

VIRUS

Herrn Prof. Dr. Gerhard Baader
zum 90. Geburtstag
gewidmet

VIRUS

Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin

17

Schwerpunkt: Medikalisierte Kindheiten. Die neue Sorge um
das Kind vom ausgehenden 19. bis ins späte 20. Jahrhundert

Herausgegeben von Elisabeth Dietrich-Daum, Michaela Ralser
und Elisabeth Lobenwein



Leipziger Universitätsverlag 2018

Virus – Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin

Die vom Verein für Sozialgeschichte der Medizin herausgegebene Zeitschrift versteht sich als Forum für wissenschaftliche Publikationen mit empirischem Gehalt auf dem Gebiet der Sozial- und Kulturgeschichte der Medizin, der Geschichte von Gesundheit und Krankheit sowie angrenzender Gebiete, vornehmlich solcher mit räumlichem Bezug zur Republik Österreich, ihren Nachbarregionen sowie den Ländern der ehemaligen Habsburgermonarchie. Zudem informiert sie über die Vereinstätigkeit. Der Virus wurde 1999 begründet und erscheint jährlich. Der Virus ist eine **peer-reviewte Zeitschrift** und steht Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus allen Disziplinen offen. Einreichungen für Beiträge im engeren Sinn müssen bis 31. Oktober, solche für alle anderen Rubriken (Projektvorstellungen, Veranstaltungs- und Ausstellungsberichte, Rezensionen) bis 31. Dezember eines Jahres als elektronische Dateien in der Redaktion einlangen, um für die Begutachtung und gegebenenfalls Publikation im darauffolgenden Jahr berücksichtigt werden zu können. Nähere Informationen zur Abfassung von Beiträgen sowie aktuelle Informationen über die Vereinsaktivitäten finden Sie auf der Homepage des Vereins (www.sozialgeschichte-medizin.org). Gerne können Sie Ihre Anfragen per Mail an uns richten: verein@sozialgeschichte.medizin.org

The peer-reviewed journal „Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin“ is included in ERIH PLUS.
C. f. <http://erihplus.nsd.no>



Bibliografische Information 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. Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Umschlagabbildung: Gestaltung Andreas Fink unter Verwendung von Quellenmaterialien und Xocolatl, Kinderzeichnung2, CC BY-SA 3.0.

Impressum: Leipziger Universitätsverlag GmbH 2018

Die Zeitschrift wird herausgegeben vom Verein für Sozialgeschichte der Medizin, Georgstraße 37, 1210 Wien, Österreich.

Herausgeberinnen dieses Schwerpunktheftes: Ao.Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Dietrich-Daum (Institut für Geschichtswissenschaften und Europäische Ethnologie / Universität Innsbruck), Univ.-Prof. Dr. Michaela Ralsler (Institut für Erziehungswissenschaften / Universität Innsbruck), MMMag. Dr. Elisabeth Lobenwein (Institut für Geschichte / Universität Klagenfurt)

Lektorin: Dr. Rita Krajcicek

Book Reviews: Dr. Alois Unterkircher, E-Mail: alois_unterkircher@gmx.at

Gedruckt mit freundlicher Unterstützung der Fakultät für Kulturwissenschaften der Alpen-Adria Universität Klagenfurt, der Philosophisch-Historischen Fakultät der Universität Innsbruck, der Fakultät für Bildungswissenschaften der Universität Innsbruck sowie der Interfakultären Forschungsplattform Geschlechterforschung der Universität Innsbruck.

ISBN 978-3-96023-203-2
ISSN 1605-7066

KUWI
© aau.at



Inhaltsverzeichnis

Elisabeth Dietrich-Daum / Michaela Ralser / Elisabeth Lobenwein Editorial	9
---	---

Beiträge – Schwerpunkt: Medikalisierte Kindheiten.

Die neue Sorge um das Kind vom ausgehenden 19. bis ins späte 20. Jahrhundert

Maria A. Wolf Das „gesunde Arbeiterkind“ als ein Projekt der „Sozialen Medizin“. Zur wissenschaftlichen Neuordnung der Kindheit durch die Medikalisierung der „Sozialen Frage“ zu Beginn des 20. Jahrhunderts	13
Reinhard Sieder Wissenschaftliche Diskurse, Kinder- und Jugendfürsorge, Heimerziehung: Wien im 20. Jahrhundert	29
Wolfgang Rose / Petra Fuchs / Thomas Beddies Anlage oder Erziehung? „Psychopathische“ Kinder in der Weimarer Republik	57
Felicitas Söhner / Maria Griemmert Diagnostik als Impulsgeber der Medikalisierung des Kinderschutzes	71
Sylvia Wagner Arzneimittelstudien an Heimkindern in der BRD – Deskription und Erklärungsansätze	89
Elisabeth Dietrich-Daum / Michaela Ralser Kinder zwischen Psychiatrie und Fürsorgeerziehung. Das Beispiel der Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation 1954 bis 1987	111
Ina Friedmann „[D]a sie wieder am Tage onanierte.“ Epiphysanverabreichungen an der Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation 1954–1987	131

Ulrich Leitner

Medikalisierte Kindheitsräume: Raumentwürfe im medico-pädagogischen Feld der Fürsorgeerziehung – oder: Was uns ein Bidet über die Medikalisierung von Kindheit zu sagen hat 147

Irmtraut Sahmland

Die Rettung der Cretinen – Kontexte der Medikalisierung von Kindern mit geistiger Differenz und der Implementierung eines neuen stationären Versorgungselements 163

Hemma Mayrhofer / Katja Geiger

„... und irgendwo verstauen“:
Kinder mit Behinderungen „Am Steinhof“ nach 1945 181

Kristina Schierbaum

Janusz Korczak im Spannungsfeld von Pädiatrie und Pädagogik 203

**Forschungsberichte – Schwerpunkt:
Medikalisierte Kindheiten.**

Die neue Sorge um das Kind vom ausgehenden 19. bis ins späte 20. Jahrhundert

Katharina Fürholzer

„Eine Explosion der Sprache.“
Zur Filmbiografie der taubblinden Marie Heurtin (1885–1921) 223

Nina Balcar

Von der Erfindung einer „Krankheit“:
Das „psychopathische“ Kind um 1900 231

Nora Bischoff

Nomadeninstinkt, Wandertrieb, pathologisches Fortlaufen.
Medikalisierte Deutungsmuster im pädagogischen Kontext (ca. 1900–1970) 241

Mirjam Janett

Die behördliche „Sorge“ um das Kind. Psychiatrische Konzepte und fürsorgerische Maßnahmen in Basel-Stadt (1945–1972) 257

Dominique Karner

Kinder in der Psychiatrie: „Hörstumme“ Kinder in der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol (1952–1955) 267

Mechthild Bereswill / Patrik Müller-Behme

Brüchige Medikalisierung. Gutachterliche Diagnosen und die Verwaltung des Falles in der Heimerziehung 275

Ursina Klauser

Depressive Kinder? Deuten und Behandeln in einem
psychiatrischen Ambulatorium um 1960 285

Katarina Keber

Post WWI children healthcare in Slovenia as experienced by
Angela Boškin, the first Slovenian nurse 295

**Forum – Schwerpunkt:
Medikalisierte Kindheiten.**

Die neue Sorge um das Kind vom ausgehenden 19. bis ins späte 20. Jahrhundert

Elisabeth Malleier

Die Sorge, meine Akte und ich 307

Projektvorstellungen

Karin Erika Haas-Trummer

Die erste Filiale des Grazer Feldhofs im Schloss Lankowitz
für weibliche „Irrenpfleglinge“ (1877–1940) 319

Rezensionen

Florian STEGER, Asklepios. Medizin und Kult
(Stuttgart 2016: Franz Steiner Verlag)
(*Manuel Förg*) 330

Wolfgang KÖNIG, Das Kondom. Zur Geschichte der Sexualität vom
Kaiserreich bis zur Gegenwart (= Vierteljahrschrift für Sozial- und
Wirtschaftsgeschichte Beiheft 237, Stuttgart 2016: Franz Steiner Verlag)
(*Andreas Weigl*) 334

Michèle HOFMANN, Gesundheitswissen in der Schule, Schulhygiene in der
deutschsprachigen Schweiz im 19. und 20. Jahrhundert
(Bielefeld 2016: Transcript)
(*Annemarie Kinzelbach*) 337

Beate KUNST, mittendrin. Streifzüge durch die Sammlung des
Berliner Medizinhistorischen Museums der Charité
(Berlin 2016: Berliner Medizinhistorisches Museum der Charité)
(*Alois Unterkircher*) 340

Otmar JUNG, Als Truppenarzt an der Ostfront. Feldpostbriefe von Dr. Walther Jung an seinen älteren Schwager Josef Reichardt, 1941–1944 (Würzburg 2017: Königshausen & Neumann) (<i>Peter Steinkamp</i>)	343
Herwig CZECH / Paul WEINDLING, Hg., Österreichische Ärzte und Ärztinnen im Nationalsozialismus (= Jahrbuch 2017 des Dokumentationsarchivs des österreichischen Widerstandes, Wien: DÖW 2017) (<i>Carlos Watzka</i>)	346
Sonja WALCH, Triebe, Reize und Signale. Eugen Steinachs Physiologie der Sexualhormone. Vom biologischen Konzept zum Pharmapräparat, 1894–1938 (= Wissenschaft, Macht und Kultur in der modernen Geschichte 8, Wien u.a. 2016: Böhlau) (<i>Henrik Eßler</i>)	349
Historia Hospitalium: Jahrbuch der Deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte 30 (2016/17), Themenheft: Geschichte der Pflege im Krankenhaus hg. von Karen NOLTE / Florian BRUNS / Christina VANJA / Fritz DROSS (Berlin 2017: LIT Verlag) (<i>Christoph Schwamm</i>)	352
Peter SCHWARZ, Julius TANDLER zwischen Humanismus und Eugenik. (Wien 2017: Edition Steinbauer) (<i>Gerhard Baader</i>)	356
Vereinsinformationen	360

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser des „Virus“,

die jüngere Forschung im Umfeld der Auseinandersetzungen über den gewaltförmigen Umgang mit Kindern und Jugendlichen in Fürsorgeerziehungseinrichtungen der Nachkriegsjahre stellt die Sorge um das sogenannt erziehungsschwierige Kind als ein transdisziplinäres Projekt der Moderne heraus, in welchem differente Wissensordnungen wie die Psychiatrie und die Pädiatrie, die Pädagogik und die Psychologie, die Kriminologie und Jurisdiktion sowie die Sexual- und Bevölkerungswissenschaften das diskursiv auszuhandeln begannen, was am Kind als gesund oder krank, normal oder abweichend anzusehen sei. Vor einem medikalen Hintergrund und mit wechselndem Führungsanspruch prägten diese Wissenschaftszweige die Debatten über Kinderschutz und Kindergesundheit und fanden in Schulen, Heimen, Kliniken, Kinderbeobachtungsstellen oder Einrichtungen der Säuglings- und Kinderfürsorge ihre räumliche Gestalt und institutionalisierte Wirkung. Ihr regulatorisches Interesse richtete sich auf den Körper, den Geist und die Ausdrucksformen von Kindern (und Jugendlichen) in Entwicklungs- und/oder Erziehungsschwierigkeiten. Als besonders einflussreich haben sich dabei die medizinischen Fächer Pädiatrie und Psychiatrie sowie die hybriden Teilfächer der Heil- oder Sonderpädagogik erwiesen. Dieser diskursive Prozess vollzog sich vor dem Hintergrund einer seit der Aufklärung zu beobachtenden Politisierung und Ökonomisierung des privaten Feldes Gesundheit, in deren Folge die physische und mentale Gesundheit von Kindern zur Ressource – *zum organischen Kapital des Staates* (M. A. Wolf) – wurde. Medizinische Vorsorge- und Kontrollprogramme im Bereich der Kindergesundheit begannen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts dann allmählich jene zu identifizieren und auszugrenzen, die als *gefährdet* und *gefährlich* erachtet wurden und derart einer bevölkerungspolitischen Regulierung, einer medizinischen oder psychiatrischen Intervention respektive einer erzieherischen Sonderbehandlung oder Sonderbeschulung bedürftig erschienen. Wie die oben angesprochenen Forschungen verdeutlichen, sind die Gewalterfahrungen von Kindern in Heimen und Fürsorgeeinrichtungen nicht allein den diesen Institutionen inhärenten Machtstrukturen geschuldet, sondern gleichermaßen in den Kontext einer diskursiv erzeugten, medikalen und pädagogischen Sorge um das Kind (und die Gesellschaft) zu stellen.

Die verschiedenen Diskurskonstellationen und Interventionsfelder der auf die Kindergesundheit gerichteten Politiken standen im Mittelpunkt einer Tagung, die vom Verein für Sozialgeschichte der Medizin, dem Institut für Erziehungswissenschaft, dem Institut für Geschichtswissenschaften und Europäische Ethnologie sowie dem Forschungszentrum Medical Humanities der Universität Innsbruck organisiert wurde und zwischen dem 29. Juni und 1. Juli 2017 in Innsbruck stattfand. Der Band enthält zum Schwerpunktthema 11 größere Beiträge, acht kürzere Forschungsberichte und einen Forumsbeitrag. Alle Texte des Bandes wurden einem Peer-Review-Verfahren unterzogen.

Die Herausgeberinnen

Elisabeth Dietrich-Daum / Michaela Ralser / Elisabeth Lobenwein

Mai 2018

**Beiträge – Schwerpunkt:
Medikalisierte Kindheiten.
Die neue Sorge um das Kind vom ausgehenden
19. bis ins späte 20. Jahrhundert**

Maria A. Wolf

**Das „gesunde Arbeiterkind“ als ein Projekt
der „Sozialen Medizin“.
Zur wissenschaftlichen Neuordnung der Kindheit
durch die Medikalisation der „Sozialen Frage“ zu
Beginn des 20. Jahrhunderts**

English Title

The “Healthy Working Class Child” as a Project for “Social Medicine”. The Scientific Reorganization of Childhood via the Medicalization of the “Social Question” at the Beginning of the 20th Century

Summary

In this paper I will explore the competitions in the scientific field in respect to the identification and solution of the problems posed in the course of the “Social Question” in Austria at the beginning of the 20th century. I will outline the suggestions inherent for the proper handling of working class parents and children in these scientific discourses. Particularly I will analyse the influence of national-economic thinking on the medical discourse and show, how “Social Medicine” as a result demanded a health policy for the working class. The improvement of medical care, housing and labour conditions were argued to be the prerequisites for economic progress in the international industrial competition. Therefore a healthy proletariat in healthy family situations should be successfully deployable as “organic machine”. The latter should be reached guided by the general principles of the contemporary bourgeois-patriarchal family by a “domestication of maternity” and by a “double location of childhood” in the family and in school. This new “Order of Childhood” was positioned against the way of life of the working and lower classes and their children were normalized and regularized by the new professions of childhood in the field of medicine, psychology and pedagogy for the public benefit of the “future of society”.

Keywords

“Social Question”, scientific competition / discourse / research, national economics, “Menschenökonomie”, organic capital, beginning of the 20th century, medicalization, the order of childhood

Einleitung

Kinder und Kindheiten sind in globale, nationale und regionale Disparitäten eingebunden und unterschiedlichen politischen Machtverhältnissen unterworfen. Kinderleben kann sozialstrukturell und kulturell sehr unterschiedlich sein und unterliegt dem sozialen Wandel. Was unter Kind und Kindheit verstanden wird, variiert entsprechend den historisch jeweils gegebenen regionalen, ökonomischen, sozialen und kulturellen Lebenszusammenhängen. Kriterien dafür zu definieren und festzulegen, was eine „gute Kindheit“ oder eine „sichere Kindheit“ ausmacht oder wie sich „Kind und Kindheit wechselseitig zueinander verhalten“, ist ein Aushandlungsprozess, an dem sich immer schon verschiedene gesellschaftliche Ordnungskräfte beteiligt haben,¹ allen voran jedenfalls Religion, Politik und Wissenschaft. Historisch lassen sich unterschiedliche Konzepte nachzeichnen, mit welchen in der Regel Männer von öffentlichem Ansehen und Einfluss das jeweils zeitgenössische Verständnis von Kindheit und die Lebensbedingungen von Kindern zu verändern suchten.² Diese Ordnungsversuche sind in Schriften wie in Institutionen, welche dafür geschaffen wurden, rekonstruierbar. Sie zielten nicht in erster Linie auf eine neue Kindheit, vielmehr auf eine neue Ordnung in der Gesellschaft, für welche meist eine geregelte Kindheit als Grundbaustein betrachtet wird. Weshalb, wozu und wie die Medizin zu einer der zentralen Ordnungskräfte auf Seiten der Wissenschaft im 20. Jahrhundert werden konnte, wird noch zu zeigen sein.

Die Frage nach der „Sozialen Frage“

Als Entstehungszusammenhang der „Sozialen Frage“, von der hier die Rede sein wird, gilt die industrielle Revolution und der Aufstieg der kapitalistischen Ökonomie sowie die damit zusammenhängenden gesellschaftlichen Veränderungen, die zur Verelendung der „Massen“ führten. Veränderungen, welche in Österreich im Vergleich zu anderen europäischen Ländern wesentlich später, nämlich erst ab Ende des 19. Jahrhunderts, Wirklichkeit wurden. Die landwirtschaftliche Unterschicht wanderte in die Zentren der Industriearbeit ab. Städte wurden zum „landesinneren Neuland“ für eine migrierende Landbevölkerung, die erwerbslos oder verarmt in den wachsenden Städten Lebens- und Verdienstmöglichkeiten suchte.³ So stieg beispielsweise die Einwohnerzahl Wiens zwischen 1869 und 1910 um das Vierfache.⁴ Den in den Städten und Zentren der Industrie zusammenströmenden, meist besitzlosen Menschen mangelte es an den grundlegenden Dingen des täglichen Überlebens, vor allem Wohnung und

1 Vgl. Jutta BUCHNER-FUHS / Burkhard FUHS, *Gute Kindheit? Vorstellungen, Entwürfe und Lebensweisen gelingender Kindheit im historischen Wandel* (Berlin 2011).

2 Vgl. Doris BÜHLER-NIEDERBERGER, *Kindheit und die Ordnung der Verhältnisse. Von der gesellschaftlichen Macht der Unschuld und dem kreativen Individuum (= Kindheiten 26, Weinheim–München 2005).*

3 Vgl. Andreas WEIGL, *Demographischer Wandel und Modernisierung in Wien (= Kommentare zum Historischen Atlas von Wien 1, Wien 2000), 106–204; Andreas WEIGL u. a., Hg., Sozialgeschichte Wiens 1740–2010. Soziale und ökonomische Ungleichheiten, Wanderungsbewegungen, Hof, Bürokratie, Schule, Theater (Innsbruck–Wien 2015).*

4 Vgl. Josef EHMER, *Zur sozialen Schichtung der Wiener Bevölkerung 1857 bis 1910*, in: Gerhard Melinz / Susan Zimmermann, Hg., *Wien, Prag, Budapest. Blütezeit der Habsburgermetropolen. Urbanisierung, Kommunalpolitik, gesellschaftliche Konflikte. 1867–1918* (Wien 1996), 73–84, hier 75.

Ernährung. Sofern der Arbeitsmarkt die Zuwanderer/-innen nicht aufnehmen konnte, bildeten sich Massen von mittel- und obdachlosen Menschen. Aber auch diejenigen, welche eine Arbeit fanden, lebten in ärmlichen Verhältnissen. Die desolaten Wohn-, Ernährungs- und Versorgungsverhältnisse führten zu epidemischen Erkrankungen. Tuberkulose, Rachitis, Cholera und Typhus galten als „soziale Krankheiten“ der unteren Schichten und damit auch die Säuglings- und Kindersterblichkeit.

Das „soziale Elend“, welches kapitalistische Ökonomie, Industrialisierung, Urbanisierung und Proletarisierung hervorbrachten, rief unterschiedliche Strategien zur Lösung der Verelendung auf den Plan. Arbeiterorganisationen, Politik, Wissenschaft und Religion entwickelten Konzepte, um Abhilfe zu schaffen. Die Lösungsvorschläge waren heterogen bis konträr, denn schon in der Beantwortung der Frage, was die „Soziale Frage“ denn sei, herrschte alles andere als Konsens.

Mit der wissenschaftlichen Klärung der Frage, was die „Soziale Frage“ sei, beschäftigten sich Nationalökonom, Staatswissenschaftler und Soziologen. So konstatierte – um einen Zeitgenossen zu zitieren – beispielsweise der Nationalökonom und Professor der Staatswissenschaften Hans von Scheel (1839–1901) in seiner 1871 publizierte Monografie „Die Theorie der Sozialen Frage“⁵, dass selbst in der Wissenschaft unterschiedliche Auffassungen über das Wesen der „Sozialen Frage“ vorherrschen. Er bemerkt vier konkurrierende Auffassungen:

„Der eine wird sagen: die soziale Frage bestehe in der sichtlich höchst ungleichen Güterverteilung, welche der neueren Entwicklung der Volkswirtschaft eigenthümlich sei; [...] große Reichtümer an der Seite zahlreicher Armuth! [...] Ein Anderer wird sagen die soziale Frage sei der Kampf zwischen Kapital und Arbeit. [...] Eine dritte Antwort wird lauten; es gebe nicht nur eine [Sperrung im Original] soziale Frage, sondern eine ganze Reihe von sozialen Fragen [...] Und von einem vierten wird man vielleicht die Erklärung hören: daß die soziale Frage nur ein Hirngespinnst der sogenannten Sozialisten und Kommunisten sei, welche im Publikum eine falsche Auffassung des wirtschaftlichen Lebens verbreitet hätten.“⁶

Deshalb erachtete er es als seine wissenschaftliche Aufgabe, das Wesen der „Sozialen Frage“ systematisch zu erarbeiten, ohne einen „Partei-Standpunkt“ dem Gegenstand gegenüber einzunehmen und ohne die unmittelbar praktische Seite zentral zu berücksichtigen. Den Begriff „sozial“ bestimmte er als „gesellschaftlich“ und leitete davon ab, dass die wirtschaftlichen und politischen Verhältnisse, in welchen das Volk lebt, in der antiken, mittelalterlichen und modernen Volksgesellschaft historisch verglichen werden müssen, um die „soziale Frage für die Gegenwart“ richtig zu stellen und die Möglichkeit ihrer richtigen Beantwortung vorzubereiten. Auf Basis dieser historisch vergleichenden Analyse kommt er – und wie sollte es bei einem Staatswissenschaftler auch anders sein – zum Ergebnis, dass in der Gegenwart von keiner anderen Kulturmacht als der Staatsgewalt – im Kern der legislativen und exekutiven – die Lösung der sozialen Frage erwartet werden kann.⁷ Abschließend aber hält er fest, dass auch dann, wenn die politischen Proteste, welche die öffentliche Ordnung stören, unterdrückt werden müssen,

5 Hans von SCHEEL, Die Theorie der Sozialen Frage (Jena 1871).

6 Ebd., 1–3.

7 Vgl. ebd., 151.

„um sie nicht immer wieder von neuem und stärker auftauchen zu sehen, die Beseitigung ihrer Ursachen“⁸ die einzige Möglichkeit sei. Was jedoch als Ursache beurteilt wird, bleibt umstritten, wissenschaftlich und politisch. Bereits elf Jahre später – im Jahr 1890 – fasst er diese Kontroversen in einem Handbucharikel zusammen: „An Lehrbüchern der Politischen Ökonomie ist die deutsche Literatur überreich.“⁹

Diese Diskursexplosion um die wissenschaftliche Konzeption der „Sozialen Frage“ verweist auf das Ausmaß der Herausforderungen, vor welche sich die Nationalstaaten angesichts der Auswirkungen der Industrialisierung und des Aufbaus der kapitalistischen Ökonomie gestellt sahen, und auf das Ausmaß des politischen Konfliktes. „Heute steht diese Frage in furchtbarer Größe vor den Augen aller Denkenden“¹⁰ schreibt der Soziologe, Nationalökonom und Philosoph Ferdinand Tönnies (1855–1936) fast 40 Jahre später. Im wissenschaftlichen Feld haben sich in diesem Zeitraum viele Fächer dieser Herausforderung gestellt und etliche davon konnten sich durch ihre Beiträge als wissenschaftliches Fach profilieren und konstituieren. Aus der Perspektive der Diskurs- und Dispositivforschung ist dieses Ringen nicht als eine langsame Annäherung an die „Wahrheit“ der „Sozialen Frage“ zu lesen. Vielmehr werden in diesen Auseinandersetzungen Wahrheiten, Einigungen und Selbstverständlichkeiten hervorgebracht, verändert oder verstetigt und Forschungsthemen in einem Dispositiv „Soziale Frage“ zusammengeführt. Dass es angesichts der prekären sozialen und kontroversen politischen Verhältnisse schwierig sein wird, das Wesen der „Sozialen Frage“ unparteiisch wissenschaftlich zu klären, erwähnt auch Hans von Scheel, indem er im Vorwort seiner Monografie zur Theorie der Sozialen Frage bemerkte, dass über die Bedingungen der Möglichkeit, unparteiisch zu sein, der Kontext entscheide: „Daß dem Unbefangenen diese Untersuchung unbefangen und keiner Partei zuliebe geschrieben erscheinen werden, steht zu hoffen; sich bei Behandlung solcher Fragen durch Verkennung durch Parteien sicher zu glauben, wäre vermessen.“¹¹

Was hier deutlich wird, ist, dass die Logik des „reinen wissenschaftlichen Wettbewerbs“ einerseits konterkariert bis annulliert werden kann durch externe Kräfte und Zwänge.¹² Denn die dem wissenschaftlichen Feld eigene „antiökonomische Ökonomie“ – das wissenschaftliche Interesse hat uneigennützig und unentgeltlich zu erscheinen – ist im Ökonomischen verwurzelt und bleibt der ökonomischen (oder politischen) Macht ausgeliefert ebenso wie den durch und durch politischen Strategien, diese Macht zu erobern oder zu bewahren.¹³ Wissenschaftliche Tätigkeit verursacht ökonomische Kosten und die Autonomie der wissenschaftlichen Felder hängt von dem Ausmaß der ökonomischen Mittel ab. Und ein wissenschaftliches Feld ist umso abhängiger, je ungebrochener äußere Fragestellungen, z. B. politische, im Feld ungebrochen zum Ausdruck kommen, d. h., dass die Politisierung eines wissenschaftlichen Feldes kaum auf eine große Autonomie schließen lässt.¹⁴ Auch die Universitätsprofessoren zu

8 Ebd., 159.

9 Hans von SCHEEL, Die politische Ökonomie als Wissenschaft, in: Gustav Schönberg, Hg., Handwörterbuch der politischen Ökonomie, 2 Bde. (Tübingen 3 1890) 106.

10 Ferdinand TÖNNIES, Die Entwicklung der sozialen Frage (Berlin und Leipzig 2 1913) 7.

11 Hans von SCHEEL, Theorie, wie Anm. 5, Vorwort.

12 Vgl. Pierre BOURDIEU, Vom Gebrauch der Wissenschaft. Für eine klinische Soziologie des wissenschaftlichen Feldes (= édition discours 12, Konstanz 1989).

13 Vgl. ebd., 30.

14 Vgl. ebd., 19.

dieser Zeit waren aufgrund ihrer doppeldeutigen Position als „beherrschte Herrschende“¹⁵ schon „Lohnabhängige der Forschung“ und damit dem Urteil und den Finanzen der Obrigkeiten ausgeliefert.

Andererseits ist das mit einem Objektivitätsanspruch ausgestattete wissenschaftliche Feld auch ein Ort permanenter innerer Konkurrenzkämpfe um Mittel und Anerkennung, so wie „ein Kräftefeld und ein Feld der Kämpfe um die Bewahrung oder Veränderung dieses Kräftefeldes“.¹⁶ Die Ressourcen für diese Kämpfe sind entweder „reines“ wissenschaftliches Kapital – es wird durch „anerkannte Beiträge zum Fortschritt der Wissenschaft, durch Erfindungen oder Entdeckungen angehäuft“¹⁷ – oder „institutionalisiertes“ bzw. „weltliches“ wissenschaftliches Kapital – es „wird im Wesentlichen durch (spezifische) politische Strategien angesammelt“¹⁸ wie die Leitung von Abteilungen, die Mitgliedschaft in Kommissionen, mit Gutachtertätigkeiten und mit der dadurch eingeräumten Macht über Produktionsmittel (Verträge, Gelder, Posten usw.) und Reproduktionsmittel (die Macht, über Karrieren zu entscheiden oder Karrieren zu „machen“).¹⁹

„So sind all diese Universen aufgrund der Tatsache, daß ihre Autonomie gegenüber äußeren Mächten niemals vollständig ist und sie gleichzeitig von zwei Herrschaftsprinzipien, einem weltlichen und einem spezifischen bestimmt werden, durch eine strukturelle Zwiespältigkeit gekennzeichnet: intellektuelle Konflikte sind in gewisser Hinsicht immer auch Machtkonflikte.“²⁰

Wissenschaftliche Konkurrenz um Lösungen der „Sozialen Fragen“

Auch die Welt der wissenschaftlichen „Felder“, die sich um die Jahrhundertwende in Österreich den gesellschaftlichen Herausforderungen ihrer Zeit stellt, ist von diesen Kämpfen und Machtkonflikten bestimmt. Und wie sich in dem kurzen Einblick in die Diskussion der „Sozialen Frage“ in den Staatswissenschaften und der Nationalökonomie gezeigt hat, sind Fragen bereits prägende Materialien für die auf sie folgenden Diskurse und Konzeption wissenschaftlicher Disziplinen. Die Suche nach „Wahrheit“ wird bereits durch die Gestaltung der Frage ausgerichtet. Und die Gestaltung der Fragen, in unserem Falle der „Sozialen Frage“, wird von den Interessen, welche die Dynamik des wissenschaftlichen Feldes in Gang bringen und halten, mitbestimmt. So findet beispielsweise die Medizin andere Antworten auf die gesellschaftlichen Entwicklungen des 19. Jahrhunderts als die Pädagogik. Glauben die einen die Möglichkeit sozialer Ordnungsbildung in der Medizin zu erkennen, so sehen die anderen diese in der Pädagogik.²¹ Beide sind interessiert, zur Lösung gesellschaftlicher Probleme beizutragen, aber auch

15 Pierre BOURDIEU, Die Intellektuellen und die Macht (Hamburg 1991), 63.

16 BOURDIEU, Gebrauch, wie Anm. 12, 20.

17 Ebd., 32.

18 Ebd.

19 Vgl. ebd., 31.

20 Ebd., 36.

21 Vgl. Bernd DOLLINGER, Die Pädagogik der Sozialen Frage: (sozial-)pädagogische Theorie vom Beginn des 19. Jahrhunderts bis zum Ende der Weimarer Republik (Wiesbaden 2006).

daran, ihre wissenschaftlichen Fächer und darüber ihre Positionen zu etablieren. Die daraus sich entwickelnde Ausdifferenzierung in soziale Fragen resultiert also auch aus einem Machtkampf von wissenschaftlichen Akteuren und führt im wissenschaftlichen Feld schließlich zur Engführung auf Lösungskonzepte einzelner wissenschaftlicher Fächer, ihrer Professionen und Institutionen.

Das Wesen der „Sozialen Frage“ selbst bleibt wissenschaftlich umkämpft, ein konsensuelles Verständnis unerreichbar. Entscheidend also ist, *wie* sie interpretiert und *dass* die Notwendigkeit der Lösung sozialer Probleme argumentiert wird. Ein Ergebnis dieses Prozesses ist die Medikalisierung der sozialen Frage, welche diese als eine Frage der Gesundheit interpretiert und auf die Lösungskonzepte der Medizin – vor allem einzelner wissenschaftlicher Fächer der Medizin – eingrenzt. Bevölkerungspolitische, sozialpolitische oder auch pädagogische Fragen werden zunehmend als medizinische codiert. Die Medizin übernimmt, so Michel Foucault (1926–1984), allmählich die Deutungshoheit über immer mehr Bereiche des alltäglichen Lebens und ist längst nicht mehr ausschließlich an der Nachfrage des Kranken orientiert.²² Das ist das, was hier unter „Medikalisierung der sozialen Frage“ verstanden wird. Jedenfalls aber ist die Vervielfältigung sozialer Fragen um die Jahrhundertwende auch politisch opportun, weil die daraus hervorgehenden Lösungsvorschläge den Blick weg von der Ursache hin zu abgrenzbaren behandelbaren Folgen lenkte.

Wie aber kann um die Jahrhundertwende die „Soziale Frage“ zu einer der Gesundheit werden? Exemplarisch dafür können die fachlichen Debatten und Kontroversen im Zuge der Institutionalisierung der „Sozialen Medizin“ erörtert werden, die in Österreich erstmals an der Universität Wien 1908 als Fach eingerichtet wurde. Dass es in Wien „Soziale Medizin“ und nicht „Soziale Hygiene“ hieß, war Folge fachlicher Kämpfe und Machtkonflikte.

Die Hygiene, die als medizinisches Fach in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts an den Universitäten errichtet wurde, war eine „naturwissenschaftlich fundierte Präventivmedizin“, welche die „Hygiene als Medizinalpolizei“ erweiterte und ablöste. Letztere war an den Körpern, die durch ihre Vereinigung den Staat bilden, interessiert. Sie kennzeichnet sich durch eine öffentliche Verwaltung der Gesundheit, die mithilfe statistischer Methoden die aktive Kraft ihrer Bevölkerung in der Ausarbeitung von Geburten- und Sterbetafeln evaluierte, die Krankheitsanfälligkeit der Bevölkerung auf Basis von Berichten erhob, welche den Spitälern und Ärzten abverlangt wurden und die medizinische Lehre wie die Aktivitäten der Ärzte kontrollierte.²³

Die Hygiene als „naturwissenschaftlich fundierte Präventivmedizin“ fußte dagegen in jenem Interventionsfeld der Medizin, welches in Zusammenhang mit dem Merkantilismus auftauchte und sich von dem der Krankheit unterschied, nämlich dem des Wassers, der Luft und des Bodens sowie der Ernährung und der Wohnverhältnisse. Ihr Ziel war die Kontrolle der Zirkulation der Dinge und der Elemente, aber nicht der Individuen. Die öffentliche Hygiene entwarf Techniken, welche die gesundheitsfördernden oder -gefährdenden Elemente der Existenzmilieus kontrollierten und veränderten.²⁴ Die durch Urbanisierung evozierte Verengung

22 Vgl. Michel FOUCAULT, *Krise der Medizin oder Krise der Antimedizin?* in: *Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits*. Bd. III. 1976–1979, hg. von Daniel Defert u. a. (Frankfurt 2003), 54–57, hier 66.

23 Vgl. Michel FOUCAULT, *Die Geburt der Sozialmedizin*, in: *Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits*. Bd. III. 1976–1979, hg. von Daniel Defert u. a. (Frankfurt 2003), 272–298, hier 278–280.

24 Vgl. ebd., 290–291.

der Räume und Verdichtung der Nähe führte dazu, dass das „Massenelend“ zunehmend die Sicherheit der bereits ansässigen Stadtbevölkerung bedrohte und vom wohlhabenden Bürgertum als „Ansteckungsgefahr“ wahrgenommen wurde.²⁵ Infektionskrankheiten wurden als politisches Problem interpretiert und mit der Unsauberkeit und Unmoral der unteren Schichten begründet. Mikrobiologische und moralische Erklärungen bildeten im Alltag also noch eine Einheit. Hinsichtlich der Prävention von Seuchen wurden von medizinischen Fachleuten weitreichende Modelle städtischer Hygiene entwickelt. Die Ärzte dieser Zeit waren in einer gewissen Hinsicht die ersten Stadtplaner und Stadtsoziologen, die durch eine Verbesserung der hygienischen Lebensverhältnisse (vor allem Trinkwasser- und Abwasserversorgung) *äußere* Ursachen als Krankheitserreger bekämpften. Diese „Medizin der Lebensbedingungen und des Existenzmilieus“²⁶ führte zur Kooperation der Mediziner mit benachbarten Wissenschaften, allen voran der Chemie – und sie sei es, so Foucault, die als „Analyse des Milieus“ der „Analyse des Organismus“²⁷ vorausgegangen sei. Sie beschäftigte sich also noch nicht mit dem menschlichen Körper als Arbeitskraft und auch noch nicht mit dem Körper des Proletariats.²⁸ Erst auf Basis des wissenschaftlichen Fortschritts der Bakteriologie Ende des 19. Jahrhunderts wurden auch *innere* Krankheitserreger angenommen, die individuell – durch Immunisierung – bekämpft werden sollten.

In Österreich wurde die Hygiene als naturwissenschaftlich fundierte Präventivmedizin ab den 1870er-Jahren als medizinisches Lehrfach eingerichtet, die erste Lehrkanzel 1874 errichtet. Um 1900 gab es in Österreich bereits drei Lehrstühle für das Fach Hygiene (Wien, Graz, Innsbruck). Diese Fachhygieniker lehnten die Einrichtung eines eigenen Faches für „Soziale Hygiene“ ab.²⁹ So fand man in Österreich im Begriff der „Sozialen Medizin“ einen – wenn auch weiterhin fachlich umstrittenen – Ausweg.

Der erste Ordinarius für „Soziale Medizin“ an der Universität Wien, Ludwig Teleky (1872–1957), Professor des neu gegründeten Universitätsinstitutes für „Soziale Medizin“ und Mitglied der Sozialdemokratie, reflektierte in seiner Antrittsvorlesung 1909 über das Fachgebiet der „Sozialen Medizin“. Diese sehe im Individuum

„das Glied der Gesellschaft, das Glied einer bestimmten wirtschaftlichen Gruppe, vor allem den Angehörigen einer bestimmten Klasse, der eben als solcher einer Reihe von seinen Gesundheitszustand beeinflussenden äußeren Einwirkungen, vor allem Gesundheitsschädigungen ausgesetzt ist, die ausschließlich, vorwiegend, in besonderer Stärke oder in eigenartiger Gestalt sich gerade in seiner sozialen Schichte geltend machen, mit der wirtschaftlichen Lage dieser Schichte in einem Zusammenhang stehen“ [kursiv im Original].³⁰

25 Vgl. Abraham DE SWAAN, Der sorgende Staat. Wohlfahrt, Gesundheit und Bildung in Europa und den USA der Neuzeit (Frankfurt 1993), 134–161.

26 FOUCAULT, Geburt, wie Anm. 23, 291.

27 Ebd.

28 Vgl. ebd., 275.

29 Vgl. Michael HUBENSTORF, Sozialmedizin, Menschenökonomie, Volksgesundheit, in: Franz Kadmoska, Aufbruch und Untergang. Österreichische Kultur zwischen 1918 und 1938 (Wien–München–Zürich 1981), 247–265, hier 250.

30 Ludwig TELEKY, Die Aufgaben und Ziele der Sozialen Medizin, in: Wiener Klinische Wochenschrift 37 (1909), 1257–1263, hier 1258.

Teleky begründete hier die Notwendigkeit für ein eigenes Fachgebiet der „Sozialen Medizin“ mit der Existenz einer neuen, noch nicht da gewesenen gesellschaftlichen Klasse, die sich nicht nur in gesellschaftlichen und ökonomischen Belangen von der bisherigen unterscheidet, sondern auch in Lebenshaltung und -gestaltung. Eine zweite Voraussetzung sah Teleky in einem gewissen Entwicklungsstand der Volkswirtschaftslehre und der Statistik. Erst die Großindustrie habe mit ihrer Anhäufung der Arbeiterklasse in den Städten eine für statistische Beobachtungen geeignete Masse geschaffen. Sie sollte nun der wissenschaftlich exakten Erfassung von gesundheitlichen Verhältnissen verschiedener Schichten dienen, Misstände registrieren und die Besserung des allgemeinen Gesundheitszustandes durch sozialpolitische Vorschläge anstreben.

„Die soziale Medizin ist das Grenzgebiet zwischen den medizinischen Wissenschaften und den Sozialwissenschaften. Sie hat die Einwirkung gegebener sozialer und beruflicher Verhältnisse auf die Gesundheitsverhältnisse festzustellen und anzugeben, wie durch Maßnahmen sanitärer oder sozialer Natur derartige schädigende Einwirkungen verhindert oder ihre Folgen nach Möglichkeit behoben oder gemildert werden können. Ihre Aufgabe ist es auch, anzugeben, wie die Errungenschaften der individuellen Hygiene und der klinischen Medizin jenen zugänglich gemacht werden können, die einzeln und aus eigenen Mitteln nicht imstande sind, sich diese Errungenschaften zunutze zu machen. Sie hat den Aerzten das wissenschaftliche Rüstzeug zu liefern, dessen sie bei ihrer Tätigkeit auf dem Gebiete der sozialen Versicherung und der sozialen Fürsorge bedürfen. Auch die Wandlungen in der Stellung des Arztstandes sowie die hier sich geltend machenden Entwicklungstendenzen hat sie zu studieren.“³¹

Die soziale Medizin sollte sich demnach als Expertin der „Sozialen Frage“ positionieren und auf die Erforschung der Erkrankungen jener gesellschaftlichen Gruppe fokussieren, welche aus den Lebensbedingungen der unteren Schichten in den Städten hervorgebracht werden. Sie wollte darauf aufbauend die Probleme der „Massengesellschaft“ dadurch lösen, dass Menschen durch Verbesserung der Lebensverhältnisse arbeitsfähig gemacht und befähigt werden, ihre Arbeitskraft aufrechtzuerhalten und zu verbessern, und damit in der Lage sind, die Reproduktion ihrer Arbeitskraft selbst zu sichern. Die soziale Medizin wollte als Instrument der Aufrechterhaltung und Erneuerung der Arbeitskraft und der Arbeiterklasse zum Funktionieren der modernen Gesellschaft beitragen. Ziel war noch immer (wie die Hygiene als naturwissenschaftliche Präventivmedizin) die äußeren Krankheitserreger zu kontrollieren, jetzt aber mit einem Fokus auf die Lebensverhältnisse der unteren Klassen. Weiterhin wollte sie (wie die Hygiene als Medizinalpolizey) die aktive Kraft der Bevölkerung mittels statistischer Methoden evaluieren, jetzt allerdings mit einem Fokus auf die Arbeitsfähigkeit der unteren Klassen, und auf Basis des wissenschaftlichen Fortschrittes im Feld der Bakteriologie nun auch die „gemeingefährlichen Krankheiten“, die von den benachteiligten Klassen ausgingen, durch Schutzimpfungen abwehren.³² Mit der sozialen Medizin trat also eine Medizin in Erscheinung, die „in der Kontrolle der Gesundheit und des Körpers der benachteiligten Klassen bestand, um

31 Ebd., 1262.

32 Vgl. Otto BURKHARD, Aufgaben und Ziele sozialer Medizin, in: Wiener Klinische Wochenschrift 34 (1908), 1217–1221, hier 1217.

diese geeigneter für die Arbeit und weniger gefährlich für die reichen Klassen zu machen“.³³ Die soziale Medizin beschäftigte sich also nun mit dem menschlichen Körper als Arbeitskraft, dem Körper des Proletariers und mit dem Produktivkraftniveau der Individuen. Deshalb wurden ökonomische und sozialpolitische Fragen als Aufgabenfeld der sozialen Medizin argumentiert: „Für den Sozialpolitiker ist die soziale Medizin eine unentbehrliche Hilfswissenschaft, für den Sozialmediziner geradeso die Sozialpolitik“,³⁴ denn die Sozialgesetzgebung soll sich am Wohl des „Volksganzen“ orientieren, so Dr. Otto Burkhard von der Universität Graz, der sich 1913 für Soziale Medizin habilitierte, in seinen Ausführungen von 1908 zu „Aufgaben und Ziele sozialer Medizin“.

Die soziale Medizin sah dabei ihr Einsatzgebiet in allen Phasen des Lebenslaufes von der Geburt bis zum Tode, welche sie durch Reihenuntersuchungen an Gesunden jeden Alters gestaltete. Ziel dabei war, die Arbeitskraft der Untersuchten zu prüfen, sicherzustellen oder wiederherzustellen. In Verbindung mit der Einführung der Kranken-, Unfall- und Invaliditätsversicherung verlangte dieses Projekt eine enorme Steigerung ärztlicher Gutachtertätigkeiten und die Mediziner/-innen erreichten einen nie zuvor da gewesenen gesellschaftlichen Machtzuwachs: Sie entschieden nun z. B. nicht mehr „nur“ hinsichtlich Diagnosen und Therapien, sondern auch darüber, ob Versicherungsleistungen in Anspruch genommen werden dürfen, ob Kinder als bildungsfähig betrachtet werden, Jugendliche wie Erwachsene als arbeitsfähig gelten können oder psychisch Kranke als zurechnungsfähig bestraft werden dürfen. Die sozialpolitische Schlüsselposition, in welche der Arzt dadurch geriet, dass er „Vertrauensmann des Patienten *und* der staatlich geregelten Versicherung“ wird, beurteilte Teleky als problematisch, Julius Tandler (1869–1936), Mitglied der Sozialdemokratie und ab 1910 Anatomieordinarius an der Universität Wien, ab 1919 Unterstaatssekretär des Staatsamtes für Soziale Fürsorge und ab 1922 Leiter des Wohlfahrtsamtes der Stadt Wien, begrüßte dagegen die machtvolle Position des Arztes zwischen Staat und Staatsbürger/-innen und die Rolle des Arztes als „Verwalter des organischen Kapitals“³⁵ schlechthin.

Als Objekt der Sozialpolitik betrachtete die soziale Medizin die Arbeiterklasse, weil sie aus dem Klassenkampf hervorgegangen sei, so Teleky. Dagegen sei für die Schwachen, Witwen, Waisen, Kriegsinvaliden, Säuglinge und Kinder die soziale Fürsorge zuständig.³⁶ In Zusammenhang mit der Zunahme der sozial Fürsorgebedürftigen im Ersten Weltkrieg sah sich die soziale Medizin verantwortlich dafür, die Bevölkerung im „Hinterland“ arbeitsfähig zu halten und die Invaliden wieder erwerbsfähig zu machen, denn

„Woher sollen künftig Industrie und Landwirtschaft Arbeiter, woher soll der Staat Steuerzahler und Soldaten nehmen, woher sollen nach dem Kriege die Menschen kommen, die der Staat braucht, um auf dem Weltmarkt, um als Militärmacht seine Rolle zu wahren, wenn nicht hier im Hinterland durch die Sorge für die Kinder, die Sorge für die Kranken alles geschieht, um für möglichst raschen Nachwuchs, für möglichste Erhaltung aller vorhandenen Menschenkräfte zu

33 FOUCAULT, Geburt, wie Anm. 23, 297.

34 BURKHARD, Aufgaben, wie Anm. 32, 1217.

35 DORIS BYER, Rassenhygiene und Wohlfahrtspflege. Zur Entstehung eines sozialdemokratischen Machtdispositivs in Österreich bis 1934 (Frankfurt am Main 1988), 44.

36 Vgl. Ludwig TELEKY, Kriegsprobleme sozialer Fürsorge, in: Wiener klinische Wochenschrift 11 (1917), 342–344, hier 112.

sorgen. Während so an den Grenzen Menschenleben ohne Zahl zugrunde gehen, steigt im Hinterland der Wert des Menschenlebens für die Zukunft.³⁷

In dieser Argumentation von Teleky wird nachvollziehbar, dass die soziale Medizin als „Medizin der Arbeitskraft“, mehr noch als „Medizin der Arbeiterklasse“ argumentiert wird. Die verschiedenen Machtapparate, allen voran die Sozialgesetzgebung und die Medizin, sollten sich um ihre Körper sorgen, um ihnen bei der Verbesserung zu helfen und sie, wenn nötig, auch zu zwingen, ihre Gesundheit zu erhalten oder zu erreichen. Foucault erklärt diesen Wandel mit der „Sicherstellung der Wartung und Erhaltung der ‚Arbeitskraft‘“ und allgemeiner als die „ökonomisch-politischen Effekte der Akkumulation der Menschen“.³⁸

Für diese Konzeption einer sozialen Medizin setzten sich in Österreich jedenfalls sozialpolitisch engagierte Mediziner/-innen ein, die in der Regel Mitglieder der Sozialdemokratie waren. Sie waren orientiert an gesellschaftstheoretischen und -politischen Konzepten des wissenschaftlichen Sozialismus, welche die Entstehungszusammenhänge der „Sozialen Frage“ und damit die Verelendung der Proletarier mit der ungleichen Verteilung der Produktionsmittel erklärten. Exemplarisch dafür soll hier das theoretische Konzept der „Menschenökonomie“ (1911) des Wiener Soziologen und Marxisten Rudolf Goldscheid (1870–1931) kurz erörtert werden, das er im ersten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts ausarbeitete. Es macht nicht nur die sozialpolitischen Beweggründe der sozialen Medizin nachvollziehbar, sondern die Vorstellung von einer „Sozialen Medizin“ als einer „Medizin der Arbeitskraft“ oder überhaupt die „politische Ökonomie der Medizin“³⁹ verständlich. Die Verelendung der Mehrheitsbevölkerung infolge von Industrialisierung und kapitalistischer Ökonomie kritisierte Goldscheid als Verhinderung des ökonomischen Fortschrittes aufgrund des „entwicklungsökonomischen Wertes“ des Menschen.⁴⁰ Er argumentierte, dass „das rücksichtslose Lebenwollen der Einen auf Kosten der Anderen das schwerste Entwicklungshemmnis“ sei und deshalb der Kampf gegen die Verelendung des Proletariats ein klassenübergreifendes Interesse darstelle. Der ökonomische Fortschritt könne erst durch soziale Medizin und Sozialpolitik wieder in Gang gesetzt werden. Die soziale Medizin werde durch die Erforschung der Krankheitsursachen die Voraussetzungen der „Volks Gesundheit“ und „Volkstüchtigkeit“ schaffen. Die Sozialversicherung werde das Interesse des Staates an den Erkenntnissen der Wissenschaften über die Zusammensetzung und Entwicklung des „organischen Kapitals“ wecken und die humanitären Interessen durch ökonomische ersetzen, sofern die Sozialversicherung als „biotechnische Sicherung der Gemeinschaft“⁴¹ und nicht als Schutzinstitution der Versicherten betrachtet würde. Auf Basis des durch die Medizinalstatistik neu erhobenen Datenmaterials könnten so die Kosten für das „Menschenmaterial“, welches die Wirtschaft produziere, mit denjenigen Kosten aufgerechnet werden, die entstünden, wenn man die „Menschenproduktionsbedingungen“ von Anfang an einem ökonomischen Optimum angleiche. Versicherungsleistungen wären dann, wenn die Arbeitsverhältnisse nicht verändert würden, zu den Betriebskosten der Ökonomie zu rechnen

37 Ebd., 114.

38 Michel FOUCAULT, Die Politik der Gesundheit im 18. Jahrhundert, in: *Kulturen der Krankheit. Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften (ÖZG)* 7/3 (1996), 311–326, hier 316.

39 FOUCAULT, Krise, wie Anm. 22, 71.

40 Vgl. Rudolf GOLDSCHIED, Höherentwicklung und Menschenökonomie. *Grundlegung der Sozialbiologie* (Leipzig 1911), 353–486.

41 Ebd., 504.

und nicht aus dem Sozialfonds zu bezahlen. Er forderte, die Krankheits- und Verelendungsursachen zu beseitigen, statt Kranken- und Siechenhäuser, Wohltätigkeitsinstitute und Fürsorgeeinrichtungen zu schaffen. Denn damit werde „Sozialpolitik“ nicht zur „insuffizienten Flickarbeit“ verurteilt. Dagegen soll sie zum Fortschritt schaffenden Motor der „Menschenökonomie“ werden. Sozialmedizinische und -politische Maßnahmen beurteilte er als Voraussetzungen für die „Qualitätsproduktion Mensch“.⁴²

Darüber hinaus betrachtete er die „Konsumtion“ im privaten Haus nicht als unproduktiven Verbrauch, sondern als Produktion von organischem und kulturellem Mehrwert, die Ruhe als „produktive Restitution“. Der private Haushalt wurde von ihm als Ort zur Wiederherstellung der „Ware Arbeitskraft“ durch Ernährung, Versorgung, Erholung konzipiert. „Statt in der mechanischen Werkstätte wird hier in der organischen Werkstätte gearbeitet, wird organisch kapitalisiert.“⁴³ Die Wiederherstellung des „organischen Kapitals“ im Privathaushalt betrachtete er als Teil der Gesamtökonomie und eine „unzureichende organische Restitution“ als Belastungselement der National- wie Entwicklungsökonomie. Die „Restitutionsökonomie“ in der Arbeiterklasse beurteilte er als völlig unzureichend, was sich im Alkoholmissbrauch als Scheinrestitution zeige. Arbeitszeitverkürzung und die Sicherung der Hausarbeit empfahl er als wichtigste Maßnahmen zum Wiederaufbau der „Restitutionsökonomie“. Die Verkürzung der Arbeitstage sollte den Verschleiß „der organischen Arbeitsmaschine“ verlangsamen, womit sowohl die „Produktivität der gesellschaftlichen Arbeit“ gehoben als auch zugleich „die entwicklungsökonomische Bilanz“⁴⁴ verbessert werden könne. Zur Wiederherstellung „organischen Kapitals“ gelte es, längerfristig vor allem die private Versorgung der Arbeiterfamilien zu sichern.

Die schulische Bildung beurteilt Goldscheid als die Produktion produktiver Kräfte. Ein unmoderner Schulbetrieb könne keine „hochwertigen“ Arbeitskräfte herstellen. „Was man am Rohstoffmaterial zu leisten versäumt, kann man im Veredelungsprozeß unmöglich vollkommen nachholen.“⁴⁵ Nur Völker mit den besten Schulen, den besternährten und organisch gepflegten Individuen könnten wirtschaftliche Konkurrenzfähigkeit entfalten. So wie Zeugung und Geburt, so gelte es auch die „Aufzuchtverhältnisse“ durch Modernisierung von Erziehung und Bildung einer modern geführten Wirtschaft anzupassen. Schule und Erziehung sollten den Menschen auch dazu anhalten, „das organische Kapital seines Organismus energisch vor Schädigung und vorzeitiger Amortisation zu bewahren“.⁴⁶

Mithilfe der sozialen Medizin, der Sozialpolitik und der Schulbildung sollten die Arbeiter imstande sein, zum Kapital und zum Staat in Beziehung treten zu können.⁴⁷ Das, was die „Proletariemassen“ dem Kapital und Staat einbringen können, ist in Goldscheids Konzept ihr „organisches Kapital“, das zugleich die alleinige Existenzgrundlage und der einzige Besitz der Menschen dieser Klasse darstellt. Seine Vorstellung war, dass Bildung, Sozialpolitik und die soziale Medizin – Letztere auf Basis des Fortschritts der naturwissenschaftlichen Forschung, welche das 20. Jahrhundert zu einem „Jahrhundert der Biotechnik“⁴⁸ machen werde – diese soziale Klasse zur Eroberung der Macht über ihr „organische Kapital“ führen werde.

42 Ebd., 447–448.

43 Ebd., 502.

44 Ebd., 527.

45 Ebd., 525.

46 Ebd., 527.

47 Vgl. ebd., 565.

48 Ebd., 432.

Kindheit in der sozialen Medizin und den Wissenschaften vom Kind um 1900

Welche Bedeutung erhalten in diesem Kontext und in diesem Prozess der Medikalisation der sozialen Frage nun Kinder und Kindheit? Wie ist Kindheit in der sozialen Medizin und in den Wissenschaften vom Kind um 1900 möglich? Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen dürfte nachvollziehbar sein, dass die soziale Medizin sich für Kinder im „Interesse an der Zukunft der Gesellschaft“ und als „Investition in Humankapital“ interessierte. Kinder gerieten aufgrund der demografischen Entwicklung um die Jahrhundertwende in den Blick der „Medizin der Arbeitskraft“, weil der Geburtenrückgang, die Säuglings- und Kindersterblichkeit als Folge des sozioökonomischen Wandels und als Problem für die ökonomische Entwicklung beurteilt wurden. Die Gesamtfertilitätsrate sank zwischen der Jahrhundertwende und 1928 von vier auf zwei Kinder pro Frau.⁴⁹ Die Säuglingssterblichkeit war in Österreich extrem hoch.⁵⁰ Noch 1886 überlebten auf dem Gebiet des heutigen Österreich im statistischen Durchschnitt nur drei von vier Neugeborenen.⁵¹ Ursachen waren größtenteils epidemisch auftretende Infektionskrankheiten (in erster Linie Cholera und Typhus, aber auch Pocken und Diphtherie). Nach dem Rückgang der Infektionsepidemien aufgrund der hygienischen Verbesserung des Lebensstandards (Bau von Trinkwasserleitungs- und Kanalisationssystemen und Müllbeseitigung in den Städten) dominierten Geburtskomplikationen und Frühgeburtlichkeit („angeborene Lebensschwäche“) die Todesursachen der Neugeborenen.⁵² Die frühe Mortalität war in den ökonomisch armen Klassen hoch, weil sie zum einen von der sozialen Lage der Schwangeren abhing und weil die Neugeborenen und Säuglinge gegenüber Krankheitserregern exponierter waren. „Überbelegte, schlecht durchlüftete, kalte und nasse Wohnungen erhöhten das Risiko eines Säuglings, an Bronchitis, Lungenentzündung, Diphtherie, vor allem an Tuberkulose und an grippalen Infekten zu erkranken.“⁵³ Zudem fehlten für Arbeitermütter gesetzliche Bestimmungen (Stillpausen), das machte es ihnen unmöglich, ihre Säuglinge länger als vier Wochen (gesetzliche Schutzfrist nach der Geburt) zu stillen. Schlecht ernährte Säuglinge hatten wiederum weniger Abwehrkräfte gegenüber Krankheitserregern.

Von den Folgen des sozioökonomischen Wandels war die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung betroffen, denn über 82 % davon (bezogen auf das Gebiet des heutigen Österreich) war um 1900 Teil der lohnabhängigen Unterschicht.⁵⁴ Gesundheit, Krankheit und Tod waren also je nach Klassenlage ungleich verteilt. Die Arbeiterbewegung adressierte den Staat, diesen Verhältnissen Einhalt zu gebieten. Die Sozialdemokratie versuchte die Folgen der sozioökonomischen Veränderungen mit dem Ausbau von Sozialleistungen und der Medikalisation der

49 Vgl. Irene M. TAZI-PREVE u. a., Bevölkerung in Österreich. Demographische Trends, politische Rahmenbedingungen, entwicklungspolitische Aspekte (Schriftenreihe des Instituts für Demographie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften 12, Wien 1999), 14.

50 Vgl. WEIGL, Demographischer Wandel, wie Anm. 3, 204–225; Christian KÖCK u. a., Risiko „Säuglingstod“. Plädoyer für eine gesundheitspolitische Reform (Wien 1988), 40.

51 Vgl. TAZI-PREVE u. a., Bevölkerung, wie Anm. 49, 13.

52 Vgl. KÖCK u. a., Risiko, wie Anm. 50, 16.

53 Ebd., 30.

54 Vgl. Ernst HANISCH, Der lange Schatten des Staates. Österreichische Gesellschaftsgeschichte im 20. Jahrhundert (Wien 1994), 67.

sozialen Frage zu lösen, damit die sozialen Risiken zu vergesellschaften und zu kollektivieren und zugleich die Versorgungsarbeit der Mütter im Haushalt zu privatisieren. Die „Fürsorgliche Belagerung“⁵⁵ der Arbeiterfamilie zielte auf deren hygienische Zivilisierung. Die Arbeiterinnen sollten als Mütter und Hausfrauen die „Pathologie der Arbeiterfamilie“ (v. a. Alkoholismus und unsteter Lebenswandel der Männer, Säuglingsmorbidity und -mortality, Verwahrlosung der Kinder, epidemische Erkrankungen etc.) heilen. Die sozialpolitische Vergesellschaftung sozialer Risiken konstituierte damit nicht nur Alter, Mutterschaft und Kindheit als Lebensabschnitte, sondern die Familienarbeit der Frauen als Reproduktion.

Lebensabschnitte und -lagen, die nicht über Erwerbsarbeit selbstständig gesichert werden konnten oder sollten – Kindheit sowie Mutterschaft und Alter, Krankheit und Invalidität –, begann man als „Soziale Fragen“ zu interpretieren, die aufgrund des ökonomischen Wandels politisch gestaltet werden müssten. Das Generationenverhältnis wurde durch die Institutionen des Sozialstaates neu geordnet: Das Alter wurde als ein neuer Lebensabschnitt des nicht mehr erwerbstätigen Menschen durch die Einrichtung von Pensionssystemen konstituiert,⁵⁶ Kindheit als Lebensabschnitt, der durch den Ausschluss aus der Erwerbsarbeit sowie der Eingliederung in ein Bildungssystem institutionalisiert und durch die Einführung der Mitversicherung von nichterwerbsfähigen Familienmitgliedern in der Sozialversicherung ermöglicht wurde.⁵⁷ Wenn Kindheit als der Lebensabschnitt begriffen werden kann, in dem ein Mensch als Kind betrachtet wird, samt der dazugehörigen kulturellen, sozialen und ökonomischen Charakteristika,⁵⁸ dann wird Kindheit im Kontext der neuen sozialstaatlichen Organisation geschlechtlicher und generationaler Arbeitsteilung als „Soziallage einer Bevölkerungskategorie“ und als „Altersphase im institutionalisierten Lebenslauf“ möglich.

Die klassischen Wissenschaften vom Kinde – die Kindermedizin, die Pädagogik und die Kinderpsychologie – werden um und ab 1900 zu den maßgeblichen Instanzen der wissenschaftlichen Neuordnung von Kindheit. Die Pädagogik definierte Kinder über ihre Lernfähigkeit und Lernbedürftigkeit, die Kinderpsychologie als Menschen-in-Entwicklung und die Kindermedizin über biologische Wachstums- und Reifungsprozesse durch Vermessen, Ordnen und Verortung der Kinder. Die Vorstellung einer „geordneten und damit guten Kindheit“ wird von der Kindermedizin gegen die Lebensweise der unteren Schichten ausgearbeitet. Weil die Kindheit der unteren Schichten nicht in der „Kinderstube“, sondern auf der Straße stattfand, erscheinen deren Kinder immer als gefährdet bzw. gefährlich.⁵⁹ Die geordnete Kindheit sollte durch eine Verhäuslichung der Arbeiterkindheit auf Basis der Hausfrausierung der Arbeitermütter und der zweifachen Verortung von Kindheit in der Familie und der Schule verstetigt werden. Das Leben von Kindern wurde damit im Dienste der Vermeidung der Störung öffentlicher Ordnung und der generationalen Ordnung beschränkt.⁶⁰ Die Kontrolle der unteren Schichten und der

55 Ute FREVERT, Fürsorgliche Belagerung. Hygienebewegung und Arbeiterfrauen im 19. und frühen 20. Jahrhundert, in: *Geschichte und Gesellschaft. Zeitschrift für Historische Sozialwissenschaft* (GG) 11 (1985), 447–475, hier 420.

56 Vgl. Josef EHMER, *Sozialgeschichte des Alters* (Frankfurt 1990), 40–64.

57 Vgl. Jens QVORTRUP, Die soziale Definition von Kindheit, in: Manfred Marckelka / Bernhard Nauck, Hg., *Handbuch der Kindheitsforschung* (Neuwied u. a. 1993), 109–125.

58 Vgl. Michael-Sebastian HONIG, *Entwurf einer Theorie der Kindheit* (Frankfurt 1999), 195.

59 Vgl. BÜHLER-NIEDERBERGER, *Kindheit*, wie Anm. 2, 25.

60 Vgl. ebd., 29.

Heranwachsenden ist das Dispositiv sozialer Ordnung, das die „geordnete Kindheit“ bis ins Detail konzipiert und erzeugt, räumlich durch die Enge der Kinderstube und den Siedlungsbau, rechtlich durch die Institutionalisierung der Familien- und Schulkindheit und normativ durch deren wissenschaftlicher Bevormundung.⁶¹ Insgesamt hat sich die Vorstellung einer „geordneten Kindheit“ und deren Umsetzungsversuche zu einer lückenlosen Beaufsichtigung der Kinder aufaddiert und durch ihren Ausschluss aus der Ökonomie zu einer umfassenden Abhängigkeit geführt. Kinder sind aus den zentralen Leitvorstellungen moderner Gesellschaft – der Autonomie – ausgeschlossen worden. Ihre Position ist durch hohe Abhängigkeit geprägt. Das ist ihre Bestimmung, die aus dem Interesse an einer neuen gesellschaftlichen Ordnung institutionalisiert wurde.⁶²

Die Kindermedizin – wie auch die Kinderpsychologie und die Pädagogik – machen die „Differenz zwischen Kindern und Erwachsenen“ zum wissenschaftlichen Programm. Sie begründeten ihren Expertenanspruch damit, dass Kinder grundsätzlich anders seien,⁶³ und erklären das Kind „zum bloßen Organismus und zum Säugetier [...], aus dem erst nach Jahren ein noch kulturunfähiger kleiner Wilder und viel später dann ein zivilisierter Mensch wird“.⁶⁴ Auf Basis dieses Urteiles arbeiteten sie eine wissenschaftliche Vorstellung von einer „Natur“ des Kindes aus, die in Zusammenhang mit der Konzeption von „natürlichen Bedürfnissen“ und von Entwicklung und Wachstum ausgeprägt normativ ist und die Vorstellung einer „gefährdeten Kindheit“ verstärkt. Und das „gefährdete Kind“ wird von ihnen als Markt für wissenschaftliche Expertinnen und Experten erschlossen, vergrößert und gegen Konkurrenz abgesichert. Seither wachsen die öffentlichen Kontroll- und Reparaturbemühungen bis heute. Die Interventionen der wissenschaftlichen Expertinnen und Experten werden begründet und legitimiert mit „Kindheit als Verheißung und Gefährdung“⁶⁵ der Zukunft. Deshalb bedürfen alle Kinder öffentlicher Überwachung und Korrektur, die gegen die Vorstellung einer „guten Kindheit“ in Form der abhängigen Familien- und Schulkindheit verstoßen. In verschiedenen Etappen öffentlicher Kontrolle und professioneller Interventionen bzw. Wellen der Normierung und Normalisierung wird die „verhäuslichte Kindheit“ als universelles Arrangement der Kindheit angestrebt. Dabei geraten immer mehr Kinder aus zunehmend vielfältigeren Gründen in den Kreis der Behandlungsbedürftigen. Denn aufgrund von Reihenuntersuchungen an gesunden Kindern wird neben einem kleinen Kreis von „gefährlichen Kindern“ ein immer größer werdender Kreis „gefährdeter Kinder“ aufgrund immer noch exakterer Methoden erfasst. Die Verbindung feiner, messbarer Normen mit Moral und Normalität, welche die Wissenschaften vom Kind hervorgebracht haben, ermöglichte in Zusammenhang mit der sozialmedizinischen Konzeption der „Investition in das Humankapital“ und die „Zukunft der Gesellschaft“ zweierlei:

61 Vgl. Jacques DONZELOT, *Die Ordnung der Familie* (Frankfurt 1980), 10.

62 Vgl. BÜHLER-NIEDERBERGER, *Kindheit*, wie Anm. 2, 28.

63 Vgl. ebd., 165.

64 Ebd., 170.

65 Ebd., 176.

dass die kindliche Entwicklung im 20. Jahrhundert zur Zielscheibe elterlicher Aufstiegsambitionen werden konnte und dass die Möglichkeiten und der Bedarf professioneller Interventionen grundgelegt wurde, was alles übertrifft, was bis dahin den Umgang mit Kindern kennzeichnet.⁶⁶

Bei allen Bemühungen um das Kind durch die Wissenschaften vom Kind geht es aber immer noch um die Eltern. Und von ihrer Sorge um das Glück des Nachwuchses, die immer auch eine Sorge um seine Lebensfähigkeit und Wettbewerbsfähigkeit ist, profitieren heute nicht nur die Wissenschaften vom Kind, sondern ein ganzer psycho-sozial-medizinischer Dienstleistungsbereich. Die Medikalisierung der „Sozialen Frage“ und die durch dieses Projekt mitverursachte Neuordnung von Kindheit kann jedenfalls auch als eine für die medizinischen Fächer und ihre Professionen durchaus erfolgreiche Strategie betrachtet werden. Der Gesundheitssektor ist im Laufe des 20. Jahrhunderts zu einem einflussreichen Wachstumsmarkt geworden. Die Gesundheitsindustrie gilt mit als eine der größten wirtschaftlichen Kräfte der Zukunft. Zum Beispiel nehmen in Deutschland die „Organisationen der ‚sozialen Hilfe‘ (Sozialbranche) sowohl auf der Ebene der Beschäftigtenzahl – nach Expertenschätzung ist diese mit zwei Millionen Beschäftigten die größte Beschäftigungsbranche der deutschen Volkswirtschaft (Wüllenweber 2012) – als auch auf der Ebene des Umsatzes eine herausragende Bedeutung ein“.⁶⁷ Der Umsatz der Sozialunternehmen wurde in Deutschland im Jahr 2012 auf 115 bis 140 Milliarden Euro geschätzt. Schneider wirft die Frage auf, ob „das reichste Deutschland in der Geschichte“ wirklich so hilfsbedürftig sei oder ob die „Helferindustrie sich die Hilfsbedürftigen nicht selbst schaffen würde“,⁶⁸ was gewichtigerweise zur Medikalisierung und Psychopathologisierung beitrage. Wenn die große Gruppe weiterer Anbieter von psychosozialen Problemlösungen und Präventivmaßnahmen, die nicht von der öffentlichen Hand gefördert werden, einbezogen würden, seien die ökonomischen Umsätze immens. Heute hat damit eine Vielfalt an Akteurinnen und Akteuren ein ökonomisches Interesse an Medikalisierungsprozessen.

Spuren des Widerstandes gegen diese Unterwerfung von Kindern unter diese wissenschaftliche Neuordnung der Kindheit, für welche immer noch die Eltern adressiert werden, finden sich u. a. im Kinderbuch, das z. B. auch Eltern für ihre Kinder schreiben. Exemplarisch dafür steht das Kinderbuch „Pippi Langstrumpf“, welches Astrid Lindgren für ihre Tochter geschrieben und 1945 erstmals publiziert hat:

„Außerhalb der kleinen, kleinen Stadt lag ein alter verwahrloster Garten. In dem Garten stand ein altes Haus, und in dem Haus wohnte Pippi Langstrumpf. Sie war neun Jahre alt, und sie wohnte ganz allein da. Sie hatte keine Mutter und keinen Vater, und eigentlich war das sehr schön, denn so war niemand da, der ihr sagen konnte, dass sie zu Bett gehen sollte, gerade wenn sie mitten im schönsten Spiel war, und niemand, der sie zwingen konnte, Lebertran zu nehmen, wenn sie lieber Bonbons essen wollte.“⁶⁹

66 Vgl. Miriam GEBHARDT, Die Angst vor dem kindlichen Tyrannen. Eine Geschichte der Erziehung im 20. Jahrhundert (München 2009); DIES., Sünde, Seele, Sex. Das Jahrhundert der Psychologie (München 2002).

67 Wolfgang SCHNEIDER, Medikalisierung sozialer Prozesse, in: Psychotherapeut 58 (2013), 219–236, hier 219.

68 Ebd.

69 Astrid LINDGREN, Pippi Langstrumpf (Hamburg 1976), 1.

Information zur Autorin

Ao. Univ.-Prof. Dr. Maria A. Wolf, Institut für Erziehungswissenschaft, Universität Innsbruck, Liebeneggstraße 8, 6020 Innsbruck, Österreich, Mitglied des „Forschungszentrums für Medical Humanities“ und des „Forschungsnetzwerkes Gender, Care and Justice“ der Interfakultären Forschungsplattform für Geschlechterforschung der Universität Innsbruck, E-Mail: maria.a.wolf@uibk.ac.at

Forschungsschwerpunkte: Gesellschafts- und ungleichheitstheoretisch orientierte Studien zu Aktualität und Wandel der Geschlechter- und Generationenverhältnisse, der Elternschaft und elterlichen Praxis, der Kindheit, der Wissenschaften vom Kind und der Eltern (wie etwa Eugenik und Pädagogik)

Reinhard Sieder

Wissenschaftliche Diskurse, Kinder- und Jugendfürsorge, Heimerziehung: Wien im 20. Jahrhundert

English Title

Scientific Discourses, Child and Youth Welfare and Foster Home Education in 20th Century Vienna

Summary

The system of coercive education, organized by the welfare council of the city government, collaborated closely with psychiatrists, pediatricians and psychologists of University institutes, who developed diagnostic tools, defining the normal and the abnormal, the educable and the non-educable child. From the late 19th century onward, this was framed by the meta-discourse of racial hygiene (*Rassenhygiene*), by Rudolf Goldscheid's concept of people economy (*Menschenökonomie*) and other theories. In contrast, ideas for a psychotherapeutic reeducation by August Aichhorn never rose to paradigmatic hegemony. During the Nazi regime, permanent "selection" and killing of "unworthy" children was organized by the public health and welfare system within the "children's euthanasia" program. Potential victims were identified and selected by the Children Admittance Center (*Kinderübernahmestelle*, KÜSt). Regular torturing children and youth in foster homes continued until the 1980s. After a minor rebellion of a leftist students' group ("Spartacus") against violent coercive education, the city authorities instigated internal reforms in 1971. Radical reform commenced in the late 1990s. KÜSt and foster homes were gradually replaced by intervention centers and flatshare communities. The article argues that a clandestine concept, called guilty neglect (*schuldhaftige Verwahrlosung*) by the author, engendered mainly by psychiatrists during the 19th and early 20th century, is one of the main enabling factors for violent and painful treatment of children in foster homes and correction centers. This clandestine concept guided psychiatrists, psychologists, judges, police officers and pedagogues well into the 1980s, and thus contributed to the colonization of the poor and disadvantaged.

Keywords

Vienna Youth Council, 20th century, KÜSt (Kinderübernahmestelle), Foster Homes, Julius Tandler, August Aichhorn, Erwin Lazar, Hans Asperger, coercive education, epistemic violence, race hygiene, therapeutic pedagogy, social pedagogy

Annahmen und Fragen

Psychiatrische, kriminalbiologische und psychologische Theorien des 19. und des frühen 20. Jahrhunderts bestimmten den Entwurf einer westlich-modernen, wissensbasierten Kinder- und Jugendfürsorge in Wien, die eben deshalb bald Weltruf genoss. Von dieser weithin geteilten Annahme ausgehend werde ich zunächst untersuchen, wie sehr Theorien und Begriffe der medizinischen Heilpädagogik und der Kinder- und Jugendpsychologie die Praxisabläufe der Fürsorgeerziehung bestimmten. Was an diesen Theorien und Begriffen ermöglichte oder begünstigte die Fortführung einer älteren, notorisch gewalttätigen Anstaltserziehung? Hätte es dazu eine Alternative gegeben? Zwar erprobte ein Pädagoge namens August Aichhorn (1878–1949) zwei Jahre lang in einem städtischen Kinderheim eine psychotherapeutisch unterstützte, weitgehend gewaltfreie Nacherziehung von „verwahrlosten“ Kindern. Nach seinem Bericht war das Heim durchaus erfolgreich. Doch sein Modell wurde nicht in die städtische Heimerziehung übernommen. Warum?

Rassenanthropologische und menschenökonomische Theorien konvergierten am Beginn des 20. Jahrhunderts bei allen ideologischen Unterschieden in der Forderung nach Produktivität aller Einsätze der Sozial-, Gesundheits- und Fürsorgepolitik. Worin genau unterschieden sich aber die Auffassungen eines sozialdemokratischen Arztes und Forschers wie Julius Tandler (1869–1936) von nationalsozialistischen Professoren und Ärzten/Ärztinnen, die schon ab 1930 wichtige Positionen an der Wiener Universitäts-Kinderklinik besetzten? Warum und mit welchen Folgen konnte der von Tandler zügig aufgebaute und bis 1933 geleitete Apparat der Gesundheits- und Jugendfürsorge wie auch die von ihm darin stark gemachte medizinische Heilpädagogik ab 1935 konzeptuell und ab 1940 operativ die Tötungsprogramme („Euthanasie“) des NS-Regimes exekutieren? Wie konnten sich ältere Vorstellungen einer *schuldhaften Verwahrlosung* von armen Eltern und Kindern bis in die 1970er-Jahre halten? Näherte dieser Mythos auch die Bereitschaft, Gewalt gegen Kinder und Jugendliche armer Eltern in den Fürsorgeanstalten anzuwenden? Müssen wir also von einer *epistemischen Gewalt* der beteiligten Wissenschaften und Professionen sprechen? Warum kam es schließlich doch zu einer inneren Reform der Fürsorgeerziehung (ab 1971) und was veränderte sie am System? Bedeutete die Schließung der Kinderübernahmestelle (KÜSt), des Zentralkinderheimes (ZKH) und der städtischen Erziehungsheime in den 1990er-Jahren einen paradigmatischen Bruch? Verschoob sich damit die „Wissensbasis“ der Fürsorgeerziehung nach fast 80 Jahren medizinwissenschaftlicher und psychologischer Hegemonie hin zu sozialpädagogischen und psychotherapeutischen Konzepten?

Es soll also nach diffizilen Wirkungszusammenhängen gefragt werden. Einfache Kausalketten und lineare Entwicklungsmodelle reichen nicht aus. Auch die beinahe schon klassisch gewordene Erklärungsfigur, auf eine heroische Zeit des Roten Wien folgte die Katastrophe des Dritten Reiches und zerstörte Tandlers Werk, wird sich als fragwürdig erweisen. Mit Foucault soll das mutuelle Aufeinander-Einwirken von Ideen und Redeweisen, Gesetzen, Theorien und Begriffen, Architekturen und Einrichtungen, Werkstätten und Maschinen, Kliniken und Labors, Menschen und Praktiken als ein in sich höchst heterogenes Dispositiv¹ verstanden werden.

1 Michel FOUCAULT, Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits. Band III 1976–1979, hg. von Daniel Defert / François Ewald (Frankfurt am Main 2003), Nr. 206: Das Spiel des Michel Foucault, 391–429, hier 392–393.

In diesem Geflecht stellen sich das Fühlen und Denken, das Sprechen und Schweigen, das Tun und Lassen auf den Zeitachsen der Ideen und Ideologien, der politischen Regime, der alltäglichen und der professionellen Praktiken und des eigenen Lebens her.

