ihr Kind nicht geduldig gefüttert worden sei und das Laufen verlernt habe, wurde zugestimmt.⁴⁶ Die Aussagen von zwei aus Uchtspringe geflohenen Jugendlichen und weitere Beschwerden lösten in einem anderen Fall eine Untersuchungskommission aus.⁴⁷ Die beiden Anstaltsbewohner hatten über unmenschliche Zustände in der Nervenheilanstalt berichtet:

40 Ibid.

41 Ibid.

42 Ibid.

43 Ibid.

44 Ibid.

45 LASA: K 9, Nr. 3246: Beschwerden über die Landesheilanstalt Uchtspringe, 13.2.1950.

46 Ibid.

47 Eine Besichtigung der Heilanstalt erfolgte zunächst durch den Oberkommissar der Volkspolizei, einen Vertreter des Kreisvorstandes und den Arzt für Staatliche Kontrolle.

»In der Station 5a befinden sich in einem stickigen halbdunklen und rauchdurchzogenen Raum von 5 × 10 m Bodenfläche 43 Jugendliche im Alter von 8–20 Jahren. Die ärztliche Betreuung der Insassen ist vollkommen ungenügend, die letzte Untersuchung des Jugendlichen B. hat vor 8 Jahren stattgefunden. Die Erziehungsmethoden sind unglaublich und vollkommen nazistisch. Eine Arrestzelle wurde festgestellt, in der sich der Zögling H. E. mit nur einem Hemd bekleidet befand. Die Zelle enthielt nur eine Matratze, eine Decke und ein Nachtgeschirr. Der Jugendliche ist einem Angehörigen der Kommission um den Hals gefallen und bat, ihn aus dieser Hölle zu befreien. Die Arrestzeit dauert meistens 10 bis 11 Tage, in denen auch noch die Essensration gekürzt wird. Desgleichen wird einem 16-jährigen Bettwärter das Frühstück entzogen. Die Jugendlichen beklagen sich, dass sie nie an die frische Luft kommen, wenn sie nicht gerade einem Arbeitskommando angehören.«⁴⁸

Ebenfalls 1950 beklagte sich ein Junge über die mangelnde Aufsicht und die fehlende Trennung der Altersklassen. Er wollte unter keinen Umständen wieder nach Uchtsprunge zurück, da er in seiner Gruppe in Haus VIII große Angst vor den größeren und stärkeren Jungen hatte, die den Kleinen – ungehindert vom Pflegepersonal – Päckchen von zuhause entrissen.⁴⁹ Der Klage einer mangelnden Aufsicht und fehlenden Trennung der Altersklassen wurde zugestimmt und daraufhin das männliche durch weibliches Pflegepersonal ersetzt.⁵⁰ Das Personal der Kinderabteilung wurde schrittweise aufgestockt. Das mittlere medizinische Personal setzte sich 1961 aus drei Abteilungsschwestern, vier Stationspflegern, 17 Stationsschwestern und stellvertretenden Schwestern und Pflegern, einem Kolonnenpfleger, 25 Schwestern und Pflegern, das Hilfspersonal aus 60 Hilfsschwestern und Pflegern sowie 22 Stationshilfen zusammen.⁵¹ Grundlegend verbesserte sich die Situation jedoch bis in die 1960er Jahre nicht. Die Patientenzahlen nahmen zu, die Anstalt blieb insgesamt voll belegt (Tabelle 1).

1959 löste eine weitere Beschwerde von Angehörigen an den Bezirksrat eine umfassende Prüfung der Verhältnisse in Uchtsprunge auf ministerialer Ebene aus. Die Eltern hatten das Befinden ihrer 15-jährigen Tochter nach mehreren Besuchen der Anstalt wie folgt geschildert:

»Am 15.7.1958 erhielten wir das nachstehende Telegramm: ›[Name] dringend behandlungsbedürftig. Nicht reisefähig. Brief folgt. Krankenhaus Uchtsprunge.‹ Wir nahmen dies zum Anlaß, sofort nach Uchtsprunge zu fahren und trafen am 18.7. dort ein, um uns an Ort und Stelle von dem Zustand unseres Kindes zu überzeugen. Wir waren aufs tiefste erschüttert, als wir unser Kind – nur noch ein Skelett, kaum in der Lage zu spre-

48 BArch Berlin: DQ 1/1901: Information des Amtes für Information (HA Informationskontrolle) an das Ministerium für Gesundheitswesen, betr. Ergebnisse Überprüfungscommission Landesheilanstalt Uchtsprunge, Kinderabteilung, 1950, Bl. 295–298.

49 LASA: K 9, Nr. 3246: Beschwerden über die Landesheilanstalt Uchtsprunge, 13.2.1950.

50 Ibid.

51 LASA: M 81, Nr. 303: Besetzung der einzelnen Fachabteilungen mit Personal, Stand 8.4.1961.

Jahr	Erwachsene	Kinder/Jugendliche	Sonstige (Gerontopsychiatrie, Neurologie, Psychotherapie)	gesamt
1947	276 / 472	225	-	1.384 (1.333 vor 1933)
1950	243 / 453	795 (0–18 Jahre)	-	1.491
1961	517 / 750	508	50	1.825
1968	519 / 691	479	60	1.749
1978	463 / 606	390	68	1.527
1988	444 / 589	321	65	1.419
1990	857	301	212	1.370

Tabelle 1: Patientinnen- und Patientenzahlen 1947–1990 (Quelle: Jahresberichte der Landesheilanstalt)⁵²

chen, geschweige denn zu sitzen oder zu stehen – widersahen! Wie konnte es soweit kommen – ein 15-jähriges Mädchen und wiegt ganze 33 kg!!! Hat denn weder eine Schwester noch eine Ärztin oder ein Arzt Zeit dazu, sich einmal darum zu kümmern, ob das Mädchel ißt oder wenn nicht, woran dies liegt? [...] Nicht zuletzt ist auch Dr. Nobbe für alle Vorgänge als ärztlicher Leiter des Hauses verantwortlich – man kann doch nicht tatenlos zusehen, wie ein junges Menschenkind verhungert! Dafür ist er eingesetzt und wird auch entsprechend bezahlt.»⁵³

Der leitende Arzt der Kinderabteilung kritisierte während einer Befragung zu dem Vorgang, dass die »Kinderseite« mangelhaft versorgt werde. So wäre sie in der Zuteilung von Mitteln immer nur am »Rande bedacht worden«, außerdem sei die Abteilung ausgesprochen unterbesetzt gewesen, so dass eine »starke Arbeitsüberlastung unter den Ärzten« geherrscht habe.⁵⁴ Letztlich kam die Prüfung zu dem Ergebnis, dass in dem konkreten Fall keinen Mitarbeiter ein Verschulden traf und dass auch die eingesehenen Krankenblätter keinen Anlass zu Beanstandungen gaben.⁵⁵ Gleichzeitig wurde aber festgehalten, dass mindestens die ärztliche Besetzung auf allen Stationen unzureichend war. Die Kommission leitete personelle und strukturelle Veränderungen, außerdem die Ablösung des Direktors in die Wege.⁵⁶

⁵² LASA: M 81: Nr. 393, Nr. 438, Nr. 4247; M 81, K7, Nr. 1281.

⁵³ BArch Berlin: DQ 1/21601: Schreiben Eltern an Rat des Bezirkes Gera und zur Weiterleitung an das Ministerium für Gesundheitswesen, 21.7.1958.

⁵⁴ Ibid.

⁵⁵ Der Zustand des Mädchens wurde mit ihren Grunderkrankungen begründet.

⁵⁶ BArch Berlin: DQ 1/21601: Direktor des Bezirkskrankenhauses für Neurologie und Psychiatrie Görden an Regierung der Deutschen Demokratischen Republik, Ministerium für Gesundheitswesen (Abteilung Allgemeiner Gesundheitsschutz), 29.1.1959.

4 Sozialprofil der Kinder und Wege in die Einrichtung

4.1 Sozialprofil

Die erhobene Stichprobe enthielt 84 Akten von 28 weiblichen und 56 männlichen Patientinnen und Patienten, die sich im Zeitraum zwischen 1945 und 1958 oder länger in der Nervenheilstation Uchtspringe befanden, zwölf von ihnen bereits vor 1949, 72 im Zeitraum ab 1949. Die meisten waren im schulfähigen Alter (64 von 84), mehrheitlich zwischen sechs und 13 Jahren. Neben wenigen Kleinkindern befanden sich 20 Jugendliche darunter, einige waren zum Zeitpunkt der Einweisung bereits erwachsen. In einzelnen Fällen waren vermutlich infolge der Nachkriegswirren keine genauen Geburtsdaten angegeben (z. B. bei Waisen und Flüchtlingen).

Gut die Hälfte der Kinder blieb bis zu einem Jahr in Uchtspringe (45 von 84), ein größerer Anteil nur für einige Wochen. 22 Kinder befanden sich bis zu drei Jahre in der Einrichtung, neun Kinder für vier bis sechs Jahre, ein Kind für sieben Jahre, und ein Junge, der bereits 1943 eingewiesen worden war, blieb für zehn Jahre.

Etwa die Hälfte der Kinder (39 von 84) lebten vor der Einweisung zuhause, mindestens 14 bei der alleinerziehenden Mutter, drei in einer Patchwork-Situation mit einem Stief- oder Pflegevater, vier in einer Pflegefamilie oder bei Adoptiveltern, ein Kind bei anderen Verwandten. In fünf Fällen war in der Akte angegeben, dass der Vater gefallen war, in einigen Fällen waren die Eltern verschollen. Waren die Familien der Kinder durch den Krieg nicht vollständig zerrüttet, kamen sie größtenteils aus einfachen Elternhäusern mit dürftigen Einkommensverhältnissen:

Beispiel 1 (1952): Schreiben Kinderheim Martin Schwantes, Bebertal, Haldensleben: »[...] der Obengenannte wurde ohne jegliches Gepäck eingeliefert. [Name] hatte sich bei der Aussiedlung von dem Wagen entfernt und hatte seine Angehörigen nicht mehr gefunden. Infolgedessen kann er auch kein Federbett und dergleichen gehabt haben. [Name] kam damals sehr herunter gekommen an, seine Sachen waren mehr Lumpen wie Kleider. [Name] wusste auch nicht, wann er geboren ist und wo er herkommt. Sein Geburtsdatum wurde vom Amt für Gesundheitswesen auf Grund einer Untersuchung festgestellt.«⁵⁷

Beispiel 2 (1948): [Name] wohnt bei der Mutter, Vater »bei der Wehrmacht verschollen«. Sparguthaben der Eltern aus der Vorkriegszeit mit 4800 DM, aber gesperrt. Kein Einkommen, monatlich 10 RM Waisenrentenvorschuss, Mutter bezog Einheits-Fürsorgeunterstützung für die drei Kinder.⁵⁸

⁵⁷ LASA: M 81, Nr. P 121.

⁵⁸ LASA: M 81, Nr. P 3628.

Beispiel 3 (1946): Einweisungsgutachten: »Mutter tot, Vater krank, keinerlei Pflege, Flüchtling aus Ostpreußen.«⁵⁹

Beispiel 4 (1949): »Die Mutter hat kein Einkommen, der Bruder verdient monatlich 24 DM, die Schwester 45 DM. Die Mutter ist etwa 60 Prozent arbeitsunfähig. Rentenanspruch ist eingereicht. 20 DM monatlich Waisenrente. Mutter lebte bisher von Rente und Fürsorge, seit 1947 erhält sie nichts mehr.«⁶⁰

Schul- oder Bildungsabschlüsse der Eltern waren dementsprechend kaum aufgeführt. Gab es Angaben zu den Vätern, waren sie mehrheitlich in der Landwirtschaft, im Bergbau oder als Handwerker (Schlosser, Dreher) tätig. Wenige waren Eisenbahner, zwei taten Dienst bei der Volkspolizei. Nur vier Väter aus dem Sample hatten einen höheren Bildungsabschluss (jeweils ein Arzt, Apotheker, Justizinspektor und Pfarrer). Das Familienmodell war traditionell. Bei den meisten Müttern war keine Berufstätigkeit angegeben. Waren sie alleinstehend, lebten sie von der Fürsorge, teilweise von der Witwenrente. War ein Beruf benannt, so handelte es sich um Arbeiterinnen in der Landwirtschaft oder auch im Bergbau. Drei Mütter waren verstorben, zum Beispiel an Tuberkulose.⁶¹

Ein zweiter größerer Teil der Kinder (27 von 84) wurde aus recht unterschiedlichen Fürsorgeeinrichtungen eingewiesen. Es konnte ein konfessionelles Heim oder ein Jugendhilfe-Heim, ein Waisenhaus, ein Jugendwerkhof oder eine Blindenanstalt gewesen sein. Nicht immer enthielten die Akten genauere Angaben zum Einrichtungstyp.⁶² In sechs weiteren Fällen erfolgte die Einweisung aus einem nicht-psychiatrischen oder psychiatrischen Krankenhaus.⁶³ Zwei weitere Kinder kamen aus einem Umsiedler- oder Quarantänelager, eine 16-Jährige aus der Vollzugsanstalt Stendal, ein 16-Jähriger aus der Haftanstalt Genthin, und ein bereits 18-Jähriger 1952 auf gerichtliche Anordnung aus dem Haftkrankenhaus Leipzig-Kleinmeusdorf.⁶⁴ In anderen Fällen bleibt der vorherige Aufenthaltsort unklar.

⁵⁹ LASA: M 81, Nr. P 3321.

⁶⁰ LASA: M 81, Nr. P 3186.