Aichhorns Praxis der Nacherziehung und seine psychoanalytische Theorie der Verwahrlosung

Der ehemalige Lehrer, Direktor eines Wiener Vereins für Horterziehung, Psychoanalytiker und Erziehungsberater am städtischen Jugendamt, August Aichhorn,² bezeichnete Kinder, die im und nach dem Krieg in den Fokus der ersten Fürsorgerinnen Wiens geraten waren, pauschal als „verwahrloste Kinder“. Der Begriff war aus den psychiatrischen und christlich-pastoralen Diskursen des 18. und 19. Jahrhunderts in das noch junge „Zeitalter des Kindes“ (Ellen Key, 1902) überkommen. Aichhorn mühte sich, den Begriff mit Theoremen der Freud’schen Psychoanalyse aus der atavistischen Trias von Mangel, Schuld und (Leibes-)Strafe zu lösen. Wie ich zeigen werde, gelang dies nicht, aber das lag nicht an ihm. Bis an sein Lebensende plädierte er für eine gewaltarme, psychotherapeutisch unterstützte Nacherziehung. 1925 erschien dazu seine erste Reden- und Aufsatzsammlung unter dem Titel „Verwahrloste Jugend“. Sigmund Freud trug ein „Geleitwort“ bei.³

Praktische Erfahrungen machte Aichhorn im niederösterreichischen Hollabrunn (Ortsteil Oberhollabrunn). Im Sommer 1918 richtete er dort in ehemaligen Kriegsflüchtlings-Baracken und im Auftrag des Wiener Jugendamtes ein Erziehungsheim ein. Es sollte sich von den Besserungsanstalten der Habsburger Monarchie unterscheiden: offene Türen, keine Einsperrung, keine Arrestzellen, keine Demütigung, keine illegale Gewalt an Kindern, sondern eine „verständnisvolle Nacherziehung“ durch ausgewählte, pädagogisch und psychotherapeutisch geschulte Erzieher/-innen. Über zwei Jahre erprobte und verbesserte er das Modell. Doch die Stadtregierung und das Jugendamt übernahmen es nicht. Schon im Frühjahr 1921 schlossen sie das Heim. Ein Grund war, dass der Stadt Wien im Zuge der Trennung vom Land Niederösterreich mit 1. Jänner 1921 die Niederösterreichische Landes-Besserungsanstalt in Eggenburg (Lindenhof) zugefallen war und diese nun fortlaufend mit etwa 120 männlichen Kindern und 300 männlichen Jugendlichen aus Wien „gefüllt“ werden sollte. Ein pragmatischer Zwang obsiegte über ein gutes und wegweisendes Konzept. Oder war es nicht nur Pragmatik, sondern auch Ideologie? Der Großteil der männlichen Kinder und Jugendlichen aus dem Heim Oberhollabrunn wurde jedenfalls direkt nach Eggenburg in den Lindenhof überstellt. Aichhorn kehrte nach einer kurzen, frustrierenden Arbeit im Kinderheim Stift St. Andrä an der Traisen nahe Herzogenburg nach Wien zurück und wurde Erziehungsberater des städtischen Jugendamtes.

2 August Aichhorn (1878–1949) gilt als der Begründer der psychoanalytischen Pädagogik bzw. Sozialpädagogik. August AICHHORN, Verwahrloste Jugend. Die Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung. Zehn Vorträge zur ersten Einführung. Mit einem Geleitwort von Sigmund Freud (Bern–Stuttgart–Wien 91977); Thomas AICHHORN, Hg., August Aichhorn. Pionier der psychoanalytischen Sozialarbeit (Wien 2011); Thomas AICHHORN / Karl FALLEND, Hg., August Aichhorn-Vorlesungen. Einführung in die Psychoanalyse für Erziehungsberatung und Soziale Arbeit. Mit einem Essay von Reinhard Sieder (Wien 2015).

3 AICHHORN, Verwahrloste Jugend, wie Anm. 2, 7.

Wenige Jahre zuvor hatte Aichhorn an der Universität Wien die ersten Vorlesungen des Kinderarztes Erwin Lazar (1877–1932)⁴ über Heilpädagogik gehört, ein medizinisches Fach, das aus Psychiatrie und Pädiatrie entstanden und 1911 an der Universitäts-Kinderklinik unter Clemens Pirquet (1874–1929) institutionalisiert worden war. Der Ende 1918 in das Amt eines „Unterstaatssekretärs für Volksgesundheit“ berufene Julius Tandler⁵ erteilte Lazar noch 1918 den Auftrag, alle in „Gemeindepflege“ übernommenen Kinder nach heilpädagogischen Kriterien zu kategorisieren, um eine entsprechende Differenzierung der Erziehungsheime vorzubereiten. Tandler hoffte, damit die Heimerziehung (wie alle Maßnahmen der Fürsorge- und Sozialpolitik) auf eine humanwissenschaftliche Grundlage zu stellen. Nach einem Entwurf Lazars aus dem Jahr 1913 hätte dies so ausgesehen: a) Heime für „normal veranlagte Intakte“ und für „normal veranlagte psychisch Alterierte“, b) Heime für Kinder mit „psychischen Abnormitäten, die einer Erziehung noch zugänglich sind“.⁶ Aichhorn fand diesen Vorschlag nicht praktikabel, da eine solche Gruppierung die Mängel innerhalb der Gruppen potenzieren würde. Er bildete im Erziehungsheim Oberhollabrunn lieber „gemischte“ Gruppen und setzte neben dem psychotherapeutischen Gespräch auch auf die wechselseitige Erziehung der Kinder. In einem Vortrag vor der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung im Juni 1922 sagte er über seine Erfahrungen in Oberhollabrunn:

„Wir gewährten den Verwahrlosten im lustbetonten Milieu unsere Zuneigung, bedienten uns also der Liebesprämie, um einen versäumten Entwicklungsprozess nachzuholen: den Übergang von der unwirklichen Lustwelt in die wirkliche Realität. Es war uns von allem Anfang an rein gefühlsmäßig klar, dass wir Knaben und Mädchen und jungen Menschen im Alter von vierzehn und achtzehn Jahren vor allem Freude zu bereiten hatten. Keinem von uns war je eingefallen, in ihnen Verwahrloste oder gar Verbrecher zu sehen, vor denen die Gesellschaft geschützt werden müsse; für uns waren es Menschen, denen das Leben eine zu starke Belastung gebracht hatte [...]“⁷

Gleich zu Beginn der neuen wissenschaftlichen Fürsorgepolitik öffnete sich also eine (später noch erheblich wachsende) epistemische Kluft zwischen der zunächst „gefühlsmäßigen“ und humanistisch-pädagogischen, bald psychoanalytisch reflektierten Zugangsweise Aichhorns und der medizinischen Heilpädagogik Lazars, die ihre Aufgabe vor allem in Nosologie und Diagnostik sah und dabei auf psychiatrische, psychopathologische, kriminal-biologische und charakterologische Theorien und Begriffe setzte. 1920 schlug Lazar neuerlich vor, die in Kinderheimen internierten Kinder nach nosologischen Kriterien zu gruppieren.⁸ Auch dies unter-

4 Erwin Lazar (1877–1932), ausgebildet zum Pädiater am St. Anna-Kinder-Spital, ab 1911 an der Heilpädagogischen Station der Universitäts-Kinderklinik; 1917 Habilitation für Kinderheilkunde, 1929 tit.ao. Univ.-Professor.

5 Julius Tandler (1869–1936), ab 1910 Professor der Anatomie und Inhaber des ersten Lehrstuhles für Anatomie und Konstitutionsforscher an der Universität Wien; 1914–1917 Dekan der medizinischen Fakultät; 1919–1920 Unterstaatssekretär unter Ferdinand Hanusch; 1920 bis 1933 amtsführender Stadtrat für das Wohlfahrtswesen in Wien.

6 Erwin LAZAR, Über psychisch abnorme Kinder, in: Heilpädagogische Schul- und Elternzeitung 4–6 (1913), 105–112, hier 107, meine Kursivierung.

7 August AICHHORN, Von der Fürsorgeerziehungsanstalt, in: Aichhorn, Verwahrloste Jugend, wie Anm. 2, 123–143, hier 130.

8 Vgl. Erwin LAZAR, Heilpädagogische Gruppierung in einer Anstalt für verwahrloste Kinder, in: Zeitschrift für Kinderheilkunde 27/1–2 (1920). Hier zit. n. AICHHORN, Von der Fürsorgeerziehungsanstalt, wie Anm. 7. Die Gruppierung Lazars findet sich auf Seite 126 wiedergegeben und kritisch kommentiert. Wieder abgedruckt in: AICHHORN, August Aichhorn. Pionier der psychoanalytischen Sozialarbeit, wie Anm. 2, 57–90, hier 72.

blieb weiterhin aus Kostengründen, doch legte Lazar damit die Struktur aller künftigen heilpädagogischen Gutachten für das Jugendamt fest. Sie sollte sich bis in die 1980er-Jahre kaum mehr ändern.⁹

Dass die von Lazar vorgeschlagene und aus heutiger Sicht fragwürdige Differenzierung der Erziehungsheime bis zu deren Schließung um das Jahr 2000 nur in sehr schwachen Ansätzen gelang, lag auch an den Eigentumsverhältnissen. Etwa die Hälfte aller Heime stand nicht im Eigentum der Stadt, sondern der großen christlichen Kirchen, später wurden einige von privaten Vereinen und Familien betrieben. Kirchen, Vereine und Familienbetriebe stellten auch das von ihnen beschäftigte Personal. Auf die Auswahl und Ausbildung der Erzieher/-innen und auf die Gruppierung der Kinder in diesen Heimen nahmen weder das Jugendamt noch Heilpädagogen und -pädagoginnen, noch Psychologen und Psychologinnen Einfluss.

Mehrfach deutete Aichhorn an, dass er die in den damaligen Erziehungsheimen geleistete Erziehungsarbeit für rückständig hielt.¹⁰ Gewaltsame Praktiken seien überaus schädlich und ohne eine gute Ausbildung und eine tiefenpsychologische Schulung der Erzieher/-innen nicht zu verhindern. Diese Warnung wurde von den zuständigen Magistraten der Stadt Wien sehr lange nicht wahrgenommen. Weder in der Ersten Republik noch in der austrofaschistischen Diktatur, noch im NS-Regime und auch nicht in den 1950er-Jahren wurde eine entsprechende Ausbildung der Erzieher/-innen organisiert. Dagegen stand die Skepsis vieler gegenüber der „jüdischen“ Theorie der Freud'schen Psychoanalyse, dagegen wirkte vielleicht noch stärker die „schwarze Pädagogik“ wie auch die bis in die 1980er-Jahre offen oder heimlich beibehaltene Unterscheidung von wertvollem und minderwertigem Leben. Dies wird im Folgenden wissens- und diskursgeschichtlich zu belegen sein.

Heilpädagogische Ärzte/Ärztinnen und Kinderpsychologen/Kinderpsychologinnen legitimieren die Fürsorgeerziehung

Im Oktober 1920 schied Tandler mit allen anderen Sozialdemokraten aus der ersten republikanischen Staatsregierung und wechselte umgehend in die Wiener Stadtregierung. Er wurde amtsführender Stadtrat für das Wohlfahrtswesen der Stadt Wien. Seinen älteren, schon vor und in den Kriegsjahren vorgetragenen Plänen weiterhin folgend, übertrug er die Legitimation der Kindesabnahme, die Überstellung von Kindern in die KÜSt bzw. in ein Erziehungsheim und die Heimerziehung an wissenschaftlich begründete, akademisch-professionelle Autoritäten. Dabei dachte er vor allem an die Pädiatrie und an das noch junge hybride Fach der medizinischen Heilpädagogik, bald auch an die eben erst in Wien entstehende Kinderpsychologie.

Der erste medizinische Heilpädagoge in Wien war der 1911 eingesetzte Leiter der Heilpädagogischen Station an der Universitäts-Kinderklinik, Erwin Lazar. 1913 schrieb er, die Aufgabe der heilpädagogischen Station sei es, „normale“ von „abnormalen“ Kindern möglichst früh zu unterscheiden. „[...] man sollte auch schon früher, bevor noch überflüssige Zeit und Mühe vergeudet waren, einen Aufschluß über die Persönlichkeit des jugendlichen Missetäters

9 Eine Analyse heilpädagogischer Gutachten findet sich bei Reinhard SIEDER, Das Dispositiv der Fürsorgeerziehung in Wien, in: Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften 25/1–2 (2017), 156–193, hier 171–174.

10 Vgl. AICHHORN, Fürsorgeerziehungsanstalt, wie Anm. 7.

oder Verwahrlosten“¹¹ haben. Der Aufbau des Wiener Fürsorgeerziehungs-Systems war für Tandler wie für Lazar von einer Maxime bestimmt: Alle sozialpolitischen Maßnahmen sollten „produktiv“ sein. Ob diese Idee eher von Goldscheids Menschenökonomie oder von Ploetz' Rassenhygiene ausging, ist schwer zu sagen. Beide Theorien hatten auf Tandler starken Einfluss. Das von ihm geforderte „sichere wissenschaftliche Wissen“ für alle konkreten Entscheidungen im Bereich der Fürsorgeerziehung sollten die heilpädagogischen Ärztinnen und Ärzte mit ihren Gutachten erzeugen.

1931 begannen Psychologen und Psychologinnen an der nach Tandlers Plänen errichteten neuen KÜSt, am Jugendamt und anderen Ämtern der Stadt (wie dem Stadtschulrat) psychologische Befunde zu verfassen.¹² Die Kinder- und Jugendpsychologie Charlotte Bühlers (1893–1974) war eben erst im Entstehen. In der Hierarchie des wissenschaftlichen Apparates stand sie offensichtlich unter der medizinischen Heilpädagogik, und wohl auch deshalb übernahm sie das Begriffs-Repertoire der medizinischen Heilpädagogen, was zur Medikalisierung der Denk- und Redeweise in den psychologischen Gutachten beitrug.¹³ Die Heilpädagogen und -pädagoginnen setzten auf die genaue Besichtigung und Betastung der Kinderkörper.¹⁴ Sie hielten körperliche Auffälligkeiten („Anomalien“) für zuverlässige Hinweise auf sittliche, soziale, affektive und emotionale, geistige oder charakterliche Störungen und „Abartigkeiten“ oder, wie sich Hans Asperger (1906–1980)¹⁵ ausdrückte, für „degenerative Stigmen“ und bezogen sich dabei u. a. auf den italienischen Kriminal-Biologen Cesare Lombroso (1835–1909).

11 Erwin LAZAR, Die heilpädagogische Abteilung der k.k. Universitäts-Kinderklinik in Wien und ihre Bedeutung für die Jugendfürsorge, in: Zeitschrift für Kinderschutz und Jugendfürsorge 5/11 (1913), 309–313, hier 309.

12 Psychologen und Psychologinnen, die für das Wiener Jugendamt arbeiteten, befanden sich zunächst im freien Dienstverhältnis, ab 1925 an der neu eröffneten KÜSt und ab 1963 als Gemeindebedienstete im „Psychologischen Dienst“ des Jugendamtes. Vgl. JUGENDAMT DER STADT WIEN, Von der Erziehungsberatung zum Psychologischen Dienst, (o. J.), verfasst von Hermine KOLLER. Koller war unmittelbar nach ihrer Dissertation (1962) am Psychologischen Institut der Universität Wien als Psychologin in den Psychologischen Dienst des Jugendamtes eingetreten, dessen Leitung sie 1984 übernahm.

13 Dass sich die heilpädagogischen Kategorien bis in die 1980er-Jahre auch in den psychologischen Befunden des Jugendamtes hielten, zeigt der Endbericht der Kommission Wilhelminenberg, online unter: www.kommission-wilhelminenberg.at. (letzter Zugriff: 01.05.2018), 64 ff.

14 Meine Analyse von heilpädagogischen Gutachten in: SIEDER, Dispositiv, wie Anm. 9, 171 ff. zeigt eine teils alltagssprachliche, teils psychiatrische Terminologie mit vermischten Elementen älterer und zeitgenössischer psychiatrischer, psychopathologischer (Koch), psychoanalytischer (Freud), kriminalbiologischer (Lombroso) und charakterologischer (Kretschmer) Theorien und Begriffe. Zu diesem Ergebnis gelangte unlängst auch Herwig CZECH, Hans Asperger, National Socialism, and “Race Hygiene” in Nazi-era Vienna, in: Molecular Autism 9/29 (2018), DOI: <https://doi.org/10.1186/s13229-018-0208-6> (letzter Zugriff: 15.05.2018). “Lazar regarded Heilpädagogik as a direct descendant of psychiatry, although the classic psychiatric illnesses such as psychoses were rarely diagnosed in the children he treated. Instead, he diagnosed the vast majority of his patients with ‘psychopathy’ or mental ‘imbalance’.” In Fußnote 10 schreibt Czech über Eindrücke eines US-amerikanischen Besuchers von der Heilpädagogischen Station, kurz bevor Lazars Nachfolger, Hans Asperger, im Mai 1935 die Leitung der Station übernahm: “In 1935, an American visitor described the ward as ‘unique’ and ‘the only one of its kind in Europe’. He was struck above all by the methodological and theoretical eclecticism and ‘an appreciable absence of what are ordinarily regarded as rigid methods, apparatus, statistics, formulae and slogans, a highly subjective approach’ which in his eyes set the clinic apart from contemporary scientific standards [...]”

15 Vgl. HANS ASPERGER, Heilpädagogik. Einführung in die Psychopathologie des Kindes für Ärzte, Lehrer, Psychologen, Richter und Fürsorgerinnen (Wien 1956). Als er dieses Lehrbuch verfasste, war er seit Mai 1935 Leiter der Heilpädagogischen Station an der Universitäts-Kinderklinik, sprach also im Namen dieser Station und positionierte sich damit als erste Autorität im weiten Feld der Fürsorgeerziehung und ihrer Professionen.

Dem gutachtenden heilpädagogischen Arzt lag der jeweilige Akt des Jugendamtes vor, aus dem er wörtlich oder sinngemäß die Argumente jener Fürsorgerin übernahm, die die Kindesabnahme wenige Tage zuvor in die Wege geleitet und in einer ihr antrainierten Amtssprache begründet hatte. Der Zweck und die Methode des Einsatzes der heilpädagogischen Ärzte und Ärztinnen im Fürsorgesystem bestand darin, dem bürokratischen Antrag der Fürsorgerin medizinische Phrasen und Begriffe an strategisch wichtigen Stellen einzufügen und ihn auf diese Weise in ein höherwertiges „medizinisches“ Gutachten zu verwandeln. Nebenbei bemerkt war dies in einer Zeit eminenten budgetärer Probleme der Stadt Wien eine Form, den Staat als Kostenträger zu nutzen (die Heilpädagogen und -pädagoginnen waren Ärzte und Ärztinnen an der Universitäts-Kinderklinik).

Die Heilpädagogen und -pädagoginnen bewerteten aber nicht nur den Körper des Kindes, sondern auch den Haushalt und die Lebensweise der Eltern sowie das Verhalten des Kindes zu Hause und auf der Gasse, im Kindergarten, im Hort, in der Schule. All das kannte der Arzt freilich gar nicht aus eigener Anschauung. Er bezog sein Wissen dazu allein aus den kurzen Texten der Fürsorgerinnen, der Psychologen und Psychologinnen an der KÜSt und beim Stadtschulrat, oder der Schulleiter/-innen. So kam sukzessive ein Konvolut von Expertisen zustande, das wir heute für jedes ehemalige Fürsorgekind im Archiv des Jugendamtes wiederfinden. Die dabei federführenden Heilpädagogen und -pädagoginnen und ihre Imitation durch alle anderen Experten und Expertinnen im System erweckten den Anschein einer sicheren Wahrheit über das Kind. Liest man die Gutachten aber kritisch und genau, zeigt sich, dass ihre Bewertungen des Haushalts, der Eltern und des Verhaltens eines Kindes in der elterlichen Wohnung, im Kindergarten und in der Schule oder auf der Gasse auf gar keiner wissenschaftlichen Theorie und keiner wissenschaftlichen Methode gründeten. Die Experten und Expertinnen co-konstruierten vielmehr bürgerliche Normalität und die fallspezifische Abweichung von bürgerlicher Normalität. So machte sich im zeitgenössischen humanwissenschaftlichen Wissen ein bürgerlich situiertes, normatives Alltagswissen breit.

In den 1920er-Jahren sollen jährlich 4.000 bis 5.000 Kinder in den heilpädagogischen Beobachtungsstationen an der KÜSt, im ZKH, im Kinderheim am Tivoli und nach dessen Schließung im Kinderheim Wilhelminenberg auf die beschriebene Weise „gesichtet“ worden sein. Nur etwa jedes zehnte aller abgenommenen Kinder wurde für wenige Wochen auf Betreiben Lazars an der Kinderklinik (Heilpädagogische Station) aufgenommen und über zwei oder drei Wochen einer „klinischen Beobachtung“ unterzogen. Ehemalige Heimkinder erzählten Jahrzehnte später über ihren Aufenthalt an der Heilpädagogischen Station.¹⁶ Sie erinnerten ein wahrscheinlich mit Medikamenten hergestelltes Dahindämmern und Gefühle hoher Einsamkeit und Verlassenheit in weißen Gitterbetten. Die subjektive Erinnerung stimmt also mit der Selbstpräsentation der medizinischen Heilpädagogik als primär diagnostisches, psychiatrisches Fach bei Lazar und seinem Nachfolger, Hans Asperger, überein.¹⁷

16 Erinnerungen beziehen sich auf die Heilpädagogische Station unmittelbar nach dem Tod Lazars 1932. Sie sind abgedruckt in Reinhard SIEDER / Andrea SMIOSKI, *Der Kindheit beraubt. Gewalt in den Erziehungsheimen der Stadt Wien* (Innsbruck u. a. 2012), 274–275.

17 Vgl. ASPERGER, *Heilpädagogik*, wie Anm. 15.

Mit Tandler teilten die heilpädagogischen Ärzte und Ärztinnen die Annahme, dass die Konstitution der Kinder zu einem erheblichen Teil von den Eltern vererbt sei, auch wenn das sozial-kulturelle Milieu die Wirksamkeit der Anlage („Konstitution“) verstärken oder abschwächen könne. Genau dies begründete den wohl gravierendsten Eingriff in das Leben der Armen: die Abnahme von Kindern aus Familien, die man nicht nur für ein „schlechtes Milieu“, sondern auch für erblich und degenerativ belastet hielt. Mit der Beibehaltung dieses Schlüsselargumentes blieb die Fürsorgeerziehung in Wien de facto bis zu den Reformen ab 1971 im Paradigma der medizinischen Rassenhygiene. Dass alleinstehende und geschiedene Eltern häufig eine ererbte konstitutionelle *psychopathologische* Störung aufwiesen und deshalb mit hoher Wahrscheinlichkeit gestörte Kinder hervorbrachten, war eine der zentralen und folgenreichen Aussagen Hans Aspergers.

„Immer wieder sehen wir, daß in solchen Fällen *minderwertige* Erbanlagen und Ungenügen der menschlichen Beziehungen, ungünstige materielle und Bildungsfaktoren zusammentreffen [...] sind wir uns doch klar darüber, was es für ein Kind bedeuten muß, wenn ihm zu seiner Entwicklung nicht der gesunde Boden einer intakten Familie gegeben ist: wenn es also aufwachsen muß unter den entsetzlichen Belastungen und Kämpfen einer geschiedenen, oder, bei noch zusammenlebenden Eltern, einer innerlich zerbrochenen Ehe (auch da muß man sich hüten, Fehler in der Entwicklung eines Kindes nur als Milieuschäden zu deuten; man muß sich vielmehr fragen, ob es nicht in hohem Grade auch Ausfluß einer *konstitutionellen Psychopathie* der Eltern ist, daß sie nicht imstande sind, eine harmonische Ehe zu führen [...].“¹⁸

1931 betraten erstmals auch Psychologen und Psychologinnen das Feld. Sie unterwarfen sich, wie gesagt, der heilpädagogischen Diktion, hatten aber doch auch eine eigene Spezialität: Sie benutzten gebräuchliche Intelligenztests (vor allem HAWIK¹⁹) und an der KÜSt neu entwickelte Tests, so den 1935 präsentierten „Wiener Kleinkindertest“.²⁰ Die Ergänzung der heilpädagogischen Gutachten durch psychologische Tests führe ich auf das strategisch-politische Interesse des Wohlfahrtsamtes bzw. des Jugendamtes zurück, die Entscheidung zur Fürsorgeerziehung durch Wissensbasierung gegen Kritik abzusichern. Einmal mehr zeigt sich daran der für die westliche „Hochmoderne“²¹ und ihren Staat konstitutive Zusammenhang von *Wissen und Macht*. Anders als David Harvey, der „Hochmoderne“ für die Zeit ab dem Zweiten Weltkrieg verwendet, scheinen mir die von ihm genannten Merkmale der Hochmoderne schon ab dem Ersten Weltkrieg gegeben: „The belief in linear progress, absolute truths, and rational planning of ideal social orders.“²²

18 Ebd., 49.

19 Die Hamburg-Wechsler-Intelligenztests für Kinder (HAWIK) waren Tests für Kinder und Jugendliche im Alter von sechs bis 16 Jahren. Sie gehen auf das Intelligenzkonzept von David Wechsler zurück und gehören bis heute zu den am häufigsten angewandten Intelligenztests bei Kindern weltweit.

20 Zu den Intelligenztests vgl. Clarissa RUDOLPH / Gerhard BENETKA, Kontinuität oder Bruch? Zur Geschichte der Intelligenzmessung im Wiener Fürsorgesystem vor und in der NS-Zeit, in: Ernst Berger, Hg., Verfolgte Kindheit. Kinder und Jugendliche als Opfer der NS-Sozialverwaltung (Wien u. a. 2007), 15–40. Zum Wiener Kleinkindertest siehe Charlotte BÜHLER / Hildegard HETZER, Entwicklungstest vom 1.–6. Lebensjahr. Kleinkindertests (Leipzig 1932); Hildegard HETZER / Wilfried ZELLER, Ambulante Beobachtung psychisch auffälliger Kleinkinder, in: Zeitschrift für Kinderforschung 44 (1935), 137–180.

21 Den Begriff „Hochmoderne“ (engl. high modernism) übernehme ich von David HARVEY, *The Conditions of Post-Modernity. An Enquiry into the Origins of Social Change* (Oxford 1989).

22 Ebd., 35.

Expertenwissen legitimierte erhebliche Eingriffe in privates Leben und in das Menschenrecht von Eltern und Kindern. Doch der Aspekt der wissenschaftlichen Kontrolle der Erziehungsmacht entfiel gänzlich oder er war nie ernsthaft vorgesehen. Weder aus den Akten des Jugendamtes noch aus den Erzählungen von Professionellen und ehemaligen Heimkindern ist zu erkennen, dass heilpädagogische Ärzte/Ärztinnen, Psychologen/Psychologinnen oder Juristen/Juristinnen jemals Fürsorgerinnen, Heimleiter/-innen und Heimerzieher/-innen kontrolliert oder in ihrer Gewaltausübung beschränkt oder gemäßregelt hätten.²³ Dies sollte sich selbst in der langen inneren Reform ab 1971 nicht ändern, als die Gewalttäter/-innen unter den Erziehern/Erzieherinnen weder vom Jugendamt beim Namen genannt noch zur Verantwortung gezogen wurden. Der Vorwurf einer stillschweigenden Komplizität gilt übrigens auch für jene Ärzte und Ärztinnen, die in Kinderheimen Visiten machten oder in nahen Krankenhäusern Verletzungen von Heimkindern behandelten. In den Akten des Jugendamtes liegen keinerlei Anzeigen von Ärzten und Ärztinnen über mögliches Fremdverschulden bei Körperverletzungen vor.

So ist zu resümieren, dass heilpädagogische Ärzte und Ärztinnen (später auch Neuropsychiater/-innen), Psychologen und Psychologinnen der KÜSt, am Jugendamt und an den Bezirksjugendämtern, Schuldirektor/-innen, Lehrer/-innen, Richter/-innen und Polizist/-innen jedes Jahr einige Tausend Wiener Kinder in Erziehungsheime oder zu Pflegeeltern brachten oder bringen ließen, aber keinerlei Sorge dafür trugen, dass die Erziehung gewaltfrei, respektvoll, den Fähigkeiten und Bedürfnissen der Kinder angepasst, stärkend oder, wo erforderlich, psychotherapeutisch wirksam war.

Es ist nicht glaubhaft, dass die beteiligten Professionen nichts von den Zuständen in den Kinderheimen wussten. Die Heime zeigten zwar eine starke Tendenz zur Abschottung, aber der Rumor und Zufallsbeobachtungen bei Besuchen in Erziehungsheimen brachten zumindest ein ungefähres Wissen über die Gewaltverhältnisse zustande.²⁴ Es war kein „schweigendes Wissen“ (*tacit knowledge*), denn jeder, der etwas darüber gehört oder damit selbst zu tun gehabt hatte, sprach davon. Eher kann von *missliebigen Wissen* gesprochen werden, das professionelle Interessen gefährdete und deshalb nicht durch Nachfragen oder Recherchen geprüft, verdichtet und veröffentlicht wurde. Die Missliebigkeit des Wissens über Erziehergewalt hatte aber noch einen anderen, eher verborgenen Grund: Die Professionellen im Fürsorgeerziehungs-System und wohl die meisten Bürger/-innen der Stadt nahmen die leibliche Gewalt an Heimkindern hin, weil sie diese Kinder assoziativ oder unbewusst für *schuldig* hielten. Dies soll nun erläutert werden.

23 Einen Beleg für diese These fanden wir im Heilpädagogischen Heim Hütteldorf, wo in den 1980er-Jahren ein pensionierter Oberarzt der Heilpädagogischen Station an der Kinderklinik, Dr. Kuszen, quasi als Hausarzt und persönlicher Freund des alten Heimleiters ein und aus ging, die Kinder regelmäßig einer Art schulärztlichen Untersuchung unterzog und auf Wunsch des alten Heimleiters die Dosis sedierender Medikamente für „unruhige“ Zöglinge erhöhte. In diesem Heim war in den 1980er-Jahren allen Beteiligten eine gewalttätige Clique von Erziehern und Erzieherinnen bekannt, also wohl auch dem Arzt, der viele Stunden mit dem Heimleiter zusammensaß. Das Heim wurde formell von einem Kuratorium für Erziehungshilfe verwaltet, in dem die Gemeinde Wien durch eine Gemeinderätin vertreten war. Vgl. SIEDER / SMIOSKI, *Kindheit*, wie Anm. 16, 460–494.

24 Zu Wissen und Nichtwissen der verantwortlichen Verbindungsfürsorgerinnen sowie der Psychologen und Psychologinnen des Jugendamtes vgl. ebd., 4. Kapitel: ExpertInneninterviews mit Professionellen im Wiener Fürsorgesystem, 417–494.

Vererbte Schuld – der Mythos schuldhafter Verwahrlosung

Als die ersten „Fürsorgeämter“ in den Wiener Arbeiterbezirken Ottakring (1913) und Rudolfsheim (1914) ihre Arbeit aufnahmen und Julius Tandler die Grundzüge eines wissenschaftsbasierten Fürsorgesystems entwarf, hatte sich längst eine Auffassung von *schuldhafter Verwahrlosung* breitgemacht, die nicht nur das Alltagsdenken, sondern auch die Theorie- und Begriffsbildung der medizinischen und psychologischen Experten und Expertinnen beeinflusste. 1857 hatte der katholische Psychiater Bénédict Augustin Morel (1809–1873)²⁵ einen Zusammenhang zwischen körperlichen Mängeln und moralischer Schuld hergestellt. Ihm folgten Generationen von Psychiatern (Valentin Magnan [1835–1916], Paul Julius Möbius [1853–1907], Emil Kraepelin [1856–1926], Ernst Kretschmer [1888–1964] u. v. a.), wenn sie einen Wirkungszusammenhang von körperlichen Auffälligkeiten und moralischen, psychischen, kognitiven und „charakterlichen“ Eigenschaften konstruierten. Morels religiöser (katholischer) Begriff der Schuld verband sich mit der Vorstellung, alle Armut sei großteils selbst verschuldet und entstehe aus Arbeitsscheu, körperlichen und geistigen Mängeln oder schlicht Faulheit; Verwahrlosung sei die Folge verschuldeter Armut. Spätestens zu Beginn der 1930er-Jahre setzte sich die rassenhygienische Auffassung von schuldhafter Verwahrlosung durch: Verwahrlosung basiere auf der (fahrlässigen) Vererbung von minderwertigen Anlagen und der (schuldhaften) Fortpflanzung minderwertigen Lebens.

Der Zusammenhang zwischen körperlicher Erscheinung, Sittlichkeit und Geist wurde auch unterstellt, als ab den 1940er- und 1950er-Jahren vermehrt städtische Jugendliche und Jugendkulturen in den Blick der Jugendfürsorge gelangten. In den 1930er- und 1940er-Jahren entstand eine aus der Wiener Arbeiterschaft stammende Jugendkultur der „Schlurfs“.²⁶ Ab Mitte der 1950er-Jahre traten die „Halbstarken“²⁷ auch in Wien in Erscheinung. Diese Jugendkulturen waren bei Fürsorgerinnen, Lehrern und Lehrerinnen sowie Jugendschützern verpönt. Ihre spezifische Schuld bestand darin, die sittlich-moralischen Normen der Erwachsenen und insbesondere der pädagogischen Eliten durch ihre Stilistik und ihre sozialen Praktiken ostentativ zu verletzen.²⁸ Mädchen mit Lidstrich und kurzem Rock zogen bis in die 1970er-Jahre das Misstrauen der Fürsorgerinnen auf sich. Das Kinderheim Wilhelminenberg (ab den 1950er-Jahren als Mädchenheim geführt) wurde zum fantasierten Hort *sexuell verwahrloster* Mädchen. Heilpädagogische Ärzte wie Hans Asperger hielten sie für konstitutionell (erblich) zur sexuellen „Abartigkeit“ bestimmt.²⁹ Auch auf dem Wilhelminenberg leistete die heilpädagogische Beobachtung der Mädchen nicht viel anderes als die Probe des Minderwerts: Sich prostituierende Mädchen bestätigten den heilpädagogischen Verdacht der ererbten „Abartigkeit“.

25 Bénédict Augustin MOREL, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades* (Paris 1857).

26 Vgl. Christian GERBEL / Alexander MEJSTRIK / Reinhard SIEDER, Die „Schlurfs“. Verweigerung und Opposition von Wiener Arbeiterjugendlichen im Dritten Reich, in: Emmerich Tálos u. a., Hg., *NS-Herrschaft in Österreich*. Ein Handbuch (Wien 2002), 523–548.

27 Vgl. Thomas GROTH, *Die Halbstarken*. Die Kultur einer Jugendbewegung in den 1950er Jahren (Frankfurt am Main 1997).

28 *Verachtet – verfolgt – vernichtet – zu den ‚vergessenen‘ Opfern des NS-Regimes*, hg. von Projektgruppe für die vergessenen Opfer des NS-Regimes in Hamburg e. V. (Hamburg 1986).

29 ASPERGER, *Heilpädagogik*, wie Anm. 15, 4–5.

Der Begriff Degeneration war schon im 18. Jahrhundert gebräuchlich. Neu bei Morel war, dass er körperliche, psychische, moralische und soziale Aspekte von Devianz und Schuld in den Begriff integrierte. Ebendies finden wir im 20. Jahrhundert in Psychiatrie und Heilpädagogik, in der Psychologie des Kindheits- und Jugendalters und in pädagogischen Schriften zur Fürsorgeerziehung. Schon im 18. Jahrhundert entstand die Vorstellung, „Unsittlichkeit“ schlage sich in körperlichen Mängeln nieder. Hier setzte Morels große und folgenreiche Spekulation ein: Die Menschheit spalte sich im Lauf der Geschichte in die Gesunden, sozialmoralisch „Gottgefälligen“, und in die Entarteten. Eltern würden ihre Schwächen (und ihre Schuld) an ihre Kinder weitergeben. Dies führe zu einer fortschreitenden (progressiven) Degeneration. Morel dachte das, was vererbt wird, als eine körperliche *und* sozial-moralische Qualität. Diese Zweiheit finden wir wenig später in der Rassenhygienischen Theorie des Alfred Ploetz (1860–1940),³⁰ bei Julius Koch (1841–1908), dem Erfinder der Psychopathologie,³¹ bei Paul Julius Möbius³² oder in Ernst Kretschmers 1921 erstmals publiziertem Buch „Körperbau und Charakter“.³³ Um 1920 benutzte Erwin Lazar erstmals Morels Begriff „moralische Entartung“. Er wurde fortan von den Ärzten an der Heilpädagogischen Station der Universitäts-Kinderklinik synonym mit Asozialität und Dissozialität gebraucht.

Tandlers eigene Vorstellung von der Vererbbarkeit erworbener Eigenschaften

All dies musste Julius Tandler in höchstem Maße interessieren, als er seine Gesundheits- und Fürsorgepolitik mit wissenschaftlichen Argumenten entwarf und begründete. 1916 verkündete er in seiner Rede „Krieg und Bevölkerung“,³⁴ nach dem Ende des Krieges werde eine neue Form öffentlicher Wohlfahrt zu gestalten sein: Viele Familien würden einer „fürsorgerischen Erziehung und Beratung“ bedürfen. Hilfe, Beratung und Kontrolle seien wissenschaftlich zu legitimieren. Fehlende männlich-väterliche Autorität in Familien sei durch Berufsvormünder (juristisch ausgebildete Männer an künftigen Fürsorgeämtern) zu ersetzen. Die Investitionen der öffentlichen Hand müssten sich volkswirtschaftlich rechnen. Hohe Ausgaben für jene, von denen nicht zu erwarten sei, dass sie jemals in die Erwerbsarbeit eintreten oder zu ihr zurückkehren, sollten vermieden werden, sie seien „unproduktiv“. Mehrere wissenschaftliche Diskurse

30 Vgl. Alfred PLOETZ, Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen. Ein Versuch über Rassenhygiene und ihr Verhältnis zu den humanen Idealen, besonders zum Socialismus. Grundlinien einer Rassen-Hygiene, 1. Theil (Berlin 1895).

31 Vgl. Julius Ludwig August KOCH, Die Psychopathischen Minderwertigkeiten (Ravensburg 1891–1893). Koch war Direktor der „Staatsirrenanstalt Zwiefalten“ in Nordrhein-Westfalen.

32 Paul Julius Möbius unterschied erstmals exogene und endogene Ursachen von Störungen und führte die endogenen, im Nervensystem begründeten Störungen wie vor ihm auch andere Psychiater auf „degenerative Entartung“ – also auf die Vererbbarkeit von endogenen Störungen des Nervensystems zurück. Berühmt und berüchtigt wurde er v. a. mit folgender Publikation: Paul Julius MOEBIUS, Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes (Halle 1900).

33 Ernst KRETSCHMER, Körperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten (Berlin 1921).

34 Julius TANDLER, Krieg und Bevölkerung (Berlin 1917).

*rahmten*³⁵ dieses kommunalpolitische Programm: Rassenhygiene, Eugenik, Menschenökonomie, Vererbungs- und Degenerationstheorie, Sozialdarwinismus und die frühe Evolutionstheorie des Lamarckismus. Der 1895 mit Ploetz' berühmter Schrift³⁶ einsetzende Diskurs der Rassenhygiene wurde zum Meta-Diskurs, der sowohl das humanwissenschaftliche als auch das regierungspolitische Denken orientierte. Schon in den 1910er- und 1920er-, noch deutlicher in den 1930er-Jahren fanden Postulate der Rassenhygiene unter Ärztinnen/Ärzten und Medizinforschenden wachsende Zustimmung.³⁷ Schon einige Jahre vor dem Anschluss Österreichs an das Deutsche Reich gewannen Nationalsozialisten machtvolle Positionen in den Wiener Medizinwissenschaften und an den Kliniken. Nach dem Tod von Clemens Pirquet übernahm Franz Hamburger (1874–1954), ein überzeugter und aktiver Nationalsozialist, 1930 die Leitung der Universitäts-Kinderklinik. Spätestens ab 1933 richtete er diese Klinik an rassenhygienischen Prioritäten des Nationalsozialismus aus.³⁸ Damit zog er die Kinder- und Jugendfürsorge der Stadt Wien in die diskursive Vorbereitung (ab 1930) und in die Durchführung medizinischer Verbrechen des NS-Regimes hinein (siehe unten).

Im März 1913 erläuterte Tandler vor der „Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene“, er sei in seinen konstitutionswissenschaftlichen Forschungen zu dem Schluss gelangt, dass die Vererbung erworbener Eigenschaften möglich sei. Wenn Milieueinflüsse die *Kondition* des Menschen verändern, könne sich in der Folge auch die vererbte *Konstitution* verändern. Die „Kondition der Eltern (die milieubestimmt ist)“ werde „zur Konstitution der Kinder“. Was Eltern in ihrem Milieu regelmäßig tun und erleben, also das Sozial-Kulturelle, geht nach dieser (neolamarckistischen) Vorstellung in die von den Eltern an die Kinder vererbte Konstitution der Kinder ein. Tandler meinte auch, dass sich die individuell vererbte Konstitution über Generationen in eine Konstitution der Rasse transformiere.³⁹ „Rasse“ war für ihn jedoch – im Unterschied zum Rassenbegriff der Nationalsozialisten – kein morphologischer und rassenantropologischer Begriff, der mehrere oder alle Rassen vergleicht und als unterschiedlich wertvoll bewertet. Dies war das Ergebnis einer rassistischen und rassenantropologischen Zuspitzung der Rassenhygiene durch Ploetz und andere Rassentheoretiker etwa ab 1930. Für Tandler war und blieb „Rasse“ eine Gruppe „artgleicher“ Individuen, die eine Reihe von sie kennzeichnenden Merkmalen immer wieder über Eltern an Kinder weitergeben. Somit wäre Tandler präziser als *Rassenhygieniker* zu bezeichnen. Als Konstitutionsforscher war er davon überzeugt, dass sozial untüchtige und arme Eltern für die laufende Pflege und Erziehung von Kindern untauglich seien, „minderwertige“ Anlagen auf ihre Kinder vererbten und so zur Verbreitung ungünstiger („negativer“) Anlagen innerhalb der „Rasse“ beitragen. Aus diesem

35 Rahmung (engl. *framing*) bestimmt die möglichen Bewegungen des kommunalpolitischen Denkens und Handelns. Was nicht im Rahmen ist, bleibt undenkbar und wird nicht getan; was lange genug im Rahmen ist, erscheint vielen bald selbstverständlich, moralisch richtig und politisch notwendig.

36 PLOETZ, Tüchtigkeit, wie Anm. 30.

37 Vgl. Doris BYER, Rassenhygiene und Wohlfahrtspflege. Zur Entstehung eines sozialdemokratischen Machtdispositivs in Österreich bis 1934 (Frankfurt am Main–New York 1988).

38 Vgl. Franz HAMBURGER, Nationalsozialismus und Medizin, in: Wiener Medizinische Wochenschrift 89 (1939), 141–146.

39 Vgl. Julius TANDLER, Konstitution und Rassenhygiene. Vortrag gehalten am 7. März 1913 vor der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene, in: Zeitschrift für angewandte Anatomie und Konstitutionslehre 1 (1914), 13–14; Julius TANDLER, Was ist Konstitution?, in: Wiener klinische Wochenschrift 43 (1930), 318–319.

Grund schien ihm der durch die Fürsorgerin erbrachte Befund der relativen Untüchtigkeit von Eltern in Elternschaft und Haushalt schon Grund genug, ihnen ein Kind, mehrere oder alle Kinder „abzunehmen“ und in Kinderheimen einer Ersatzerziehung zuzuführen.⁴⁰

Das sowohl menschenökonomisch⁴¹ als auch rasse(n)hygienisch bestimmte Postulat Tandler, Investitionen in Menschen von anlage-, krankheits- oder altersbedingtem „Minderwert“ möglichst gering zu halten, gründete auf der Leitdifferenz von „wertvollem“ und „minderwertigem“ Leben. Im Stadtparlament und an anderen Orten äußerte sich Tandler mehrfach bedauernd über den hohen Anteil an „unproduktiven Ausgaben“ der Gemeinde für „Irre“, „Kriminelle“ oder „Alte und Sieche“.⁴² Und er warf auch die Frage auf, was mit „unwertem“ Leben zu geschehen habe. Ploetz hatte dazu 1895 programmatisch geschrieben:

„Die Erzeugung guter Kinder [...] wird nicht irgendeinem Zufall einer angeheiterten Stunde überlassen, sondern geregelt nach Grundsätzen, die die Wissenschaft [...] aufgestellt hat. [...] Stellt es sich trotzdem heraus, dass das Neugeborene ein schwächliches oder missgestaltetes Kind ist, so wird ihm von dem Ärzte-Collegium, das über den Bürgerbrief der Gesellschaft entscheidet, ein sanfter Tod bereitet, sagen wir durch eine kleine Dose Morphium.“⁴³

Tandler unternahm keinen Versuch, die Tötung „unwerten“ Lebens zu realisieren. Wohl fürchtete er den Widerstand von Teilen des katholischen und liberalen Bürgertums, aber er hob auch mehrmals den nicht auflösbaren Widerspruch der humanistischen Position, die das Menschenrecht auf Leben anerkennt, und der Tötung „unwerten“ Lebens hervor. Seine Vorträge und Schriften lassen dennoch keinen Zweifel daran, dass er ein Befürworter der Tötung „unwerten“ Lebens war, aber politisch die Zeit dafür noch nicht gekommen sah.

„Es sind ethische, es sind humanitäre oder fälschlich humanitäre Gründe, welche dagegen sprechen, aber schließlich und endlich wird auch die Idee, daß man lebensunwertes Leben opfern müsse, um lebenswertes zu erhalten, immer mehr und mehr ins Volksbewußtsein dringen.“⁴⁴

Was bedeutete Tanders spezifische Position zwischen Rassenhygiene und Humanismus, zwischen der neolamarckistischen Vorstellung von der Vererbbarkeit sozialer Eigenschaften und der eher neokantianisch als marxistisch begründeten Hoffnung der „Austromarxisten“, „neue Menschen“ erziehen zu können, für die Gestaltung der Wiener Familien- und Jugendfürsorge und im Besonderen für die Fürsorgeerziehung? Zunächst war „der Minderwert“ zuallererst empirisch zu entdecken. Tandler wollte die Wiener Haushalte systematisch screenen, um jene

40 Vgl. Julius TANDLER, Die Anstaltsfürsorge der Stadt Wien für das Kind (Wien 1930).

41 Vgl. Rudolf GOLDSCHIED, Höherentwicklung und Menschenökonomie – Grundlegung einer Sozialbiologie (Leipzig 2011). Die Übereinstimmungen zwischen Tandler und Goldscheid gingen u. a. auf die ihnen gemeinsame Anlehnung an die Lamarck'sche Theorie, wie auch auf die ihnen gemeinsame Orientierung am sozialdemokratischen Reformprojekt zurück. Vgl. Peter SCHWARZ, Julius Tandler. Zwischen Humanismus und Eugenik (Wien 2017), 38–51.

42 Julius TANDLER, Gefahren der Minderwertigkeit, in: Das Wiener Jugendhilfswerk, Jahrbuch (1928), 3–22.

43 PLOETZ, Tüchtigkeit, wie Anm. 30, 144.

44 Julius TANDLER, Ehe und Bevölkerungspolitik (Wien–Leipzig 1924), 17.

herauszufinden, in denen eine „Gefährdung“ des Kindeswohles vorliege. Von Budgetnöten geplagt, aber auch seinem patriarchalen Familienmodell folgend, schränkte er das Screening auf Zielgruppen ein: Wie die Heilpädagogen Lazar und Asperger hielt er die Haushalte lediger Mütter für eine defizitäre, wenn nicht „psychopathologische“ Familienform. Sie waren schon um 1913/14 in den Fokus der ersten städtischen Fürsorgeämter geraten.⁴⁵ Daneben traten aber auch zusammenlebende Elternpaare in ihren Blick, wenn sie Merkmale zeigten wie dauernde Arbeitslosigkeit, Alkoholmissbrauch, Kriminalität oder in bürgerlicher Perspektive als „schwer“ geltende Mängel in der Beaufsichtigung und Versorgung der Kinder. So gut wie alle Expertinnen/Experten und Professionellen im Feld gingen davon aus, dass diese Merkmale aus schuldhafter (sittlich-moralischer) Verwahrlosung der Eltern resultierten und durch Vererbung weitere (schuldhaft) Verwahrlosung hervorbringen würden. Verwahrloste Eltern würden auch ihre Kinder verwahrlosen lassen. Sah die Fürsorgerin „Gefahr in Verzug“, nahm sie das Kind (auch mehrere oder alle Kinder einer Familie) umgehend in „Gemeindepflege“; befürchtete sie Widerstand oder Flucht, erschien sie in Begleitung eines Polizisten. In der Regel wurde das Kind zunächst auf die KÜSt gebracht, wo es entkleidet, gebadet und in Anstaltskleider gesteckt wurde. In der im Juni 1925 eröffneten neuen KÜSt wurde das Kind in derselben Anstalt über mehrere Wochen beobachtet und diagnostiziert. Heilpädagogische und psychologische Beobachtungen und Tests sollten herausfinden, ob und welche Schädigungen oder Störungen bereits vorlagen und was mit dem Kind zu geschehen habe.⁴⁶ Im Folgenden stelle ich das Wiener System der Familien- und Kinderfürsorge und seine Subsysteme knapp vor, ehe ich einige der Subsysteme genauer erläutere.

Das Wiener System der Familien- und Kinderfürsorge

Im voll ausgebauten Zustand, der nach der Eröffnung der neuen KÜSt Mitte 1925 erreicht war, bestand das System der Familien- und Kinderfürsorge aus nicht weniger als sechs Subsystemen,⁴⁷ die voneinander abhingen, kooperierten, Wissen, Gutachten, Befunde und Kinder, aber auch ärztliches und Erzieher/-innen-Personal transferierten und auf diese Weise zusammen ein System bildeten, aber jeweils auch relative Autonomie beanspruchten.

45 Vgl. Hermann HARTMANN, Die Wohlfahrtspflege Wiens. Eine Dissertation (Gelsenkirchen 1929), 10.

46 Vgl. Regina BÖHLER, Die Entwicklung der Kindertübernahmestelle in Wien zwischen 1910 und 1938, in: Berger, Verfolgte Kindheit, wie Anm. 20, 193–196; Vera JANDRISITS, Die Wiener Kindertübernahmestelle in der NS-Zeit, in: ebd., 197–202.

47 Mein Gebrauch der Begriffe System und Subsystem folgt nur teilweise der Systemtheorie Luhmanns, in der u. a. maßgeblich ist, dass man nicht von System sprechen kann, ohne die Beziehungen zwischen dem System und seiner Umwelt zu erörtern. In diesem Sinn ist jedes der hier unterschiedenen Subsysteme Umwelt für alle anderen Subsysteme im System. Wie Subsysteme abgegrenzt werden, hängt von der Dichte und Spezifität der Interaktionen ab. Jedes Subsystem hat spezifische Medien, Akteure, Interessen und Methoden. Auf Impulse von außen (etwa von anderen Subsystemen, aber auch auf Impulse von außerhalb des Systems) reagiert das Subsystem wie jedes System nach Maßgabe seiner inneren Verhältnisse und Möglichkeiten. Die strukturelle Koppelung zweier oder mehrerer Subsysteme wird hier v. a. aus den politischen Machtstrukturen, den erklärten Zwecken, den zur Legitimation benutzten Theorien, Ideologien und den bürokratischen Abläufen bestimmt.

- 1 Vom Wohlfahrtsamt aus zogen der amtsführende Stadtrat Julius Tandler und seine leitenden Mitarbeitenden alle Fäden der integrierten Gesundheits-, Familien- und Fürsorgepolitik.⁴⁸
- 2 Beim Jugendamt befanden sich die juristische und die fürsorgerische (später sozialpädagogische) Leitung und andere „Dezernate“, ab einer Verwaltungsreform auch das Dezernat für Heimerziehung sowie ab 1963 ein hauseigener „Psychologischer Dienst“. Dem zentralen Jugendamt waren die Bezirksjugendämter untergeordnet, an denen Fürsorgerinnen ihre Sprechstunden hielten und von denen sie an jedem Werktag nach ihren Amtsstunden zu den Hausbesuchen im jeweiligen Fürsorgesprengel aufbrachen. An einigen Bezirksjugendämtern waren auch Beratungsstellen („Erziehungsberatung“, „Eheberatung“ u. a.) eingerichtet.
- 3 Die KÜSt wurde von Tandler nach seinen systematischen Überlegungen neu konzipiert und 1925 in ein entsprechend geplantes Gebäude in der Lustkandlgasse 50, Wien 9, verlegt. Hier befanden sich eine heilpädagogische Beobachtungsstation, eine kinderpsychologische Forschungsstelle (ab 1931), ein Zahnambulatorium und zwei getrennte Wohnheime für die eingelieferten „Kleinkinder“ und „Großkinder“. Die Direktion der KÜSt organisierte die Verteilung der Kinder auf die verfügbaren Heim- und Pflegeplätze, unter dem NS-Regime auch die Zuweisung von Kindern in interne und externe Tötungsanstalten, so u. a. auf die ab 1940 zum System zählende Wiener Nervenlinik für Kinder „Am Spiegelgrund“.
- 4 An der Universitäts-Kinderklinik bestand seit 1911 die Heilpädagogische Station, die medizinwissenschaftlich ranghöchste Einrichtung zur Begutachtung von Kindern. Die Abteilung war mit kleinen heilpädagogischen Stationen an der KÜSt, am ZKH, in der „Kinderherberge“ am Tivoli und nach deren Schließung im Kinderheim Wilhelminenberg vernetzt. „Schwere Fälle“ (Lazar) wurden von diesen kleinen Beobachtungsstationen auf die Heilpädagogische Station der Kinderklinik überwiesen, der die Aufgabe zukam, die Kinder nach den nosologischen Gesichtspunkten Lazars zu diagnostizieren.⁴⁹
- 5 Das ZKH war schon 1910 an die Stelle der Wiener Findelanstalt getreten. Das Zentralgebäude in Wien 18, Bastiengasse 36–38, war Anlaufstelle für arme und sozial benachteiligte ledige Mütter und deren Säuglinge und Kleinkinder. Mütter und ihre Babys blieben hier nur für einige Wochen; viele Säuglinge und Kleinkinder wurden vom ZKH in Abstimmung mit der KÜSt zu Pflegefamilien in Wien und außerhalb der Stadt gebracht. Pflegeeltern in und um Wien sowie in den Grenzbezirken Radkersburg und Jennersdorf sind in meinem praxeologischen Verständnis wegen der „Überstellung“ von „Pflegekindern“ vom ZKH aus zu diesem Subsystem zu rechnen.⁵⁰
- 6 Das Archipel der städtischen, kirchlichen und privat unterhaltenen Kinder- und Erziehungsheime erstreckte sich über Wien und Niederösterreich, verfügte aber auch über Heimplätze in anderen österreichischen Bundesländern. Insgesamt standen der KÜSt im Höchststand an die 7.000 Heimplätze zur Verfügung. Die sogenannten Heimkinder wechselten vor allem um das sechste und das 14. Lebensjahr sowie nach einem allfälligen Abschluss einer

48 Vgl. Das Wohlfahrtsamt der Stadt Wien und seine Einrichtungen. 1921–1931, hg. vom Wohlfahrtsamt, Wiener Magistrat (Wien 1931).

49 Vgl. N. N., Das Kinderheim der Stadt Wien „Wilhelminenberg“, Sonderabdruck aus Blätter für das Wohlfahrtswesen 26/264 (Wien 1927).

50 Vgl. Margarete BRÜNDL, Vom „Niederösterreichischen Landes-Zentralkinderheim“ zum „Charlotte-Bühler-Heim“ (Wien 1995). Siehe auch Lotte DANZINGER / Hildegard HETZER / Helene LÖW-BEER, Pflegemutter und Pflegekind (Leipzig 1930).

Berufslehre um das 16. oder 17. Lebensjahr das Heim. Hier stellten insbesondere die Kinder und Jugendlichen mit ihren Wechseln und die alte und die neue KÜSt als logistische Drehscheibe den Systemcharakter des Heim-Archipels her.

Die neue KÜSt und ihre wissenschaftlichen Professionellen

Da Komponenten einer nach rassenhygienischen Prinzipien organisierten Anstalt in der alten, seit 1910 bestehenden KÜSt nicht zu realisieren waren, ließ die Stadtregierung auf Betreiben Tandlers eine neue KÜSt in Wien 9, Lustkandlgasse 50, errichten. Sie wurde im Juni 1925 eröffnet und galt bald weltweit als ein führendes Institut dieser Art. Da die in den Rahmendis-kursen der Rassenhygiene und der Menschenökonomie geforderte „Produktivität“ jeder für-sorgerischen, pädagogischen oder medizinischen Investition nicht ohne Weiteres abzuschätzen ist, ließ Tandler im neuen Gebäude der KÜSt 1931 eine „Psychologische Forschungsstelle“ einrichten. Der Zeitpunkt scheint durch das Auftreten von Charlotte Bühler in Wien bestimmt. Die von Tandler offiziell vergebene Aufgabe der Forschungsstelle bestand darin, die von Für-sorgerinnen eingelieferten Kinder eine Zeit lang hinter Glasscheiben zu beobachten und psy-chologisch zu befunden. Doch beschränkte sich die Arbeit der Gruppe um Bühler nicht darauf. Von 1931 bis 1938 unternahmen die erste psychologische Assistentin Charlotte Bühlers, Hildegard Hetzer (1899–1991), und der Psychologe Wilfried Zeller, später auch die vom Ju-gendamt angestellten Psychologinnen und Psychologen Aufgaben der Beobachtung, Testung und Kategorisierung von Kindern und Jugendlichen. Charlotte Bühler repräsentierte bis zu ihrer Emigration den akademischen Konnex zum Psychologischen Institut der Universität, dem ihr Ehemann, Karl Bühler (1879–1963), vorstand. Die wissenschaftliche Anerkennung Charlotte Bühlers und ihrer Mitarbeiter/-innen nützte dem Ansehen und der Legitimierung der KÜSt.⁵¹

Psychologen und Psychologinnen nahmen an allen an die KÜSt überstellten Kindern den üblichen Intelligenztest (HAWIK) vor, entwickelten aber auch neue Tests an Kleinkindern, um deren „Erziehbarkeit“ zu prüfen. Die Testergebnisse und IQ-Werte finden wir jeweils in den Akten, die das Jugendamt bzw. die KÜSt für jedes Kind angelegt hat. Wie Hetzer und Zeller in der „Zeitschrift für Kinderforschung“⁵² 1935 ausdrücklich hervorhoben, sollte es der Klein-kindertest ermöglichen, Investitionen der öffentlichen Hand auf „erziehbare“ Kinder zu be-schränken. Eher zwischen den Zeilen oder mit merkwürdig leeren und erst künftig auszufül-lenden Worthülsen deuteten sie aber auch bereits an, dass die Akzeptanz der Selektion und Tötung „unwerten“ Lebens vorhersehbar und wünschenswert sei: „Die Gesamtheit muß von sozial-abnormen Persönlichkeiten möglichst freigehalten werden.“⁵³ Nach etwa dreiwöchiger Beobachtung des Kindes durch Heilpädagogen/-pädagoginnen und Psychologen/Psychologin-nen und nach psychologischen Tests wurde entschieden, ob das Kind in ein Kinderheim über-stellt, zu Pflegeeltern gebracht oder (was nur selten geschah) an Eltern oder Großeltern zurück-gegeben wurde. Die Auswahl des Heimes und des Pflegeplatzes traf der Direktor der KÜSt.

51 Vgl. RUDOLPH / BENETKA, Kontinuität oder Bruch?, wie Anm. 20, 15–40.

52 HETZER / ZELLER, Ambulante Beobachtung, wie Anm. 20.

53 Ebd.

Die Heilpädagogische Station an der Universitäts-Kinderklinik (ab 1911), die „Städtische Nervenlinik für Kinder Am Spiegelgrund“ (ab 1940) und die „Heilpädagogische Klinik am Spiegelgrund“ (ab 1942)

An der Heilpädagogischen Station der Universitäts-Kinderklinik wurden pro Jahr etwa 500 von insgesamt 5.000 bis 6.000 Kindern, die im Laufe eines Jahres ihren Eltern abgenommen worden waren, „klinisch beobachtet“ und begutachtet. Der Aufenthalt der Kinder dauerte meist zwei bis drei Wochen. Nach dem Tod von Clemens Pirquet übernahm Franz Hamburger 1930 die Leitung der Universitäts-Kinderklinik und richtete sie personell und medizinpolitisch spätestens ab 1935 (dem Jahr seines Eintritts in die NSDAP) an den rassenhygienischen und rassenanthropologischen Grundsätzen der NS-Medizin aus. Nach dem Tod Erwin Lazars übernahm Hans Asperger⁵⁴ 1935 auf Betreiben Hamburgers die Leitung der Heilpädagogischen Station.⁵⁵

Nach dem „Anschluss“ Österreichs an das Deutsche Reich im März 1938 erhielten die KÜSt und das zentrale Jugendamt sowie alle Wiener Bezirksjugendämter den Auftrag, Listen aller „debilen“ bzw. „schwachsinnigen“, körperlich teilweise „missgebildeten“, „epileptischen“ und „nicht erziehbaren“ Kinder in Wien anzulegen.⁵⁶ Dies wurde eine neue Aufgabe der Kinder- und Gesundheitsfürsorgerinnen und aller Ämter im Gesundheits- und Fürsorgesystem. Asperger gehörte nun unter anderem einer Kommission an, die etwa 200 Kinder auf ihren „Minderwert“ bzw. auf ihre „Bildungsfähigkeit“ hin beurteilen sollte. Wie eine jüngst dazu veröffentlichte Forschungsarbeit nachweist, trug er entgegen bisherigen Einschätzungen „Selektion und Ausmerze“ ab dem Anschluss durchaus mit und überwies einige von ihm aufgebene Kinder selbst zur Tötung in eine 1940 eigens dazu eingerichtete „Nervenlinik für Kinder Am Spiegelgrund“ (siehe unten).⁵⁷

Als „bildungsunfähig“ oder „debil“ kategorisierte Kinder wurden in die Pavillons 15 (für Säuglinge und Kleinkinder, „Säuglingsabteilung“, zynisch auch „Reichsausschussabteilung“ genannt) und Pavillon 17 für Kinder und Jugendliche mit zusammen 220 Betten eingeliefert. Der offizielle Name der beiden Pavillons lautete zunächst „Wiener städtische Nervenlinik für Kinder“. Hier führten Ärzte und Ärztinnen oft überaus schmerzhaft und ethisch höchst fragwürdige Experimente an den Kindern durch. Sie spritzten dabei Beruhigungs- und Schmerzmittel, die nach länger dauernder Verabreichung in vielen Fällen zu einer schweren Lungenentzündung und zum Tod führten. Sofern der Tod vorsätzlich herbeigeführt wurde, war es

54 Hans Asperger (1906–1980) kam im Mai 1931 als „Hilfsarzt“ an die Heilpädagogische Station; 1935 übernahm er – obgleich nur im Rang eines Assistenzarztes – die Leitung der Heilpädagogischen Station. Siehe CZECH, Asperger, wie Anm. 14.

55 Franz Hamburger (1874–1954), ab 1930 Ordinarius der Universitäts-Kinderklinik, illegales und eingetragenes Mitglied der NSDAP, betrieb offensiv die rassenhygienische Ausrichtung der Kinderklinik in enger Verbindung mit der Station für Heilpädagogik unter Asperger und der Heilpädagogischen Klinik Am Spiegelgrund unter Jekelius und Illing. Hamburger war ein entschiedener Befürworter der „Kindereuthanasie“. Vgl. seine programmatische Schrift: HAMBURGER, Nationalsozialismus und Medizin, wie Anm. 38.

56 Vgl. Herwig CZECH, Der Spiegelgrund-Komplex. Kinderheilkunde, Heilpädagogik, Psychiatrie und Jugendfürsorge im Nationalsozialismus, in: Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften 25/1–2 (2014), 194–219; CZECH, Asperger, wie Anm. 14 und die dort angeführte Forschungsliteratur.

57 Ebd.

medizinischer Mord. Der ärztliche Leiter der Nervenklinik für Kinder Am Spiegelgrund war von Juli 1940 bis Ende 1941 Erwin Jekelius (1905–1952), zuvor einer der Hilfsärzte von Prof. Hamburger an der Universitäts-Kinderklinik. Jekelius organisierte auch die Deportationen von Wiener Kindern in die Tötungsanstalt Hartheim bei Linz.⁵⁸ Nach der Einberufung von Jekelius zur Wehrmacht wurde Ernst Illing (1904–1946) sein Nachfolger.⁵⁹ Der pädagogische Leiter der in benachbarten Pavillons eingerichteten „Fürsorgeanstalt Am Spiegelgrund“ war Hans Krenek. Nach der bürokratischen Abtrennung der Tötungspavillons 15 und 17 von den Pavillons der Fürsorgeanstalt wurde Krenek Direktor der Fürsorgeanstalt.⁶⁰

Anfang 1942 wurde die Anstalt nochmals umbenannt: Sie hieß nun „Heilpädagogische Klinik der Stadt Wien am Spiegelgrund“. Am 5. September 1940 hatte sich auf einem Kongress in Wien die „Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik“ gegründet. Der jeweilige Vorsitzende der Gesellschaft war einer der drei Hauptgutachter der „Kindereuthanasie“. Die Fürsorgerinnen (sie hießen nun „Volkspflegerinnen“) sollten ihre Hausbesuche dazu nutzen, alle „lebensunwerten“ Kinder zu dokumentieren. Auf der 1941 an der Wiener Universitäts-Kinderklinik stattfindenden Vollversammlung der Wiener heilpädagogischen Gesellschaft übernahm der ärztliche Leiter der Heilpädagogischen Klinik und Organisator der Kindertransporte in das Vernichtungsheim Hartheim, Erwin Jekelius, den Vorsitz. Jekelius und Asperger waren zudem am Hauptgesundheitsamt in leitender Funktion: Jekelius als Leiter der „Fürsorge für Geisteskranke, Psychopathen und Süchtige“, Hans Asperger als Facharzt und Gutachter für die psychisch auffälligen Kinder in Wien. In dieser Funktion verfasste Asperger auch Gutachten, die für die betroffenen Kinder den Tod bedeuteten.⁶¹ All dies zeigt die engen personalen, medizinpolitischen und ideologischen Verbindungen zwischen den Ärzten und Ärztinnen der Universitäts-Kinderklinik, der Heilpädagogischen Station und der ab 1940 betriebenen Anstalten Am Spiegelgrund und deren Involvierung in medizinische Verbrechen.⁶²

58 Vgl. Brigitte KEPLINGER / Gerhart MARCKHGOTT / Hartmut REESE, Hg., Tötungsanstalt Hartheim (Linz 2008).

59 Dr. Ernst Illing (1904–1946) wurde 1946 vom Wiener Volksgericht als ehemaliger Leiter der „Kinderfachabteilung“ Am Spiegelgrund wegen Meuchelmordes zum Tod verurteilt und hingerichtet; die ihm unterstellte Ärztin Marianne Türk erhielt eine zehnjährige Freiheitsstrafe; ihr Ehemann Elmar Türk praktizierte als Kinderarzt in Wien bis in die 1990er-Jahre. Heinrich Gross wurde zwar 1948 vor dem Volksgericht Wien wegen seiner Beteiligung an den Kindertötungen Am Spiegelgrund angeklagt und in erster Instanz zu zwei Jahren Kerker verurteilt, das Urteil wurde aber wegen Formfehler vom Obersten Gerichtshof aufgehoben. Gross startete mithilfe des sozialistischen Akademikerbundes eine zweite Karriere. Er stieg zum Primararzt des Neurologischen Krankenhauses am Rosenhügel auf. Zum weiteren Verlauf seiner Karriere vgl. CZECH, Spiegelgrund-Komplex, wie Anm. 56, 213.

60 Dr. Hans Krenek (1903–1966); aufgrund seiner Mitgliedschaft in der NSDAP und seiner bürokratischen Beteiligung an der „Kindereuthanasie“ Am Spiegelgrund verlor er 1945 seine Anstellung, kehrte aber 1954 mithilfe der SPÖ in den Gemeindedienst zurück. 1954 wurde er mit der Leitung des Referats der Wiener Jugendfürsorgeanstalten betraut, 1961 wurde er Direktor der städtischen Lehrlingsheime, 1966 wurde er mit dem Goldenen Ehrenzeichen für Verdienste um die Republik Österreich ausgezeichnet. Er starb kurz vor der Verleihung.

61 Vgl. CZECH, Asperger, wie Anm. 14.

62 Diese Zusammenhänge werden detaillierter rekonstruiert bei CZECH, Spiegelgrund-Komplex, wie Anm. 56, 196 ff. u. CZECH, Asperger, wie Anm. 14.

1949/50: ein privates Therapieheim wird gegründet

Unter den politischen und ökonomischen Bedingungen der ersten Nachkriegszeit konnte ein neues Therapieheim im Sinne Aichhorns nur aus einer privaten Initiative entstehen. Ein in Wien 17, Promenadengasse 11, bestehendes Heim für Kriegswaisen und „asoziale“ Jugendliche wurde 1949/1950 mit Geldern der internationalen Quäker unter ausdrücklicher Bezugnahme auf den eben verstorbenen August Aichhorn in das „Therapieheim Dornbach“ verwandelt. Der Leiter des Heimes, der Jugendpsychologe Heinz Eppel, hielt darüber im März 1952 einen Vortrag in der August-Aichhorn-Gesellschaft. Er führte u. a. aus, die Erziehungs- und Kinderheime der Stadt seien Einrichtungen, die man Kindern möglichst „ersparen“ wolle.⁶³ Dies kann als Beleg für die epistemische Rivalität zwischen dem Therapieheim und dem Jugendamt gelesen werden, obwohl das Jugendamt die Überstellung von als psychisch krank kategorisierten Kindern an das Therapieheim Dornbach verfügte und einen Teil der Behandlungskosten übernahm. Die „Examination“ der in das Therapieheim aufgenommenen Kinder durch einen Psychiater (Konsiliarius), die psychotherapeutischen Stunden jede Woche für jedes Kind und das Spiel-, Zeichen- und Bastelmaterial verursachten weit höhere Kosten als der Betrieb der städtischen, konfessionellen und privaten Kinderheime, die weitgehend ohne therapeutische Leistungen auskommen mussten.⁶⁴ Wie im privaten Therapieheim Dornbach gearbeitet wurde und wie es mit dem Jugendamt und den städtischen Kinderheimen kooperierte, zeigt die folgende Fallstudie.

Unmittelbar nach den Weihnachtstagen 1950 wurde ein achtjähriges Mädchen von der Sprengelfürsorgerin in das Kinderheim auf dem Wilhelminenberg zur heilpädagogischen Beobachtung gebracht. Aus handschriftlich und mündlich mitgeteilten Erinnerungen, aus den Akten des Jugendamtes und aus einem Erzieherbericht des Therapieheims Dornbach lassen sich die Differenzen zwischen der Heimerziehung im Verwaltungsbereich der Stadt Wien und einer psychotherapeutischen Nacherziehung im Sinne Aichhorns deutlich erkennen.⁶⁵

Erika Thaler (Pseudonym) wurde 1942 von einer 21 Jahre alten Wienerin zur Welt gebracht. Die junge Mutter war mit einem Tänzer verheiratet; bald nach der Geburt trennte sich das Paar. Im Frühjahr 1945 – Erika war drei Jahre alt – starb die Mutter nach einem Abortus an Blutvergiftung. Das Kind scheint dies aus nächster Nähe erlebt zu haben. Es kam vorübergehend zur Großmutter mütterlicherseits, von der die Fürsorgerin später angab, sie habe früher als Prostituierte gearbeitet und es sei deshalb unmöglich, ihr das Sorgerecht zu geben. Der Vater wollte seine Tochter öfter sehen, doch die Großmutter gab an, er sei unzuverlässig und neige zu Alkoholmissbrauch. Die Großmutter hatte aber auch gar nicht vor, Erika selbst zu betreuen, sondern brachte sie zu ihrer ehemaligen Pflegemutter, einer damals 84 Jahre alten Frau. Bei ihr wuchs Erika vom dritten bis zum achten Lebensjahr auf. 1950 starb die Pflegemutter. Fünf Jahre

63 Heinz EPPEL, Ein Jahr Arbeit mit schwierigen Kindern, Vortrag, gehalten am 14. 3. 1953 in der August-Aichhorn-Gesellschaft in Wien, in: Therapieheim Dornbach, Wien 17, Promenadengasse 11, Jahresbericht 3 (1950/51).

64 Überdies arbeite, berichtet Eppel, das Therapieheim mit einem anderen Betreuungsschlüssel: Es beschäftigte 17 voll beschäftigte und sechs halbtags arbeitende Erwachsene (Erzieher/-innen, Therapeut/-innen, Ärzte und Ärztinnen und anderes Personal), zusammen 23 Erwachsene für nur 36 Kinder, ein Verhältnis von 1:1,5. Vgl. ebd., 56.

65 Eine ausführlichere Darstellung des Falles ist nachzulesen in: SIEDER / SMIOSKI, Kindheit, wie Anm. 16, 163–192.

nach dem Tod der Mutter erzeugte dies wahrscheinlich eine weitere Traumatisierung des Mädchens. Traumatisierend dürfte aber auch der von der Großmutter veranlasste Wechsel zu einer nächsten Pflegemutter gewesen sein, die alt und fast taub in ärmlichsten Verhältnissen lebte. Als Erikas Vater davon erfuhr, erstattete er Anzeige beim Jugendamt. Daraufhin unternahm die Sprengelfürsorgerin einen Hausbesuch. Die Schwerhörigkeit der alten Frau, die Verschmutzung der „armseligen Einzimmerwohnung“ und das „von Wanzen zerbissene Kind“, berichtet sie, hätten sie dazu gezwungen, den Antrag auf die „Übernahme des Kindes in Gemeindepflege“ zu stellen. Im Antrag heißt es:

„Die Mj. wurde durch die Lebensverhältnisse psychisch irritiert, ist frühreif und angeblich seit Jahren eine schwere Bettnässerin. Derzeit befindet sich das Kind stationär auf der Universitäts-Kinderklinik und es wird beantragt, es anschließend in Gemeindepflege zu übernehmen.“⁶⁶

Unmittelbar vor den Weihnachtsfeiertagen 1950 wurde Erika von der Universitäts-Kinderklinik zur Großmutter zurückgebracht, um die Feiertage dort zu verbringen. Am frühen Morgen des 29. Dezember wurde sie von der Sprengelfürsorgerin – wie üblich ohne Vorankündigung und in großer Eile – abgeholt und in einem Dienstwagen in das Kinderheim auf dem Wilhelminenberg gebracht. Vor dem Schloss Wilhelminenberg angekommen, wurde Erika von zwei Frauen mit den Worten empfangen: „Na wen haben wir denn da, das wird doch nicht ein vergessener Judenbankert sein!“⁶⁷ Wie ein Kinderfoto belegt, hatte Erika einen schwarzen Wuschelkopf und große dunkle Augen.

Der Hintergrund dieser Aussage sei kurz erläutert. Das Kinderheim Wilhelminenberg war ein heilpädagogisches Durchgangsheim, d. h., die Kinder sollten nach einer mehrwöchigen heilpädagogischen Beobachtung möglichst bald an Erziehungsheime oder Pflegeeltern überstellt werden. Das Heimpersonal war erst wenige Monate zuvor anlässlich der Wiedereröffnung des Heimes im Jahr 1950 vom nahen Spiegelgrund (siehe oben) auf das Schloss übersiedelt. Wie schon ausgeführt, bestand bis zur Schließung der Anstalt Am Spiegelgrund ein Komplex von Pavillons, in denen eine „Fürsorgeanstalt“ und eine „Nervenklinik“ bzw. ab 1942 eine „Heilpädagogische Kinderklinik“ eng zusammengearbeitet und medizinische Experimente und Kindertötungen stattgefunden hatten.⁶⁸ Zwischen dem Kinderheim Wilhelminenberg und den beiden Anstalten Am Spiegelgrund bestanden also nicht nur organisatorische Bezüge über das für die Ausstattung zuständige Anstaltenamt (in den Schlafsälen des Kinderheimes am Wilhelminenberg lagen Decken, die die Aufschrift „Am Spiegelgrund“ trugen), sondern auch persönliche und erfahrungsgeschichtliche Bezüge. Mehrere ehemalige Heimkinder, die in den 1950er-Jahren auf den Wilhelminenberg gebracht wurden, erzählen in Interviews, dass ihnen Erzieher/-innen wiederholt mit der strafweisen Verbringung „auf den Spiegelgrund“ gedroht

66 Zit. n. ebd., 164.

67 Diese Behauptungen enthält die handschriftlich verfasste Autobiografie der Erika Thaler, hier zit. n. ebd., 172.

68 Vgl. CZECH, Spiegelgrund-Komplex, wie Anm. 56, 196 ff.; CZECH, Asperger, wie Anm. 14.

hätten.⁶⁹ Auf diese Vorgänge bezogen sich offenbar auch die Drohungen von zwei Erzieher/-innen gegenüber der kleinen Erika um 1950. Sie hielten dieses Mädchen wegen seines Aussehens für ein jüdisches Kind. Als eine Erzieherin eines Morgens entdeckte, dass Erika nachts eingenässt hatte, beschuldigte sie das Kind, absichtlich zu handeln und sich auf einer tierischen Stufe zu befinden. Eine andere Erzieherin tauchte den Kopf der kleinen Erika mehrmals in die Klomuschel, um sie für das heimliche Wassertrinken aus der Klomuschel zu bestrafen. Hier wie in anderen Kinderheimen war es ab dem Mittagessen verboten, Wasser zu trinken.⁷⁰

Wie viel die am Wilhelminenberg tätigen Heilpädagogen und -pädagoginnen sowie Psychologen und Psychologinnen von diesen Torturen mitbekamen, wissen wir nicht. Angesichts hausöffentlicher Torturen (etwa der stundenlangen Zur-Schau-Stellung bettnässender Kinder in der großen Halle des Schlosses) scheint ein völliges Unwissen nicht wahrscheinlich. Jedenfalls wurden Erikas schwere Ängste von einem Heilpädagogen erkannt und die KÜSt entschied, das Kind nach drei Monaten auf dem Wilhelminenberg im April 1950 in das private Therapieheim Dornbach zu überstellen, wo es fast drei Jahre blieb. Hier erhielt Erika wöchentlich eine psychoanalytisch orientierte Therapie. In diesem Heim arbeiteten sehr gut ausgebildete Erzieher/-innen, die die Erzählungen des Kindes als Zugang zu seinen psychischen Problemen ernst nahmen und es für seine Symptome nicht bestrafte. Dies zeigt der Bericht des Erziehers Franz Hübl, der im Jahresbericht des Therapieheimes Dornbach für die Jahre 1951/52 abgedruckt wurde.⁷¹ Nach drei Jahren schien Erika einigermaßen von ihren Ängsten befreit. Die KÜSt wollte sie nun zu „geeigneten“ Pflegeeltern überstellen. Ein gesundheitlicher Rückfall im Juni 1952 erzwang jedoch einen langen Krankenhausaufenthalt Erikas. Nach ihrer Genesung fand die KÜSt keine Pflegeeltern. Im Juli 1955 wurde Erika wieder in das Kinderheim Wilhelminenberg gebracht.

In den folgenden neun Monaten erlebte sie in diesem Heim weitere Traumatisierungen. So will sie mit eigenen Augen gesehen und gehört haben, wie Burschen oder Männer mehrmals nachts in den Schlafsaal eindringen, Mädchen an ihre Betten banden, entkleideten und vergewaltigten. Dass es diese Vorfälle wahrscheinlich gegeben hat, bestätigt der 2012 veröffentlichte Endbericht einer Untersuchungskommission zu den Vorfällen am Wilhelminenberg, auch wenn die Täter und allfällige Mitwisser/-innen im Heim nicht mehr eruiert werden konnten.⁷²

69 Wie Erika Thaler berichtete Anna Theresia Kimmel (Pseudonym) über häufige Drohungen von Erzieher/-innen mit dem Spiegelgrund; vgl. SIEDER / SMIOSKI, *Kindheit*, wie Anm. 16, 272–279, hier 277.

70 Vgl. den Bericht über das Kinderheim Hohe Warte in der Fallstudie Anton Berger: „Ich war ein Zirkuskind der Fürsorge“, in: ebd., 219–250.

71 „Aus der psychiatrischen Examination nach ihrer Überstellung zu uns ging hervor, dass bei der Kleinen das Sterben im Mittelpunkt ihrer Gedanken- und Spielwelt stand und dass das Kind einen Ausweg aus seiner Verlassenheit nach dem Tode der ihm nahestehenden Menschen suchte [...]. Franz HÜBL, Und wie sieht es der Erzieher? in: Therapieheim Dornbach, wie Anm. 63, 25–29.

72 Endbericht der Kommission Wilhelminenberg, wie Anm. 13.

Epistemische Gewalt und leibliche Gewalt in Erziehungsheimen – ein dynamischer Wirkungszusammenhang

Die psychologischen Intelligenz- und die an der KÜSt entwickelten Kleinkindertests wurden in die Probe⁷³ des „Minderwerts“ im rassenhygienischen Sinn einbezogen. Wie Zitate aus psychologischen Gutachten zeigen, endete dies weder mental noch sprachlich mit dem Ende des NS-Regimes.⁷⁴ Ein Besserungsverlauf, ein therapeutisches Konzept oder eine spontane Anpassung des Kindes an seine Lebensumstände waren weder in den Befunden der Psychologen und Psychologinnen noch in den Gutachten der Heilpädagogen und -pädagoginnen vorgesehen. In keinem Moment entstand aus der Kooperation der Experten und Expertinnen im System eine kritische Qualitätssicherung. Vielmehr erzeugte die bürokratische Kooperation der Professionen die Zirkulation früh festgelegter Einschätzungen und noch mehr: Sie begünstigte und legitimierte den Einsatz legaler und illegaler Gewalt, minderte den Respekt der Heimleiter/-innen und Erzieher/-innen vor den Kindern und verhinderte die Wertschätzung oder die Förderung ihrer Kompetenzen, von sehr seltenen Ausnahmen abgesehen. Damit ist die *epistemische Gewalt* der beteiligten Professionen im System der Fürsorgeerziehung ein erstes Mal annähernd umschrieben.⁷⁵ Es sollte schon deutlich geworden sein, dass die Verhältnisse in den späten 1940er-, 1950er- bis 1970er-Jahren nicht einfach die verspätete Folge (im Sinne eines *cultural lag*) der nationalsozialistischen Periode oder einer besonderen mentalen Verrohung des Personals unter dem NS-Regime waren. Die NS-Fürsorge- und Gesundheitspolitik setzte die in den Anfängen des Wiener Systems unter Tandler nur erwogene Tötung als minderwertig bzw. als nicht erziehbar eingeschätzter Kinder in der ihr eigenen bürokratischen Radikalität in die Tat um. Doch dies geschah, wie vorhin gezeigt, mit den seit 1911 weitgehend unveränderten heilpädagogischen Gutachten und Kategorien und mit den seit 1931 an der KÜSt entwickelten kinderpsychologischen Tests. Für die sich schon seit den frühen 1930er-Jahren (und nicht erst nach dem Anschluss) an der Universität-Kinderklinik etablierenden, nationalsozialistisch gesinnten, wie auch für sich mit dem NS-Regime ab 1938 arrangierende Ärzte und Ärztinnen war es naheliegend und zweckmäßig, die medizinische Tötung („Kindereuthanasie“) *innerhalb* des bestehenden Gesundheits- und Fürsorgesystems einzurichten.⁷⁶ Für die beteiligten psychiatrischen Ärzte und Ärztinnen zählte das rassenhygienische Credo der Tötung „unwerten“ Lebens und der Erfolg auf der medizinwissenschaftlichen Laufbahn offenbar mehr als medizin-ethische und humanitäre Argumente.

73 Zur Probe, die die Krankheit erweist oder zuallererst hervorbringt und der keine Therapie folgt, vgl. Michel Foucault, *Die Macht der Psychiatrie*. Vorlesung am Collège de France 1973–1974, hg. von Jacques Lagrange, (Frankfurt am Main 2005), bes. 489 ff.

74 Dies zeigen Zitate aus psychologischen Gutachten zu auf dem Wilhelminenberg internierten Kindern aus den 1960er- und 1970er-Jahren, die im Bericht der Wilhelminenberg-Kommission gegeben werden, wie Anm. 13, 66–69. Vgl. auch SIEDER / SMIOSKI, *Kindheit*, wie Anm. 16. Eine Psychologin des Psychologischen Dienstes, 440–459.

75 Das Konzept „Epistemische Gewalt“ wurde von Gayatri C. Spivak 1988 erstmals benutzt und erweist sich auch für die Erforschung des Wiener Gesundheits- und Fürsorgesystems im 20. Jahrhundert als viabel, bedarf aber weiterer Präzisierungen. Epistemische Gewalt konstituiert sich und wirkt auf mehreren Ebenen: ideologisch, theoretisch, begrifflich bzw. konzeptuell und methodisch. In künftigen Forschungen sollte das Zusammenspiel der epistemischen Gewalt mit politischer und professioneller Gewalt auf den genannten Ebenen genauer rekonstruiert werden.

76 Vgl. CZECH, *Spiegelgrund-Komplex*, wie Anm. 56; CZECH, *Asperger*, wie Anm. 14.

Was hatte Gewalt in Kinderheimen mit Rassenhygiene und Heilpädagogik zu tun?

Bis in die 1980er-Jahre änderte sich in den Erziehungsheimen wenig. Schmerzhafte Leibstrafen, Einsperrungen, Misshandlungen bis hin zur Tortur blieben die Regel. Eine Erziehergeneration nach der anderen übernahm von ihren älteren Kollegen und Kolleginnen Praktiken der Gewalterziehung und kolportierte sie innerhalb der Erziehercliquen. Daran änderte auch die in den 1960er-Jahren beginnende Ausbildung in zwei Erzieherschulen des Bundes und der Stadt Wien zunächst nur wenig. Noch in den 1970er-Jahren hatte erst die Hälfte aller Erzieher/-innen eine Ausbildung an einer dieser Schulen absolviert.⁷⁷ Die Heime der christlichen Konfessionen, privater Vereine (wie das Heilpädagogische Heim Hütteldorf) und Familien (Stiefern am Kamp und Wimmersdorf) hinkten den städtischen Heimen im Anteil der fachlich ausgebildeten Erzieher/-innen (Sozialpädagogen und -pädagoginnen) immer deutlicher hinterher. Den Ton in den Erziehercliquen gaben allerdings fast überall die älteren, oft nur rasch eingeschulten Erzieher/-innen an. Jüngere, besser ausgebildete und kritische Erzieher/-innen bzw. Heilpädagogen und -pädagoginnen, die ihre Stimme gegen die Gewalterziehung erhoben, wurden gemobbt oder verließen von sich aus das Heim.⁷⁸ Die beginnende Professionalisierung hatte also zunächst eine Spaltung der Erzieherschaft und gruppeninterne Kämpfe zur Folge.

Weiterhin galten in den Erziehungsheimen Regeln für das Alltagsleben, die kein Zögling, und wäre er der „gesündeste“ der Welt, auf Dauer einhalten kann: Sprechverbote, Onanieverbote, das Verbot, ab mittags Wasser zu trinken, der Zwang, auch schon erbrochene, oft zu fette oder verdorbene Speisen aufzuessen, Ausgangssperren, Kontaktsperren u. a. m. Dieses hypertrophe Regelsystem, das die Übertretung der Regeln selber provozierte, wirkte wie die Probe im Sinne Foucaults.⁷⁹ Was sie erweisen sollte, war, dass das Kind schuldhaft verwahrlost, zu Recht interniert und einer strengen Straferziehung zu unterwerfen sei. Peinliche Strafen (Leibstrafen) setzten, wie schon der Name sagt, am Körper an und sollten „den Charakter“ brechen. In der Tortur wiederholte sich also gewissermaßen die heilpädagogische und rassenhygienische bzw. degenerationstheoretische Lehre vom Zusammenhang zwischen Körper, Konstitution und Charakter bzw. Wert und Minderwert.

Eine auffällige Obsession zeigten einige Erzieher/-innen (Frauen wie Männer) an den Geschlechtsteilen der Kinder. Die Rituale des Duschens und der anschließenden, an den nackt aufgereihten Kindern vorgenommenen Kontrollen des Afters, des Penis und der Vagina lieferten dazu ebenso Gelegenheit wie die Nächte, in denen ein einziger Erzieher bzw. eine Erzieherin mit einer Gruppe von 25 Kindern allein auf dem Stockwerk oder sogar allein im Haus war. Die abwertende Besprechung der Geschlechtsteile vor der angetretenen Stirnreihe war eine vulgarisierte Anwendung der heilpädagogischen These von der sittlichen Abartigkeit verwahrloster Kinder, zugleich war sie aber auch eine Strategie, diesen Minderwert vor aller Augen

77 Vgl. Irmtraut LEIRER / Rosemarie FISCHER / Claudia HALLETZ, *Verwaltete Kinder. Eine soziologische Analyse von Kinder- und Jugendlichenwohnheimen im Bereich der Stadt Wien* (Wien 1976).

78 Vgl. dazu die Erzählung eines jungen Heimleiters über das von einem Verein unter Beteiligung der Stadt Wien geführte „Heilpädagogische Kinderheim“ in Wien Hütteldorf. Der sehr gut ausgebildete Heimleiter widersetzte sich einer Erzieherclique in den 1980er-Jahren letztlich erfolglos und fand nach seiner Aussage auch im Jugendamt keine Unterstützung, in: SIEDER / SMIOSKI, *Kindheit*, wie Anm. 16, 460–494.

79 Vgl. FOUCAULT, *Macht der Psychiatrie*, wie Anm. 73.

performativ herzustellen. Mit anderen Worten: Der Minderwert wurde in den Studierstuben der Gelehrten propagiert und theoretisch hergeleitet, im Kinderheim wurde er auch praktisch erzeugt.

Kinder und Jugendliche reagierten auf Entwürdigung und Misshandlung je nach physischer und psychischer Gesundheit und sehr oft mit erst im Heim erlernten Strategien: zunehmend verängstigt die einen, teilnahmslos, dissoziierend oder körperlich aggressiv die anderen. Wenn sich stärkere Kinder gegen Erziehergewalt zu wehren versuchten oder einen Fluchtversuch unternahmen, schien die Probe des Minderwertes erst recht gelungen. Die Parallele zur Flucht eines verurteilten schuldigen Häftlings lag nahe. Heimleiter/-innen und Erzieher/-innen inszenierten denn auch die Rückkehr eines geflüchteten Heimkindes, das von der Polizei „aufgegriffen“ worden war, mit der Brandmarkung des schuldigen Kindes und erhöhten nochmals das Maß der psychischen und physischen (leiblichen) Gewalt: Das Kind wurde noch demonstrativer entwürdigt, noch schwerer misshandelt, oft körperlich verletzt und mit einigen Tagen und Nächten Arrest bei Nahrungsentzug bestraft. Dass diese Praktiken nach geltenden Gesetzen illegal und strafbare Handlungen waren, sei hinzugefügt. Ein Heimkind, das mehrere Fluchtversuche unternommen hatte, konnte in die staatlichen Erziehungsanstalten Kaiserebersdorf und Kirchberg am Wagram überstellt werden.⁸⁰ Aus schuldiger Verwahrlosung wurde straffällige Schuld.

1968 bis 2000: eine kurze Revolte und ein langer Reformdiskurs

Im Mai 1968 flammte in Wien – zeitgleich mit deutschen und Schweizer Städten und parallel zum Beginn einer öffentlichen Kritik an den Zuständen in psychiatrischen Krankenhäusern und Kliniken – Protest gegen die Gewalt in Erziehungs- und Kinderheimen auf. Aus der studentischen Linken bildete sich eine unabhängige Gruppe, die sich „Spartakus“ nannte und u. a. den Kampf gegen die „Kinder-KZs“ auf ihre Fahnen schrieb. Die Gruppe warf den im Staats- und Gemeindedienst weitgehend unbehelligt gebliebenen oder nach kurzen Zwangspausen wieder zurückgekehrten ehemaligen Nationalsozialisten vor, die Heimerziehung zur Disziplinierung „der Jugend“, insbesondere der Arbeiterjugend, einzusetzen. Die Gruppe half Jugendlichen bei der Flucht aus Erziehungsheimen, versteckte einzelne Jugendliche vor der Polizei vorübergehend in Wohnungen und demonstrierte mit ihnen auf öffentlichen Plätzen, so am 25. März 1971 vor dem Bundeskanzleramt. Um die 1.000 Jugendliche sollen daran teilgenommen haben. Eine Delegation wurde zu Bundeskanzler Kreisky vorgelassen und forderte die Schließung der Erziehungsanstalten des Bundes in Kaiserebersdorf und Kirchberg und des als besonders „hart“ geltenden städtischen Erziehungsheimes in Eggenburg, die Ausforschung und Anklage gewalttätiger Erzieher/-innen und die Schaffung von offenen und selbstverwalteten Heimen.⁸¹

80 Vgl. SIEDER / SMIOSKI, *Kindheit*, wie Anm. 16, 362 ff., ein ehemaliges Heimkind beschreibt seine härtesten Jahre in der staatlichen Erziehungsanstalt Kaiserebersdorf. Vgl. auch Michael GENNER, *Verleitung zum Aufstand. Ein Versuch über Widerstand und Antirassismus* (Wien 2012). Genner zitiert aus dem Brief eines Jugendlichen, der Details über die Erziehungsanstalt Kaiserebersdorf berichtet.

81 Vgl. GENNER, *Verleitung*, wie Anm. 80, 35 u. 65–66. Für die deutsche Heimbewegung vgl. Martin BONHOEFER / Peter WIDEMANN, Hg., *Kinder in Ersatzfamilien. Sozialpädagogische Pflegestellen. Projekte und Perspektiven zur Ablösung von Heimen* (Stuttgart 1974).

Das Wiener Jugendamt reagierte auf diese und andere politische Kritik mit einer ersten Enquete zur Heimerziehung noch im selben Jahr, 1971. Den Vorsitz übertrug es mit der seit Tandler eingesetzten Strategie, alle Legitimität aus den Humanwissenschaften zu beziehen, dem Vorstand der Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Walter Spiel (1920–2003). Die Teilnehmer/-innen berichteten aus einer „Heimkommission“ des Jugendamtes.⁸² Ihr gehörten Akteure und Akteurinnen des Jugendamtes, der Heimerziehung und der medizinischen Heilpädagogik an, so der Leiter des Dezernats VI am Jugendamt (Heimerziehung), Josef Grestenberger (1934–2002), Hans Asperger, seit 1962 und bis 1977 Vorstand der Universitäts-Kinderklinik in Wien, der langjährige Oberarzt der Heilpädagogischen Station an derselben Universitäts-Kinderklinik, Paul Kuszen, der Psychologe Werner Steinhauser vom Psychologischen Dienst des Jugendamtes sowie der Heimerzieher (Hohe Warte) und spätere Rundfunkjournalist Manfred Jochum. Jeder von ihnen kannte die Heimerziehung aus seiner professionellen Perspektive. Die Heimkommission hatte vom Jugendamt die Macht (Sprecher-macht) übertragen erhalten, über viele Berufsjahre angesammeltes kritisches Wissen öffentlich zu machen, oder genauer: eine veröffentlichbare Version davon herzustellen, in der auffälligerweise jeder Angriff auf Gewalterzieher/-innen fehlt. Anregungen der Heimkommission entsprechend, wurden in den folgenden Jahren ambulante Dienste ausgebaut, erste therapeutisch begleitete Wohngemeinschaften eingerichtet und eine Übergangsbetreuung für aus Heimen entlassene Jugendliche eingeführt. So setzte die von der Kommission beratene „innere Heimreform“ doch zumindest einige Signale. Im Juli 1976 wurde das Kinderheim auf dem Wilhelminenberg nach Vorlage eines negativen Berichtes (vermutlich vom zuständigen leitenden Beamten im Jugendamt, Josef Grestenberger) über die mangelnde Eignung des Schlossgebäudes und die geringe pädagogische Qualität als erstes von allen städtischen Heimen geschlossen.

Im Jahr 1981 folgte eine weitere Enquete des Wiener Jugendamtes, wieder unter der Leitung des Neuropsychiaters Walter Spiel, um die Reformen zu evaluieren. Die Professoren Marian Heitger (1927–2012)⁸³ und Leopold Rosenmayr (1925–2016),⁸⁴ der Jugendpsychiater Ernst Berger, der Sekretär der Heimkommission Josef Grestenberger und andere waren darin einig, dass der meist langjährige Aufenthalt in Erziehungsheimen vielfach erst Störungen und Schädigungen verursachte, die beim Eintritt der Kinder in die Heimerziehung oft noch gar nicht vorhanden waren: Bindungsangst oder Bindungsunfähigkeit, Misstrauen gegenüber (fast) allen Menschen, Zweifel am eigenen Wert und an der eigenen Leistungskraft, bei einigen auch die notorische Neigung, Konflikte gewaltsam zu lösen. Das System der Heimerziehung, so der Tenor der Vorträge, produziere und verstärke mit seinen Strategien nicht nur akutes Leid, sondern auch nachhaltige soziale und psychische Nachteile und somit hohe Folgekosten für Staat, Stadt und Gesellschaft. Das widersprach nun aber eklatant der über viele Jahrzehnte gültigen Maxime, alle Sozial- und Fürsorgepolitik habe „produktiv“ zu sein. Die Erkenntnis des notorischen Misserfolgs der Heimerziehung gegenüber der gegenüber der Stadtregierung auszu-

82 Vgl. Walter SPIEL u. a., Aktuelle Probleme der Heimerziehung mit Ergebnissen der Wiener Heimkommission, hg. vom Institut für Stadtforschung (o. O. o. J. [Wien 1971]).

83 Marian Heitger (1927–2012), Prof. für Theoretische und Systematische Pädagogik, ab 1981 auch für Sonder- und Heilpädagogik an der Universität Wien.

84 Leopold Rosenmayr (1925–2016), Prof. für Soziologie und Sozialphilosophie an der Universität Wien, Familien-, Jugend- und Altersforscher.

sprechen, war aus heutiger Sicht eine Zäsur. Der vorsitzende Neuropsychiater Spiel nützte seine Eröffnungsrede aber auch, um gegen eine sich seiner Meinung nach abzeichnende Fehlentwicklung der laufenden Reform zu protestieren: psychotherapeutische Ansätze („oft jenseits der Grenze des Dilettantismus“⁸⁵) hätten überhandgenommen. Seine Rede zeigt, dass die Deutungshoheit der Kinder- und Jugendpsychiater im Feld der Fürsorgeerziehung infrage stand und sich diese Berufsgruppe zur bereits laufenden „Psychotherapeutisierung“ der Heimerziehung skeptisch und konkurrenzhaft verhielt.

Warum die Deutungshoheit der heilpädagogischen bzw. psychiatrischen Medizin in Zweifel geraten war, sollte sich deutlicher zeigen, als das Jugendamt 1988 ein weiteres Symposium zur Heimerziehung durchführte, an dem unter anderen der zwei Jahre zuvor als Professor nach Frankfurt am Main berufene Neuropsychiater Fritz Poustka teilnahm.⁸⁶ Er gab einen Rückblick auf die erste Reformperiode, an der er als junger Konsiliararzt der KÜSt teilgenommen hatte. Die Jahre zwischen 1971 und 1988 seien eine Zeit „hoher Expertengläubigkeit“ und großer Reformpläne gewesen. Die Heimleiter/-innen hätten sich von den Konsiliarärzten eine rasche Begutachtung der Kinder und damit eine „Stärkung der Interessen der Heimleitung durch die wissenschaftliche Autorität“ erhofft. Reformheime wie das Heim „Im Werd“⁸⁷ seien mit allzu hohen Erwartungen besetzt worden. Vor allem aber – und hier nahm Poustka das Lamento seines Wiener Fachkollegen Spiel auf – habe der Methodenstreit um psychiatrische und psychotherapeutische Ansätze dazu geführt, dass „ärztliche Anweisungen“ für Heimleiter/-innen und Erzieher/-innen nicht zustande gekommen seien. „Klinische Diagnostik“ sei jedoch unbedingt erforderlich, um dem Heimpersonal „klare Anweisungen“ geben zu können. Dem füge ich nach dem Studium des mir zugänglichen Archivmaterials hinzu: Die Diagnosen der heilpädagogischen Ärzte und Ärztinnen hatten seit dem Beginn ihres Engagements im Fürsorgeerziehungssystem um 1911 niemals zu klaren Anweisungen für Erzieher/-innen geführt, weil dies gar nicht in ihrem Forschungs- und Wissensbereich lag; die medizinischen Heilpädagogen und -pädagoginnen wie auch später die Neuropsychiater/-innen traten im System der Fürsorgeerziehung – mit Ausnahme der medizinischen Verbrechen „Am Spiegelgrund“ – ganz überwiegend als Diagnostiker auf, und das, wie Poustka nun bestätigte, durchwegs mit geringem Erfolg:

85 Walter SPIEL, Wissenschaftliche Einleitung, in: Jugendamt der Stadt Wien, Hg., Aktuelle Probleme der Heimerziehung (Wien–München 1981), 9–11, hier 10. „[...] sehen wir uns derzeit einem Boom psychotherapeutischer Aktivitäten gegenüber, oft jenseits der Grenze des Dilettantismus, getragen aber von einer Überzeugung, die ihresgleichen sucht. Es fällt dem Erfahrenen zunehmend schwer, den aufwendigen Prozeß des Lernens psychotherapeutischen und heilpädagogischen Tuns diesen Aktivistengruppen begreiflich zu machen. Alles scheint therapeutisch angebar, jeder therapiert jeden, die Therapieziele sind nicht definiert, und in der Methodik ist alles erlaubt, auch das Ungewöhnliche. [...] Diese Gruppe ist äußerst aktiv, und wir können mit einer gewissen Bestürzung die Ausuferung psychotherapeutischen unqualifizierten Tuns beobachten.“

86 JUGENDAMT DER STADT WIEN, Hg., Der Wiener Weg in der Heimerziehung. Vorträge des Symposiums vom 5. Mai 1988 (Wien 1988). Fritz Poustka (geb. 1941), nach dem Medizinstudium an der Universität Wien Ausbildung in den Fächern Neurologie und Psychiatrie. Von 1975–1976 absolvierte Poustka als Komplementärfach Pädiatrie bei Prof. Hans Asperger. 1986 wurde er an die J. W. Goethe-Universität Frankfurt am Main berufen und war dort bis zu seiner Pensionierung 2008 Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Er befasste sich mit Essstörungen von Kindern, Umfeldeinflüssen auf die Entwicklung von Kindern und besonders mit autistischen Störungen.

87 Warum dieses Heim als Reformheim galt, geht hervor aus: F. GAMAUF, Das Kinderheim „Im Werd“ – die ersten zwei Jahre 1974–1976, in: Information 1 (1983), Bibliothek des Jugendamts, Sign GZ11.33-09.

„Bis heute [1988, ist] eine befriedigende [...] Unterteilung auf dem weiten Gebiet der Dissozialitätsdiagnostik nicht gelungen. [...] Ferner gibt es gravierende Auffassungsunterschiede darüber, zu welchem Zeitpunkt und aus welchen Gründen ein Kind [medizinische, RS] Hilfe braucht.“⁸⁸

Damit sprach ein Fachmann der Kinder- und Jugendpsychiatrie implizit aus, dass Prämissen des Wiener Systems der Fürsorgeerziehung nicht mehr zu halten waren: zum einen die Prämisse, dass die ihren Eltern abgenommenen Kinder überwiegend in einem nosologischen Sinn krank oder gestört seien; und zum anderen die Prämisse, die medizinische Heilpädagogik bzw. die Kinder- und Jugendpsychiatrie würden ein sicheres, die Praxis der Heimerziehung anleitendes Wissen erzeugen.

Eine radikale Reform: „Heim 2000“

Im Lauf der 1990er-Jahre erkannten maßgebliche Akteure und Akteurinnen im Jugendamt, dass die nun schon seit zwei Jahrzehnten betriebene „innere Heimreform“ bei allen kleinen Erfolgen nicht ausreichen werde. Sie entschlossen sich zu einem radikalen Abbruch.⁸⁹ Nun wurden nicht nur alte, sondern auch relativ junge Heime geschlossen, die schon Produkte der inneren Heimreform gewesen waren, so das 1974 eröffnete Heim „Im Werd“⁹⁰ und die im selben Jahr eröffnete „Stadt des Kindes“.⁹¹ 1998 wurden zwei Kerninstitutionen des Tandler’schen Systems, die KÜSt und das ZKH, geschlossen; bis 2012/13 folgte die Schließung weiterer städtischer Heime nach Wortmeldungen von um die Tausend ehemaligen Heimkindern,⁹² darunter die große Anstalt in Eggenburg. An die Stelle des Anstaltensystems traten nach und nach von Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen betreute, offene Wohngemeinschaften und über die Stadt verteilte Interventionszentren. Bedeutende Reformen haben seither auch die Subsysteme der Pflegeeltern und der Adoption erfahren.

Die Reform „Heim 2000“ leitete also eine neue Ära der sozialpädagogischen Arbeit ein und brach mit Prinzipien der Fürsorgeerziehung, die ihre Praxis auch im Roten Wien beherrscht hatten: die Internierung, die Probe des „Minderwerts“ schuldhaft Verwahrloster und die leibliche

88 Fritz POUSTKA, Heimerziehung und die Utopie der Vergangenheit – ein persönlicher Rückblick, in: Jugendamt der Stadt Wien, Hg., *Der Wiener Weg*, wie Anm. 86, 18–38, hier 23–24.

89 Vgl. Heim 2000. 2. Zwischenbericht Juni 1997 bis Juni 1999 (Wien 1999), Bibliothek des Jugendamtes, Sign. Fam 53-11; Reform „Heim 2000“. Abschlussbericht (Wien 2004), Bibliothek des Jugendamtes, Sign. AP1-08.

90 Siehe Anm. 87.

91 Die Stadt des Kindes, am westlichen Stadtrand gelegen, war ein Prestigeobjekt der damals amtsführenden Stadträtin Maria Jacobi, am westlichen Stadtrand gelegen, 1974 eröffnet, 2002 geschlossen und unter Protest von Architekten teilweise demoliert. Vgl. Stefan APFL, Ein Kind aus Familie 9, in: Falter (23. Juli 2008).

92 Nach weit über hundert Wortmeldungen von ehemaligen Heimkindern beschloss die Wiener Stadtregierung Mitte 2010, eine sogenannte Historikerkommission einzurichten. Der amtsführende Stadtrat, Christian Oxonitsch, bat mich, diese Kommission zu leiten. Ihr gehörten an: Sabine Kirschenhofer, Holger Eich, Andrea Smioski und ich. Die Ergebnisse wurden von mir strukturiert und endformuliert und am 20. Juni 2012 dem zuständigen Ausschuss des Wiener Gemeinderats vorgetragen und danach der Presse vorgestellt. Siehe Medienberichte: 20.06.2012 Wien heute Bericht Historikerkommission Kinderheime der Stadt Wien, online unter: <https://www.youtube.com/watch?v=33yY3-xZmk> (letzter Zugriff 20.05.2018). Der Endbericht wurde von der Stadt Wien veröffentlicht, online unter: <https://www.wien.gv.at/kontakte/ma11/pdf/endbericht-erziehungsheime.pdf> (letzter Zugriff: 20.05.2018) und erschien 2012 in überarbeiteter Form als Buch: SIEDER / SMIOSKI, *Kindheit*, wie Anm. 16.

und sexualisierte Gewalt. Dieser paradigmatische Bruch war nicht nur dem Bildungswillen einer neuen Generation von Sozialpädagogen/-pädagoginnen sowie Juristen/Juristinnen im Jugendamt zu verdanken, er war nicht nur die einzig mögliche ethische Antwort auf die Anklage der ehemaligen Heimkinder und ihrer wenigen Verbündeten unter kritischen Ärzten/Ärztinnen, Journalisten/Journalistinnen und Sozialwissenschaftlern/-wissenschaftlerinnen. Er war auch Ausdruck gouvernementaler Vernunft am Übergang in eine „zweite“ westliche Moderne, die etwas genauer hinsah als die erste Moderne, ob sie die offiziellen Zwecke ihrer Institutionen auch erreichte. Angesichts des nun veröffentlichten und öffentlich anerkannten Wissens über Ausmaß und Vielfalt der Erziehergewalt sah sich die Wiener Stadtregierung gezwungen, das Regime der Anstaltserziehung zu liquidieren: ein wohlgemerkt international renommiertes Fürsorgesystem der westlichen Moderne. Laut Tandlers Gründungsakte sollte es stets „wissensbasiert“ arbeiten und sich am Kriterium der Produktivität aller Gesundheits-, Sozial- und Fürsorgepolitik und an der rasse(n)hygienischen Leitdifferenz von wertvollem und minderwertigem Leben orientieren. Gerade deshalb aber hat es auch enorme „Unkosten“ erzeugt: Unter allen politischen Regimen des Jahrhunderts – nicht nur im Dritten Reich – wurden Menschenleben, Menschenrecht und Menschenwürde aufs Schwerste verletzt.

Informationen zum Autor

Dr. Reinhard Sieder, Univ.-Prof. i. R., freier Autor und Vortragender, E-Mail: reinhard.sieder@univie.ac.at; Web: <http://www.reinhard-sieder.at>

Wolfgang Rose / Petra Fuchs / Thomas Beddies

Anlage oder Erziehung? „Psychopathische“ Kinder in der Weimarer Republik¹

English Title

Predisposition or Environment? “Psychopathic” Children in the Weimar Republic

Summary

In post World War I Germany, it was deemed necessary to establish expanded and specialised treatment and care for children with behavioural disorders – not only in therapeutic pedagogy, welfare and jurisdiction but also in psychiatry, where children were now regarded as patients with specific diagnoses and therapeutic needs. The search for the causes of symptoms observed was determined by the discussion about influences and interdependencies of “predisposition” and “environment”. This nature-nurture debate is exemplified by the factional dispute between the “Psychiatrische und Nervenlinik der Berliner Charité” and the “Leipziger Universitätsnervenlinik” at the close of the Weimar Republic. The dispute between R. v. d. Leyen and F. Kramer (Berlin) on the one side and P. Schröder and H. Heinze (Leipzig) on the other show the paradigmatic extent of the discussion while at the same time highlighting the circumstances at the dawn of the National Socialist regime.

Keywords

Therapeutic pedagogy, welfare, jurisdiction, psychiatry, nature-nurture debate

¹ Ausführlich und in einen größeren Zusammenhang gestellt findet sich der hier dargestellte Sachverhalt in: Wolfgang ROSE / Petra FUCHS / Thomas BEDDIES, Diagnose „Psychopathie“. Die urbane Moderne und das schwierige Kind. Berlin 1918–1933 (= Kulturen des Wahnsinns 3, Wien 2016), vor allem 195 ff. Die Monografie entstand im Rahmen der DFG-Forschergruppe „Kulturen des Wahnsinns (1870–1939)“, online unter: <http://www.kulturen-des-wahnsinns.de/> (letzter Zugriff: 02.04.2018).

Einleitung

Nachdem sie mehr als ein Jahrzehnt in der „Psychopathenfürsorge“ tätig gewesen war, stellte die Berliner Sozialpädagogin Ruth von der Leyen (1888–1935) im Jahr 1931 fest, dass sich die Forschungsarbeit auf diesem Feld zunehmend auf die Frage nach der Ursache kindlicher Verhaltensauffälligkeiten und hier auf das Verhältnis von „Anlage“ und „Umwelt“ fokussiert habe.² In dieser Einschätzung spiegelt sich zweifellos auch die Situation zu Beginn der 1930er-Jahre wider, als die Finanzkrise in der Jugendfürsorge dazu führte, dass Konzepte, die Kostensenkungen in der Betreuung „Minderwertiger“ versprachen, zunehmend an Bedeutung gewannen.³ Im Hinblick auf „schwerst-“ bzw. „unerziehbare“ Kinder und Jugendliche prägte sich das etwa in der Debatte darüber aus, ob sie überhaupt Platz in der Fürsorgeerziehung finden sollten.⁴ Statt aufwendiger Programme zur Erziehung und Resozialisierung wurde für diese Fälle, in denen die „Defekte“ erbbiologisch in die Persönlichkeitsstruktur „eingeschrieben“ schienen, vielmehr die umstandslose Verwahrung in geschlossenen (Arbeits-)Anstalten zum „Schutz der Gesellschaft“ vorgeschlagen.

Damit spitzte sich auch in der Berliner „Psychopathenfürsorge“ eine Auseinandersetzung zu, deren Grundfrage der Psychiater an der Charité, Franz Kramer (1888–1967), bereits 1923 in einem programmatischen Beitrag formuliert hatte: „[I]st die Bedeutung der Anlage so stark, daß sie den Menschen in eindeutiger Weise zu einem asozialen Verhalten prädestiniert oder können hier die Milieuverhältnisse in praktisch bedeutsamer Weise in günstigem oder ungünstigem Sinne einwirken?“⁵ Kramer warnte, die Präferenz der Anlage als Hauptverursacherin abweichenden Verhaltens würde zu einem „pessimistischen Fatalismus“ führen, der auf die Anstaltsverwahrung der Devianten und rassenhygienische (eugenische) Mittel zur Verhinderung des Ausbreitens ihrer Erbanlagen hinausliefe, obwohl doch die praktische Bedeutung der Rassenhygiene „noch als sehr fragwürdig“⁶ anzusehen sei.

Im Folgenden soll die Entwicklung des Anlage-Umwelt-Streits ausgehend von der Kinderbeobachtungsstation der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité für die junge medizinische Spezialdisziplin der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Weimarer Republik bis in den Beginn der NS-Zeit hinein dargestellt werden.

2 Vgl. Ruth VON DER LEYEN, Die Eingliederung der Fürsorge für jugendliche Psychopathen in Jugendrecht und Erziehung, in: Zeitschrift für Kinderforschung 38/5 (1931), 625–671, hier 627. Der Beitrag entstand im Auftrag des Deutschen Vereins zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen (DVFJP).

3 Vgl. Peter WEINGART / Jürgen KROLL / Kurt BAYERTZ, Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland (Frankfurt am Main 1988), 254.

4 Vgl. Detlev J. PEUKERT, Grenzen der Sozialdisziplinierung. Aufstieg und Krise der deutschen Jugendfürsorge von 1878 bis 1932 (Köln 1986), 248–252.

5 Franz KRAMER, Die Bedeutung von Milieu und Anlage beim schwererziehbaren Kind, in: Zeitschrift für Kinderforschung 28/1 (1923), 25–36, hier 26.

6 Ebd., 26–27. Rassenhygiene (bzw. Eugenik) war in der zeitgenössischen Wahrnehmung kein un- oder pseudowissenschaftliches Metier, auch wenn ihre Annahmen und Schlussfolgerungen in den Humanwissenschaften durchaus umstritten waren. Vgl. WEINGART / KROLL / BAYERTZ, Rasse, wie Anm. 3.

Von der „reaktiven Natur“ psychopathischer Auffälligkeit

Für Franz Kramers Kollegin Ruth von der Leyen verband sich mit dem medizinisch-klassifikatorischen Begriff des „Psychopathischen“ die Erwartung, von den „alten Begriffen der Verwahrlosung und Rettung – der Gefährdung und Besserung loszukommen“.⁷ Sie hielt diese moralisch aufgeladenen Konzepte für überholt und für ungeeignet, ein Bild von „eigentlichen Wesen des Kindes“⁸ wiederzugeben, weil ihre Verwendung dazu verleite, „in dem Verhalten der Gefährdeten und Verwahrlosten ein schuldhaftes Verhalten zu erkennen“.⁹ Für sie stand außer Frage, dass die Entwicklung eines Menschen nicht dadurch zu beeinflussen sei, dass man „vorübergehende Regelwidrigkeiten einer Entwicklung zur Grundlage für alle weiteren Maßnahmen“¹⁰ machte. An Fällen aus der Praxis der Berliner „Beratungsstelle für Heilerziehung“ des Deutschen Vereins zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen (DVFjP) und der „Kinderbeobachtungsstation“ der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité demonstrierte sie, wie durch Milieuveränderungen und Eingehen auf die kindlichen Persönlichkeiten deviantes Verhalten völlig verschwunden war bzw. eingedämmt werden konnte. Zwar ließe sich die „Wesensart“ nicht ändern, sie könne aber „auf vielerlei Bahnen gelenkt werden“ und brauche „nicht zwangsläufig in der einmal eingeschlagenen Bahn der ‚Verwahrlosung‘ fortzulaufen“.¹¹ Dafür stünde „eine unendlich reiche Skala von Möglichkeiten der Erziehung und Beeinflussung zur Verfügung“.¹²

Der pädagogische Optimismus von der Leyens gründete auf persönlichen Erfahrungen und spiegelt eine empirische Herangehensweise wider, die das wissenschaftliche Programm des Berliner Psychopathie-Forschungskomplexes kennzeichnete. Kramer und von der Leyen erkannten die „Anlage“ zwar als letzte Ursache für Verhaltensstörungen an, negierten aber eine daraus resultierende Zwangsläufigkeit von Devianz. Bestimmend dafür, ob eine psychopathische Konstitution zu abweichendem Verhalten führe, seien vielmehr exogene Faktoren, beispielsweise eine ungünstige soziale Lage, die in der Psyche der „überempfindlichen“ und „haltlosen“ Psychopathen stärkere Wirkungen hinterlassen würden als bei „normalen“ Kindern. Positiv gewendet lag damit in der anlagemäßig gegebenen starken Beeinflussbarkeit auch „eine erhebliche Erziehungsbereitschaft“ und demzufolge eine besondere Chance für pädagogische Interventionen.¹³ Es sei nicht die Anlage, die den Jugendlichen auf „die Bahn der Verwahrlosung und der Kriminalität“ treibe, vielmehr könne die Anlage „durch Umwelt und Erziehung in 2 diametral entgegengesetzte Bahnen“¹⁴ führen.

7 Ruth VON DER LEYEN, Fünf Fälle von „Verwahrlosung“, in: Zeitschrift für Kinderforschung 29/5 (1924), 376–403, hier 403.

8 Ebd., 402–403.

9 Ebd., 377.

10 Ebd., 376.

11 Ebd., 377.

12 Ebd., 403.

13 Ruth VON DER LEYEN, Erziehungsschwierigkeiten, Gefährdung und Verwahrlosung überempfindlicher psychopathischer Kinder und Jugendlicher, in: Zeitschrift für Kinderforschung 31/2 (1926), 163–182, hier 182; Franz KRAMER, Haltlose Psychopathen, in: Bericht über die vierte Tagung über Psychopathenfürsorge, Düsseldorf, 24.–25. September 1926 (Berlin 1927), 35–93, hier 48.

14 VON DER LEYEN, Erziehungsschwierigkeiten, wie Anm. 13, 182.

Die Annahme einer prägenden Rolle der Umwelt bei Fortbestehen der „abnormen“ Anlage hatte unmittelbare Auswirkungen auf den Umgang mit devianten Kindern und Jugendlichen. Kramer hatte schon 1925 anlässlich einer Konferenz des Deutschen Vereins zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen ausgeführt: „Der Gesamthabitus eines Kindes ist nicht nur Ausdruck seiner angeborenen Persönlichkeit, sondern häufig Reaktion einer psychopathischen Persönlichkeit auf ihre Umgebung.“¹⁵ Wenn aber Verhaltensauffälligkeiten und Erziehungsschwierigkeiten „reaktiver Natur“ sein konnten, also Ausdruck eines Konfliktes zwischen Persönlichkeit und Umwelt, dann war „das Finden einer geeigneten Umwelt vielleicht der einzig mögliche Weg, das Schaffen einer Behandlung, die der Persönlichkeit des Kindes gerecht wird und es so führt, daß es den abnormen Reaktionen nicht verfällt, sozial möglich wird und sich halten kann“.¹⁶ Erziehung als einen Vorgang anzusehen, der die Anpassung der Umwelt an das Kind einschloss, und nicht umgekehrt, eröffnete die Möglichkeit einer von den Bedürfnissen des Kindes ausgehenden Pädagogik.

Die Berliner Forschungen und Handlungskonzepte entwickelten keine ausreichende Wirkung, um zu verhindern, dass biologistische Deutungen sozialer Devianz zunehmend in der gesundheits- und wohlfahrtspolitischen Diskussion seit der zweiten Hälfte der 1920er-Jahre Akzeptanz fanden.¹⁷ Charakteristisch dafür ist ein Einstellungswandel, der sich etwa bei Werner Villinger (1887–1961) beobachten lässt. Hatte er in seiner Zeit in der Tübinger Universitätspsychiatrie noch vor einer Überbetonung endogener (anlagebedingter) Faktoren gewarnt, so lässt sich wenige Jahre später, nach seinem Wechsel an das Hamburger Jugendamt im Jahr 1926, eine Veränderung erkennen. Nunmehr spielten „ererbte Ursachen“ psychischer Störungen eine wesentliche Rolle in seinen Überlegungen, und er plädierte ausdrücklich für negative eugenische Maßnahmen wie Eheverbot oder „künstliche Unfruchtbarmachung“ – für ihn ein „harmloser, in seinen Folgen subjektiv ganz unbedenklicher Eingriff“ – zur radikalen „Bekämpfung der psychischen Degeneration“.¹⁸ Auch in Bezug auf Abweichungen, für die er „erworbene Ursachen“ verantwortlich machte und bei denen er Beeinflussungsmöglichkeiten durch Erziehung sah, argumentierte Villinger (sozial-)biologistisch: Ziel einer „guten Erziehung“ müsse die „Einfügung der Teile in ein Ganzes aus Gründen einer art- und damit auch selbstdienlichen Zweckmäßigkeit“¹⁹ sein.

Demgegenüber nahmen von der Leyens und Kramers Vorstellungen über die komplexen Wechselwirkungen zwischen Anlage und Umwelt bei psychopathischer Konstitution eine andere Entwicklung. Beide gelangten schließlich zu der Frage, ob eine scharfe Trennung zwischen diesen Faktoren überhaupt möglich sei. Anlässlich einer Konferenz der Deutschen Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen (DVJJ) im März 1928 über die Bedeutung des Anlagefaktors beim Verbrechen äußerte sich Kramer als Vorsitzender der veranstaltenden

15 Ruth VON DER LEYEN, Sachverständigen-Konferenz und Mitgliederversammlung des Deutschen Vereins zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen e. V. am 13. und 14. November 1925, Berlin, in: Zeitschrift für Kinderforschung 31/4 (1926), 394–414, hier 399.

16 Ebd., 399.

17 Zu den Ursachen dafür vgl. u. a. WEINGART / KROLL / BAYERTZ, Rasse, wie Anm. 3.

18 Werner VILLINGER, Zur Hygiene des Seelenlebens und der Nerven der Kinder und Jugendlichen, in: Zeitschrift für Kinderforschung 32/2 (1926), 111–129, hier 113, 116–117.

19 Ebd., 113, 122.

„Kommission Jugendgericht und Arzt“ der DVJJ, indem er auf Cesare Lombrosos (1836–1909) Konzept des „geborenen Verbrechers“ abhob.²⁰ Er bezweifelte, dass eine bei erwachsenen Rechtsbrechern in Erscheinung tretende „gemütliche Fühllosigkeit“ als angeborener Charakterzug angesehen werden könne, der „unverändert von Kindheit an bestehe“. Seine Beobachtungen an „jugendlichen Asozialen“ hätten darüber erhebliche Zweifel geweckt:

„Bei genauerer Durchforschung ihrer Vorgeschichte und längerer Beobachtung konnten wir uns davon überzeugen, daß eine verbrecherische Anlage zum mindesten außerordentlich zweifelhaft erschien. Die Frage: Milieu und Anlage [...] erscheint immer verwickelter: beide Faktoren sind kaum mehr trennbar, und bei Erscheinungen, die früher eindeutig der Anlage zugerechnet wurden, fragt man sich heute, ob es sich nicht doch um Milieugestaltungen handelt.“²¹

Aus den dokumentierten Wortmeldungen zu Kramers Beitrag treten die beiden gegensätzlichen Positionen wiederum deutlich hervor: eine biologisch-psychiatrische Sichtweise, die – in unterschiedlicher Akzentuierung – u. a. von Karl Birnbaum (1878–1950),²² Hans Walter Gruhle (1880–1958)²³ und Johannes Lange (1891–1938)²⁴ vertreten wurde. Sie maßten der Anlage entscheidende Bedeutung zu, während Kramer und von der Leyen auf der nicht zu trennenden Verflechtung von Milieu und Anlage beharrten und im Übrigen belastbare katamnestische Untersuchungen forderten, ehe überhaupt sichere Aussagen getroffen werden könnten.

-
- 20 Cesare LOMBROSO, *Der Verbrecher in anthropologischer, ärztlicher und juristischer Beziehung* (Hamburg 1887).
- 21 Ruth VON DER LEYEN, Bericht über die Sachverständigenkonferenz der Deutschen Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen. Kommission. Jugendgericht und Arzt. Thema: Über die Bedeutung des Anlagefaktors beim Verbrechen. Berlin, 11. März 1928, in: *Zeitschrift für Kinderforschung* 34/5 (1928), 631–645, hier 635.
- 22 Der Psychiater und Neurologe Birnbaum war zu diesem Zeitpunkt an der Berliner städtischen Heil- und Pflegeanstalt Herzberge tätig und hatte eine Reihe von Arbeiten zu den Themenbereichen „Psychopathie“ und „Kriminalpsychopathologie“ veröffentlicht. Ab 1930 Ärztlicher Direktor der städtischen Heil- und Pflegeanstalt Berlin-Buch, wurde er als Jude nach 1933 entlassen und emigrierte 1939 in die USA. Vgl. Richard F. WETZEL, *Inventing the Criminal. A History of German Criminology 1880–1945* (= *Studies in Legal History*, Chapel Hill u. a. 2000), 149–153.
- 23 Gruhle hatte sich aus psychiatrischer Perspektive mit jugendlicher Verwahrlosung und Kriminalität auseinandergesetzt. Er führte mehr als 90 % der Verwahrlosungsfälle zumindest teilweise auf genetische Faktoren zurück, in jedem fünften Fall kam demnach allein die Anlage als Ursache für Verwahrlosung infrage (Hans Walter GRUHLE, *Die Ursachen der jugendlichen Verwahrlosung und Kriminalität – Studien zur Frage: Milieu oder Anlage* [Berlin 1912]). Seit 1905 war er an der Heidelberger Psychiatrischen und Nervenklinik tätig; nach 1933 wechselte er, als politisch unzuverlässig eingeschätzt, in die Anstaltspsychiatrie, versuchte aber, sich der Mitwirkung am „Euthanasie“-Programm zu entziehen. 1946 bis 1952 und nochmals 1955 war er Ordinarius für Psychiatrie der Universität Bonn. Heinrich SCHIPPERGES, Gruhle, Hans Walther, in: *Neue Deutsche Biographie*, online unter: <http://daten.digital-sammlungen.de/0001/bsb00016325/images/index.html?seite=225> (letzter Zugriff: 15.11.2017).
- 24 Lange, Schüler und Vertrauter Emil Kraepelins, war u. a. Mitherausgeber der 9. Auflage dessen Lehrbuchs der Psychiatrie, das er nach dessen Tod allein bearbeitete. Seit 1927 Leiter der klinischen Abteilung der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München, übernahm er 1931 den Lehrstuhl für Psychiatrie und Neurologie der Universität Breslau. Er baute seine in der „*Zeitschrift für Kinderforschung*“ mitgeteilten „zwillingsbiologischen Betrachtungen“ (Johannes LANGE, Über Anlage und Umwelt. Zwillingsbiologische Betrachtungen, in: *Zeitschrift für Kinderforschung* 34/4 [1928], 377–390) in der Monografie „Verbrechen als Schicksal“ aus (Johannes LANGE, *Verbrechen als Schicksal. Studien an kriminellen Zwillingen* [Leipzig 1929]). In der NS-Zeit publizierte er rassenhygienische Arbeiten und war Richter an einem Erbgesundheitsgericht. Vgl. Ernst KLEE, *Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945?* (Frankfurt am Main 2005), 356.

Von den „Grenzen der Erziehbarkeit“ und der Verantwortung der Erziehenden

Im Juni 1930 fanden in Dresden zwei zusammenhängende Tagungen von DVFjP und DVJJ statt, auf denen wiederum die Bedeutung des Anlagefaktors und des Milieus beim Verbrechen im Mittelpunkt stand. Da Franz Kramer anstelle des verhinderten Werner Villinger kurzfristig das einleitende Referat übernehmen musste,²⁵ lässt sich die Berliner Argumentationslinie aus erster Hand analysieren. Seine Strategie bestand darin, die eigene Position als ambivalent darzustellen und anlage-theoretischen Auffassungen näherzukommen, diese aber zugleich zu relativieren. So formulierte Kramer in Bezug auf die „Grenzen der Erziehbarkeit“ zunächst: „Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß unserer erzieherischen Einwirkung bestimmte, und wenn man will, sogar relativ enge Grenzen gesetzt sind, Grenzen, die vor allem bedingt sind durch die konstitutionell bedingte Persönlichkeit des Kindes.“²⁶

In den folgenden Sätzen wird dieser Aussage dann eine neue Richtung gegeben, indem die Verantwortung der Erziehenden, die Grenzen der pädagogischen Beeinflussbarkeit zu erkennen, betont wird, um die Erziehungsziele nicht falsch zu setzen, also „die Möglichkeiten der Einwirkung weder zu überschätzen, aber auch nicht zu unterschätzen“.²⁷ Unerziehbarkeit war damit nicht mehr ein Konflikt zwischen Kind und Gesellschaft, sondern ein wissenschaftliches Definitionsproblem. Kramer stellte fest, dass Unerziehbarkeit nicht selten ein „Kunstprodukt“ sei, hervorgerufen

„[d]urch andauernde Erziehungsmaßnahmen, die der Eigenart des Jugendlichen nicht angepasst sind, [d]urch frühzeitige Milieuschädigung, durch andauerndes Hin- und Hergeworfensein des Kindes, durch häufigen Wechsel in der Erziehung, wo an jeder Stelle an einem verschiedenen Strang gezogen wird, wo übertriebene Strenge mit allzu großer Nachsicht wechselt“.²⁸

Die „Grenzen der Erziehbarkeit“ lagen damit nicht in den zu Erziehenden, sondern in der Art der Erziehung.

25 Vgl. Franz KRAMER, Die Ursachen der Schwersterziehbarkeit, beurteilt vom psychopathologischen und charakterologischen Standpunkt, in: Zeitschrift für Kinderforschung 37/2 (1930), 131–138, hier 131. Gründe für Villingers Absage sind nicht überliefert.

26 Ebd., 132.

27 Ebd., 132–133.

28 Ebd., 136.

Psychopathenfürsorge als individualisierende Wissenschaft

Im Weiteren gab Kramer Einblick in seine Vorstellungen von der „Psychopathenfürsorge“ als individualisierender Wissenschaft und leitete daraus Ansprüche an die von ihm als empirischen Vorgang begriffene Forschung ab. An sich müsse man

„jedem Jugendlichen einen besonders verständnisvollen Mentor zur Seite stellen, der sich dauernd seiner annimmt, ihn studiert und die richtigen Maßnahmen für ihn ausdenkt [...]. Daß diese Forderung nicht gestellt und nicht erfüllt werden kann, ist selbstverständlich; wir können aber so vorgehen, daß wir durch eingehende Beobachtung und Sammlung von Einzelfällen allmählich die theoretischen und praktischen Grundlagen schaffen, um darauf allgemeine Regeln aufzubauen und damit zu Grundsätzen zu gelangen, die auch für eine nicht restlos individuell eingestellte Erziehung maßgebend sein können.“²⁹

Kramers Strategie, das eigene Diskursverhalten an die Ambivalenz des Psychopathieparadigmas anzupassen, zeigte Wirkung. Die Mehrzahl der Diskussionsbeiträge betonte die Notwendigkeit, das mit dem Psychopathiekonzept zusammenhängende Phänomen der Unerziehbarkeit sowohl unter dem Aspekt des Milieus als auch der Anlage zu erforschen; ein Zusammenhang zwischen einem bestimmten Psychopathietypus und Unerziehbarkeit wurde negiert.³⁰

In seinem Beitrag nahm Kramer aber auch den Fehdehandschuh auf, den ihm Hans Heinze aus Leipzig hinwarf, der sich deutlich als Anlage-Theoretiker positionierte und behauptete, dass sich auch im frühen Kindesalter eine Gruppe absetzen ließe, die von vornherein prognostisch ungünstig erschien. Es wären dies die „Monstra“, die durch ihre außerordentliche Gemütsarmut auffielen. Heinze reagierte auf eine Aussage in Kramers Referat über das „Kunstprodukt“ Unerziehbarkeit, insbesondere bei „sensitiven Psychopathen, die auf Grund seelischer Misshandlung in eine Abwehrstellung geraten, die sie als roh und gefühlsarm erscheinen lassen. Gerade bei der Gefühlskälte ist die konstitutionell bedingte von der künstlich erzeugten außerordentlich schwer zu trennen.“³¹

In seiner Gegenrede stellte Kramer klar, „daß er sich in langen Jahren vergeblich bemüht habe, derartige ‚Monstra‘ zu finden“.³² Weiter führte er aus: „Immer waren anamnestic bestimmte Milieuschädigungen wahrscheinlich zu machen, und die Weiterentwicklung zeigte, daß es sich nicht um konstitutionelle Gemütsarmut handelte, sondern um ein exogenes Verhalten, das später einem anderen Platz machte.“³³

29 Ebd., 138.

30 Vgl. Ruth von der Leyen, Sachverständigen-Konferenzen des Deutschen Vereins zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen und der Deutschen Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen. Dresden, 6./7. Juni 1930 – Einführung, in: Zeitschrift für Kinderforschung 37/2 (1930), 112–130, hier 116–119.

31 Kramer, Die Ursachen der Schwersterziehbarkeit, wie Anm. 25, 136.

32 Von der Leyen, Sachverständigen-Konferenz, wie Anm. 30, 118.

33 Ebd.

Von der „Monstra-Kontroverse“

In Rede und Gegenrede auf der Dresdener Tagung manifestierte sich erstmals die „Monstra-Kontroverse“, die in der Folge zu einem epistemologischen Scheideweg für die „Psychopathenfürsorge“ wurde. 1931 hatte der Psychiater Paul Schröder (1873–1941) seine Monografie „Kindliche Charaktere und ihre Abartigkeiten“³⁴ veröffentlicht, mit der er die theoretischen Voraussetzungen der Leipziger psychiatrischen Beobachtungsabteilungen zusammenfasste; Fallbeispiele aus der Stationspraxis hatte sein damaliger Oberarzt Hans Heinze beigeleitet.³⁵ Schröder sah Psychopathie – wie die eigentlichen Psychosen – als Krankheit an, die nur eine kleine Gruppe sozial devianter Kinder und Jugendlicher betraf.³⁶ Die meisten Verhaltensabweichungen und Erziehungsschwierigkeiten seien jedoch nicht pathologisch, sondern lägen in der Charakterstruktur der Betroffenen, die sich aus den elementaren „Seiten des Seelischen“ zusammensetze. Hier unterschied Schröder Verstand, Gemüt, Halt, Fantasie, Geltungsstreben, Antrieb, Gefühle und Stimmungen, motorisches Verhalten, Wollen (Wille) sowie Triebe.³⁷ Diese seien jedem Menschen anlagemäßig gegeben; die Abweichung von der „Spielbreite des Durchschnittes“ hinge von der jeweiligen Menge der seelischen Anteile und ihrer Wechselwirkung ab. Ein Zuviel oder Zuwenig dieser „Charakterradikale“ sei „abartig“, aber nicht krank, extreme Abweichungen bezeichnete Schröder als „monströs“.³⁸

Mit der Ablehnung des Psychopathiekonzeptes sahen Schröder und Heinze auch in der Abgrenzung von Psychopathievarianten nur einen untauglichen Versuch, „ein letztes Anlagemäßiges“³⁹ zu markieren. Dies gelinge lediglich mittels ihrer „mehrdimensionalen, strukturanalytischen und individuell-charakterologischen Betrachtungsweise“, mit der sie zu den Ursachen sozialer Devianz vordringen würden. Die Betrachtung „mannigfaltiger Kombinationen einzelner Anlagen [und ihrer] Wechselwirkung aufeinander“⁴⁰ sollte dann in eine individuelle Erfassung des Gesamtcharakters münden. Nur so sei eine „ernste charakterliche Prognose“ möglich, nach der dann aber auch „unbekümmert“⁴¹ pädagogisch gehandelt werden könne. Dabei kam es vor allem darauf an, die in der Charakteranlage gegebenen Grenzen aufzuzeigen,

34 Paul SCHRÖDER, *Kindliche Charaktere und ihre Abartigkeiten*. Mit erläuternden Beispielen von Dr. med. Hans Heinze (Breslau 1931).

35 Heazines „Erläuternde Beispiele“ entsprechen in ihrem Umfang etwa dem Text Schröders, in dem durch Marginalien auf die entsprechenden Fälle verwiesen wird. Man kann durchaus von einem Gemeinschaftswerk sprechen.

36 Vgl. SCHRÖDER, *Charaktere*, wie Anm. 34, 18 und 82.

37 Vgl. ebd., 24–82.

38 Ebd., 15, 20–21; Hans HEINZE, *Zur Phänomenologie des Gemüts. Charakterologische Untersuchungen an Kindern*, in: *Zeitschrift für Kinderforschung* 40/4 (1932), 371–456, hier 377.

39 SCHRÖDER, *Charaktere*, wie Anm. 34, 7.

40 Ebd., 126; Friedhelm LIEBOLD, *Erblichkeit und „Psychopathie“*, in: *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie* 86/1–2 (1933), 1–36, hier 5.

41 Hans HEINZE, *Die Disharmonischen Homburgers*. Zur Kritik der typologischen Auffassung der Charaktere, in: *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie* 85 (1933), 330–365, hier 365; SCHRÖDER, *Charaktere*, wie Anm. 34, 126.

um nicht dem „Kind gegenüber falsche Bahnen einzuschlagen und der Allgemeinheit gegenüber nutzlosen Aufwand an Mühe und Mitteln zu verschleudern“.⁴² Nicht vergessen wurde der Hinweis, dass die sozialen Abweichungen zwar kein genuin psychiatrisches Gebiet darstellten, da es sich eben überwiegend nicht um krankhafte Erscheinungen handle, gleichwohl der Psychiater trotzdem berufen sei, dem Pädagogen die entscheidenden Hinweise über die Aussichten einer erzieherischen Einflussnahme zu geben; denn:

„Was der psychiatrisch geschulte Arzt vor dem Pädagogen stets mitbringt, ist sein Geübtsein in der Beachtung seelischer Zustände und seelischer Einzelercheinungen von der Beurteilung und Behandlung Geisteskranker her, ist ferner sein durchschnittlich stärkeres Gewohntsein an leidenschaftslose Betrachtung von abartigem Verhalten, wenig gestört durch ethische Werturteile [...]“⁴³

Grundidee des schröderschen Systems war „die Heraushebung des ‚Gemüt‘ Genannten als einer besonderen, anlagemäßig weitgehend festgelegten Seite des Seelischen“.⁴⁴ „Gemüt“ verwendete er im Sinne von „Nächstenliebe“. Dabei betonte er die Unabhängigkeit des Gemüts vom Verstand und kritisierte die „intellektualistische Psychologie und Philosophie“, die ethisches Handeln nur als „Resultate aus verstandesmäßigen Überlegungen und Erfahrungen“⁴⁵ ansähen.

Der stärkste Widerspruch darauf kam Ende des Jahres 1934 in Form eines Beitrages wiederum aus Berlin: Der Artikel „Entwicklungsverläufe ‚anethischer, gemütloser‘ psychopathischer Kinder“ – die erste gemeinsame Arbeit Ruth von der Leyens und Franz Kramers in ihrer langjährigen Zusammenarbeit – verdeutlicht die Differenz in der epistemologischen Herangehensweise zwischen Leipzig und Berlin. Es ging dabei nicht um die Frage, ob die in Leipzig definierten elementaren seelischen Seiten für die wissenschaftliche Analyse überhaupt brauchbar waren und ob sie ausreichten, ein umfassendes Bild einer Persönlichkeit zu gewinnen.⁴⁶ Vielmehr stand die von Schröder und Heinze behauptete anlagebedingte Unveränderbarkeit dieser Charakterradikale im Vordergrund.

42 SCHRÖDER, Charaktere, wie Anm. 34, 22. Drei Jahre zuvor hatten Schröder und Heinze ausgeführt, der Optimismus, „mit welchem heute mehr als je die Pädagogik im weitesten Sinne sich derjenige[n] Elemente annimmt, die sich und anderen Schwierigkeiten machen, muß wissen, wo seine Grenzen sind, muß darüber unterrichtet werden, welche charakterlichen Eigenschaften, schicksalsmäßig bedingt, nicht oder kaum beeinflussbar und höchstens bis zu einem gewissen Grade kompensierbar sind“. Paul SCHRÖDER / Hans HEINZE, Die Beobachtungsabteilung für jugendliche Psychopathen in Leipzig, in: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 28 (1928), 189–197, hier 192.

43 SCHRÖDER, Charaktere, wie Anm. 34, 18.

44 Ebd., 7; ebenso HEINZE, Phänomenologie, wie Anm. 38, 371.

45 SCHRÖDER, Charaktere, wie Anm. 34, 31, 7.

46 Zu dieser Seite der Kritik am schröderschen Modell vgl. Hans ASPERGER, Die autistischen Psychopathen im Kindesalter, in: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 117 (1944), 76–136, hier 79: „Obwohl diese Betrachtungsweise – mit Recht – für sich in Anspruch nimmt, [...] mehrdimensional zu sein, so hat man doch [...] oft das Gefühl, daß die Schröder’schen ‚Dimensionen‘ oder Seiten nicht ausreichen, daß es noch andere gibt, die in diesem System nicht vorgesehen sind. Das ist ja ein Einwand der überhaupt jede systematische Charakterologie trifft. [...] Und ein zweiter, noch wesentlichere Einwand: allzu leicht kann, wer dieses System der Persönlichkeitsbetrachtung anwendet, der Meinung verfallen, die menschliche Persönlichkeit lasse sich als Summe von Teilen erklären, als Summe von in sich selbst konstanten Gegebenheiten, die, in den verschiedenen Fällen nur quantitativ verschieden, durch einfache Addition ein Ganzes ergeben. Nun ist aber [...] der Mensch [...] eben nicht als eine Summe von Teilen zu verstehen, wenn man überhaupt seinem Wesen gerecht werden will.“

Die Studie war vor dem Hintergrund dramatisch sich verändernder Rahmenbedingungen im Zuge der nationalsozialistischen Machtübernahme entstanden: Das rassenhygienische Paradigma durchdrang zunehmend den gesundheits- und fürsorgepolitischen Diskurs und verdrängte rasant die Pluralität der Anschauungen der Weimarer Zeit. Welcher Ton nun vorherrschte, wird an einem Beitrag deutlich, der in einer Fachzeitschrift unter dem Titel „Zahlen sprechen“ gegen eine „übertriebene Minderwertigenfürsorge“⁴⁷ polemisierte. Dort hieß es, „gesunde“ Arbeiter und Angestellte müssten mit weniger Geld pro Tag auskommen als „FZ [Fürsorgeerziehungszöglinge – A. d. V.], Verbrecher, Geisteskranke und Krüppel“. Um diese Behauptung zu stützen, wurde der Berliner Chirurg August Bier (1861–1949) zitiert: „Unter diesen Umständen muß man entweder verrückt, tuberkulös, vorbestraft oder FZ sein, damit sich die Fürsorge überhaupt um einen kümmert.“ Der neue Staat würde „diesem Unwesen“ nun ein Ende machen.

Und auch die konkreten Arbeitsbedingungen hatten sich verändert: Im November 1933 war Kramer unter Berufung auf das „Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“ die Lehrerlaubnis entzogen worden.⁴⁸ Ruth von der Leyen blieb zwar als „Arierin“ die rassistische Ausgrenzung erspart, sie musste aber erfahren, dass eine Förderung ihrer Arbeit „aus grundsätzlichen Erwägungen“⁴⁹ nicht mehr gewährt werden sollte.

Vor diesem Hintergrund versuchten die Sozialpädagogin und der Psychiater mit der Autorität ihrer jahrzehntelangen wissenschaftlichen Beschäftigung und praktischen Erfahrung mit erziehungsschwierigen Kindern eine Gegenposition zu den grassierenden deterministischen Erklärungsmodellen zu formulieren. Im Fokus standen die sogenannten gemütsarmen Psychopathen, also ein „abgegrenztes Symptomenbild, bei dem aus dem Verhalten der Kinder der Mangel an ethischen Gefühls- und Gemütsregungen klar hervorzugehen scheint“.⁵⁰ Den größten Teil der Studie nehmen die Lebensgeschichten von elf Kindern ein, die über Jahre, in zwei Fällen sogar mehr als 15 Jahre, von der Beratungsstelle für Heilerziehung des DVFjP und der KBS betreut und beobachtet worden waren.

Kramer und von der Leyen verwendeten bei der Abwägung des Einflusses endogener und exogener Faktoren, die für sie zur entscheidenden Forschungsfrage geworden war, einen komplexen Milieubegriff. Umweltbedingungen wie die soziale und wirtschaftliche Lage hätten zwar Auswirkungen auf die psychische Situation eines Kindes. Entscheidend seien aber die „psychopädagogischen Lebensbedingungen“⁵¹ die auch dann ungünstig sein könnten, wenn die äußeren Verhältnisse gut und geordnet erschienen. Die Umwelt müsse in ihrer Beziehung zum Kind betrachtet werden, was Kenntnisse „aller Eindrücke und Erlebnisse, die auf das Kind wirksam geworden sind“⁵² erfordere.

47 Hier und nachfolgend (N. N.) WOLFF, Aus dem Tätigkeitsbericht des Allgemeinen Fürsorgeerziehungstages e. V. für die Zeit vom 1. April 1933 bis zum 31. März 1934, in: Zeitschrift für Kinderforschung 43/4 (1934), 423–426, hier 423.

48 Archiv der Humboldt-Universität zu Berlin, Nervenklinik Nr. 3, Bl. 88–90 sowie UK-Personalia-K-294/2.

49 Hier und nachfolgend Bundesarchiv Berlin R 4901/1355, Bl. 231, 256, 257, 261.

50 Franz KRAMER / Ruth von der LEYEN, Entwicklungsverläufe „anethischer, gemütsloser“ psychopathischer Kinder, in: Zeitschrift für Kinderforschung 43/4 (1934), 305–422, hier 305.

51 Ebd., 309–310.

52 Ebd., 310. Vgl. auch Hermann NOHL, Die Pädagogik der Verwahrlosten, in: Bericht über die dritte Tagung über Psychopathenfürsorge, Heidelberg 17.–19. September 1924 (1925), 23–30.1925, 24: „Sein [Kramers, Anm. d. V.] Begriff des Milieus bedeutet nicht mehr das soziale Milieu, sondern den persönlich-pädagogisch-moralischen Bezug, in dem das Kind steht.“

Die Fallgeschichten zeigen Kinder, die in der Psychopathenfürsorge als gemütlos, gefühllos, stumpf und passiv erschienen, die sich verhielten, „als ob sie allein für sich da wären“,⁵³ die andere nur im Hinblick auf ihre egoistischen Interessen berücksichtigten und erzieherischer Beeinflussung widerstanden. Symptome des „brutal-egoistischen“ Verhaltensbildes seien etwa gieriges, keinen Ekel kennendes Essverhalten, Lügen, Stehlen, Herumtreiben, Gleichgültigkeit gegenüber Schmerzen, Lob und Tadel, „schmutzige“ Sprache und sexuelle Überaktivität. Durch die psychopädagogische Einflussnahme, die auf der Beobachtung der Kinder basierte, seien diese Symptome aber zum Teil recht schnell abgeklungen, womit sich die Vermutung über milieubedingte Ursachen der „Gemütsarmut“ bestätigte. Die Entwicklung zu einem sozialeren Verhalten verlief zwar nicht gradlinig und war von Rückschlägen nicht frei, aber die bestimmenden „brutal-egoistischen“ Züge seien in zehn von elf Fällen verschwunden. Kramer und von der Leyen kamen zu dem Ergebnis, dass die

„Bedeutung der Anlage [...] keineswegs zu vernachlässigen [ist], aber das Entscheidende scheint uns, daß zwar eine abnorme Anlage vorliegt, daß sie aber nicht eindeutig das asoziale Verhalten bestimmt. Nicht Gemütlosigkeit, Fehlen altruistischer Empfindungen usw. sind gegeben, sondern die Anlage bedingt nur die Möglichkeit, unter bestimmten äußeren Bedingungen in ein brutal-egoistisches Verhalten zu verfallen.“⁵⁴

Schröder war in dem Artikel mehrmals als Opponent und Vertreter der anlage-theoretischen Position zitiert worden. Er reagierte mit einer Widerrede „zur Aufhellung von mancherlei Mißverständnissen“.⁵⁵ Die Veröffentlichung des Schreibens, das sich an Kramer richtete, während von der Leyen nur als dessen Mitarbeiterin Erwähnung fand, erfolgte im Frühjahr 1935, zusammen mit einer gemeinsamen Erwiderung der beiden. Schröders Hauptkritik galt einer unzulässigen Vermengung zweier Kategorien – des Verhaltens und der „seelischen Gegebenheiten“.⁵⁶ Gemütslosigkeit falle in der Regel nicht mit brutal-egoistischem Verhalten zusammen. Viel öfter würden gemütsarme Kinder „einen netten, liebenswürdigen, gut erzogenen, meist dazu frühreifen Eindruck“⁵⁷ machen. Die in Kramers und von der Leyens Beitrag beschriebenen Fälle gehörten gar nicht in die Kategorie einer „primären anlagebedingten Gemütsarmut“, wie sie Heinze von den „anethischen Verhaltensweisen bei milieubedingter, nur sekundärer und vorübergehender Abgestumpftheit und Verkümmern“⁵⁸ klar abgegrenzt hätte. Letztendlich warf er ihnen vor, nicht auf die elementare seelische Kategorie „Gemüt“ in seinem Sinne eingegangen zu sein.

Während für Schröder und Heinze das Erkennen elementarer Seiten des Seelischen und die Bestimmung der dem einzelnen Menschen davon gegebenen Menge im Mittelpunkt standen, galt das Erkenntnisinteresse Kramers und von der Leyens dem pädagogisch-therapeutischen

53 KRAMER / VON DER LEYEN, *Entwicklungsverläufe*, wie Anm. 50, 393.

54 Ebd., 422.

55 Franz KRAMER / Ruth VON DER LEYEN, *Entwicklungsverläufe „anethischer, gemütsloser“ psychopathischer Kinder*. Briefwechsel mit Herrn Prof. Dr. P. Schröder, in: *Zeitschrift für Kinderforschung* 44/3 (1935), 224–228, hier 227 (Brief Schröders).

56 Ebd., 225 (Brief Schröders).

57 Ebd., 224 (Brief Schröders).

58 Ebd., 226 (Brief Schröders).

Prozess, in dessen Mittelpunkt das konkrete Kind mit seinen Persönlichkeitseigenschaften stand. Schlussfolgerungen waren auf dem Fundament praktischer Erfahrungen zu ziehen, zu überprüfen und ggf. zu revidieren.⁵⁹ Als beweiskräftig galten für sie nur Fälle, „die jahrelang unter psychiatrischer Kontrolle und unter stetiger, zweckmäßiger erzieherischer Beeinflussung“⁶⁰ gestanden hatten. Hauptziel der Forschungstätigkeit war die Anpassung der Beeinflussungsmaßnahmen an die Erfordernisse des jeweiligen Kindes. Aus ihrer Antwort geht aber auch hervor, dass sie Schröders Kategorie anlagebedingter Gemütsarmut überhaupt für wenig brauchbar hielten. Sie hätten einen Fall von Gemütsarmut in diesem Sinne bei ihrem Material „niemals in überzeugender Weise gesehen“.⁶¹

Die Konstruktion einer Anlage zur Gemütsarmut – sei sie charakterologisch oder psychopathologisch begründet – war für Kramer und von der Leyen fruchtlos. Sie würde ohnehin nicht in reiner Form auftreten und wäre daher eine wissenschaftliche Abstraktion ohne Gebrauchswert. In der Regel führe das Feststellen „brutal-egoistischer“ Verhaltensweisen zu der falschen Diagnose einer angeborenen Gemütsarmut. Dies habe eine schlechte soziale Prognose für das Kind zur Folge, die sich wiederum ungünstig auf die pädagogische Haltung auswirke und „so scheinbar zu einer Bestätigung der gestellten üblen Prognose“⁶² führe.

Angesichts der politischen Verhältnisse lag der bedrohliche Charakter selbsterfüllender Prophezeiungen für ihre Klientel auf der Hand und erklärt, warum Kramer und von der Leyen sich so intensiv mit Schröders und Heinzes Ideen auseinandersetzten. Deren Bemerkungen, dass „der Grad des Gemütsreichtums eine der wichtigsten Feststellungen für die praktische Brauchbarkeit und die soziale Wertigkeit eines Menschen“,⁶³ dass große Gemütsarmut unbeeinflussbar und „eines der schwersten Hindernisse für die Erziehung zu einer sozialen Lebensführung“⁶⁴ sei, ließen sich im Sinne der Ausgrenzung und Ausmerzungen „Minderwertiger“ verwenden. Das Versprechen, eine stabile charakterologische Prognose abgeben zu können, kam außerdem dem rassenhygienischen Effizienzdenken entgegen, indem es einen wissenschaftlichen Selektionsmechanismus für die Entscheidung offerierte, ob sich Fürsorge und Erziehung „lohten“ oder nicht. Nur wenige Jahre später war Hans Heinze als Leiter der Heil- und Pflegeanstalt Brandenburg-Görden an der Umsetzung dieses Mechanismus beteiligt, indem er von ihm als un- oder schwersterziehbar eingeschätzte Jugendliche in Jugend-KZ überwies.⁶⁵

Bedrohlich war auch die Anschlussfähigkeit des charakterologischen Modells an erbbiologische Konzepte. Schröder und Heinze hatten sich mit der Vererbung charakterologischer Defizite bzw. Überschüsse nicht dezidiert auseinandergesetzt,⁶⁶ aber Heinzes Nachfolger als Leiter der Leipziger Beobachtungsabteilungen, Friedhelm Liebold (geb. 1906), hatte 1933 entsprechende Überlegungen publiziert und konnte sich dabei auf bereits existierende Versuche

59 Vgl. Ruth von der Leyen, Wege und Aufgaben der Psychopathenfürsorge, in: Zeitschrift für Kinderforschung 28/1 (1923), 37–49, hier 38.

60 Kramer / von der Leyen, Briefwechsel, wie Anm. 55, 228.

61 Ebd.

62 Ebd., 227.

63 Schröder, Charaktere, wie Anm. 34, 33.

64 Ebd., 124.

65 Vgl. Thomas Beddies, Kinder und Jugendliche in der brandenburgischen Heil- und Pflegeanstalt Görden als Opfer der NS-Medizin, in: Kristina Hübener, Hg., Brandenburgische Heil- und Pflegeanstalten in der NS-Zeit (= Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte des Landes Brandenburg 3, Berlin 2002), 129–154, hier 148–152.

66 Vgl. Heinze, Phänomenologie, wie Anm. 38, 377.

einer Zusammenführung charakterologischer und erbbiologischer Ideen stützen.⁶⁷ Nach seinem 1934 erfolgten Wechsel von Leipzig nach Potsdam fungierte Heinze auch als Abteilungsleiter für Erb- und Rassenpflege des Rassenpolitischen Amtes der NSDAP im Gau Kurmark und verantwortete als Landesobmann die Überwachung und die Vorbereitung der erbbiologischen Erhebungen aller Anstalten der Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen.⁶⁸

Schluss

Die Kontroverse Berlin–Leipzig um die Rolle von Anlage und Umwelt bei der Beurteilung und Behandlung verhaltensauffälliger Kinder markiert in besonderer Weise den Scheideweg, an dem die „Psychopathenfürsorge“ um 1933 stand. Die Ausgangsposition Kramers und von der Leyens in dem Konflikt war – unter wissenschaftssoziologischem Blickwinkel – an sich zunächst günstig: Sie standen durch ihre Funktionen im DVfJP und bei der „Zeitschrift für Kinderforschung“ im organisatorischen Zentrum des Wissensgebietes. Zudem war ihr Konzept, trotz der Divergenzen über die Gewichtung von Anlage und Milieu, anschlussfähig an die psychopathologische „Hauptströmung“. So vertraten auch sie die Auffassung vom epistemologischen Primat der Psychiatrie bei der Erkennung der Ursachen von Psychopathie⁶⁹ und teilten etwa Homburgers Auffassung, dass „die Charakterzüge des psychopathischen Kindes [...] nicht als etwas Gegebenes, sondern [...] als etwas Gewordenes“ anzusehen seien, ebenso wie dessen Bestreben, seine theoretischen Überlegungen bewusst offenzuhalten, um dem Forschungsgebiet nicht „den Anschein einer Abgeschlossenheit zu geben, die es zurzeit noch nicht besitzt“.⁷⁰

Anders dagegen Schröder und Heinze: Nicht nur der Rückgriff auf die Charakterologie von Ludwig Klages, die „dem ärztlichen Denken [...] etwas fern“⁷¹ lag, sondern auch der hermetische Charakter ihres Systems machte sie hinsichtlich ihres theoretischen Ansatzes zu Außenseitern. Lediglich die Betonung des Anlagefaktors brachte sie in die Nähe vorherrschender psychopathologischer Auffassungen, allerdings war ihr Anlagebegriff nicht identisch mit dem biologisch-psychiatrischen.