⁶¹ Z. B. LASA: M 81, Nr. P 639, P 3748, P 3255, P 332, P 196, P 3691, P 3321.

⁶² Kinderheim Dardesheim, Kreis Halberstadt; Kinderheim Mannhausen; Kinderheim Samariterherberge Leipzig; Landesbeobachtungsheim Eilenburg; Waisenhaus Halberstadt; Martin-Schwantes-Heim Schönebeck/Elbe; Jugendwerkhof Elsnig; Heim »Freies Griechenland«, Radebeul; Kinderheim Harzjugendheim Quedlinburg; Walter-Schneider-Heim in Stollberg; Mädchenheim Wolmirstedt; Kleinstkinderheim Tangermünde; Landesjugendheim Ernst Schneller, Eilenburg.

⁶³ Halle, Bernburg, Magdeburg, Haldensleben und die Neinstedter Anstalten: LASA: M 81, Nr. P 656, P 3634, P 3255, P 5410, P 5369, P 961.

⁶⁴ LASA: M 81, Nr. P 4844, P 230, P 769, P 210, P 249.

4.2 Einweisungsmodus

»Es gab auch Bettnässer. Jetzt wo Sie das jetzt sagen, erinnere ich mich wieder. Wir hatten natürlich auch Kinder mit körperlichen Defiziten. Und es gab auch Kinder dort, die waren seelisch nicht so wie ich. Es gab auch Kinder, die waren wirklich krank. [...] Pflegebedürftige Kinder sind das gewesen.«⁶⁵

Eine »Psychopathie« war in 12 Akten, eine »Schizophrenie« oder »Hebephrenie« in drei Fällen als Diagnose angegeben. Weil der therapeutische Schwerpunkt in der Kinderabteilung Uchtsprünge in der Beschulung lag, handelte es sich mehrheitlich nicht um akute psychiatrische Fälle, sondern um Kinder und Jugendliche mit geistigen Behinderungen (»Schwachsinn leichten, mittleren, hohen Grades«) (N= 52), teilweise kombiniert mit Erziehungsschwierigkeiten, ferner um Kinder mit Epilepsie (N= 8) und anderen neurologischen Erkrankungen (z. B. Chorea) sowie mit Down-Syndrom (N= 3). Die Kinder sollten in Uchtsprünge heilpädagogisch betreut werden, weil es am Wohnort und in der Familie beispielsweise keine geeignete Betreuung und Förderung gab. Das konnte dann auch eine längerfristige Unterbringung bewirken.

Waren es nicht die Erziehungsanstalten oder Heime, die die Verlegung von Kindern nach Uchtsprünge veranlassten (24 von 84), so waren doch in den meisten Fällen die Gesundheitsämter maßgeblich an der Einweisung beteiligt (52 von 84). Rechtsgrundlage war eine Einweisungsverfügung gemäß § 2 der Fürsorgebestimmung mit einer ärztlichen Diagnose (42 von 84) bzw. einem ärztlichen Einweisungsattest (25 von 84). Ein Einweisungsattest durch den Amtsarzt oder behandelnden Arzt mit einer Diagnose war erforderlich und wurde auch rückwirkend angefordert.⁶⁶

Teilweise lebten die Kinder in so ärmlichen Verhältnissen, dass die Einweisung als »lebensrettende Maßnahme« über das Sozialamt erwirkt wurde; moniert wurden Unterernährung, fehlende Pflege und Förderung. So hielt das Kreissozialamt in einem Fall die Unterbringung des Kindes in einer Heilanstalt für dringend geboten. Ärztliches Einweisungsattest und die Verfügung des Gesundheitsamtes formulierten als Indikation »Heilversuch und Verpflegung«: »Es besteht die Gefahr, dass K. durch Vernachlässigung seiner Mutter dem Hungertode preisgegeben wird. Aus diesem Grunde sind im vergangenen Winter zwei Kinder gestorben. Wir bitten um bevorzugte Bearbeitung dieses Falles.«⁶⁷

In vier Fällen erfolgte die Einweisung auf gerichtliche Anordnung, durch den Amtsrichter oder die Staatsanwaltschaft.⁶⁸ In einigen Fällen (8 von 84) konnte der Akte entnommen werden, dass die Angehörigen zumindest an der Einweisung mitwirkten, weil

⁶⁵ Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Patientin [anonymisiert], 7.6.2019, 14:28-15:24.

⁶⁶ LASA: M 81, Nr. P 3484.

⁶⁷ Ibid., darin: Dringlichkeitsantrag Kreissozialamt, 9.2.1948.

⁶⁸ LASA: M 81, Nr. P 210, P 230, P 249, P 3601.

sie wegen Berufstätigkeit die Betreuung nicht leisten konnten. Auch seitens der Eltern bestand außerdem ein Interesse an der Beschulung in Uchtsprunge, weil es beispielsweise vor Ort keine Schule gab, die die Kinder betreuen wollte (1953):

»[...] es ergibt sich hieraus, daß [Name] infolge seiner Schwerverziehbarkeit und seines Schwachsinnens nicht in der Hilfsschule gehalten werden kann. Da die Untersuchung andererseits ergeben hat, daß gewisse Keime für eine Bildungsfähigkeit vorhanden sind und daß er bei gewisser Behandlung und Beschulung – wie sie nur eine Heimschule gewährleistet – noch etwas leisten kann, wird um Aufnahme gebeten.«⁶⁹

4.3 Todesfälle und Umgang mit Angehörigen schwer erkrankter und verstorbener Kinder

Die 15 Kinder und Jugendlichen, die in der Anstalt verstarben, waren zwischen zwei und 18 Jahren alt, zwei waren zum Todeszeitpunkt bereits 19.⁷⁰ Es fällt auf, dass es sich mehrheitlich um Kinder mit einer diagnostizierten »schweren Intelligenzmindering« (»Idiotie«) handelte. Einige litten zusätzlich an Anfällen, zwei von ihnen waren blind.⁷¹ Die festgestellte Todesursache war in acht Fällen eine Lungenentzündung, gefolgt von Lungentuberkulose; außerdem wurden Kreislaufversagen, grippale Infekte und Masern angegeben. Teilweise lagen den Akten die Sektionsberichte verstorbener Kinder bei.⁷²

Für die Leichenschau war in Einrichtungen des Gesundheitswesens der behandelnde Arzt zuständig. Die rechtliche Grundlage bildeten für die DDR seit 1949 § 45 Strafprozessordnung sowie die »Anordnung über die ärztliche Leichenschau«, die bestimmte, dass jede Leiche binnen 24 Stunden nach dem Eintritt des Todes durch einen Arzt zu besichtigen war.⁷³ Verläufe und ergriffene Maßnahmen sind in den Akten in der Regel

69 LASA: M 81, Nr. P 3748.

70 Acht weibliche und sieben männliche Patientinnen, die zwischen 1945 und 1958 in der Anstalt verstarben, acht von ihnen im Zeitraum 1949-1958.

71 LASA: M 81: Nr. P 5464: († 1945: Lungenentzündung); Nr., P 3558: († 1946: Kreislaufversagen); Nr. P 5508: († 1946: Lungentuberkulose); Nr. P 3276: († 1946: Masern); Nr. P 3691: († 1947: Lungenentzündung); Nr. P 3321: († 1947: Lungentuberkulose); Nr. P 5140: († 1947: schlechter Allgemeinzustand, Kreislaufversagen); Nr. P 5369: († 1949: Lungentuberkulose); Nr. P 5558: († 1949: Lungenentzündung); Nr. P 5511: († 1949: Lungenentzündung); P 3376: († 1949: Lungenentzündung); Nr. P 5187: († 1950: grippaler Infekt mit Herz- und Kreislaufversagen); Nr. P 5212: († 1953: Bronchiopneumonie); Nr. P 3699: († 1955: Lungenentzündung); P 3384: († 1958: Lungentuberkulose nach Encephalitis).

72 LASA: M 81: Nr. P 3376; Nr. P 656; Nr. P 3384; Nr. P 5558, Nr. P 5212, Nr. P 3699, Nr. P 5369.

73 Anordnung über die ärztliche Leichenschau vom 9. März 1949, ZVBl. I, S. 267, die durch ein Sektionsgesetz ergänzt wurde.

dokumentiert.⁷⁴ Lediglich in einem Fall fanden sich weder Verlaufskurve noch Krankengeschichte oder ein Sektionsbericht in der Akte.⁷⁵

Die Angehörigen wurden regelhaft informiert, wenn Kinder in der KJP schwer erkrankten bzw. sich in einem kritischen Zustand befanden. Die »Schlechtermeldung« erfolgte per Telegramm.

Ein 16-Jähriger war 1946 mit der Diagnose »psychische Depressionszustände bei angeborenem Schwachsinn« eingewiesen worden und verstarb laut Akte an Kreislaufversagen bei einem sehr schlechten Ernährungs- und Allgemeinzustand.⁷⁶ Der Vater wurde über seinen Zustand unterrichtet (1946):

»Zustand im Wesentlichen unverändert. R. liegt im Bett (ohne Hemd!), weil andauernd schmutzig mit Urin und Kot. Nahrung muss ihm gereicht werden. Sehr dürftiger Ernährungs- und Allgemeinzustand. Kein Fieber, kein Husten, kein Auswurf, kein Ernstfall, keine Ödeme. Hat wiederholt Besuch von seinem Vater erhalten, der über den besorgniserregenden Zustand seines Sohnes unterrichtet ist.«⁷⁷

Nicht immer war es den Eltern möglich, rechtzeitig anzureisen. In keinem der 15 Fälle waren Angehörige vor Ort, als ein Kind verstarb. Einige erreichte bereits die »Schlechtermeldung« zu spät.⁷⁸

Ein Mädchen, das an Tuberkulose verstarb, war aus der Nervenklinik Bernburg eingewiesen worden, wo bereits eine Unterernährung festgestellt worden war. Ihre Eltern (es handelte sich um Flüchtlinge) galten als vermisst, machten das Mädchen aber in Uchtsprünge ausfindig. Mutter und Schwester schrieben mehrmals an das Krankenhaus und erkundigten sich rührend um ihr Befinden, erhielten dann aber die Nachricht vom Tod des Mädchens und ihrer Beisetzung. Mutter und Schwester beabsichtigten, das Grab zu besuchen, und baten um ein Andenken.⁷⁹

Den Eltern eines 1949 verstorbenen Mädchens war ebenfalls erst zwei Tage vor ihrem Tod eine »Schlechtermeldung« über den besorgniserregenden Zustand der Tochter zugeschickt worden.⁸⁰ Einen Monat nach ihrem Tod schrieben die Eltern einen Brief an die KJP, in welchem sie um die Mitteilung der Todesursache baten (1949):

»Da ja nun schon einige Zeit vergangen ist, wir die Nachricht vom Tode unserer Kl. [Name] erhalten haben, und wir uns jetzt nun vom Schmerz erholt haben, und trotzdem wir selbst sagen, dass es eine große Erlösung für die Kleine ist, finden wir als Eltern trotzdem noch keine Ruhe und hätten gern die Todesursache gewusst. Leider erreichte

74 LASA: M 81: Nr. P 3558, Nr. P 5140, Nr. P 3699.

75 LASA: M 81, Nr. P 3691.

76 LASA: M 81, Nr. P 3558.

77 Ibid.

78 LASA: M 81, Nr. P 5369.

79 Ibid.

80 LASA: M 81, Nr. P 5511.

uns die Nachricht, dass sich der Zustand unserer Kleinen verschlechtert hat zu spät, sonst wären wir ja bestimmt noch einmal gekommen. [...] Und so bitte ich Sie ... Nur eine kleine Auskunft, was unsere Kleine für eine Krankheit gehabt hat. Unterschrift Eltern.»⁸¹

In der Akte eines 14-jährigen Verstorbenen war vermerkt, dass seine Beisetzung auf dem Anstaltsfriedhof erfolgte und seine Sachen an mittellose Patienten verteilt worden wären, da auch sein Vater verstorben sei.⁸² Die Mutter eines anderen Jugendlichen schrieb einen Brief an die Abteilungsärztin, die bei einem letzten Besuch »sehr verständnisvoll gewesen sei«. Sie bat um ein Gespräch vor Ort zu den Todesumständen und erhielt einen entsprechenden Termin.⁸³

Todeszeitpunkt, Tag und Ort der Beisetzung wurden den Eltern demnach mitgeteilt, und auch der Verbleib persönlicher Dinge der Kinder wurde geregelt. Über die genaue Todesursache wurden die Eltern aber offenbar nicht schriftlich, sondern möglicherweise im persönlichen Gespräch informiert.