Der Ausgang der Kontroverse zwischen den beiden Forschungszentren wurde dann nicht von dem tatsächlichen epistemologischen Gehalt der sich gegenüberstehenden Theorien und der wissenschafts-organisatorischen Stellung ihrer Protagonistinnen und Protagonisten bestimmt, sondern von der Politik. Hier erwies sich die Anschlussfähigkeit des Leipziger Modells an die

67 Vgl. LIEBOLD, Erblichkeit, wie Anm. 40, 7.

68 Vgl. Thomas BEDDIES / Kristina HÜBENER, Hg., Dokumente zur Psychiatrie im Nationalsozialismus (= Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte des Landes Brandenburg 6, Berlin 2003), 143–158.

69 Vgl. u. a. Ruth VON DER LEYEN, Psychopathenfürsorge, in: Ludwig Clostermann / Theodor Heller / Paul Stephani, Hg., Enzyklopädisches Handbuch des Kinderschutzes und der Jugendfürsorge (Leipzig 1930), 571–577, hier 572–573.

70 Franz KRAMER, Buchbesprechung: Homburger, August: Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters. Berlin Julius Springer 1926, in: Zeitschrift für Kinderforschung 33/1 (1927), 23–24, hier 24.

71 Rudolf HAHN, Heilpädagogik und Fürsorge, in: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Randgebiete 6 (1934), 192–199, hier 199.

sozial- und gesundheitspolitischen Zielsetzungen des NS-Regimes als entscheidend. Mit der Zerstörung des multiprofessionellen Netzwerkes der Fürsorge für jugendliche Psychopathen durch die Vertreibung, Verfolgung und Vernichtung seiner „jüdischen“ und politisch anders denkenden Akteurinnen und Akteure wurden der empirische Forschungsansatz und das milieu-orientierte Konzept der Beeinflussung verhaltensauffälliger Kinder und Jugendlicher bedeutungslos. Schröder avancierte trotz seines nicht psychopathologischen Standpunktes in Bezug auf die meisten Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen zum führenden Repräsentanten der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie, als sie sich ab Ende der 1930er-Jahre in einem eigenen Fachverband zu organisieren begann.⁷² Sein Schüler Heinze lieferte als Leiter der kinder- und jugendpsychiatrischen Anstalt in Brandenburg-Görden seit 1939 seine Schutzbefohlenen in großer Zahl den nationalsozialistischen Krankenmordaktionen aus.

Informationen zur Autorin und zu den Autoren

Wolfgang Rose M.A., Historiker, E-Mail: wolfgang.rose@gmx.de

Prof. Dr. Petra Fuchs, Erziehungswissenschaftlerin, Hochschule Zittau/Görlitz, Fakultät Sozialwissenschaften; Heilpädagogik/Inklusion Studies, Furtstraße 2, 02826 Görlitz, Deutschland, E-Mail: petra.fuchs@hszg.de

Prof. Dr. Thomas Beddies, Historiker, Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Thielallee 71, 14195 Berlin, Deutschland, E-Mail: thomas.beddies@charite.de

72 Vgl. Hans-Walter SCHMUHL, Die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater und die Verselbständigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Konkurrenz oder Kooperation, in: Heiner Fangerau / Sascha Topp / Klaus Schepker, Hg., Kinder und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit (Berlin 2017), 277–294; Rolf CASTELL u. a., Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961 (Göttingen 2003), 34–76.

Felicitas Söhner / Maria Griemmert¹

Diagnostik als Impulsgeber der Medikalisierung des Kinderschutzes

English Title

Diagnostics as an Initiator for the Medicalization of Child Protection

Summary

This contribution examines the influence of the development of diagnostics as initiator for medical child protection. Data for this analysis was a thorough study of the medical-historical literature on the topic, including previous research results. The implementation of protective measures depends on different societal and subject-specific discourses, which can be mutually supportive or inhibitive. The medicalization of child-protection was subject to constant change. The establishment of imaging procedures facilitated the classification of findings. This development as well as phases of increased media attention have enabled and supported the scientific debate on the maltreatment of children.

Keywords

Child's well-being, human rights, maltreatment, social work, neglect, vulnerability

Einleitung

Kinder und Heranwachsende sind eine vulnerable Bevölkerungsgruppe, deren Schutz vor Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung in unserer Gesellschaft als zentrales Gut und moralische Verpflichtung verstanden wird.² Studien zeigen, dass etwa 7,5 % der Kinder im

1 Wir danken Arno Görge für wertvolle Anmerkungen und die Unterstützung dieses Papiers. Der Beitrag basiert auf früheren Untersuchungen der Autoren.

2 Vgl. Maria SCHMITZ (GRIEMMERT) / Heiner FANGERAU, Aus Fehlern lernen im Kinderschutz. Zwischen medialer Skandalisierung von Einzelfällen und der Qualitätssicherung in Institutionen, in: Jörg M. Fegert u. a., Hg., Problematische Kinderschutzverläufe. Mediale Skandalisierung, fachliche Fehleranalyse und Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes (Weinheim 2010), 18.

Laufe ihrer Entwicklung Opfer von körperlicher oder sexueller Gewalt werden³ und Kindesmissbrauch in allen sozialen Schichten auftritt, besonders häufig in Kombination mit familiären Belastungen.⁴

Es gibt verschiedenste Formen von Gewalt gegen Kinder. Die Literatur unterscheidet: körperliche Misshandlung, sexuellen Missbrauch, emotionalen Missbrauch und Vernachlässigung.⁵ Gewalt gegen Kinder ist – ebenso wenig wie das moralische Gebot, Kinder zu schützen – kein neues Phänomen. Doch scheint es gleichzeitig, dass Kinderschutz, und damit Misshandlung und Missbrauch von Kindern, das traditionell als eher soziales Problem bewertet wurde, als Gegenstand der Medizin noch ein relativ junges Feld ist, das sich erst seit dem 19. Jahrhundert herausbildete.⁶ Zunächst war es vor allem die Gerichtsmedizin, die sich ab Mitte des 19. Jahrhunderts mit Gewalt gegen Kinder unter medizinischen Gesichtspunkten befasste und Fallbeschreibungen veröffentlichte.⁷ Die moderne, institutionalisierte Ausprägung des Kinderschutzes fand ihre Anfänge in der Gründung verschiedener lokaler Gesellschaften, die sich für Kinderrechte einsetzten.

Dieser Beitrag untersucht, wie die Etablierung neuer Diagnosemöglichkeiten durch die technische Entwicklung, die sozialpolitische Gemengelage sowie Phasen verstärkter medialer Aufmerksamkeit eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung von Kindern ermöglicht und unterstützt haben. Die dazu angeführten Beispiele machen die Komplexität der Geschichte des medizinischen Kinderschutzes deutlich.⁸

Forschungsstand und Quellen

Aktuelle Arbeiten, die sich mit der Thematik in jüngster Zeit auseinandergesetzt haben und die in diesen Beitrag mit einbezogen wurden, sind u. a.: Bernd Herrmann u. a. bieten mit ihrem bewährten Fachbuch zum Kinderschutz in der Medizin einen eingehenden Überblick über die Geschichte des medizinischen Kinderschutzes.⁹ Jörg Fegert u. a. diskutieren Fragen zum Thema „Sexueller Missbrauch in Institutionen“, begleitet von zahlreichen Publikationen und Projekten.¹⁰ Alexander Bagattini und Collin Macleod präsentieren interdisziplinäre Erkennt-

3 Vgl. Jörg M. FEGERT / Miriam RASSENHOFER / Jelenia GERKE, Die Folgen des Leids lindern, in: DJI Impulse 2 (2017), 17–20.

4 Zur ersten Studie zu Misshandlung, Vernachlässigung und Missbrauch von Kindern in Hamburg vgl. Natalia BLEIKER-BLUTH, Sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung im Kindesalter, Dissertation (Universität Hamburg 2011).

5 Vgl. ÄRZTEKAMMER BREMEN u. a., Hg., Gewalt gegen Kinder. Leitfaden für Früherkennung, Handlungsmöglichkeiten und Kooperation im Lande Bremen (Bremen 2007), 20–21.

6 Vgl. Tilmann FÜRNISS, Diagnostik und Folgen sexueller Kindesmisshandlung, in: Monatsschrift Kinderheilkunde 134 (1986), 335–340.

7 Vgl. Johann L. CASPER, Practisches Handbuch der gerichtlichen Medizin, Bd. II (Berlin 1864), 363; Michael ALBERTI, Systema jurisprudentiae medicae, Bd. I (Halle 1736), 7–8.

8 Vgl. Felicitas SÖHNER, Grundkurs Kinderschutz in der Medizin, E-Learning-Programm: Grundlagenkapitel, Modul 1 (Ulm 2016).

9 Vgl. Bernd HERRMANN u. a., Hg., Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention, rechtliche Grundlagen (Berlin 2008).

10 Vgl. Jörg M. FEGERT u. a., Hg., Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch zur Prävention und Intervention (Berlin 2014).

nisse zu verschiedenen Facetten zum Kindeswohl vor dem Hintergrund von rechtlichen, politischen, medizinischen und pädagogischen Perspektiven.¹¹ Im Rahmen des BMBF-geförderten Projektes zum Kindeswohlbegriff setzen sich Heiner Fangerau u. a. mit Fragen zum Kindeswohl und zum Kinderschutz als allgemeinem Orientierungsmuster in Institutionen auseinander. Teile des vorliegenden Beitrages basieren auf Vorarbeiten zu Kapiteln zu diesem Praxishandbuch.¹²

Damit zusammenhängend haben wir uns als Mitglieder des Projektteams von Heiner Fangerau u. a. mit der Ausweitung der fachlichen und medialen Debatte beschäftigt sowie darin auftretende Fragen der Prävention und Diagnostik von Gewalt in der Erziehung. Dazu arbeiteten wir mit einer selektiven Literaturrecherche von Primär- und Sekundärliteratur. Für die quantitative und qualitative Erhebung von deutschsprachigen wissenschaftlichen Fachartikeln für die Jahre 1920 bis 2014 fanden wir Zugang über die Datenbank „PubMed“.¹³ Für den Untersuchungszeitraum konnten insgesamt 351 deutschsprachige Fachartikel erhoben werden. Darüber hinaus vergleichen wir unsere Werte und Beobachtungen mit den Ergebnissen der Erhebung zur medialen Berichterstattung von Arno Görge u. a. Sie recherchierten zu „Gewalt an Kindern“ exemplarisch in der Tageszeitung „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ (FAZ), ihrer Sonntagsausgabe „Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung“ (FAS), sowie in dem wöchentlichen Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“ im Zeitraum 1950 bis 2013. Görge u. a. beschreiben, dass in der Erhebung von Beiträgen in Zeitungen für den betrachteten Zeitraum insgesamt 4.086 Artikel in der FAZ und der FAS sowie 990 Artikel für den Spiegel erhoben werden konnten.¹⁴

Historischer Hintergrund und Verrechtlichung

Die Frage der Bewertung des gesellschaftlich tolerierten oder eben inakzeptablen Maßes bei der Gewaltanwendung gegen Kinder wird in der Öffentlichkeit seit Langem mit unterschiedlichsten religiösen, moralischen, medizinischen, juristischen, fürsorgerischen etc. Argumentationen ausgehandelt.¹⁵ Existierte auch seit Jahrhunderten das Verständnis eines moralischen Gebotes, Kinder zu schützen, galten Körperstrafen bis weit in das 20. Jahrhundert als eine probate, legitime und notwendige Erziehungsmaßnahme, deren Einsatz nur in Extrem- und Ausnahmefällen geahndet wurde.¹⁶

11 Vgl. Alexander BAGATTINI / Collin MACLEOD, Hg., *The Nature of Children's Well-Being* (Berlin 2014).

12 Vgl. Heiner FANGERAU u. a., Hg., *Präventive Strategien zur Verhinderung sexuellen Missbrauchs in pädagogischen Einrichtungen. Kindeswohl als kollektives Orientierungsmuster?* (Weinheim 2017).

13 PUBMED, online unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> (letzter Zugriff: 18.09.2017).

14 Vgl. ARNO GÖRGE / MARIA GRIEMMERT / HEINER FANGERAU, *Kindheit und Trauma. Medikalisierung und Skandalisierung im Umgang mit der Gewalt gegen Kinder*, in: *Trauma & Gewalt* 3 (2013), 218–229; ARNO GÖRGE / MARIA GRIEMMERT / SEBASTIAN KESSLER, *Sexueller Missbrauch und Kinderschutz. Perspektiven im Wandel*, in: Fegert u. a. Hg., *Sexueller Missbrauch*, wie Anm. 10, 27–40.

15 Vgl. Linda POLLOCK, *Forgotten Children: Parent-Child Relations from 1500 to 1900* (Cambridge 1983).

16 Sexueller Missbrauch von Kindern dagegen, in zeitgenössischen Rechtsquellen als ‚Unzucht‘ oder ‚Notzucht‘ bezeichnet, wurde bei Ruchbarwerdung von kirchlicher Seite scharf verurteilt. Dass es zu keiner allgemeinen Normbildung kam, hing neben einer Tabuisierung ursächlich u. a. mit fehlenden verbindlichen Altersgrenzen zusammen. Vgl. Heinz SCHWARZ, *Der Schutz des Kindes im Recht des frühen Mittelalters* (Siegburg 1993), 100–103.

Aufklärerische Erziehungsschriften, die im 18. Jahrhundert z. T. internationale Reichweite erlangten, befruchteten und beeinflussten das überkommene Menschen- und Kindesbild und hatten großen Anteil an seiner Um- und Neubewertung. So deutete beispielsweise John Locke (1632–1704) in seiner einflussreichen pädagogischen Schrift „Some Thoughts Concerning Education“ (1693) das kindliche Wesen losgelöst von religiösen Kategorien, Leitmotiven, als „unbeschriebene Tafel“, für dessen positive Persönlichkeitsentwicklung ein ebensolches Erziehungsvorbild entscheidend und eine (übermäßige) körperliche Züchtigung kontraproduktiv sei.¹⁷ Im Laufe des 18. Jahrhunderts wurden diese Ideen von frühen Pädagogen und Aufklärern wie Jean-Jacques Rousseau (1712–1778), Christian Gotthilf Salzmann (1744–1811), Johann Heinrich Pestalozzi (1746–1827) u. v. m. weiterentwickelt und vertieft.¹⁸ Neben Fragen der Erziehung zeigte sich ab dem frühen 19. Jahrhundert auch ein verstärktes wissenschaftliches Interesse am kindlichen Organismus, seiner Psyche, Entwicklung, Erziehung und Pflege, was zu einer Ausweitung medizinischer Einflussbereiche führte. Waren Kinderschutzinstitutionen und -initiativen im Mittelalter und der Frühen Neuzeit im Sinne des christlichen Caritasgedankens traditionell in religiöser Trägerschaft, wurden diese im 19. Jahrhundert zunehmend um private, philanthropisch und religiös motivierte Initiativen zum Kinderschutz bereichert.¹⁹

Seit dem frühen 20. Jahrhundert, das 1900 von der schwedischen Reformpädagogin Ellen Key (1849–1926) als „Jahrhundert des Kindes“ ausgerufen wurde, existierten politische Bestrebungen auf nationaler und internationaler Ebene, Kinder systematischer vor Gewalt zu schützen.²⁰ So wurde mit der Etablierung des Bürgerlichen Gesetzbuches für das Deutsche Reich²¹ erstmalig das „Kindeswohl“ staatlich definiert.²² Der Mentalitätswechsel gegenüber der physischen Misshandlung von Kindern durch Erziehungsberechtigte lässt sich für Deutschland gut am Beispiel des § 1631 BGB zeigen, der seit 1900 das väterliche Züchtigungsrecht im Bürgerlichen Gesetzbuch regelte und mehrfache Neufassungen erfuhr. Seine erste Formulierung: „Der Vater kann kraft des Erziehungsrechts angemessene Zuchtmittel gegen das Kind anwenden“,²³ beinhaltete mit der schwachen, großen Deutungsspielraum zulassenden Forderung der „Angemessenheit“ der Strafe keine wirkliche Schutzfunktion – zumal deren Bewertung dem Strafenden selbst überlassen war. Mit Einführung des Gleichberechtigungsgesetzes 1958 wurde dieses, beinahe an das mittelalterliche Munt-Recht²⁴ erinnernde väterliche Züchtigungs-

17 Vgl. John LOCKE, *Some Thoughts Concerning Education* (London 1693).

18 Vgl. SCHMITZ (GRIEMERT) / FANGERAU, *Aus Fehlern lernen*, wie Anm. 2.

19 Vgl. Harry FERGUSON, *Protecting Children in Time: Child Abuse, Child Protection and the Consequences of Modernity* (Hampshire 2004); GÖRGEN / GRIEMERT / FANGERAU, *Kindheit und Trauma*, wie Anm. 14.

20 Key entwarf in ihrer breit rezipierten, sehr erfolgreichen Schrift „Das Jahrhundert des Kindes“ (dt. Erstausgabe 1902) einen umfangreichen Rechtskatalog für Kinder und forderte umfassende, durch den Staat garantierte Schutzmaßnahmen, die eine Persönlichkeitsentfaltung ohne Gewalt und Zwänge ermöglichen sollten. Vgl. Ellen KEY, *Das Jahrhundert des Kindes* (Weinheim 2006); SCHMITZ (GRIEMERT) / FANGERAU, *Aus Fehlern lernen*, wie Anm. 2.

21 Vgl. BÜRGERLICHES GESETZBUCH (München 1896).

22 Konzeptionalisierung und Operationalisierung des opaken „Kindeswohl“-Begriffes sind seitdem immer wieder Teil eines gesellschaftlichen Diskurses. Vgl. Maud ZITELMANN, *Kindeswohl und Kindeswille im Spannungsfeld von Pädagogik und Recht* (Münster 2001).

23 BÜRGERLICHES GESETZBUCH (München 1900), § 1631, Abs. 2.

24 Die sogenannte Munt(-Gewalt) (von lat. *mundium*: Schutz(-Gewalt), Vormundschaft), die sowohl als Schutzpflicht wie auch als umfassendes Bestimmungsrecht des Hausvorstands gegenüber seiner Hausgemeinschaft, also auch das Recht der Bestrafung, gedeutet wurde, stellte eines der zentralen Prinzipien des mittelalterlichen Personenrechts dar. Vgl. Gerhard KÖBLER, *Munt*, in: *Lexikon des Mittelalters*, Bd. 6 (Stuttgart 1999), 918–919.

recht in seiner ursprünglichen Fassung gestrichen und auf beide Elternteile übertragen. 1979 wurde der schwierige und missverständliche Begriff der „elterlichen Gewalt“ durch die „elterliche Sorge“ ersetzt und um den Passus ergänzt: „Entwürdigende Erziehungsmaßnahmen sind unzulässig“. Seit 1998 hieß es dann in einer weiteren Präzisierung der immer noch recht unbeschränkten Einschränkung: „Entwürdigende Erziehungsmaßnahmen, insbesondere körperliche und seelische Misshandlungen, sind unzulässig.“ Ein Wendepunkt der Schutzqualität kam mit der Novellierung im Jahr 2000: „Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig.“ Damit wird nicht nur der Einsatz von Gewalt in der Erziehung generell geächtet, das Kind wird auch als Träger eigener Rechte aus seiner bisher eher passiven Rolle herausgenommen.²⁵ Fragen des Kindeswohls, der Prävention und Diagnostik von Gewalt in der Erziehung sind in den Fokus gerückt. Der gängige Einsatz von – z. T. außerordentlich schwerwiegenden – Körperstrafen im Schulunterricht wurde zwar bereits seit dem späten 19. Jahrhundert von Ärzten wie dem Kinderarzt Adolf Baginsky (1843–1918) beschrieben und seine Folgen beklagt, doch überdauerte in der BRD ein „Züchtigungsrecht“ von Lehrpersonen gegenüber ihren Schülerinnen und Schülern weitere hundert Jahre, bis 1973.²⁶

Als das erste internationale Kinderrechtsdokument gilt die 1924 durch den Völkerbund ratifizierte „Genfer Deklaration der Rechte des Kindes“, die die generelle Schutzwürdigkeit aller Kinder ohne Ansehen ihrer Nationalität, Rasse, Religion oder ihres Geschlechtes anerkannte, deren Reichweite jedoch begrenzt war. Mit der Internationalen Menschenrechtscharta²⁷ schufen die Vereinten Nationen 1948 die Basis aller universellen Menschenrechtsprinzipien, der 1959 eine eigenständige „Erklärung der Rechte der Kinder“ folgte, welche jedoch keinen völkerrechtlich bindenden Charakter hatte. Das bis heute wichtigste und einflussreichste Menschenrechtsdokument für Kinder stellt die 1989 ratifizierte UN-Kinderrechtskonvention dar.²⁸ In Artikel 19 fordert sie den besonderen staatlichen Schutz von Kindern „vor jeder Form körperlicher oder geistiger Gewaltanwendung, Schadenszufügung oder Misshandlung, vor Verwahrlosung oder Vernachlässigung, vor schlechter Behandlung oder Ausbeutung einschließlich des sexuellen Missbrauchs“; letzterer Aspekt wird in Artikel 34 noch einmal konkretisiert:

25 Vgl. Irene GERLACH, Familienpolitik (Wiesbaden 2010). Mit dem Gewaltschutzgesetz, das ein Jahr später, 2001, folgte und die Möglichkeit eines Verweises gewalttätiger Familienmitglieder aus der Wohnung festschrieb, wurde dieses Recht weiter gestärkt. Weitere gesetzgeberische Maßnahmen folgten im sogenannten Kinderrechteverbesserungsgesetz (2002, Langtitel: „Gesetz zur weiteren Verbesserung von Kinderrechten“) sowie der Annahme des „Aktionsplans zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt und Ausbeutung“ (2003). Vgl. GÖRGEN / GRIEMMERT / FANGERAU, Kindheit und Trauma, wie Anm. 14, 27–40.

26 In einigen Bundesländern war die körperliche Züchtigung an Schulen bereits zuvor gesetzlich eingeschränkt oder ganz untersagt worden, was in Bayern jedoch bis in die frühen 1980er-Jahre unterblieb und als „gewohnheitsrechtliches Züchtigungsrecht“ verteidigt wurde. In der DDR dagegen wurden Körperstrafen an Schulen bereits 1949 abgeschafft. Heiner FANGERAU / Arno GOERGEN / Maria GRIEMMERT, Child Welfare and Child Protection: Medicalization and Scandalization as the New Norms in Dealing with Violence against Children, in: Bagattini / Macleod, Hg., The Nature of Children's Well Being, wie Anm. 11; vgl. auch Matthias LAMMEL u. a., Hg., Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung. Medizinische und juristische Perspektiven (Berlin 2013), VII f.

27 UN. Universal Declaration of Human Rights (Paris 1948); englischer Volltext online unter: <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>, deutsche Version: <http://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf> (letzter Zugriff: 11.04.2018).

28 UNICEF, Convention on the Rights of the Child (New York 1989); englischer Volltext online unter: <http://www.unicef.org/crc/>, deutsche Version: <https://www.bmfsfj.de/blob/93140/8c9831a3ff3ebf49a0d0fb42a8efd001/ueber-einkommen-ueber-die-rechte-des-kindes-data.pdf> (letzter Zugriff: 18.09.2017).

„Die Vertragsstaaten verpflichten sich, das Kind vor allen Formen sexueller Ausbeutung und sexuellen Missbrauchs zu schützen. Zu diesem Zweck treffen die Vertragsstaaten insbesondere alle geeigneten innerstaatlichen, zweiseitigen und mehrseitigen Maßnahmen, um zu verhindern, dass Kinder a) zur Beteiligung an rechtswidrigen sexuellen Handlungen verleitet oder gezwungen werden; b) für die Prostitution oder andere rechtswidrige sexuelle Praktiken ausgebeutet werden; c) für pornographische Darbietungen und Darstellungen ausgebeutet werden.“²⁹

Etablierung neuer Diagnosemöglichkeiten

Wurden für den Kinderschutz also zunächst legislative und juristische Rahmenbedingungen geschaffen,³⁰ hängt die Entwicklung des medizinischen Kinderschutzes eng mit der Weiterentwicklung der diagnostischen Möglichkeiten zusammen, die von Vertreterinnen und Vertretern verschiedener medizinischer Disziplinen publiziert, diskutiert und sich zum Teil des fachlichen Repertoires entwickelt haben.

Pathologie

Als einer der Pioniere der medizinischen Debatte gilt ein Vertreter der Pathologie. Den rechtsmedizinischen Diskurs weckte der französische Pathologe Ambroise Tardieu (1818–1879) mit „Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs“ (1860)³¹ und weiteren folgenden Abhandlungen zu Missbrauch und Misshandlung von Kindern.³² Die Leserschaft findet darin detaillierte, typische klinische Befunde körperlicher Misshandlung, einschließlich der Beschreibung von Frakturen und einer Beschreibung und Analyse mehrerer Hundert Fälle des sexuellen Missbrauches. Damit schuf Tardieu die Basis einer empirisch begründeten Rechtsmedizin, in welcher die Medizin keine kurative, sondern eine systematisch untersuchende Rolle einnahm.³³ Tardieus Publikationen wurden jedoch weder vom öffentlichen³⁴ noch vom medizinischen³⁵ Diskurs eingehender aufgegriffen; juristische Kreise wandten sich der Thematik stärker zu.

29 Zitiert nach: BUNDESZENTRALE FÜR POLITISCHE BILDUNG, Hg., Menschenrechte. Dokumente und Deklarationen (Bonn 2004).

30 Vgl. Arno GÖRGEN, Sexueller Missbrauch und Geschlechtskrankheiten. Erklärungsmuster für Gonorrhoeinfektionen bei Kindern im westeuropäischen medizinischen Diskurs 1890–1940, in: *Der Urologe* 51 (2012), 1584–1588.

31 Vgl. Jean LABBÉ, Ambroise Tardieu. The Man and His Work on Child Maltreatment a Century before Kempe, in: *Child Abuse & Neglect* 29 (2005), 311–324, hier 314.

32 Vgl. GÖRGEN / GRIEMERT / FANGERAU, Kindheit und Trauma, wie Anm. 14, 220–221.

33 Vgl. Felicitas SÖHNER / Heiner FANGERAU / Arno GÖRGEN, Der Medizinische Diskurs um Kindeswohlverletzung und dessen historische Entwicklung. Stufen der Evidenz, in: Fangerau u. a. Hg., Präventive Strategien, wie Anm. 12, 63–96.

34 Vgl. Dirk BANGE, Sexueller Missbrauch an Jungen. Die Mauer des Schweigens (Göttingen 2007), 13.

35 Vgl. Andrew N. WILLIAMS / N.K. GRIFFIN, 100 Years of Lost Opportunity. Missed Descriptions of Child Abuse in the 19th Century and beyond, in: *Child Abuse & Neglect* 10 (2008), 920–924.

Noch zur letzten Jahrhundertwende bemerkten die Autoren eines Beitrages zum Ersten Österreichischen Kinderschutzkongress (1907) die mangelnde Aufmerksamkeit der Mediziner gegenüber Gewalt gegen Kinder. Sie stellten fest, „Untersuchungen von Kindern, die angeblich durch Mißhandlungen seitens ihrer Eltern oder Pfleger verletzt wurden, kommen beim Wiener Landesgerichte nicht sehr oft vor. Besonders sind Untersuchungen an lebenden Kindern selten“,³⁶ und bemerkten, dass ein objektiver Beweis für die Herkunft der vorliegenden Verletzungen im Allgemeinen schwer zu erbringen sei.³⁷ Ein Jahr später (1908) wurde eine Zentralstelle für Kinder- und Jugendschutz eingerichtet mit der Aufgabe, das Bewusstsein für Kinderschutz und Jugendfürsorge und Aktivitäten auf diesem Gebiet zu fördern sowie Vorschläge für Gesetzgebung und Verwaltung zu erstellen.³⁸ Das Hauptaugenmerk des Kongresses richtete sich auf die gesetzliche Regelung von Kinderarbeit und weniger auf die Beseitigung von körperlicher Gewalt gegen Kinder.³⁹

Im deutschsprachigen Raum lässt sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts eine beginnende Aufmerksamkeit von Seiten der Rechtsmedizin feststellen. In den Lehrbüchern noch kaum thematisiert,⁴⁰ mit der Ausnahme von Fritz Strassmanns (1858–1940) „Lehrbuch der gerichtlichen Medizin“, gingen vor allem Pathologen in ihren Kasuistiken auf Gewalt gegen Kinder ein.⁴¹ Auf der 17. Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin (1928) sprach Ernst Ziemke (1867–1935) zur rechtlichen Bedeutung von Kindesmisshandlung.⁴² Der Pathologe Kurt Walcher (1891–1973) ging 1932 auf äußere Zeichen als erkennbare Misshandlungsspuren ein⁴³ und berief sich dabei auf das Lehrbuch von Strassmann (Aufl. von 1931).⁴⁴ In den 1930er- und 1940er-Jahren schlossen sich mehrere Rechtsmediziner an und

36 Albin HABERDA / Alexander KOLISKO, Erfahrungen der Gerichtsärzte in Fällen von Kindesmisshandlungen, in: Komitee des Ersten Österreichischen Kinderschutzkongresses in Wien, Hg., Schriften des Ersten Österreichischen Kinderschutzkongresses in Wien, Bd. II (Wien 1907), 185–190, hier 185.

37 Vgl. ebd., 187.

38 Vgl. Renate SEEBAUER, Kein Jahrhundert des Kindes. Kinderarbeit im Spannungsfeld von Schul- und Sozialgesetzgebung (Münster 2010), 124.

39 Vgl. Komitee des Ersten Österreichischen Kinderschutzkongresses in Wien, Hg., Schriften, wie Anm. 36, 8.

40 Vgl. Hans-Peter KRÖNER, Kindesmisshandlung in historischer Perspektive, in: Gert Jacobi, Hg., Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen (Bern 2008), 21–44, hier 26.

41 Vgl. Otto SCHOCH, Die körperliche Misshandlung von Kindern durch Personen, welchen die Fürsorgepflicht für dieselben obliegt. Dissertation (Universität Zürich 1907); Johannes WERTHAUER, Sittlichkeitsdelikte der Großstadt. Großstadt-Dokumente (Berlin 1908); Albert MERCKLING, Die körperliche Züchtigung. Dissertation (Universität Frankfurt am Main 1922).

42 Vgl. Ernst ZIEMKE, Über Kindesmisshandlungen und ihre rechtliche und soziale Bedeutung, in: Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 13 (1929), 159–176.

43 Vgl. Kurt WALCHER, Über die örtliche Wirkung von Schlägen mit Stöcken, Ruten, mit besonderer Berücksichtigung des Auftretens von Doppelstreifen, in: Beiträge zur Gerichtlichen Medizin 12 (1932), 98–106, hier 98.

44 Vgl. Fritz STRASSMANN, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin (Stuttgart²1931), 257.

publizierten insbesondere zu Fällen innerfamiliärer Kindesmisshandlung.⁴⁵ Damit brachten Vertreter der Pathologie den medizinischen Diskurs um Fragen des Kinderschutzes in Gang.

Radiologie

Einen wichtigen Impuls erfuhr der medizinische Diskurs zur Diagnostik von Missbrauch und Misshandlung von Kindern durch eine diagnostische Weiterentwicklung in der Radiologie.⁴⁶ Mit der Entwicklung der neuen Diagnosetechnologie war es möglich, Knochenverletzungen verschiedenen Alters zu erkennen und miteinander zu vergleichen. 1946 beschrieb der Radiologe John Caffey (1895–1978) das mehrfach beobachtete Bild multipler Frakturen der langen Röhrenknochen sowie chronisch subduraler Hämatome und retinaler Blutungen.⁴⁷ Zunächst führten diese Beobachtungen nicht direkt auf eine vorliegende Misshandlung zurück.

Sein Fachkollege Fred Silverman (*1937) verwies 1953⁴⁸ auf die Bedeutung einer entsprechenden Dokumentation von Skelettverletzungen zur Feststellung von Misshandlungsfällen und beschrieb die diagnostischen Kriterien von Misshandlung.⁴⁹ Mit der Erstbeschreibung des sogenannten Shaken-Baby-Syndroms im Jahr 1971 durch den pädiatrischen Neurochirurgen Norman Guthkelch (1915–2016),⁵⁰ und die Begriffsprägung durch Caffey im Jahr 1972 wurde erstmals publiziert, dass heftiges Schütteln von Säuglingen subdurale Hämatome und retinale Blutungen zur Folge haben kann.⁵¹

45 Vgl. Sabine GRIES, Kindesmisshandlung in der DDR. Kinder unter dem Einfluss traditionell-autoritärer und totalitärer Erziehungsleitbilder (Münster 2002); Hildegard HETZER, Psychologische Begutachtung mißhandelter Kinder, in: Zeitschrift für angewandte Psychologie und Charakterkunde 50 (1936), 209–250; Hildegard HETZER, Mißglückte Eingliederung und Rückgliederung von Kindern in ihre Familien, in: Zeitschrift für Kinderforschung 2 (1939), 157–183; Ursula KABOTH, Das mißhandelte Kind in einer Reihe gut behandelter Geschwister, in: Zeitschrift für Kinderforschung 49 (1943), 174–200; Yuki DE LALANDE, Bericht über den Internationalen Kinderschutzkongreß in Brüssel im Juli 1935, in: Mitteilungen des Vereins zum Schutz der Kinder vor Ausnutzung und Mißhandlung 1 (1936), 10–13; Gisela VON LEVETZOW, Die seelische Kindermißhandlung. Dissertation (Universität Heidelberg 1934); Magdalene MULERT, Strafgesetz und Kinderschutz, in: Mitteilungen des Vereins zum Schutz der Kinder vor Ausnutzung und Mißhandlung 2 (1936), 21–24; Magdalene MULERT, Kindermißhandlungen in den Kreisen der Gebildeten, in: Mitteilungen des Vereins zum Schutz der Kinder vor Ausnutzung und Mißhandlung 1 (1937), 19–23; Anton ROLLEDER, Schwere Kindesmißhandlung durch die eigene Mutter, in: Beiträge zur gerichtlichen Medizin 17 (1943), 145.

46 Vgl. FANGERAU / GOERDEN / GRIEMMERT, Child Welfare and Child Protection, wie Anm. 26.

47 Vgl. John CAFFEY, Multiple Fractures in the Long Bones of Infants Suffering from Chronic Subdural Hematoma, in: American Journal of Roentgenology and Radium Therapy 2 (1946), 163–173.

48 Vgl. Fred M. SILVERMAN, The Roentgen Manifestations of Unrecognized Skeletal Trauma in Infants, in: American Journal of Radiology 69 (1953), 413–426.

49 Vgl. Wilbur L SMITH, Bildgebende Verfahren bei Kindesmisshandlung, in: Mary E. Helfer u. a., Hg., Das mißhandelte Kind (Frankfurt 2002), 338–374, hier 339.

50 Vgl. Norman GUTHKELCH, Infantile Subdural Haematoma and Its Relationship to Whiplash Injuries, in: British Medical Journal 2 (1971), 430–431; HERRMANN u. a., Kindesmisshandlung, wie Anm. 9.

51 Vgl. DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SOZIALPÄDIATRIE UND JUGENDMEDIZIN, AWMF Leitlinie. Kindesmisshandlung und Vernachlässigung (Berlin 2008/2009), 1–3.

Die diagnostische Radiologie machte bislang unentdeckte Spuren physischer Misshandlung an inneren Organen oder am Skelett erkennbar und dokumentierbar⁵² und ältere, zurückliegende Frakturen⁵³ nachweisbar.⁵⁴ Damit weckte die Radiologie als technisches Verfahren den Eindruck von Objektivität und einem geänderten Verständnis der Beweiskraft diagnostischer Zeichen.⁵⁵ Dieses Beispiel verweist auf eine eng verbundene Entwicklung des technischen Fortschritts mit der Erkennung und Beschreibung sichtbarer Zeichen von Kindesmisshandlung.

Pädiatrie

Bis zu den frühen 1960er-Jahren diskutierte die Pädiatrie Fragen medizinischen Kinderschutzes noch eher zurückhaltend. Diese Haltung änderte sich stark durch die Publikation C. Henry Kempes (1922–1984), dessen Diagnostik einen sichtbaren Beweis erbrachte, der in seiner Prägnanz und Eindeutigkeit nicht mehr verdrängt oder umgedeutet werden konnte.

Der Pädiater Kempe und sein „Child Protection Team“ in Denver beschrieben erstmals Verletzungsmuster bei Kindern als Folgen körperlicher Gewalt als „Battered Child Syndrom“ (1961 auf einer multidisziplinären Tagung, 1962 in einem Fachartikel). Diese Publikation löste eine leidenschaftliche Debatte aus,⁵⁶ die Bewusstsein und Anerkennung von Realitäten im Umgang mit Kindern schuf und den Beginn der pädiatrisch-wissenschaftlichen Auseinandersetzung setzte. Die Literatur spricht von einem „Katalysator“⁵⁷ und Meilenstein des kindermedizinisch-fachlichen Diskurses zur Thematik und damit von einem weiteren Schritt in der Medikalisierung des Kinderschutzes.⁵⁸

Interdisziplinäre Übernahme von Diagnostik

Nicht nur die Einführung neuer Techniken, sondern auch die Übernahme bereits bestehender technischer Möglichkeiten zur Diagnostik weitergehender Aspekte, erweiterte das Repertoire der Medizin sowie den fachlichen Diskurs. Exemplarisch lässt sich der Einsatz einer Apparatur der Gynäkologie in der Pädiatrie anhand des Kolposkops betrachten: Die Kolposkopie wurde durch den Gynäkologen Hans Hinselmann (1884–1959) entwickelt und 1925 deren Einsatz in der gynäkologischen Diagnostik erstmals beschrieben.⁵⁹ Im selben Jahr führte er kolposkopische Untersuchungen an der gynäkologischen Station des Allgemeinen Krankenhauses in Altona ein. Hinselmanns besonderes Interesse galt der Frühdiagnostik des Zervixkarzinoms.

52 Vgl. SMITH, Bildgebende Verfahren, wie Anm. 49.

53 Vgl. KRÖNER, Kindesmisshandlung, wie Anm. 40.

54 Vgl. GÖRGEN / GRIEMMERT / FANGERAU, Kindheit und Trauma, wie Anm. 14, 220–221.

55 Vgl. Arno GÖRGEN, Die ‚Cleveland Crisis‘ 1987. Medikalisierung und Skandalisierung des Kinderschutzes, in: *Medizinhistorisches Journal* 1 (2013), 67–97, hier 71–72.

56 Vgl. Mary Edna HELFER / Ruth S. KEMPE / Richard D. KRUGMANN, *The Battered Child* (Chicago 1997), 24.

57 Vgl. Klaus KRUSE / Manfred OEHMICHEN, Hg., *Kindesmißhandlung und sexueller Missbrauch* (Lübeck 1993).

58 Vgl. ebd.; Arno GÖRGEN / Felicitas SÖHNER / Heiner FANGERAU, Kindeswohl als kollektives Orientierungsmuster, in: *Zeitschrift für Pädagogik, Sonderheft* (2018), 40–53.

59 Vgl. Hans HINSELMANN, Verbesserung der Inspektionsmöglichkeiten von Vulva, Vagina und Portio, in: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 72 (1925), 1733.

1937 wurde auf einer Gynäkologen-Tagung in Berlin über die Relevanz des Kolposkops für die Untersuchung des Gebärmutterhalses debattiert. Einige Fachvertreter sahen den Einsatz des Instrumentes als überflüssig an, da sich dieselben Befunde mithilfe eines Spekulum stellen ließen.⁶⁰ 1943 führten Hinselmann und Kollegen u. a. ethisch verwerfliche Reihenuntersuchungen an Frauen zur „Frühdiagnostik des ‚Collumkarzinoms‘ unter ‚staatlicher Führung‘“⁶¹ sowie die rein technische Weiterentwicklung des Kolposkops bei Lagerinsassinnen in Auschwitz durch.⁶² Aus diesen Gründen fordern Forschende der Sozialmedizin und Geschichtswissenschaft zu Recht eine kritische Reflexion der Kolposkopie als Objekt medizinischer Verbrechen in Auschwitz und gleichzeitig ersten Methode zur onkologischen Frühdiagnose.⁶³

Die frühen Entwicklungsstadien des Gerätes wurden im Praxiseinsatz als relativ umständlich betrachtet. Dies wird auch als der Grund verstanden, warum sich das Kolposkop nur zögernd durchsetzte (in den USA ab den 1950er-Jahren).⁶⁴ Insbesondere im deutschsprachigen Raum wurde dessen Nutzen für die Krebsvorsorge polarisierend zwischen den Anhängern der Kolposkopie und der Zytologie diskutiert.⁶⁵ Ab den 1980er-Jahren fand die Kolposkopie auch bei Kinderärzten Einsatz als Diagnosemittel, um mögliche Zeichen von sexuellem Kindesmissbrauch zu untersuchen.⁶⁶ Suzanne Sgroi (Geburtsjahr den Autorinnen nicht bekannt, ca. 1940) beschrieb 1982 in einem Handbuch zur Diagnostik des Hymen-Befundes den Einsatz des Kolposkops.⁶⁷ In der Literatur wurde die verbesserte Visualisierung und Beurteilung des Lokalbefundes diskutiert.⁶⁸ Als Vorteile wurden genannt: Diese Methode verbinde eine ausgezeichnete Beleuchtungsquelle, Vergrößerung mit einer hochwertigen Dokumentation. Eine weitere Stärke dieser Diagnosemöglichkeit sei, dass die für beweisende Befunde geforderte spätere Befundüberprüfung und Zweitmeinung ermöglicht und gleichzeitig die Notwendigkeit weiterer, unter Umständen traumatisierender Wiederholungsuntersuchungen vermieden werden könnten.⁶⁹

Aktuell gilt die Kolposkopie als fachlicher Standard bei der Erhebung von Genitalbefunden, die sowohl für akute als auch für nicht akute Fälle von sexuellem Missbrauch eingesetzt wird.⁷⁰

60 Vgl. Robert N. PROCTOR, *Blitzkrieg gegen den Krebs – Gesundheit und Propaganda im Dritten Reich* (Stuttgart 2002).

61 Vgl. Jutta HÜBNER, *Kolposkopie ohne Menschlichkeit?! Hinselmann und die Versuche an Frauen in Auschwitz*, in: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 76 (2016), 11.

62 Vgl. Bruno HALIOUA, *The Participation of Hans Hinselmann in Medical Experiments at Auschwitz*, in: *Journal of Lower Genital Tract Disease* 1 (2010), 1–4.

63 Vgl. Ruth Jolanda WEINBERGER, *The Eeadly Origins of a Life-saving Procedure*, in: *The Jewish Daily*, 26. Januar 2007.

64 Vgl. ebd.

65 Vgl. Ralph J. LELLÉ / Volkmar KÜPPERS, Hg., *Kolposkopie in der Praxis* (Berlin 2008), 3.

66 Vgl. Marilyn S. PETERSON / Michael DURFEE / Kevin COULTER, *Child Abuse and Neglect: Guidelines for Identification, Assessment, and Case Management* (Volcano 2003), 84.

67 Vgl. Suzanne SGROI, *Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuse* (New York 1982).

68 Vgl. Bruce A. WOODLING / Astrid HEGER, *The Use of the Colposcope in the Diagnosis of Sexual Abuse in the Pediatric Age Group*, in: *Child Abuse and Neglect* 1 (1986), 111–114.

69 Vgl. Bernd HERRMANN, *Sexueller Missbrauch*, in: Patricia G. Oppelt u. a., Hg., *Kinder- und Jugendgynäkologie* (Stuttgart 2015), 155–167, hier 155.

70 Vgl. Bernd HERRMANN u. a., *Physical Examination in Child Sexual Abuse – Approaches and Current Evidence*, in: *Deutsches Ärzteblatt International* 111 (2014), 692–703.

Phasen verstärkter medialer Aufmerksamkeit

Die Öffnung des medizinischen Diskurses für Fragen des medizinischen Kinderschutzes hing neben verbesserten bzw. erweiterten technischen Möglichkeiten auch mit dem soziokulturellen Wandel der späten 1960er-Jahre und dem damit vorherrschenden Klima zunehmender Sensibilität für die „Randgruppen“ der Gesellschaft zusammen.⁷¹ Die Belebung des fachlichen Diskurses fand in Deutschland in einer Gesellschaft statt, die vom soziokulturellen Wandel der späten 1960er-Jahre bestimmt war, geprägt vom anhaltenden wirtschaftlichen Wachstum, dem sogenannten Wirtschaftswunder. Für diese Phase kennzeichnend waren mediale und gesellschaftliche Debatten zu Emanzipationsbewegungen von Frauen, ethnischen Minderheiten und alternativen Weltanschauungen. Aufgrund der prosperierenden Wirtschaft herrschte gleichzeitig politisch eine erhöhte Bereitschaft sowie die finanzielle Möglichkeit vor, in die „dunklen Ecken der Gesellschaft“ zu blicken und diese zu verändern.⁷² Damit gewann die Medizin weitergehende institutionelle und ökonomische Möglichkeiten, misshandelnde Verhältnisse zu thematisieren und aufzudecken. Die Diagnoseentwicklung traf in den 1960er-Jahren damit auf eine Gesellschaft, die durch Debatten um die Rechte von Minderheiten und Randgruppen für die Annahme der Diagnose sensibilisiert war.⁷³

Einfluss medialer Konjunkturen

Görgen u. a. blickten auf die mediale Aufmerksamkeit der Massenmedien, die als Teil des Framings, also der Vermittlung von Orientierungs- und Deutungsmustern, bestimmte Elemente eines Medienereignisses hervorheben und damit lenken können.⁷⁴ Sie stellten fest, dass der erste Artikel, in dem der Terminus „Kindeswohl“ aufgegriffen wurde, sich in der FAZ im Jahr 1967 finden lässt.⁷⁵ Eine erste intensivere Berichterstattung stellten sie fest in den ausgehenden 1970er-Jahren. In ihrer Untersuchung zum medialen Diskurs beschrieben Görgen u. a. ab der Beschreibung des „battered child syndroms“ bis zum Anfang der 1980er-Jahre eine eher zurückhaltende Berichterstattung zu Gewalt gegen Kinder. Als thematische Ausnahmen konstatierten sie „besonders harte Schulerziehung“ sowie „pädophiles Lehrpersonal“.⁷⁶ Ab den 1980er-Jahren ist laut der Studie ein Werteumbruch festzustellen, der eine erste Konjunkturphase in der Berichterstattung zu „häuslicher Gewalt“ eröffnet.⁷⁷ Mit den 1990er-Jahren

71 Vgl. Franz-Werner KERSTING, Hg., *Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre* (Paderborn 2003), 69.

72 Vgl. Felicitas SÖHNER / Heiner FANGERAU / Thomas BECKER, *Der Blick über die Grenzen. Internationale Entwicklungen im Vorfeld Psychiatrie-Enquete*, in: Jürgen Armbruster u. a., Hg., *Blick zurück nach vorn – 40 Jahre Psychiatrie Enquete* (Köln 2015), 122–138.

73 Vgl. SCHMITZ (GRIEMMERT) / FANGERAU, *Aus Fehlern lernen*, wie Anm. 2.

74 Vgl. Arno GÖRGEN / Sebastian KESSLER, *Der Einfluss von wissenschaftlichen, medialen und politischen Präventionskonjunkturen auf die Frühen Hilfen*, in: *prävention* 1 (2013), 10–14.

75 Vgl. Arno GÖRGEN / Heiner FANGERAU, *Mediale Konjunkturen von Kinderschutzdebatten in der Bundesrepublik Deutschland – Rekonstruktion der Entstehung einer Kultur des Hinsehens und der Achtsamkeit* in: Fangerau u. a. Hg., *Präventive Strategien*, wie Anm. 12, 16–62.

76 Vgl. GÖRGEN / KESSLER, *Präventionskonjunkturen*, wie Anm. 74.

77 Vgl. GÖRGEN / SÖHNER / FANGERAU, *Kindeswohl*, wie Anm. 58.

erkannten sie eine starke Zunahme in der Berichterstattung mit einer zweiten Konjunkturphase zu „Kinderschändern“.

Für die mediale Aufmerksamkeit der 2000er-Jahre beschrieben sie eine leichte quantitative Abnahme und eine Konjunktur von Artikeln zu „sexueller Gewalt“, „Misshandlung“ und „Vernachlässigung“. Insbesondere in den Jahren 2006 bis 2008 sowie wieder im Jahr 2012 stellten sie eine besonders starke Zunahme der Berichterstattung fest.⁷⁸ Ab den 2010er-Jahren bemerkten sie einen Anstieg der medialen Debatte und eine Phase, die sich mit „institutioneller“ sexueller Gewalt gegen Kinder befasst (siehe Abbildung 1). Im Gesamtblick bewerteten Görge u. a. ihre Beobachtungen als eine „Verbreiterung des medialen Diskurses“.⁷⁹ Die verstärkte mediale Aufmerksamkeit sahen Görge u. a. ebenfalls in Zusammenhang mit der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung von Kindern.⁸⁰

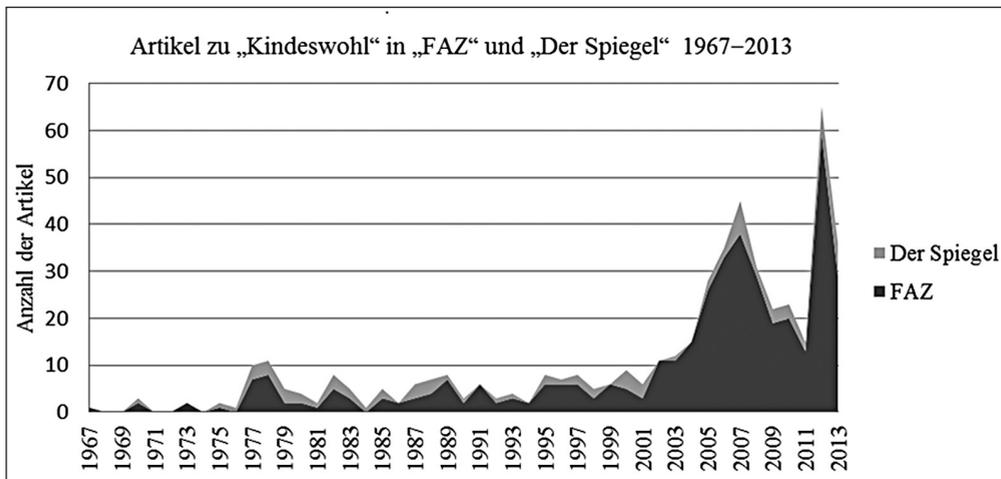


Abb. 1: Quantitative Entwicklung der Publikationen in „FAZ“ und „Der Spiegel“ (1967–2013)⁸¹

78 Vgl. GÖRGEN / FANGERAU, *Mediale Konjunkturen*, wie Anm. 75; GÖRGEN / SÖHNER / FANGERAU, *Kindeswohl*, wie Anm. 58.

79 Vgl. GÖRGEN / KESSLER, *Präventionskonjunkturen*, wie Anm. 74.

80 Vgl. GÖRGEN / FANGERAU, *Mediale Konjunkturen*, wie Anm. 75.

81 Quelle: Mit freundlicher Genehmigung von A. Görge. Vgl. GÖRGEN / SÖHNER / FANGERAU, *Kindeswohl*, wie Anm. 58.

Veröffentlichungen über Kindesmissbrauch in deutschsprachigen Fachartikeln

Die verbesserten Diagnosemöglichkeiten beeinflussten den medizinisch-fachlichen Diskurs.⁸² Mit der Debatte um die Diagnose des „battered child syndrom“ nahm sowohl international wie auch im deutschsprachigen Raum die Anzahl der medizinischen Fachartikel zu diesem Sachverhalt zu.⁸³ Wie Söhner u. a. zeigten, erschienen in den 1930er- bis 1950er-Jahren nur vereinzelt Artikel, die sich mit medizinischen Fragen des Kinderschutzes auseinandersetzten, lässt sich ab den 1960er-Jahren in deutschsprachigen wissenschaftlichen Publikationen eine deutliche Zunahme beobachten (siehe Abbildung 2).⁸⁴ Handelte es sich bis dahin noch um ein Thema, das der sozialen oder gerichtsmedizinischen Zuständigkeit zugeordnet wurde, fand es nun zunehmende Beachtung durch die Pädiatrie.⁸⁵

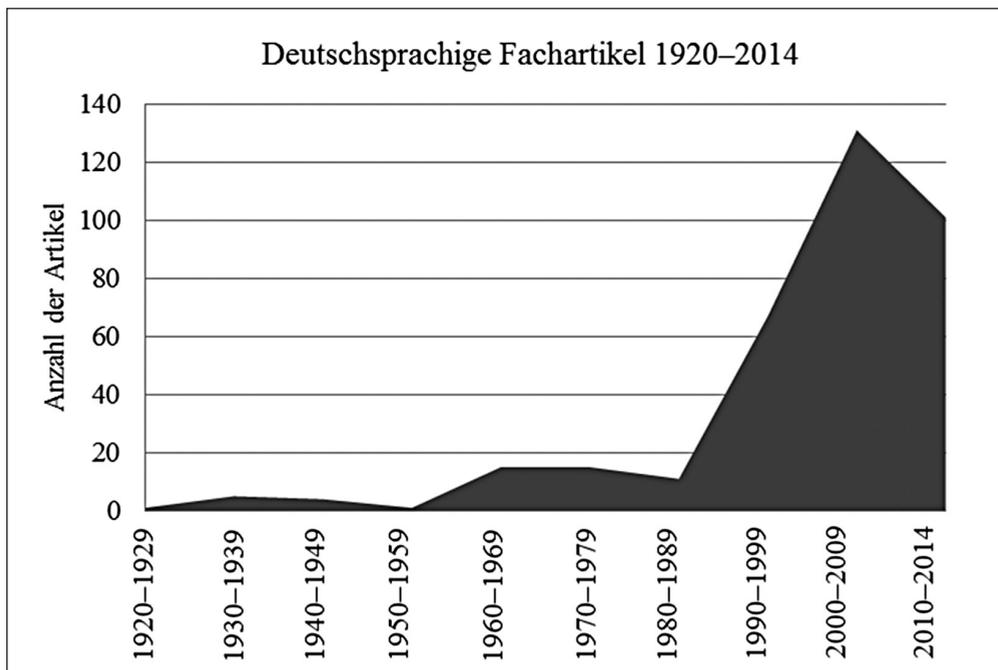


Abb. 2: Quantitative Entwicklung der Publikationen in der deutschsprachigen Fachliteratur (1920–2014)
(Daten nach SÖHNER / FANGERAU / GÖRGEN, *Der Medizinische Diskurs*, wie Anm. 33)

Diese Abbildung zeigt eine mit der medialen Aufmerksamkeit vergleichbare Zunahme der fachlichen Publikationshäufigkeit zum Thema. In Dekadenschritten betrachtet, lassen sich in den 1920er- bis 1950er-Jahren jeweils bis zu maximal zehn Veröffentlichungen zählen. Ab den 1960er-Jahren erschienen ungefähr doppelt so viele Beiträge zum medizinischen Kinderschutz.

82 Vgl. Margaret A. LYNCH, *Child Abuse before Kempe. An Historical Literature Review*, in: *Child Abuse & Neglect* 1 (1985), 7–15.

83 Vgl. SMITH, *Bildgebende Verfahren*, wie Anm. 49.

84 Vgl. SÖHNER / FANGERAU / GÖRGEN, *Der Medizinische Diskurs*, wie Anm. 33.

85 Vgl. SÖHNER, *Grundkurs Kinderschutz*, wie Anm. 8.

Hier wird bereits sichtbar, dass die diagnostischen Neuerungen Anstoß gaben, sich auch im medizinischen Bereich mit sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche auseinanderzusetzen. Ab den 1990er-Jahren nahm die Publikationshäufigkeit in deutlichem Maße zu. Insbesondere ab den 2000er-Jahren ist ein deutlicher Zuwachs an professioneller Aufmerksamkeit zu verzeichnen.⁸⁶

Der medizinische Diskurs im deutschen Sprachraum wurde in seiner frühen Phase stark durch die Rechtsmedizinerin Elisabeth Trube-Becker (1919–2012)⁸⁷ bestimmt, die u. a. die Bücher „Gewalt gegen das Kind“⁸⁸ sowie „Missbrauchte Kinder“⁸⁹ publizierte.⁹⁰ In ihren Veröffentlichungen hatte Trube-Becker nachdrücklich auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und Vernachlässigung als relevante medizinische Themen hingewiesen. Auf kindermedizinischer Seite wurde die fachliche Auseinandersetzung insbesondere durch die Pädiater Ulrich Köttgen (1906–1980) und Elisabeth Nau (1916–2010) angetrieben.⁹¹

Untersuchung und Diagnostik

Die fachlichen Artikel spiegeln eine Diskussion zu Fragen der Diagnostik im medizinischen Kinderschutz wider. Dabei stellte sich häufig, wie auch in anderen Bereichen der Medizin, die Frage einer größtmöglichen Evidenz in der medizinischen Beurteilung der erkennbaren Zeichen.⁹² Als handlungsleitend gesehen wurde und wird der „gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten“.⁹³ Die medizinische Untersuchung wurde zunehmend als unverzichtbare Grundlage interdisziplinärer Diagnostik verstanden.⁹⁴ Weiter wurde auf die ausschlaggebende Rolle der medizinischen Untersuchung

86 Vgl. SÖHNER / FANGERAU / GÖRGEN, Der Medizinische Diskurs, wie Anm. 33.

87 Vgl. Felicitas SÖHNER / Heiner FANGERAU, Medizinhistorische Perspektive auf die Wandlung des Verständnisses sexualisierter Gewalt im 20. Jahrhundert, in: Alexandra Retkowski u. a., Hg., Handbuch Sexualisierte Gewalt & pädagogische Arbeit (Weinheim 2018), 81–89.

88 Vgl. Elisabeth TRUBE-BECKER, Gewalt gegen das Kind. Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch und Tötung von Kindern (Heidelberg 1987).

89 Vgl. Elisabeth TRUBE-BECKER, Missbrauchte Kinder. Sexuelle Gewalt und wirtschaftliche Ausbeutung (Heidelberg 1992).

90 Vgl. Elisabeth TRUBE-BECKER, Die Kindesmißhandlung in gerichtsmedizinischer Sicht, in: Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 55 (1964), 173–183; Elisabeth TRUBE-BECKER, Kindesmißhandlung mit tödlichem Ausgang, in: Deutsches Ärzteblatt 63 (1966), 1663–1670; Elisabeth TRUBE-BECKER, Ärztliche Schweigepflicht und Kindesmisshandlung, in: Medizinische Klinik 36 (1967), 1398–1400.

91 Vgl. Ulrich KÖTTGEN, Verschwiegene Verbrechen, in: Der Spiegel (12. September 1966), 142–146; Ulrich KÖTTGEN, Kindesmisshandlung, in: Monatsschrift für Kinderheilkunde 4 (1967), 186–192; Elisabeth NAU, Kindesmisshandlung, in: Monatsschrift für Kinderheilkunde 115 (1967), 192–195; Reinhard WILLE / Michael STAAK / Thomas WAGNER, Kindesmißhandlungen – Psychosoziale Konstellationen und Katamnesen, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 18 (1967), 989–997.

92 Vgl. Heiner FANGERAU / Michael MARTIN, Medizinische Diagnostik und das Problem der Darstellung. Methoden der Evidenzerzeugung, in: Angewandte Philosophie. Eine internationale Zeitschrift 1 (2015), 38–68.

93 Vgl. David L. SACKETT u. a., Was ist Evidenz-basierte Medizin und was nicht? in: Münchener Medizinische Wochenschrift 44 (1997), 644–645.

94 Vgl. Bernd HERRMANN / Francesca NAVRATIL / Mechthild NEISES, Sexueller Missbrauch von Kindern, Bedeutung und Stellenwert der klinischen Diagnostik, in: Monatsschrift Kinderheilkunde 11 (2002), 1344–1356.

in der interdisziplinären Diagnostik hingewiesen.⁹⁵ Doch nicht nur technische Weiterentwicklungen veränderten die medizinische Deutung vorliegender Zeichen, auch neue nosologische Einheiten führten zu Verschiebungen in der diagnostischen Praxis.⁹⁶

Als grundsätzliches Problem der Evidenz in der Diagnostik gilt, dass zahlreiche Symptome zunächst einmal einer grundsätzlichen Deutungsoffenheit unterliegen.⁹⁷ Einige Informationen, die sich aus der Untersuchung ergeben, sind häufig hinsichtlich ihrer Plausibilität und Glaubwürdigkeit einzuordnen und gleichzeitig oft schwer überprüfbar.⁹⁸ Damit verweist das vorliegende Bild oft nicht automatisch auf eine einzige passende Diagnose, sondern benötigt die Fachkenntnis des Untersuchenden, um es als solches nicht nur wahrzunehmen, sondern auch einzuordnen und möglichen Befunden zuzuordnen.⁹⁹

Um vorliegende Befunde diagnostisch einzuordnen, erarbeitete Joyce Adams (Geburtsjahr den Autorinnen nicht bekannt, BA 1972, MA 1973) eine Klassifikation der Befunde zur Diagnostik von sexuellem Missbrauch.¹⁰⁰ In diesem sogenannten Adams-Schema werden Befunde bzw. körperliche Zeichen hinsichtlich ihrer Beweiskraft für sexuellen Missbrauch klassifiziert. Dieses Schema gilt aktuell bei medizinischen und juristischen Gutachten als Referenz. Mehrfach wurde das Schema modifiziert, in der aktuellen Version existieren drei Klassifikationsstufen:

- 1) Normalbefunde und medizinisch anderweitig erklärbare Befunde, die zur Beurteilung kinder- und jugendgynäkologische Kenntnisse erforderlich machen.
- 2) Befunde mit unklarer Signifikanz, die den Verdacht auf ursächlichen sexuellen Missbrauch erhärten.
- 3) Verletzungsbefunde, die die Diagnose eines sexuellen Missbrauchs erlauben.

Sowohl in den eingesehenen Fachartikeln als auch in der historischen Entwicklung des Adams-Schemas bestanden mit Blick auf die Stärke der Beweiskraft je nach fokussiertem Anzeichen Unterschiede. Uneinigkeit existierte beispielsweise in Bezug auf die Bedeutung der Integrität des Hymens als Zeichen für einen stattgehabten sexuellen Missbrauch eines Mädchens.¹⁰¹ Das

95 Vgl. Elmar KELLER, Der Verdacht auf sexuellen Missbrauch, Vortrag auf dem 38. Herbst-Seminar-Kongress für Sozialpädiatrie im Kongresszentrum Brixen am 27.08.2010, Manuskript online unter: www.daer.de/html/kongresse/2010/herbst/download/Dr-Keller-Vortrag-Verdacht-auf-sexuellen-Missbrauch-HSK10.pdf (letzter Zugriff: 14.11.2016).

96 Vgl. SÖHNER / FANGERAU / GÖRGEN, Der Medizinische Diskurs, wie Anm. 33.

97 Vgl. Michael MARTIN / Heiner FANGERAU, Durchsichtbarkeitsregime. Zur Semiotik radiographischer Bilder in der urologischen Diagnostik, in: *Der Urologe* 10 (2012), 1450–1458.

98 Vgl. HERRMANN u. a., Physical Examination, wie Anm. 70.

99 Vgl. SÖHNER / FANGERAU / GÖRGEN, Der Medizinische Diskurs, wie Anm. 33.

100 Vgl. SÖHNER / FANGERAU, Medizinhistorische Perspektive, wie Anm. 87.

101 Vgl. Werner NAEVE / Eckhard LOHMANN, Methodik und Beweiswert körperlicher Sofort-Untersuchungen lebender Personen nach Straftaten, in: *Zeitschrift für Rechtsmedizin* 2 (1973), 79–99; Joyce A. ADAMS u. a., A Proposed System for the Classification of Anogenital Findings in Children with Suspected Sexual Abuse, in: *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology* 2 (1992), 73–75; Tilman J. ELLIGER, Sexueller Kindesmissbrauch – Definition, Häufigkeit, Diagnostikprobleme, in: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 42 (1993), 562–566; Bernd HERRMANN / Stephan VEIT / Mechthild NEISES, Medizinische Diagnostik bei sexuellem Missbrauch, in: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 11 (1997), 1219–1226; HERRMANN / NAVRATIL / NEISES, Sexueller Missbrauch, wie Anm. 94; Bernd HERRMANN, Interpretationshilfe medizinischer Befunde bei Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch, 2005, online unter: www.kindesmissbehandlung.de/mediapool/32/328527/data/Adams_Revision_2005.pdf (letzter Zugriff: 30.10.2015); Tilman ROHER, Klinischer Verdacht auf Kindesmissbehandlung, in: *Der Radiologe* 10 (2009), 907–912; Bernd HERRMANN u. a., Hg., *Kindesmissbehandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen* (Heidelberg 2010).

Indiz Hymenverletzung bei schon älterer Defloration wurde lediglich im Jahr 1973 angeführt und erfuhr in späteren Beiträgen keine entsprechende Bedeutung mehr. Nach der Kolposkop-Debatte in den 1980er-Jahren wurde ab den 1990er-Jahren das verletzte Hymen nach dem Klassifikationsschema nach Adams als Symptom von „klarer Beweiskraft“ betrachtet.¹⁰² Auch aktuell äußern Fachvertreter im Deutschen Ärzteblatt (2014) im medizinischen Kinderschutz „Unsicherheiten im fachlich korrekten Vorgehen und hinsichtlich der wissenschaftlichen Grundlagen von mit sexuellem Missbrauch assoziierten körperlichen Befunden“ und verweisen darauf, dass die „medizinische Untersuchung [...] dazu beitragen [kann], ein missbrauchsbedingtes pathologisches Körperesbstbild durch die Bestätigung körperlicher Normalität und Integrität zu entlasten“.¹⁰³

Diskussion

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Medikalisierung des Kinderschutzes einem konstanten Wandel unterlag. Dieser drückt sich aus in einer zunehmenden Verbreiterung der Debatte und einer zunehmenden Differenzierung innerhalb des Fachbereiches Medizin.¹⁰⁴ Bis in die 1960er-Jahre hinein war die Diagnostik des Kindesmissbrauchs ein juristisch-rechtlich dominiertes Thema, dann zunehmend geprägt von pädagogischen und medizinischen Inhalten, in den späten 1970ern und frühen 1980ern nach und nach von den Medien und der Politik aufgegriffen. Seit Beginn der 1990er-Jahre zeigt sich eine eindrucklichere Auseinandersetzung im medizinischen Diskurs mit der Thematik. Ab den 2000er-Jahren ist eine zunehmend mediale Skandalisierung feststellbar. Diese übertrug sich neben der wissenschaftlichen Debatte auf den politischen Diskurs.¹⁰⁵ Der Prozess baut auf dem wachsenden Wissen über Missbrauch und den zunehmenden diagnostischen Möglichkeiten auf. Die fachliche Auseinandersetzung stand immer in Zusammenhang mit dem medialen, öffentlichen, tabuisierenden Diskurs. Die Etablierung neuer Diagnosemöglichkeiten durch die technische Entwicklung, die sozialpolitische Gemengelage sowie Phasen verstärkter medialer Aufmerksamkeit haben eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung von Kindern ermöglicht und unterstützt.¹⁰⁶

Die qualitative Auswertung der Fachartikel deutet auf ein Evidenzbedürfnis der medizinischen Praxis. Mehrere Beiträge diskutieren die Notwendigkeit einer fundierten Qualifikation des erhebenden Mediziners, einer Offenheit, Befunde objektiv einzuordnen, sowie von einheitlichen, evident nachvollziehbaren Diagnosekriterien.

Die Vermutung liegt nahe, dass der Einsatz des Kolposkops in der kinderärztlichen Praxis einen neuen Standard im medizinischen Kinderschutz etablierte, indem es pädiatrischen Sachverständigen ermöglichte, subtile Verletzungen sowie geheilte Veränderungen im Genital- oder

102 Vgl. Joyce A. ADAMS u. a., Examination Findings in Legally Confirmed Child Sexual Abuse: It's Normal to Be Normal, in: *Pediatrics* 3 (1994), 310–317.

103 Vgl. HERRMANN u. a., Physical Examination, wie Anm. 70.

104 Vgl. SÖHNER, Grundkurs Kinderschutz, wie Anm. 8.

105 Vgl. FANGERAU u. a., Präventive Strategien, wie Anm. 12.

106 Vgl. SÖHNER, Grundkurs Kinderschutz, wie Anm. 8.

Rektalbereich zu erkennen. Seine Verwendung erleichterte die Entwicklung von Standards für die Bewertung von normalen und abnormen Befunden, die durch sexuellen Missbrauch verursacht werden können.¹⁰⁷ Die Etablierung bildgebender Verfahren als Diagnosemöglichkeit, wie die Kolposkopie, erleichterte den untersuchenden Akteuren und Akteurinnen die Möglichkeit, die Befunde einzuordnen und das weitere Vorgehen juristisch zu begründen. Damit schien das Vorliegen körperlicher Misshandlung klar beweisbar zu sein. Die Deklarierung von Symptomen als Beweis sexuellen Missbrauchs blieb jedoch weiterhin von großer Unsicherheit geprägt.

Informationen zu den Autorinnen

Dr. phil. Felicitas Söhner, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität, Universitätsstr. 1, 40225 Düsseldorf, Deutschland, E-Mail: felicitas.soehner@hhu.de

Maria Griemert, M.A., Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität, Universitätsstr. 1, 40225 Düsseldorf, Deutschland, E-Mail: maria.griemert@hhu.de

¹⁰⁷ Vgl. PETERSON / DURFEE / COULTER, Child Abuse, wie Anm. 66.

Sylvia Wagner

Arzneimittelstudien an Heimkindern in der BRD – Deskription und Erklärungsansätze¹

English Title

Pharmaceutical Studies on Children in Care in the FRG – Description and Declaration Approaches

Summary

In this essay, the drug is moved from different perspectives to the center of considerations. Drug studies on children in institutional care, different motivations and objectives as well as the interactions of different actors are being shown. The drug is the object of investigation, but also the source of effects on medically, institutionally and economically acting agents and thus the central actor. Children in institutional care were a readily available study population. So they could be tested on the antibody-inducing effect of vaccines. Studies with neuroleptics and sexual drive depressant drugs had no medically indicated target, but were rather “door openers” for the use of these preparations. With these drugs, a better traceability of the “inmates” should be achieved. This served to stabilize the “total institution” children’s home, and thus could be called a “social medication”.

Keywords

Medicalization, children, experiments on human beings, informed consent, Germany, clinical-trial

¹ Für Kritik und Anregungen danke ich Heiner Fangerau, Michaela Ralser sowie dem/der Gutachter/-in (N. N.).

Einleitung

Die Rolle der Medizin und der Mediziner/-innen in den Heimen² für Kinder und Jugendliche der BRD in den 1950er-Jahren bis in die 1970er-Jahre hinein ist bis heute in den historischen Wissenschaften erst ansatzweise thematisiert worden.³ Konkret zum Thema „Arzneimittelstudien“ wurde die vom Historiker Uwe Kaminsky beschriebene Untersuchung mit dem Neuroleptikum Chlorprothixen im Heim Neu-Düsselthal⁴ im Abschlussbericht des „Runden Tisches Heimerziehung“ (RTH) von 2010 zunächst als Ausnahme eingeschätzt.⁵ Eine Veröffentlichung der Autorin über etwa 50 weitere durchgeführte „Arzneimittelstudien“ an Heimkindern⁶ zeigte Ende 2016 ein großes mediales und öffentliches Interesse am Thema und führte zu einer emotionalen Diskussion sowie zu einer Induktion weiterer Forschungsvorhaben.

In diesem Aufsatz sollen diese bereits bekannten Prüfungen von Arzneimitteln, die den Gruppen der Impfstoffe, Psychopharmaka und triebhemmenden Präparate zuzuordnen sind, zusammenfassend dargestellt und einige weitere Prüfungen erwähnt werden. Nach einer Einordnung in den historischen Kontext werden schließlich aus der Analyse des Materials Erklärungsansätze für das Phänomen der Medikamententestungen an Heimkindern entwickelt. Ein eventueller Zusammenhang der Prüfung von Psychopharmaka (vor allem Neuroleptika) und triebhemmenden Präparaten mit einem medizinisch nicht indizierten Einsatz von Arzneimitteln zur Aufrechterhaltung der institutionellen Ordnung in den Heimen wird untersucht. Eine solche Verabreichung von Medikamenten wird in dieser Arbeit als „soziale Medikation“ bezeichnet (siehe unten).

Als Ausgangspunkt für eine Analyse bietet sich das Konzept der „Totalen Institution“ von Erving Goffman an, das er 1961 in seinem Buch „Asyle“ dargestellt hat.⁷ Bereits Ende der 1960er-Jahre war es ein Schlüsseltext der Heimkritik der Studentenbewegung. Darüber hinaus wird bei diesem Thema ein Zusammenwirken von medizinischen, institutionellen („Totale Institution“), ökonomischen und gesellschaftlichen Interessen deutlich. Es handelt sich um eine Interaktion von verschiedenen Akteuren, deren unterschiedliche Motivationen und Zielrichtungen auf das Studienobjekt, das Arzneimittel, fokussiert sind. Dabei erscheint das Arzneimittel zugleich als Objekt dieser Akteure wie auch als zentraler Akteur mit Wirkung auf diese. Zur Darstellung dieses interaktionalen Zusammenhanges soll in Anlehnung an Klaus Schepker und Heiner Fangerau die Metapher des Netzwerkes, entsprechend der Akteur-Netz-

2 Mit „Heimen“ werden in dieser Arbeit zusammenfassend Säuglings- und Kinderheime, Fürsorgeerziehungseinrichtungen, Behinderteneinrichtungen sowie Kinder- und Jugendpsychiatrien bezeichnet.

3 Vgl. Hans-Walter SCHMUHL, Heimerziehung in der Bundesrepublik Deutschland in den 1950er- und 1960er-Jahren. Eine Spurensuche zur Rolle der Medizin, in: Pädiatrische Praxis. Zeitschrift für Kinder- und Jugendmedizin in Klinik und Praxis 78/2 (2012), 189–198.

4 Uwe KAMINSKY, Die Verbreiterung der „pädagogischen Angriffsfläche“, in: LVR, Hg., Verspätete Modernisierung. Öffentliche Erziehung im Rheinland – Geschichte der Heimerziehung in Verantwortung des Landesjugendamtes (1945–1972) (Essen 2011), 485–494.

5 Abschlussbericht RTH (Berlin 2010), 20. Der RTH berücksichtigte nicht ehemalige Heimkinder, die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der Behindertenhilfe untergebracht waren.

6 Sylvia WAGNER, Ein unterdrücktes und verdrängtes Kapitel der Heimgeschichte. Arzneimittelstudien an Heimkindern, online unter: http://duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlets/DocumentServlet/Document-42079/04_Wagner_Heime.pdf (letzter Zugriff: 21.09.2017).

7 Erving GOFFMAN, Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen (Frankfurt am Main 1981).

werk-Theorie von Bruno Latour⁸, heuristisch genutzt werden.⁹ Mit Latour und anderen wird auch „dinglichen Gegenständen“ ein Platz in Netzwerken eingeräumt, „da auch sie die ‚Arbeit‘ und das ‚Werken‘ im Netzwerk z. B. dadurch bestimmen, dass sie Handlungsoptionen und -räume festlegen“.¹⁰ In dem in der vorliegenden Untersuchung praktizierten netzwerkanalytischen Ansatz ist das Medikament dinglicher Akteur. Zunächst werden im folgenden Kapitel wichtige Kontextinformationen geliefert. Es werden die Strukturen und rechtlichen Grundlagen der Heimerziehung im untersuchten Zeitraum erläutert, folgend die ethischen und rechtlichen Rahmenbedingungen der Arzneimittelprüfung skizziert und schließlich eine Übersicht zu bisherigen Arbeiten über „Arzneimittelstudien“ an Heimkindern in der Zeit von 1949 bis 1975 gegeben.

Kontextualisierung

Rechtliche Grundlagen der Heimerziehung

Für die Heimunterbringung in der BRD gab es für den untersuchten Zeitraum unterschiedliche rechtliche Grundlagen. Mit der Gründung der BRD 1949 wurde zunächst das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz (RJWG) von 1922 übernommen, das 1953 in Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG) umbenannt wurde, einhergehend mit einigen Neuerungen. Das RJWG bildete die rechtliche Grundlage für die Fürsorgeerziehung Minderjähriger, die bei attestierter „Verwahrlosung“, aber auch „drohender Verwahrlosung“ durch Beschluss des Vormundschaftsgerichtes angeordnet werden konnte. Einen Antrag auf Fürsorgeerziehung konnte das Jugendamt, das Landesjugendamt oder diverse Personensorgeberechtigte stellen. Die Organe der öffentlichen Jugendhilfe waren die Jugendämter und Landesjugendämter, die damit auch die Aufsichtsbefugnisse innehatten. Die Fürsorgeerziehung war rechtlich unabhängig vom Willen des Erziehungsberechtigten und des Minderjährigen und ersetzte die Erziehung durch privatrechtlich Erziehungsberechtigte.¹¹ Ein Beispiel bietet hier die von Kaminsky beschriebene Untersuchung mit Chlorprothixen im Heim Neu-Düsseldorf an 40 Kindern,¹² wobei der Leiter des Landesjugendamtes Jans seine Zustimmung mit dem Hinweis erteilt hatte, „dass das Landesjugendamt als ‚Träger von Erziehungsrechten und -pflichten‘ an Stelle der Eltern die ‚bestmögliche Hilfe‘ zu gewähren habe“.¹³

8 Bruno LATOUR, Die neue Soziologie für eine neue Gesellschaft. Einführung in die Akteur-Netzwerk-Theorie (Frankfurt am Main 2007).

9 Vgl. Klaus SCHEPKER / Heiner FANGERAU, Die Gründungsgeschichte der Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik (DGKH) und ihr Wirken – ein netzwerkanalytisches Vorgehen, in: Heiner Fangerau / Sascha Topp / Klaus Schepker, Hg., Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung (Berlin 2017), 18–35.

10 Ebd., 19.

11 Vgl. Hans MUTHESIUS, Reichsjugendwohlfahrtsgesetz (Stuttgart 1950). Vgl. auch Klaus SCHEPKER / Michael KÖLCH, Psychopharmaka in den 1950ern – zur Verwissenschaftlichung einer Debatte, in: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 45/5 (2017), 417–424, hier 419.

12 Vgl. Bernhard FRINGS / Uwe KAMINSKY, Gehorsam – Ordnung – Religion. Konfessionelle Heimerziehung 1945–1975 (Münster 2012), 265–266.

13 KAMINSKY, Verbreiterung, wie Anm. 4, 487.

Neben der Fürsorgeerziehung gab es in der BRD die Freiwillige Erziehungshilfe, deren Rechtsgrundlage in den einzelnen Bundesländern vor allem in der Zeit vor der JWG-Novelle jedoch sehr uneinheitlich war.¹⁴ Die Freiwillige Erziehungshilfe erfolgte im Unterschied zur Fürsorgeerziehung zwar mit Zustimmung der Erziehungsberechtigten, de facto drohte jedoch bei Nicht-einwilligung die Fürsorgeerziehung.¹⁵ Auch in der Praxis unterschieden sich Fürsorgeerziehung und Freiwillige Erziehungshilfe für die Minderjährigen kaum.¹⁶ Die Freiwillige Erziehungshilfe war an das Landesjugendamt gebunden.

Ethische und rechtliche Rahmenbedingungen der Prüfung von Arzneimitteln

Bereits Ende des 19. Jahrhunderts¹⁷ und während der Weimarer Zeit¹⁸ führten Versuche an vulnerablen Personengruppen wie Strafgefangenen, Prostituierten, sozial Schwachen und Heimkindern zu öffentlichen Diskussionen und in deren Folge auch zu rechtlichen Bestimmungen für medizinische Forschung an Menschen. Der preußische Erlass über Menschenversuche von 1900 forderte die Zustimmung des Probanden nach vorheriger Informierung (informed consent). Ebenso verlangten die 1931 vom Reichsministerium des Inneren verabschiedeten „Richtlinien für neuartige Heilbehandlung und für die Vornahme wissenschaftlicher Versuche am Menschen“¹⁹ eine Einwilligung der Probanden nach Informierung. Wie aus dem Titel der Richtlinien schon hervorgeht, wurde hier im Gegensatz zu dem Erlass von 1900 auch unterschieden zwischen einer „neuartigen Heilbehandlung“ und einem „wissenschaftlichen Versuch“. Außerdem lehnten die Richtlinien das Ausnutzen der sozialen Lage von Versuchspersonen ab. Versuche an Kindern oder Jugendlichen unter 18 Jahren wären unstatthaft, wenn sie das Kind oder den Jugendlichen auch nur im Geringsten gefährden würden.²⁰

Diese Richtlinien konnten jedoch weitere ethisch fragwürdige Experimente wie die menschenverachtenden Versuche während der Zeit des Nationalsozialismus nicht verhindern. Auch herrscht bis heute in Fachkreisen keine Einigkeit zum rechtlichen Status und zur weiteren Gültigkeit der Richtlinien in der BRD. Bereits während des Nürnberger Ärzteprozesses 1947 diskutierte man darüber, ob die Richtlinien durchsetzbares, gültiges Recht darstellten oder nur empfehlenden Charakter hätten, wobei die Einschätzung je nach Interessenlage unter-

14 Vgl. Dietmar von der PFORDTEN, Expertise zu Rechtsfragen der Heimerziehung der 50er und 60er Jahre. Gutachten im Auftrag des „Runden Tisch Heimerziehung“ (Göttingen 2010), 22–28.

15 Vgl. Matthias FRÖLICH, Hg., Quellen zur Geschichte der Heimerziehung in Westfalen 1945–1980 (Paderborn u. a. 2011), 7–8.

16 Vgl. ebd.

17 Barbara ELKELES, Der moralische Diskurs über das medizinische Menschenexperiment im 19. Jahrhundert (Stuttgart u. a. 1996).

18 Z. B. Lutz SAUERTEIG, Ethische Richtlinien, Patientenrechte und ärztliches Verhalten bei der Arzneimittelprüfung (1892–1931), in: *Medizinhistorisches Journal* 35 (2000), 303–334.

19 Richtlinien für neuartige Heilbehandlung und für die Vornahme wissenschaftlicher Versuche am Menschen [Rundschreiben des Reichsministers des Inneren, 28. Februar 1931], *Reichsgesundheitsblatt*, 55,6 (1931), 174–175.

20 Vgl. ebd.

schiedlich ausfiel.²¹ Schepker und Kölch schrieben 2017, dass die Richtlinien 1949 nicht in BRD-Recht übernommen werden konnten, da sie keine Gesetzeskraft hatten.²² Zeitgenössisch legte der Rechtsmediziner Hans-Joachim Wagner in einem Aufsatz „Zur Problematik wissenschaftlicher Versuche am Menschen aus gerichtsärztlicher Sicht“²³ 1967 jedoch dar, dass diese Richtlinien nach wie vor Gültigkeit besäßen, doch seien sie nur wenigen Ärzten bekannt.

Ein explizites Gesetz, das die Rechte oder den Schutz der Versuchspersonen bei klinischen Arzneimittelprüfungen festschrieb, existierte für den untersuchten Zeitraum in der BRD nicht. Implizit von Bedeutung sind hier jedoch die Grundrechte des Menschen, wie sie im Grundgesetz der BRD von 1949 formuliert sind.²⁴ So hat jeder Mensch das Recht auf die Unantastbarkeit seiner Würde, die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, zu der auch die Sexualität gehört, sowie das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Daneben galt nach dem Strafgesetzbuch (StGB) § 223 bereits für die damalige Zeit, dass jede Therapie ohne Einwilligung eine Körperverletzung darstellt.²⁵ Präzisiert wird dies heute auch für eine medikamentöse Therapie.²⁶ In den 1950er-Jahren bezog sich die Frage der Körperverletzung durch medizinische Eingriffe jedoch fast ausschließlich auf Operationen oder andere mechanische Eingriffe wie Elektroschockbehandlungen. Hier kam es im Rahmen der Debatte um die rechtlichen Bedingungen in der „psychiatrischen Praxis“ zu den sogenannten Elektroschockurteilen.²⁷ Dabei bezog sich die Rechtsprechung auch auf das im Grundgesetz verankerte Recht auf körperliche Unversehrtheit.²⁸

Eine ethische Richtlinie zur Durchführung von Arzneimittelstudien ist der Nürnberger Kodex, der im Rahmen des NS-Ärzteprozesses 1947 verabschiedet wurde. Genauso wie schon bei den Richtlinien von 1931 wird hier eine freie Einwilligung der an Versuchen beteiligten Menschen nach bestmöglicher Aufklärung (informed consent) verlangt. In dem Kodex wird nicht auf die Problematik von nicht einwilligungsfähigen Personen wie Kinder eingegangen. Es ist darin aber festgelegt, „dass die betreffende Person im juristischen Sinne fähig sein muss, ihre Einwilligung zu geben [...]“.²⁹ Die Grenze der Einwilligungsfähigkeit wurde nicht definiert, sodass damit Versuche an Kindern und Jugendlichen ausgeschlossen waren.³⁰ 1964 griff man mit der Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki wichtige Aspekte des Nürnberger Kodex erneut auf. Nachdem sich „nationale Unterschiede in der Bewertung von Kriterien wie

21 Vgl. Volker ROELCKE, The Use and Abuse of Medical Research Ethics. The German *Richtlinien*/Guidelines for Human Subject Research as an Instrument for the Protection Research Subjects – and of Medical Science, ca. 1931–61/64, in: Paul Julian Weindling, Hg., *From Clinic to Concentration Camp. Reassessing Nazi Medical and Racial Research, 1933–1945* (London–New York 2017), 33–56, hier 35.

22 Vgl. SCHEPKER / KÖLCH, *Psychopharmaka*, wie Anm. 11, 419.

23 Hans-Joachim WAGNER, *Zur Problematik wissenschaftlicher Versuche am Menschen aus gerichtsärztlicher Sicht*, in: *Saarländisches Ärzteblatt* 6 (1967), 281–283, hier 281.

24 Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vom 23.05.1949.

25 Strafgesetzbuch 1947. Vgl. auch Paul BOCKELMANN, *Strafrecht des Arztes* (Stuttgart 1968), 50 f.

26 Vgl. Ulrich SOMMER, *Arztstrafrecht*, online unter: <http://www.strafverteidigerbuero.de/download/publikationen/arztstrafrecht.pdf>. (letzter Zugriff: 08.09.2017).

27 „Elektroschockurteile“ von 1954: BGH, 10.07.1954, VI-ZR-45-54 und 1958: BGH, 09.12.1958, VI-ZR-203-57.

28 BGH, 09.12.1958, VI-ZR-203-57.

29 Nürnberger Kodex 1947, Punkt 1, in: Alexander Mitscherlich / Fred Mielke, *Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses* (Frankfurt am Main 1960), 272–273.

30 Vgl. Dominik GROSS, *Nürnberger Kodex*, in: Christian Lenk / Gunnar Duttge / Heiner Fangerau, Hg., *Handbuch. Ethik und Recht der Forschung am Menschen* (Berlin 2014), 559–563, hier 560.

einer vollständigen Aufklärung der Versuchsteilnehmer³¹ gezeigt hatten, wurden nun die ethischen Richtlinien auf internationaler Ebene definiert. Die Deklaration von Helsinki schloss Versuche an Kindern nicht generell aus, sondern legte unter anderem fest, dass Forschung an diesen nur dann als zulässig angesehen wird, „wenn ein direkter Nutzen für die Versuchsperson zu erwarten ist“.³² Hier müssen die Eltern oder gesetzlichen Vertreter der Kinder dem Versuch zustimmen. Unterschieden wurde außerdem zwischen klinischer Forschung in Verbindung mit einer Heilbehandlung (therapeutischer Versuch) und einem Humanexperiment. Die Deklaration von Helsinki ist juristisch betrachtet kein bindendes Gesetz oder Regelwerk, wird jedoch als eine Art Grundgesetz für medizinische Forschung am Menschen betrachtet. So wird sich weltweit in Gesetzeswerken darauf bezogen. Explizit haben die Richtlinien in der BRD 1985 Eingang in die rechtlich bindende Berufsordnung der Ärzte gefunden und werden seit den 1980er-Jahren über Ethikkommissionen umgesetzt.

Allgemein erfolgte in der Bundesrepublik das Inverkehrbringen neuer Arzneimittel zunächst durch Anmeldung bei den Bundesländern. Mit dem ersten Arzneimittelgesetz von 1961 wurde das Inverkehrbringen erstmals bundeseinheitlich geregelt, neue Arzneimittel mussten nun registriert werden. Das Arzneimittelgesetz verlangte aber keine klinischen Studien als Voraussetzung zur Registrierung, sondern lediglich Berichte über eine „ärztliche Prüfung“. Vorgeschrieben waren klinische Studien ab 1964.³³ Gesetzliche Bestimmungen zum Schutz des Menschen bei klinischen Prüfungen legte erstmals das Arzneimittelgesetz von 1976, das 1978 in Kraft trat, fest. Auch gab es mit diesem Gesetz erstmals eine Zulassungspflicht für neue Arzneimittel in der BRD. Voraussetzung für eine Zulassung war wiederum eine Prüfung von Wirksamkeit und Unbedenklichkeit. Für Sera und Impfstoffe galten bereits seit 1896 eigene Vorschriften. Nach einer Zulassung muss seitdem jede einzelne Charge vom Paul-Ehrlich-Institut geprüft und freigegeben werden. Hintergrund für diese Bestimmungen war die deutlich schwankende Qualität und Wirksamkeit des damals neuen Diphtherieheilsersums Emil von Behrings.

Arbeiten zu „Arzneimittelstudien“ an Heimkindern (1949–1975)

Bereits 1969 wies der Mediziner Asmus Finzen im Zusammenhang mit Menschenversuchen unter dem Aspekt der Doppelrolle „Arzt – Wissenschaftler“ auf sieben „Versuchsreihen an Heimkindern und an hospitalisierten Kindern“³⁴ hin, für die es keine Einwilligung der Eltern gegeben haben soll. 2003 beschrieben Castell u. a. Glutaminsäure-Versuche aus verschiedenen Einrichtungen in den 1950er-Jahren.³⁵ Uwe Kaminsky analysierte 2011 eine Untersuchung mit

31 Heiner FANGERAU, Geschichte der Forschung am Menschen, in: Lenk / Duttge / Fangerau, Hg., Handbuch, wie Anm. 30, 169–176, hier 173.

32 Dominik GROSS, Ethische Grenzen humanmedizinischer Forschung, in: Volker Schumpelick / Bernhard Vogel, Hg., Innovationen in Medizin- und Gesundheitswesen: Beiträge des Symposiums vom 24. bis 26. September 2009 in Cadenabbia (Freiburg 2010) 415–439, hier 422.

33 Zweites Gesetz zur Änderung des Arzneimittelgesetzes, in: Bundesgesetzblatt Nr. 30 vom 27.6.1964.

34 Asmus FINZEN, Arzt, Patient und Gesellschaft. Die Orientierung der ärztlichen Berufsrolle an der sozialen Wirklichkeit (Stuttgart 1969), 131ff.

35 Vgl. Rolf CASTELL u. a., Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961 (Göttingen 2003).

dem Neuroleptikum Chlorprothixen im Heim Neu-Düsselthal.³⁶ Schließlich wies die Autorin des vorliegenden Beitrages 2016 auf etwa 50 weitere durchgeführte Untersuchungen in verschiedenen Einrichtungen hin.³⁷

Auch für die ehemalige DDR finden sich beispielsweise in einer Expertise von Laudien und Sachse zur „Aufarbeitung der Heimerziehung in der DDR“³⁸ erste Hinweise auf durchgeführte Arzneimitteluntersuchungen an Heimkindern. Ebenso berichtet Laura Hottenrott von einem Studienprojekt, das an Heimkindern durchgeführt werden sollte.³⁹ International werden beispielsweise in der Schweiz Arzneimittelstudien an Heimkindern, die unter der Leitung des Psychiaters Roland Kuhn in den 1960er- und 1970er-Jahren durchgeführt worden sind, historisch aufgearbeitet.⁴⁰ Aus Österreich ist ein Versuch mit dem Hormonpräparat Epiphysan durch die Psychiaterin Maria Nowak-Vogl an Heimkindern gegen „Hypersexualität“ und Masturbation bekannt.⁴¹ Auch aus den USA sind entsprechende Studien überliefert. So wurden in New York zwischen 1956 und 1971 an behinderten Kindern Versuche mit Hepatitis-Viren durchgeführt.⁴² 2004 erschien eine Reportage über Prüfungen von Medikamenten an HIV-positiven Kindern in New Yorker Heimen, die ohne Wissen und Zustimmung der Eltern oder Betreuungspersonen durchgeführt worden waren.⁴³

Methodisches Vorgehen

In dieser Arbeit werden bislang bekannte Studien mit Impfstoffen, Psychopharmaka und triebhemmenden Mitteln an Heimkindern in der BRD von 1949 bis 1975 übersichtsartig dargestellt. Neben der oben erwähnten Studie zu Chlorprothixen sind dies etwa 50 weitere Studien. Darüber hinaus werden einige weitere Arzneimittelstudien aus der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung des Landeskrankenhauses (LKH) Schleswig aufgeführt (Aolept[®], Mellereten[®], Megaphen[®]), Berichte des Mediziners Waldemar Strehl aus dem Essener Franz Sales Haus zu seinen Erfahrungen mit Esucos[®] und Reserpin vorgestellt, sowie ein Ausblick auf Prüfungen weiterer Präparate in pädiatrischen Facheinrichtungen Deutschlands sowie Ernährungsstudien gegeben.

36 Vgl. KAMINSKY, Verbreiterung, wie Anm. 4.

37 Vgl. WAGNER, Kapitel, wie Anm. 6.

38 Karsten LAUDIEN / Christian SACHSE, Expertise zur „Aufarbeitung der Heimerziehung in der DDR“ (Berlin 2012), 248 ff.

39 Vgl. Laura HOTTENROTT, Roter Stern wir folgen deiner Spur: Umerziehung im Kombinat der Sonderheime für Psychodiagnostik und pädagogisch- psychologische Therapie (1964–1987) (= Schriftenreihe „Auf Biegen und Brechen“, Torgau 2013), 24.

40 Vgl. Simone RAU, Münsterlinger Medikamententests werden untersucht. Forscher durchleuchten ein dunkles Kapitel in der Geschichte der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen, online unter: <https://www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/Muensterlinger-Medikamententests-werden-untersucht/story/10621191> (letzter Zugriff: 21.09.2017).

41 Vgl. Ernst BERGER, Die Epiphysan-„Therapie“ bei Nowak-Vogl, online unter: https://www.imes.ac.at/pr/presse/2013/Bericht-Medizin-Historische-ExpertInnenkommission_2013.pdf, 61–64 (letzter Zugriff: 21.09.2017). Vgl. dazu auch den Beitrag von Ina FRIEDMANN in diesem Band.

42 Vgl. Volker HESS / Laura HOTTENROTT / Peter STEINKAMP, Testen im Osten. DDR-Arzneimittelstudien im Auftrag westlicher Pharmaindustrie 1964–1990 (Berlin 2016), 36.

43 Vgl. GROSS, Grenzen, wie Anm. 32, 427.

Als Methodik zum Auffinden dieser Studien dienten der Autorin in erster Linie medizinische Fachzeitschriften der damaligen Zeit, in denen die Studien zum Teil publiziert wurden und in denen die Probanden als Heimkinder identifizierbar sind. Die Fachzeitschriften sind für den entsprechenden Zeitraum entweder direkt durchgesehen worden (z. B. „Deutsche Medizinische Wochenschrift“ und „Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie“), oder es erfolgte eine Eingabe verschiedener Suchbegriffe, wie z. B. die Namen von Wirkstoffen, in die biomedizinische Datenbank medline. Die Durchsicht der Fachzeitschriften erfolgte systematisch, die Auswahl der Fachzeitschriften nach verschiedenen Kriterien. Die „Deutsche Medizinische Wochenschrift“ kam vor allem deshalb in Betracht, weil hier bereits während der Weimarer Zeit an Heimkindern durchgeführte Studien publiziert worden waren. Die oben erwähnten Impfstoffstudien der 1950er- und 1960er-Jahre wurden vor allem in dieser Zeitschrift veröffentlicht. Zum Nachweis von Studien mit Neuroleptika lag es nahe, entsprechende Zeitschriften wie die „Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie“ durchzusehen. Angeregt durch den Aufsatz der Autorin von 2016, waren Journalisten des NDR aus Schleswig-Holstein 2017 durch eigene Recherchen, ebenfalls in Fachzeitschriften bzw. in einer Schriftenreihe des LKH Schleswig, auf die Studien zu Aolept[®], Melleretten[®] und Megaphen[®] gestoßen.

Neben den Fachzeitschriften dienten der Autorin als weitere Quellen Archive von Pharmafirmen, hier vor allem der Merck KGaA in Darmstadt und der Behringwerke in Marburg, sowie das Bundesarchiv in Koblenz, in dem u. a. Sitzungsprotokolle der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung zu finden sind. Schließlich gab es einen Zugang zum Archiv der Rotenburger Werke, einer diakonischen Einrichtung für Menschen mit einer geistigen Behinderung. Die Auswahl der pharmazeutischen Unternehmen sowie der Einrichtungen richtete sich vor allem nach dem dort vorhandenen Quellenmaterial sowie dem gewährten Zugang zu den Archiven.

Bei den Dokumenten zu den von der Autorin aufgefundenen Studien handelt es sich somit ausnahmslos um Primärliteratur. Die systematische Durchsicht relevanter zeitgenössischer medizinischer Fachzeitschriften nach Publikationen zu Arzneimittelstudien an Heimkindern brachte einen entscheidenden Fortschritt bei der Aufarbeitung des Themas. Ebenso zeigte sich, dass in Archiven von Pharmaunternehmen oder Erziehungseinrichtungen unter Umständen noch Dokumente zu dieser Problematik vorhanden sind. In den folgenden Abschnitten werden die Untersuchungen der verschiedenen Präparategruppen übersichtsartig dargestellt.

Impfstoffe

In den 1950er-Jahren hatte sich die Poliomyelitis weltweit, so auch in Deutschland, endemisch ausgebreitet. Anfang der 1950er-Jahre entwickelte Jonas Salk einen sogenannten Totimpfstoff mit inaktivierten, nicht vermehrungsfähigen Erregern gegen die Kinderlähmung. In der zweiten Hälfte der 1950er-Jahre konnte unter anderen Albert Sabin auch einen „Lebendimpfstoff“ mit vermehrungsfähigen Erregern entwickeln. Dieser wird aufgrund der oralen Verabreichung auch als „Schluckimpfung“ bezeichnet. Die Impfung soll eine Antikörperbildung im Körper des Impflings induzieren. Um diese Antikörperbildung besser beurteilen zu können, erschien es den zeitgenössischen Forschern vorteilhaft, wenn die Kinder vor der Prüfung keine Antikör-

per gegen die Poliomyelitis besitzen.⁴⁴ Dies trifft vor allem für Kinder zu, die sich seit ihrer Geburt in einem Säuglingsheim befinden, da sie im Gegensatz zu Kindern in Familien nicht gestillt wurden und so keine Antikörper durch die Muttermilch erhielten. Die während der Schwangerschaft durch die Mutter erhaltenen Antikörper sind nach dem ersten halben Lebensjahr abgebaut. So bot die Prüfung der Polioimpfstoffe an den Heimkindern einen wissenschaftlichen Vorteil. Es wurde darauf geachtet, keine Viren von außen in die Einrichtungen einzuschleppen, und darüber hinaus galt anscheinend eine sechswöchige Quarantäne für die Versuchspersonen.⁴⁵ Neben dem Vorteil des Fehlens von Antikörpern bei den Heimkindern boten sich den Forschern in den Heimen auch gute Untersuchungsbedingungen, da dort viele Kinder an einem Ort permanent medizinisch überwacht werden konnten.

In einem Fall kann gezeigt werden, dass in der Publikation einer Studie als medizinische Untersuchungen für die Kinder lediglich Blutabnahmen, Stuhlproben und Rachenabstriche aufgeführt werden, in einem nicht veröffentlichten Arbeitsbericht dazu aber darüber hinaus auch mehrfach durchgeführte Lumbalpunktionen, um einen Übergang der Impfviren auf den Liquor Cerebrospinalis („Nervenwasser“) zu untersuchen.⁴⁶

Gerade die „Schluckimpfung“ gegen Poliomyelitis war medizinisch und juristisch umstritten, da die vermehrungsfähigen Impfviren mit dem Stuhl wieder ausgeschieden werden und Kontaktpersonen dadurch gegen ihren Willen infiziert werden können.⁴⁷ Dies würde das Recht der Kontaktpersonen auf „körperliche Unversehrtheit“ nach dem Grundgesetz berühren.⁴⁸ Außerdem können die abgeschwächten Impfviren unter Umständen pathogene Mutationen („Varianten“, wie es damals hieß) bilden. Um solch eine Übertragung und Variantenbildung zu prüfen, blieben im Rahmen mancher Untersuchungen einige Kinder in den Heimen ungeimpft.⁴⁹ Bei bislang 23 bekannten Publikationen zu Untersuchungen mit Polioimpfstoffen (zum Teil Kombinationsimpfstoffe)⁵⁰ ist bei 19 die mehrfache Abnahme von Blut der Kinder beschrieben worden, um die Antikörper-induzierende Wirkung der Impfstoffe zu überprüfen.⁵¹ Diese Prüfungen verdeutlichen den Studiencharakter der Untersuchungen im Gegensatz zu einer „normalen“ Impfung, auch wenn die Impfstoffe eventuell schon auf dem Markt waren. Bei den Untersuchungen der Polioimpfstoffe ist es außerdem wichtig zu wissen, dass es nicht

44 Vgl. zu diesem Absatz z. B. Wolf HENIGST, Bildung von neutralisierenden Antikörpern nach Verabreichung eines Kombinationsimpfstoffes mit einem Poliomyelitis-, Diphtherie- und Tetanusanteil, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 105/23 (1963), 1205–1209.

45 Bundesarchiv Koblenz (= BArch), B 142/53 (Rollfilm), Empfehlungen des Ausschusses „Lebendvaccine“ des Arbeitsausschusses IV für die Durchführung von Impfungen mit abgeschwächten Poliomyelitis-Viren in abgeschlossenen Kinderheimen. Das Dokument ist ohne Datum, bezieht sich aber auf eine Sitzung des Ausschusses vom 5.1.1960 in Frankfurt am Main.

46 Vgl. WAGNER, Kapitel, wie Anm. 6, 75.

47 W. KELLER / O. VIVELL, Die Poliomyelitisschutzimpfung mit vermehrungsfähigen abgeschwächten Viren, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 84/45 (1959), 1993–1998.

48 BArch, B208/1004, Anlage zum Schnellbrief BMI vom 6. November 1961 Az.: IV A 2 – 4226 -09- 2672/61.

49 Z. B. H. LENNARTZ / L. VALENCIANO, Virologische Untersuchungen zur oralen Schutzimpfung gegen Poliomyelitis in Westberlin 1960, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 86/32 (1961), 1497–1503.

50 Vgl. WAGNER, Kapitel, wie Anm. 6, 108–111, Liste der Impfstoffversuche, Nr. 5–13, 15–16, 18–23, 26–27, 29, 31–33.

51 Vgl. WAGNER, Kapitel, wie Anm. 6, 69–88 und 108–111, Liste der Impfstoffversuche, Nr. 5–13, 15–16, 18–19, 21–22, 26, 29, 31, 33.

nur *einen* „Totimpfstoff“ oder *einen* „Lebendimpfstoff“ gab. Verschiedene Unternehmen in unterschiedlichen Ländern hatten Impfstoffe entwickelt, mit Verfahren beispielsweise nach „Salk“ oder nach „Sabin“. Die Herstellungsverfahren konnten sich jedoch in einzelnen Punkten unterscheiden etwa durch eine andere Art der Inaktivierung oder Abschwächung der Viren, der Verwendung verschiedener Adjuvantien⁵² oder unterschiedlicher Impfstämme.⁵³ Auch wurden verschiedene Kombinationsimpfstoffe getestet. So kann also nicht gesagt werden, dass „der“ Impfstoff nach Salk oder Sabin bereits getestet oder auf dem Markt war. Auch lagen den Untersuchungen eventuell verschiedene Fragestellungen zugrunde.

Gerade an den Impfstoffstudien zeigen sich vielfältige Kontinuitäten. Bei elf der 23 Publikationen zu Untersuchungen von Polioimpfstoffen kamen Impfstoffe der Behringwerke zum Einsatz,⁵⁴ wobei mit einer Ausnahme bei allen, wie oben beschrieben, mehrfach Blutabnahmen zur Prüfung der Antikörperentwicklung erfolgten. Während der Zeit des Nationalsozialismus hatten die Behringwerke an Häftlingen des Konzentrationslagers Buchenwald einen Fleckfieberimpfstoff erprobt.⁵⁵ Die Leiter der damaligen Forschung, Prof. Demnitz und Prof. Haas,⁵⁶ waren auch nun an der Entwicklung und Prüfung der Polioimpfstoffe in den Säuglingsheimen beteiligt.⁵⁷ Auf einer Arbeitsbesprechung in den Behringwerken diskutierten Verantwortsträger des Unternehmens 1954 unter anderen mit dem damaligen Leiter des Bundesgesundheitsamtes, Prof. Franz Redeker,⁵⁸ sowie dem Leiter der Gesundheitsabteilung im Bundesministerium des Inneren, Otto Buurmann,⁵⁹ darüber, ob man für die Polioimpfstoffstudien Heimkinder oder eigene Kinder heranziehen könne.⁶⁰ Buurmann vertrat die „Auffassung, dass Kinder in Anstalten nicht für die Impfungen herangezogen werden können“.⁶¹ Redeker gab zu bedenken, „dass auch Ärzte nicht über ihre Kinder verfügen könnten und sich strafbar machten, wenn sie einen unerprobten Impfstoff an ihnen anwenden“.⁶² Der Pädiater Gerhard Joppich⁶³ brachte

52 Siehe z. B. Behringarchiv Marburg (= BAM) 1870, Protokoll über die Arbeitsbesprechung von Sachverständigen für Poliomyelitis am 23. Juli 1954 in Marburg/Lahn, 11.

53 Siehe z. B. O. GÜNTHER, Fragen aus der Praxis. Frage: Werden die Poliomyelitis-Impfstoffe verschiedener Hersteller nach einem einheitlichen Verfahren gewonnen und mit der gleichen Methode geprüft?, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 84/31 (1959), 1396.

54 Vgl. WAGNER, Kapitel, wie Anm. 6, 108–111, Liste der Impfstoffversuche, Nr. 7–10, 13, 16, 18, 26, 29, 31–32.

55 Alexander MITSCHERLICH / Fred MIELKE, Wissenschaft ohne Menschlichkeit (Heidelberg 1949), 83–118.

56 Ernst KLEE, Auschwitz, die NS-Medizin und ihre Opfer (Frankfurt am Main 1997), 287 ff.

57 Z. B. BAM 1870, Protokoll, wie Anm. 52, 1; vgl. auch WAGNER, Kapitel, wie Anm. 6, 76–81.

58 Während der Zeit des Nationalsozialismus war Redeker als ärztlicher Beisitzer beim Berliner Erbgesundheitsobergericht u. a. mit Fragen der Zwangssterilisation befasst. Vgl. Susanne DOETZ, Alltag und Praxis der Zwangssterilisation. Die Berliner Universitätsfrauenklinik unter Walter Stoeckel 1942–1944, unveröffentlichte Dissertation (Charité Berlin 2010), 36–37.

59 Buurmann war als Medizinalrat während der NS-Zeit in die Fleckfieberversuche involviert: Ernst KLEE, Das Personenlexikon zum Dritten Reich (Frankfurt 2007), 89. Vgl. auch WAGNER, Kapitel, wie Anm. 6, 79.

60 BAM 1870, Protokoll, wie Anm. 52, 6; und BAM 1870, Arbeitsbesprechung der Sachverständigen für Poliomyelitis in Marburg/Lahn, Behringwerke, am 23. Juli 1954, 7; vgl. auch WAGNER, wie Anm. 6, 78–79.

61 BAM 1870, Protokoll, wie Anm. 52, 9.

62 BAM 1870, ein nicht näher bezeichneter „Entwurf“ vom 5. August 1955, der sich u. a. auf die Besprechung vom 23. Juli 1954 bezieht, 3. Vgl. auch WAGNER, wie Anm. 6, 79.

63 Gerhard Joppich gehörte während der Zeit des Nationalsozialismus zu einer Gruppe politisch aktiver Kinderärzte, die helfen wollten, dass „ein gesundes, lebensmutiges und opferwilliges, der nationalsozialistischen Idee entsprechendes Geschlecht heranwächst“. (KLEE, Personenlexikon, wie Anm. 59, 289). Von 1961–1966 war Joppich Vorsitzender der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung, die an der Prüfung von Impfstoffen in Säuglingsheimen beteiligt waren (vgl. WAGNER, Kapitel, wie Anm. 6, 83–86).

den Einwand vor, dass Arztkinder ungeeignet seien.⁶⁴ Wahrscheinlich galt dies im Hinblick darauf, dass sie ja, wie gezeigt, in der Regel Antikörper gegen Poliomyelitis besitzen. Trotzdem hat Prof. Haas, der Leiter des humanmedizinischen Forschungszweigs der Behringwerke, am 7. November 1954 laut Protokoll seine eigenen drei Kinder mit der Vakzine der Behringwerke geimpft.⁶⁵ Schließlich sind jedoch Polioimpfstoffe an Heimkindern getestet worden, wie die Publikationen in medizinischen Fachzeitschriften belegen.⁶⁶ Stets wird in den Publikationen erwähnt, dass es sich bei den Probanden um Heimkinder handelt. So heißt es z. B.: „Wir immunisierten mit je 1 cm³ des genannten Vierfachimpfstoffes insgesamt 13 gesunde Heimkinder zweimal im Abstand von 4 Wochen i.m.: 11 davon konnten serologisch kontrolliert werden.“⁶⁷ Zum Teil geschahen die Untersuchungen mit Wissen der Behörden.⁶⁸ In einer Veröffentlichung über die Untersuchung von Nebenwirkungen eines Pockenimpfstoffes, in deren Rahmen an einigen der Säuglinge auch das Knochenmark punktiert worden ist, wurde beispielsweise vermerkt, dass die Untersuchung im Auftrag des Bundesgesundheitsamtes durchgeführt worden ist.⁶⁹ Für die Versuche fanden sich weder in den Publikationen noch in Dokumenten des Bundesarchivs oder der Behringwerke Hinweise auf Einwilligungen von Eltern oder gesetzlichen Vertretern der Kinder und eventuell konnte eine solche, wie im Fall von Neu-Düsselthal, durch eine behördliche Einwilligung umgangen werden. Dafür spricht, dass beispielsweise auf einer Sitzung der Leiter der virologischen Untersuchungsstellen berichtete, „daß in der Umgebung von Marburg zwar ein Kinderheim bereit sei, eine Überprüfung des Lebend-Impfstoffes vornehmen zu lassen, daß aber die ministerielle Genehmigung dazu noch nicht erteilt sei“.⁷⁰ Ebenso hatte der Neurologe Heinrich Pette bei den Gesundheitsbehörden des Landes Bremen beantragt, „in einem Bremer Kinderheim Versuche mit Lebendimpfstoff durchführen zu können“.⁷¹ Bereits während der Weimarer Zeit hatten Forscher und Politiker mit dem Argument, dass das Allgemeinwohl höher zu bewerten sei als das individuelle Recht auf Selbstbestimmung, Versuche zur Entwicklung von Präparaten gegen Geschlechtskrankheiten ohne Einwilligung der Probanden gerechtfertigt.⁷² Eventuell spielte dieses Denken auch im Falle der Impfstoffstudien in der BRD noch eine Rolle.

64 BAM 1870, Arbeitsbesprechung, wie Anm. 60, 6.

65 BAM 1870, Arbeitsbesprechung des Prüfungskomitees für Poliomyelitis in den Behringwerken, Marburg/Lahn, am 7. November 1954, 1.

66 Vgl. WAGNER, Kapitel, wie Anm. 6, 108–111, Liste der Impfstoffversuche, Nr. 5–13, 15–16, 18–23, 26–27, 29, 31–33.

67 J. OEHME / W. HENNESSEN, Erfahrungen mit einem neuen Vierfachimpfstoff, in: *Klinische Wochenschrift* 38/4 (1960), 181–182, hier 181.

68 Vgl. WAGNER, Kapitel, wie Anm. 6, 86–87.

69 F. HANSEN / W. MÜLLER-RENTZSCH, Untersuchungen über die örtliche und allgemeine Reaktion nach Pockenschutz-Erstimpfung, besonders im Hinblick auf die Veränderungen im Blut und Knochenmark, in: *Zeitschrift für Kinderheilkunde* 80/2 (1957), 190–224.

70 BAArch B 142/28, Protokoll über die Sitzung der Leiter der virologischen Untersuchungsstellen bzw. Ihrer Stellvertreter (Stellvertreterinnen) auf Einladung der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung e. V. am Freitag, dem 29. Januar 1960 im Paul-Ehrlich-Institut, Frankfurt am Main.

71 BAM 1260: Bericht über die Sitzung des Ausschusses IV der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der spinalen Kinderlähmung e. V. am 26. Februar, 1958, 5. Vgl. auch WAGNER, Kapitel, wie Anm. 6, 79–80.

72 Vgl. SAUERTEIG, Richtlinien, wie Anm. 18, 324–327 und 334.

Bisher nicht beschrieben ist, dass auch die WHO in den 1960er-Jahren weltweite Untersuchungen mit Impfstoffen an Heimkindern unterstützte, in diesem Fall gegen Masern, wie sie in einem eigenen Bulletin berichtete:

“The children in the Canadian and Czechoslovak trials were living in infants’ and children’s homes and orphanages and were observed several times daily; the children in Yugoslavia and Nigeria lived in their own homes; some of the children in the Swiss trial were in day-nurseries or lived in infants’ and children’s homes and the others were in their own homes.”⁷³

Auch hier wird eine Zustimmung nicht erwähnt.

Psychopharmaka und triebhemmende Präparate

Psychopharmaka, vor allem Neuroleptika, sind nach 1945 erwiesenermaßen in einigen Einrichtungen in großem Umfang ohne ärztliche Verordnung und ohne medizinische Indikation von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Sedierung der Kinder und Jugendlichen verabreicht worden.⁷⁴ Die antipsychotische und die sedierende Wirkkomponente der Neuroleptika verhalten sich umgekehrt proportional zueinander, sodass schwach antipsychotisch wirksame Substanzen eine starke sedierende Wirkung entfalten. Die medikamentöse Sedierung erleichterte die Arbeit in den Einrichtungen, in denen oftmals große Gruppen von Kindern und Jugendlichen auf beschränktem Raum, mit wenigem und zum großen Teil unqualifiziertem Personal „betreut“ wurden.⁷⁵ Im Sinne der „Totalen Institution“ nach Goffman wurden dabei sowohl die Strukturen wie auch die „Insassen“ den organisatorischen Bedürfnissen der Institutionen angepasst.⁷⁶ Diese Anpassung versuchten Betreuende zunächst durch Ausübung psychischer und physischer Gewalt zu erreichen. Mit der Entwicklung der Neuroleptika ab Mitte der 1950er-Jahre versprach man sich, das System auch ohne offensichtliche Gewalt oder durch eine partielle Reduzierung derselben aufrechterhalten zu können.⁷⁷ Einen Anwendungsbezug für den Einsatz der Präparate lieferte unter anderen Hermann Stutte (1909–1982), der erste Extraordinarius des Faches der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland, in einem Artikel aus dem Jahr 1966 über „Das zerebral geschädigte Kind“ mit der Aussage: „Zweifellos lässt sich durch die Anwendung psychotroper Substanzen auch die pädagogische Angriffsfläche beim enzephalopathischen Kind verbreitern und vielfach erst die Voraussetzung schaffen für eine gezielte

73 W.C. COCKBURN / J. PEČENKA / T. SUNDARESAN, WHO-supported Comparative Studies of Attenuated Live Measles Virus Vaccines, in: Bulletin of the World Health Organization 34 (1966), 223–231; W.C. COCKBURN / J. PEČENKA, Measles Vaccine Studies Sponsored by the World Health Organization – 1964, in: Archiv gesamte Virusforschung 16/1–5 (1964), 257–259.

74 Vgl. SCHMUHL, Heimerziehung, wie Anm. 3.

75 International wird die „Massenheimerziehung“ beispielsweise für den Raum Tirol / Vorarlberg beschrieben: Michaela RALSER u. a., Heimkindheiten. Geschichte der Jugendfürsorge und Heimerziehung in Tirol und Vorarlberg (Innsbruck–Wien–Bozen 2017).

76 Vgl. Hans-Walter SCHMUHL / Ulrike WINKLER, „Als wären wir zur Strafe hier“. Gewalt gegen Menschen mit geistiger Behinderung – der Wittekindshof in den 1950er und 1960er Jahren (Bielefeld 2011), 32.

77 Für das Heim Neu-Düsselthal wird dies beispielsweise von Frings und Kaminsky beschrieben: FRINGS / KAMINSKY, Gehorsam, wie Anm. 12, 269–270.

Psychotherapie.⁷⁸ Stutte arbeitete in diesem Artikel außerdem ein differentialdiagnostisches Problem heraus, indem er die starke Überschneidung des enzephalopathischen und des psychopathologischen Erscheinungsbildes beschrieb. Diese gemeinsame Phänomenologie der Enzephalopathie und der Psychopathologie kann damals eine Indikation für die Behandlung beider Gruppen von Kindern mit psychotropen Substanzen begründet haben. Insbesondere Kinder von alleinerziehenden Müttern wurden seinerzeit vielfach als verwahrlost bzw. als von Verwahrlosung bedroht betrachtet und mit der Diagnose des „moralischen Schwachsinn“⁷⁹ belegt, einer Diagnose mit enzephalopathischer Konnotation. So konnte auf der einen Seite die Ausweitung der Enzephalopathie-Diagnose, auf der anderen Seite eine „gezielt ‚weit‘“⁸⁰ gefasste Indikationsstellung der Präparate durch die pharmazeutischen Unternehmen einen umfangreichen Einsatz der Medikamente in den Einrichtungen begründen. In Publikationen zum Einsatz oder zu Prüfungen von Neuroleptika kommt die Argumentationsweise Stuttes immer wieder zum Ausdruck. So berichtet Jacobs aus der jugendpsychiatrischen Abteilung des Landeskrankenhauses Schleswig über die Prüfung mit Aolept[®], dass „neben der offenkundigen Beruhigung auch eine bessere Ansprechbarkeit für heilpädagogisch-psychotherapeutische Behandlungsmethoden zu erzielen“⁸¹ war. Auch in einer Werbebroschüre der Firma Bayer, die ein Kind in einer Schulklasse zeigt, griff man die Argumentation Stuttes auf: „Für psychotherapeutische und heilpädagogische Maßnahmen ist Aolept die sinnvolle Ergänzung.“⁸² Waldemar Strehl, der leitende Arzt des Essener Franz Sales Hauses, einer katholischen Einrichtung für Menschen mit Behinderung, propagierte den Einsatz der Präparate in einem Aufsatz über die Erfahrungen mit dem Präparate Esucos[®] („wir hatten hierbei die Möglichkeit, das Präparat Esucos [...] [mit der UCB Grundsubstanz 3412] zu prüfen“⁸³) mit den Worten: „Die modernen Neuroleptika können die erzieherische Arbeit keineswegs ersetzen. Sie können aber wohl die Voraussetzungen für eine erfolgreiche erzieherische Arbeit schaffen.“⁸⁴ Hier wird nicht explizit eine medizinische Indikation zugrunde gelegt, was sich auch in der „Auswahl“ der „Probanden“ widerspiegelt: Es „wurden 96 Kinder im Alter von 6 bis 14 Jahren ausgesucht, die durch ihr unruhiges und störendes Verhalten in der Gemeinschaft auffielen und sich auch in der Schule nur schwer einfügten“.⁸⁵

Kaminsky konnte zeigen, dass es in der Folge der Studie in Neu-Düsselthal mit dem Neuroleptikum Chlorprothixen zu einem vermehrten Einsatz der Präparate in dieser Einrichtung kam und der Heimarzt mit dem Hinweis, dass er eine solche Sedierung ablehne, nach zehnjähriger Tätigkeit in der Einrichtung von seiner Funktion zurücktrat.⁸⁶ Kaminsky kam zu dem Schluss,

78 Hermann STUTTE, Das zerebral geschädigte Kind, in: Therapiewoche 16/44 (1966), 1499–1505, hier 1504.

79 Vgl. z. B. Bernhard FRINGS, Heimerziehung im Essener Franz Sales Haus 1945–1979 (Münster 2012), IX, 55.

80 Vgl. SCHEPKER / KÖLCH, Psychopharmaka, wie Anm. 11, 423.

81 Rolf JACOBS, Erfahrungen mit Aolept[®] in der Kinderpsychiatrie unter Anstaltsbedingungen, in: Hippokrates 37/22 (1966), 911–915, hier 913.

82 Bayer Archiv Leverkusen (= Bay Arch), 465/001, „Aolept erleichtert das Zusammenleben“, Stempel vom 27.1.69.

83 Waldemar STREHL, Erfahrungen aus der Praxis. Behandlung unruhiger und konzentrationsgestörter Kinder, in: Ärztliche Praxis XVI/2 (1964), 68–70. Das Präparat war zum Zeitpunkt der Publikation bereits auf dem Markt (seit 1962). Vgl. hierzu auch Sylvia WAGNER, Medikamentöse Gewalt gegen Heimkinder. Arzneimittelstudien und Sedierung durch Psychopharmaka in Heimen der BRD bis in die 1970er Jahre, in: Forum Erziehungshilfen 23/3 (2017), 174–179.

84 STREHL, Erfahrungen, wie Anm. 83, 70.

85 Ebd., 68–69.

86 Vgl. KAMINSKY, Verbreiterung, wie Anm. 4, 489.

dass die Untersuchung eine „Türöffnerfunktion“ für den vermehrten Einsatz der Präparate in der Einrichtung hatte.⁸⁷ Auch im Franz Sales Haus führte die „Behandlung mit Medikament T 57“⁸⁸ (Decentan®) schließlich dazu, dass die Schwestern der katholischen Einrichtung „laufend die 4 mg-Dragees nach[forderten], da sie somit endlich Ruhe auf den Stationen haben und die Kinder tadellos schulfähig gehalten werden“.⁸⁹ In Schleswig wurde aufgrund positiver Erfahrungen im Rahmen einer Untersuchung mit Melleretten® das Präparat schließlich „bei insgesamt 120 Patienten systematisch angewandt“.⁹⁰ Offensichtlich hatten der Einsatz von Prüfpräparaten, die Arzneimittelstudien und die Publikationen also nicht nur in Neu-Düsselthal, sondern auch andernorts eine „Türöffnerfunktion“ für die Verabreichung der Arzneimittel.

Dieser offenbar eigentliche Zweck scheint in den Publikationen immer wieder in der Weise durch, dass die sedierende Wirkung der Präparate und in der Folge eine Entspannung innerhalb der Gruppenstruktur sowie für die Arbeit der betreuenden Personen hervorgehoben werden. So schreibt Strehl in einem Artikel über „Erfahrungen mit Reserpin bei der Behandlung von unruhigen und überaktiven Kindern und Jugendlichen“⁹¹ dass die psychotherapeutische Behandlung solcher Kinder und Jugendlichen sehr zeitraubend sei und in vielen Fällen auf unüberwindliche äußere Schwierigkeiten stoße. Deshalb sei „eine medikamentöse Therapie solcher Unruhezustände in den meisten Fällen nicht zu umgehen“.⁹² Kiesow und Jacobs berichteten aus Schleswig, dass der Anlass zu einem Experiment mit Megaphen® „verzweifelte Notrufe aus den Reihen der Lehrerschaft“⁹³ gewesen seien, die mit der Unruhe in den Schulklassen, die den Unterrichtserfolg nahezu infrage stellen würden, nicht mehr fertigwerden könnten. Als Ergebnis der Untersuchung konnte festgestellt werden, dass die Kinder „pädagogisch wesentlich lenkbarer“ waren und auch eine „den anderen Pfleglingen wohltuende Ruhe auf den Abteilungen“⁹⁴ geherrscht habe. In einer Publikation zu dem Neuroleptikum Aolept® berichtete Jacobs zunächst, dass bei den überwiegend „schwachsinnigen“ Kindern und Jugendlichen der Anstalt „akute bzw. bedenklich anhaltende, mit dem Gemeinschaftsleben praktisch nicht zu vereinbarende, soziale Anpassungsschwierigkeiten: auflehrende Disziplinlosigkeit, Aggressivität und völlige Hemmungslosigkeit“⁹⁵ dominieren würden. Als Psychiater stehe man hier „vor der Aufgabe einer möglichst reibungslosen Eingliederung derart ‚schwieriger‘ jüngerer Patienten in die Anstaltsgemeinschaft“. Aolept hätte hier erfreulicherweise gute Dienste geleistet.

87 Ebd., 492–493.

88 Merck Archiv Darmstadt (= MA), L10/168, 3 Blätter mit der Überschrift: Behandlung mit T 57, handschriftliches Datum 28.I.58. Vgl. auch WAGNER, Kapitel, wie Anm. 6, 93–95.

89 MA L10/158; Besuchsbericht bei Dr. Strehl am 7. März 1958. Schreiben vom 7. März 1958. Vgl. auch SCHEPKER / KÖLCH, Psychopharmaka, wie Anm. 11, 421.

90 Rolf JACOBS, Zur Therapie mit Melleretten in einem Pädopsychiatrischen Krankenhaus, in: Medizinische Welt 31/25 (1962), 1427–1429, hier 1428.

91 Waldemar STREHL, Erfahrungen mit Reserpin bei der Behandlung von unruhigen und überaktiven Kindern und Jugendlichen, in: Der Nervenarzt 29/6 (1958), 271–273, hier 271.

92 Ebd. Über diese Erfahrungen aus dem Franz Sales Haus wurde auch auf der 4. Ärztlichen Fortbildungstagung des Landschaftsverbandes Rheinland im Oktober 1962 referiert: Hermann SCHMITZ, Die Psychopharmaka im Anwendungsbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in: 4. Ärztliche Fortbildungstagung des Landschaftsverbandes Rheinland am 18. und 19. Oktober 1962 im Rheinischen Landeskrankenhaus Bedburg-Hau, Kreis Kleve (1962), 106–111, hier 107.

93 Herbert KIESOW / Rolf JACOBS, Über einen Megaphenversuch, gedacht als Beitrag zu dem Thema: Behandlung des nervösen Schulkindes in unseren Tagen, in: Schriftenreihe aus dem Landeskrankenhaus Schleswig 7 (1956).

94 Ebd.

95 JACOBS, Erfahrungen, wie Anm. 81, 911–912; danach auch die folgenden beiden Sätze.

Dass es bei dem Einsatz der Präparate in der Hauptsache nicht um eine „Verbreiterung der pädagogischen Angriffsfläche“ oder Voraussetzung für eine Psychotherapie ging, wird auch daran deutlich, dass sich, bis auf wenige Ausnahmen, keine Hinweise auf so ermöglichte pädagogische oder therapeutische Maßnahmen finden lassen. Ehemalige Heimkinder berichten, dass sie die Medikamente nehmen mussten. Zum Teil wurden die Präparate unter Zwang, wie beispielsweise durch das Zuhalten der Nase oder durch Injektion, verabreicht.⁹⁶

Die Sprache in den Publikationen offenbart eine wenig empathische Haltung den Kindern gegenüber. So schreiben Kiesow und Jacobs zur Prüfung von Megaphen: „Abgesehen davon, dass die Knaben viel leichter zur Einnahme des Medikaments zu bewegen waren als die durchweg und mit grosser Vorliebe aus der Reihe tanzenden (namentlich pubertierenden) Mädchen.“⁹⁷ Bei der Prüfung des Präparates Esucos im Franz Sales Haus sei laut Strehl bei 20 Kindern nur ein mäßiger Erfolg zu beobachten gewesen, wobei zwar auch eine deutlich sichtbare Sedierung eingetreten sei, die „charakterlichen Abartigkeiten, wie die Neigung zum Lügen, Stehlen und Herumquerulieren“⁹⁸ hätten sich aber nicht gebessert.

Da die Neuroleptika in den Einrichtungen zum Teil über Monate und Jahre verabreicht wurden, sind neben akuten Nebenwirkungen wie Krämpfen, motorischen Störungen und Gewichtszunahme auch Langzeitnebenwirkungen möglich. Das endokrine System wird bereits nach einer Einnahmedauer von wenigen Monaten lebenslang verändert. Dies zeigt sich in einer signifikant erhöhten Erkrankungsquote für Diabetes mellitus und Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Alter, was wiederum mit einer Reduzierung der Lebenserwartung verbunden ist.⁹⁹ Durch die Veränderung des Dopaminstoffwechsels wird die Hirnentwicklung des Kindes direkt beeinträchtigt.¹⁰⁰ In diesem Sinne gaben Kiesow und Jacobs aus dem Landeskrankenhaus Schleswig bereits 1956 zu bedenken: „Hauptangriffsort der Phenothiazine ist das Gehirn [...] und mit Rücksicht auf eine derartige komplexe Angriffsweise darf das Megaphen bei Kindern, deren Hirn [...] und deren Organismus überhaupt noch unreif sind und damit instabil niemals ohne ärztliche Aufsicht angewandt werden.“¹⁰¹

Neben Präparaten zur Sedierung dienten dem ungestörten Ablauf in den Einrichtungen augenscheinlich auch der Einsatz und die Prüfung von triebdämpfenden Präparaten wie zunächst dem Haloperidol¹⁰² und schließlich ab Ende der 1960er-Jahre dem Antiandrogen Cyproteronacetat (Androcur[®])¹⁰³, das im Mai 1973 in Deutschland auf den Markt kam.¹⁰⁴ In den 1950er-

96 Z. B. Eike LÜTHJE / Stefan EILTS, Medikamenten-Studien mit Schleswiger Heimkindern, online unter: www.ndr.de/nachrichten/schleswig-holstein/Medikamenten-Studien-mit-Schleswiger-Heimkindern,heimkinder168.html, (letzter Zugriff: 11.10.2016) und FRINGS, Heimerziehung, wie Anm. 79, 95–96.

97 KIESOW / JACOBS, Megaphenversuch, wie Anm. 93, 3.

98 STREHL, Erfahrungen, wie Anm. 83, 69.

99 Vgl. Robin M. MURRAY u. a., Should Psychiatrists be more Cautious about the Long-term Prophylactic Use of Antipsychotics?, in: *The British Journal of Psychiatry* 209/5 (2016), 361–365. Vgl. auch WAGNER, Medikamentöse Gewalt, wie Anm. 83, 178.

100 Vgl. ebd.

101 KIESOW / JACOBS, Megaphenversuch, wie Anm. 93, 7.

102 Rolf JACOBS, Erfahrungen mit Haloperidol in der pädopsychiatrischen Anstaltspraxis, in: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 15/2 (1966), 67–70.

103 Günther RITZEL, Zur Antiandrogentherapie mit Cyproteronacetat in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine Übersicht über bisherige Erfahrungen, in: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 20/5 (1971), 165–169.

104 Schering Archiv Berlin, SchA-S1-229, vgl. Produkthistorie Pharma; Androcur.

und 1960er-Jahren herrschten in der Bundesrepublik einerseits rigide religiöse und moralische Vorstellungen gerade beim Thema Sexualität. Andererseits garantierte das Grundgesetz die freie Entfaltung der Persönlichkeit, wobei die Sexualität als wesentlicher Aspekt der Persönlichkeit gilt.¹⁰⁵ Für den Einsatz des Cyproteronacetats galten deshalb auch damals schon gesonderte Bedingungen. Das 1969 erlassene „Gesetz über die freiwillige Kastration und andere Behandlungsmethoden“ definierte die Kastration als „eine gegen die Auswirkungen eines abnormen Geschlechtstriebes gerichtete Behandlung, durch welche die Keimdrüsen eines Mannes absichtlich entfernt oder dauernd funktionsunfähig gemacht werden“.¹⁰⁶ Die „anderen Behandlungsmethoden“ bezogen sich bereits auf den Einsatz von Cyproteronacetat, obwohl es noch gar nicht auf dem Markt war,¹⁰⁷ die Einsatzmöglichkeiten aber absehbar waren. Abweichend zur Kastration sollte mit den „anderen Behandlungsmethoden“ nur eine vorübergehende Funktionsunfähigkeit der Keimdrüsen erreicht werden.¹⁰⁸ Eine Kastration durfte erst ab Vollendung des 25. Lebensjahres durchgeführt werden, für eine „andere Behandlungsmethode“ war keine Altersbeschränkung angegeben. Beide Arten des Eingriffes durften aber nur mit Einwilligung nach einer Aufklärung erfolgen (hier gab es jedoch für Sexualstraftäter, auf die dieses Gesetz in erster Linie abzielte, unter bestimmten Bedingungen Ausnahmen). Bei Minderjährigen war für eine „andere Behandlungsmethode“ in jedem Fall die Einwilligung ihrer gesetzlichen Vertreter erforderlich. War der gesetzliche Vertreter nicht gleichzeitig auch Sorgeberechtigter oder gab es neben ihm noch einen Sorgeberechtigten, so musste auch dessen Einwilligung eingeholt werden. Es war bekannt, dass sich das Präparat bei Jugendlichen ungünstig auf das weitere Längenwachstum auswirken könne.¹⁰⁹ Da man außerdem keine Erfahrungen über die Reversibilität der Einschränkung des Geschlechtstriebes, der sexuellen Potenz und der Zeugungsfähigkeit bei Behandlung vor Abschluss der Pubertät besaß,¹¹⁰ mussten Personen unter 21 Jahren über eine Informierung und Einwilligung hinaus, vor Behandlungsbeginn von einem ärztlichen Mitglied einer Gutachterstelle untersucht werden.¹¹¹

Trotz dieser bekannten Risiken und Vorschriften zeigen Einträge in Bewohnerakten der Rotenburger Anstalten (heute Rotenburger Werke) den Einsatz des Präparates bei männlichen Jugendlichen ab 13 Jahren.¹¹² Das Präparat ist dort spätestens ab Ende 1969, also gut drei Jahre vor Markteinführung, eingesetzt worden.¹¹³ Eine Einwilligung zum Einsatz oder zur Prüfung des Präparates oder eine Untersuchung durch einen ärztlichen Gutachter findet sich in den Akten der betroffenen Bewohner nicht, jedoch gibt es Einwilligungen von Elternteilen zu Ferienfreizeiten, Operationen u. Ä. Dies legt nahe, dass zu dem Einsatz und Prüfung des Präparates keine Einwilligungen eingeholt worden sind.

105 Vgl. Ursula LASCHET, Eine Möglichkeit zur medikamentösen Behandlung von sexuellen Deviationen und Perversionen beim Mann, in: Medizinische Mitteilungen Schering, Androcur – das orale Antiandrogen 2 (1973), 11–18.

106 Gesetz über die freiwillige Kastration und andere Behandlungsmethoden vom 15.08.1969, in: BGBl. I, 11–43.

107 Friedmund NEUMANN / Rudolf WIECHERT, Die Geschichte von Cyproteronacetat. Ungewöhnliche Wege bei der Entwicklung eines Arzneimittels (Mainz 1984), 27.

108 Vgl. Gesetz, wie Anm. 106. Auch die folgenden Angaben über die rechtliche Situation hiernach.

109 Vgl. C. MOTHES / J. LEHNERT / F. SAMIMI / J. UFER, Klinische Prüfung von Cyproteronacetat (Androcur®) bei Sexualdeviationen – Gesamtauswertung, in: Medizinische Mitteilungen Schering, Androcur – das orale Antiandrogen 2 (1973), 26–39.

110 Vgl. LASCHET, Möglichkeit, wie Anm. 105.

111 Vgl. Gesetz, wie Anm. 106.

112 Z. B. Archiv Rotenburger Werke (= ARW), Bewohnerakte (= B) 6908, Verlaufsbogen, Eintrag v. 5.9.1972.

113 ARW, B 6514, Prüfbogen: „Antiandrogen – Prüfpräparat SH 8.0714 Schering AG Berlin/Bergkamen“.

Ausblick auf Prüfungen in pädiatrischen Facheinrichtungen und Ernährungsstudien

Auch in Einrichtungen für Kinder mit spezifischen Erkrankungen kamen Tests mit entsprechenden Präparaten zum Einsatz.¹¹⁴ Gegen Epilepsie waren zunächst vor allem die Anfang der 1960er-Jahre entwickelten Benzodiazepine von Bedeutung. Über die medikamentöse Forschung an Kindern in Spezialeinrichtungen konnte bisher nur zu einem Fallbeispiel Sekundärliteratur gefunden werden:

Werner Catel (1894–1981), der während der NS-Zeit an der Kindereuthanasie beteiligt war, leitete von 1947 bis 1954 die Heilstätte Mammolshöhe für tuberkulosekranke Kinder und Jugendliche in der Nähe von Frankfurt. Die Medizinhistoriker Thomas Gerst¹¹⁵ und Thomas Beddies¹¹⁶ berichten über die Umstände seiner Studien zur Wirksamkeit des Tuberkulosestatikums Thiosemicarbazon (Conteben) an kranken Kindern in der Einrichtung.¹¹⁷ Drei Kinder starben im Verlauf dieser Untersuchungen.¹¹⁸ Eine Einwilligung der Angehörigen hatte Catel in keinem Fall eingeholt.¹¹⁹

Zu Ernährungsversuchen an Kindern in stationären Einrichtungen scheint es gar keine Sekundärliteratur zu geben. So ist bislang nicht beschrieben, dass Catel in der Mammolshöhe neben den Versuchen mit Thiosemicarbazon auch Ernährungsversuche mit roher und erhitzter Frauenmilch an Säuglingen durchführte.¹²⁰ Ebenso untersuchte er den Gehalt verschiedener Apfelsorten an Vitamin C und seine Bedeutung für die Ernährung an den tuberkulosekranken Kindern, wobei die Kinder zunächst drei bzw. sechs Wochen lang Vitamin-C-arm ernährt wurden.¹²¹

Auch in einem Säuglingsheim (der Ort ist nicht bekannt) sind Ernährungsversuche, hier mit molkenarmer und molkenreicher Milch, durchgeführt worden. In der Publikation wird der

114 Für diese Praxis, die in der damaligen Zeit wahrscheinlich sehr verbreitet war, wird hier beispielhaft die Prüfung von Clonazepam im Epilepsiezentrum Kork aufgeführt: R. KRUSE / V. BLANKENHORN, Zusammenfassender Erfahrungsbericht über die klinische Anwendung und Wirksamkeit von Ro 5-4023 (Clonazepam) auf verschiedene Formen epileptischer Anfälle, in: *Acta Neurologica Scandinavica* 49/53 (1973), 60–71.

115 Vgl. Thomas GERST, Catel und die Kinder. Versuche an Menschen – ein Fallbeispiel 1947/48, in: *Zeitschrift für Sozialgeschichte des 20. und 21. Jahrhunderts* 15/2 (1999), 100–109.

116 Vgl. Thomas BEDDIES, Zur Einführung des Tuberkulosestatikums Conteben im Nachkriegsdeutschland, in: *Pädiatrische Praxis* 87/1 (2016), 153–160.

117 Vgl. Werner CATEL, Über die Behandlung der kindlichen Tuberkulose mit Thiosemicarbazon (Tb I), in: *Der Tuberkulosearzt* 3/3 (1949), 160, und Werner CATEL, Über die Behandlung der kindlichen Tuberkulose mit Thiosemicarbazon (Tb I), in: *Ärztliche Forschung* 2/23 (1948), 173. Vgl. auch GERST, Catel, wie Anm. 115.

118 Vgl. Wilhelm REINHARD, *Die Tuberkulose der Knochen und Gelenke* (Berlin–Heidelberg–New York 1966), 52 und Werner SCHMIDT / Hellmut HAHN, Über die Behandlung der kindlichen Tuberkulose mit Thiosemicarbazon (T.B.I 698/E) I. Mitteilung: Über biologische Reaktionen und toxische Wirkungen, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 74/7 (1949), 118–121.

119 Vgl. GERST, Catel, wie Anm. 115, 103 und BEDDIES, Einführung, wie Anm. 116, 156.

120 Vgl. Werner CATEL, Weitere Studien über rohe und erhitzte Frauenmilch, in: *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 108/2 (1960), 37–45.

121 Vgl. Werner CATEL / W. SCHUPHAN, Über den verschiedenen Gehalt einzelner Apfelsorten an Vitamin C und seine Bedeutung für die Ernährung (Untersuchungen an tuberkulosekranken Kindern), in: *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 101/11 (1953), 473–477, und W. CATEL u. a., Tier- und humanphysiologische Untersuchungen über die Vitamin-C-Wirksamkeit von Apfelsorten verschiedener Ascorbinsäuregehalte, in: *Biochemische Zeitschrift* 325/2 (1954), 109–122.

Firma Alete „für die Herstellung der Trockenmolke und für das verständnisvolle Eingehen“ auf die Wünsche gedankt.¹²² Autor der Studie ist der Pädiater Gerhard Joppich.

Erklärungsansätze: Heimstruktur und Akteursnetzwerke

Für eine Analyse der Geschehnisse in den Heimen der Jahre von 1949 bis 1975 und damit auch für das Verständnis der in den Heimen durchgeführten Medikamentenstudien ist die Struktur der Heime maßgeblich, die im Sinne von Erving Goffman als „Totale Institution“ interpretiert werden kann. Den Prüfungen der sehr unterschiedlichen Arzneistoffklassen wie Impfstoffen und Neuroleptika liegt sicherlich eine differente Motivation zugrunde. Das, was den Prüfungen gemeinsam ist, sind die Machtstrukturen der Einrichtungen, in denen sie erfolgten: die genannten Studien waren in der durchgeführten Art und Weise nur in einer „Totalen Institution“ möglich.

Die Prüfungen der Neuroleptika dienten zudem der Aufrechterhaltung der institutionellen Strukturen der Einrichtungen, indem sie eine wissenschaftliche Rechtfertigung für deren Einsatz lieferten. Die physische Gewalt gegen die „Insassen“ konnte partiell zurückgenommen werden. Zu einer Prüfung von Cyproteronacetat konnten bei Minderjährigen keine Publikationen gefunden werden. Hier scheint für die Einrichtungen eher der bereits vor der Markteinführung mögliche Einsatz im Vordergrund gestanden zu haben. Das Präparat war verfügbar und diente offenbar ebenso wie die Neuroleptika der Aufrechterhaltung der institutionellen Ordnung.

Nicht der Einzelne, an dem das Medikament angewandt wurde, war das Ziel des vermeintlichen Nutzens der Substanz, sondern das soziale System, in dem diese Medikamentenanwendung stattfand. Damit war der einzelne Mensch lediglich Träger der Medikamentenwirkung. Vielmehr zielte die Wirkung auf die soziale Institution, deren Funktionalität auf diese Weise sichergestellt wurde. In dieser Trägerfunktion einer auf eine soziale Struktur abzielenden Wirkung mussten die Heranwachsenden die bekannten medikamentösen Nebenwirkungen und Folgeschäden ertragen. Dieser Vorgang kann mit dem Begriff „Soziale Medikation“ gefasst werden.

Die Prüfung von Arzneimitteln an Heimkindern, die medikamentöse Sedierung der „Zöglinge“ und der Einsatz triebhemmender Präparate stellen neben den bislang bekannten Gewaltanwendungen an ihnen eine weitere Form der Gewalt dar, eine medikamentöse Gewalt. Einen Hintergrund für den insgesamt gewaltförmigen Umgang im Handeln und Denken in Bezug auf die Heimkinder bildet sicherlich der aus dem Konzept der „psychopathischen Minderwertigkeiten“¹²³ hervorgegangene eugenisch konnotierte „Minderwertigkeitsgedanke“,¹²⁴ wie er auch in der Sprache der Publikationen zu den Arzneimittelstudien zum Ausdruck kommt.

122 Gerhard JOPPICH, Über die Bedeutung der Milchmolke für die Ernährung des Säuglings, in: Zeitschrift für Kinderheilkunde, 76/5 (1955), 531–541.

123 Vgl. Petra FUCHS / Wolfgang ROSE, Kollektives Vergessen. Die Diagnose Psychopathie und der Umgang mit dem schwierigen Kind im Verständnis von Franz Kramer und Ruth von der Leyen, in: Fangerau / Topp / Schepker, Hg., Kinder- und Jugendpsychiatrie, wie Anm. 9, 187–208, hier 193.

124 Martin HOLTkamp, Werner Villinger (1887–1961). Die Kontinuität des Minderwertigkeitsgedankens in der Jugend- und Sozialpsychiatrie (Husum 2002).

Die Heimkinder lebten außerhalb der Gesellschaft, in der sich offenbar niemand für ihr Schicksal interessierte. So riefen auch die Publikationen der Arzneimittelstudien anscheinend keinen Protest der Leserschaft hervor. Diese gesellschaftliche Außenseiterposition der Heimkinder erklärt vieles, was bei „normalen“ Kindern nicht möglich gewesen wäre. So konnte für die Studien an Heimkindern in keinem Fall eine Einwilligung der Eltern der Kinder oder Jugendlichen gefunden werden. Catel hatte für seine Untersuchungen mit dem Präparat Thiosemicarbazon nachweislich keine Erlaubnis eingeholt. Auch im Fall der Rotenburger Werke liegt es nahe, dass solche Einwilligungen nicht vorhanden waren. Kaminsky konnte für die Studie in Neu-Düsselthal zeigen, dass dort der Leiter des Landesjugendamtes Jans anstelle der Eltern die Zustimmung zu der Untersuchung erteilt hatte.¹²⁵ Seine Zustimmung hatte Jans dahingehend zusammengefasst, „dass das Landesjugendamt als ‚Träger von Erziehungsrechten und -pflichten‘ an Stelle der Eltern die ‚bestmögliche Hilfe‘ zu gewähren habe“. Wenn man jedoch bedenkt, dass im Normalfall zwei Elternteile für ein Kind ihre Einwilligung zu einem Versuch geben müssen,¹²⁶ so erscheint es rechtlich höchst fragwürdig, ob ein Vertreter des Landesjugendamtes befugt ist, beispielsweise für 40 Kinder solch eine Zustimmung zu erteilen, zumal er zu den Kindern sicherlich gar keinen persönlichen Bezug hat und sie wahrscheinlich nicht einmal persönlich kennt. Hier sind Erziehungsrechte und -pflichten nicht den Kindern als „bestmögliche Hilfe“ gewährt, sondern der Institution zur Aufrechterhaltung des Systems sowie dem forschenden Interesse des Mediziners dienlich gemacht worden.

Der Rechtsmediziner Wagner wies bereits in seinem Aufsatz von 1967 darauf hin, dass „Versuche an Gefangenen und zwangsweise eingewiesenen Patienten“ unzulässig seien, „weil hier keine absolute Freiwilligkeit gegeben ist“.¹²⁷ Dies trifft sicherlich genauso auf Heimkinder zu, zumal es sich zumindest bei der FE ja tatsächlich um eine Zwangsmaßnahme handelt. Nach dem hier untersuchten Zeitraum wurde im Arzneimittelgesetz von 1978 das Verbot von Heilversuchen „für auf behördliche Anordnung Verwahrte“¹²⁸ aufgenommen.

Die Außenseiterposition der Heimkinder in der Gesellschaft und die Struktur der Einrichtungen machte es auch möglich, dass sie für die Versuche nicht als Einzelpersonen, sondern als Probanden-Kollektiv zur Verfügung standen. So gelangten Teile dieser Gesamtheit nach bestimmten Kriterien, z. B. aufgrund ihres Antikörperstatus, in das Versuchsdesign. Bei mehreren Impfstoffstudien blieben einige „Kontrollkinder“ ungeimpft. Es gab konkrete Fragestellungen, ein klares Studiendesign und medizinische Untersuchungen. So wird der Studiencharakter dieser Untersuchungen deutlich und grenzt sie von Untersuchungen, wie sie heute beispielsweise als Anwenderbeobachtung bezeichnet werden, ab. Insgesamt kann für die Studien zu Impfstoffen, Psychopharmaka und triebhemmenden Präparaten neben den bereits geschilderten Bedingungen kein direkter Nutzen für die Kinder gesehen werden, doch gab es andererseits zum Teil erhebliche Risiken und auch tatsächlich eingetretene Schäden. Zusammen mit offenbar fehlenden Einwilligungen sind sie daher sowohl unter rechtlichen wie auch ethischen damaligen Aspekten als kritisch zu sehen.

125 Vgl. KAMINSKY, Verbreiterung, wie Anm. 4, 487.

126 Vgl. BOCKELMANN, Strafrecht, wie Anm. 25, 56 f.

127 WAGNER, Problematik, wie Anm. 23, 282. Vgl. hierzu auch Ernst HEINITZ, Ärztliche Experimente am lebenden Menschen, in: Juristische Rundschau 11 (1951), 333–334, hier 334.

128 Erwin DEUTSCH, Medizin und Forschung vor Gericht. Kunstfehler, Aufklärung und Experiment im deutschen und amerikanischen Recht (Heidelberg–Karlsruhe 1978), 48.

Dass es in den 1950er- bis 1970er-Jahren zu diesen gravierenden Normabweichungen ärztlichen Handelns innerhalb eines gesellschaftlichen Subsystems – den Institutionen der Heimerziehung – kommen konnte, kann mit den Operationen eines diskursiven Netzwerkes begründet werden, in dem die „Totale Institution“ Heimerziehung einen der Akteure darstellt. Erkennbar wird ein Muster von personellen, institutionellen, kulturellen und auch dinglichen Zusammenhängen vor dem Hintergrund einer spezifischen gesellschaftlichen Situation. Auf Bruno Latours Akteur-Netzwerk-Theorie (ANT) bezugnehmend, ist der in diesem Zusammenhang wirksame dingliche Akteur das Medikament, das zugleich Untersuchungsobjekt und Quelle von Wirkungen auf medizinisch, institutionell und ökonomisch Handelnde ist. So ist das Medikament als Akteur neben der „Totalen Institution“ ein weiteres gemeinsames Element der Untersuchungen.

Die Wirkungs-, Nebenwirkungs- und Dosisfindung für spezifische Anwendungen ist das durch die Spezifik des Medikamentes induzierte medizinische Interesse, die Funktionsfähigkeit der Einrichtungen das Interesse der institutionellen Akteure der Heimerziehung (in Bezug auf Neuroleptika und triebhemmende Präparate), die Absatzmöglichkeiten des Medikamentes das Interesse des Herstellers.

Im Falle der Heimärzte und -ärztinnen vermischten sich in ihrem ärztlichen, forschenden und institutionellen Handeln drei Akteurskomponenten des Akteur-Netzwerkes und interagierten miteinander. So ist beispielsweise über die genannten Studien die Indikationsausweitung der Neuroleptika zu erklären. Dies führte von dem medizinisch gebotenen, z. B. der Sedierung eines Kindes mit erethischem Zustandsbild, zu der institutionell erwünschten Sedierung auch neurologisch gesunder Kinder. Als „soziales Sedativum“ war das Neuroleptikum Funktions-träger und sozialer Akteur im Netzwerk des Zusammenschlusses anderer – medizinischer, institutioneller, ökonomischer, administrativer und gesellschaftlicher – Akteure. Das Medikament als zentraler Akteur initiiert diese Struktur und erhält sie aufrecht.

Neben der „Totalen Institution“ und dem Medikament als dinglicher Akteur gibt es eine weitere Gemeinsamkeit der Arzneimittelstudien: die Heimkinder. Man kann ihre Rolle bei den Prüfungen als Objekte betrachten, an denen die Präparate getestet worden sind. Ihre „Minderwertigkeit“ erlaubte es, sie dafür zu nutzen. Im Rahmen der ANT käme aber auch ihnen die Rolle eines Akteurs zu. Dies erscheint zunächst widersprüchlich. Aber ihre Rolle kann als ein Akteur umschrieben werden, der den anderen Akteuren erst ihren gemeinsamen Sinn, ihre Identität verleiht.¹²⁹ Nur durch die Existenz der Heimkinder konnten die anderen Akteure an ihnen wirksam werden. In Bezug auf Neuroleptika wird dies besonders deutlich. Die Kinder und Jugendlichen waren unruhig, sie „störten“, einige entwichen oder versuchten zu entweichen. Sie waren eine Bedrohung für die institutionelle Ordnung der Einrichtungen. Gerade diese aktiven Heranwachsenden wurden medikamentös sediert. So war schließlich der Akteur Heimkind Auslöser der Metamorphose vom Heilmittel Neuroleptikum zu einem Sedativum, von einer „medizinischen Indikation“ zur „sozialen Medikation“. Eine solche Sichtweise kann den Betroffenen heute helfen, nicht durch eine Aufarbeitung nochmals in eine Opferrolle gedrängt zu werden, sozusagen dort „festgeschrieben“ zu sein. Als Akteur ist man nicht ohnmächtig, sondern Handelnder.

¹²⁹ Vgl. dazu Ernesto LACLAU / Chantal MOUFFE, Hegemonie und radikale Demokratie. Zur Dekonstruktion des Marxismus (Wien 2015), hier 164.

Informationen zur Autorin

Sylvia Wagner, Promovendin an der Math.-Nat. Fakultät und dem Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin; Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Universitätsstraße 1, 40225 Düsseldorf, Deutschland, E-Mail: sylvia.wagner@uni-duesseldorf.de

Elisabeth Dietrich-Daum / Michaela Ralser

Kinder zwischen Psychiatrie und Fürsorgeerziehung. Das Beispiel der Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation 1954 bis 1987

English Title

Children between Psychiatry and Youth Welfare. The Example of the Innsbruck Child Observation Ward 1954–1987

Summary

This contribution deals with a special form of childhood medicalization: the pathologisation of abnormal behaviour of children in Austria after 1945. Presenting the case of the Innsbruck Child Observation Ward, founded in 1954, it shows how the Austrian therapeutic pedagogy landscape developed and for which functions the centres of child observation served: as locations between psychiatric care, curative pedagogy, medical care and examination, observation, treatment and assessment of children and teenagers who were considered difficult and abnormal. Biographical notes on the leading figure of the Innsbruck system, neurologist and pedagogic therapist Maria Nowak-Vogl, illustrate the deep entanglements with the regional institutions for child and youth welfare. The second part focuses on the dimension and effect of the Innsbruck Child Observation Ward's activities. This section concentrates on placement numbers and ages, length of stay and origin, accommodation arrangements of the children before their placement in the Child Observation Ward as well as the measures recommended by Nowak-Vogl. The fourth section deals with the experience of 19 contemporary witnesses. As independent sources of knowledge, their memories provide insights into the Child Observation Ward's system as well as the actions of the professional actors. The primary source basis comprises samples from more than 3,500 medical records, institutional documents and interviews with affected persons.

Keywords

20th century child psychiatry, Maria Nowak-Vogl, child observation ward, Tyrol (Austria), curative pedagogy, child and youth care welfare

Einleitung

Es ist die Frage nach der Medikalisierung von Kindheit, die die Beiträge des Bandes zusammenhält. Im Fokus des vorliegenden Beitrages steht eine spezifische Form derselben: die Pathologisierung kindlich abweichenden Verhaltens. Ihr geht im ausgehenden 19. Jahrhundert die Wandlung der sozialen Frage in soziale Pathologie beim Erwachsenen voraus.¹ Als klinisches Passepartout der von Nervenärzten um 1900 und infolge meist degenerations- und artungstheoretisch ausbuchstabierten sozialen Devianz (der vorwiegend unteren Klassen) diente das psychiatrische Konzept der „Psychopathie“² respektive der „psychopathischen Minderwertigkeit“ (Julius Ludwig August Koch 1891): als krankheitswertige, die Normalitäts- und Gesundheitsbreite überschreitende Anomalie. Damit gelangte eine neue Gruppe „Kranker“ in den Wirkungsbereich der Psychiatrie: der als unverbesserlich erkannte Delinquent und der als krankhaft gemeinschaftsgefährdend gedeutete Erwachsene und mit ihm erstmals auch der als erbelastet verhaltensauffällig identifizierte Jugendliche und das als konstitutionsbedingt erziehungsschwierig geltende Kind.³ Die Psychiatrie gewann darüber eine neue Einflussosphäre in das Feld der Erziehung, insbesondere in das der Fürsorge- und Heilerziehung – mit doppeltem Effekt: Sie avancierte einerseits zur maßgeblichen Leitwissenschaft der Kinder- und Jugendfürsorge, profilierte bald die pädagogische Diagnostik zu Bildsamkeit und Schultauglichkeit und moderierte schließlich die Entstehung und Entwicklung der frühen „Pädagogischen Pathologie“ (Ludwig Strümpell 1890) und der späteren Heil- und Sonderpädagogik. Diese spezifische mediko-pädagogische Arbeitsteilung in der Sorge um das auffällig gewordene Kind⁴ führte andererseits auch zu einer neuen psychiatrischen Aufmerksamkeit gegenüber den „psychischen Störungen des Kindesalters“ (Hermann Ebbinghaus 1887) und zur Einrichtung eigener Behandlungs- und Beobachtungsorte für ebendiese Patientengruppe. So entstanden an mehreren Nervenkliniken in Deutschland erste psychiatrische Kinderabteilungen (etwa in Frankfurt ab 1900, in Göttingen ab 1907 oder in Halle ab 1916),⁵ schließlich im Gefolge des

1 Vgl. Michaela RALSER, Das Subjekt der Normalität. Das Wissensarchiv der Psychiatrie. Kulturen der Krankheit um 1900 (München 2010), 111–132 und 287–298.