4.4 Entlassungen

Die Kinder aus dem Sample wurden nach Hause entlassen (N=27) oder in eine Fürsorgeeinrichtung verlegt (N=17). Vereinzelt fielen Entlassungsbriefe wohlwollend aus und enthielten beispielsweise eine günstige Schulprognose:

»Der kleine Patient zeigte bei der Entlassung kaum mehr motorische Unruhe. Da die geistige Entwicklung des Patienten dem Lebensalter entspricht und er durchaus in der Lage ist, die Normalschule am Heimatort zu besuchen, wurde von einer Einschulung in der hiesigen Anstaltsschule abgesehen und der Patient am 4.9.1951 nach Hause entlassen.«⁸⁴

Jugendliche oder inzwischen erwachsene Patientinnen und Patienten wurden teilweise direkt in einen bäuerlichen Betrieb entlassen, in einem Fall auch auf eigenen Wunsch des Patienten.⁸⁵ Von den drei Minderjährigen, die aus einer Haftanstalt oder im Rahmen eines Verfahrens eingewiesen worden waren, wurden zwei zurück nach Hause entlassen, nachdem man im Rahmen der Behandlung eher auf eine Einstellung der Verfahren hinwirkte.⁸⁶

Insbesondere bei den Jugendlichen fiel allerdings auf, wie stark die ärztlichen Empfehlungen in die weitere Gestaltung der Lebenswege eingriffen, indem sie den Pati-

81 Ibid.

82 LASA: M 81, Nr. P 3321.

83 LASA: M 81, Nr. P 3699: († 1955: Lungenentzündung).

84 LASA: M 81, Nr. P 3135.

85 LASA: M 81, Nr. P 417.

86 LASA: M 81, Nr. P 249, Nr. P 769.

entinnen und Patienten bestimmte Fähigkeiten oder Neigungen absprachen und vor allem persönliche Wünsche schlichtweg zurückwies: »1952: ... Ein Lehrberuf (Pat. möchte Schlosser werden) kommt nicht in Frage. Am zweckmäßigsten erscheint eine Beschäftigung in der Landwirtschaft oder in der Industrie als Arbeiter.«⁸⁷

Eine ehemalige Patientin, die zehn Jahre lang in Uchtsprunge war und nach der Entlassung gern einen technischen Beruf erlernt hätte, beschreibt im Interview ihre Schwierigkeiten im Rechnen. Es sei ihr schnell klar geworden, dass ihr unabhängig von ihren Fähigkeiten bereits die stofflichen Grundlagen in der Anstaltsschule überhaupt nicht oder nur unzureichend vermittelt worden waren. Erschwerend hinzu kamen geschlechtsspezifische Rollenzuweisungen, die auch im Elternhaus gepflegt wurden:

»Ich wollte immer Schlosser werden. [...] Da gab es Drama [nach der Entlassung], aber wie! Ich war ja ein Mädchen! Ja, ich sollte Nähen lernen. [...] Ich sollte Nähen lernen, ich sollte Mauern lernen, was ich ja schon konnte. Ich sollte eigentlich ein Waschweib werden, eine Hilfskraft für die Mutter, was weiß ich. Aber Hausarbeit lag mir nie.«⁸⁸

Als eine weitere Auffälligkeit der Aktenstichprobe ist festzuhalten, dass in 25 Prozent der Fälle Eltern ihre Kinder ohne Erlaubnis mit nach Hause nahmen oder explizit eine »Entlassung gegen ärztlichen Rat« erfolgte, teilweise auf vehementen Druck der Angehörigen. Dabei ging es in der Regel um ausbleibende Fortschritte in der Behandlung und den Eindruck, den die Anstalt hinsichtlich der Unterbringungsbedingungen hinterließ. Die Eltern einer Neunjährigen⁸⁹ hatten sich laut Akte von Beginn an für die Entlassung des Mädchens eingesetzt:

Beispiel (1956): »Heute erscheint die Großmutter mit einem Schreiben des Vaters, dass [Name] entlassen werden soll. Mit viel Geduld gelang es doch noch, die Großmutter zu überzeugen, daß [Name] wenigstens bis zum Ende des Schuljahres bleiben soll, damit sie endlich einmal ein Schulzeugnis in den Händen hat. Die Großmutter war dann auch einsichtig, daß [Name] nun wenigstens bis Juli bleibt. [...]«⁹⁰

Die Mutter eines anderen Patienten⁹¹ hatte sich bereits 1952 wiederholt an den Rat des Kreises gewandt, um die Entlassung ihres Sohnes zu erwirken. Schließlich nahm sie ihn nach einem Besuch und ohne Erlaubnis wieder mit nach Hause (1953): »Die Mutter des Kindes weilte heute auf Besuch hier und hat den Jungen vom Spaziergang nicht zurückgebracht. [...] Patient wurde heute ohne Erlaubnis trotz energischen Protestes des Erziehungsleiters von der Mutter mit nach Hause genommen.«⁹²

87 LASA: M 81, Nr. P 3432.

88 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Patientin [anonymisiert], 7.6.2019, 00:54:50-1:00:04.

89 LASA: M 81, Nr. P 5302.

90 Ibid.

91 LASA: M 81, Nr. P 3601.

92 Ibid.

Schließlich sind als Teilgruppe diejenigen Patientinnen und Patienten zu nennen, die auch als Erwachsene in der Anstalt verblieben, für die das psychiatrische Krankenhaus also faktisch zum Wohnort wurde. Ein 24-jähriger Patient befand sich bereits seit elf Jahren in Uchtsprunge und wurde »unter Aufsicht und Anleitung mit einfachen Handarbeiten beschäftigt«. Die Fähigkeit, sich »durch freie Arbeit einen Lebensunterhalt zu verdienen«, wurde ihm hingegen gänzlich abgesprochen (»unfähig«). Die behandelnden Ärzte gingen davon aus, dass er ohne Steuerung verwaorlosen würde. Deshalb musste er »mangels anderer Möglichkeiten« weiterhin in der Anstalt verbleiben und wurde offensichtlich ohne medizinische Indikation dauerhaft untergebracht.⁹³

4.5 Einwilligungsfragen

Abgesehen von den Entlassungen gegen ärztlichen Rat bleibt die Haltung der Erziehungsberechtigten in vielen Fällen unklar (Einweisungsverfügungen). Mehrheitlich lagen den Akten keine Einwilligungserklärungen bei (71 von 84). Der Brief einer Mutter vom Dezember 1954 zeigt, dass die Erziehungsberechtigten teilweise überhaupt nicht erst in den Einweisungsprozess eingebunden wurden:

»Man hat den Kleinen am 23.9. von zuhause [Ort] abgeholt und bisher uns noch keine Nachricht gegeben. Ich habe mir schon bei uns in [Ort] wegen der richtigen Adresse erkundigt, aber niemand konnte mir diese sagen. Ich bin die Mutter von [Name] und bitte sie sehr, mir etwas über den Kleinen hören zu lassen. Sonst denkt man wahrscheinlich, wir würden uns um den Kleinen nicht kümmern. [...] Geben sie mir doch bitte auch genauen Bescheid ob man den Kleinen noch auch besuchen kann.«⁹⁴

In einem Fall bat der Chefarzt der Kinderabteilung das Gesundheitsamt, den Eltern vor der Einweisung das Sorgerecht zu entziehen, um eine Entlassung gegen Revers zu verhindern:

»Bevor wir zu der Aufnahme des obengenannten Kindes Stellung nehmen, bitten wir, den Eltern das Sorgerecht entziehen zu lassen (22.5.1959)«

»Wir bitten, die Sorgerechtsentziehung für das o. g. Mädchen, soweit es die Unterbringung im hiesigen Krankenhaus betrifft, durchzuführen, damit die Eltern nicht jederzeit das Kind von hier abholen können (Schreiben Uchtsprunge an Gesundheitsamt, 10.6.1959).«

Die Jugendhilfe lehnte ein solches Vorgehen in diesem Fall sogar ab, da die Voraussetzungen des § 1666 des BGB (Sorgerechtsentzug) nicht gegeben waren. Das Gesundheits-

⁹³ LASA: M 81, Nr. P 3748.

⁹⁴ LASA: M 81, Nr. P 3484.

amt meldete kurze Zeit später, die Eltern des Mädchens hätten gegen ihre beabsichtigte erneute Unterbringung in Uchtspringe Beschwerde eingelegt.⁹⁵

In zehn von 84 Fällen lagen den Akten globale Einwilligungserklärungen der Angehörigen bzw. Erziehungsberechtigten bei, die nur zum Teil formalisiert waren: »Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Kind [Name] geb. in einer von der Landesregierung Sachsen-Anhalt in Halle/Saale zu bestimmenden Heil- und Pflegeanstalt untergebracht wird. [Unterschrift Mutter 17.02.1948].«⁹⁶

Die Einweisung wurde in diesem Fall auch über die Behörden veranlasst. Dass eine Einweisung grundsätzlich an das Einverständnis der Erziehungsberechtigten gekoppelt war, spiegelt die Akte einer zehnjährigen Patientin, die 1953 eingewiesen wurde.⁹⁷ In ihrem Fall übten die Behörden allerdings erheblichen Druck aus, um die Zustimmung der Eltern zu erwirken. Laut Akte hatte das Gesundheitsamt im Rat des Kreises Haldensleben die ausdrückliche schriftliche Einverständniserklärung der Eltern zur stationären Aufnahme des Kindes vorab eingeholt, um die Aufnahme in die Kinderabteilung zu beschleunigen, da die Aufnahme zuvor bereits einmal durch Eltern abgelehnt worden war⁹⁸:

»Die völlig uneinsichtige Mutter wollte auch diesmal eine Überweisung in eine Heilanstalt ablehnen. Nach Rücksprache mit der Grossmutter jedoch gelang es uns, bei dieser wenigstens Verständnis für die Notwendigkeit einer Heilanstaltsbehandlung zu finden. Das Kind erscheint unter normalen Lebensverhältnissen so nicht tragbar. Es bedarf heilanstaltlicher Pflegebehandlung und nach der notwendigen Eingewöhnung in die Umgebung einer dann vorzunehmenden gründlichen Untersuchung mit Kontrolle des Liquors zur Klärung der Diagnose und der dann einzuschlagenden therapeutischen Massnahmen.«⁹⁹

In späteren Akten lässt sich eine zunehmende Formalisierung der Erklärungen erkennen, die zusätzlich (invasive) diagnostische und therapeutische Maßnahmen benannten:

Beispiel 1 (1955): »Ich erkläre hiermit, daß ich mit allen Maßnahmen, die zur Klärung und Behandlung der Krankheit meines Angehörigen [Name] in der Landesheilanstalt Uchtspringe ärztlicherseits für erforderlich gehalten werden, einverstanden bin.« [Vordruck Erklärung].«¹⁰⁰

Beispiel 2 (1957): »Einverständniserklärung: als Pflegemutter der Pat. [Name] erkläre ich hiermit mein Einverständnis zur Durchführung aller, ärztlicherseits zur Behandlung der geistigen Erkrankung, an der meine Tochter leidet, notwendigen Behandlungsmaßnahmen

95 LASA: M 81, Nr. P 5302.

96 LASA M 81, Nr. Trog 171 [ID U036].

97 LASA: M 81, Nr. P 5212.

98 Ibid., Schreiben des Rats des Kreises Haldensleben (Abt. Sozialwesen/Fürsorge), 2.4.1952.

99 Ibid., Einweisungsantrag der Städtischen Poliklinik (Nervenabteilung) Magdeburg, 8.2.1952.

100 LASA: M 81, Nr. P 4682.

einschließlich der Elektrokrampfbehandlung, Insulin-Behandlung, Lumbalpunktion und Encephalographie. Ich bin auf die evtl. Gefahren einer derartigen Behandlung aufmerksam gemacht worden.»¹⁰¹

4.6 Zuschreiben und Abwerten – dauerhafte Unterbringung, langfristige Folgen

In einigen Akten fällt der ausgesprochen abwertende Sprachgebrauch auf, der zunächst kaum von einem Umdenken nach dem Kriegsende zeugt. Der defizitorientierte Blick auf Menschen mit geistiger Behinderung spiegelt sich besonders in Diagnosen einweisender Amtsärztinnen und -ärzte bzw. in Unterlagen einweisender Behörden wider. Drastische Beispiele fanden sich speziell in Akten von jenen Kindern, die als »nicht heilbar« und als »bildungsunfähig« erklärt wurden:

Beispiel 1: Ärztliches Einweisungszeugnis: »Zunehmende Verblödung [...] Macht einen verblödeten Eindruck, ist nicht ansprechbar, stiert vor sich hin, kann sich nicht unterhalten. Mund steht blöde offen.«¹⁰²

Beispiel 2: »Zeigte am Tage sein läppisches Wesen, lachte für sich, war ohne Teilnahme für die Vorgänge in seiner Umgebung [...] Lachte blöde, grimassiert, sieht nicht aus, ist etwas abweisend, wenn er angefasst wird.«¹⁰³

Beispiel 3: »Es ist eine Kunst, ihr was beizubringen.«

Beispiel 4: Ärztliches Einweisungsgutachten, Gesamteindruck: »völlig verblödet.«¹⁰⁴

Beispiel 5: »Wieder vollständig klar, auf der Abteilung ist sein unruhiges Wesen sehr lästig und störend. Redselig und klebrig, äußerst schwere Auffassung. Wird nach der Untersuchung als nicht schulfähig angesehen.«¹⁰⁵

Beispiel 6: »Das Kind [Name] [...] ist heute amtsärztlich auf seinen Geisteszustand untersucht worden. Es handelt sich um einen Knaben mit blödem Gesichtsausdruck, der obwohl fast 8 Jahre alt, so gut wie nichts sprechen kann. Alle an ihn gerichteten Fragen, wie er heißt, wie alt er sei und wo er wohnt beantwortet er mit dem Wort [sein Name] und seinem blöden Lächeln. Es handelt sich daher um einen Fall von Idiotie. Es wird daher die Unterbringung in der Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe beantragt und für dringend erforderlich gehalten (Amtsärztin, Gesundheitsamt an Sozialamt, 7.2.1948).«¹⁰⁶

101 LASA: M 81, Nr. P 690.

102 LASA: M 81, Nr. P 5464.

103 LASA: M 81, Nr. P 3558.

104 LASA: M 81, Nr. P 3321.

105 LASA: M 81, Nr. P 3583.

106 LASA: M 81, Nr. P 3628.

Dabei mischten sich eine im Ton abwertende Fachsprache (z. B. »Schwachsinn«, »Idiotie«) und Umgangssprache (»blöde«, »klebrig«) in einer Weise, die auch von Angehörigen als ausgesprochen stigmatisierend und beleidigend empfunden wurde, wie die folgenden Einträge belegen:

»[Name] wurde heute von der Mutter in die Anstalt gebracht. [...] Die Mutter bringt ihn jetzt her, weil er nicht eingeschult werden kann. Er soll sprechen lernen und die Schule besuchen. [...] Die Mutter ist sehr besorgt um das Kind und regt sich übermäßig über den Ausdruck ›Idiotie‹ auf dem Einweisungsantrag auf.«¹⁰⁷

Eine Nervenheilanstalt war gleichzeitig keine Durchgangsstation. Die Einweisung war für viele auf längere Zeit angelegt, weil ein möglicher Hilfsschulabschluss das erklärte Therapieziel war. Das psychiatrische Krankenhaus konnte analog zu einem Kinderheim für Jahre zum Wohnort werden. Dieser Umstand verleiht insbesondere Zuschreibungen und Werturteilen in Einweisungsdiagnosen besonderes Gewicht. Einweisungsprozedere und Diagnostik blieben nicht frei von spontanen Einschätzungen und Stereotypen, die den sachlichen Blick auf das Krankheitsgeschehen verstellen konnten.¹⁰⁸ Werturteile, die in die Anamnese und Krankengeschichte einfließen, schrieben sich über längere Zeiträume über verschiedene Beteiligte (Ärzt/-innen, Fürsorger/-innen etc.) in die Akten ein. Davon berichtet eine Betroffene, die als Fünfjährige mit der Diagnose »Idiotie« sowie dem Hinweis auf Verhaltensauffälligkeiten und »Herumtreiberei« eingewiesen und zehn Jahre lang in der Kinderabteilung verblieb:

»[...] also ich habe da ja auch ein Schreiben gehabt, wo drin stand, dass ich 'ne Idiotie habe, also 90 Prozent Idiotie. [...] Ich hätte nur dagesessen und kuriose Bewegungen gemacht, mit schlabberndem, offenem Mund und sei nicht der Sprache mächtig und nicht beschulungsfähig gewesen. [...] Meiner Ansicht nach war ich gesund, denn ich habe ja Schule und Zeugnisse und alles dann nachgeholt.«¹⁰⁹

Die damalige Patientin lebte vor ihrer Einweisung in die KJP bei Pflegeeltern und wurde nach ihrer Entlassung aus Uchtspringe 1968 in den Jugendwerkhof Friedrichswerth verlegt. Als besonders einschneidend für ihr weiteres Leben und ihr Selbstwertgefühl empfand sie die ausgesprochen rudimentäre Schulbildung und Förderung in Uchtspringe sowie das fortwirkende Stigma, in einer Nervenheilanstalt gewesen zu sein. Die anschließende Einweisung in den Jugendwerkhof Friedrichswerth bedeutete für sie paradoxerweise eine Aufwertung ihrer Persönlichkeit: »Lieber kriminell¹¹⁰ als geisteskrank. Bis dato hatte sie lediglich einen Abschluss der 8. Klasse der Sonderschule der Nervenheilanstalt erworben. Noch zu DDR-Zeiten holte sie einen Normalschulab-

107 Ibid.

108 Vgl. dazu SCHMIEDEBACH (2020), 21 f.

109 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Patientin [anonymisiert], 7.6.2019, 15:00-16:44.

110 Nach wie vor haftet Betroffenen, die in Jugendwerkhöfen der DDR waren, zu Unrecht das Stigma an, es habe sich um straffällige Jugendliche gehandelt.

schluss nach und durchlief zwei Facharbeiterschulungen. Nach dem Mauerfall besuchte sie die Abendschule und absolvierte eine Ausbildung.

Die Diskrepanz zwischen der sogenannten Einweisungsdiagnose »Idiotie«, die der Kreisarzt eventuell lediglich bescheinigte, um ihre Unterbringung zu erreichen, und ihrer späteren Ausbildung, insbesondere nach dem Mauerfall, steht exemplarisch für die Wirkmächtigkeit von Diagnosen und Werturteilen, die in den Akten fortlaufend reproduziert wurden und den Werdegang und das Selbstbewusstsein von Kindern negativ beeinflussten.

5 Pädagogik und Lebensalltag (Tagesablauf, Arbeit, Besuchszeiten)

5.1 Schule, Arbeit, Beschäftigung

»Geistig hat der Junge während des letzten halben Jahres erfreuliche Fortschritte gemacht. Schulisch wird er im Rahmen der hiesigen Heilerziehung betreut und gefördert. Er wurde bei Abschluß des letzten Schuljahres nach der Klasse 2 der hiesigen Anstaltsschule versetzt. Er erscheint durchaus weiter bildungsfähig (Bericht an Gesundheitsamt Magdeburg, 6.9.1951).«¹¹¹

Aushängeschild der Landesheilanstalt war die Sonderschule mit neun aufsteigenden Klassen (Anstaltshilfsschule). 1950 wurde deshalb beschlossen, in Uchtspringe vorwiegend »bildungsfähige« Kinder und Jugendliche im schulfähigen Alter aufzunehmen.¹¹² Aus den Krankenakten geht hervor, dass es neben der Schule auch eine Art Vorschule (Spielschule), einen Hort sowie eine berufsbegleitende Abendschule in der Anstalt gab. Über die Personalausstattung dieser Einrichtungen gaben die eingesehenen Akten keine Auskunft.¹¹³ Die Beschäftigung auf den Stationen übernahm das Pflegepersonal.

Die Therapie der Kinder und Jugendlichen folgte in den 1950er Jahren dementsprechend heilpädagogischen Ansätzen. So ist regelmäßig von »ärztlicher und heilerzieherischer Behandlung« die Rede.¹¹⁴ Eine klare Trennung zwischen therapeutischer

111 LASA: M 81, Nr. P 3601.

112 LASA: K 9, Nr. 3065: Niederschrift über die Arbeitsbesprechung der Anstaltsdirektoren am 9. und 10. November 1950 im Gästehaus der Landesregierung Halle (Saale), Beitrag H. Nobbe zur Unterbringung und schulischen Betreuung von geisteskranken Minderjährigen.

113 Die Akten der anstaltseigenen Schule sind laut Auskunft des Landesarchivs Sachsen-Anhalt nicht überliefert.

114 LASA: M 81, Nr. P 117.

und pädagogischer Arbeit gab es dabei nicht, vielmehr stand auch die erzieherische Arbeit unter der Oberaufsicht der Ärzte und wurde als Therapieansatz mitgedacht. Erklärtes Therapieziel konnte sein, dass die Kinder »endlich einmal ein Schulzeugnis in den Händen« hielten.¹¹⁵

Nur knapp die Hälfte der Patientinnen und Patienten der Kinderabteilung besuchte 1949 die Anstaltsschule (1949: 300 von 700).¹¹⁶ Für die als »bildungsunfähig« deklarierten Kinder gab es zumindest in den 1950er Jahren keine Förderkonzepte. Ab 1952 sah man ihre Verlegung in die Neinstedter Anstalten vor. Das Landesgesundheitsamt setzte sich außerdem dafür ein, Jugendliche, die als »nicht bildungsfähig« galten, in die Heime der Inneren Mission in Wolmirstedt und Borsdorf bei Leipzig zu verlegen.¹¹⁷

Harro Wendt distanzierte sich später explizit von der Kategorie der »Bildungsunfähigkeit«. Er setzte sich 1963 bei einer wissenschaftlichen Fachtagung in Rodewisch für die Förderung aller Kinder ein und forderte dazu eine mehrdimensionale Diagnostik und Therapie, die auch diejenigen einschloss, die bis dahin auf der sogenannten Idiotenstation 5c in Uchtspringe untergebracht waren. Er wollte durch Methoden einer möglichst früh einsetzenden »Imbezillenbildung«, der »Betreuung in festen Gruppen mit bestimmten Beziehungspersonen, sowie durch die gleichzeitige medizinische Versorgung« verhindern, dass sie zu reinen Pflegefällen degradiert wurden.¹¹⁸ Die Förderung vor allem praktischer Fertigkeiten sollte erreichen, dass diese Patientinnen und Patienten anschließend »gesellschaftlich nützliche Arbeiten verrichten« konnten.¹¹⁹ Inwieweit diese Anliegen und Forderungen später in die Tat umgesetzt wurden, konnte mangels Quellen im Rahmen dieser Erhebung nicht überprüft werden.

Mindestens 28 von 84 Kindern und Jugendlichen aus der Aktenstichprobe bis 1958 besuchten die Sonderschule der Anstalt. Bei einigen war zusätzlich Hort oder Spielschule, bei Jugendlichen auch die Arbeitstherapie in einer der Anstaltswerkstätten, die Familienpflege in der Landwirtschaft oder in Einzelfällen auch der Besuch der berufsbegleitenden Abendschule (z. B. im Rahmen einer Schneiderlehre) angegeben (2 von 84).¹²⁰ Ein Patient blieb beispielsweise für sechs Jahre in Uchtspringe, besuchte die

115 LASA: M 81, Nr. P 5302.

116 LASA: K 9, Nr. 3020: Der Direktor der Landesheilanstalt: Struktur der Landesheilanstalt Uchtspringe. Tagung der Heim- und Anstaltsleiter, 16.4.1949.

117 LASA: K 9, Nr. 3065: Niederschrift über die Arbeitsbesprechung der Anstaltsdirektoren am 9. und 10. November 1950 im Gästehaus der Landesregierung Halle (Saale), Beitrag H. Nobbe zur Unterbringung und schulischen Betreuung von geisteskranken Minderjährigen.

118 LASA: M1, Nr. 4247: H. Wendt (Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Uchtspringe/Altmark) an Rat des Bezirkes Magdeburg (Abtl. Gesundheit und Sozialwesen): Vorschläge für die Versorgung der psychiatrischen Patienten mit Bezug auf das Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Uchtspringe, 5.12.1963.

119 Ibid.

120 LASA: M 81: Nr. P 3457, Nr. P 196.

Anstaltsschule und wurde 1952 aus der 9. Klasse »mit genügendem Erfolg« entlassen. Danach wurde er in der Anstalt als Hilfsarbeiter an verschiedenen Arbeitsstellen (Bäckerei, Malerwerkstatt usw.) eingesetzt. Er sei »willig und besonders in der Malerwerkstatt gut brauchbar« gewesen, da er »eine gewisse Anlage hierfür« gehabt habe.¹²¹

Neben Schule und Arbeitstherapie gab es außerdem verschiedene Beschäftigungsmöglichkeiten (Bastelarbeiten im Winter, Zeichnen, Handarbeiten, Lesen), und es wurden Hilfstätigkeiten, auch pflegerische Aufgaben, auf der Station zugeteilt:

»Beschäftigt sich nicht mit Hausarbeiten. Hat Freude daran, in kindlicher Weise mit Farbstiften zu malen; nimmt das sehr ernst, ist gekränkt, wenn man ihm ein Teil seiner Zeichnungen fortnimmt. Lässt sich seine leidlichen Kunstwerke gern durch andere bewundern (5.8.1953).«¹²²

Eine befragte damalige Patientin litt allerdings besonders unter einer ihr zugeteilten Stationstätigkeit:

»Ich wurde eingeteilt, kleinere Babys mit zu füttern. Das weiß ich noch, da kann ich mich noch dran erinnern, weil wir die Aufgabe hatten, bzw. das Verbot hatten, diese kleinen Kinder anzufassen. Wir durften praktisch nur die Flasche halten, bzw. wenn die sitzen konnten, nur Löffelchen schieben. Wir durften die nicht anfassen, wir durften mit denen auch nicht sprechen, das weiß ich noch [beginnt zu weinen]. Die Augen der Kinder habe ich noch im Kopf. Die Augen, wie sie einen angucken, als wenn sie fragen wollten, warum sprichst du nicht mit mir?«¹²³

In vielen Fällen fehlten genauere Angaben zur Förderung (42 von 84). Einige Kinder aus der Stichprobe wurden außerdem als »bildungsunfähig« vom Schulunterricht ausgeschlossen.¹²⁴ Bei ihnen war ebenfalls keine sonstige Beschäftigung angegeben. Heranwachsende Patientinnen und Patienten, die als »bildungsunfähig« galten, versuchte man hingegen mit einfachen Handarbeiten (wie Auspacken) zu beschäftigen, oder sie arbeiteten in den Kolonnen auf dem Anstaltsgelände mit (etwa in der Kohlenkolonne und der Gutskolonne).¹²⁵

121 LASA: M 81, Nr. P 3317.

122 LASA: M 81, Nr. P 3699.

123 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Patientin [anonymisiert], 7.6.2019, 19:32-20:14.