2 Zum Psychopathie-Konzept siehe unter anderen Gerhardt NISSEN, Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Stuttgart 2005), 78–81; Petra FUCHS / Wolfgang ROSE / Thomas BEDDIES, Heilen und Erziehen. Die Kinderbeobachtungsstation an der Psychiatrischen und Nervenlinik der Charité, in: Volker Hess / Heinz-Peter Schmiedebach, Hg., Am Rande des Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne (= Kulturen des Wahnsinns 1870–1930 1, Wien 2012), 111–148, hier 111; vgl. Wolfgang ROSE / Petra FUCHS / Thomas BEDDIES, Diagnose „Psychopathie“. Die urbane Moderne und das schwierige Kind. Berlin 1918–1933 (= Kulturen des Wahnsinns 1870–1930 3, Wien–Köln–Weimar 2016), 31–34.

3 Vgl. RALSER, Subjekt, wie Anm. 1, 298–310.

4 Vgl. Michaela RALSER, Die Sorge um das erziehungsschwierige Kind. Zur Rationalität der Arbeitsteilung zwischen Psychiatrie und Fürsorgeerziehung am Beispiel der Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation, in: Heiner Fangerau / Sascha Topp / Klaus Schepker, Hg., Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit (Berlin–Heidelberg 2017), 557–578. DOI 10.1007/978-3-662-49806-4_14.

5 Vgl. Meike ROTZOLL, „Ein dringendes Erfordernis unserer Zeit“. Zur Entwicklung der pfälzischen Kinder- und Jugendpsychiatrie 1945–1986, in: Fangerau / Topp / Schepker, Hg., Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus, wie Anm. 4, 513–534, besonders 515–516. DOI 10.1007/978-3-662-49806-4_12. Vgl. auch Sylvelyn HÄHNER-ROMBACH, Abschlussbericht für die Fördergeber des Forschungsprojekts „Begutachtung, Therapie und Entscheid. Die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation im lege artis-Vergleich ihrer Diagnoseverfahren, ihrer Behandlungspraxis und Begutachtungspraxis“, 7–11, online unter: http://www.kija-tirol.at/fileadmin/user_upload/Opferschutz/Abschlussbericht_Forschungsprojekt_Kinderbeobachtungsstation_Nowak-Vogl_Juli_2016-April_2017.pdf (letzter Zugriff: 15.05.2018).

Ersten Weltkrieges, der bekanntermaßen schon als Katalysator der Fürsorgeerziehung wirkte, die zwischen Klinik und Kinderheim angesiedelten psychiatrischen Kinderbeobachtungsstationen (etwa ab 1919/20 in Tübingen, ab 1921 an der Berliner Charité oder ab 1926 in Leipzig).⁶ Mit Ausnahme von Wien (das „Heilpädagogische Ambulatorium für abnorme Kinder“ öffnete 1911, die Kinderübernahmestelle KüSt 1925)⁷ waren alle Kinderbeobachtungen und vergleichbaren Einrichtungen Österreichs Gründungen der 50er- und 60er-Jahre des 20. Jahrhunderts. Von der ersten Nachkriegsgründung in Österreich, der Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation, handelt der vorliegende Beitrag.

Vorgestellt wird die in den späten 40er-Jahren zunächst als kleine Bettenstation auf der Erwachsenenpsychiatrie der Universitätsklinik Innsbruck entstandene und seit 1954 eigenständig geführte – administrativ zwischen Universitätsklinik und Landeskrankenhaus angesiedelte – Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation, die unter der langjährigen Leitung der früheren Nervenärztin und späteren Heilpädagogin Maria Nowak-Vogl (1922–1998) stand. Der Beitrag bezieht seine Grundlagen aus einem dreijährigen, interdisziplinären und 2016/17 abgeschlossenen Projekt der Universität Innsbruck.⁸ Vier Themenkomplexe der Studie werden in diesem Beitrag herausgegriffen. Das erste Thema behandelt die Frage der Funktion und Position der Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation ebenso wie die Frage der spezifischen Rolle ihrer Leiterin innerhalb der Fürsorgelandschaft der Region. Referiert werden Berufsbiografie und Stellung der das regionale Fürsorgesystem über 30 Jahre bestimmenden Leiterin. Daran anschließend wird die Kinderbeobachtungsstation als Ort zwischen Psychiatrie und Heilpädagogik sowie als Teil einer sich im Wesentlichen nach 1945 ausformenden „heilpädagogischen Landschaft“ (Dietrich-Daum / Ralser / Rupnow 2017) in Österreich beschrieben. Der zweite referierte Themenbereich fokussiert die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation als Institution und beschreibt diese als eine über 25 Jahre räumlich von der Klinik abgelegene, hegemoniale, weil für den Westen Österreichs solitäre und der regionalen Fürsorge loyal zuarbeitende Struktur zur Untersuchung, Beobachtung, Behandlung und Begutachtung von als erziehungsschwierig und verhaltensauffällig geltenden Kindern und Jugendlichen. Im Zentrum dieses Abschnittes stehen Aufnahmezahlen, Aufnahmealter, Verweildauer sowie Herkunft und Unterbringungssituation der Kinder vor ihrer Aufnahme auf der Kinderbeobachtungsstation. Dies geschieht einmal, um die Station selbst und die Tätigkeit ihrer Leiterin präziser zu fassen, zum anderen, um den systemischen Bruch, den die Station mit der Pensionierung Nowak-Vogls 1987 und dem Übergang der Stationsleitung an Brigitte Hackenberg vollzogen hat, zu markieren. Daran anknüpfend befasst sich die Abhandlung mit den Maßnahmenempfehlungen von Nowak-Vogl, um die faktische Wirkmacht ihrer Gutachten zu definieren und die Effekte auf die Lebenswirklichkeit der ihr anvertrauten Kinder und Jugendlichen zu bemessen. Zum Abschluss wendet sich der Beitrag den referierten Erfahrungen von 19 Zeitzeuginnen und -zeugen zu. Als eigen-

6 Vgl. ebd., 12–15.

7 Dazu etwa Reinhard SIEDER, Das Dispositiv der Fürsorgeerziehung in Wien, in: Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften 25/1–2 (2014), 153–193, hier 162–165.

8 Das Projekt wurde vom Land Tirol, den Tirol Kliniken (vormalige TILAK), der Universität Innsbruck und der Medizinischen Universität Innsbruck gefördert. Vgl. dazu den Schlussbericht der Studie: Elisabeth DIETRICH-DAUM / Michaela RALSER / Dirk RUPNOW, Hg., Studie betreffend die Kinderbeobachtungsstation der Maria Nowak-Vogl – interdisziplinäre Zugänge, online unter: <https://www.uibk.ac.at/iezw/forschungen-zur-kinderbeobachtungsstation/dokumente/studie-kinderbeobachtungsstation-nowak-vogl-2017.pdf> (letzter Zugriff: 15.05.2018).

ständige Erkenntnismittel geben ihre Erinnerungen Einblick in das System der Kinderbeobachtungsstation ebenso wie in das Handeln der professionellen Akteurinnen/Akteure, der Erzieherinnen, Krankenschwestern und Psychologinnen/Psychologen, vor allem aber in das der die Einrichtung dominierenden Leiterin.

Vorgeschichte und Forschungskontext

Bis in die jüngste Vergangenheit war der Öffentlichkeit kaum bekannt, dass in den ersten Jahrzehnten nach 1945 Tausende Kinder in privaten und öffentlichen Erziehungsheimen der Region lebten. Ebendasselbe gilt für die Unterbringung von Kindern in psychiatrisch-heilpädagogischen Institutionen, wie es die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation eine war. Mehr als 3.500 Kinder sind für das Zeitfenster 1948 bis 1995 in den Kinderkrankenakten der Station überliefert. Diese Unbedachtheit sollte sich ab 2010 deutlich ändern. Angestoßen wurde diese Veränderung zuallererst durch die Betroffenen selbst und durch ihren Kampf um Anerkennung als Opfer von erzieherischer und medizinischer Gewalt: in den Einrichtungen der Kinder- und Jugendfürsorge der Region ebenso wie in jenen der Kinderpsychiatrie. Sie verdankt sich somit dem Mut zur Aussage einiger ehemaliger Heimkinder ebenso wie einiger ehemaliger Kinderpatientinnen und -patienten von Nowak-Vogl und dem öffentlichen Gehör, das beide erstmals erlangten. In Tirol verdankt sich die Aufmerksamkeit auch einer ersten Publikation, „Im Namen der Ordnung“⁹ des Innsbrucker Zeithistorikers Horst Schreiber. Mit den Beiträgen von Oliver Seifert¹⁰ und Horst Schreiber fanden sich in dieser Arbeit auch erstmals Analysen, die sich mit dem Anteil der Kinderpsychiatrie – in Tirol in Gestalt der Kinderbeobachtungsstation – an der Gewaltförmigkeit der regionalen Fürsorgeerziehung befassten. Die besondere strategische Bedeutung, die der Psychiaterin und Heilpädagogin Nowak-Vogl im Rahmen der historischen Kinder- und Jugendhilfe der Region zukam, stellten 2014 auch die Arbeiten von Ralser, Bechter und Guerrini¹¹ heraus: Nowak-Vogl trug – darin sind sich alle bislang erschienenen Arbeiten einig – wesentlich zum Erhalt des regionalen Jugendwohlfahrtssystems in seiner überkommenen Form bei. Dieses zeichnete sich in der untersuchten Wohlfahrtsregion Tirol/Vorarlberg nicht nur durch eine besondere Dichte an öffentlichen und konfessionellen Erziehungsheimen aus, solche existierten auch länger als nahezu überall sonst in Österreich. Die meisten schlossen erst an der Wende ins 21. Jahrhundert – in den 1990er- und 2000er-Jahren.¹²

Die hier vorgestellten Forschungen fanden also in einer Zeit erhöhter politischer und medialer Aufmerksamkeit für das Thema statt: begleitet von Medienberichten über Missbrauch in kirchlichen Institutionen, den Ausläufern der Debatten um den Runden Tisch Heimerziehung in Deutschland sowie nationaler und vor allem lokaler Berichterstattung über die Gewalt in

9 Horst SCHREIBER, *Im Namen der Ordnung. Heimerziehung in Tirol* (= transblick. Sozialwissenschaftliche Reihe 6, Innsbruck–Wien–Bozen 2010).

10 Oliver SEIFERT, *Psychiatrie und Fürsorgeerziehung in Tirol*, in: Schreiber, *Im Namen der Ordnung*, wie Anm. 9, 263–283.

11 Michaela RALSER / Anneliese BECHTER / Flavia GUERRINI, *Regime der Fürsorge. Eine Vorstudie zur Geschichte der Tiroler und Vorarlberger Erziehungsheime und Fürsorgesysteme der Zweiten Republik* (Innsbruck 2014).

12 Vgl. Michaela RALSER / Nora BISCHOFF / Flavia GUERRINI u. a., *Heimkindheiten. Geschichte der Jugendfürsorge und Heimerziehung in Tirol und Vorarlberg* (Innsbruck–Wien–Bozen 2017).

den Erziehungsheimen der Region und über den Einsatz drastischer Erziehungs- und Heilmittel in der lokalen Kinderpsychiatrie und darüber hinaus. Besondere mediale Aufmerksamkeit erlangte der Einsatz des Hormonmittels Epiphysan durch Nowak-Vogl.¹³ Unter dem Vorsitz des damaligen Forschungsrektors der Innsbrucker Medizinischen Universität, dem Pharmazeuten Günther Sperk, wurde als Reaktion darauf eine interdisziplinär zusammengesetzte „Medizin-Historische ExpertInnenkommission“ eingerichtet, die mit ihrem 2013 der Öffentlichkeit vorgestellten Bericht einen wichtigen ersten Schritt zur Aufklärung der Verhältnisse an der Kinderbeobachtungsstation einleitete und weitere Forschungen einforderte.¹⁴ Bis Juli 2017 hatten sich 177 ehemalige Kinderpatientinnen und -patienten an die Opferschutzstelle des Landes Tirol gewandt, die ihren Verantwortungsbereich nun über die Landeserziehungsheime hinaus auch auf die Kinderbeobachtungsstation ausdehnte; einige Betroffene nutzten die an der Klinik eingerichtete Telefonhotline und konsultierten die Jugendwohlfahrts-, aber auch die Krankenakten, die über sie angelegt wurden. Erstmals veränderten sich die Sprecherpositionen zu ihren Gunsten, wenn auch noch längst nicht alle Ansprüche geklärt sind: etwa der Anspruch auf die gesetzliche Opferschutzrente auch für diese Personengruppe.¹⁵ Seit der Pressekonferenz im Juni 2017 liegt der Schlussbericht der diesem Beitrag zugrundeliegenden Forschungsarbeit der Öffentlichkeit vor.¹⁶ An einer redaktionell überarbeiteten, alle Ergebnisse versammelnden Publikation in Buchform wird gearbeitet. Ihr Erscheinen ist mit Frühjahr 2019 in Aussicht genommen.

Die Leiterin der Kinderbeobachtungsstation: Dr. Maria Nowak-Vogl (1922–1998)¹⁷

Die 1954 als „Kinderstation des A. Ö. Landeskrankenhauses“ eröffnete und von Maria Vogl, mit ihrer Verheiratung 1967 Nowak-Vogl, bis 1987 geleitete Kinderbeobachtungsstation gilt als erste Nachkriegsgründung funktionsgleicher Einrichtungen in Österreich. Geboren 1922, besuchte Maria Vogl nach der Matura die NS-Lehrerinnenbildungsanstalt in Innsbruck, begann 1941 ihr Medizinstudium, schloss es 1947 als Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie ab, promovierte 1952 an der Geisteswissenschaftlichen Fakultät der Universität Innsbruck und

13 Siehe dazu den Beitrag von Friedmann in diesem Heft sowie Ina FRIEDMANN, „Eine Epiphysankur ist angezeigt“. Die Verabreichung des Hormonpräparates Epiphysan durch Maria Nowak-Vogl, in: Dietrich-Daum / Ralsler / Rupnow, Hg., Studie, wie Anm. 8, 217–254.

14 BERICHT der Medizin-Historischen ExpertInnenkommission, Die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation von Maria Nowak-Vogl, [Innsbruck] 2013, online unter: https://www.i-med.ac.at/pr/presse/2013/Bericht-Medizin-Historische-ExpertInnenkommission_2013.pdf (letzter Zugriff: 15.05.2018).

15 Das Innsbrucker Landesgericht hat mit dem Urteil (42Cgs216/17g) vom März 2018 dem Klagsbegehren einer ehemaligen Kinderpatientin der Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation gegen die Pensionsversicherungsanstalt – Landesstelle Tirol Recht gegeben und die Versicherungsanstalt verurteilt, der Geschädigten eine Opferschutzrente zuzuerkennen. Das Urteil ist wegweisend auch für andere ehemalige in heilpädagogisch-psychiatrischen Einrichtungen Untergebrachte.

16 Der Forschungsbericht ist online abrufbar. Siehe dazu Anm. 8.

17 Eine erste biografische Darstellung erfolgte durch Susanne LICHTMANNEGGER, Nowak-Vogl Maria, in: Brigitta Keintzel / Ilse Korotin, Hg., Wissenschaftlerinnen in und aus Österreich. Leben – Werk – Wirken (Wien 2002), 534–539. Zu Nowak-Vogl als Wissenschaftlerin vgl. RALSER, Sorge, wie Anm. 4; vgl. auch Michaela RALSER, Maria Nowak-Vogl und ihre akademische Stellung zwischen Medizin und Heilpädagogik, in: BERICHT, wie Anm. 14, 41–50.

habilitierte sich in Ermangelung einer etablierten Kinderpsychiatrie ebendort 1959 im Fach Heilpädagogik – als Erste in Österreich.¹⁸ Ihr Arbeitsort jedoch blieb die Psychiatrisch-Neurologische Universitätsklinik: 1947 als Gast-, später als Hilfsärztin, schließlich als nicht fest angestellte Universitätsassistentin. 1953 trat sie als Fürsorgeärztin in den Landesdienst ein und wurde 1954 per Landesbeschluss mit Aufbau und Leitung der psychiatrischen Kinderbeobachtungsstation in der Innsbrucker Sonnenstraße 44 betraut. Als deren spätere Primaria wird sie die Station mehr als drei Jahrzehnte lang leiten und bestimmen: mit autoritärem Führungsstil gegenüber dem Personal und mit unnachgiebig strenger Haltung gegenüber den ihr anvertrauten Kindern. Nowak-Vogl beherrschte aber auch darüber hinaus das Feld. Ihre Diskursführerschaft in heilpädagogischen Fragen, ihre psychiatrische Deutungshoheit in pädagogischer Diagnostik und Prognostik konnte sie bis in die späten 70er-Jahre beständig ausbauen – als Gutachterin in Fürsorgerziehungs- und Jugendgerichtsfragen, als ärztliche Konsiliaria der Landeserziehungsheime in Tirol und Vorarlberg, als Beraterin des Jugendamtes, als Ausbilderin von Sonderschullehrerinnen und -lehrern sowie Heimerzieherinnen und -erziehern in der Region und darüber hinaus (etwa auch in Südtirol), ebenso wie als nachgefragte Vortragende zu allgemeinen Fragen der Erziehung vor breitem Publikum und als langjährige Dozentin an der Universität Innsbruck. Nowak-Vogl verhielt sich stets loyal ihrem Arbeitgeber gegenüber, dem Tiroler Landesjugendamt, und war darüber hinaus in funktionaler Solidarität mit den Einrichtungen der Jugendhilfe (insbesondere mit den Heimleitungen) verbunden: Sie flankierte deren Entscheidungen, nahm ihnen immer wieder den Heimalltag angeblich störende Kinder ab, half bei Fremdunterbringungsengpässen und führte den Erziehungsheimen auch beständig neue, als der öffentlichen Ersatzerziehung aus heilpädagogisch-psychiatrischer Sicht bedürftige Kinder und Jugendliche zu. Als Leiterin der Kinderbeobachtungsstation genoss sie über Jahrzehnte nahezu uneingeschränkte fachliche Anerkennung, einen hohen, über die Landesgrenzen hinausreichenden Bekanntheitsgrad sowie Zustimmung zu ihrem konservativen Erziehungsprogramm in weiten Teilen der lokalen Nachkriegsgesellschaft. Letzteres wird sich in den späten 70er- und beginnenden 80er-Jahren zu ändern beginnen: von außen durch zivilgesellschaftlichen Protest, angestoßen durch den „Tiroler Arbeitskreis für Heimerziehung“, durch Boykottaufrufe ihrer Lehrveranstaltungen, initiiert von der Studierendenvertretung der Erziehungswissenschaften, ebenso wie durch eine erste mediale Aufmerksamkeit, etwa durch den die Praxis der Kinderbeobachtung kritisierenden Teleobjektiv-Beitrag „Problemkinder“ (ORF) von Kurt Langbein aus dem Jahr 1980 und die in der Folge eingeleitete, später fallen gelassene staatsanwaltschaftliche Klage gegen Nowak-Vogls Einsatz des Tierhormons Epiphysan. Offene Kritik, wenn auch noch lange keine systematische Veränderung erzielend, kam auch vom Inneren der Fachdisziplin: etwa vom Leiter der Innsbrucker Psychiatrie, Primar Kornelius Kryspin-Exner, oder dem Psychotherapeuten der Station, Karl Übelhör. Mit der Rückführung der Kinderbeobachtungsstation an den Klinikstandort 1979 büßte Nowak-Vogl

18 Der Promotions- und Habilitationsakt findet sich im Innsbrucker Universitätsarchiv. Ihre Qualifikationsarbeiten, die Dissertation mit dem Titel „Die Bedeutung der kurzfristigen Umweltveränderung in der Erziehung“ aus dem Jahr 1951 und die Habilitation mit dem Titel „Eine Studie über die Gemeinschaftsunfähigkeit“ aus dem Jahr 1958 sind an der Innsbrucker Universitätsbibliothek zugänglich.

zusehends an Entscheidungsmacht ein. Was sie in Tirol bei den zwischenzeitlich zu Sozialarbeiterinnen und -arbeitern ausgebildeten Fürsorgerinnen/Fürsorgern an Einfluss verlor, machte sie in Südtirol wett.¹⁹

Die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation als Teil der heilpädagogischen Landschaft Österreichs

Hat die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation auch eine spezifische, sie kennzeichnende Entstehungs- und Entwicklungsgeschichte,²⁰ so reiht sie sich gleichzeitig ein in eine Gründungswelle funktionsgleicher Einrichtungen in ganz Österreich. Auch dies ist ein wichtiges Ergebnis der Untersuchung.²¹ Mit Ausnahme von Wien, wo, wie bereits angedeutet, eine frühe heilpädagogische Institutionenbildung unter Clemens v. Pirquet (1874–1929) und Erwin Lazar (1877–1932) schon 1911 einsetzte, entstand in unmittelbar zeitlicher Folge zur Errichtung der Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation eine Reihe vergleichbarer Einrichtungen in ganz Österreich. Parallel zur Intensivierung der Heimerziehung in den beiden Nachkriegsjahrzehnten – nie zuvor und nie wieder werden derart viele Kinder in Erziehungsheimen untergebracht²² – etablierte sich ein österreichweites Netz von Heilpädagogischen Ambulatorien, Beratungsstellen, stationären Einrichtungen und Kinderbeobachtungen: 1954 die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation unter Maria Nowak-Vogl, im gleichen Jahr die „Heilpädagogische Ambulanz und Heilpädagogische Beobachtungsstation“ im Landeskinderheim Salzburg-Taxham unter Ingeborg Judtmann (1922–1985),²³ 1955 die „Heilpädagogische Station“ des Landes Niederösterreich in Mödling (1978 Umzug der Station in die Hinterbrühl) unter Erwin Schmutzmeier (1921–2013), 1962 die „Heilpädagogische Station“ des Landes Steiermark in Graz unter der Leitung von Irene Plaß (1922–2013), 1963 die Heilpädagogische Station der SOS-Kinderdörfer in der Hinterbrühl,²⁴ 1969 die „Heilpädagogische Abteilung“ des Landeskrankenhauses Klagenfurt unter Franz Wurst (1920–2008) und schließlich eine 1977 eröffnete „Heilpädagogische Ambulanz“ an der Kinderabteilung des Landeskrankenhauses Feldkirch in Vorarlberg unter Wolfgang Menz. Welchen Namen sie auch trugen – es handelte sich durch-

19 Vgl. dazu Elisabeth DIETRICH-DAUM, Über die Grenze in die Psychiatrie. Südtiroler Kinder und Jugendliche auf der Kinderbeobachtungsstation von Maria Nowak-Vogl in Innsbruck (1954–1987) (= Veröffentlichungen des Südtiroler Landesarchivs 44, Innsbruck 2018).

20 Vgl. zur Vor- und Frühgeschichte der Kinderbeobachtungsstation, die ihre Wurzeln in der NS-Zeit hat, Friedrich STEPANEK, Die Vor- und Frühgeschichte der Kinderpsychiatrischen Beobachtungsstation in Innsbruck (1941–1954), in: Dietrich-Daum / Ralser / Rupnow, Hg., Studie, wie Anm. 8, 76–102.

21 Vgl. zu den einzelnen Einrichtungen die Beiträge von Ina FRIEDMANN, Friedrich STEPANEK und Christine HARTIG, in: Dietrich-Daum / Ralser / Rupnow, Hg., Studie, wie Anm. 8, 13–57.

22 Für die kleine Wohlfahrtsregion Tirol und Vorarlberg beziffern Michaela Ralser, Nora Bischoff und Flavia Guerrini die Zahl der zwischen 1945 und 1990 in Tiroler und Vorarlberger Heimen untergebrachten Kinder und Jugendlichen mit 12.000. Vgl. RALSER, Sorge, wie Anm. 4, 562.

23 Zu Ingeborg Judtmann vgl. auch Ingrid BAUER / Robert HOFFMANN / Christina KUBEK, Abgestempelt und ausgeliefert. Fürsorgeerziehung und Fremdunterbringung in Salzburg nach 1945. Mit einem Ausblick auf die Wende hin zur Sozialen Kinder- und Jugendarbeit von heute (Innsbruck–Wien–Bozen 2013), 203–222.

24 Vgl. dazu Horst SCHREIBER, Dem Schweigen verpflichtet. Erfahrungen mit SOS-Kinderdorf (= transblick. Sozialwissenschaftliche Reihe 11, Innsbruck–Wien–Bozen 2014), 113–152.

wegs um Einrichtungen, die innerhalb der jeweiligen Region – wie schon das Innsbrucker Beispiel zeigt – eine Monopolstellung hinsichtlich der Beurteilung und Verteilung von Kindern und Jugendlichen erreichten, die entweder in den Fokus der Kinder- und Jugendfürsorge geraten waren oder von Schulen, Ärztinnen und Ärzten sowie Eltern als erziehungsschwierig und verhaltensauffällig angesehen wurden und auf diesem Weg in eine dieser neuen medikopädagogischen Orte gelangten. Die österreichische heilpädagogische Landschaft der langen Nachkriegsjahrzehnte war medikal geprägt und politisch einflussreich. Alle Beobachtungseinrichtungen standen – ein österreichisches Spezifikum – unter ärztlicher Leitung: Ihre Leitungsfiguren waren Psychiater/-innen, wie Nowak-Vogl oder Pädiater/-innen, wie der einflussreiche Hans Asperger (1902–1980)²⁵ in Wien und seine in den anderen Bundesländern verteilten Schüler/-innen: Judtmann in Salzburg, Wurst in Klagenfurt, Schmuttermeier in Mödling bzw. in der Hinterbrühl und Plaß in Graz. Mit Ausnahme von Menz²⁶ in Vorarlberg verband sie alle eine Bildungs- und/oder Berufssozialisation im Nationalsozialismus. Die Älteren unter ihnen, wie etwa Asperger, erlangten nicht nur wie die Jüngeren (Judtmann, Nowak-Vogl, Plaß, Schmuttermeier und Wurst) ihre wesentlichen Ausbildungsschritte in der Zeit des Nationalsozialismus, sondern erzielten zwischen 1938 und 1945 auch entscheidende Karriereschritte: Asperger etwa wurde in dieser Zeit sowohl zur Approbation wie auch zur Habilitation zugelassen, erhielt mehrfach Gelegenheit zu Vortrag und Publikation (darunter der später berühmt gewordene Beitrag zu den autistischen Psychopathen, 1944),²⁷ wurde beratender Facharzt im Wiener Gesundheitsamt und war in dieser Funktion auch Teil der Selektion von Euthanasieopfern aus der Nervenheilanstalt Gugging. Wie die neuesten Aktenstudien von Herwig Czech kürzlich ergeben haben, hat Asperger selbst Kinderpatientinnen und -patienten aus seiner Heilpädagogischen Station an den Spiegelgrund übergeben, wo sie im Rahmen der Kinder-euthanasie kurz nach Zuweisung ermordet wurden.²⁸ Reibungslos war auch die Fortsetzung seiner Karriere als Pädiater in der Nachkriegszeit, zuerst in Innsbruck, dann in Wien, und einflussreich blieb seine Position in der österreichischen Heilpädagogik: einer Disziplin – wie die Kinderpsychiatrie – mit „[un]tilgbarer historischen Hypothek“.²⁹ Über Jahrzehnte noch

25 Hans Asperger (1906–1980) ist vor allem wegen seiner Beschreibung einer besonderen Form des Autismus bekannt, die als „Asperger-Syndrom“ in die medizinischen Lehrbücher eingegangen ist. Der 1931 promovierte Mediziner übernahm 1935 die Leitung der „Heilpädagogischen Abteilung“ in Wien, er war Schularzt, Gutachter (auch für den NSV), nach 1945 zunächst provisorischer Leiter der Wiener Kinderklinik, zwischen 1957 und 1962 Vorstand der Kinderklinik Innsbruck. 1962–1977 wurde er Vorstand der Universitätskinderklinik Wien. Vgl. Ina FRIEDMANN, Heilpädagogische Abteilung der Wiener Universitäts-Kinderklinik, in: Dietrich-Daum / Ralsler / Rupnow, Hg., Studie, wie Anm. 8, 19–26, hier 22. Vgl. auch RALSER, Sorge, wie Anm. 4, 571.

26 Eine Ausnahme stellt hier Wolfgang Menz dar, der zwar wie die meisten der künftigen Leiter/-innen unter Asperger studiert hat, aber seine Berufsausbildung erst 1974 abschloss. Nach Beendigung seines Studiums 1974 arbeitete Menz zwei Jahre lang an der Heilpädagogischen Abteilung am Landeskrankenhaus Klagenfurt unter Franz Wurst, bevor er 1976 nach Vorarlberg heimkehrte. Vgl. Friedrich STEPANEK, Die späte Gründung. Die institutionalisierte Heilpädagogik in Vorarlberg, in: Dietrich-Daum / Ralsler / Rupnow, Hg., Studie, wie Anm. 8, 47–49, hier 47.

27 Hans ASPERGER, Die ‚Autistischen Psychopathen‘ im Kindesalter, in: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (1944), 76–136, hier 117.

28 Herwig CZECH, Hans Asperger, National Socialism, and “Race Hygiene” in Nazi-era Vienna, in: *Molecular Autism* 9/29 (2018), DOI: <https://doi.org/10.1186/s13229-018-0208-6> (letzter Zugriff: 15.05.2018).

29 Ernst BERGER, Die Innsbrucker Kinderpsychiatrie/Heilpädagogik im Kontext der Entwicklung des Faches Kinderpsychiatrie, in: BERICHT, wie Anm. 14, 50–56, hier 51.

behinderte die Heilpädagogik österreichischer Prägung eine inklusive (Schul-)Bildung und eine nicht sondernde, teilhabefördernde Begleitung von Kindern in Schwierigkeiten.

Die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation ist gewiss ein besonders markantes Beispiel autoritärer Heilerziehung und, wie Ina Friedmann in ihrem Beitrag zur Epiphysankur in diesem Heft zeigt, besonders drastischer medikaler Kuren – vielleicht aber auch nur das bislang am besten untersuchte Beispiel Österreichs.³⁰

Die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation: die Räume, die Kinder und die handelnden Akteurinnen und Akteure

Für die bis Anfang der 1980er-Jahre³¹ unangefochtenen Position Nowak-Vogls als Leiterin der Station und für ihre weitgehende Handlungsfreiheit und Bestimmungsmacht sind zwei Umstände förderlich gewesen: einmal die solitäre Stellung der Kinderbeobachtungsstation in der gesamten Region – bis 1974 gab es in Tirol und Vorarlberg keine alternative Einrichtung³² –, zum anderen deren Ansiedlung außerhalb des Klinikgeländes, die erst 1979 nach 25 Jahren beendet werden sollte. Circa 2.800 der insgesamt 3.654 aufgenommenen Kinder und Jugendlichen fanden den Ort ihrer Behandlung und Begutachtung also nicht am Klinikareal am Innrain vor, sondern in Häusern im Innsbrucker Stadtteil Hötting. Zwischen 1954 und 1979 waren es zwei Villen in der dortigen Sonnenstraße gewesen, die vom Land Tirol angemietet wurden und jeweils etwa 20 Kinder aufnehmen konnten. Diese Phase ist jene mit den höchsten jährlichen Aufnahmezahlen (siehe Grafik 1); fast 77 % der Aufnahmen fallen in diese Zeit. Diese 25 Jahre stellen auch jene Zeitspanne dar, in der Nowak-Vogl uneingeschränkt die Station nach ihren Vorstellungen führen konnte. Struktur, Alltag und Therapieangebote wurden von Nowak-Vogl vorgegeben, der Zugang zur Station war sehr eingeschränkt, Besuch ohne Voranmeldung

30 Seit 2015 läuft an der Abteilung für Sozial- und Integrationspädagogik der Universität Klagenfurt ein Projekt unter der Leitung von Ulrike Loch, das sich mit der Gewalterziehung und mit den zahlreich nachgewiesenen sexuellen Übergriffen des noch 2000 gefeierten „Anwalts der Kinder“ – des Pädiaters Franz Wurst – beschäftigt und alarmierende Ergebnisse erwarten lässt. Vgl. dazu die Informationen auf der Forschungshomepage der Universität Klagenfurt, online unter: <https://www.aau.at/blog/davon-haben-wir-nichts-gewusst/> (letzter Zugriff: 31.05.2017) sowie den Beitrag von Alma ELEZOVIC / Ingrid LIPPITZ / Ulrike LOCH, Heilpädagogische Diagnostik. Zur wissenschaftlichen Stigmatisierung von Kindern und Jugendlichen, die an den Folgen von sexualisierter Gewalt litten, in: *Erziehungswissenschaft. Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft* 54 (2017), 63–74, online unter: <https://doi.org/10.3224/ezw.v28i1.08> (letzter Zugriff: 31.05.2018).

31 Im September 1980 wurde im ORF der Dokumentarfilm „Problemkinder“ von Kurt LANGBEIN ausgestrahlt, der über die damalige Situation in den österreichischen Heimen berichtete und auch die Behandlungsmethoden Nowak-Vogls infrage stellte. Vgl. dazu online: <https://www.youtube.com/watch?v=FfZNnJv63sM> (letzter Zugriff: 15.05.2018). Es folgte eine Anzeige wegen des Verdachts der schweren Körperverletzung bei der Staatsanwaltschaft Innsbruck. Vgl. auch DIETRICH-DAUM, Über die Grenze, wie Anm. 19, 15.

32 1974 wurde an der Innsbrucker Pädiatrie eine psychosomatische Station, geleitet von Burkart Mangold, eröffnet, die ein Alternativangebot zur Kinderbeobachtungsstation darstellte. Allerdings war die Aufnahmekapazität der „Station Mangold“ mit sieben bis zehn Betten sehr begrenzt. Vgl. Burkart MANGOLD / UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDHEILKUNDE INNSBRUCK, Klinische Abteilung für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie und Pädiatrische Psychosomatik, 30 Jahre Psychotherapie an der Kinderklinik (Matri i. O. 2001). Erst 1977 wurde in Feldkirch die „Heilpädagogische Ambulanz“ des Landeskrankenhauses Feldkirch eröffnet. Vgl. dazu Friedrich STEPANEK, Die späte Gründung. Institutionalisierte Heilpädagogik in Vorarlberg, in: Dietrich-Daum / Ralser / Rupnow, Hg., Studie, wie Anm. 8, 47–49.

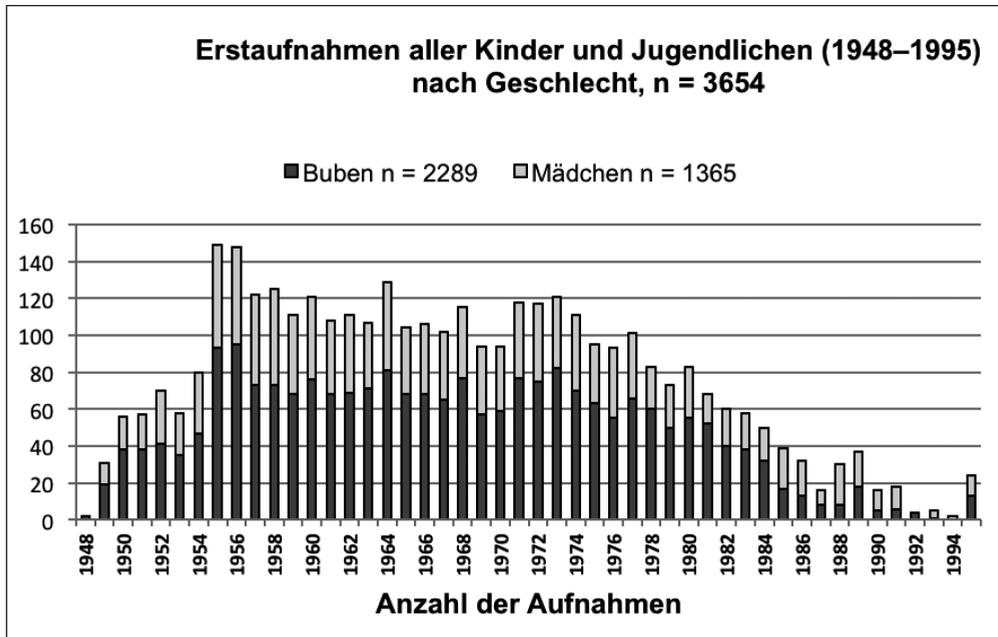
nicht gewährt. Offensichtlich wurde die Station auch nie von Vertretern des Landes kontrolliert – es liegen im Gegensatz zu den Landesheimen keine Kontrollberichte vor –, nur einmal begaben sich Beamte des Landeskontrollamtes an die Expositur in der Sonnenstraße 14, nämlich 1970, um zu entscheiden, welche baulich-sanitären Maßnahmen in dem als desolat beschriebenen Haus zu ergreifen seien.³³ Die Phase zwischen 1954 und 1979 umfasst aber auch jene Jahre, in der die Fremdplatzierung von Kindern und Jugendlichen in ordens- und landeseigenen Heimen ihre Hochphase erreichte,³⁴ was wiederum mit der seit den 50er-Jahren ausgeprägten Aufmerksamkeit für die angeblich mangelnde Erziehungstüchtigkeit der Eltern (vornehmlich der alleinstehenden Mütter) und die vermeintliche Erziehungskrise der (männlichen) Jugend, die die Straße zu beanspruchen begannen, zusammenhängt.³⁵ Die Häufung der Aufnahmen hat aber auch damit zu tun, dass Nowak-Vogl, wie schon angeschnitten, sehr autonom über Aufnahme oder Nichtaufnahme eines Kindes entscheiden konnte. Denn obwohl in einer Mehrzahl der Akten Überweisungsschreiben von Ärztinnen/Ärzten sowie Psychiaterinnen/Psychiatern einliegen, waren diese für die Leiterin der Station nicht maßgeblich für ihre Entscheidung, ein Kind aufzunehmen oder nicht. Maßgeblich hingegen war, wer die Aufnahme begehrte und ob sie gerade ein Bett frei hatte. Als Landesfürsorgeärztin und zuständige Konsiliaria der Landesheime war es ihr auch möglich, durch sogenannte Einberufungen, das heißt Einbestellungen von Heimkindern auf die Station, die Aufnahmekapazität der Kinderbeobachtungsstation auszunutzen und für eine beständige Auslastung zu sorgen. Heimkinder sind deshalb mit 17 % der Aufgenommenen eine stabile Klientel der Kinderbeobachtungsstation.

33 Tiroler Landesarchiv, Amt der Tiroler Landesregierung, Abt. VIId1, Zl. 1252: Bericht der Sanitätsabteilung an LandeshauptmannStv. Karl Kunst vom 6. März 1970. Vgl. dazu auch Friedrich STEPANEK, Zur Spät- und Nachgeschichte der Kinderbeobachtungsstation, in: Dietrich-Daum / Ralser / Rupnow, Hg., Studie, wie Anm. 8, 302–312, hier 302.

34 Vgl. dazu RALSER / BISCHOFF / GUERRINI u. a., Heimkindheiten, wie Anm. 12.

35 Vgl. RALSER, Sorge, wie Anm. 4, 572.

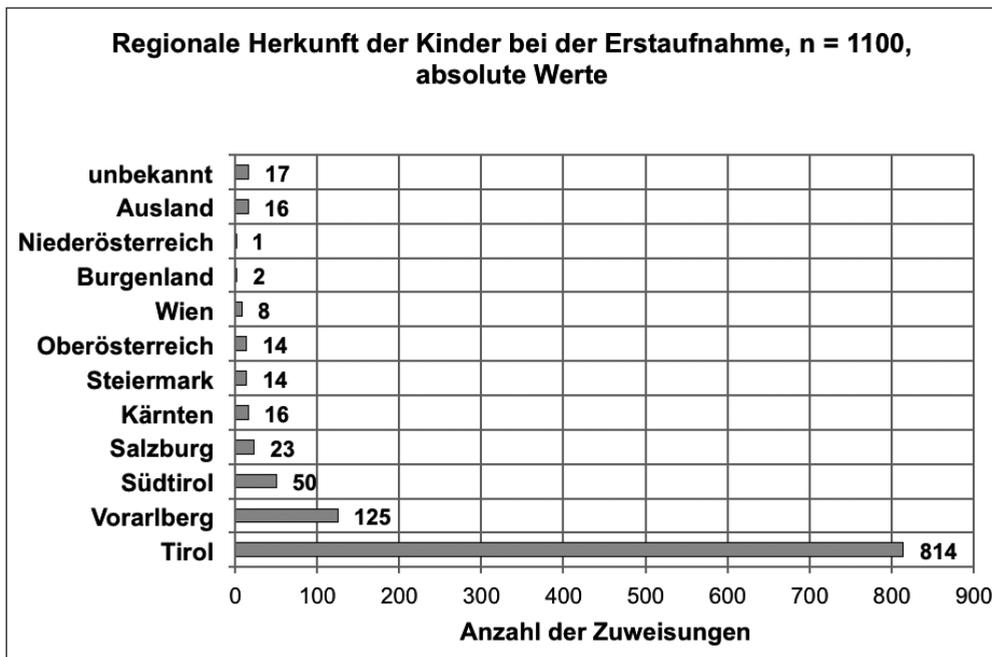
Grafik 1: Entwicklung der Erstaufnahmen aller auf der Kinderbeobachtungsstation zwischen 1948 und 1995 aufgenommenen Kinder (n = 3654), absolute Werte (Quelle: Elisabeth DIETRICH-DAUM, Über die Grenze in die Psychiatrie, wie Anm. 19. 159)



Die Zahl der Aufnahmen stieg mit der Übersiedlung der Station in die Höttinger Sonnenstraße 44 sogleich stark an. Schon in den ersten zwei Jahren nach der Eröffnung 1954 wurde der Höchststand erreicht, das Niveau blieb bis Mitte der 70er-Jahre hoch, sank in den späten 70er-Jahren analog der Entwicklung in den Erziehungsheimen dann kontinuierlich ab. Es gelang der Psychiaterin aber noch für Jahre, die sinkenden Aufnahmen von Tiroler und Vorarlberger Kindern durch die vermehrte Aufnahme von Kindern aus Südtirol aufzufangen. Südtiroler Kinder und Jugendliche wurden in den 70er- und 80er-Jahren eine wichtige und wachsende Patientengruppe (1948–1954: 1,7 %; 1955–1966: 2,9 %; 1967–1977: 5,6 %; 1978–1987: 7,7 % und 1988–1995: 9,6 %);³⁶ insgesamt betrug ihr Anteil über die untersuchten Jahre etwa 5 % der Aufgenommenen. Wie Grafik 2 zeigt, kam über die gesamte Beobachtungszeit gesehen der Großteil der zugewiesenen Kinder aber aus Tirol (74 %) und Vorarlberg (11 %); die Zuweisungen aus anderen österreichischen Bundesländern bewegten sich um Werte unter 2 %.

36 Vgl. Elisabeth DIETRICH-DAUM / Ina FRIEDMANN / Michaela RALSER, Die Kinderbeobachtungsstation (1948–1996). Zahlen, Fakten, Wirkungen – eine quantitative Auswertung des historischen Krankenaktenbestandes, in: Dietrich-Daum / Ralser / Rupnow, Hg., Studie, wie Anm. 8, 109–211, hier 128–130.

Grafik 2: Angaben zur regionalen Herkunft der Kinder bei der Erstaufnahme (n = 1100), absolute Werte (Quelle: DIETRICH-DAUM / FRIEDMANN / RALSER, Die Kinderbeobachtungsstation (1948–1996), wie Anm. 36, hier 128)



Obwohl Nowak-Vogl das Einzugsgebiet besonders in den 60er-Jahren über die Grenzen hinweg auszudehnen vermochte, erreichte sie die anhaltend hohe Auslastung der Station in erster Linie aber über eine Prolongierung der Verweildauer der aufgenommenen Patientinnen und Patienten. Betrug die durchschnittliche Aufnahmedauer im Jahr der Eröffnung 1954 noch 27,2 Tage, zwischen 1955 und 1966 52,6 Tage, zwischen 1967 und 1978 58,7 Tage, war diese in der letzten Periode zwischen 1979, der Rücksiedlung der Station an das Klinikareal, und der Pensionierung Nowak-Vogls 1987, auf über 61 Tage angestiegen. Nach ihrer Pensionierung und mit der Übergabe der Stationsleitung an Hackenberg sank die durchschnittliche Aufenthaltsdauer sofort auf die Hälfte, nämlich auf 33 Tage, ab.³⁷ Dieser Befund markiert als einer unter mehreren den deutlichen Bruch, den die Station mit der Pensionierung Nowak-Vogls vollzog. So fanden sich während ihrer Stationsleitung immer deutlich mehr Buben als Mädchen auf der Station. In der Zeit von der Gründung bis zur Rücksiedlung an das Klinikareal (1948 bis 1979) wurden ca. 64 % Buben und 36 % Mädchen aufgenommen. Nach Nowak-Vogls Pensionierung und der vollzogenen Neuausrichtung der Station in eine deutlich klinischer ausgerichtete Einrichtung ab 1988 ist eine radikale Umkehrung in der Verteilung der Patientinnen und Patienten nach ihrer Geschlechtszugehörigkeit zu beobachten: Die Aufnahmen teilen sich nun auf 62,5 % Mädchen und 37,5 % Buben auf. Der angesprochene Wandel der Station bildet sich ebenso in der Alters-

37 Vgl. ebd., 160 und DIETRICH-DAUM, Über die Grenze, wie Anm. 19, 231.

verteilung der aufgenommenen Patientinnen und Patienten ab. Gemäß der 1953 festgelegten Widmung der Station, nämlich als Einrichtung des Landes zu dienen, „welche der gesamten behördlichen Jugendfürsorge des Landes, den Schulen und den Eltern schwieriger Kinder [...] [als Ort der] Beobachtung, Diagnose, Prognose und heilpädagogische[n] Therapie zur Verfügung steht“,³⁸ überwog der Anteil der Kinder im schulpflichtigen Alter mit 87 % für 20 Jahre deutlich gegenüber den minderjährigen Jugendlichen. Gegen Ende der 1970er-Jahre wurden die Aufgenommenen dann tendenziell älter, nach der Pensionierung Nowak-Vogls 1987 waren schließlich nur mehr zwei Kinder jünger als zwölf Jahre, der Großteil, nämlich 83 %, war nun 16 Jahre und älter. Bemerkenswert ist auch der mit dem Leitungswechsel verbundene Wandel in der Aufnahmep Praxis der Station: Nur mehr knapp 2 % der zwischen 1988 bis 1996 Aufgenommenen kamen aus einem Heim, unter Nowak-Vogl hatte dieser Anteil noch über 17 % (1954 bis 1987) betragen,³⁹ wie auch die Zahl der aufgenommenen Kinder, die von den Organen der Fürsorge zugewiesen wurden, nach 1987 markant zurückging.⁴⁰ Die Kinderbeobachtungsstation hatte damit ihre frühere Funktion als Begutachtungsagentur in Unterbringungs- und Fürsorgefragen aufgegeben. Wie eng diese bis zum Wechsel der Stationsleitung bestehende institutionelle Kooperation zwischen Kinderbeobachtungsstation auf der einen und den Organen der Fürsorge sowie den Landesheimen auf der anderen Seite war, lässt sich noch einmal anhand der Verteilung der Zuweisungen aus den Heimen darlegen: die meisten Zuweisungen von Heimkindern kamen von den Landeserziehungsheimen für schulpflichtige Kinder – aus dem Vorarlberger Jagdberg für Buben und dem Tiroler Kramsach für Mädchen.⁴¹ 40 % der Buben, die aus Heimen an die Station kamen, wurden vom Jagdberg/Schllins überstellt,⁴² bei den Mädchen war es sogar beinahe die Hälfte, nämlich 47 %, die aus dem landeseigenen Heim in Kramsach zugewiesen wurde. Weitere 10 % der weiblichen Zöglinge wurden aus dem Landeserziehungsheim für schulentlassene Mädchen St. Martin bei Schwaz zugewiesen.⁴³ Analoges

38 Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Organisation und Personal, Personalakt von Maria Nowak-Vogl, darin: Beschluss der Tiroler Landesregierung vom 6. August 1953.

39 Der Höchststand der Aufnahme von Heimzöglingen (Stichprobe von 1.185 Akten/1.436 Aufenthalte) wurde zwischen 1955 und 1966 mit 117 Aufnahmen erreicht; in der Periode 1978 bis 1987 nahm Nowak-Vogl nur mehr 26 Kinder aus Heimen auf. Der Trend der sinkenden Aufnahmen von Kindern aus Erziehungsheimen ist nicht auf eine veränderte Aufnahmepolitik von Nowak-Vogl zurückzuführen, sondern hat mit den ab den späten 70er-Jahren erfolgten Schließungen und Verkleinerungen der Heimkapazitäten zu tun. Vgl. DIETRICH-DAUM / FRIEDMANN / RALSER, Die Kinderbeobachtungsstation (1948–1996), wie Anm. 36, 139–144.

40 Insgesamt hatten gemäß der Zufallsstichprobe von 25 % (914 Krankenakten bei 1110 Aufnahmen) 64 % der eingewiesenen Kinder und Jugendlichen vor der Aufnahme in der Ursprungsfamilie gelebt, 17 % in Heimen, 11 % bei Pflegeeltern, 7 % in SOS-Kinderdörfern, Wohngemeinschaften, Internaten und Lehrplätzen. In 1,5 % der gezogenen Akten fehlen die diesbezüglichen Angaben. Vgl. ebd., 138–140.

41 Vgl. ebd., 141 und 143.

42 Bei den Buben folgten nach dem Jagdberg das Bubenheim Fügen mit ca. 17 % der Zuweisungen, mit großem Abstand folgten die Heime Pechegarten mit rund 7 %, das Josefinum in Volders mit beinahe 6 %, die Jugendheimstätte Westendorf mit 4,6 %, Scharnitz mit beinahe 4 %, Mariahilf mit 3,3 %. Jeweils unter 3 % der Zuweisungen von Buben kamen aus den Heimen Jupident, St. Josefs-Institut in Mils, Kleinvolderberg und dem Südtiroler Kinderheim Josefinum Oberplanitzing/Kaltern. Vgl. ebd.

43 Nach Kramsach folgten die Zuweisungen von weiblichen Zöglingen aus den Heimen der Benediktinerinnen Martinsbühel/Zirl mit rund 12 % und Scharnitz mit rund 10 %; 4 % kamen aus dem Mädchenheim Hall, jeweils unter 3 % der Zuweisungen erfolgten aus den Heimen Pechegarten/Innsbruck, Mariahilf/Innsbruck, Maria Ebene/Frastanz, Josefinum/Kaltern, dem Landesjugendheim Blümelhof in Graz/Steiermark und dem Heim zum Guten Hirten in Salzburg. Vgl. ebd.

kann für die Aufnahme von Pflegekindern festgestellt werden: Betrug der Anteil der aufgenommenen Pflegekinder unter Nowak-Vogl noch knapp 12 %, befanden sich nach dem Stationswechsel nur mehr 2 % Pflegekinder unter den aufgenommenen Patientinnen und Patienten.⁴⁴ Lässt sich die Überrepräsentanz der Heim- und Pflegekinder in der Ära Nowak-Vogl weitgehend mit ihren Befugnissen und der widmungsgemäß engen Zusammenarbeit mit den lokalen Fürsorgebehörden erklären und weist gleichzeitig diese Gruppe als besonders vulnerabel aus, ist die Erklärung der Überrepräsentanz der Kinder in Sonderbeschulung nicht auf den ersten Blick einsichtig. Sonderschulkinder waren im Vergleich zu Kindern in Volks- und Hauptschulen, und erst recht gegenüber den sehr wenigen Gymnasiastinnen und Gymnasiasten, überproportional stark vertreten. Fast 23 % der zugewiesenen Kinder waren zum Aufnahmezeitpunkt als Sonderschüler/-innen ausgewiesen. Dieser hohe Wert ergibt sich einmal daraus, als alle Kinder, die vor dem Stationsaufenthalt in einem (Landes-)Erziehungsheim mit abgeschlossener Schule untergebracht waren, als Sonderschüler/-innen galten, weil die Heimschulen diesen Status hatten. Aber selbst wenn die Heimkinder aus der Gruppe der Sonderschüler/-innen herausgerechnet werden, bleiben Sonderschüler/-innen mit 8 % überrepräsentiert. Denn innerhalb der Tiroler Pflichtschüler/-innen betrug der Anteil der Sonderschüler/-innen beispielsweise im Schuljahr 1950/51 1 %, 1960/61 2,8 %, 1970/71 2,5 %, 1980/81 3,2 % und 1990/91 2,3 %. Ob der Grund dafür in einer besonderen mediko-pädagogischen Aufmerksamkeit, die den Sonderschüler/-innen in der Nachkriegsgesellschaft zuteilwurde, oder vielmehr darin zu suchen ist, dass Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten und/oder entwicklungsbedingten Lern- und Erziehungsschwierigkeiten und gegebenenfalls infolge von erlittenen traumatisierenden Erfahrungen sich bevorzugt in Sonderschulen befanden, bedarf weiterer Forschungen.

Als letzte Gruppe, die aus der Gesamtgruppe im Besonderen heraustritt, sollen abschließend jene Kinderpatientinnen und -patienten hervorgehoben werden, auf deren Krankenakte ein ganz besonderer Vermerk stand, nämlich der Hinweis auf Verwandte, die bereits Patientinnen und Patienten der Kinderbeobachtungsstation waren. Bei über 14 % der erhobenen Stichprobe ist dies der Fall. Dieser sehr hohe Wert ist kein Zufall. Denn wie die Notizen in den Anamnesen zeigen, zog eine behördliche Befassung durch eines der Jugendämter häufig die Beobachtung der gesamten Familie nach sich, womit die Wahrscheinlichkeit für ein Kind, der Kinderbeobachtungsstation zugewiesen zu werden, wuchs. Aber nicht nur in solchen Konstellationen, auch darüber hinaus muss das Jugendamt (bzw. mit dem Jugendamt vergleichbare Behörden des Auslandes) nach den Zuweisungen von Ärztinnen und Ärzten und vor den Zuweisungen von Eltern⁴⁵ als wichtiger Akteur in den zum Teil sehr komplexen Zuweisungsvorgängen⁴⁶ gesehen werden (vgl. dazu Grafik 3). Doch fällt dies erst auf den zweiten Blick ins Auge, denn die Notizen am Deckblatt der Krankenakten geben darüber nur unvollständig Auskunft. So wurde die Zuweisung über eines der Jugendämter im Formularfeld „zuweisende Stelle“ nur in gut 12 % der Stichprobe notiert.⁴⁷

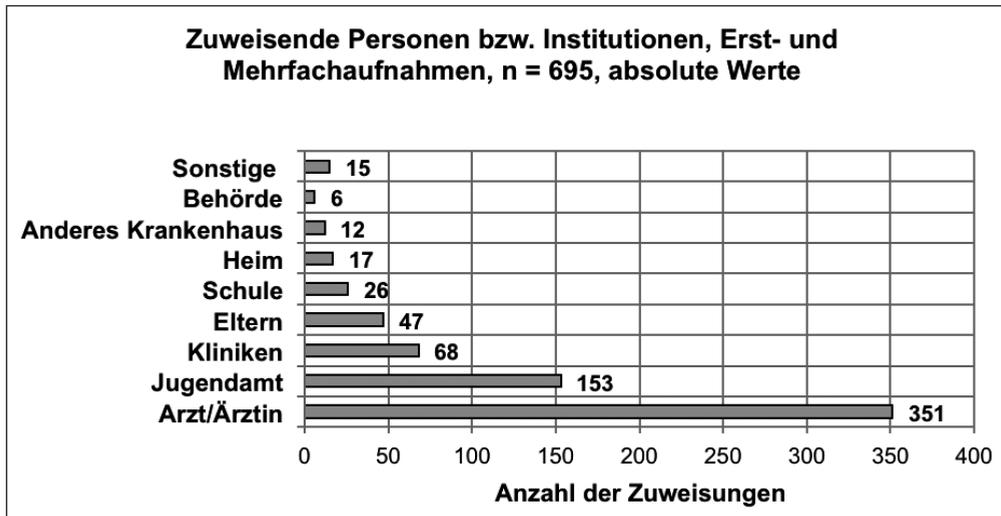
44 Vgl. DIETRICH-DAUM / FRIEDMANN / RALSER, Die Kinderbeobachtungsstation (1948–1996), wie Anm. 36, 139. Die Daten beziehen sich auf zwei Stichproben, die insgesamt 1.436 aus 3.654 Krankenakten darstellen.

45 Vgl. ebd., 154.

46 Zur Zuweisungsstruktur vgl. auch RALSER, Sorge, wie Anm. 4, 572.

47 Die Stichprobe betrug 25 % des Krankenaktenbestandes; vgl. DIETRICH-DAUM / FRIEDMANN / RALSER, Die Kinderbeobachtungsstation (1948–1996), wie Anm. 36, 157.

Grafik 3: Nennungen von zuweisenden Personen bzw. Institutionen (n = 695, Erst- und Mehrfachaufnahmen) aus zwei Stichproben (n = 1.453), absolute Zahlen; in 758 Akten finden sich keine eindeutigen Nennungen. Unter der Rubrik „Kliniken“ wurden die Stationen der Innsbrucker Universitätsklinik subsummiert, während die Rubrik „anderes Krankenhaus“ die Bezirks- bzw. Landeskrankenhäuser und Sanatorien Tirols sowie die Zuweisungen aus Krankenhäusern aus anderen Bundesländern und aus dem Ausland enthält (Quelle: DIETRICH-DAUM / FRIEDMANN / RALSER, Die Kinderbeobachtungsstation (1948–1996), wie Anm. 36, Abb. 19, 154)



Die Analyse der Anamnesen, die an der 25-Prozent-Stichprobe durchgeführt wurde, zeigt nun aber, dass in 629 von 1100 dokumentierten Aufnahmen, das heißt bei mehr als 57 %, das eingewiesene Kind bereits im Vorfeld der Zuweisung Kontakt zu einer der Fürsorgebehörden hatte.⁴⁸ Insgesamt finden sich in der Stichprobe in gut 6 % der Akten Vermerke über angeordnete Erziehungsmaßnahmen, in über 9 % der Vermerk, dass das Jugendamt der Vormund sei, in 35 % der Fälle wird das Jugendamt als zuständige Behörde genannt.⁴⁹ Manchmal lag dieser Kontakt zeitlich schon etwas zurück, sehr häufig aber fand dieser zeitnah mit der Einweisung der Kinder statt. Auch konnte das Maß der Involvierung des Jugendamtes variieren, es konnte eine Zuweisung bloß empfehlen, auf eine solche drängen, diese organisieren oder von sich aus veranlassen.

48 Vgl. DIETRICH-DAUM / FRIEDMANN / RALSER, Die Kinderbeobachtungsstation (1948–1996), wie Anm. 36, 158.

49 Die Analyse wurde anhand der 10-Prozent-Stichprobe durchgeführt. Vgl. ebd., 147.

Die Macht der Gutachten – Nowak-Vogls Maßnahmenempfehlungen

Die Frage nach den Maßnahmenempfehlungen, die Nowak-Vogl in den Gutachten bzw. in den ärztlichen Berichten festhielt, ist insofern von besonderem Belang, als Betroffene der Psychiaterin vorwerfen, ihre Gutachten hätten gravierende Auswirkungen auf ihr weiteres Leben gehabt. Heimeinweisungen, Pflegeplatzwechsel und Überstellungen in Sonderschulen seien aufgrund der Gutachten der Kinderbeobachtungsstation veranlasst, zuweilen auch die Hoffnung auf den gewünschten Ausbildungsweg zunichtegemacht worden. Was hier subjektiv erinnert wird, soll am Beispiel der in den Gutachten abgegebenen Unterbringungsempfehlungen Nowak-Vogls vertieft werden, auch um die faktische Wirkmacht ihrer Gutachtertätigkeit zu bemessen.

Für Nowak-Vogl war die Frage anzuordnender oder fortzusetzender Maßnahmen einschließlich der Frage der Unterbringung der Kinder der Sinn ihres Tuns und die eigentliche Aufgabe der Station. In einem frühen Aufsatz aus dem Jahr 1954 schrieb sie mit Bezug auf das Aufgabenprofil der Station:

„Die Einflußnahme auf das zukünftige Milieu des Kindes entspricht den Grundsätzen der modernen Psychiatrie. Da diese Entscheidungen zum Wichtigsten und Verantwortungsvollsten der ganzen kinderpsychiatrischen Arbeit gehören und außerdem erheblichen Überblick und Erfahrung brauchen, dürfen sie nicht dem Zufall oder irgendwelchen kurzichtigen Überlegungen überlassen bleiben: Sie sind ein Teil der Hauptarbeit des Kinderpsychiaters.“⁵⁰

Vorausgeschickt muss hier werden, dass ein Gutachten der Kinderbeobachtungsstation je nach Fallkonstellation ganz unterschiedliche Zwecke und Ziele verfolgen konnte. Funktion und Wirkung der Gutachten hingen wesentlich davon ab, wer diese zu welchem Zweck mit welchem Ziel anforderte. Zunächst war das ärztliche Gutachten Voraussetzung für die Erstattung der Kosten der stationären Aufnahme an der Kinderbeobachtungsstation durch Versicherer oder andere Zahlungspflichtige. Es bescheinigte den zahlungspflichtigen Stellen die medizinische Notwendigkeit des stationären Aufenthaltes und begründete die Zahlungspflicht. Gutachten waren (und sind) darüber hinaus aber auch ein wesentliches Medium der ärztlichen Kommunikation über eine Patientin bzw. einen Patienten. Im Falle der Kinderbeobachtungsstation dienten die Gutachten in der Mehrzahl der Begründung einer Maßnahmensetzung: Sie sollten den Behörden eine Entscheidungsgrundlage für zu setzende Fürsorgemaßnahmen liefern oder solche gegebenenfalls ex post legitimieren; sie dienten aber auch dazu, den Eltern bei einer Heimunterbringung behilflich zu sein oder im Fall von Zuweisungen aus Heimen und Schulen die Notwendigkeit der Entfernung eines Kindes aus Schule bzw. Heim zu bestätigen.⁵¹ Demnach sollten sie die von Behörden, Eltern und von anderen mit der Erziehung und Obhut der Kinder betrauten Personen oft bereits bei der Aufnahme des Kindes in Vorschlag gebrachten Maßnahmen medizinisch bzw. heilpädagogisch begründen und damit deren administrative und finanzielle Umsetzung ermöglichen. Nowak-Vogl war hier, wie die Akten umfanglich

50 Maria VOGL, Die Notwendigkeit der kinderpsychiatrischen Arbeit, in: Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde und deren Grenzgebiete 9/1–2 (1954), 29–32, hier 31.

51 Über die verschiedenen Funktionen und Verwendungskontexte der Gutachten vgl. ausführlicher: DIETRICH-DAUM, Über die Grenze, wie Anm. 19, 269–277.

bestätigen, sehr kooperativ. In der großen Mehrzahl der Aufnahmen entsprach sie den Interessen ihrer Auftraggeber, nur in Ausnahmen wich ihre Empfehlung vom Wunsch des Auftraggebers ab.

In weit über 50 % der Aufnahmen wurde die Frage der künftigen Unterbringung des Kindes bereits im Aufnahmegesuch in irgendeiner Form thematisiert. Häufig wurde schon im Überweisungsschreiben gebeten, die Notwendigkeit der Aufnahme des überwiesenen Kindes in einem konkret genannten Heim gutachterlich zu begründen und wenn möglich auch sogleich zu veranlassen, in deutlich weniger Fällen sollte die ärztliche Expertise einen vorgesehenen Pflegeplatzwechsel argumentieren. Manchmal blieb die Anfrage der zuweisenden Akteure recht unbestimmt in dem Sinne, dass man wissen wollte, wie das Kind am besten unterzubringen sei. Insgesamt empfahl Nowak-Vogl in 40 % der Gutachten die Unterbringung des Kindes in der Ursprungsfamilie, für 36 % der aufgenommenen Kinder hielt sie eine Unterbringung in einem Kinder-, Erziehungs- oder Lehrlingsheim, in einem Internat oder SOS-Kinderdorf für angemessen oder schlug einen Heimwechsel vor; in 9 % der Gutachten empfahl Nowak-Vogl die Unterbringung in einer Pflegefamilie oder einen Pflegeplatzwechsel, in 3 % der Gutachten die Unterbringung auf einem Lehrplatz, beim Arbeitgeber oder in einer Klinik.⁵²

Doch tatsächlich wurde den Unterbringungsempfehlungen nicht immer Folge geleistet. Nach der Auswertung zweier Stichproben (insgesamt 1.436 von 3.654 Krankenakten) setzte sich Nowak-Vogl in etwas mehr als 77 % der Unterbringungsempfehlungen durch. So kamen 56 % der begutachteten Kinder in die Ursprungsfamilie zurück – Nowak-Vogl hatte die Familie als den geeigneten Unterbringungsort aber nur bei 40 % der Kinder empfohlen. Heimunterbringung hatte die Psychiaterin bei knapp 36 % der Begutachteten vorgeschlagen – in Heimen untergebracht wurden letztendlich aber 25 % der aufgenommenen Kinder.⁵³ Im Endeffekt kam jedes siebente Kind, das vor dem Stationsaufenthalt in seiner Familie gelebt hatte, und jedes vierte Kind, das vor der Begutachtung in einer Pflegefamilie untergebracht war, nach dem Stationsaufenthalt in ein Heim. Dagegen lag die Chance für ein Heimkind, nach dem Stationsaufenthalt in die Ursprungsfamilie zurückkehren zu können, bei nur etwas mehr als 13 %.⁵⁴

Bei insgesamt 20 % der erhobenen Fälle war eine sofortige Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahme aus unterschiedlichen Gründen nicht zustande gekommen. Häufig scheiterte die Umsetzung, weil im vorgeschlagenen Heim kein Platz frei war oder weil sich das Heim weigerte, den Zögling (wieder) aufzunehmen. Nicht selten mussten erst die nötigen behördlichen Unterlagen besorgt, die Finanzierung geklärt oder ein neuer Pflegeplatz gesucht werden. Manchmal erbaten die Eltern, das Kind noch bis zum Ablauf des Schuljahres oder bis zum

52 Basis dieser Auswertung sind 1.100 Krankenakten. In der großen Mehrheit der Gutachten wurden Unterbringungsempfehlungen vermerkt. In 30 Begutachtungsfällen wurde keine Empfehlung abgegeben. Vgl. DIETRICH-DAUM / FRIEDMANN / RALSER, Die Kinderbeobachtungsstation (1948–1996), wie Anm. 36, 190.

53 Vgl. ebd., 197. Es muss davon ausgegangen werden, dass veranlasste oder gutachterlich empfohlene Heimunterbringungen nicht unmittelbar bei Entlassung – auf die sich der hier angegebene Wert von 25 % bezieht –, sondern erst nach Wochen durchgeführt wurden, etwa dann, wenn kein Heimplatz frei war oder wenn die Finanzierung der Unterbringung erst geklärt werden musste.

54 Vgl. ebd., 202. Noch schlechter waren die Chancen für Pflegekinder, in ihre Ursprungsfamilie zurückzukehren. Nowak-Vogl hatte für weniger als 5 % der aufgenommenen Pflegekinder eine Entlassung in die Ursprungsfamilie empfohlen. Vgl. ebd., 203.

Ende der Sommerferien zu Hause behalten zu dürfen, in einer geringeren Zahl lehnten die Eltern die vorgeschlagene Unterbringung grundsätzlich ab. In einigen Fällen scheiterte die Unterbringung, weil sich das Jugendamt eine andere Lösung vorgestellt hatte oder nach anderen Lösungen suchte.

Insgesamt dürfte Nowak-Vogl für die erstmalige oder fortgesetzte Heimunterbringung von hochgerechnet 800 bis 900 Kindern mitverantwortlich sein. Mitverantwortlich, weil zahlreiche dieser Heimzuweisungen von den zuweisenden Personen oder Stellen ausdrücklich verlangt und zum Teil schon organisiert waren. Es fehlte nur noch das entsprechende Gutachten, um die gewünschte Unterbringung auch zu ermöglichen. Mit Blick auf die enorme Zahl von geschätzten 12.000 Zöglingen in Tiroler und Vorarlberger Heimen stellt sich allerdings die Frage, auf welchem Weg und über welche Initiativen die anderen, über 10.000 Kinder in diese Heime kamen und wer dafür verantwortlich ist.

Ein von strengen Tagesabläufen durchherrscher, kalter und angsteinflößender Ort – die Kinderbeobachtungsstation in den Erinnerungen der Zeitzeuginnen und -zeugen

Mit 19 ehemaligen Kinderpatientinnen und -patienten stand das Forschungsteam in Kontakt, mit zwölf konnte ein ausführliches Interview geführt werden.⁵⁵ Die Kontakte kamen durch Vermittlung der Opferstellen, über persönliche Anfrage und über einen Zeitungsaufruf zustande. Die in den Interviews geschilderten Erfahrungen stehen exemplarisch für die gesamte Laufzeit der Kinderbeobachtungsstation: Die Aufnahmedaten der interviewten sieben weiblichen und sechs männlichen Zeitzeugen reichen von den 1950er- bis in die 1980er-Jahre. Keine Gruppe ist überrepräsentiert: Die Interviewpartner/-innen verteilen sich gleichmäßig nach sozialer und kultureller Herkunft, nach Zuweisungs- und Entlassungsort (Ursprungs-, Pflegefamilie und Erziehungsheim), nach Aufenthaltsdauer und Einweisungsalter. Sie reichen vom Buben, dessen Mutter mit Nowak-Vogl flüchtig bekannt war, bis zum Mädchen, welches vom SOS-Kinderdorf ohne Zustimmung der Eltern überstellt wurde. Ihre Erzählungen über die Behandlungspraxis und den Umgang mit ihnen stimmen weitgehend überein: Für alle ist der Aufenthalt mit psychischen und physischen Verletzungen verbunden, sie erinnern den Ort übereinstimmend als eine Mischung aus, wie sie sagen, „Kinderheim, Gefängnis und (Versuchs)Klinik“,⁵⁶ als einen von Disziplinierungen, Strafandrohungen und strengem Regular durchherrscher, kalten Ort. Sie beschreiben das engmaschige Netz von Überwachung und Bestrafung, die peinliche Inspektion ihre Genitalien, die ritualisierte Bloßstellung nach dem Bettnässen, den Essenszwang und Essenszug, die Verfolgung kindlicher Onanie, die Angst vor der Stationsleiterin, deren Schlüsselbund, der gleich mehrere Interviewpartner/-innen bis zu heute sichtbar davongetragener Narbe traf, den Bambusstock der Lehrerin, Nowak-Vogls Schwester Elisabeth Vogl. Auch die Medikamentengabe, die übereinstimmend mit der Aktenanalyse als häufig er-

55 Die Interviews führte Christine HARTIG, „[A]ls Kind musst du einfach damit umgehen. Weil friss oder stirb, gell“, in: Dietrich-Daum / Ralsler / Rupnow, Hg., Studie, wie Anm. 8, 255–299.

56 Ebd., 265.

innert wird, wurde in der Art des Einsatzes mehrheitlich als Sanktionsmittel erlebt, das gilt insbesondere für die verabreichten Sedativa und Triebhemmer. Ebendasselbe gilt für die Gespräche mit Nowak-Vogl: Diese werden ausnahmslos als angsteinflößende Unterweisung erinnert, als beschämende Moralrede und Drohung, wie sich das spätere Leben der Aufgenommenen entwickeln werde: als „Sonderbeschulte mit bloßer Aussicht auf einen Hilfsarbeiterjob“, als „Bandenmitglied“, als „Dauerpatient in Stadlhof“ oder in der Prostitution.⁵⁷ Für die ehemaligen Kinderpatientinnen und -patienten stellte sich die Kinderbeobachtung demnach nicht als ein sicherer Ort dar, sondern als eine von Strafpraktiken (Schlägen, Isolierung, Drohung) und Beschämungen (Überwachung, Inspektion, Vorführung) gekennzeichnete Stätte wiederkehrender Gewalt- und Ohnmachtserfahrung.

Schluss

Man hätte annehmen können, dass die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation und die anderen funktionsgleichen Einrichtungen in Österreich, welche angetreten waren, den Maßnahmen der Fürsorgeerziehung eine heilpädagogisch-psychiatrisch informierte, wissenschaftliche Grundlage zu verleihen, einen professionalisierenden Wendepunkt in der historischen Kinder- und Jugendwohlfahrt einleiteten. Das war nicht der Fall: Vielmehr verschafften sie der geschlossenen Heim- und Heilerziehung eine neue – diese noch lange erhaltende – wissenschaftliche Legitimität. Die Gewalthaftigkeit der Fürsorgeerziehung wurde nicht gebannt, im Gegenteil: Vielfach wurde sie durch einen pathologisierenden Zugriff auf die Kinder und Jugendlichen noch verstärkt. An der Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation der Maria Nowak-Vogl jedenfalls überwogen bis zuletzt die Sozial- und Verhaltensdiagnosen.⁵⁸ Mit geringfügiger Varianz entstammten sie dem Inventar des psychiatrischen Diagnosekomplexes der psychopathischen Persönlichkeit der vorletzten Jahrhundertwende.

Informationen zu den Autorinnen

Ao. Univ. Prof. Dr. Elisabeth Dietrich-Daum, Institut für Geschichtswissenschaften und Europäische Ethnologie, Universität Innsbruck, Innrain 52, 6020 Innsbruck, Österreich, E-Mail: elisabeth.dietrich@uibk.ac.at

Univ. Prof. Dr. Michaela Ralsler, Institut für Erziehungswissenschaft, Universität Innsbruck, Liebeneggsstraße 8, 6020 Innsbruck, Österreich, E-Mail: michaela.ralsler@uibk.ac.at

57 Vgl. DIETRICH-DAUM, Über die Grenze, wie Anm. 19, 278 und 281 und DIETRICH-DAUM / FRIEDMANN / RALSER, Die Kinderbeobachtungsstation (1948–1996), wie Anm. 36, 182 und 185.

58 In weniger als 3 % der Aufnahmen diagnostizierte Nowak-Vogl eine psychiatrische Grunderkrankung. Vgl. DIETRICH-DAUM / FRIEDMANN / RALSER, Die Kinderbeobachtungsstation (1948–1996), wie Anm. 36, 165.

Ina Friedmann

**„[D]a sie wieder am Tage onanierte.“
Epiphysanverabreichungen an der Innsbrucker
Kinderbeobachtungsstation 1954–1987**

English Title

“As She once again Masturbated during the Day.” The Practice of Epiphysan-administration at the Children’s Observation Ward in Innsbruck 1954–1987

Summary

The hormonal preparation Epiphysan was introduced at the Children’s Observation Ward in Innsbruck/Tyrol (Austria) by child psychiatrist and therapeutic pedagogue Maria Nowak-Vogl in 1952. It was administered to minors in order to treat their alleged sexual misbehavior in cases of masturbation or so-called “hypersexuality”. Epiphysan was extracted from the fresh pineal gland of young cattle and Nowak-Vogl administered it to her underage patients for almost 30 years. By highlighting the practice of Epiphysan-administration at the Ward, it is not only possible to give insight into the treatment of children, who were ascribed sexually “abnormal” behavior on the part of parents or institutions, affirmed by the authority of Nowak-Vogl, but also into the handling of unwanted sexuality within the western Austrian welfare system.

Keywords

Epiphysan, 20th century, Tyrol/Austria, children’s observation ward, child psychiatry, Maria Nowak-Vogl, patient’s records, sexuality, masturbation

Einleitung

Die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation fungierte von 1954 bis 1987 als Begutachtungs- und Verteilungsinstitution für Minderjährige im westösterreichischen Fürsorgesystem. Geleitet wurde sie von der Kinderpsychiaterin und Heilpädagogin Maria Nowak-Vogl,¹ die ab 1948 an

1 Bis zu ihrer Hochzeit 1967 Maria Vogl, danach Nowak-Vogl. Im Folgenden wird einheitlich der Ehe-name Nowak-Vogl verwendet.

der Vorläufereinrichtung, dem „Kinderzimmer“ der Frauenabteilung der Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik Innsbruck, tätig war.² Während der Artikel von Elisabeth Dietrich-Daum und Michaela Ralser in diesem Band Aufschluss über institutionelle Rahmenbedingungen, Aufnahmezahlen und Lebensrealität der Patientinnen und Patienten geben, fokussiert dieser Beitrag einen weiteren Punkt, der im zugrunde liegenden Forschungsprojekt von wesentlichem Interesse war: die Verabreichung des Hormonpräparates Epiphysan zur Bekämpfung unerwünschter Sexualität Minderjähriger. Eine kritische Thematisierung dieser Verabreichungspraxis war eine Begleiterscheinung der öffentlichen Auseinandersetzung mit dem Thema Gewalt in den staatlichen Erziehungsheimen, die 2010 regional besonders durch den Historiker Horst Schreiber in den medialen Fokus gerückt war.³

Im Folgenden wird anhand der erhobenen Fälle⁴ sowie Nowak-Vogls Publikationen eine Rekonstruktion der Verabreichungspraxis angestrebt. Dabei wird auf Basis der Krankenakten der Kinderbeobachtungsstation nach den unterschiedlichen Motiven für eine ‚Behandlung‘ mit Epiphysan gefragt sowie auch ein quantitativer Überblick über jene Gruppe von Minderjährigen gegeben, die davon betroffen war. Das Aufzeigen der auch in dieser Frage engen Kooperation der Kinderbeobachtungsstation mit Jugendämtern sowie Kinder- und Erziehungsheimen ermöglicht es zudem beispielhaft nachzuvollziehen, wie engmaschig das Netz der Überwachung und Korrektur von Kindern und Jugendlichen war.