124 Z. B. LASA: M 81, Nr. P 5486, Nr. P 3086.

125 LASA: M 81, Nr. P 3384, Nr. P 3583.

5.2 Pädagogisches Regime – Integration und Abschottung

Die Aktendurchsicht ergab, dass die weitere Beschulung erstens von der Leistung und zweitens vom Betragen der Kinder abhing. Die Förderkonzepte wurden nur sehr bedingt an die individuellen Bedürfnisse angepasst. Nur vereinzelt ließen sich prognostisch dahingehende Ansätze erkennen, etwa die Gruppengröße zu reduzieren:

»Der mittelgradig schwachsinnige Junge erscheint an sich bildungsfähig. Ob die Betreuung in der Vorschulklasse Zweck hat, bleibt in der Praxis abzuwarten. Vom psychologischen Standpunkt erheben sich gegen die schulische Beschäftigung in einer zu großen Kindergruppe Bedenken. Die psychiatrischen Eigenarten des Jungen dürften die soziale Einordnung in eine Gruppe von 6-18 Kindern schwierig machen. Die intensive Erziehung des Patienten unter 5-6 Kindern erscheint sinnvoll.«¹²⁶

In der Regel war Voraussetzung für die Fördermaßnahme in der Anstalt, dass sich die Kinder anpassten und einfügten:

Beispiel 1: »Die Patientin wurde im Dezember 1951 wieder ausgeschult, da keinerlei Leistungen erzielt wurden. [...] Da es sich somit um einen reinen Pflegefall handelte, wurde sie am 21.12.1951 auf Bitten der Pflegemutter aus der Anstalt entlassen.«¹²⁷

Beispiel 2: »Er musste als schwerer Psychopath aus der Beschäftigungsklasse entfernt werden, da er sich zunehmend als Störenfried entwickelte.«¹²⁸

Auch die Symptomatik einer Grunderkrankung konnte als störend empfunden werden und beispielsweise eine frühzeitige Ausschulung begründen: Weil »[...] die ständig wiederkehrenden Anfälle jetzt schon eine erhebliche Belastung für den klassenmäßigen Unterricht darstellen, und eine Förderung über das Ziel der Vorklasse hinaus im Rahmen der Hilfsschule als äußerst unwahrscheinlich erscheint, ist von einer Beschulung abzusehen.«¹²⁹

Die Bewertung des Sozialverhaltens und die Wahl der Beschäftigungsmöglichkeit waren dabei stark von traditionellen, geschlechtsspezifischen Rollenzuweisungen geprägt:

Beispiel 1: »In psychischen Belastungssituationen wird er weich, ängstlich und feige und fängt schließlich an zu heulen (Psychologischer Bericht).«¹³⁰

Beispiel 2: »Beobachtung: Ist sehr eitel. Kämmt sich oft und steht vor dem Spiegel und beschaut sich. [...] Wenn er ein Paket erhält, so teil er gern mit anderen Jungen, ist sehr ordnungsliebend und stets freundlich. Wehrt sich bei Angriffen von stärkeren Kameraden stets.«¹³¹

126 LASA: M 81, Nr. P 3076.

127 LASA: M 81, Nr. P 4799.

128 LASA: M 81, Nr. P 3432.

129 LASA: M 81, Nr. P 3583.

130 LASA: M 81, Nr. P 3748.

131 LASA: M 81, Nr. P 965.

Beispiel 3: »[Name] hat sich auf der Station schnell und gut eingelebt. Fröhlich macht sie Lese- und Schreibübungen in Blindenschrift, während sie nachmittags mit Handarbeiten beschäftigt wird. Sie beherrscht zwar schon eine einfache Stricktechnik, doch soll sie noch viel üben, um sauber und auch ordentlich stricken zu lernen. So ganz einfach fällt es ihr nicht. (10.11.1955).«¹³²

Viele Eltern aus dem Sample schrieben Briefe an die Anstaltsleitung, erkundigten sich nach dem Wohlbefinden des Kindes und den Fortschritten der Behandlung. Die Antwortbriefe machten vorwiegend einen recht zugewandten Eindruck. Päckchen wurden den Kindern zumindest rationiert ausgehändigt, es gab feste tägliche Besuchszeiten, Besuche und Urlaube wurden eher erlaubt als abgelehnt. Die Anfahrtskosten konnten sich die Eltern erstatten lassen.

Beispiel 1: »Gegen einen Besuch bestehen keine Bedenken. Besuchszeit ist täglich von 9-12 und von 14-17 Uhr. Kleidung braucht nicht mitgebracht zu werden. Der behandelnde Arzt ist am 4. und 11. April 54 zu sprechen. Der Schein für Fahrpreisermäßigung liegt vor (Chefarzt u. Abteilungsarzt, 30.3.1954).«¹³³

Beispiel 2: »Das Päckchen für Ihren Sohn ist hier eingegangen. Er hat sich sehr darüber gefreut, besonders über den Stoffhund. Er spielt gern damit. Die Süßigkeiten werden ihm nach und nach gereicht.«¹³⁴

Beispiel 3: »Ihr Paket mit Äpfeln, Nüssen, Gebäck, Süßigkeiten und zwei Würsten kamen hier gut an. Das Kind hat sich über alles sehr gefreut. Die Esssachen werden ihm nach und nach gereicht.«¹³⁵

Allerdings wurde individuell entschieden, wobei die Entscheidungshoheit immer bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten lag. Es gab durchaus Fälle, in denen Besuche der Eltern überhaupt nicht oder über längere Zeiträume nicht gestattet wurden.¹³⁶ Es bleibt auch unklar, ob der freundliche Ton, in dem die Briefe gehalten waren, eher die Kommunikation nach außen, also mit den Angehörigen, prägte. So überwiegt an anderen Stellen der Eindruck, dass nach innen ein deutlich autoritärer Stil üblich war. Darauf deutet beispielsweise das Schreiben der leitenden Ärztin der »heilpädagogischen Abteilung« in Haus 7 hin. Sie regte bei den Behörden einen Sorgerechtsentzug der Eltern an, weil sich diese in ihren Augen zu mitfühlend verhielten:

»Patientin hat sich leidlich eingelebt, doch macht sie erhebliche Schwierigkeiten (schlug die Fenster entzwei, war uneinsichtig und ausgesprochen frech). [...] Sie erhält oft Briefe und Päckchen, die voller Mitleid sind. [...] Sie erhielt zu Weihnachten von der Mutter ein Päckchen und einen Brief, der eigentlich wenig Verständnis für dieses schwierige

132 LASA: M 81, Nr. P 4682.

133 LASA: M 81, Nr. P 5269.

134 LASA: M 81, Nr. P 3699.

135 LASA: M 81, Nr. P 3748.

136 LASA: M 81, Nr. P 3484.

Kind zeigte, er war voller Zärtlichkeit. Wir hoffen nicht, daß durch die Unvernunft der Mutter es vielleicht zu einer frühzeitigen Entlassung dieses Mädels kommt und wären Ihnen aus diesem Grunde doch dankbar, wenn Sie in unserem Sinne einen Einfluß auf die Eltern ausübten. Bei eventuellen Schwierigkeiten würden wir doch zu einer Entziehung des Sorgerechtes bzw. des Aufenthaltsbestimmungsrechtes der Eltern raten. (Ärztin Heilpädagogische Abteilung an behandelnde Ärztin, Poliklinik).«¹³⁷

5.3 Strafen

Es fanden sich vielfach Hinweise auf Bestrafungen durch das Pflege- bzw. Stationspersonal in den Interviews, in den Krankenakten, aber auch im sonstigen Schriftverkehr der Einrichtung (etwa im Zusammenhang mit Beschwerden von Angehörigen). Grundsätzlich mussten sich auch die kleineren Kinder ruhig, diszipliniert und folgsam verhalten, insbesondere bei den Mahlzeiten. Die Maßnahmen rangierten zwischen milderer Sanktionen, beispielsweise einem Platzverweis beim Essen, dem Ausschluss von gemeinsamen Aktivitäten oder dem Entzug von Vergünstigungen und verordneter Bettruhe bis hin zu schweren Strafen, wie der Verlegung in geschlossene Abteilungen oder Isolation. Verlegungen waren in der Aktenstichprobe am häufigsten dokumentiert (9 von 15 dokumentierten Strafen), meistens in Abteilung 5d¹³⁸ oder in eine Erwachsenenstation. Ein 16-Jähriger wurde beispielsweise nach mehreren Disziplinverstößen und dem Diebstahl von fünf Mark eines Mitpatienten auf Station 5d verlegt, später auch für einige Wochen in den »Wachsaal«.¹³⁹

Ein anderer Patient »musste seinen Platz im Hort 3 × wechseln, da er mit seinem Kameraden in Streit geriet«, und wurde »von der Gemeinschaft ausgeschlossen«, weil er »beim Essen lacht und schmatzt«; auch musste er »vom Tisch genommen werden«, weil er »beim Essen albert« (1951).¹⁴⁰ Ein Zwölfjähriger musste einen Sonderkurs in der Anstaltsschule absolvieren, außerdem wurden ihm »Vergünstigungen entzogen«, weil er in den Keller einer Pflegerin einbrach und dort ein Glas eingemachtes Obst aufaß (1949).¹⁴¹ Ein weiterer Patient »wurde zu Bett« gelegt, als er »zu den Schwestern recht ungezogen« war. »Aus erzieherischen Gründen« wurde der Neunjährige außerdem nach Gebäude 8 verlegt.¹⁴²

137 LASA: M 81, Nr. P 5302.

138 Vgl. zu Abteilung 5d Kap. 3, »Räumliche Beschaffenheit und materielle Ressourcen«.

139 LASA: M 81, Nr. P 196.

140 LASA: M 81, Nr. P 117.

141 LASA: M 81, Nr. P 3317.

142 LASA: M 81, Nr. P 3255.

Neben diesen disziplinarischen Maßnahmen fanden sich außerdem Hinweise auf körperliche Misshandlungen. Die Abteilung Volksbildung teilte 1958 über einen der Patienten mit, dass seine Mutter die Rückführung in die Anstalt abgelehnt hatte, weil ihr Sohn davon berichtet hatte, dass es schon bei kleinsten Vergehen drastische Strafen gegeben habe. Kinder hätten Schläge mit dem Schläppan (also einem Hausschuh), der Hand oder dem Lineal bekommen.¹⁴³ Eine befragte Patientin erinnerte sich, dass »hinter die Ohren bekommen« und »Arm umdrehen« zum Alltag in der Schule, vor allem aber auf der Station gehörten: nämlich immer dann, wenn eine Schwester mit einem Kind »nicht klarkam«.¹⁴⁴ Sie berichtete außerdem über eiskalte Duschen als Strafe, bei denen kleinere Kinder von größeren festgehalten wurden.¹⁴⁵ Ihrem Bericht nach wurden auch die zugeteilten Hilfsdienstkräfte auf der Station für strafende Zwecke missbraucht, wobei das gegenseitige Ausspielen gezielt mit einkalkuliert wurde: »A., du musst nicht die Toiletten sauber machen, das macht heute R. und mit der Zahnbürste. Und dann saßt du da [...] Und damit warst du abends dann auch fertig. Und in der Zeit hast du auch nichts zu essen gekriegt, also, wenn du nicht fertig warst, hast du nichts gekriegt.«¹⁴⁶ Besonders drastisch erinnerte sie sich an erlittene Demütigungen, die im Zusammenhang mit Einnässen oder Einkoten zu erleiden waren und deshalb häufig Kinder mit Enuresis trafen:

»Oder wenn du mal dringend auf Toilette musstest, dann haben die das natürlich als Anlass genommen, dass du dich praktisch auf ein Bein stellen musstest, Finger auf den Mund, damit du nicht so doll gekrampft hast und dann haben die gewartet bis du, zur Not dort hinmachen musstest. Und das musstest du dann auflecken, wenn du Pech hattest.«¹⁴⁷ »Ja, das musstest du dann auflecken, und es gab natürlich auch nette Schwestern, da musstest du es mit einem Lappen aufwischen, na ja, hast du nicht geschafft, wenn du dringend musst, hast du auch was drin. Und wenn Du einen Berg gemacht hast, musstest du das mit der Hand aufheben und in die Toilette tun.«¹⁴⁸

143 Ibid.

144 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Patientin [anonymisiert], 7.6.2019, 1:20:50.

145 Ibid., 1:17:34.

146 Ibid., 38:49.

147 Ibid., 1:21:25.

148 Ibid., 1:21:49.

6 Diagnostik und Therapie

Hermann Nobbe, Leiter der Anstalt von 1945 bis 1961, definierte 1951 vier Aufgaben der Landesheilanstalten: (1) die Heilung geistiger und seelischer Erkrankungen nach modernen klinischen Methoden; (2) soweit »ein Restbestand von körperlicher und geistiger Kraft« vorhanden sei, die Rehabilitation der »Defektgeheilten bzw. unheilbar Kranken« mit Hilfe psychotherapeutischer und heilpädagogischer Methoden; (3) eine humanitäre Pflege »unheilbar und siecher Kranker«; und schließlich (4) die Verwahrung »gemeingefährlicher Geisteskranker«, die aber »selbstverständlich wieder mit Heilversuchen und Versuchen gesellschaftlicher Einordnung nach Regeln der Humanität einhergehen« sollte.¹⁴⁹ Er knüpfte dabei explizit an das »no-restraint-Konzept«, das keine Zwangsmaßnahmen vorsah, und damit an das Konzept einer sogenannten »moralischen Behandlung«¹⁵⁰ aus der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts und die Arbeits- und Beschäftigungstherapie der 1920er Jahre an.¹⁵¹ Erwähnt werden außerdem die Familienpflege sowie Frühentlassungen mit nachgehender Fürsorge. Ziele waren dabei die bessere Anpassung und der Erwerb gesellschaftlich nützlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten durch die Patientinnen und Patienten, dem anschließend die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess folgen sollte.

Neben arbeitstherapeutischen Ansätzen erklärte Nobbe die klinische Therapie, die bis dahin vorwiegend den Universitätskliniken vorbehalten war, zur neuen Aufgabe der Landesheilanstalten und benannte beispielsweise Heilversuche mit Malariatherapie sowie Elektrokrampftherapie bei Fällen progressiver Paralyse, Schizophrenie, Zyklothymie und Epilepsie als geeignete Verfahren und Methoden.¹⁵² 1955 berichtete er über drei klinische Abteilungen für Männer, Frauen und Kinder, in denen Elektrokrampfbehandlungen, Insulinschockbehandlungen, Psychotherapie und Heilschlafbehandlungen durchgeführt wurden. Neben den klinischen Stationen gab es eine Abteilung für kriminelle Geistesranke, eine Abteilung für körperlich Kranke, eine Abteilung für tuberkulöse Geistesranke, die klinischen Labors, die Röntgenabteilung, die Bäderabteilung, außerdem den arbeitstherapeutischen Bereich der Werkstätten, der auch auf den Pflege- und Kinderabteilungen in den 1950er Jahren große Bedeutung hatte, mit Verweis auf die Pawlow'schen Methoden.¹⁵³

149 NOBBE (1951), 25 f.

150 Als therapeutische Maßnahmen freundliche individuelle Pflege, Beschäftigungstherapie, religiöse Übungen, Vergnügungen, Spiele, Musizieren, körperliche Übungen, Studien, Erholung, Garten- und Landarbeit unter Verzicht auf physikalische Zwangsmittel und physische Gewalt, PETERS (2007), 658.

151 Ibid.

152 Ibid., 26.

153 BArch Berlin: DQ 1/3913: Nervenheilanstalt Uchtspringe an Ministerium für Gesundheitswesen (HA Heilwesen – Stationäre und ambulante Krankenhausversorgung), 20.3.1955.

In den eingesehenen Krankenakten der Kinderabteilung beschränkte sich die klinische Diagnostik in den 1950er Jahren vorwiegend auf die körperliche internistische und neurologische Aufnahmeuntersuchung, kombiniert mit einer psychologischen Untersuchung bzw. einem Intelligenztest durch den Aufnahmearzt (N= 83), außerdem auf Röntgenaufnahmen (Thorax, Schädel) (N= 44) sowie auf die notwendigen Laboruntersuchungen (Blut, Urin, Stuhl) (N= 57). Damit sollten auch Infektionskrankheiten ausgeschlossen werden.

Weil es in Uchtsprunge vor allem um die Beschulung der Kinder ging, dokumentieren bereits die Akten aus den frühen 1950er Jahren vergleichsweise umfassende psychologische Aufnahmeuntersuchungen. Die beiliegenden Berichte enthielten Angaben zu Verhalten, Orientierung, logischem Denken und Kombinieren, zu Konzentration, Auffassung, Gedächtnis, Gestaltsauffassung sowie zu Rechtschreibung, Lesen und Rechnen; sie trafen regelmäßig eine Aussage zur Schul- und Bildungsfähigkeit. Dazu wurden Hilfsmittel und formalisierte Verfahren (Räderzeichnung, Streifenfalten, Farbenunterscheiden, Farbformablegekasten, Baukasten, Turmbauversuch, Wartegg-Zeichentest, Binet-Simon-Test, Bühler-Hetzer, Rorschach-Test) angewandt.¹⁵⁴

6.1 Pneumenzephalographien (PnEG)

»An diese Punktionen erinnere ich mich deshalb so stark, weil ich mich danach immer so wahnsinnig elend gefühlt habe und weil man da immer Angst vor hatte. Und diese Rückenmark-Punktionen, davor hat man immer Angst gehabt. Und das weiß ich, das ging dann gleich danach los.«¹⁵⁵

Neben den aufgeführten Röntgenuntersuchungen fanden sich keine Hinweise auf andere apparative diagnostische Verfahren in den Krankenakten aus dem Sample. Bei keinem der Kinder war eine Enzephalographie in der Akte bzw. der Verlaufskurve vermerkt (EEG oder PnEG). In nur einem Fall wurde laut Akte eine Liquorentnahme getätigt, allerdings im Rahmen der späteren Behandlung (Entlastungspunktion).¹⁵⁶

In einer Einwilligungserklärung von 1957 war neben Elektrokrampfbehandlung, Insulin-Behandlung und Lumbalpunktion auch die Pneumenzephalographie aufgeführt. Ein umfangreicher Vorgang zu einer Patientin, deren Eltern 1958 Beschwerde über die Vernachlässigung ihrer ärztlichen Betreuung beim Bezirksgesundheitsamt eingelegt hatten, ist ebenfalls ein durchgeführtes Luftenzephalogramm vermerkt.¹⁵⁷

154 LASA: M 81: Nr. P 210, Nr. P 332, Nr. P 417, Nr. P 3255, Nr. P 3317.

155 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Patientin [anonymisiert], 7.6.2019, 10:12-10:45.

156 LASA: M 81, Nr. P 3699.

157 LASA: M 81, Nr. P 690; BArch Berlin: DQ 1, 21601.

Und auch in einem Bericht des späteren Klinikdirektors Harro Wendt von 1962 ist bei Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung (»Schwachsinn«) von einer breiten Anwendung »intensiver Diagnostik« wie »Elektro- und Luftencephalogramm« die Rede.¹⁵⁸ In einer Akte aus der späteren Zeit, die mit Einwilligung der Betroffenen eingesehen wurde, fand sich außerdem ein Stempel in der Fieberkurve, der die diagnostischen Standardverfahren im Jahr 1977 dokumentiert. Dazu zählten neben den körperlichen Routineuntersuchungen und der psychologischen und pädagogischen Überprüfung als apparative bzw. invasive Verfahren Röntgenaufnahmen (Schädel, Thorax, Handwurzel), EEG sowie die Pneumenzephalographie und Liquor-Entnahme. Durchgeführte Untersuchungen wurden jeweils angekreuzt.¹⁵⁹ Es lässt sich anhand der gesichteten Akten deshalb zwar nicht feststellen, seit wann die PnEG Teil der Diagnostik in Uchtsprunge war und wie oft sie letztlich durchgeführt wurde. Unzweifelhaft ist aber, dass sie noch Ende der 1970er Jahre zur psychiatrischen Standarddiagnostik gehörte.

6.2 Schockbehandlungen

Berichte aus der Nachkriegszeit und Krankenakten der Stichprobe belegen, dass sowohl Elektrokrampfbehandlungen als auch Insulin- und Cardiazol-Schockbehandlungen durchgeführt wurden.¹⁶⁰ Die beiden befragten Patientinnen, die als Kinder und Jugendliche in der Anstalt waren, berichteten insbesondere von Elektrokrampfbehandlungen:

»Ja, also an Ärzte kann ich mich nur an zwei erinnern. Aber die waren eigentlich nur da, wenn du Elektroschocks gekriegt hast, damit die dich festhalten bzw. festbinden. Mit 5 Jahren brauchst einen ja nicht groß festhalten, aber wir hatten ja da schon auch größere Kinder und die wussten ja schon, worum es ging. Und die haben dann auch mal zugehauen, wenn es sein musste.«¹⁶¹

Hinweise auf durchgeführte Schockbehandlungen fanden sich in neun Akten (Insulinschock 2 von 84; Elektrokrampf 2 von 84, Cardiazol-Schocktherapie 4 von 84, Kombination 1 von 84).¹⁶² Als Präparate waren Deumacard® oder Azoman® angegeben, aber

158 BArch Berlin: DQ1/20896: H. Wendt (Ärztlicher Direktor des Bezirkskrankenhauses für Psychiatrie und Neurologie, Uchtsprunge/Kreis Stendal): Analyse zum Bericht über Kinder und Jugendliche [...] mit geistigen Störungen, 1.10.1962.

159 LASA: M 81, Nr. P 1905.

160 BArch Berlin: DQ 1/ 146: Der Kreisrat des Kreises Gardelegen, Gesundheitsamt: Landes- Heil- und Pflegeanstalt Uchtsprunge, 26.4.1947.

161 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Patientin [anonymisiert], 7.6.2019, 11:52-12:06; Interview mit einer ehemaligen Patientin für den späteren Zeitraum (1977–1978 und 1981–1982) [anonymisiert], 20.6.2019, 51:36-52:29.

162 LASA: M 81, Nr. P 249, Nr. P 769, Nr. P 4682, Nr. P 690, Nr. P 656, Nr. P 148, Nr. P 3389, Nr. P 5410.

auch Camphedrin (Camphora) wurde verabreicht. Es handelte sich vorwiegend um jugendliche bzw. heranwachsende Patientinnen und Patienten. Bei einer einjährigen Patientin erfolgte die Cardiazol-Schockbehandlung offenbar im Zuge der Reanimation. Sie verstarb an Herz-Kreislauf-Schwäche nach häufigem Erbrechen, schlechter Nahrungsaufnahme und Fieber, wobei die klinische Untersuchung keinen pathologischen Befund ergab.¹⁶³

Indikation und Behandlungsverlauf ließen sich in zwei Fällen etwas genauer rekonstruieren und werden deshalb ausführlicher geschildert. Die Einweisung einer 16-jährigen Patientin erfolgte 1951 per Transportpolizei aus der Vollzugsanstalt Stendal zur fachärztlichen Begutachtung.¹⁶⁴ Der Amtsrichter hatte dazu zehn körperliche Untersuchungen genehmigt. Die Betroffene hatte einen Anwalt. Der Akte war zu entnehmen, dass ihr Vater sich für sie einsetzte. In Uchtsprunge stand zunächst die gängige Diagnostik an: körperliche neurologische und diagnostische Untersuchung, Labor-Untersuchungen (Blutbild, Urin); außerdem wurde eine Röntgenaufnahme des Schädels angefertigt, nicht aber eine PnEG. Da die Patientin sich laut Akte mit einem Band die Hand abschnürte, so dass diese anschwell und sich bläulich verfärbte, dazu aber laut Krankengeschichte keine Erklärung abgab, »vor sich hinlächelte« und außerdem »nachts unruhig und singend im Saal hin und herlief«, erhielt sie vorübergehend Schlafmittel. Aus ihrem Verhalten und weil sie laut Akte keine Reue zeigte, schlossen die Ärzte auf eine »Hebephrenie«, eine Unterform der Schizophrenie. Im November 1951 kam es deshalb zur ersten Elektroschock-Behandlung mit Auslösung eines Krampfanfalls, anschließend folgten erneut Laboruntersuchungen (Blut). Ende November hieß es dann, »die Patientin sei wesentlich zugänglicher und freier geworden«. Auch ihr »läppisches Benehmen« sei geschwunden. So sei sie nach einigen Schocks eine kurze Zeit lang ansprechbarer geworden. Im Dezember folgte eine erneute Schockbehandlung mit Krampfauslösung. Der Patientin wurden Unzurechnungsfähigkeit und Schuldunfähigkeit bescheinigt (Hebephrenie), der Haftbefehl wurde kurze Zeit später aufgehoben. Inzwischen war sie nach Gebäude 49 zur Arbeitstherapie verlegt worden. Schließlich unterschrieb ihr Vater im März 1952 den Entlassungsschein gegen Revers, so dass sie zurück ins Elternhaus entlassen wurde.¹⁶⁵

Ein anderer Patient aus dem Sample war bereits volljährig zum Zeitpunkt der Behandlung.¹⁶⁶ Seine Akte enthielt keine medizinische Dokumentation. Laut Epikrise war er auf gerichtliche Anordnung wegen einer schweren Katatonie aus dem Haftkrankenhaus Leipzig-Kleinmeusdorf in die Anstalt gebracht worden. Es galt zu begutachten, ob er den Zustand simulierte oder möglicherweise in der Haft eine Schizophrenie ausgelöst

163 LASA: M 81, Nr. P 656.

164 LASA: M 81, Nr. P 769.

165 Ibid.

166 LASA: M 81, Nr. P 249.

worden war. Im Laufe der durchgeführten Elektroschock- und Heilschlafbehandlung war dann laut Epikrise eine weitgehende Besserung eingetreten, so dass der Patient im Anschluss an eine Beurlaubung und im Einverständnis mit dem Staatsanwalt nach Hause entlassen wurde.¹⁶⁷

Eine interviewte Patientin wurde 1958 eingewiesen und blieb bis 1968 in Uchtsprünge. Sie schilderte den Ablauf der an ihr durchgeführten Elektroschockbehandlungen recht genau:

»Und dann habe ich die Gurte gekriegt, an Händen und Füßen. Und dann haben sie mich auf das Bett gelegt und dann auch gleich festgemacht und dann habe ich noch einen Bauchgurt gekriegt, dass ich wahrscheinlich [...] du hast ja Muskelkontraktionen dabei, und wenn du dich zu weit durchbiegst, dann kannst du dir auch was an der Wirbelsäule tun. Und wahrscheinlich, damit das nicht passiert, haben die das gemacht. [...] Und dann hast du einen Keil in den Mund geschoben gekriegt, der Mund zugehalten, damit du den Keil nicht wieder ausspuckst. Und dann wurden Elektroden angesetzt, und dann ging das los. Und dann hast du volle Power gekriegt.«¹⁶⁸

Sie erinnerte sich auch daran, dass sie zusätzlich Chloral zur Dämpfung bekam. Es sei »so ein flüssiges Zeug« gewesen, dass »widerlich« schmeckte.¹⁶⁹

6.3 Medikation

»Patient erhielt 6 Monate Glutaminsäure. Wurde jetzt abgesetzt (zuvor: 3 × 1 Teelöffel Arsen-Peptoman, 3 × 1 Biomalz, 3 × 1 Drg. Glutaminsäure).«¹⁷⁰

Die Durchsicht der Akten ergab, dass Medikamente als Teil der psychiatrischen Behandlung noch keine wesentliche Rolle spielten. Das wird einerseits am Zeitraum (1950er Jahre), andererseits an materiellen Engpässen gelegen haben. In 40 von 84 erfassten Akten fanden sich keine Angaben zu Medikamenten, entweder weil der Akte keine Verlaufskurve beilag oder keine Medikamente eingetragen waren. Es kam auch vor, dass die Medikation in der Krankengeschichte, nicht aber in der Verlaufskurve eingetragen war, etwa bei einer situativen Verabreichung im Sinne einer Bedarfsmedikation. In wenigen Akten fanden sich außerdem unspezifische Angaben wie »Hustensaft« oder »Schlafmittel«. ¹⁷¹ In anderen Fällen waren die Präparate in den Verlaufskurven mit Angaben zur Dosierung und Dauer der Verabreichung eingetra-

167 Ibid.

168 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Patientin [anonymisiert], 7.6.2019, 1:08:31-1.