Epiphysan: Zusammensetzung, Indikation und Verabreichungsweise

Epiphysan ist ein Hormonpräparat, das aus dem Extrakt frischer Zirbeldrüsen junger Rinder sowie Parahydroxybenzoesäuremethylester als Stabilisator bestand.⁵ Als Indikationen für die Verabreichung des auch bei Tieren angewandten Präparates beim Menschen galten gemäß dem Beipacktext „Hypersexuelle Störung sowohl beim Mann als auch bei der Frau“ sowie „Psychose“. Als Kontraindikation wird die Überempfindlichkeit gegen Bestandteile des Präparates erwähnt und außerdem werden Nebenwirkungen angegeben: „Zu Beginn der Behandlung kann es zu Mattigkeit und Steigerung der Krankheitssymptome kommen. Eine lange Behand-

2 Vgl. generell zur Kinderbeobachtungsstation Elisabeth DIETRICH-DAUM / Michaela RALSER / Dirk RUPNOW, Hg., Studie betreffend die Kinderbeobachtungsstation der Maria Nowak-Vogl – interdisziplinäre Zugänge. Schlussbericht des Forschungsprojekts (Innsbruck 2017), online unter: <https://www.uibk.ac.at/iezw/forschungen-zur-kinderbeobachtungsstation/dokumente/studie-kinderbeobachtungsstation-nowak-vogl-2017.pdf> (letzter Zugriff: 14.10.2017).

3 Vgl. z. B. HORST SCHREIBER, Im Namen der Ordnung. Heimerziehung in Tirol (Innsbruck–Wien–Bozen 2010).

4 Insgesamt wurden 1.436 Krankenakten eingesehen, in diesen waren 28 stationäre Epiphysanverabreichungen dokumentiert, welche die Grundlage für die folgenden Ausführungen bilden.

5 Die 1-ml-Ampullen enthielten das Zirbeldrüsenextrakt aus 0,1 g Zirbeldrüse sowie 3,3 g Parahydroxybenzoesäuremethylester. Vgl. Günther SPERK, Pharmakologische Beurteilung des Präparats Epiphysan, in: Bericht der Medizin-Historischen ExpertInnenkommission. Die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation von Maria Nowak-Vogl (Innsbruck 2013), 64–69, hier 64, online unter: https://www.i-med.ac.at/pr/presse/2013/Bericht-Medizin-Historische-ExpertInnenkommission_2013.pdf (letzter Zugriff: 01.09.2015). Zugelassen war das Präparat als „Epiphysan Disperga“ in 1-ml- und 5-ml-Ampullen, als Tabletten und in Ampullen für Tiere. Disperga hieß das Wiener Pharmaunternehmen, das Epiphysan vertrieb.

lungsdauer mit sehr hohen Dosen kann zu einer Atrophie der Gonaden [Gewebeschwund der Geschlechtsdrüsen] führen.“⁶ Zentral war, dass Epiphysan lediglich eine gesteigerte Sexualität ‚regulieren‘ und daher das ‚normale‘ Sexualverhalten nicht beeinflussen würde. Unklar ist nach Günther Sperk, „ob der Hauptinhaltsstoff der Zirbeldrüse, das Melatonin, für mögliche Wirkungen bei ‚Hypersexualität‘ überhaupt wirksam gewesen sein könnte“.⁷ Das bedeutet, dass über die eigentlichen Wirkmechanismen der Inhaltsstoffe des Präparates Unklarheit herrschte.

Die Verabreichung von Epiphysan auf der Kinderbeobachtungsstation erfolgte einheitlich durch intramuskuläre Injektionen. Diese sollten gemäß der empfohlenen Dosierung während der ersten drei Tage täglich zu 1 ml, danach bis zu 5 ml jeden dritten Tag verabreicht werden.⁸ Auf der Station wurde das Präparat allerdings jeden zweiten Tag angewandt, manchmal wurden die Intervalle auch geändert. Unklar bleibt, woran sich Nowak-Vogl dabei orientierte. Sie selbst gab 1957 nämlich an, dass das Epiphysan „genau nach der dem Medikament beiliegenden Anweisung“ injiziert worden sei.⁹

Neben dem flüssigen Präparat wurden von der Firma auch Linguatabletten hergestellt, die – nach dem erhobenen Sample zu schließen – auf der Station nicht zur Anwendung kamen. Doch findet sich in den Akten ein Hinweis, dass diese Tabletten Angehörigen für die Verabreichung zu Hause empfohlen wurden: Die Mutter einer neunjährigen Patientin erkundigte sich bei deren Entlassung im Jahr 1960 – das Mädchen war bereits einer Epiphysan-‚Kur‘ unterzogen worden –, was sie wegen der Onanie der Tochter zu Hause unternehmen könne. Daraufhin wurde festgehalten: „Es werden ihr Epivisantabletten [sic!] aufgeschrieben.“¹⁰ Dies ist der einzige bisher erhobene Fall, in dem Epiphysan in Tablettenform zur weiteren Behandlung nach der Entlassung verschrieben wurde. Der Fall zeigt aber, dass Eltern mitunter durchaus Interesse an der (fortgesetzten) medikamentösen Behandlung ihrer Kinder hatten.

Dimension der Verabreichung

Die Dimension der ‚Behandlung‘ von Minderjährigen mit Epiphysan ist weitaus größer gewesen als aus dem Sample ersichtlich wird. Während bei den erhobenen 1.436 Aufnahmen an der Kinderbeobachtungsstation lediglich 28 Fälle von stationärer Epiphysan-Verabreichung aufscheinen, sprach Nowak-Vogl bereits 1957 von 32 „Kontrollversuchen“, die sie nach der erstmalig „erfolgreichen“ Medikation 1952 durchgeführt hatte. Dass nur ein Teil dieser Verabreichungen in den Akten dokumentiert ist, liegt an der frühen Praxis, die betroffenen Kinder stationär zu begutachten, die eigentliche ‚Behandlung‘ jedoch nach der Entlassung ambulant durchzuführen.¹¹ Neben der zunehmenden stationären Aufnahme zur Verabreichung entwickelte sich parallel sehr schnell die Vorgehensweise, die ‚Behandlung‘ auszulagern – in Erziehungsheime, die Landes-Heil- und Pflegeanstalt Hall oder auch an den behandelnden

6 Anhang: Beipackzettel Epiphysan, in: Medizin-Historische ExpertInnenkommission, wie Anm. 5, 137.

7 SPERK, Beurteilung, wie Anm. 5, 66. Für weitere Informationen zu Epiphysan und Melatonin vgl. ebd., 66–67.

8 Vgl. ebd., 64.

9 Vgl. Maria VOGL, Differentialdiagnose und Therapie der kindlichen Hypersexualität, in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 6 (1957), 164–167, hier 165.

10 Tiroler Landesarchiv (TLA), A. Ö. Landeskrankenhaus (LKH), Kinderstation, TLA-Zahl (Zl.) 3077.

11 Vgl. VOGL, Differentialdiagnose, wie Anm. 9, 165.

Hausarzt.¹² Erste derartige Nachweise im Sample stammen aus dem Jahr 1954, allerdings erfolgte nicht zwangsläufig eine Dokumentation dieser ‚externen‘ Medikation in den Krankenakten. Doch erlaubt diese Praxis Rückschlüsse auf die gesellschaftliche wie institutionelle Akzeptanz und Befürwortung der hormonellen ‚Bekämpfung‘ der Sexualität Minderjähriger in dieser Zeit. Als ‚abnormal‘ galt besonders den damit befassten Berufsgruppen – (Heil-)Pädagogen/Pädagoginnen, Jugendamtsmitarbeiter/-innen, Polizei, Jugendgerichte, Erzieher/-innen, Kinder- bzw. Erziehungsheime – jegliches sexuelle oder sexualisierte Verhalten, das nicht im Einklang mit den vorherrschenden konservativen Wertevorstellungen stand.¹³ Epiphysan bot nun die Möglichkeit, gegen diese für die Kinder selbst und die sie umgebende Gesellschaft als bedrohlich angesehene Sexualität auch medikamentös vorzugehen.

Einsatzbereiche von Epiphysan

Als Hauptindikation für die Behandlung mit Epiphysan nannte Nowak-Vogl die Diagnose ‚Hypersexualität‘, die sie allgemein als ‚gesteigerte sexuelle Erregbarkeit‘ definierte. In den Akten finden sich Diagnosen wie „sexuelle Gefährdung“,¹⁴ „sexuelle Triebhaftigkeit“¹⁵ oder Onanie als Grundlagen für die Verabreichung von Epiphysan. Als ‚normale‘ Onanie bezeichnete Nowak-Vogl das Auftreten im Säuglingsalter, im fünften und sechsten Lebensjahr sowie bei Eintritt in die Pubertät, wogegen sie Masturbation in der Latenzzeit sowie in verstärktem Ausmaß auch in den genannten Altersstufen als ‚behandlungswürdig‘ wertete.¹⁶

Ein Indikator für das von institutioneller Seite starke Verlangen der Unterdrückung von Sexualität ist Nowak-Vogls Praxis, auch bei geringen Erfolgsaussichten Epiphysan zu verabreichen. Sie erwähnte zwar in Publikationen und Korrespondenzen, dass keine Nebenwirkungen bekannt seien, allerdings wurde von allen Beteiligten in Kauf genommen, dass den betroffenen Kindern und Jugendlichen möglicherweise damit ein mehr oder weniger wirkungsloses Medikament gegeben wurde. Diese Sichtweise verdeutlicht den Stellenwert der ‚Sexualitätsbekämpfung‘ gegenüber jeglichen gesundheitlichen Erwägungen, die eine Medikation mit sich zieht,

12 Auf die von Nowak-Vogl bereits Mitte der 1950er-Jahre begonnene Praxis der Etablierung von Epiphysan-Verabreichungen in Institutionen der Jugendfürsorge bzw. in der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol sei an dieser Stelle lediglich verwiesen. Eine erste Analyse dieser Epiphysan-Verabreichungen findet sich in: Ina FRIEDMANN, „[...] ob hier durch eine Epiphysankur eine sexuelle Beruhigung erreicht werden kann.“ – Heimerziehung unter medikalem Vorzeichen, in: Michaela RALSER u. a., „Wenn du hundert Jahre alt wirst, das vergisst man nicht“. Das System der Fürsorgeerziehung. Zur Genese, Transformation und Praxis der Jugendfürsorge und der Landeserziehungsheime in Tirol und Vorarlberg (Innsbruck 2015), 191–204, online unter: http://www.uibk.ac.at/iezwh/heimgeschichte/forschung/dokumente/das-system-der-fuersorgeerziehung_web.pdf (letzter Zugriff: 01.09.2015). Ina FRIEDMANN, „Eine Epiphysankur ist angezeigt.“ Die Verabreichung des Hormonpräparates Epiphysan durch Maria Nowak-Vogl, in: Dietrich-Daum / Ralser / Rupnow, Hg., Kinderbeobachtungsstation, wie Anm. 2, 217–254, hier 238–249.

13 Vgl. zum zeitgenössischen gesellschaftlichen Diskurs Alexandra WEISS, Sexualität – Klasse – Geschlecht. Sozialhistorisch-feministische Kontextualisierungen der Kinderbeobachtungsstation von Maria Nowak-Vogl, in: Dietrich-Daum / Ralser / Rupnow, Hg., Kinderbeobachtungsstation, wie Anm. 2, 314–379.

14 TLA, A.Ö. LKH, Kinderstation, TLA-Zl. 120.

15 Ebd., TLA-Zl. 1719.

16 Vgl. Maria VOGL, Katamnestiche Erhebungen bei sexuellen Verhaltensstörungen im Kindesalter, in: Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete 5 (1967), 98–103, hier 100.

und wird auch in der Beschreibung des ersten Versuches mit Epiphysan von Nowak-Vogl deutlich. Diese gibt die Behandlungsgeschichte eines 14-jährigen Mädchens wieder, das bei seiner Pflegefamilie durch „exzessive Onanie“ auffiel. Daraufhin wurde es erneut in ein Heim eingewiesen, wo „allgemeine motorische Unruhe“ beklagt wurde, daneben „seelische Unausgeglichenheit“. Nowak-Vogl hielt fest: „Während dieser ganzen Zeit bestand eine so starke sexuelle Betätigung in Form von masturbatorischen Akten und von Berührungen mit Männern, Buben, Mädchen und Tieren, daß eine fast untragbare Gefährdung des Heimes eintrat.“¹⁷ Die angesprochene „Gefährdung“ war ein zentraler Punkt in der Entscheidungsfindung über die Verabreichung von Epiphysan wie auch generell ein wichtiger Aspekt in den Beurteilungen der Kinderbeobachtungsstation, ebenso wie sie schon seit Beginn der Heilpädagogik zum Begriffsinventar der sogenannten heilenden Erziehungshilfe gehörte. Bezogen auf sexuelles Verhalten wurde ‚auffälligen‘ Kindern und Jugendlichen unterstellt, sie würden aufgrund ihrer Äußerungen oder Handlungen eine ‚Gefahr‘ für ihre (kindliche) Umgebung darstellen. Oftmals wurde ‚gefährdendes‘ Verhalten just jenen Mädchen zugeschrieben, die zuvor Opfer von sexueller Gewalt geworden waren.¹⁸ Missbrauchsoffer wurden dementsprechend seit der Institutionalisierung der Heilpädagogik häufig in Anstalten untergebracht. Dies war österreichweit Praxis, die durch Behörden und in deren Auftrag gutachtende Heilpädagoginnen und -pädagogen bzw. Kinderpsychiater/-innen umgesetzt wurde.

Nowak-Vogl hatte sich in diesem ersten Fall bewusst für einen Versuch mit Epiphysan entschieden in dem Wissen, dass noch keine Erfahrungswerte an Jugendlichen vorlagen „und daher mit einer eventuellen Dauerschädigung [zu] rechnen“¹⁹ war. Erste Versuche waren Mitte der 1930er-Jahre durch den Arzt Carl von Bauer an erwachsenen Häftlingen des Inquiritenspiitals des Wiener Landesgerichtes vorgenommen worden und hatten keine Schädigung gezeigt, vielmehr stellte sich der Sexualtrieb in unverändertem Ausmaß nach einigen Monaten wieder ein. Dabei stellte Bauer die Frage in den Raum, „ob nicht eine Behandlung in frühester Jugend ein noch viel besseres Resultat ergeben hätte“, und äußerte den Wunsch einer „Überprüfung [s]einer Beobachtungen an einer psychiatrischen Klinik“.²⁰ Es ist denkbar, dass diese Aufforderung mit beeinflussend für Nowak-Vogls Entscheidung für Epiphysanversuche war. Die Gefahr der Dauerschädigung nahm Nowak-Vogl mit der Begründung in Kauf, dass andernfalls eine Einweisung in eine Heilanstalt unumgänglich sei, die ebenfalls zu einer Dauerschädigung führen würde. Dadurch konstruierte Nowak-Vogl die vermeintliche Notwendigkeit des Versuches mit Epiphysan, das sie in Anbetracht der unsicheren (Neben-)Wirkungen aber als das gelindere Mittel ansah. Das Jugendamt, als Vormund des Mädchens in die Entscheidung der Verabreichung eingebunden, stimmte der ‚Behandlung‘ zu. In der Folge wurden Punkte ausgearbeitet, die bei den Experimenten Beachtung finden sollten und in Nowak-Vogls Aufsatz „Differentialdiagnose und Therapie der kindlichen Hypersexualität“ dargelegt sind: Die statio-

17 VOGL, Differentialdiagnose, wie Anm. 9, 164.

18 Vgl. dazu ausführlicher Ina FRIEDMANN, Von der „Schuld“ der Opfer. Die Behandlung von Kindern, die Opfer sexueller Gewalt wurden, an der Heilpädagogischen Abteilung der Wiener Universitäts-Kinderklinik im 20. Jahrhundert, in: Zeitgeschichte-online (Juni 2017), online unter: <http://www.zeitgeschichte-online.de/thema/von-schuld-der-opfer> (letzter Zugriff: 07.10.2017).

19 VOGL, Differentialdiagnose, wie Anm. 9, 165.

20 Carl v. BAUER, Die Bedeutung der Zirbeldrüsentherapie in der Hypersexualitätsbekämpfung, in: Wiener Medizinische Wochenschrift 37 (1935), 1009.

näre Aufnahme des Kindes zwecks vorausgehender kinderpsychiatrischer Untersuchung, „da nur dann verlässliche Ergebnisse und dementsprechende Katamnesen zu erhalten sind, die den Boden für eine allgemeine Beurteilung des Medikamentes ergeben“. Weiters wurde die Behandlung von Mädchen als zentral angesehen, bei denen „isolierte sexuelle Verwahrlosung“ diagnostiziert wurde. Das bedeutet, dass Mädchen, die allein durch „völlig ungeordnete, wahllose sexuelle Verhältnisse“ – also weder durch Kriminalität, Probleme in der Schule noch Schwierigkeiten im Elternhaus oder am Arbeitsplatz – ‚auffällig‘ waren, durch eine Epiphysan-, Kur‘ vor der Einweisung in eine Erziehungsanstalt zu ‚bewahren‘ waren. Dies würde den Mädchen selbst zugutekommen sowie die Heimkosten senken, so Nowak-Vogl. Dieser Punkt legitimierte den Zugriff auf junge Frauen, deren Sexualverhalten von behördlicher Seite als unangebracht eingeordnet wurde, die aber auf anderem Weg keiner Korrektur unterworfen werden konnten. Zudem sollte die „Randsymptomatik“ von „exzessiver sexueller Betätigung“ mitberücksichtigt werden, da bei „geschickten“ oder wenig beaufsichtigten Minderjährigen die Handlungen selbst mitunter länger nicht festgestellt werden könnten. Dies zeigt die Diskrepanz zwischen der gewünschten allumfassenden Kontrolle von Kindern und Jugendlichen und der realen Praxis. Denn ob sexuell ‚auffälliges‘ Verhalten überhaupt beobachtet werden konnte, hing von mehreren Faktoren ab, z. B. von der Art der Unterbringung. Das bedeutet, dass ein Einzelkind in häuslicher Privatsphäre umständehalber seltener Gefahr lief, bei Onanie beobachtet zu werden, als ein Kind, das in Heimunterbringung lebte. „Sexuelle Haltlosigkeit“ als Grundlage „krimineller Vergehen“ wurde allerdings noch weitaus gefährlicher eingestuft, weshalb in diesen Fällen „der Versuch einer Epiphysankur selbst bei verhältnismäßig geringen Beobachtungen angezeigt“²¹ erschien. Epiphysan sollte also durchaus prophylaktisch verabreicht werden. Das ‚höhere Ziel‘, die Unterdrückung der (vermeintlichen) Sexualität, hatte Priorität vor allem anderen. Gesichert werden sollte dadurch das Beschreiten eines nach konventionell-konservativen Maßstäben ‚normalen‘ Lebensweges. Das Ergebnis des ersten Epiphysan-Versuches bezeichnete Nowak-Vogl abschließend als „völlig überraschend“:

„Jeder Versuch masturbatorischer Betätigung und alle sexuellen Annäherungsversuche an Erwachsene und Kinder hörten schlagartig auf und traten nach Abschluß einer 23tägigen stationären Behandlung nach Rückkehr in das Heimmilieu nicht mehr auf. Gleichzeitig verschwanden, und das erscheint außerordentlich wichtig, die Symptome der körperlichen und seelischen Unruhe völlig. [...] Diese Erfahrung führte zu sofortigen Kontrollversuchen, die heute [1957] 32 Patienten umfassen.“²²

Onanie

(„Exzessive“) Onanie zählte zu den Aufnahmegründen der Kinderbeobachtungsstation und wurde zwar bei Weitem nicht in allen Fällen, jedoch häufig mit Epiphysan bekämpft. Neben der medikamentösen Behandlung von Onanie in Form von Epiphysan-Injektionen wurden die Kinder und Jugendlichen gegebenenfalls auch moralisch belehrt. Beispielsweise wurde eine

21 VOGL, Differentialdiagnose, wie Anm. 9, 165.

22 Ebd.

Patientin aus dem Jahr 1965 darauf hingewiesen, „daß das niemand sehen dürfe“.²³ In diesem Fall schrieb Nowak-Vogl an den Schuldirektor des Mädchens erklärend: „Da die sexuelle Übererregbarkeit Folge einer Hirnerkrankung ist, wird sie nicht vollständig beseitigt werden können, bedeutet also für das Kind keine Sünde und sollte auch von Erwachsenen nur insofern beachtet [sic!] werden, als man [die Patientin] immer wieder darauf hinweist, daß diese Dinge ins Klo gehören.“²⁴ Diese auf eine somatische Erkrankung begründete Duldung der Onanie war allerdings die Ausnahme. Häufiger wurde Patientinnen und Patienten zusätzlich zu Epiphysan auch Brom in Tablettenform verabreicht, das bis zum Einsetzen der Wirkung des Epiphysan die betroffenen Kinder zusätzlich sedieren sollte.²⁵

Interessant erscheint hier auch der erwähnte Aspekt der Sünde, der im katholisch geprägten Tirol im Allgemeinen sowie für die im katholischen Milieu zu verortende Nowak-Vogl im Speziellen von Bedeutung gewesen zu sein scheint.²⁶ Äußerungen dieser Art sind jedoch rar, ebenso wie Nowak-Vogls Abschluss ihres Aufsatzes „Differentialdiagnose“: „Es mag dahingestellt bleiben, ob sich auch der Pastoralmedizin neue Wege öffnen, die den Bereich der Sünde auf sein eigentliches Gebiet zu beschränken vermögen.“²⁷ Das bedeutet, dass Nowak-Vogl ‚sexuelle Auffälligkeiten‘, darunter besonders die Onanie, aus dem religiösen Sündenkomplex löste und als Erkrankungen einordnete, sie also pathologisierte. Die Pathologisierung von Masturbation reicht bis in das ausgehende 18., beginnende 19. Jahrhundert zurück und war vor allem im rechtsmedizinischen Kontext von Bedeutung. Wie noch in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts auf der Kinderbeobachtungsstation und den mit dieser Einrichtung kooperierenden Institutionen, also den Kinder- und Erziehungsheimen, deutlich wird, beschrieb der Philosoph Michel Foucault bereits für die Entstehungsphase des ‚Krankheitsbildes Onanie‘, dass „alle Korrekptionsanstalten die Sexualität und Masturbation mehr und mehr ins Zentrum des Problems des Unverbesserlichen rücken“.²⁸

Differentialdiagnose als Entscheidungsgrundlage bei ‚Hypersexualität‘

In ihrer ersten Publikation zu Epiphysan nannte Nowak-Vogl als Kontraindikation für eine Verabreichung des Medikaments das Vorliegen einer Neurose, da es sich, wie sie argumentierte, in diesen Fällen nicht um sexuelle Kontaktsuche aus „körperlichen Spannungszuständen“ handle, „sondern die sexuelle Begegnung ohne körperliches Bedürfnis als zwischenmenschliche Bindungsmöglichkeit angestrebt“ werde. In diesen Fällen werde auch die Onanie „forciert aus den Gründen, die sich aus der speziellen Neuroseform ergeben“.²⁹ Zur Abklärung wurden die betroffenen Kinder und Jugendlichen vor Beginn der ‚Kur‘ stationär aufgenommen.

23 TLA, A.Ö. LKH, Kinderstation, TLA-Zl. 2190, Verlauf, 2.11.1965 sowie 16.11.1965.

24 Ebd., TLA-Zl. 2190, Vogl an Schulleitung, 16.12.1965.

25 Z. B. ebd., TLA-Zl. 1295, Verlauf, 13.9.1960.

26 Vgl. hinsichtlich des katholischen Einflusses auf den Sexualitätsdiskurs WEISS, Sexualität, wie Anm. 13.

27 VOGL, Differentialdiagnose, wie Anm. 9, 167.

28 Michel FOUCAULT, Die Anormalen. Vorlesungen am Collège de France (1974–1975) (Frankfurt am Main 32013), Vorlesung vom 22. Januar 1975, 83.

29 VOGL, Differentialdiagnose, wie Anm. 9, 166.

Nowak-Vogl erklärte dieses Vorgehen aus anfänglichen „glatten Mißerfolgen“,³⁰ die durch eine Differentialdiagnose vermieden werden könnten. Doch erstaunlicherweise fand eine solche auch in den nachfolgenden Praxisjahren wenig Berücksichtigung. Denn unabhängig von dem Postulat der gewissenhaften Differentialdiagnose verabreichte Nowak-Vogl Epiphysan an Kinder und Jugendliche, die sie als ‚hypersexuell‘ beurteilte – in der Praxis auch in Fällen, in denen eine Neurose diagnostiziert worden war.³¹

Als einziges Zustandsbild, bei dem Epiphysan-Injektionen mit Sicherheit wirken würden, nannte sie „echte Triebhaftigkeit“,³² die auf hormoneller Disregulation beruhen würde. Als nicht wirksam bezeichnete Nowak-Vogl Epiphysan in Fällen, in denen die sexuelle Aktivität auf ‚Verwahrlosung‘ zurückzuführen wäre, „weil die Aufreizung ja angestrebt wird“³³ – die Sexualität also bewusst (aus-)gelebt würde. Dennoch würde Epiphysan auch in diesen Fällen „den wohl immer nachweisbaren Anteil echter Triebhaftigkeit [beseitigen]“.³⁴ Dass dies in den meisten Fällen nicht das erwünschte Resultat nach sich zog und daher Nowak-Vogls Überzeugung von der Wirkung von Epiphysan eigentlich ad absurdum geführt wurde, zeigen ihre Aufzeichnungen über das konsequente Weiterbestehen der sexuellen Aktivität.

Die Verabreichungspraxis auf der Station

In den meisten Fällen von Epiphysan-Verabreichungen, besonders wenn Patientinnen und Patienten aus Kinder- oder Erziehungsheimen an die Kinderbeobachtungsstation eingewiesen wurden, stand die ‚Behandlung‘ der angeblichen ‚sexuellen Auffälligkeit‘ von Beginn der Aufnahme an im Fokus und zählte meist zu den Überweisungsgründen. Epiphysan wurde allerdings auch Kindern verabreicht, die nicht vor diesem Hintergrund aufgenommen worden waren – dabei machte es keinen Unterschied, ob ein Kind von einem Heim oder der Familie eingewiesen wurde. So etwa im Fall eines elfjährigen Bubens 1961, der aufgrund vermuteter Unterbegabung und „Verwahrlosung“, eventuell mit „neuropathischen Zügen“, für zwei Monate auf der Station beobachtet wurde. Die Onanie, die schließlich zur Verabreichung von Epiphysan führte, wurde erst auf der Kinderbeobachtungsstation festgestellt und als pathologisch diagnostiziert, die Eltern berichteten in der Anamnese keine diesbezüglichen Wahrnehmungen. Ob diese Diskrepanz aus dem Nicht-Vorhandensein der Masturbation im häuslichen Umfeld resultierte, der Nicht-Beobachtung oder daraus, dass die Eltern diese nicht als ‚krankhaft‘ beurteilten und daher nicht angaben, bleibt unklar.³⁵ Ausschlaggebend für die Gabe von Epiphysan war also das konkrete Verhalten der Patientinnen und Patienten auf der Station, gepaart mit der Einschätzung Nowak-Vogls über die Hintergründe dieses Verhaltens.

30 Ebd.

31 Z. B. TLA, A.Ö. LKH, Kinderstation, TLA-Zl. 3119 (Aufnahme 1960) oder 3029 (Aufnahme 1971). Die Jahreszahlen zeigen, dass es sich bei diesen Verabreichungen nicht um Versuche mit Epiphysan handelte, als noch Unklarheit über die Differentialdiagnose herrschte – Nowak-Vogls Aufsatz war bereits 1957 erschienen, 1960 hatte sie also bereits öffentlich Neurosen als Ausschlusskriterium für Epiphysan-Verabreichungen genannt, sie aber dennoch auch bei dieser Diagnose durchgeführt.

32 VOGEL, Differentialdiagnose, wie Anm. 9, 167.

33 Ebd., 166.

34 Ebd.

35 TLA, A.Ö. LKH, Kinderstation, TLA-Zl. 979.

Charakteristika der Patientengruppe, die einer Epiphysan-,Kur‘ unterzogen wurde

Im erhobenen Sample von 1.436 Akten ist als frühester Zeitpunkt einer stationären Epiphysan-Verabreichung der Jahresbeginn 1954 dokumentiert, also zwei Jahre nach Nowak-Vogls erstem Versuch mit Epiphysan. Das ist zugleich jenes Jahr, in dem die Kinderbeobachtungsstation von der Klinik räumlich ausgegliedert und in den Innsbrucker Stadtteil Hötting verlegt wurde, wo sie bis 1979 verblieb. Epiphysan wurde Mädchen und Buben zunächst nicht in gleichem Ausmaß verordnet, „das Präparat [wurde] an weiblichen Jugendlichen überprüft“.³⁶ Auch im erhobenen Sample überwiegen die Verabreichungen an Mädchen. Insgesamt wurden 28 Epiphysan-„Behandlungen“ festgestellt, einer Patientin wurden bei zwei Aufenthalten Epiphysan-Injektionen verabreicht. Von den 28 Patientinnen und Patienten waren 17 weiblich (60,71 %) und elf männlich (39,29 %), wobei in den 1950er-Jahren, also der Zeit der ersten Versuche, fünf Mädchen und drei Buben (erst 1958 und 1959) davon betroffen waren. In den 1960er-Jahren, der Dekade mit den meisten Verabreichungen, wurde mehr Buben, nämlich acht, sowie sieben Mädchen Epiphysan gegeben, wogegen im Lauf der 1970er-Jahre nur fünf weibliche und keine männlichen Patienten mit Epiphysan behandelt wurden. Diese Zahlen stehen im Gegensatz zur generellen Geschlechterverteilung auf der Kinderbeobachtungsstation, wie sie sich aus den erhobenen Stichproben erschließt: In den 1950er-Jahren waren 129 Aufnahmen von Mädchen (34,68 %) gegenüber 243 Buben (65,32 %) erfolgt, in den 1960ern wurden 133 Mädchen (33 %) und 270 Buben (67 %) aufgenommen und in den 1970ern 123 Mädchen (36,39 %) und 215 Buben (63,61 %). Während in der Gesamtzahl der Aufnahmen also eindeutig Buben überwogen, ist das Gegenteil für die Behandlung mit Epiphysan feststellbar. Dies weist darauf hin, dass zwar die ‚Bekämpfung‘ kindlicher und jugendlicher Sexualität bei beiden Geschlechtern von Bedeutung war, doch die Unterdrückung der weiblichen Sexualität merkbar Priorität hatte.

Der Verabreichungs-Stopp an Buben – die letzte im Sample dokumentierte Anwendung von Epiphysan erfolgte 1962 – erklärt sich aus dem 1965 von Nowak-Vogl geäußerten, auf ihren eigenen Forschungen beruhenden Verdacht der irreversiblen Hodenschädigung durch das Hormonpräparat. Dabei rechtfertigte sie jedoch die Anwendung von Epiphysan generell durch die Gegenüberstellung der Gefährlichkeit der Nicht-Behandlung, indem sie betonte, „daß die Folgen wirklich exzessiver sexueller Aktivität keineswegs als zu geringfügig für schwerwiegende Eingriffe zu betrachten sind“. Wie bereits hinsichtlich des ersten Versuchs mit Epiphysan räumte Nowak-Vogl auch in diesem Text der Unterdrückung von Sexualität Priorität gegenüber gesundheitlichen Risiken ein. Zudem führte sie gegen eine allgemeine Einstellung der Verabreichung an, dass bei Mädchen „genügend positive Erfahrungen“ gemacht worden seien, „obwohl gerade hier über die Art der Wirkung so gut wie nichts bekannt ist“.³⁷

Die jüngsten Kinder im Sample, denen Epiphysan auf der Kinderbeobachtungsstation verabreicht wurde, waren sechs Jahre (1958; 1970) alt. Eines der Mädchen war zuvor in einem SOS-Kinderdorf fremduntergebracht und wurde von der Kinderbeobachtungsstation in das

36 VOGL, Differentialdiagnose, wie Anm. 9, 166.

37 Maria VOGL, Die Dämpfung hypersexueller Zustände durch Epiphysan, in: Die Pädophilie und ihre strafrechtliche Problematik. Vorträge gehalten auf dem 8. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung vom 25. bis 27. Mai 1964 in Karlsruhe, 2. Teil (= Beiträge zur Sexualforschung 34, Stuttgart 1965), 86–90, hier 88.

Erziehungsheim Kramsach entlassen, das andere lebte in der Familie und wurde vorübergehend auch wieder dorthin zurückgeschickt. Die Unterbringung im Heim Martinsbühel mit Beginn des kommenden Schuljahres war jedoch bereits beschlossen. Der Großteil der Epiphysan-Verabreichungen betraf Kinder zwischen sieben und elf Jahren, also jene Altersgruppe, der generell der größte Teil der Patientinnen und Patienten angehörte und bei der Masturbation von Nowak-Vogl als nicht entwicklungsentsprechend und daher behandlungswürdig klassifiziert wurde. Der älteste Patient, der einer Epiphysan-„Kur“ unterzogen wurde, war zum Zeitpunkt der Aufnahme 15 Jahre alt. Es handelte sich dabei um die Wiederaufnahme eines Bubens, der in der Bubenburg Fügen untergebracht war und auch wieder dorthin entlassen wurde. Für die weitere Unterbringung wurde jedoch ein Pflegeplatz als vorübergehende Maßnahme empfohlen, um „Heimmüdigkeit“ zu vermeiden.³⁸

Mehr als die Hälfte der mit Epiphysan behandelten Kinder und Jugendlichen, nämlich 17, lebten vor dem Stationsaufenthalt im Familienverband, wogegen elf (inklusive der Wiederaufnahme der Patientin, die während zwei Aufenthalten Epiphysan bekam) unmittelbar zuvor fremduntergebracht waren. Neun von ihnen lebten in Heimen, zwei in einem SOS-Kinderdorf. Hinsichtlich der Herkunft der betroffenen Heimkinder ist keine Häufung feststellbar, die Verteilung ist gleichmäßig. Auffällig ist aber, dass bei 78,57 %, also 22 von 28 Patientinnen und Patienten, das Jugendamt bereits vor dem Stationsaufenthalt, bei dem es zur Epiphysan-Verabreichung kam, in das Leben der Kinder involviert war. Dies übertrifft die hohe Gesamtzahl der Jugendamtsbeteiligung in 57 % der erhobenen Fälle um 21 % und ist ein weiterer Indikator für die vermehrte Aufmerksamkeit für minderjährige Sexualität.

Bei den vor dem Stationsaufenthalt erhobenen Fremdunterbringungen handelte es sich fünfmal um Mädchen, gegenüber zwölf Überstellungen aus dem Familienverband (die Patientin, die bei zwei Aufenthalten Epiphysan verabreicht bekam, wird hier doppelt gezählt, da sie vor dem ersten Aufenthalt bei den Eltern, vor dem zweiten Aufenthalt in Heimunterbringung lebte), sowie um sechs Buben gegenüber fünf. Während also bei den Buben das Verhältnis zwischen Heimunterbringung und Aufenthalt in der Ursprungsfamilie beinahe ausgeglichen ist, überwogen bei den Mädchen deutlich jene Kinder, die im Familienverband lebten. Diese hohe Zahl der Einweisungen von Mädchen aus dem häuslichen Milieu weist auf einen Zusammenhang mit der allgemeinen Wahrnehmung weiblicher jugendlicher Sexualität hin, die als weitaus ‚gefährlicher‘ angesehen wurde als jene männlicher Jugendlicher – allein die Möglichkeit einer Schwangerschaft trug neben moralischen Bewertungen dazu bei.³⁹ Darauf, dass dies generell ein zentraler Punkt bei der Entscheidung über eine Epiphysan-Gabe gewesen zu sein scheint, verweist die von Beginn an zu beobachtende – unabhängig von möglicher Hodenschädigung – vergleichsweise höhere Zahl von betroffenen Mädchen. Dieser Schluss wird durch die Beobachtung gestützt, dass bei den betroffenen Buben die Einlieferungsgründe Onanie und die daraus resultierende ‚Gefährdung‘ der Kindergemeinschaft bei Heimunterbringung vorherrschten. Bei Mädchen jedoch erfolgte, neben dieser Begründung, die Epiphysan-Verabreichung häufig in Zusammenhang mit dem Verhalten infolge des Erfahrens sexueller Gewalt oder freiwilliger Sexualität.

38 TLA, A.Ö. LKH, Kinderstation, TLA-Zl. 3234.

39 Vgl. WEISS, Sexualität, wie Anm. 13.

Ähnlich der Unterbringung vor der Aufnahme gestaltete sich die Entlassungspraxis: 16-mal wurden Kinder in den Familienverband entlassen, zehnmal in Heimunterbringung und einmal in eine Wohngemeinschaft mit gleichzeitiger Aufnahme an einem Lehrplatz. In einem Fall konnte der Entlassungsort nicht eruiert werden. Bis auf einen Buben, der vom Heim Jagdberg auf die Station gekommen war und „über Auftrag des Landesjugendamtes“ nach Hause entlassen wurde, und einem Mädchen, das zuvor im Familienverband gelebt hatte, von der Kinderbeobachtungsstation aber in das Kinderheim Scharnitz überstellt worden war, änderte sich der Lebensort hinsichtlich der Unterbringungsart der Kinder durch den Stationsaufenthalt nicht. Das bedeutet, dass bei Patientinnen und Patienten, die zuvor fremduntergebracht waren, erneut eine Fremdunterbringung veranlasst wurde, und die im Familienverband lebenden Kinder zurück in diesen entlassen wurden – abgesehen von den beiden genannten Patienten. Dies kann als Indikator für das ‚Vertrauen‘ auf die Medikation gewertet werden, wodurch ein Verbleiben der Patientinnen und Patienten am ursprünglichen Unterbringungsort ermöglicht wurde, hingegen die Analyse der Entlassungsorte im erhobenen Gesamtsample eine klare Verschiebung in Richtung Heimunterbringung ergab.⁴⁰ Explizit erwähnt soll an dieser Stelle werden, dass in den erhobenen Akten keine Epiphysan-Verabreichungen an Patientinnen und Patienten dokumentiert sind, die bei einer Pflegefamilie lebten, zudem wurden die beiden Patientinnen, die zuvor in einem SOS-Kinderdorf untergebracht waren, nunmehr in das Erziehungsheim Kramsach überstellt. Somit erfolgten keine Überstellungen von Kindern, denen Epiphysan verabreicht worden war, in SOS-Kinderdörfer. Dies zeigt, dass, sobald ein vermeintlich auffälliges sexuelles Element im Verhalten eines Kindes diagnostiziert wurde, die weitere – vermutlich auch die erstmalige – Unterbringung dieses Kindes in einem SOS-Kinderdorf ausgeschlossen war.⁴¹ Ebenfalls auffällig ist allerdings, dass keine (Rück-)Entlassung in das Erziehungsheim Jagdberg erfolgte, das als Landeserziehungsheim für schulpflichtige Buben eine sehr hohe Gesamtzahl an Einweisungen von Patienten der Kinderbeobachtungsstation aufweist und zudem ein Ort war, an dem „extern“, also in einer anderen Institution als der Kinderbeobachtungsstation, Epiphysan-Verabreichungen durchgeführt wurden. In fünf Fällen des Samples wurde als weitere Behandlungsempfehlung die Verabreichung von Epiphysan notiert, jedoch nicht auf der Kinderbeobachtungsstation, sondern in jeweils einem anderen Kontext durchgeführt.

Wirkung und Auswirkungen von Epiphysan-,Kuren‘

Die Wirkung von Epiphysan schätzte Nowak-Vogl von Beginn an als „temporär“ ein, eine solche sei nach ihrer Erfahrung höchstens für ein bis zwei Jahre zu erwarten und würde dann langsam aufhören.⁴² Dies geht auch aus einer Krankengeschichte hervor, in der festgehalten wurde, dass der Mutter der Patientin bei der Entlassung mitgeteilt wurde, ein Rückfall sei „in

40 Vgl. Elisabeth DIETRICH-DAUM / Ina FRIEDMANN / Michaela RALSER, Die Kinderbeobachtungsstation (1948–1996). Zahlen, Fakten, Wirkungen – eine quantitative Auswertung des historischen Krankenaktenbestandes, in: Dietrich-Daum / Ralser / Rupnow, Hg., Kinderbeobachtungsstation, wie Anm. 2, 109–211, hier 197.

41 Zum Umgang mit sexueller/sexualisierter Gewalt in den SOS-Kinderdörfern vgl. HORST SCHREIBER, Dem Schweißen verpflichtet. Erfahrungen mit SOS-Kinderdorf (= transblick 11, Innsbruck–Wien–Bozen 2014).

42 Vgl. VOGL, Differentialdiagnose, wie Anm. 9, 167; VOGL, Erhebungen, wie Anm. 16, 99.

ca. einem Jahr zu erwarten“.⁴³ Die Symptomatik würde sich unverändert wieder einstellen, was Nowak-Vogl als beruhigend bezeichnete, als dadurch eine langfristige Veränderung des Hormonhaushaltes auszuschließen sei. Sie ging auch davon aus, dass sich die Wirkung bei Buben und Mädchen gleichermaßen einstelle, sich aber bei einer dritten Wiederholung mindere.⁴⁴ Bei einer zweiten ‚Kur‘ vermutete sie eine Verstärkung der Wirkung: „Wir haben schon damit gerechnet, daß die ganze Sache nach einigen Monaten oder ca. einem Jahr wieder auftaucht. Eigentlich sollte man ja die ganze Kur wiederholen. Das zweite Mal hält die Wirkung oft wesentlich länger an.“⁴⁵ Bemerkenswert hinsichtlich der Frage der „Wirkung“ des Präparates ist, dass im Verlauf der Krankengeschichten auch während der Verabreichungsserien häufig von beobachteter Onanie berichtet wurde,⁴⁶ wie im Fall der Zweitaufnahme einer Patientin 1963, die durch die Heimleiterin von Kramsach initiiert worden war, weil das Mädchen „zwar seltener als früher onanierte, aber es nach wie vor nicht lasse. Auch habe sie den Eindruck, das Kind sei im Ganzen unausgeglichen und unglücklich, weshalb sie für eine neuerliche Aufnahme sei.“⁴⁷ Während in den ersten Wochen des zweiten Stationsaufenthaltes keine Onanie beobachtet wurde, wurde in der fünften Woche auf der Station mit erneuter Epiphysan-Verabreichung begonnen, „da sie wieder am Tage onanierte“.⁴⁸ In ihrem Bericht an das Jugendamt führte Nowak-Vogl aus:

„So setzte sie zum Beispiel auch der Onaniebehandlung einen entschlossenen und bewußten Widerstand entgegen. So sagte sie ohne weiteres, daß sie davon nicht lassen wolle, weil es ihr Freude mache und sie es sonst sowieso schlecht habe. Die medikamentöse Wirkung des Epiphysan [sic!] ist bekanntlich keineswegs so stark, daß es gegen eine solche Einstellung aufkäme. Dementsprechend ging die Onanie zwar zurück, hörte jedoch keineswegs auf.“⁴⁹

Dass die von Nowak-Vogl beharrlich behauptete Wirkung des Mittels realiter nicht gegeben war und höchstens eine Linderung der Symptomatik beobachtet werden konnte, zeigt das letzt-erwähnte Beispiel.

Aus den bisherigen Beispielen lässt sich zusammenfassend ableiten: Erstens: Entgegen ihrer eigenen Forderung nach einer der ‚Kur‘ vorangehenden Differentialdiagnose führte sie diese in der Praxis nur in wenigen Ausnahmefällen auch tatsächlich durch. Unerwünschtes Sexualverhalten wurde ohne Differenzierung bei beinahe allen Patientinnen und Patienten mit dem Hormonpräparat behandelt. Sie begründete dies damit, zumindest eine Abschwächung der sexuellen Aktivität erreichen zu wollen. Zweitens: Ihre Einschätzung über die Wirkung von Epiphysan variierte Nowak-Vogl abhängig davon, mit wem sie kommunizierte. Lediglich die ‚Unbedenklichkeit‘ des Präparates stellte eine argumentative Konstante dar. Allerdings scheint Nowak-Vogl daran selbst gezweifelt zu haben, was ihre regelmäßigen Nachforschungen

43 TLA, A.Ö. LKH, Kinderstation, TLA-Zl. 1330, Verlauf, 28.8.1968.

44 Vgl. VOGL, Differentialdiagnose, wie Anm. 9, 167.

45 TLA, A.Ö. LKH, Kinderstation, TLA-Zl. 2190, Vogl an Mutter, 6.2.1967.

46 Ebd., Verlauf, 30.11.1965, 7.12.1965, 14.12.1965, sowie TLA-Zl. 1295, Verlauf, 13.9.1960, 20.9.1960, 27.9.1960, 4.10.1960, 11.10.1960, 15.10.1960 sowie abschließende Beurteilung.

47 Ebd., TLA-Zl. 1295.

48 Ebd., Verlauf, 24.9.1963.

49 Ebd., Vogl an Jugendamt, 18.3.1961.

beispielsweise bei praktischen Ärztinnen und Ärzten zeigen, die sie anfragte, ob sie Phänomene wie Frigidität infolge der Epiphysan-Verabreichung beobachtet hätten. Drittens: Wie das letztgezeigte Beispiel verdeutlicht, ging Nowak-Vogl selbst davon aus, dass Epiphysan nichts gegen bewusst (aus-)gelebtes Sexualverhalten ausrichten könne. In diesem Sinne hätte ihr selbst die Praxis der Epiphysan-Gabe an sexuell aktive weibliche Jugendliche absurd erscheinen müssen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Nowak-Vogls Vorgehen in Bezug auf theoretische Prämissen und vollzogene Praxis nicht kohärent war.

Mediale Thematisierung und Stopp der Anwendung

Als Endpunkt der Epiphysan-Verabreichungen auf der Kinderbeobachtungsstation kann der Zeitpunkt der durch die TV-Dokumentation „Problemkinder“ aus der Reihe „teleobjektiv“ im Jahr 1980 von Kurt Langbein und Claus Gatterer in Gang gesetzten gerichtlichen Vorerhebungen gegen Maria Nowak-Vogl angenommen werden.⁵⁰ Der Verfahrensakt selbst konnte nicht eingesehen werden, da er „bereits vernichtet wurde“,⁵¹ jedoch konnte von der Medizin-Historischen ExpertInnenkommission im Zuge ihrer Recherche Einsicht in das „Tagebuch“ der Staatsanwaltschaft genommen werden. Ausschlaggebend für die Vorerhebungen war die Anzeige gegen Nowak-Vogl, erhoben von Walter Guggenberger, dem stellvertretenden Bundesvorsitzenden der Jungen Generation der SPÖ, nach Ausstrahlung des Beitrags „Problemkinder“ wegen des Verdachts auf schwere Körperverletzung mit schweren Dauerfolgen aufgrund der Epiphysan-Verabreichung.⁵² Der damalige Vorstand der Universitätsklinik für Psychiatrie und damit Vorgesetzter Nowak-Vogls, Kornelius Kryspin-Exner, äußerte sich ablehnend über die Verabreichung von Epiphysan bzw. Hormonpräparaten generell an Jugendliche zur ‚Dämpfung‘ von ‚Hypersexualität‘ – wie er dies bereits öffentlich im Film „Problemkinder“ getan hatte. Auch der zweite gerichtlich beauftragte Gutachter, Vorstand der Abteilung für Fortpflanzungsbiologie und Sexualmedizin Kurt Loewit, teilte diesen Standpunkt. Beide Mediziner konnten jedoch keine Aussagen über Neben- oder Langzeitwirkungen tätigen.⁵³ Dass auch Nowak-Vogl mögliche Langzeitfolgen von Epiphysan nach immerhin knapp 30-jähriger Anwendung nicht auszuschließen vermochte, zeigt ein Schreiben aus dem Jahr 1980, in welchem sie sich beim behandelnden Arzt einer ehemaligen Patientin nach etwaigen Spätfolgen erkundigte:

„Da wir die Wirkung des Epiphysan besonders sorgfältig im Auge haben, wäre es für mich außerordentlich interessant über Frl. [Patientin] insoferne Bescheid zu wissen, ob es zu einer gestören

50 Zur Bedeutung dieser Dokumentation für die Umstrukturierung der Kinderbeobachtungsstation und den Konflikt zwischen Nowak-Vogl und Kornelius Kryspin-Exner siehe Friedrich STEPANEK, Zur Spät- und Nachgeschichte der Kinderbeobachtungsstation, in: Dietrich-Daum / Ralsler / Rupnow, Hg., Kinderbeobachtungsstation, wie Anm. 2, 302–312. – Der Fernsehbeitrag ist unter <https://www.youtube.com/watch?v=FfZNNjv63sM> in voller Länge abrufbar.

51 Schreiben des Landesgerichts Innsbruck, 22.6.2012, Kopie im Besitz der Medizin-Historischen ExpertInnenkommission.

52 Zugleich wurde auch Anzeige gegen eine Ordensschwester und eine Pflegerin des St. Josefs-Instituts in Mils wegen Kindesmisshandlung erstattet. Bericht Staatsanwalt Dr. Bachlechner an Oberstaatsanwaltschaft Innsbruck, 31.3.1981, 12 St 11242/80, Kopie im Besitz der Medizin-Historischen ExpertInnenkommission.

53 Gutachten von Kornelius Kryspin-Exner, o. D., Kopie im Besitz der Medizin-Historischen ExpertInnenkommission.

[sic!] Sexualentwicklung kam oder etwa im Zuge einer normalen Sexualentwicklung zu einer Frigidität. Ich weiß nicht, ob es möglich ist, mir diese beiden Fragen zu beantworten, ich wäre aber aus wissenschaftlichen Gründen außerordentlich interessiert daran.“⁵⁴

In seinem Gutachten thematisierte Kryspin-Exner weiters die Abklärung der Ursachen von ‚Hypersexualität‘, die einer Behandlung mit einem Hormonpräparat vorausgehen sollte. Lediglich das mit hoher Wahrscheinlichkeit diagnostizierte Vorliegen „von hormonellen Dysregulationen als Ursache des Syndroms der Hypersexualität“, die zugleich „derartige Ausmaße angenommen haben muß, daß sie mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer schweren Gefährdung der Integrität der Persönlichkeit bzw. der sozialen Einordnung in der Reifungsphase führt“, würde eine Epiphysan-Behandlung legitimieren.⁵⁵ Hinweise auf eine Untersuchung des Hormonstatus der Patientinnen und Patienten wurden in den Krankengeschichten allerdings nicht gefunden, was bedeutet, dass der tatsächliche Hormonstatus der Betroffenen nicht in die Entscheidung über eine Epiphysan-Gabe einbezogen wurde. Worauf Kryspin-Exner nicht einging, ist die Definition von ‚Hypersexualität‘ selbst sowie deren Auslegung durch Nowak-Vogl. Brigitte Hackenberg, ehemalige Mitarbeiterin und nach der Pensionierung Nowak-Vogls deren Nachfolgerin als Leiterin der Kinderpsychiatrie, berichtete 2015, in der Gegenwart gelte die „Sexualisierung missbrauchter Kinder“ als „Symptom der posttraumatischen Belastungsstörung [...] wo das Kind oder dann auch Jugendliche unter Umständen zeigt, dass sie Dinge erlebt hat, die sie nicht bewältigt hat, aber das ist heute Domäne der Psychotherapie“.⁵⁶ Bei einer schwer ausgeprägten posttraumatischen Belastungsstörung könne zusätzlich die Verabreichung von Psychopharmaka notwendig werden, „aber man wird nie versuchen, das Sexualverhalten gezielt zu unterbinden“.⁵⁷ Der Wiener Kinderpsychiater Ernst Berger veranschaulichte, dass auch zur Zeit von Nowak-Vogls Auseinandersetzungen mit ‚Hypersexualität‘ ihre Sichtweisen nicht der gängigen Auffassung entsprachen: „Die Position von Maria Nowak-Vogl zu diesem Themenkreis muss – ungeachtet gelegentlicher Bemühung um differenzierte Sichtweisen – als anachronistisch bezeichnet werden.“⁵⁸

Ausschlaggebend für die Verfahrenseinstellung war schließlich die an Kryspin-Exner gerichtete Stellungnahme des Wiener Kinderneurologen Andreas Rett, der angab, selbst innerhalb von 17 Jahren in 500 Fällen Epiphysan verabreicht zu haben. Er hielt fest, „daß Epiphysan keine wie immer gearteten Nebenwirkungen negativer Art auf körperliche, seelische und intellektuelle Bereiche gezeigt habe“.⁵⁹ Ein interessanter Aspekt ist, dass Kryspin-Exner

54 TLA, A.Ö. LKH, Kinderstation, TLA-Zl. 1330, Nowak-Vogl an Arzt, 9.5.1980.

55 Gutachten von Kornelius Kryspin-Exner, o. D., Kopie im Besitz der Medizin-Historischen ExpertInnenkommission.

56 Interview Ina Friedmann mit Brigitte Hackenberg, 15.7.2015.

57 Ebd.

58 Ernst BERGER, Das Thema ‚Hypersexualität‘ bei Nowak-Vogl, in: Medizin-Historische ExpertInnenkommission, wie Anm. 5, 56–60, hier 59.

59 Bericht Staatsanwalt Dr. Bachlechner an Oberstaatsanwaltschaft Innsbruck, 31.3.1981, 12 St 11242/80, Kopie im Besitz der Medizin-Historischen ExpertInnenkommission. – Eine erste kritische Auseinandersetzung mit Retts ärztlicher Tätigkeit erfolgte in Hemma MAYRHOFER u. a., Hg., Kinder und Jugendliche mit Behinderungen in der Wiener Psychiatrie von 1945 bis 1989. Stationäre Unterbringung am Steinhof und Rosenhügel (= Schriften zur Rechts- und Kriminalsoziologie 8, Wien 2017), 335–531, online unter: https://www.irks.at/assets/irks/Publikationen/Forschungsbericht/Kinder_Jugendliche_Behinderungen_Psychiatrie.pdf (letzter Zugriff: 14.10.2017).

ursprünglich nicht Rett, sondern Ernst Berger, Nachfolger Retts als Leiter des Neurologischen Zentrum Rosenhügel zwischen 1990 und 2007, bezüglich einer Stellungnahme namhaft gemacht hatte.⁶⁰ Weshalb konkret die Stellungnahme schließlich von Rett anstelle Bergers abgegeben wurde, ist unbekannt. Vermutlich ist dies auf die damaligen Hierarchien zurückzuführen sowie darauf, dass Rett sich selbst als diesbezüglicher Experte deklarierte.⁶¹ Wenngleich die Vorerhebungen gegen Nowak-Vogl aufgrund von Retts Stellungnahme schließlich eingestellt wurden, hatte die Praxis der Epiphysan-Verabreichungen auf der Kinderbeobachtungsstation ein Ende genommen. Dass Nowak-Vogl dennoch weiterhin von der Wirksamkeit bzw. dem Nutzen von Epiphysan überzeugt war, schilderte Brigitte Hackenberg, die auch von einem konkreten Verabreichungsversuch 1986 berichtete. Dieser ereignete sich zu einem Zeitpunkt, als sie einige Monate in Wien zum Abschluss ihrer Ausbildung verbrachte:

„[Die Kollegin] ruft mich an in Wien und sagt, ‚Sie hat mir gesagt, ich soll einer 16-jährigen oder 15-jährigen [...] Epiphysan verschreiben, und zwar über eine magistraliter-Verordnung ad us-vet. [zum tierärztlichen Gebrauch]‘, was damals noch möglich war, ‚was soll ich machen, Hinterhuber ist ja kein Facharzt.‘ Ich hab’ ihr gesagt, Du musst trotzdem zu Hinterhuber gehen, weil er Klinikchef ist und unabhängig von seiner Qualifikation eine Weisung erteilen kann. Er erzählt heute noch, das war die erste und einzige Weisung, die er in seinem Leben gegeben hat, sonst hat er sich ja immer einigen können mit seinen Oberärzten. Er hat ihr untersagt, Epiphysan zu verabreichen. Aber sie war der festen Überzeugung, dass das eine Kurzsichtigkeit von allen möglichen Leuten ist, und nur sie wisse, was dem Mädchen guttue.“⁶²

Wie Christian Haring, Leiter des Psychiatrischen Krankenhauses des Landes Tirol in Hall, und die ehemalige Erzieherin der Station, Adelheid Elvin-Aull, angaben, wurde allerdings auch bzw. weiterhin das Medikament Androcur auf der Kinderbeobachtungsstation verabreicht, das eine dem Epiphysan vergleichbare Wirkung hatte und bei derselben Indikation verabreicht wurde.⁶³ Dieses war zwar von Kryspin-Exner sowohl im „teleobjektiv“-Beitrag als auch in seinem Gutachten ebenfalls abgelehnt worden, es war in der Folge allerdings zu keiner medialen Thematisierung oder auch einem internen Verabreichungs-Stopp gekommen. Auch heute wird Androcur, vertrieben vom Konzern Bayer, zur „Triebdämpfung bei krankhaft verändertem Geschlechtstrieb“ bei Männern angewendet. Vor der Verabreichung an Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren wird gewarnt: „Die Anwendung wird aufgrund des Fehlens von Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit nicht empfohlen.“⁶⁴ Im erhobenen Sample wurden allerdings

60 Ebenso Kurt Loewit, der tatsächlich als Gutachter herangezogen wurde. Gutachten von Kornelius Kryspin-Exner, o. D., Kopie im Besitz der Medizin-Historischen ExpertInnenkommission.

61 Freundliche Mitteilung von Brigitte Hackenberg, Telefonat am 5.7.2016.

62 Interview Ina Friedmann mit Brigitte Hackenberg, 15.7.2015.

63 Interview Medizin-Historische ExpertInnenkommission mit Christian Haring, 19.9.2013, sowie Interview der Medizin-Historischen ExpertInnenkommission mit Adelheid Elvin-Aull und Brigitte Hackenberg, 19.9.2012, Transkript im Besitz der Medizin-Historischen ExpertInnenkommission.

64 Beipackzettel Androcur, Stand Mai 2014, online unter: <https://www.bayer.at/static/documents/produkte/gi/Androcur50mg.pdf> (letzter Zugriff: 20.09.2015). – Weitere Anwendungsgebiete sind die unterstützende Therapie bei inoperablem Prostatakrebs sowie bei Frauen zur Behandlung schwerer Formen verstärkter Gesichts- und Körperbehaarung und starken Haarausfalls.

keine Fälle gefunden, die eine Verabreichung von Androcur während eines stationären Aufenthaltes dokumentieren. Lediglich in einer Krankenakte aus dem Jahr 1984 ist ein Hinweis auf die drei Jahre später erfolgte ambulante Behandlung eines Patienten mit Androcur enthalten:

„Die anfänglichen exhibitionistischen Tendenzen ließen sich durch eine Androcur-Behandlung überraschend gut bremsen. Das Aussetzen des Medikamentes führte vor einigen Monaten zu einem Rückfall, sodaß neuerlich zu dieser Medikation gegriffen wurde. Wenn [der Patient] daheim ist, kann man hoffen, daß die Mutter auf der präzisen Einnahme besteht.“⁶⁵

Aus diesem Bericht geht hervor, dass durchaus versucht wurde, die Verabreichung von Androcur einzustellen. Da jedoch die ursprüngliche Symptomatik, sexuelle Belästigung von Frauen und Mädchen, erneut aufgetreten war, schien die wiederholte Medikation mit dem Hormonpräparat als einzige Möglichkeit einer Unterdrückung dieses Verhaltens gesehen worden zu sein. Dies weist in gewisser Hinsicht Parallelen zu der Verabreichung von Epiphysan auf bzw. mit den zugrundeliegenden Motiven. Inwiefern jedoch tatsächlich eine Vergleichbarkeit der beiden Präparate hinsichtlich ihrer Anwendung gegeben ist, muss aufgrund der schlechten Datenlage für Androcur-Verabreichungen weiteren Forschungen vorbehalten bleiben.

Informationen zur Autorin

MMag. Ina Friedmann, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsprojekt „Die Kinderbeobachtungsstation der Maria Nowak-Vogl – interdisziplinäre Zugänge“ (2014–2016, Institut für Erziehungswissenschaft der Universität Innsbruck); derzeit Projektmitarbeiterin/Universitätsassistentin am Institut für Zeitgeschichte der Universität Innsbruck, Innrain 52d, 6020 Innsbruck, Österreich, E-Mail: ina.friedmann@uibk.ac.at

65 TLA, A.Ö. LKH, Kinderstation, TLA-Zl. 1116, Nowak-Vogl an Jugendamt, 9.7.1987.

Ulrich Leitner

**Medikalisierte Kindheitsräume:
Raumentwürfe im medico-pädagogischen Feld der
Fürsorgeerziehung – oder: Was uns ein Bidet über die
Medikalisierung von Kindheit zu sagen hat**

English Title

Medicalized Spaces of Childhood: The Meaning of Spatial Concepts for the Relationship of Medicine and Education in Public Youth Residential Care Institutions – or: What a Bidet Can Tell Us about the Medicalization of Childhood

Summary

In April 1953, after a fire, the public reformatory for school-age girls in Kramsach-Mariatal in Tyrol was completely reconstructed. Historical files having survived in the Tyrolean provincial archive document this. These sources demonstrate how the Innsbruck child psychiatrist Maria Vogl became involved in the architectural concept for the reconstruction. Among others, she delivered an expertise on how to reorganize the reformatory in order to achieve desired educational effects. Specifically she gave her opinion on the idea that a bidet should be installed in a small room next to the children's dormitories. While parts of the authorities did not support the construction, Vogl argued strongly for this installation. In doing so, she based her expert opinion on psychiatric and curative educational ideas. The expertise she wrote for this case shows how the medical discourse focussed not only on the children and their bodies but also on the whole building of the reformatory. In my paper I will first present Maria Vogl's expert opinion and her spatial concept for reorganizing the reformatory. Second I will analyse the different discursive levels in Vogl's argumentation. In a third step I will present a large-scale media campaign launched against the reformatory in Kramsach in the mid-1960s. The media articles demonstrate the high importance "space", namely the buildings themselves, played in the debate about public youth residential care institutions. Finally I will use this case study to highlight the significance of spatial analysis for the research on the medicalization of childhood. My thesis is that the analysis of spatial concepts demonstrates the deep impact medicalization had on residential child and youth care.

Keywords

Space and education, residential child and youth care, architecture and topography of child and youth reformatories, materiality of educational processes, media, children psychiatrist Maria Nowak-Vogl (Innsbruck), Kramsach-Mariatal (Tyrol)

Erziehung, psychiatrisch-medizinisches Wissen, Medien und ein Bidet

Im Landeserziehungsheim für schulpflichtige Mädchen in Kramsach-Mariatal im Tiroler Unterland standen die 1950er-Jahre im Zeichen eines großen Umbaus. Die Tiroler Landesregierung hatte nach einem Dachstuhlbrand im April 1953 nicht nur die längst fällige Generalsanierung des Haupthauses genehmigt, sondern stimmte auch dem Neubau der dem Heim angeschlossenen Sonderschule zu. Das Areal in Kramsach, früher ein Dominikanerinnenkloster, wurde ab 1858 als Waisenhaus der Barmherzigen Schwestern geführt, das 1941 durch die Nationalsozialisten enteignet wurde und bis 1945 als Gauerziehungsheim diente. Nach dem Krieg übernahm das Land Tirol die Trägerschaft der Anstalt, kaufte das Anwesen 1950 und machte es neben dem Heim für schulentlassene Mädchen in St. Martin in Schwaz zur zweiten regionalen Großinstitution der Ersatzerziehung für weibliche Kinder und Jugendliche (siehe Abb. 1).¹ Den kostenintensiven Umbauplan und die damit verbundenen langwierigen Debatten belegt Verwaltungsschriftgut, das im Tiroler Landesarchiv (TLA) archiviert ist.² Für das Heim in Kramsach stellen diese sogenannten Bauakten wichtige Quellen dar, zumal nur wenige Archivalien zur Erforschung seiner Geschichte zur Verfügung stehen. Dieser Sachverhalt steht der Bedeutung des Heimes als regionaler Fürsorgeeinrichtung für minderjährige, in den Quellen häufig als „unterbegabt“ bezeichnete Mädchen diametral entgegen. Denn mit dem Heim in Kramsach verbindet sich nicht nur eine NS-Deportationsgeschichte, bei der 61 Menschen 1941 aus der Anstalt abtransportiert und in Hartheim getötet wurden. Das Heim wird auch Zielscheibe einer ungewöhnlich frühen, massiven und wirkungsvollen Pressewelle im Jahr 1964.

Die Sorge, Details über das Heim könnten durch die Presse an die Öffentlichkeit geraten und seinem Ruf schaden, ist in der Korrespondenz der Fürsorgeorgane bereits 1950 dokumentiert.³ Was die Landesregierung in den 1950er-Jahren der Kritik an den Heimen für die weibliche Jugend entgegenzuhalten hatte, waren bauliche Modernisierungsversuche, wie etwa das neue Schulgebäude in Kramsach (siehe Abb. 2). Der vielfach kritisierten mangelnden Professionalisierung des pädagogischen Heimpersonals hingegen begegneten die politisch Verantwortlichen, auch vor dem Hintergrund der nur mangelhaften Ausbildungsmöglichkeiten für Erzieherinnen und Erzieher in Österreich,⁴ mit der zunehmenden psychiatrischen Begutach-

1 Vgl. zur Strukturgeschichte des Heimes Ulrich LEITNER, Die Erziehungsanstalt für schulpflichtige Mädchen in Kramsach-Mariatal, in: Michaela Ralser / Nora Bischoff / Flavia Guerrini u. a., Heimkindheiten. Geschichte der Jugendfürsorge und Heimerziehung in Tirol und Vorarlberg (Innsbruck–Wien–Bozen 2017), 507–570.

2 Vgl. TLA, ATLR, Abt. Vb-469 V5e, Landeserziehungsheime, Kramsach Bauliche Maßnahmen.

3 TLA, Personalakt Luise Österreicher, Leiterin der Sozialen Frauenschule und Referentin für „Kind und Schule“ im Seelsorgeamt Innsbruck an den Landeshauptmann in einem Schreiben vom 20. Februar 1950.

4 Vgl. Ulrich LEITNER, Die Jugendfürsorge von 1945 bis 1990, in: Ralser / Bischoff / Guerrini u. a., Heimkindheiten, wie Anm. 1, 189–293, 260–279.

tung der Kinder, namentlich in der Person der Innsbrucker Kinderpsychiaterin Maria Vogl, spätere Nowak-Vogl.⁵ Dass dieses psychiatrische Wissen auch konstitutiv für die bauliche Ausgestaltung der Heime war, zeigt der Sachverhalt, dass die Tiroler Landesregierung Maria Vogl selbst zu Fragen, die den Umbau und die Einrichtungen der Heime betrafen, zu Rate zog. In einer gutachterlichen Stellungnahme entwarf sie etwa ein Programm zur innenarchitektonischen Gestaltung des Heimes in Kramsach, das sie entlang ihrer Einschätzung der dort untergebrachten Mädchen entfaltete. Vogls Stellungnahme demonstriert zum einen, welchen Einfluss die Diagnosen der Psychiaterin auf die Erziehungsanstalten hatte. Zum Zweiten veranschaulicht das Fallbeispiel des an medizinischen und heilpädagogischen Gesichtspunkten ausgerichteten Raumentwurfes, wie umfassend der medizinisch-psychiatrische Diskurs in den Leib der Kinder einzudringen versuchte. Im Zentrum der architektonischen Fragen, welche die Psychiaterin zu klären helfen wollte, steht ein kleiner Raum im ersten Stock des Haupthauses, unmittelbar in der Nähe der Schlafsäle der Mädchen, von dem die „Bauakten“ nichts weiter preisgeben, als dass hier ein einziger Einrichtungsgegenstand eingebaut werden sollte: ein Bidet.

Die skizzierte Geschichte um Erziehung, psychiatrisch-medizinisches Wissen, Medien und ein Bidet wird im Folgenden zunächst entlang von Vogls Gutachten entfaltet, um anschließend die darin anzutreffenden diskursiven Ebenen genauer unter die Lupe zu nehmen. Der Begriff des „Raumes“ wird hier im materiellen Sinne als architektonischer Raum samt seiner Ausstattung verstanden.⁶ Unter dem Schlagwort „medikalisierte Kindheitsräume“ werden demnach die Bestrebungen zusammengefasst, über die Architektur und die Einrichtung der Heime auf die körperliche und „moralische“ Gesundung der Heimkinder unter psychiatrisch-medizinischen Vorzeichen einzuwirken. Das Fallbeispiel rund um das Bidet in Kramsach veranschaulicht zum einen, wie sich die „diskursiv erzeugte, medikale und pädagogische Sorge um das Kind“⁷ in der Materialität des Erziehungsheimes niederschlug. Gleichzeitig verweist das Beispiel auf ein Desiderat der Forschung: die Analyse der Materialität im medizinisch-psychiatrischen Kontext, deren Bedeutung sich anhand der Untersuchung von Einrichtungsgegenständen und deren Funktion etwa im Hygienediskurs der Anstaltserziehung konsequenter nachvollziehen ließe. Ein Ausblick auf die große Pressekampagne gegen das Kramsacher Mädchenheim im Jahr 1964 verdeutlicht sodann die Bedeutung der Medikalisierungsbestrebungen der öffentlich geführten Ersatzerziehungsräume für die Entwicklung der regionalen Jugendfürsorge. Abschließend wird in einem knappen Fazit überlegt, welchen Nutzen der Blick auf die Räume für die Erforschung medikalisierten Kindheiten im Rahmen der Heimgeschichte haben kann.

5 Vgl. Elisabeth DIETRICH-DAUM / Michaela RALSER / Dirk RUPNOW, Hg., Schlussbericht des Forschungsprojekts „Studie betreffend die Kinderbeobachtungsstation der Maria Nowak-Vogl – interdisziplinäre Zugänge“, Innsbruck 2016, online unter: <https://www.uibk.ac.at/iezw/forschungen-zur-kinderbeobachtungsstation/> (letzter Zugriff: 01.09.2017).

6 Vgl. zur aktuellen Beschäftigung mit der Kategorie des „Raumes“ in der Erziehungswissenschaft Constanze BERNDT / Claudia KALISCH / Anja KRÜGER, Hg., Räume bilden – pädagogische Perspektiven auf den Raum (Bad Heilbrunn 2016); Edith GLASER / Hans-Christoph KOLLER / Werner THOLE / Salome KRUMME, Hg., Räume für Bildung – Räume der Bildung (= Schriften der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft, Opladen 2018).

7 So lautete ein Themenschwerpunkt der Tagung „Medikalisierte Kindheiten. Die neue Sorge um das Kind vom ausgehenden 19. bis ins späte 20. Jahrhundert“, in deren Rahmen dieser Aufsatz entstand, online unter: <https://www.uibk.ac.at/congress/medikalisiertekindheiten/> (letzter Zugriff: 04.09.2017).



Abb. 1: Das Landeserziehungsheim Kramsach-Mariatal um ca. 1930. Das Haupthaus, in dem die Mädchen untergebracht waren (Bildmitte), ist durch einen alten Klostergang mit der Kirche verbunden. Das gesamte Areal, früher ein Dominikanerinnenkloster, ist durch die Klostermauer nach außen abgeschirmt (Quelle: Fritz EBENBICHLER, Mariatal. Seine Keimzelle, unpubliziertes, 32-seitiges Manuskript, Kramsach 2007, 9, archiviert am Institut für Erziehungswissenschaft der Universität Innsbruck)

„Betrifft: sanitäre Einrichtungen des LEH Kramsach“

Im Jahr 1956 steckte das Heim in Kramsach mitten in den Umbauarbeiten. Als Konsiliarärztin der Tiroler Erziehungsheime ging die Innsbrucker Psychiaterin Maria Vogl in Kramsach ein und aus. Mit der dortigen Direktorin hielt sie regen Austausch. Vogl oblag nicht nur die psychologische Begutachtung der Heimkinder, sie beriet die Landesregierung auch bezüglich der räumlichen Ausgestaltung der Heime. Ganz konkret geht es im hier geschilderten Fall um die sanitären Einrichtungen des Kramsacher Mädchenheimes. Die Angelegenheit rund um die Sanitäreinrichtungen führte zu einer weitläufigen Debatte, in die mehrere Personen und Institutionen involviert waren. Greifbar wird sie in zwei Dokumenten, die im Bestand der „Bauakten“ im TLA enthalten sind. Das erste Dokument ist die eingangs erwähnte gutachterliche Stellungnahme Maria Vogls, die sie an das Tiroler Landesjugendamt richtete. Es handelt sich dabei um ein auf zwei maschinengeschriebenen DIN-A4-Seiten verfasstes, in sieben Absätze gegliedertes Gutachten, das auf den 25. April 1956 datiert ist.⁸ Das zweite Schriftstück stammt vom

⁸ TLA, ATLR, Abt. Vb-469 V5e, Landeserziehungsheime, Kramsach Bauliche Maßnahmen, Dr. Vogl aus der Kinderstation des A. Ö. Landeskrankenhauses Innsbruck an das Amt der Tiroler Landesregierung, Jugendamt mit dem Betreff: Heizung der Schlafsäle in Kramsach vom 25. April 1956.



Abb. 2: Das Areal nach dem Umbau. Der alte Klostergang wurde durch die „Sonderschule für Mädchen“ ersetzt. Im linken Vordergrund ist das 1978 erbaute Heimgebäude der nach der Schließung des Landeserziehungsheimes 1971 hier untergebrachten „Sonderschule für geistig schwer- und schwerstbehinderte Knaben und Mädchen“ zu sehen. Folglich muss die Fotografie später, wahrscheinlich in den 1980er-Jahren, entstanden sein (Quelle: Fritz EBENBICHLER, Mariatal. Seine Keimzelle, unpubliziertes, 32-seitiges Manuskript, Kramsach 2007, 32, archiviert am Institut für Erziehungswissenschaft der Universität Innsbruck)

28. August 1957 und ist ein Aktenvermerk des Landesjugendamtes mit dem Betreff „sanitäre Einrichtungen des LEH Kramsach“.⁹ Das Schreiben informiert auf einer engzeilig beschriebenen DIN-A4-Seite mit Bezugnahme auf das Gutachten Vogls über die Sachlage knapp eineinhalb Jahre später. Über diese beiden Dokumente lässt sich das Geschehen rekonstruieren. Was war vorgefallen?

Die Direktorin des Heimes hatte im Rahmen der Umbaumaßnahmen „einen im ersten Stock neben dem Abort gelegenen kleinen Raum“¹⁰ vorgeschlagen, um dort ein Bidet einzubauen, wie aus dem Gutachten der Psychiaterin hervorgeht. Laut Vogl erscheine dies „ausserordentlich günstig [...], da die Mädchen sonst jedesmal in den Keller gehen müssten, wo die übrigen Waschanlagen sind“.¹¹ Die Frau Direktor habe aber von Bedenken seitens der Innsbrucker Universitätsklinik berichtet, die von der Baudirektion des Landes um eine Stellungnahme

9 TLA, ATLR, Abt. Vb-469 V5e, Landeserziehungsheime, Kramsach Bauliche Maßnahmen, Aktenvermerk des Landesjugendamtes mit dem Betreff: sanitäre Einrichtungen des LEH Kramsach vom 28. August 1957.

10 TLA, ATLR, Abt. Vb-469 V5e, Landeserziehungsheime, Kramsach Bauliche Maßnahmen, Dr. Vogl aus der Kinderstation des A. Ö. Landeskrankenhauses Innsbruck an das Amt der Tiroler Landesregierung, wie Anm. 8.

11 Ebd.

gebeten worden war. Die Klinik habe ihre Bedenken damit begründet, „dass die Anschaffung dieser Einrichtung wegen Verbreitung von Infektionen gefährlich sei und deshalb an der Innsbrucker Klinik unterbliebe“.¹² Dieser Sachverhalt hatte wohl zu einer Pattsituation zwischen der Heimleitung und der Baudirektion bzw. dem ausführenden Baumeister geführt, weshalb Maria Vogl Stellung dazu bezog. Die Stellungnahme Vogls zur Aussage der Klinik bezüglich des Bidets lautete folgendermaßen:

„Die Infektionsgefahr ist natürlich in einem Krankenhaus grundsätzlich wesentlich grösser, weshalb schärfere Massnahmen und grössere Vorsicht grundsätzlich notwendig sind. Es mag aber doch Folgendes bedacht werden: man kann doch keineswegs wegen Infektionsgefahr die Reinigung überhaupt unterlassen und es wird doch niemand behaupten wollen, dass die Benützung einer Waschschüssel, des Waschbeckens oder der Badewanne (das waren die bisherigen Möglichkeiten), hygienischer sei. Wenn man einem Heim zumuten darf, dass es die Badewanne zwischen jedem Bad zu säubern versteht und deshalb gegen die Einrichtung von Badewannen nichts unternimmt, darf doch auch damit gerechnet werden, dass das kleine und besonders leicht zu reinigende und zu desinfizierende Bidet sauber gehalten wird, noch dazu wo sich dies der gesamten Reinlichkeitserziehung der pubertierenden Mädchen sinngemäss einfügt.“¹³

Die Einrichtung eines solchen kleinen Raumes habe außerdem den Vorteil, „dass die dazu [zur Reinlichkeitserziehung] notwendigen Behelfe jederzeit zugänglich untergebracht werden können, ohne dass Mädchen vor Eintritt ihrer Reife diese Dinge zu Gesicht bekommen“.¹⁴ Vogl fügt hinzu, dass auch auf ihrer Kinderbeobachtungsstation ein Bidet benutzt werde und „bisher keinerlei Schwierigkeiten auftauchten“.¹⁵ Daneben führt Vogl in ihrem Gutachten einen zweiten Sachverhalt an, der laut ihrer Aussage die Klinik bewogen habe, sich gegen den Einbau eines Bidets auszusprechen. „Das zweite Bedenken, das sichtlich von der Klinik ausgesprochen wurde“, so schreibt Vogl, „beschäftigt sich mit der Möglichkeit einer durch diese Reinigungsform ausgelösten Masturbation. Auch darauf ist nur zu antworten, dass die Reinigung eben stattfinden muss [sic] und sich die Gefahr bei der Benützung anderer Waschgelegenheiten keineswegs vermindert.“¹⁶ Mit der Bemerkung, dass sie es für „unumgänglich“ halte, „der Einrichtung einer solchen Waschgelegenheit zuzustimmen und sie in dem von Frau [Direktor] dazu vorgeschlagenen Raum unterzubringen“,¹⁷ endet das Schreiben.