169 Ibid., 1:00-1:09:25.

170 LASA: M 81, Nr. P 3255.

171 LASA: M 81, Nr. P 769.

gen. Zum Teil fanden sich dann zusätzlich in den Stationsberichten genauere Angaben zur Indikation. Soweit ersichtlich, entsprachen Medikation und Dosierung in den meisten Fällen der damals üblichen.¹⁷²

Die Medikation ließ sich in drei größere Gruppen einteilen:

1. Arzneimittel, die zur Behandlung von Begleiterkrankungen (z. B. Infekte) verabreicht wurden (n=24), vielfach Antibiotika (Penicillin).
2. Psychotrope Substanzen (n=18), vorwiegend Barbiturate (Phenobarbital), die als Antiepileptika und weniger zur Sedierung eingesetzt wurden, in nur zwei Fällen das Neuroleptikum Chlorpromazin (Propaphenin®).
3. Nahrungsergänzungsmittel, Mittel zur allgemeinen Stärkung (n=15), vor allem Biomalz und Vitamin C, aber auch beispielsweise Lebertran, Arsen-Peptoman oder Vitamin K, in einigen Fällen Glutaminsäure-Dragees.

In mindestens drei Akten waren außerdem Impfungen vermerkt (Diphtherie, Tetanus, Pocken).¹⁷³ Außerdem wurden im Rahmen der Schockbehandlungen sowie bei schweren Begleiterkrankungen im Zuge der Reanimation Analeptika (Pentetrazol, Coffein, Camphobin) verabreicht.¹⁷⁴ Eine Medikation mit dem neuen Chlorpromazin (Propaphenin®) kombinierte man außerdem mit Insulingaben.¹⁷⁵

Wurden Medikamente zur Beruhigung verabreicht, waren therapeutischer Zweck und disziplinierende Absicht nur schwer zu trennen, zumal es sich in diesen Fällen immer um lebhaftere oder »unruhige« (»erethische«) Patientinnen oder Patienten handelte, die auf der Station als störend auffielen. So hieß es bei einer 14-jährigen Patientin beispielsweise, sie sei »von jeher ein Wildfang gewesen, über den sich alle amüsiert hätten« Und weiter: »Ihre choreatische Unruhe« habe sich »wesentlich gebessert«, weshalb »die Therapie mit sedativen Mitteln und Insulin weiterhin fortgesetzt« werde.¹⁷⁶ Vergleichbar war auch der Fall eines Siebenjährigen, der wegen einer geistigen Behinderung (»Schwachsinn«, »Down«, »Epilepsie«) eingewiesen worden war. Er wurde antikonvulsiv auf $2 \times 0,05$ Lepitoin® eingestellt und erhielt zusätzlich $2 \times 0,05$ Luminal® wegen seiner »ausgeprägten erethischen Wesenszüge«. ¹⁷⁷ Die Dosierung des Luminal® entsprach der angegebenen für Schulkinder.¹⁷⁸ In anderen Fällen wurde eine sedative Medikation lediglich situativ über wenige Tage oder in Abständen wiederholt verabreicht:

172 Vgl. Staatliches Institut für Arzneimittelprüfung Berlin im Auftrag des Ministeriums für Gesundheitswesen der DDR (1957).

173 LASA: M 81, Nr. P 5511, Nr. P 332, Nr. P 3436.

174 Vgl. Abschnitt »Schockbehandlungen«.

175 LASA: M 81, Nr. P 690.

176 Ibid.

177 LASA: M 81, Nr. P 3076.

178 Arzneiverordnungsbuch der Deutschen Arzneimittelkommission, Leipzig 1932, 229.

Beispiel 1 (1946): »Wegen Unruhe war er ins Einzelzimmer gekommen. Klopfte nachts an die Tür. Nach 1,5 Chloral geschlafen. Gegen morgen wieder laut. Am Tage wieder unruhig. Unruhe hielt den Tag an. Bekam am Abend 2,0 Paraldehyd und schlief danach.«¹⁷⁹

Beispiel 2: »Auch nachts war sie zeitweise sehr unruhig, lief im Saal hin und her, fing an zu singen, sodaß sie zeitweise Schlafmittel erhalten mußte.«¹⁸⁰

Beispiel 3 (1957): »Patientin muß häufig ermahnt werden, vorläufig in ihrem Zimmer zu bleiben und nicht andauernd den Saal aufzusuchen. Unter Prothazin, Lepinal und Propaphenin ist eine leichte allgemeine Beruhigung eingetreten und auch der Appetit hat sich unter Insulingaben gebessert.«¹⁸¹

In dem Fall eines 16-jährigen Patienten, der 1950 mit der Diagnose »Psychopathie« eingewiesen worden war, erfolgte die Sedierung wiederholt als Bestrafung, verschärft dadurch, dass eine Spritze gegeben wurde. Injiziert wurde das Analgetikum und Hypnotikum Scomeudrin, ein Opioid (Scopolamin, hydrobromic). Scopolamin war nur bei besonders schweren psychischen Störungen angezeigt.¹⁸² Die Spritzen waren in der Verlaufskurve nicht eingetragen: »7.2.1955: Wegen Ungezogenheit und Unruhe erhielt er am Abend eine Scomeudrin-Injektion. Er war danach zunächst zornig erregt.«¹⁸³ Und weiter: »11.2.1955: Mußte wegen seiner Unbeherrschtheit und Reizbarkeit und seines störenden Verhaltens erneut Scomeudrin bekommen.«¹⁸⁴

Die Verabreichung von Spritzen ist auch in einem Gespräch mit einer damaligen Patientin wiederholt angesprochen worden. Sie berichtete von regelrechten »Spritzenkuren«, die ihr wiederholt und auch gegen ihren Willen verabreicht wurden. Sie war sich dabei nicht ganz sicher, ob es sich um Beruhigungsspritzen handelte, sprach aber davon, dass diese sie sehr müde machten, und erwähnte sie besonders im Zusammenhang mit Disziplinarverstößen und Strafen:

»Da habe ich Spritzenkuren bekommen, wovon ich auch viel geschlafen habe und auch Abszesse am Popo gekriegt habe. Weil, wahrscheinlich waren die Nadeln nicht richtig sauber, es kam bei uns ja auch nicht so drauf an.«¹⁸⁵ »[...] und dann haben die auch ihre Strafen gekriegt. Spritzen und Medikamente und so.«¹⁸⁶

179 LASA: M 81, Nr. P 3558. Paraldehyd wurde in der Dosis 2,0 bis 5,0 »als Schlafmittel und Beruhigungsmittel bei Erregungszuständen psychisch Kranker« verabreicht, ebenso Chloral; vgl. z. B. Arzneiverordnungsbuch der Deutschen Arzneimittelkommission, Leipzig 1932, 90 und 160.

180 LASA: M 81, Nr. P 769.

181 LASA: M 81, Nr. P 690.

182 Vgl. Staatliches Institut für Arzneimittelprüfung Berlin im Auftrag des Ministeriums für Gesundheitswesen der DDR (1957), 228.

183 LASA: M 81, Nr. P 417.

184 Ibid.

185 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Patientin [anonymisiert], 7.6.2019, 10:12-10:45.

186 Ibid., 33:38-34:57.

6.4 Medizinische Zwangsmaßnahmen (Isolation, Fixierung, Zwangsernährung)

»Patient kommt mit dem Krankenauto her, liegt darin festgeschnallt, ist misstrauisch, ängstlich, fragt gleich, ob er immer hier bleiben müsse (3.8.1948).«¹⁸⁷

In zehn von 84 Akten fanden sich Hinweise auf medizinische Zwangsmaßnahmen. Das waren verordnete Bettruhe (n=2), die Verlegung auf eine geschlossene Station bzw. die Isolation in einem Einzelzimmer oder in einer Zelle (n=7), das Festhalten und Fixieren (n=2) und die Zwangsernährung (n=1) bzw. die Kombination.

Verlegung und Isolation war demnach ein recht häufig angewandtes Mittel. Eine Patientin wurde in ein Einzelzimmer gelegt und sei »seitdem wesentlich ruhiger« gewesen. Dennoch »waren wiederholte Ermahnungen notwendig, weil sie sich ständig im Saal aufhielt und nicht in ihrem Zimmer«. ¹⁸⁸

Einer Akte lag ein handschriftlicher Brief »an Frau Doktor« bei, in welchem der Patient schrieb, dass er sich bessern wolle, wenn er wieder aus der Zelle rauskommt, wobei nicht ganz klar wird, von welcher Zelle die Rede ist. Der Zwölfjährige war zuvor mehrfach in den »Wachsaal« verlegt worden. ¹⁸⁹ In mindestens einem Fall wurde die Bettruhe eindeutig aus disziplinarischen Gründen verordnet. ¹⁹⁰ So hieß es über einen Neunjährigen, er sei »zu den Schwestern recht ungezogen« gewesen und »wurde zu Bett gelegt«. ¹⁹¹ Eine wehrhafte neunjährige Patientin wurde festgehalten, während ihr von einer anderen Schwester das Essen gegen ihren Willen eingeflößt wurde. Auch das Ausziehen verlief unter Zwang (1956):

»Heute Morgen wollte sie nicht essen. Als sie von einer Schwester gefüttert werden sollte, beschimpfte sie diese in unflätiger Weise, spuckte das Essen wieder aus. Die hinzugezogene Stationsschwester fütterte das Mädchen weiter, während eine andere Schwester die Patientin hielt. Etwas später spuckte das Kind das Essen wieder aus. Darauf weinte und schrie die Patientin, sie wolle zu ihrer Mutter. Sie wurde darauf zu Bett gebracht, sie ging aber nicht willig, sondern musste von 4 Schwestern ausgezogen werden. Im Bett sprang sie hoch und drohte, die Fenster einzuschlagen, schlug aber nicht zu, sondern nahm einen Lederschuh und zerschlug dann in dem Zimmer 3 Scheiben. Bei der Visite zunächst trotzig, abweisend, zur Rede gestellt, kam sie etwas später ins Arztzimmer und sagte: »Ich habe es mir überlegt. Ich will nie wieder Scheiben zerschlagen.«¹⁹²

187 LASA: M 81, Nr. P 3634.

188 LASA: M 81, Nr. P 690.

189 LASA: M 81, Nr. P 332.

190 LASA: M 81, Nr. P 690.

191 LASA: M 81, Nr. P 3255.

192 LASA: M 81, Nr. P 5302.

Eine interviewte Patientin berichtete, dass sie auch am Bett »festgemacht« wurde, wenn man öfter auf die Toilette musste als vorgesehen. So habe man sich lieber im Bett eine bestimmte Ecke ausgesucht, wo man »reinpullerte«, um die Schwestern außerhalb der Toilettenzeiten nicht zu stören.¹⁹³ Sie erinnerte sich auch daran, dass sie in einem »Kerker« isoliert wurde:

»Ja, das heißt, also da war Licht aus und gut war's. Da war eine Matratze drin und ein Eimerchen. Oder war es ein Töpfchen, weiß ich jetzt gar nicht mehr, kann ich jetzt gar nicht mehr sagen. Es war ein Eimer, glaube ich. Und dann hast du wahrscheinlich dein Essen durch die Luke geschoben ... nee, die haben eine Tür gehabt, nein, die haben ..., kennen Sie einen Pferdestall? Die haben unten so zwei Türen, und da war dann unten noch eine Tür, wo die das Essen reingeschoben haben.«¹⁹⁴

7 Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (1991), Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR – Bestandsaufnahme und Empfehlungen, 30.5.1991.
- FAULSTICH, Heinz (1998), Hungersterben in der Psychiatrie 1914–194. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie, Freiburg (Breisgau).
- HANRATH, Sabine (2002), Zwischen Euthanasie und Psychiatriereform. Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg. Ein deutsch-deutscher Vergleich (1945–1946), Paderborn.
- MANTHEY, Elvira (1994), Die Hempelsche. Das Schicksal eines deutschen Kindes, das 1940 vor der Gaskammer umkehren durfte, Lübeck.
- MEADOR, Margarete (2000), Angst vor Freud. Gespräche mit Harro Wendt und Infrid Tögel. In: Heike BERNHARDT/Regine LOCKOT (Hrsg.), Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland, Gießen, S. 268–282.
- METHNER, Andreas (2014), Die Wurzeln des DDR-Erziehungshilfesystems. Historischer Überblick unter besonderer Berücksichtigung des Zeitraumes 1945–1952, Berlin.
- NOBBE, Hermann (1951), Landesheilanstalt Uchstpringe, Über die Erweiterung der Aufgabe der Landesheilanstalten. In: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie (Leipzig) 3, 2, S. 25–28.
- PETERS, Uwe Henrik (2007), Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie. 6. Auflage, München.
- SCHWEIZER-MARTINSCHKEK, Petra (2018), Die Strafverfolgung von NS-»Euthanasie«-Verbrechen in SBZ und DDR. In: Ekkehardt KUMBIER/Holger STEINBERG (Hrsg.), Psychiatrie in der DDR. Beiträge zur Geschichte, Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte, Bd. 24, Berlin-Brandenburg, S. 55–68.

193 Interview von Laura Hottenrott mit einer ehemaligen Patientin [anonymisiert], 7.6.2019, 1:19:10.

194 Ibid., 29:38-30:01.

- SCHMIEDEBACH, Heinz-Peter (2020), Spannungsfelder und Aporien in der Medizin, In: Judith HAHN (Hrsg.), »Der Anfang war eine feine Verschiebung in der Grundeinstellung der Ärzte«. Die Charité im Nationalsozialismus und die Gefährdungen der modernen Medizin, Berlin, S. 19–24.
- Staatliches Institut für Arzneimittelprüfung Berlin im Auftrag des Ministeriums für Gesundheitswesen der DDR (Hrsg.) (1957), Arzneimittel-Verzeichnis, 3. Ausgabe, Berlin (DDR).
- SÜSS, Sonja (2000), Politisch mißbraucht? Psychiatrie und Staatssicherheit in der DDR, Berlin.
- SYNDER, Kriemhild (2001), Die Landesheilstalt Uchtspringe und ihre Verstrickung in nationalsozialistische Verbrechen. In: Landeszentrale für politische Bildung des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.), Psychiatrie des Todes NS-Zwangssterilisation und »Euthanasie« im Freistaat Anhalt und in der Provinz Sachsen Teil 1, S. 75–96, https://stgs.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/STGS/Bernburg/Psychiatrie_des_Todes_-_Teil_1.pdf (letzter Zugriff: 05.07.2021).
- WIEGMANN, Clara Susanne (2018), Die Diskussion über die Ausgestaltung der DDR-Psychiatrie anhand ostdeutscher medizinischer Fachzeitschriften 1946–1989, Tübingen.

E **Abkürzungsverzeichnis**

AEMF – Archiv des Erzbistums München und Freising, München
ALVR – LVR-Archiv Brauweiler
AU – Archiv Ursberg
BArch – Bundesarchiv
BStU – Bundesbeauftragter für die Stasi-Unterlagen
BH – Behinderteneinrichtung
BKH – Bezirkskrankenhaus
BNK – Bezirksnervenlinik
BSHG – Bundessozialhilfegesetz
CIBA – Chemische Industrie Basel
CT – Computertomographie
DIH – Deutsches Institut für Heimerziehung
EEG – Elektroenzephalographie
EKT – Elektrokrampftherapie
e. V. – eingetragener Verein
FGB – Familiengesetzbuch
FKH – Fachkrankenhaus
FPI – Freiburger Persönlichkeitsinventar
FRT – Family-Relations-Test
FU – Freie Universität Berlin
GENEX – Geschenkdienst- und Kleinexporte GmbH
HAWIK – Hamburg-Wechsler-Intelligenztest
HPAC – Historisches Psychiatriearchiv der Charité, Berlin
Hub. – Hubertushöhe, Archiv
HTA – Heiltherapeutische Abteilung
JB – Jahrbuch
JWG – Jugendwohlfahrtsgesetz
KEH – Königin-Elisabeth-Hospital
KALOS LOS – Kreisarchiv Oder-Spree
KHV – Konzentrations-Handlungs-Verfahren
KJP – Kinder- und Jugendpsychiatrie
KJPUH – Kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung der Universitätsnervenlinik
Halle/Saale
KWV – Kommunale Wohnungsverwaltung
LASA MER – Landesarchiv Sachsen-Anhalt, Standort Merseburg
LASP – Landesarchiv Speyer
LE – Landeseinrichtung

LRS – Lese-Rechtschreib-Schwäche
LVR – Landschaftsverband Rheinland
MdL – Mitglied des Landtags
MEWA – Vereinigung Volkseigener Betriebe Metallwarenindustrie
NSDAP – Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei
NVA – Nationale Volksarmee
ORB – Ostdeutscher Rundfunk Brandenburg
PnEG – Pneumenzephalographie
PNL – Pfälzische Nervenlinik Landeck
UAH – Universitätsarchiv Halle-Wittenberg
RKO – Rahmen-Krankenhausordnung
ROS – Rostock-Oseretzky-Skala
SA – Sturmabteilung
SBZ – Sowjetisch Besetzte Zone
SED – Sozialistische Einheitspartei Deutschlands
SST – Selbstsicherheits-Tests
StGB – Strafgesetzbuch
TAT – Thematischer Apperzeptionstest
Temp. – Templin
VDA – Verein für das Deutschtum im Auslande
VEB AMW – Volkseigener Betrieb Arzneimittelwerk
VW – Vorwerk Lübeck
ZK – Zentralkomitee
ZZI – Zeitzeugeninterview

Autorinnen und Autoren

Dr. Christof Beyer ist Kulturwissenschaftler an der Universität Heidelberg und der Universität Lübeck. Zahlreiche Forschungsarbeiten und Veröffentlichungen zu verschiedenen Aspekten der Psychiatriegeschichte Deutschlands im 20. Jahrhundert sowie mehrjährige konzeptionelle und pädagogische Tätigkeit im Museums- und Gedenkstättenbereich zum Thema Psychiatrie im Nationalsozialismus. Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 327, 69120 Heidelberg

Dr. des. Anke Dreier-Horning ist Erziehungswissenschaftlerin, Co-Geschäftsführerin des Deutschen Instituts für Heimerziehungsforschung und Lehrbeauftragte für Ethik und Geschichte der Sozialen Arbeit an der Ev. Hochschule Berlin. Ihre Veröffentlichungen umfassen die Themen DDR-Heimerziehung, DDR-Jugendhilfe und sowjetische Pädagogik der 1920er/30er Jahre. Evangelische Hochschule Berlin, Teltower Damm 118–122, 14167 Berlin

Prof. Dr. Heiner Fangerau ist Direktor des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Seine Forschungsschwerpunkte sind die Geschichte und Ethik der Neurologie und Psychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert, die Geschichte des biomedizinischen Modells sowie der medizinische Kinderschutz. Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Centre Health & Society, Gebäude 17.11.01.32, Postfach 1114, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf

Prof. Dr. Volker Hess ist Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin der Charité Berlin. Seine Forschungsschwerpunkte sind die Geschichte medizinischer Praktiken und Techniken im 19. und 20. Jahrhundert, die Geschichte biologischer Arzneimittel und Arzneimittelregulation sowie die Kulturgeschichte der Psychiatrie. Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin. Charité – Universitätsmedizin Berlin, Thielallee 71, 14195 Berlin

Dr. phil. Uta Hinz ist Historikerin und Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Ihre Forschungsschwerpunkte umfassen die Geschichte der Heimerziehung nach

1945 sowie die Politik- und Gesellschaftsgeschichte der Bundesrepublik. Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf

Laura Hottenrott M. A. ist Historikerin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin der Charité Berlin. Sie hat an zahlreichen Ausstellungs-, Zeitzeugen- und Forschungsprojekten zur NS- und DDR-Geschichte mitgewirkt, u. a. zur Heimerziehung und zur klinischen Arzneimittelforschung in der DDR. Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Thielallee 71, 14195 Berlin, Email: laura.hottenrott@charite.de

Dr. Uwe Kaminsky ist Historiker und arbeitet am Lehrstuhl für Christliche Gesellschaftslehre an der Ruhr-Universität Bochum. Er veröffentlicht zur Geschichte der NS-Medizin, der Sozialfürsorge, der Heimerziehung und der Zeitgeschichte. RUHR-Universität-Bochum, Evangelisch-Theologische Fakultät, Lehrstuhl für Christliche Gesellschaftslehre, GA 7 / 154, Universitätsstr. 150, D-44780 Bochum

Florian Key, M. A. ist Historiker und wissenschaftlicher Mitarbeiter beim Forschungsverbund »DDR-Spezialheime« an der TU Dresden. Er war unter anderem angestellt beim Fonds »Heimerziehung in der DDR« in Mecklenburg-Vorpommern und arbeitete im Auftrag des Deutschen Instituts für Heimerziehungsforschung in Berlin. TU Dresden, Institut für Sozialpädagogik, Sozialarbeit und Wohlfahrtswissenschaften, Weberplatz 5

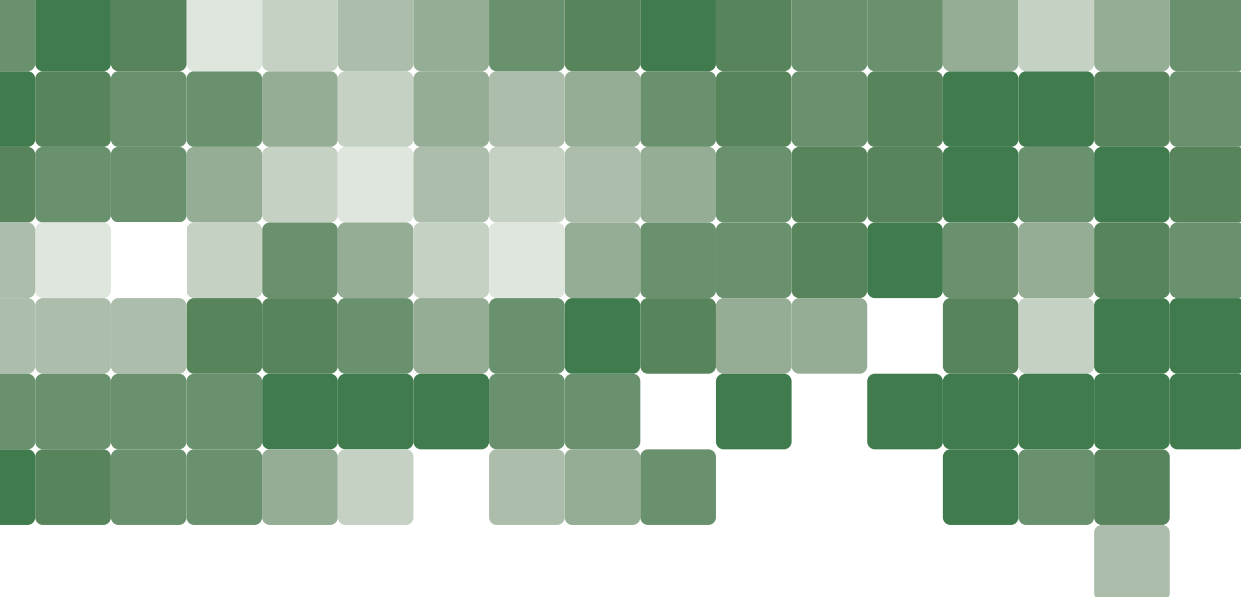
Prof. Dr. Karsten Laudien lehrt Ethik an der Evangelischen Hochschule Berlin und ist Leiter des Deutschen Instituts für Heimerziehungsforschung. Er ist Autor zahlreicher wissenschaftlicher Beiträge zur Ethik, Jugendhilfe und Sozialgeschichte. Vorstandsvorsitzender des DIH – Deutsches Institut für Heimerziehungsforschung gGmbH, Vorstand im Bundesforum Vormundschaft und Pflegschaft. Evangelische Hochschule Berlin (EHB), Professur für Ethik, Teltower Damm 118–122, 14167 Berlin

Dr. Nils Löffelbein ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für die Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Er forscht zu Themen der westdeutschen Psychiatrie und Behindertenhilfe nach 1945 sowie zur materiellen Kultur medizinischer Heilapparate um 1900. Institut für die Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Universitätsklinikum Düsseldorf, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf

Dr. med. Lea Münch, Université de Strasbourg, Département d’Histoire des Sciences de la Vie et de la Santé, Faculté de médecine, 4 rue Kirschleger, 67085 Strasbourg

Prof. Dr. med. Maïke Rotzoll, Akademische Direktorin, ist Fachärztin für Psychiatrie und Medizinhistorikerin. Sie ist Autorin zahlreicher Forschungsarbeiten zur Medizin der Frühen Neuzeit, zur Psychiatriegeschichte im 19. und 20. Jahrhundert, zur Medizin im Nationalsozialismus und zur Geschichte der Kunst aus psychiatrischem Kontext. 1991–2001 wissenschaftliche Mitarbeiterin im der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg, 2001–2005 Mitarbeiterin im DFG-Projekt zu den Opfern der nationalsozialistischen Krankenmorde, seit 2005 im Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 327, 69120 Heidelberg.

Dr. Frank Sparing ist zur Zeit als freischaffender Historiker tätig. Seine Veröffentlichungen umfassen verschiedenste Themen aus der Sozial- Kultur- und Medizingeschichte des Nationalsozialismus und der frühen Bundesrepublik. Institut für die Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Universitätsklinikum Düsseldorf, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf



Im Oktober 2018 beauftragte die Stiftung Anerkennung und Hilfe eine Forschungsgruppe damit, Leid und Unrecht zu untersuchen, das Kinder in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie in West- und Ostdeutschland nach 1945 erfahren haben. Die Ergebnisse der Untersuchung auf Basis von schriftlichen Quellen und Zeitzeugenaussagen werden in diesem Band entlang von 17 Einrichtungsstudien vorgestellt.

Vernachlässigung, demütigende Zwangs- und Strafmaßnahmen oder als leidvoll erlebte medizinische Maßnahmen stehen beispielhaft für Leid und Unrecht, das Kinder in den untersuchten Einrichtungen erfuhren. Die Studie geht individuellen, gesellschaftlichen und institutionellen Verantwortungen nach und will zur Aufarbeitung beitragen.



ISBN: 978-3-96605-040-1

www.psychiatrie-verlag.de