Das zweite Dokument, das Auskunft über die Angelegenheit gibt, der Aktenvermerk vom August 1957, informiert darüber, dass die Psychiaterin auch für die oben angesprochenen „anderen Waschgelegenheiten“ Änderungsvorschläge hatte. Dazu heisst es:

„Frau Dr. Vogl bemängelte übrigens, dass in der grossen neuen Duschanlage keine Vorrichtung für den Abschluss der einzelnen Duschboxen durch einen Vorhang vorgesehen seien. Es sei an sich nichts dagegen vom erzieherischen Standpunkt einzuwenden, wenn die unentwickelten Kinder

12 Ebd.

13 Ebd.

14 Ebd.

15 Ebd.

16 Ebd.

17 Ebd.

untereinander gleichzeitig nackt duschten und einander sähen und ebensowenig, wenn die schon entwickelten Zöglinge gleichzeitig duschten und einander sähen. Es sei aber in einem solchen Anstaltsbetrieb nicht zu vermeiden, dass gruppenweise geduscht würde und dass einmal in einer Gruppe Unentwickelter schon ein weit entwickeltes Mädchen sei und sie halte es für richtiger, vorsorglich Nylonvorhänge in den Duschboden anzubringen.“¹⁸

In ihrem Gutachten hatte die Psychiaterin noch einen weiteren Vorschlag zur Ausstattung des Mädchenheimes geäußert. Dieser bezog sich auf die „Heizung der Schlafsäle in Kramsach“.¹⁹ So lautet auch der Betreff des Gutachtens Vogls an das Landesjugendamt, worauf zu schließen ist, dass die Anfrage des Landesjugendamtes eigentlich diesem Anliegen galt. Ihre Stellungnahme zur Heizung des Mädchenheimes nimmt aber lediglich den ersten Absatz des Gutachtens ein und scheint auch weit weniger für Diskussionsbedarf gesorgt zu haben als der Einbau des Bidets, da dieser Sachverhalt im Aktenvermerk des Landesjugendamtes nicht weiter thematisiert wird. Vogl ist wohl telefonisch vom Landesjugendamt bezüglich dieser Sache kontaktiert worden und liefert mit ihrem Gutachten die schriftliche Fassung ihrer Aussage nach. Es heißt, dort, sie teile mit,

„dass unseres Erachtens eine Beheizung der dortigen Schlafsäle unerlässlich ist, und zwar nicht nur deshalb, weil ich mich mehrmals vom Eisbelag unter den Fenstern während strenger Wintermonate überzeugen konnte und es recht unerfreulich wäre, wenn diese Zustände einmal in der Presse breitgetreten würden und auch nicht nur wegen der begreiflichen Bedenken von Frau Direktor [...], die genötigt ist, bei kleineren Epidemien hochfieberhafte Kinder in den völlig unheizbaren Schlafsälen unterzubringen. Im Vordergrund unserer Betrachtungsweise steht einerseits, dass dem Bettnässen dadurch Vorschub geleistet wird, dass Luft und Böden während der Nacht derart eiskalt sind, dass es einen ernsthaften Entschluss verlangt, das warme Bett zu verlassen und den Abort zu benutzen und andererseits, dass es in völlig ungeheizten Räumen absolut notwendig ist, die Mädchen ganz warm zuzudecken, was für manche, die mit sexuellen Verwahrlosungserscheinungen in das Heim kommen, eine Verstärkung der diesbezüglichen Schwierigkeiten bedeutet.“²⁰

Während Vogls Vorschlag zum Einbau der Heizkörper zumindest in den beiden zitierten Dokumenten keine weiteren Diskussionen nach sich zog und die Heizkörper in den Schlafsälen eingebaut wurden, kam es nicht zum Einbau des Bidets, obwohl der zuständige Sozialreferent dem Gutachten Vogls folgend die Baudirektion auch damit beauftragt hatte. Laut Aktenvermerk vom August 1957 habe der Oberbaurat, und diesem Folge leistend der Baumeister, den Einbau des Bidets mit der Begründung verhindert, „dass es gar nicht mehr nach den jetzigen medizinischen und hygienischen Ansichten zeitgemäss sei, in einem Gemeinschaftsheim ein Bidet einzurichten; auch die hochmoderne medizinische Klinik Innsbruck habe deshalb vom

18 TLA, ATLR, Abt. Vb-469 V5e, Landeserziehungsheime, Kramsach Bauliche Maßnahmen, Aktenvermerk des Landesjugendamtes mit dem Betreff: sanitäre Einrichtungen des LEH Kramsach, wie Anm. 9.

19 TLA, ATLR, Abt. Vb-469 V5e, Landeserziehungsheime, Kramsach Bauliche Maßnahmen, Dr. Vogl aus der Kinderstation des A. Ö. Landeskrankenhauses Innsbruck an das Amt der Tiroler Landesregierung, wie Anm. 8.

20 Ebd.

Bidet abgesehen“.²¹ Als zweites Argument habe der Oberbaurat die Kosten des Bidets erwähnt. Wegen der notwendigen Installationsarbeiten wäre der Einbau des Bidets sehr teuer gewesen. Frau Dr. Vogl sei über diesen Sachverhalt unterrichtet worden, „und ersucht, sich zu vergewissern, ob tatsächlich in der neuen medizinischen Klinik keine Bidets eingebaut sind und warum!“. Die Landesregierung, so der Aktenvermerk ferner, behalte sich „nach nochmaliger Prüfung der Sache evtl. für das kommende Wirtschaftsjahr eine Wiederholung des Antrages auf Einbau eines Bidets“²² vor. Mehr erfahren wir aus den Bauakten zu diesem Sachverhalt nicht.

Hierarchie der Diskursebenen: Reinlichkeitserziehung – „Gefahr der Masturbation“ – Infektionsgefahr

Die Causa rund um das Sitzwaschbecken erregte die Aufmerksamkeit der Psychiaterin, des Landesjugendamtes, des Sozialreferenten, der Klinik, des Oberbaurates und des Baumeisters. Das Bidet scheint in der Debatte seiner bloßen Funktion als Gebrauchsgegenstand enthoben, indem es am Kreuzungspunkt mehrerer Diskurse steht: zum einen eines medizinischen, vertreten durch die Klinik Innsbruck und in der Folge durch den Oberbaurat und den Baumeister, und daneben eines heilpädagogischen Diskurses. Dieser wiederum wird durch die Psychiaterin Vogl vertreten und ihrem Gutachten folgend dem Sozialreferenten. Der finanzielle Aspekt, den der Oberbaurat ins Treffen führt, scheint seine am medizinischen Argument gewonnene Haltung gegen das Bidet zu stützen. Mögen die höheren Kosten auch ein triftiger Grund für die Ablehnung des Bidets gewesen sein, so fällt an der Debatte auf, dass neben den finanziellen Aspekten den erzieherischen Einschätzungen große Aufmerksamkeit geschenkt wird. Das ist ungewöhnlich, zumal die meisten sonst in den Bauakten dokumentierten Umbaumaßnahmen maßgeblich von wirtschaftlich-finanziellen Belangen geprägt sind.

In Vogls Argumentation, die hier im Zentrum der Aufmerksamkeit steht, lässt sich eine Hierarchie der diskursiven Ebenen nachvollziehen. An deren Spitze stehen die Reinlichkeitserziehung und die räumliche Trennung der jüngeren von den älteren Mädchen. Diese sieht sie zum einen im kleinen Raum mit Bidet, zum anderen durch die Duschvorhänge in der Waschanlage gewährleistet. Auch bei ihrem Vorschlag zur Anbringung von Heizkörpern in den Schlafsälen stehen die Reinlichkeitserziehung, das Aufsuchen der Aborte und das Verhindern des Bettnässens im „Vordergrund ihrer Betrachtungsweise“, wie sie selbst sagt. Die „Gefahr der Masturbation“ nimmt sie im Beispiel des Bidets zugunsten der Reinlichkeitserziehung in Kauf, während sie ihr durch den Einbau der Heizkörper in den Schlafsälen direkt entgegenwirken will. Reinlichkeitserziehung, die räumliche Trennung jüngerer und älterer Mädchen sowie die Verhinderung der Masturbation reihen sich argumentativ vor die gesundheitliche Benachteiligung der Kinder, die mit der Unterbringung in eiskalten Schlafsälen oder in Form der von der Klinik vorgebrachten Infektionsgefahr durch das Bidet einhergehen könnte. Wie die einzelnen Diskursebenen auch konkret zusammenhängen und welches Wissen sie jeweils speisen mag: Für die in diesem Beitrag aufgeworfene These der „medikalisierten Kindheitsräume“ ist entscheidend, dass medizinische, psychiatrische bzw. heilpädagogische Überlegungen an das

21 Ebd. Im Original ist der letzte Satz dieses Zitats handschriftlich unterstrichen.

22 Ebd.

Raumarrangement des Heimes geknüpft wurden und klare Vorstellungen darüber herrschten, wie dieses erzieherisch wirksam werden sollte.

Was an der Einbeziehung Vogls in die innenarchitektonische Ausgestaltung des Kramsacher Mädchenheimes durch die Landesregierung festgestellt werden kann, ist der Versuch einer baulichen Modernisierung auf der Basis von psychiatrischem bzw. heilpädagogischem Wissen. Die bauliche Modernisierung ging aber nicht mit einem Wandel der im Heim praktizierten Pädagogik einher. Der heilpädagogische Zugriff auf die Kinder und Jugendlichen wurde dadurch vielmehr intensiviert, indem er durch die Psychiaterin und ihr Gutachten verwissenschaftlicht und damit legitimiert wurde.²³ Der Umstand, dass Vogl 1976 auch im zweiten Tiroler Mädchenheim in St. Martin in Schwaz Einfluss auf die Raumstruktur nahm, demonstriert, dass der Einbezug der psychiatrischen Expertise in die architektonische Ausgestaltung und Einrichtung des Erziehungsheimes in Kramsach kein Einzelfall war. Während die Psychiaterin in Kramsach eher subtil, in Form einer Gutachtertätigkeit auf den Erziehungsraum einwirkte, entfaltete sie in St. Martin regelrecht innenarchitektonische Ambitionen. Als in St. Martin eine Jugendliche die Isolierzelle, den Karzer, demolierte, wurde Maria Vogl zur Besichtigung der Karzerzelle eingeladen. Daraufhin entwarf sie ein zum Liegen wie Sitzen geeignetes Möbelstück für den Karzerraum und empfahl, entgegen der geltenden gesetzlichen Bestimmungen, die Abdunkelung des Karzers.²⁴ Vogls Vorschläge waren damit von einem pädagogischen Standpunkt aus gesehen nicht nur wenig fortschrittlich, sondern geradezu gesetzeswidrig. Warum aber sprach die Landesregierung Vogls Einschätzung derartiges Gewicht zu? Laut dem 1955 verabschiedeten Jugendwohlfahrtsgesetz des Landes Tirol oblag der Landesregierung die Aufsicht über die Heime. Die Fürsorgeerziehung musste „nach gesicherten pädagogisch-psychologischen Erkenntnissen“²⁵ gestaltet werden. Auch das pädagogische Personal sollte, so sah es das Landesgesetz vor, „fachlich entsprechend ausgebildet sein“.²⁶ Aufgrund fehlender gesetzlicher Regelungen und praktischer Möglichkeiten war eine zeitgemäße Ausbildung für Erzieherinnen und Erzieher in Österreich aber zu diesem Zeitpunkt gar nicht möglich. Erst in den beginnenden 1960er-Jahren wurden mit der Gründung der „Bundesinstitute für Heimerziehung“ in Baden bei Wien und der Stadt Wien Einrichtungen geschaffen, die allmählich Ausbildungsformate für Erziehungsberufe anboten.²⁷ Der Versuch der Tiroler Landesregierung, über die bauliche Sanierung der Heime auf der Basis der Gutachten Vogls die Rückständigkeit der in den Heimen praktizierten Pädagogik auszugleichen, ist demnach vor dem Hintergrund der mangelnden Professionalisierung des pädagogischen Heimpersonals zu sehen. Oder konkreter: Moderne Architektur und Ausstattung der Gebäude sollten aufwiegen,

23 Vgl. zum Einfluss der psychiatrischen Wissensproduktion auf die Sozialpädagogik Michaela RALSER, Anschlussfähiges Normalisierungswissen. Untersuchungen im medico-pädagogischen Feld, in: Fabian Kessl / Melanie Plöber, Hg., Differenzierung, Normalisierung, Andersheit. Soziale Arbeit als Arbeit mit den Anderen (Wiesbaden 2010), 135–153.

24 Vgl. Flavia GUERRINI, „... ich hätte alles getan, damit ich ja da nicht mehr reinkomme.“ Karzer, Besinnungsstübchen, Therapiestation, Räume der Erziehung?, in: Ulrich Leitner, Hg., Corpus Intra Muros. Eine Kulturgeschichte räumlich gebildeter Körper (= Edition Kulturwissenschaft 74, Bielefeld 2017), 117–148.

25 Gesetz vom 23. Mai 1955 über die öffentliche Jugendwohlfahrtspflege in Tirol, LGBl. Nr. 28 (Tiroler Jugendwohlfahrtsgesetz – TJWG), § 27, 4.

26 Ebd. § 3, 1.

27 Vgl. Ulrich LEITNER, Die Jugendfürsorge von 1945 bis 1990, in: Ralsler / Bischoff / Guerrini u. a., Heimkindheiten, wie Anm. 1, 189–293, 260–279.

was in pädagogischer Hinsicht versäumt wurde.²⁸ Die Ausstattung und Gestaltung der Räume wurden von den politisch Verantwortlichen auch als Argument gegen die Kritik an den Heimen verwendet. Das zeigt sich augenscheinlich Mitte der 1960er-Jahre, als eine massive Pressewelle Vorwürfe gegen die Tiroler Heimerziehung und die in den Heimen praktizierte Pädagogik erhob. Im Zentrum der Kritik stand das Kramsacher Mädchenheim.

Das Heim in der Presse: „Zwingburg“ oder „Sanatorium für Taugenichtse“?

Wie Maria Vogl in ihrem Gutachten von 1956 bereits befürchtet hatte, wurde das Heim in Kramsach einige Jahre später, 1964, Zielscheibe der Presse. Die Räumlichkeiten waren zu dem Zeitpunkt alle saniert, umgebaut oder neu errichtet worden. Was das „Grüne Echo“ anprangerte, so hieß das Blatt, das die Kritik äußerte, war nicht die Gestalt der Gebäude, sondern vielmehr die Wirkung des geschlossenen Raumregimes auf seine Bewohnerinnen und die damit verbundene Strafpädagogik. Mit der reißerischen Schlagzeile auf dem Titelblatt „Mädchen in Not: Kramsacher Affären. Hört Fini einmal an!“ wurde die Geschichte von Josefine und Christine Kohlhofer erzählt, zweier Geschwister aus Oberösterreich, die in Kramsach als Fürsorgezöglinge eingewiesen wurden. Der Bericht fußte auf Aussagen der Eltern und Erzählungen sowie Briefen der Kinder, die mitteilten, „daß sie unschuldig 14 Tage allein eingesperrt wurden und sie Angst hätten, alles zu sagen, was sich ereignete“.²⁹ Das „Grüne Echo“ fand für seine Kritik ein starkes räumliches Bild, indem es das Kramsacher Mädchenheim als „Zwingburg“ beschrieb. Das Blatt forderte die politischen Verantwortlichen auf, den Vorwürfen nachzugehen: „Verehrte Herren Landtagsabgeordnete, seht und hört Euch die Kinder in den Heimen an. [...] Kommt unangemeldet in die Heime, denn nur dann seht ihr das wahre Tagesgeschehen!“³⁰ Die Landtagsabgeordneten reagierten und statteten allen drei Tiroler Landeserziehungsheimen einen Besuch ab. Es war aber kein Überraschungsbesuch, den die Zeitschrift forderte, zumal er vorab in der Presse angekündigt worden war, wie das „Grüne Echo“ in einer weiteren Titelstory kritisierte.³¹

Am Freitag, den 24. April 1964, genau zehn Tage nach dem ersten Artikel im „Grünen Echo“, berichtete die „Tiroler Tageszeitung“ (TT) über den Besuch des Landtages in den Heimen. Der Artikel liest sich wie eine Gegendarstellung zur Berichterstattung des „Grünen Echos“. Der Beitrag betont das „freundliche und saubere Milieu von Mariatal“³² und schreibt

28 Vgl. zur Bedeutung der Architektur für die Fürsorgeerziehung Ulrich LEITNER, *Gebaute Pädagogik – Raum und Erziehung. Die Bedeutung der Architektur für die Fürsorgeerziehung am Beispiel der Landeserziehungsanstalt am Jagdberg*, in: *Tiroler Heimat. Zeitschrift für Regional- und Kulturgeschichte Süd-, Ost-, und Nordtirols* 80 (2016), 171–200.

29 Mädchen in Not. Kramsacher Affären. Hört Fini einmal an!, in: *Grünes Echo* (12. April 1964), 12, Zeitungsausschnitt im Privatarchiv Friedrich Ebenbichlers, ehemaliger Schulleiter der Landessonderschule Kramsach. Heim Kramsach. Kritik an Erziehung, in: *Grünes Echo* (3. Mai 1964), Zeitungsausschnitt im Privatarchiv Friedrich Ebenbichlers.

30 Jerry HOCHMANN, *Abgeordnete, geht in die Erziehungsheime! Hört Fini an!* Erschienen zwei Wochen nach dem ersten Bericht in einer weiteren Landesausgabe des *Echo*, wie aus dem Text hervorgeht. Zeitungsausschnitt ohne Datum im Privatarchiv Friedrich Ebenbichlers.

31 Heim Kramsach. Kritik an Erziehung, wie Anm. 29.

32 Von Mariatal und St. Martin nach Kleinvolderberg. Der Landtag besichtigte die drei Erziehungsanstalten. Erkenntnisse der Sozialstatistik. Traurige Zustände in der „Stachelburg“, in: *Tiroler Tageszeitung* (24. April 1964), 3.

sogar der topografischen Platzierung des Heimes eine erzieherische Funktion zu. Bereits die „gesunde Luft und die vernünftige Lebensweise“³³ trügen zur Gesundung der Kinder bei.³⁴ Das Heim, könne, so heißt es ferner, „in seiner herrlichen Lage hinter Kramsach ein ideales Erholungsheim sein“.³⁵ Der Bericht strotzt vor Lob für die mit hohem finanziellen Aufwand betriebene bauliche Modernisierung der beiden Tiroler Mädchenheime in Kramsach und St. Martin. Was für die Mädchenheime in Kramsach und St. Martin „des Guten etwas zu viel getan“³⁶ werde, geschehe aber für das einzige Bubenheim des Landes in Kleinvolderberg zu wenig. Den Unterschied zwischen den Mädchenheimen und dem Bubenheim macht der Artikel an den unterschiedlichen baulichen Zuständen der Heime fest.³⁷ Nur ein Drittel der Zöglinge in den Erziehungsanstalten könne „vielsagenden Sozialstatistiken“ zufolge, so der Artikel, als „heilbar“ angesehen werden. „Ein Drittel bleibt labil, und der Rest läßt nur geringe Hoffnungen auf erzieherische Wunder offen.“³⁸ Dieser Sachverhalt rufe zwei entgegengesetzte Meinungen auf den Plan:

„Nun müßte dieses Drittel der Heilbaren, so sagen Sozialpolitiker und Psychologen, alle Aufwendungen rechtfertigen, die für solche Heime gemacht werden. Denn ein Zögling im Heim kommt der Gemeinschaft ungleich billiger als ein endgültig Gestrauchelter, der seinen Weg durch die Strafanstalten begonnen hat. Und die anderen wehren sich dagegen, daß die öffentliche Hand mit Steuergeldern diese Erziehungsanstalten immer mehr zu modernen Sanatorien für Taugenichtse verwandelt.“³⁹

In der Raummetapher des „Sanatoriums“ erscheint die Medikalisierung des Erziehungsraumes in gebündelter Form. Der baulich modernisierte Raum dient in der Argumentation der Fürsorgeorgane, hier vertreten durch die TT, als Argument gegen die Kritik an der in den Anstalten praktizierten Pädagogik. Was Kramsach anbetrifft, verfehlte die Argumentation ihre Wirkung. Nach den Artikeln im „Grünen Echo“ wurden weder aus Tirol und Vorarlberg noch aus anderen Bundesländern Mädchen in das Heim in Kramsach überstellt. Sein öffentlicher Ruf war ruiniert. Verhältnismäßig früh schloss es daraufhin seine Tore 1971 und wurde als Sonderschule mit Internat für Kinder mit körperlichen und geistigen Behinderungen reorganisiert.

33 Ebd.

34 Vgl. zur Bedeutung der topografischen Platzierung der Anstalten Ulrich LEITNER, Sonderorte ländlicher Kindheiten. Raumerinnerungen ehemaliger Heimkinder der Fürsorgeerziehungslandschaft Tirol und Vorarlberg, in: Markus Ender / Ingrid Fürhapter / Iris Kathan / Ulrich Leitner / Barbara Siller, Hg., Landschaftslektüren. Lesarten des Raums von Tirol bis in die Po-Ebene (= Edition Kulturwissenschaft 109, Bielefeld 2017), 326–347.

35 Von Mariatal und St. Martin nach Kleinvolderberg, wie Anm. 32.

36 Ebd.

37 Zu Kleinvolderberg heißt es: „Im ganzen Haus, das einst die Patres von St. Peter zu Salzburg selber bauten, und zwar sichtlich ziemlich unbefleckt von jeglichen Erkenntnissen der Architektur, muffelt es wie in einem Armenhaus um die Jahrhundertwende. Die Betten in den Schlafräumen stehen in Abständen von nur einer Handbreit nebeneinander, Nachttische haben keinen Platz und die sanitären Anlagen lassen sehr zu wünschen übrig. Zudem sind die Schlafräume nicht heizbar. Im Winter liegt das Eis an den Wänden. Man mag über die Betreuung dieser Burschen denken wie man will. Eines ist sicher: Irgendetwas muß in Kleinvolderberg geschehen. Denn unter den gegenwärtigen Verhältnissen ist jede Therapie für Besserung wenig erfolgsversprechend.“ Ebd.

38 Ebd.

39 Ebd.



Das Ehedrama einer Innsbrucker Bartänzerin

MÄDCHEN IN NOT:

KRAMSACHER AFFÄREN

Hört Fini einmal an!

Dies ist die Geschichte zweier Kinder, deren Schicksal nicht alltäglich ist, deren weiteres Leben Behörden bestimmen, denn für ihre Erziehung ist das Amt der oberösterreichischen und der Tiroler Landesregierung zuständig. Beide Ämter haben die Verantwortung übernommen, die Schwestern Christine und Josefine Kohlhöfer zu anständigen Menschen zu erziehen. Die Elternpflicht wurde den Eltern entzogen, die Behörden übernehmen sie. Sorgen sie aber auch dafür, daß sie nun ihre Pflicht erfüllen, nachdem sie die Eltern — der Ansicht des Gerichtes nach — nicht erfüllen?

Mit Beschluß des Bezirksgerichtes Vöcklabruck, Zeichen P 289/61, vom 22. 11. 1961, wurden die heute 12jährige Christine Kohlhöfer und deren 15jährige Schwester Josefine ihren Eltern Jakob und Anna Kohlhöfer entzogen und in vorläufige Fürsorgeerziehung eingewiesen. Für die Durchführung der Erziehung wurde das Amt der oberösterreichischen Landesregierung als zuständig erklärt.

Dieser beschluß des Bezirksgerichtes Vöcklabruck erfolgte mit der Begründung, daß das Bezirksjugendamt dieser Stadt einen solchen Antrag gestellt hatte und diesen wie folgt begründete:

Christine Kohlhöfer hat einmal im Frühjahr und einmal im Herbst 1960 beim Schuldiener Hans Bauer um Nahrungsmittel, Kleider und Geld gebettelt. Im April 1961 bettelte Christine auf der Vöcklabruck in Vöcklabruck die Fürsorgeschwester Hedwig Bamberger um Geld

Beide Kinder haben ihre Lehrkräfte wiederholt belogen, die ihnen gemachten Vorhalte hatten sie nicht beachtet. Christine bettelte zweimal ihre Mitschülerinnen, eine um 3 Schilling, eine andere um 1,50 Schilling.

Nach Angaben der zuständigen Lehrkräfte bildeten beide Mädchen eine ernste ständige Gefahr für ihre Mitschülerinnen.

Nach einer Aussage von Frau Hedwig Raufelsberger hat Christine versucht, ihr eine Rundstirnadel zu stehlen und ihr auch zwei Schillingstücke entwendet.

In der Begründung des Beschlusses des Bezirksgerichtes Vöcklabruck wird noch angeführt, daß beide Mädchen mit einem Elifähigen unzüchtige Handlungen vorgenommen haben. Diese Tat leugneten aber beide Kinder, und schließlich wurde sie auch von dem Buben bestritten, der anfänglich die Handlungen bestätigt hatte.

In dem von OLG Dr. Stelzmüller unterfertigten Beschluß heißt es abschließend wörtlich: „Bei dieser Beweislage erscheint hinlänglich beglaubigt, daß eine weitgehende seelische und sittliche Verwahrlosung der beiden Kinder Josefine und Christine Kohlhöfer eingetreten ist, die die Entfernung der beiden Kinder aus ihrer bisherigen Umgebung wegen ihrer unzulänglichen Erziehung unbedingt erforderlich macht.“

Gegen diesen Beschluß berief die Mutter der Kinder beim selben Gericht, aber OLG Stelzmüller — der auch die erste Entscheidung fällte — wies die Berufung ab.

In der Begründung des zweiten Beschlusses werden nicht nur die Argumente der Mutter wiederholt, sondern es wird auch die „schlechte“ sittlichen Verkommenheit der Kinder näher begründet. Die beiden, zum Zeitpunkt der Entscheidung im Alter von 11 und 13 Jahren stehenden Kinder, bewohnten mit ihren Eltern und vier anderen Geschwistern im Alter zwischen 15 und 29 Jahren und mit dem Gatten einer Schwester zusammen vier Barackenräume beim Sportplatz in Vöcklabruck.

Nach den Berichten des Jugendamtes — so heißt es weiter in der gerichtlichen Entscheidung — ist die Mutter der Geschwister hochgradig unbeherrscht, unsachlich und in ihrem undisziplinierten Verhalten ein ungünstiges Vorbild für ihre Kinder. Auch nach Aussage des Vaters der Kinder, der tagüber auswärtig arbeitet, ist die Kindesmutter, der überwiegend die Beaufsichtigung und Erziehung der beiden Kinder obliegt — zu nachsichtig, so daß die Geschwister lügen und nicht folgen. Auch er sprach sich für eine Erziehungsaufsicht aus.



Christine Kohlhöfer wurde von ihrer Schwester getrennt und blieb allein im Erziehungshaus Kramsach zurück

Schnupfen?

Des Tuch mit dem besond'ron Pfeffer,

rasch entfaltet — nur ein Griff

an. In den Jahren 1960 und 1961 haben nach Aussage von Elfriede Rutschetschin Christine und ihre Schwester Josefine in Lenzing im Wohnhaus der Frau dreimal um Gewand, Zucker, Geld und Spielsachen gebettelt.

Nach Aussage der Lehrerinnen Erna Luis und Josefa Silbermayr sind beide Kinder regelmäßig vollkommen verschmutzt und zeitweise auch verlaust in die Schule gekommen. Die ersgenannte Lehrerin hat beiden Kindern, als sie von deren Betreibern erfuhr, diese verboten, doch hielten sich weder Christine noch Josefine daran.

Christine Kohlhöfer wurde einmal von ihrer Lehrerin beim Verteilen von pornographischen Bildern an ihre Mitschülerinnen überrascht.

Lesen Sie bitte weiter auf Seite 12

Abb. 3: Der Artikel „Mädchen in Not: Kramsacher Affären. Hört Fini einmal an!“ wird durch ein großformatiges Porträtbild des Mädchens illustriert. Er zitiert Aussagen ehemaliger Zöglinge und deren Eltern und rückt damit die Kinder in den Mittelpunkt der Berichterstattung (Quelle: Echo, 12. April 1964, Titelblatt, Ausschnitt, Privatarchiv Friedrich Ebenbichler)

Von Mariatal und St. Martin nach Kleinvolderberg

Der Landtag besichtigte die drei Erziehungsanstalten • Erkenntnisse der Sozialstatistik • Traurige Zustände in der „Stachelburg“

Die Problematik der Schwersterziehbaren wird in den Besserungsanstalten offenbar. Diese optimistische Bezeichnung wird heute durch den Begriff „Erziehungsanstalt“ ersetzt. Nach den vielversprechenden Sozialstatistiken gilt nur ein Drittel der Zöglinge als heilbar. Ein Drittel bleibt labil, und der Rest läßt nur geringe Hoffnungen auf erzieherische Wunder offen. Nun müßte dieses Drittel der Heilbaren, so sagen Sozialpolitiker und Psychologen, alle Aufwendungen rechtfertigen, die für solche Heime gemacht werden. Denn ein Zögling im Heim kommt der Gemeinschaft ungleich billiger, als ein endgültig Gestrauchelter, der seinen Weg durch die Strafanstalten begonnen hat. Und die anderen wehren sich dagegen, daß die öffentliche Hand mit Steuergeldern diese Erziehungsanstalten immer mehr zu modernen Sanatorien für Taugelnichtse verwandelt. Die Wahrheit dürfte auch hier, wie so oft und immer, im goldenen Mittelweg liegen. Was, um Tirol zu nehmen, in Mariatal und in St. Martin vielleicht des Guten etwas zu viel getan wird, das geschieht und geschah in Kleinvolderberg zu wenig. Der Unterschied zwischen den beiden Mädchenanstalten und dem Haus für Burschen in Kleinvolderberg ist zu groß und bedrückend. Der Landtag hatte am Mittwoch Gelegenheit, diese drei Heime zu besichtigen.

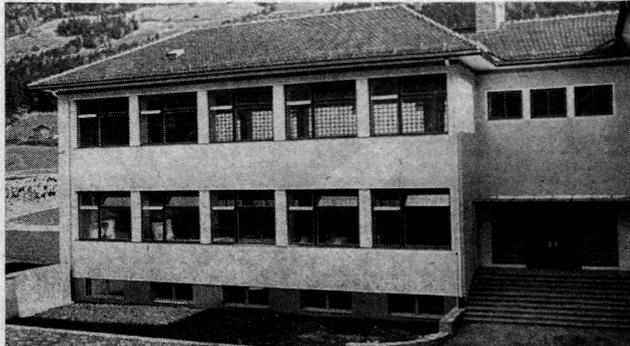
Im alten Kloster in Mariatal, das in seiner herrlichen Lage hinter Kramsach ein ideales Erholungsheim sein könnte, leben 62 junge Mädchen im Alter von 6 bis 15 Jahren. Es sind dies Kinder, die durch Gerichtsbeschluß eingewiesen werden, um dort die neunstufige Volksschule zu absolvieren, da ihnen durch ihren Schulausschluß jede andere Schule verwehrt bleibt. Nach dem Brand im Jahre 1954 wurde ein neuer Trakt gebaut, der heute helle freundliche Schulräume aufnimmt. Früher sollten Gitter den Weg in die Freiheit versperrern, heute kommt man auch ohne Gitter aus, und die Erfahrungen beweisen, daß heute Fluchtfälle viel seltener vorkommen als ehemals. Es sind ausnahmslos schwersterziehbare Kinder, die dort zur Schule gehen. Völlig verwahrlost kamen viele dieser kleinen Mädchen in die Anstalt, die gesunde Luft und die vernünftige Lebensweise hat sie aber nach ein paar Monaten gründlich verwandelt. Wenigstens äußerlich. Würde man nichts von der Mission dieses Hauses, glaubte man sich versetzt in eines der vielen Kinderheime. Man merkt nicht viel von „Verkommenheit“, und es ist irgendwie bedrückend, in den Schlafzimmern dieser Kleinen in den Betten die unentbehrlichen Teddybären und Puppen thronen zu sehen.

Eingang liegen die beiden schwer vergitterten Korrektionszellen, in denen der Widerspenstigen Zähmung erfolgen soll. Eine dieser Zellen ist gegenwärtig außer Dienst gestellt, da eine besonders streitbare Maid die gesamte Einrichtung zertrümmert hatte. Bis zu drei Tagen können Zöglinge dort zur Strafe angehalten werden. Von diesen Zellen abgesehen, werden die Bilder, die der Besucher sieht, zusehends freundlicher. Das Äußere des Hauses ist zwar nicht sonderlich verlockend, dafür ist es drinnen um so schöner. Piek-saubere helle Schlafräume, Wohnräume, Schulzimmer und Arbeitsstätten und die Mädchen selber verbreiten eine durchaus heimelige Atmosphäre. Noch weniger als in Mariatal spürt man das Makabre dieses Hauses, auf dem eine böse Geschichte lastet. Vor Jahrhunderten war St. Martin, wie aufgefundenen Dokumente bewiesen, ein „Zuchthaus für Weiber“ und später ein Strafhaus für widerspenstige Nonnen.

Moderne sanitäre Anlagen, ein eigenes Krankenrevier mit einem Heilmittel, ein großer, gemütlicher Bibliotheksraum, der vor allem in den Abendstunden viel aufgesucht wird, und schöne

Schwarz und Weiß gekleidet, servierten mit Geschick und Grandezza. Die Mädchen einer gehobeneren Gruppe, deren Besserung ziemlich sicher ist, gehen übrigens völlig frei nach Schwaz als Verkäuferinnen. Ein Großteil ihres Lohnes dient zur Begleichung der Aufenthaltskosten im Heim. Und im Fasching wagte die Anstaltsleitung, natürlich mit behördlicher Zustimmung, ein Experiment. Die Mädchen von St. Martin luden im Fasching das Bundesheer zum Tanz. Dieses Experiment ist angeblich voll gelungen. Und zwar im guten Sinne natürlich.

St. Martin hat jetzt in einem Neubau einen modernen Turnsaal und im Erdgeschoß eine Wäscherei und Buglerei bekommen. Beides dient der Therapie. Durch ihre Arbeit haben übrigens die Mädchen dem Heim auch einen Fernsehapparat erarbeitet. Und beim Mittagessen wurde eine kleine Ausstellung improvisiert, in der die Zöglinge schöne Stücke von Handarbeiten und kunstgewerblicher Arbeiten zeigten. Fluchtversuche sind seltener geworden, und diese Tatsache wird als Erfolg einer Therapie mit größeren Möglichkeiten angeführt. Im Kuhstall



Im Neubau von St. Martin liegt der moderne Turnsaal, um den wohl viele Schulen des Landes die Zöglinge dieser Erziehungsanstalt beneiden könnten. (Photo: „TT“)

Abb. 4: Der Artikel „Von Mariatal und St. Martin nach Kleinvolderberg“ in der Tiroler Tageszeitung unterstreicht seinen Fokus auf die „Räume“ durch das den Artikel illustrierende Bild. Die Fotografie zeigt den 1962 neu errichteten Turnsaal des Heimes in St. Martin in Schwaz (Quelle: TT, 24. April 1964, 3, Ausschnitt)

Fazit

Das Beispiel der Landeserziehungsanstalt in Kramsach zeigt, dass das groß angelegte Projekt der Medikalisierung von Kindern und Jugendlichen, die in den Blick der Fürsorgeerziehungsorgane gerieten,⁴⁰ tief in die materiellen Grundlagen der öffentlichen Ersatzerziehung einsickerte. Der „Raum“ kann daher als heuristische Kategorie zur Untersuchung des Zusammenspiels verschiedener Diskursebenen dienen, die im medico-pädagogischen Feld der Fürsorgeerziehung wirksam waren. Die Gewichtung der jeweiligen Argumente erlaubt eine Anordnung der diskursiven Ebenen, worüber nicht nur die treibenden Akteure wirkmächtiger Diskurse positioniert, sondern auch deren Folgen auf die pädagogische Praxis nachverfolgt werden können.

40 Vgl. Michaela RALSER, Psychiatrisierte Kindheit – Expansive Kulturen der Krankheit. Machtvolle Allianzen zwischen Psychiatrie und Fürsorgeerziehung, in: Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaft 25/1–2 (2014), 128–155.

Dies zeigt die Analyse des Gutachtens der Psychiaterin Maria Vogl zu den sanitären Einrichtungen in Kramsach beispielhaft auf. Wenn die Landesregierung in Ermangelung geschulter pädagogischer Fachkräfte über die Hinzuziehung Vogls als Expertin auch die Weiterentwicklung der pädagogischen Maßnahmen in den Heimen im Sinn gehabt haben mag, so verschärfte die psychiatrische Fokussierung ihrer gutachterlichen Stellungnahme den traditionell heilpädagogischen Zugriff auf die Heimkinder. Er wurde förmlich in Stein gemeißelt und trug dadurch nicht nur zur Fortführung eines konservativ-diskriminierenden Blickes auf die Kinder und Jugendlichen in den Heimen bei, sondern hemmte und verhinderte auch pädagogische Neuerungsversuche.⁴¹

Im Spiegel der zitierten Printmedien rund um die Pressekampagne gegen das Heim in Kramsach im Jahr 1964 wiederum wurde der diskursive Umgang mit den Räumen seitens der öffentlichen Kritik auf der einen und, als Reaktion darauf, der Fürsorgeorgane auf der anderen Seite sichtbar. Waren die Artikel im „Grünen Echo“ auch im Boulevardstil verfasst und fokussierten auf die, aus heutiger Sicht durchaus kritisch zu sehende, Veröffentlichung und Emotionalisierung von Einzelschicksalen, so haben sie dennoch eine grundlegende Gemeinsamkeit mit den aktuellen Aufarbeitungen der Heimgeschichte: Hier wie da kommen die Betroffenen selbst zu Wort, in den Artikeln des „Grünen Echos“ durch die zitierten Briefe der Kinder an die Eltern, in der Heimgeschichteforschung heute über Zeitzeugen- und Zeitzeuginnenbefragungen.⁴² Aus der Perspektive der Betroffenen zeigt sich die Bedeutung der Räume der Fürsorge über die in ihnen, durch sie und mit ihnen praktizierte Pädagogik. Die Argumentation der Fürsorgeorgane, wie sie aus der Gegendarstellung der Tiroler Tageszeitung ablesbar ist, konzentrierte sich hingegen auf die Materialität des „Raumes“ selbst: die (schöne) Topografie, die (neue) Architektur und die (saubere) Einrichtung. Hinter der hier den Räumen zugeschriebenen Bedeutung für die Erziehungsprozesse in den Anstalten stecken idealtypische Erziehungsvorstellungen, deren konkrete Wirkung auf die befürsorgten Kinder und Jugendlichen sich nicht lediglich aus der Analyse des Raumentwurfes selbst erschließt. Vielmehr sind die Raumentwürfe stets rückzubinden auf die hierin gemachten Raumerfahrungen.⁴³ Dass den Räumen bzw. der mit ihnen praktizierten Pädagogik in den Debatten rund um Reformbestrebungen bzw. -hemmungen so große Bedeutung zukommt, lässt darauf schließen, dass der „Raum“ als Marker von Wandlungs- und Beharrungsmomenten einer Heimgeschichte unter medialen Vorzeichen dienen kann. Dieser Befund hat insbesondere Relevanz für die Untersuchung der bislang in der Heimgeschichteforschung wenig thematisierten „Schwellenzeit“ der Heimerziehung Ende der 1960er-Jahre und in den 1970ern, wo restaurative und reformorientierte Kräfte um die Deutungshoheit der künftigen Jugendfürsorge ringen.⁴⁴

41 Diese gingen etwa von jungen Erzieherinnen und Erziehern aus, die Anfang der 1970er-Jahre mit unbedarftem Engagement in die Tiroler Heimstrukturen kamen und vielfach scheiterten. Vgl. LEITNER, Jugendfürsorge, wie Anm. 27, 269–271.

42 Vgl. hierzu ausführlich: RALSER / BISCHOFF / GUERRINI u. a., Heimkindeheiten, wie Anm. 1, 62–74.

43 Vgl. zu den Raumerfahrungen ehemaliger Heimkinder, LEITNER, Sonderorte, wie Anm. 34.

44 Diesem Forschungsdesiderat will sich ein internationaler Projektverbund mit dem Lead an der Universität Innsbruck (Michaela Ralsler, Ulrich Leitner, Flavia Guerrini) und Kooperationspartnern an der Universität Kassel (Mechthild Bereswill, Sabine Stange) sowie an der Fachhochschule Nordwestschweiz in Olten (Gisela Hauss) im Forschungsvorhaben „Negotiating Educational Spaces in Residential Care 1970–1990. An Interdisciplinary Comparison of Transformation Processes in Austria, Germany and Switzerland“ (eingereicht beim FWF) widmen.

Informationen zum Autor

MMag. Dr. Ulrich Leitner, Institut für Erziehungswissenschaft, Universität Innsbruck, Liebeneggstraße 8, 6020 Innsbruck, Österreich, E-Mail: ulrich.leitner@uibk.ac.at

Irmtraut Sahmland

Die Rettung der Cretinen – Kontexte der Medikalisierung von Kindern mit geistiger Differenz und der Implementierung eines neuen stationären Versorgungselements

English Title

Cretins' Salvation – Medicalization of mentally disabled children and the “Institutions for Idiots”

Summary

In 1841 the first institute for cretin children was founded at the Abendberg near Interlaken in Switzerland. Medicine and education working together were to better, if not even cure these little patients. The enormous feedback Guggenbühl's initiative received as well as the terminological variety to mark mental differences indicate the ambitions to reach a categorization of intellectual impairment. This development took place within a significantly new atmosphere of charity and humanism being fundamental especially for the protagonists of the movement for so-called “idiots' institutes” (doctors and educators). At the same time, different attitudes towards mentally impaired children can be outlined as well. This is exemplified by doctors first of all being interested in medical research, but is also been demonstrated by arguments within the communal society. Thus, the “idiots' institutes” were highly ambivalent: on the one hand they intended to help disabled or impaired children to give them a chance for their future lives within the society – or if unsuccessful, at least shelter and asylum –, on the other hand the hospitalization of such children gave the opportunity to separate and exclude them from social participation.

Keywords

Johann Jakob Guggenbühl (1816–1863), Abendberg, cretinism, idiotism, mental disability

Einleitung

Gegenstand der folgenden Ausführungen ist die Hospitalisierung von Kindern mit oftmals schwerwiegenden geistigen Beeinträchtigungen in den sogenannten Idiotenanstalten. Dies ist eine internationale, Europa und die USA umfassende Entwicklung, deren Beginn ziemlich präzise auf das Jahr 1840 datiert werden kann und die bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts eine bemerkenswerte Dichte solcher Einrichtungen entstehen ließ.

Das Erkenntnisinteresse zielt insbesondere auf den die Implementierung der Idiotenanstalten begleitenden Diskurs und die Intentionen und Interessenlagen der daran beteiligten Akteure. Hierzu wird zunächst der Prototyp dieser Anstalten vorgestellt, da hier die Grundlage für die weitere Entwicklung gelegt wurde. Beispielhaft soll dann eine Einrichtung charakterisiert werden, die in den 1870er-Jahren im hessischen Raum etabliert wurde. Die Auswertung von Archivalien aus deren Umfeld erlaubt es, jenseits der Vielschichtigkeit dieses Settings auch die weitere Ebene des gesellschaftlichen Blicks auf diese Anstalten einzufangen. Vor diesem Hintergrund soll die „neue Sorge um das Kind“ – und damit den Untertitel dieses Schwerpunktheftes aufgreifend – mit spezieller Bezugnahme auf geistig differente Kinder im Spannungsfeld des gesellschaftlichen Wohls und des Kindeswohls bzw. unter dem Gegensatz der In- oder Exklusion gedeutet und bewertet werden.

Die Cretinen-Heilanstalt auf dem Abendberg

1841 wurde auf dem Abendberg in der Nähe von Interlaken in der Schweiz die erste Heilanstalt für Cretinismus eröffnet. Der Initiator war der Arzt Johann Jakob Guggenbühl (1816–1863). In den alpinen Regionen wurde traditionell ein hohes Aufkommen Cretiner beobachtet, die oftmals zugleich an einer deutlich sichtbaren Struma litten.¹ So galt die Krankheit in diesen Gegenden als endemisch, und ätiologisch wurde sie im Zusammenhang mit den Lebensbedingungen in den zum Teil wenig von der Sonne beschienenen Bergtälern gesehen, während in höheren Berglagen dieses Leiden nicht vorkam. Nicht von ungefähr war es also wohl die Schweiz, aus der der Anstoß des therapeutischen Bemühens um den Cretinismus hervorging. Dabei wird von einem Schlüsselerlebnis² berichtet, das der 20-jährige Guggenbühl 1836 auf einer Reise durch den Kanton Uri hatte: Er beobachtete einen kleinwüchsigen (zwerghaften), körperlich deformierten (verkrüppelten) und offensichtlich geistig retardierten Cretin an einem Wegkreuz zum Gebet verharrend. Er folgte ihm auf seinem Rückweg nach Hause und erfuhr dort von

1 Vgl. Ida Gräfin HAHN-HAHN, Die Kinder auf dem Abendberg. Eine Weihnachtsgabe (Berlin 1843), 11: „diese traurig geheimnisvolle Krankheit, die sich freilich überall, und in verschiedenen Abstufungen und Graden zeigt, aber doch gerade dort [in der schönen Schweiz] wuchert.“ Im Weiteren werden die terminologischen Zuschreibungen von geistiger Differenz als historische Begriffe der Quellen übernommen, ohne sie jeweils gesondert zu kennzeichnen.

2 Ein solches initiales Moment (Erweckungserlebnis) ist typisch für Pietisten; da Guggenbühl einen deutlich religiösen Hintergrund hatte, wäre die Frage, ob er dem schweizerischen Pietismus zuzurechnen ist; Hahn-Hahn negiert diese Verbindung: Er gehöre nicht zu „jenen unerfreulichen Sectirern, die leider überall heftig grassiren, und am heftigsten vielleicht in der Schweiz, und die statt Religion – Pietismus haben“. Ebd., 16. Eine Position, die vor allem eine Distanzierung Hahn-Hahns vom Pietismus anzeigt.

dessen Mutter, sie habe ihm das Gebet in seiner Kindheit leicht beigebracht. Eine weitere Ausbildung habe sie sich jedoch nicht leisten können, der folgenden Verschlechterung seines Zustandes habe sie untätig zusehen müssen.³ Guggenbühl widmete sich daraufhin mit vollem Einsatz der Bekämpfung dieser Erkrankung. In der Überzeugung, während der kindlichen Entwicklungsphase therapeutisch eingreifen und die Ausprägung des Cretinismus aufhalten oder gar revidieren zu können, sollten zugleich geeignete Fördermaßnahmen angeboten werden, um die geistig-kognitive Entwicklung der Kinder zu unterstützen. Hierzu erschien es essenziell, dass die Kranken in einem möglichst frühen Stadium aus ihrer pathogenen Umgebung herausgenommen würden, um sie in die sichere Höhenlage von 1.200 bis 2.000 Metern zu bringen. Behandlungserfolge wurden insbesondere in Aussicht gestellt, solange die körperliche Entwicklung nicht abgeschlossen war, hierfür wurde das sechste Lebensjahr angesetzt.⁴



A B E N D B E R G .

Abb. 1: Guggenbühl mit einer Gruppe kranker Kinder und deren Mütter, hinweisend auf den Abendberg, den Ort seiner Heilanstalt. Abb. entnommen aus: Robert FRORIEP, *Die Rettung der Cretinen* (Bern 1856). (Bayerische Staatsbibliothek, M.med. 1131-3. URN: nbn:de:bvb:12-bsb10289610-7)

3 Vgl. Leo KANNER, Johann Jakob Guggenbühl and the Abendberg, in: *Bulletin of the History of Medicine* 33/6 (1959), 489–502, hier 490.

4 Der geistige Zustand könne nur vor Abschluss des siebenten Lebensjahres positiv beeinflusst werden; danach gelange das Gehirn zu einer endgültigen Größe und Konsistenz, sodass nurmehr der körperliche Zustand durch Linderung von Krampfleiden und Konvulsionen zu verbessern sei; vgl. HAHN-HAHN, *Die Kinder*, wie Anm. 1, 15.

Guggenbühl bezeichnete seine Einrichtung auf dem Abendberg (siehe Abb. 1) ausdrücklich als eine Heilanstalt.⁵ Von Beginn an bestand das Konzept in einer geeigneten Kombination medizinischer und pädagogischer Hilfe und Zuwendung.

Dabei war die medizinische Behandlung die Grundlage der psychischen und pädagogischen Erziehung und des Unterrichts der cretinen Kinder. „Ist dann die Seele durch fortschreitende Entwicklung des Leibes freier geworden, dann wird auch sie in ebenso sorgfältige Behandlung genommen; die Erziehung der Seele muß der Förderung des leiblichen Wohles stets parallel gehen“,⁶ so Guggenbühl. Die vorgeschaltete körperliche Kräftigung sollte durch diätetische Maßnahmen erreicht werden: Aufenthalt und Bewegung in der freien und gesunden Bergluft waren besonders wichtig, hinzu kam eine gute Ernährung aus Ziegenmilch, Weißbrot, Eiern, Gemüse, Reis sowie etwas Fleisch. Unterstützend erfolgte die Anwendung von Massagen und Bädern, Kräuteraufgüssen, aber auch der Elektrizität. Ergänzt wurden die Maßnahmen durch die Gabe mineralischer Präparate (Calcium, Kupfer, Zink, Jod, Phosphor). Wichtig waren ferner geordnete Strukturen im Tagesablauf.⁷ Die pädagogischen Bemühungen zielten darauf, vor allem die Sinne der Kinder zu stimulieren. Hier galt es, die Sprache auszubilden, von der Bildung von Lauten über die Formung von Wörtern diese auch mit gegenständlichen Bedeutungen zu versehen. Um das Kind optisch auf ein Zeichen oder einen Buchstaben zu fixieren, wurde dieser notfalls mittels Phosphor an der Wand eines verdunkelten Zimmers dargestellt.⁸ Auch mithilfe von Musik und Spiel in der Gruppe sollte Aufmerksamkeit geweckt und zur Nachahmung animiert werden.⁹

Das Konzept der Heilbarkeit cretiner Kinder erwies sich geradezu als elektrisierend. Guggenbühl selbst propagierte es in etlichen Publikationen, und er war in den Zeitungsmedien sowie durch eigene Reisen auch international sehr präsent. Der Abendberg zog zahlreiche

-
- 5 Die Anstalt war auf eine Kapazität von 50 bis 60 Plätzen ausgelegt; vgl. [David] MANSFELD, Anzeige der Publikation *Some Account of Cretinism, and the Institution for Its Cure, on the Abendberg, near Interlachen, in Switzerland*, by William Twining, London 1843, in: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin* 1/4 (1844), 703–707, hier 704. Die Ausstattung war sehr sparsam und einfach, finanziell unterhielt sich die Anstalt durch eigene landwirtschaftliche Nahrungsproduktion, durch Spenden sowie die Einnahmen Guggenbühls aus seiner ärztlichen Praxis in der Umgegend; vgl. die Schilderung von HAHN-HAHN, *Die Kinder*, wie Anm. 1, 18–19.
 - 6 Zit. nach: Adolph Albrecht ERLNMEYER, *Die Heilanstalt für schwachsinnige und blödsinnige Kinder der Rheinprovinz nach ihrer äußeren und inneren Einrichtung mit besonderer Rücksicht auf die Erfahrungen anderer Institute, Irren-Anstalten und Hospitäler*, Neuwied [die 1. von geplanten 10 Lieferungen, von denen weitere nicht erschienen sind], Schenkungsexemplar an M. Kirmsee (mit weiteren Einlagen, Einträgen und Notizen), Universitätsbibliothek Marburg/Lahn [im Folgenden ERLNMEYER / KIRMSEE].
 - 7 Vgl. ebd.; vgl. Robert FRORIEP, *Die Rettung der Cretinen. Zum Besten der Anstalt auf dem Abendberge* (Bern 1856), 31–33; K[arl] RÖSCH / Albert KRAIS, *Beobachtungen und Erfahrungen über den Blödsinn im kindlichen Alter und seine Behandlung. Bericht über die Heil- und Erziehungsanstalt für schwachsinnige Kinder zu Marienberg während der ersten zwei Jahre ihres Bestehens*, in: *Beobachtungen über den Cretinismus. Eine Zeitschrift herausgegeben von den Ärzten der Heilanstalt Marienberg* 1 (1850), 1–95, hier 23–24; vgl. KANNER, Guggenbühl, wie Anm. 3, 492.
 - 8 Das berichtet Twiny, der etwa zeitgleich mit Hahn-Hahn im September 1842 den Abendberg besuchte; vgl. MANSFELD, Anzeige, wie Anm. 5, 704.
 - 9 Dazu ausführlicher Jakob Heinrich HELFERICH, *Das Leben der Cretinen mit besonderer Rücksicht auf Psychologie, Physiologie, Pathologie, Pädagogik und Humanität nach Grundlage der neuesten Ergebnisse der Wissenschaft und mehrjährigen eigenen Erfahrungen geschildert* (Stuttgart 1850). Phasenweise lebten auf dem Abendberg auch zwei gesunde Kinder von Bediensteten, damit sie den anderen als Vorbilder zur Nachahmung dienen sollten.

Besucher an, Privatleute,¹⁰ aber auch Ärzte, Pädagogen sowie Philanthropen. Die Augenzeugen wurden euphorisch gestimmt, die Atmosphäre des Abendberges und die dort vorgeführten Erfolge schienen für sich zu sprechen. Regierungen wurden aufgefordert, sich nun intensiver um die Problematik dieser geistig differenten Kinder zu bemühen. Manche Besucher wurden im Regierungsauftrag geschickt, um über die Anstalt Bericht zu erstatten. Der Abendberg weckte die Erwartung, eine in den alpinen Regionen mit offensichtlich hoher Inzidenz begegnende Erkrankung, die ganze Familienpathografien¹¹ schrieb, nun mit einem neuen Konzept beherrschen, ja beseitigen zu können.¹² Die international hohe Aufmerksamkeit, die Guggenbühl erzeugte, lässt sich dadurch allein jedoch keineswegs zureichend erklären.

Cretinismus – Idiotismus – Blödsinn

Wichtig in diesem Zusammenhang ist die Feststellung, dass das Krankheitsbild Cretinismus in jeder Hinsicht nicht präzise definiert war. Selbst die etymologische Ableitung des Begriffs zeigt sich divers.¹³ Die Kranken wiesen geistige Einschränkungen auf, die mit körperlichen Entwicklungsstörungen und Auffälligkeiten einhergingen, deren Ätiologie jedoch nicht geklärt war. Häufig wurden diese Retardierungen in Verbindung mit einer sich ausbildenden Struma beobachtet, doch sollten Erkenntnisse über die Schilddrüsenfunktion und die Konsequenzen ihres Ausfalls erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts gewonnen werden. Auch schien die Manifestation eines Cretinismus nicht zwingend mit dem Vorliegen einer Struma verbunden zu sein. So wurde ihre hohe Inzidenz in der Schweiz den speziellen Umweltfaktoren dort und den Wohnlagen mit geringer Sonneneinstrahlung zugeschrieben, die empirisch zudem mit verschiedenen Höhenlagen zu korrespondieren schien. Zugleich war das Krankheitsbild auch jenseits alpiner Regionen längst beobachtet worden,¹⁴ sodass eine endemische und eine sporadische Form

10 Z. B. erfuhr Ida Gräfin Hahn-Hahn aus der Zeitung von dem Unternehmen Guggenbühls; vgl. HAHN-HAHN, Die Kinder, wie Anm. 1, 13.

11 Vgl. die Abbildung einer Kretinfamilie (Wallis, 1. Hälfte des 19. Jahrhunderts), in: FRANZ MERKE, Geschichte und Ikonographie des endemischen Kropfes und Kretinismus (Bern u. a. 1971), 341.

12 Diese Erwartungen wurden sehr hochgestellt, so etwa, wenn im Namen der Schweizer Naturforschenden Gesellschaft (*Sciences naturelles*) in einer Adresse an die Freunde des Vaterlandes und der Humanität von „Extirpation du Cretinisme“ die Rede ist; William TWINING, *Some Account of Cretinism, and the Institution for Its Cure on the Abendberg, near Interlachen, in Switzerland* (London 1843); als Anhang 35–40, 1860 formulierte Guggenbühl etwas verhaltener: „Wenn wir von Heilung des Cretinismus sprechen, so versteht sich von selbst, daß man darunter die körperliche und geistige Entwicklung der Kinder auf die Stufe der bürgerlichen Brauchbarkeit zu verstehen hat, wie sie bereits durch zahlreiche Fälle erhärtet wurde. Damit ist nicht gesagt, daß alle ihre Symptome ihres früheren Zustandes vollkommen verwischt werden.“ Johann Jakob GUGGENBÜHL, *Die Erforschung des Cretinismus und Blödsinns nach dem jetzigen Zustande der Naturwissenschaften*, in: *Zeitschrift der Ärzte in Wien* 6 (1860), 90.

13 Einerseits war die Ableitung von *Cretien* (Christ) bekannt, die mit der Assoziation verbunden sei, diese Kranken seien nicht der Sünde fähig; andererseits werde der Bezug zu *Creta* (Kreide) hergestellt, da die Krankheit in entsprechenden Gebirgsgegenden mit Gips- oder Kalkformationen vorkomme; schließlich sei eine Ableitung von *Cretira* (*Creatura*) bekannt und bezeichne ein „elendes Geschöpf“; vgl. Michael SCHMERBACH, *Der Cretinismus und dessen Verbreitung in Unterfranken*, unveröffentlichte Dissertation (Würzburg 1858), mit 4 Steindrucktafeln, 7.

14 So wurde *Cretinismus alpium, campestris* (in der ebenen Fläche) und *senilis* unterschieden; vgl. Karl Wilhelm von GUERARD, *Quaedam de cretinismo* (Berlin 1829).

anzunehmen war. Auch das individuelle Erscheinungsbild der Erkrankung hinsichtlich des Ausmaßes der Beeinträchtigungen stellte sich sehr heterogen dar; gleichwohl wurden Einteilungsversuche in Schweregrade vorgenommen, die aber über diesen Sachverhalt kaum hinwegtäuschen konnten.¹⁵ Medizinisch war Cretinismus ein „rätselhaftes Übel“¹⁶ und „ein Kollektivbegriff“ für verschiedene Zustände von Störungen der normalen Entwicklung, die von der Fötalperiode bis zum siebenten Lebensjahr verlaufen.¹⁷ Zugleich ist eine regelrechte Begriffsverwirrung zu beobachten. So schreibt Ignaz Paul Vitalis Troxler (1780–1866), Schweizer Arzt, Philosoph und Anhänger der Naturphilosophie Schellings, der Stumpfsinn oder Cretinismus sei die letzte Stufe der menschlichen Erkenntnis, wo weder intellektuelle noch moralische Fähigkeiten je vorhanden seien und auch der Körper mit dieser gänzlichen Entbehrung aller Seelenkräfte im Verhältnis stehe. „Diese unglücklichen Wesen nennt man Stumpfsinnige, Cretins oder Idioten.“¹⁸ Andere bemühten sich um eine Differenzierung zwischen Cretinismus und Idiotismus. Demnach sei Cretinismus eine konstitutionelle Erkrankung, die sich in verschiedensten Geweben (Gehirn, Knochen, Haut, Zellgewebe, Schilddrüse etc.) zeige und den ganzen Organismus erfasse; Idiotie dagegen sei eine symptomatologische Bezeichnung einer fehlenden oder mangelnden geistigen Entwicklung infolge ganz verschiedener angeborener oder frühkindlicher Gehirnkrankheiten. Hier offenbare sich eine Schwäche oder ein völliges Erlöschensein aller oder der meisten geistigen Funktionen. Die Erscheinungsformen reichten von Blödsinn geringeren Grades (Schwachsinn, *imbecillitas*) bis zu stark ausgeprägtem Blödsinn (*fatuitas*). Geringere Formen des Idiotismus wiesen keine körperlichen Zeichen auf, in höheren Graden sei er gleichwohl auch mit Lähmungen, Deformationen oder dem Ausfall einzelner Sinnesvermögen verbunden.¹⁹

Auf der Ebene der Bemühungen um eine systematisierende Einteilung einerseits, um begriffliche Differenzierungen andererseits zeigt sich, dass die Initiative Guggenbühls tatsächlich

-
- 15 Vgl. die Einteilung in Cretinenartige, Halbcretine und vollkommene Cretine (nach Joseph und Karl WENZEL, Über den Cretinismus [Wien 1802]) sowie in Vollcretine, Cretine, Halbcretine und Idioten (nach August KRAUSS, Der Cretin vor Gerichte [Tübingen 1859], 59–64) oder in Voll-, Dreiviertel- und Halbcretine und ¼-Cretine (so in der Auswertung der Umfrage in Hessen-Kassel; vgl. Irmtraut SAHMLAND, Die Erfassung des Vorkommens des Cretinismus in Kurhessen 1856, in: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für die Geschichte der Nervenheilkunde 19 [2013], 263–286, hier 278).
- 16 FRORIEP, Rettung der Cretinen, wie Anm. 7, Vorwort. Auch Troxler: das Wesen des Cretinismus habe von den vorzüglichsten Forschern noch nicht begriffen werden können; vgl. [Ignaz Paul Vital] TROXLER, Rhapsodien über Cretinismus, Idiotismus und damit verwandte Übel, in: Beobachtungen über den Cretinismus. Eine Zeitschrift in Verbindung mit mehreren Ärzten und Vorstehern von Heilanstalten für schwachsinnige Kinder 2 (1851), 1–17, hier 6.
- 17 Vgl. FRORIEP, Rettung der Cretinen, wie Anm. 7, 16.
- 18 TROXLER, Rhapsodien, wie Anm. 16, 6. Guggenbühl selbst unterschied vier Formen der Erkrankung: eine rachitische, eine atrophische, eine hydrocephale und eine angeborene; Johann Jakob GUGGENBÜHL, Briefe über den Abendberg und die Heilanstalt für Cretinismus (Zürich 1846), 39–53. Troxler dagegen gab vier Hauptformen an, die er als Alpenkropf, Leukäthiopie/Albinismus, Taubstummheit in cretiner Ausprägung und Blödsinn/Idiotismus (Amentia) bezeichnete. Diese Unterteilung, die von Twiny in dessen Publikation übernommen wurde, wurde von Mansfeld mit Verweis auf eigene frühere Arbeiten deutlich bestritten; vgl. dazu MANSFELD, Anzeiger, wie Anm. 5, 705–706.
- 19 So der Arzt Gustav BRANDES, Der Idiotismus und die Idiotenanstalten mit besonderer Rücksicht auf die Verhältnisse im Königreich Hannover (Hannover 1861), 1–7. Als klare Unterscheidung definiert Brandes: Während der Cretinismus in manchen Gegenden endemisch sei, trete der Idiotismus sporadisch auf; „der Cretin ist in geistiger Beziehung auch ein Idiot, aber nicht jeder Idiot ist ein Cretin, noch kann er einer werden.“ (Ebd., 2).

die Entdeckung des geistig behinderten Kindes einleitete.²⁰ Zumal angesichts fehlender gesicherter Erkenntnisse über die alpin gehäuft auftretende Krankheit war Cretinismus eine Art Chiffre für die vielfältigen Formen und Ausprägungen geistiger Retardierung, für die der Abendberg die Perspektive eines therapeutischen Optimismus verkörperte, und dies ausdrücklich gerade für schwerwiegende, auch mit körperlichen Einschränkungen verbundene Erscheinungsformen. Aufgrund der vielfältigen historischen Bezeichnungen für Formen geistiger Differenz, die ihrerseits nicht mit klaren Krankheitszuweisungen oder Graden von Abweichungen belegt waren,²¹ lässt sich hier ein Prozess erkennen, der ausgehend von der Auseinandersetzung um Cretinismus um die Kategorie „geistige Behinderung“ ringt. Damit öffnete sich faktisch zugleich ein Problemfeld, das einen umfassenden Anspruch geistig behinderter Kinder auf gesellschaftliche Beachtung und fachliche Hilfe artikulierte, aber zugleich auch mit dem interdisziplinär ausgerichteten medizinisch-pädagogischen Konzept einen Lösungsansatz anbot.

Die Akteure des neuen Diskurses

Die Initiative Guggenbühls war keineswegs die historisch erste²² und sie war auch nicht dauerhaft erfolgreich.²³ Dass sie gleichwohl einen Durchbruch bedeutete, ist unbestritten. „Guggen-

20 So auch der Untertitel der Studie von Cordula MATZKE, „... noch zu einigem brauchbar ...“. Die „Entdeckung“ des geistig Behinderten in der Psychiatrie des beginnenden 19. Jahrhunderts (Halle/Saale 2013). Auch sie stellt fest, Cretin sei ein Sammelbegriff für Blödsinnige, Schwachsinnige, geistig Behinderte gewesen, die bis 1840 allenfalls am Rande wahrgenommen worden und „aus ordnungspolitischen wie sozialhygienischen Gründen aus dem öffentlichen Bewusstsein verbannt“ gewesen seien; ebd., 2. Gstach, der sich ebenfalls für die Entdeckungsgeschichte geistig-mentaler Auffälligkeiten interessiert, setzt diesen Prozess bereits um 1780 an; hier sei ein Bewusstsein dafür entstanden, dass es jenseits der Phänomene individueller Auffälligkeiten auch Gruppen mit Merkmalen gebe, die miteinander vergleichbar seien; damit sei eine wissenschaftliche Betrachtung solcher Auffälligkeiten der heilpädagogisch-praktischen um 1840 vorausgegangen; vgl. Johannes GSTACH, Kretinismus und Blödsinn. Zur fachlich-wissenschaftlichen Entdeckung und Konstruktion von Phänomenen der geistig-mentalen Auffälligkeit zwischen 1780 und 1900 und deren Bedeutung für Fragen der Erziehung und Behandlung (Bad Heilbrunn 2015), 10–12.

21 Zur methodischen Schwierigkeit des Umgangs mit der historischen Terminologie vgl. Natascha NOLL, Pflege im Hospital. Die Aufwärter und Aufwärterinnen von Merxhausen (16.–Anfang 19. Jh.) (= Beiträge zur Wissenschafts- und Medizingeschichte. Marburger Schriftenreihe 2, Frankfurt am Main 2015), 93–110; vgl. Irmtraut SAHMLAND, Leben mit geistiger Behinderung in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts, in: Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin 11: Schwerpunktthema: Behinderung(en) (2012), 53–74, hier 56–59; vgl. zum Begriff der geistigen Behinderung als einer in historischer Perspektive offenen Kategorie auch MATZKE, Entdeckung der geistigen Behinderung, wie Anm. 20, 299–300.

22 Der Lehrer Guggenmoos hatte bereits 1816 bzw. 1828 in Salzburg ein Institut für Cretine eingerichtet, das allerdings 1835 wegen mangelnder finanzieller Unterstützung wieder geschlossen werden musste; ebenso erging es der Initiative des Pastors Haldenwang in Wildberg in Württemberg 1835; vgl. KANNER, Guggenbühl, wie Anm. 3, 491; vgl. Heinrich Matthias SENGLMANN, Idiophilos. Systematisches Lehrbuch der Idioten-Heilpflege (Norden 1885), 69. Anstaltsintern hatten Irrenärzte in Paris 1828 ein „Etablissement orthophrénique“ für Idioten am Bicêtre und 1831 parallel in der Salpêtrière für Mädchen eingerichtet; vgl. BRANDES, Idiotismus, wie Anm. 19, 82.

23 Nach einer vorausgegangenen Untersuchung wurde der Abendberg 1858 von behördlicher Seite geschlossen. Es gab eine lange Liste von Vorwürfen gegen Guggenbühl. Unter anderem beinhaltete sie Missstände in der Versorgung der Pfléglinge und beim Betreuungspersonal, den Vorwurf, das Heilversprechen in keinem Fall eines cretinen Kindes tatsächlich eingelöst zu haben, außerdem seien entgegen des ursprünglich proklamierten Regimes nun auch Kranke im Alter von bis zu 23 Jahren aufgenommen worden, auch sei der Behandlungsverlauf nicht dokumentiert worden. Über das Scheitern des Abendberges siehe KANNER, Guggenbühl, wie Anm. 3, 497–498.

bühl must be acknowledged [sic!] as the indisputable originator of the idea and practice of the institutional Care for feeble-minded individuals. The hundreds of institutions now in existence derive in direct line from the Abendberg.²⁴ Ausgehend von und anschließend an die Cretinen-Heilanstalt entstand ein breites Diskursforum²⁵ und damit verbunden eröffnete sich ein Aktionsfeld, in dem sich Akteure mit unterschiedlichen Herangehensweisen und Intentionen artikulierten. Typologisch sollen hier die beteiligten Gruppen der Mediziner und Pädagogen charakterisiert werden.²⁶

Mediziner

Für die Mediziner ergab sich einerseits ein großes Aufgabenfeld für die medizinische Forschung, um das noch rätselhafte Übel der geistigen Behinderungen in ihren vielfältigen Formen wissenschaftlich zu ergründen; andererseits standen sie vor der Herausforderung der praktisch-therapeutischen Arbeit mit den kranken Kindern, um die Aussicht auf Besserung ihres Zustandes, wenn nicht ihrer Heilung, in einer Idiotenheilanstalt zu nutzen.

Auffallend sind zunächst die zahlreichen Initiativen zu einer umfassenden Erhebung des Krankheitsaufkommens. Dies konnte mithilfe von Fragebögen geschehen, die einen erheblichen verwaltungstechnischen Aufwand erforderten. Wie die Auswertung der auch für Kurhessen flächendeckend erfolgten Erfassung zeigt, bildeten sich hier die zeitgenössisch verfügbaren Erklärungsmuster in den Fragen ab, wenn etwa nach den Lebensverhältnissen, den Neigungen und Leidenschaften der Eltern gefragt wird oder wenn die topografischen und geografischen Ortsverhältnisse von Interesse sind, sodass Angaben zu Höhenlage, Bodenbeschaffenheit, Luft, Sonnenwärme und Wasserqualität gemacht werden sollen. Hinzu kommen medizinische Kriterien im engeren Sinne, indem anthropometrische Daten zu Körpergröße, Kopfumfang, Gestalt des Schädels und Beschaffenheit einzelner Körperteile erhoben werden.²⁷

24 Ebd., 499.

25 So wurde z. B. in der Wiener Zeitung 1859 ein Preisausschreiben ausgelobt über die Art der Anlage und Errichtung einer Heilanstalt für cretine Kinder. Der erste Preis wurde dem Polizei- und Gerichtswundarzt Dr. Eduard Nusser in Wien zuerkannt; den zweiten Preis erhielt der Einsender, der seiner Abhandlung das Motto vorangestellt hatte: „Ein großes Werk hat begonnen, das Werk der Erlösung aus der schauerlichsten Nacht, der Erweckung der geistig Todten zum menschlich geistigen Leben.“ Verfasser dieser Abhandlung war Dr. Adolph Albrecht Erlenmeyer, Direktor der Psychiatrischen Anstalt in Bendorf bei Koblenz; vgl. Miscellen, in: Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Ärzte zu Wien 16 (1860), 351.

26 Die weitere Gruppe der Theologen, die ebenfalls in den Diskurs der Idiotenanstalten involviert war (Stadtpfarrer Haldenwang, insbesondere Pfarrer Disselhoff, der Gründer der Einrichtung Hephata bei Gladbach), bleibt hier unberücksichtigt. Die sehr prägende karitative Erneuerungsbewegung des 19. Jahrhunderts wäre zudem in ihrer konfessionellen Ausdifferenzierung zu beachten. Verwiesen sei auf die sehr ausführliche Studie von Christian BRADL, 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 1991), insbes. Kap. 4 und 8.

27 Zur Fragebogen-Aktion für Kurhessen vgl. SAHMLAND, Die Erfassung des Vorkommens des Cretinismus in Kurhessen, wie Anm. 15. Zugleich lassen sich hier die terminologischen Irritationen bezüglich des Begriffes Cretinismus und dessen Erscheinungsbild gut nachvollziehen – beides war offenbar nur denjenigen Ärzten geläufig, die den aktuellen Diskurs rezipierten.

Die Ärzte, sofern sie im Hintergrund der Verwaltungsmaßnahmen agierten, setzten das vergleichsweise neue Instrument der medizinischen Statistik ein, das mehrere Optionen bot. Auf diesem Wege wurden Daten generiert, die weitere Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen Häufigkeit und Ausformung der Krankheit und deren Ursachen erwarten ließen und so Material für die Forschung liefern konnten. Primär stellte eine solche Erhebung jedoch die Basis für die Bedarfsplanung von Heilanstalten dar (und Volkszählungen sowie wenig später auch Irrenzählungen waren ja durchaus praktizierte Verfahren zur Absicherung politischer Entscheidungsfindungen). Hier war es insbesondere Adolph Albrecht Erlenmeyer (1822–1877), der als vehementer Fürsprecher der Bewegung den Fortgang der statistischen Erhebungen latent dokumentierte und in Fachorganen publizierte²⁸ und der ebenso auch über den jeweils aktuellen Stand bezüglich der Einrichtung von Idiotenanstalten informierte.²⁹ Damit wurde zugleich ein nicht unerheblicher Erwartungsdruck aufgebaut, dass sich alle Territorien an diesen Initiativen beteiligten, und es war die Präsenz der Thematik in der Fachöffentlichkeit sichergestellt.

Eine andere Möglichkeit zur Erfassung war die Feldforschung. Ärzte bereisten einzelne Gebiete, um Cretine zu treffen und zu untersuchen. Immer wieder wird beschrieben, wie ausgesprochen mühsam diese Methode war und wie schwierig, Zutritt zu diesen Menschen zu bekommen. Die Mediziner suchten den Kontakt zu einzelnen Individuen, zu denen sie jedoch eine ausdrückliche Distanz hielten. Von wissenschaftlichem Erkenntnisinteresse geleitet, sahen sie den Patienten/die Patientin als Träger der Krankheit, als Forschungsobjekt, weniger als Kranke/-n. Sie waren eingebunden in den zeitgenössischen anatomisch-pathologischen Wissensstand und suchten die Unterschiede der Andersartigkeiten durch Bezug auf anatomische Besonderheiten typisierend zu erfassen. Prominent sind die Expeditionen des Pathologen Rudolf Virchow (1821–1902), die er während seiner Würzburger Zeit in Franken unternommen hatte, wobei er von einigen Studierenden begleitet wurde.³⁰ Virchow verfolgte einen organopathologischen Ansatz, indem er Cretinismus als Hemmungsbildung verstand, die die Entwicklung des Gehirns beeinträchtigte. Michael Schmerbach (1826–1886) ging von zwei Hauptarten der Krankheit aus, nach denen entweder eine primäre Erkrankung oder Missbildung des Gehirns eine sekundäre Schäeldifformität zur Folge habe oder ausgehend von einer Schäeldifformität sich sekundär eine Entwicklungshemmung des Gehirns ergebe.³¹ Otto Thieme (Lebensdaten nicht zu ermitteln), der seine Feldforschungen in Sachsen noch als Medizinstudent durchführte und in seiner Dissertation veröffentlichte, sah das Wesen des Cretinismus in einer qualitativen und quantitativen Verkümmern des Zentralorgans begründet, aus dem alle anderen pathologischen Auffälligkeiten ableitbar seien.³² Davon abgrenzend

28 Er nutzte sowohl das Correspondenzblatt (1. Jg. 1854 ff.) wie auch das Archiv der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und gerichtliche Psychologie (1. Jg. 1858 ff.).

29 Vgl. insbesondere Adolph Albrecht ERLENMEYER, Übersicht der öffentlichen und privaten Irren- und Idiotenanstalten aller europäischen Staaten (Neuwied 1863).

30 Vgl. Rudolf VIRCHOW, Über den Cretinismus, namentlich in Franken, und über pathologische Schädelformen [1851], in: Rudolf Virchow, Gesammelte Abhandlungen zur wissenschaftlichen Medicin (Hamm 1862), 891–939. Virchows Arbeit wurde große Bedeutung für die wissenschaftliche Erkenntnis des Leidens zugesprochen.

31 Vgl. SCHMERBACH, Der Cretinismus, wie Anm. 13, 6. In einer seiner Zeichnungen komponierte er eine Gruppe cretiner Kinder und Jugendlicher im Alter von acht bis 24 Jahren. Diese werden nach ihren unterschiedlichen Kopfformen charakterisiert (basilar-synostotisch, cerebral-mikrocephal, hydrocephal, cerebral); vgl. Taf. 4.

32 Vgl. Otto THIEME, Der Cretinismus, eine Monographie (Weimar 1842), 39.

bestehe der Idiotismus lediglich in einem angeborenen Mangel des Prinzips der intellektuellen Fähigkeiten oder der Hemmung seiner Entwicklung.³³ Zugleich stehen seine Deutungen vor dem Horizont naturphilosophisch-anthropologischer Theoreme der Zeit, indem er feststellt: „dieses pathologische Phänomen des leiblich und geistig verhierten Menschen [dient] in seiner abschreckenden Gestalt dennoch als Verbindungs- und Übergangsglied inmitten der edelsten Racen zur Erkenntniss des Menschen in seiner gesamten Natur.“³⁴

In der Errichtung von Anstalten sahen diese forschungsorientierten Mediziner – wohl auch in Verbindung mit einer skeptischen Einschätzung gegenüber möglichen Therapieerfolgen – primär die Perspektive komfortablerer Arbeitsbedingungen. So regte Schmerbach an, „im Interesse der Wissenschaft Anstalten in Universitätsstätten zu gründen“. Neben ökonomischen Erwägungen, durch Hospitalisierung die Kranken mit geringem Personal- und Kostenaufwand aus dem öffentlichen Raum zu entfernen – Cretine leichterem Grade könnten zudem „bei gehöriger Aufsicht und Dressur“ noch etwas zu ihrem Unterhalt beitragen –, „könnte man so den Zustand genauer studieren und Heilversuche anstellen, man bekäme durch viele Sektionen und vergleichende Untersuchungen wenigstens eine genauere Kenntnis der anatomischen und physiologischen Veränderungen, welche durch Cretinismus gesetzt werden, oder denselben bedingen“.³⁵

Neben den forschungsgeleiteten Medizinerinnen artikulierten sich in diesem Diskurs insbesondere praktisch-therapeutisch ausgerichtete Ärzte. Außer Guggenbühl treten hier einige Protagonisten besonders prominent hervor. Sie setzten sich publizistisch sehr engagiert und durch die Gründung weiterer Anstalten auch sehr tatkräftig für die Bewegung der Schwachsinnigenfürsorge ein. Hier ist einerseits der Oberamtsarzt Karl Rösch (1807–1866) zu nennen, der 1850 die Heil- und Erziehungsanstalt für schwachsinnige Kinder zu Mariaberg in Württemberg gründete.³⁶ Sehr bedeutsam war der bereits genannte Adolph Albrecht Erlenmeyer, Direktor der psychiatrischen Anstalten in Bendorf bei Koblenz am Rhein. Er suchte auch auf die konzeptionelle Ausgestaltung solcher Anstalten Einfluss zu nehmen. Erlenmeyer trat für überschaubare Anlagen ein, in denen Lehrerfamilien mit je zehn bis zwölf Idioten in kleinen Einheiten zusammenleben sollten und auch der ärztliche Direktor auf dem Anstaltsgelände seine Wohnung hätte.³⁷ Zudem richtete Erlenmeyer selbst eine Heil- und Erziehungsanstalt für schwachsinnige Kinder in Bendorf ein.

33 Vgl. ebd., 28.

34 Ebd., 59. – Nur wenige Jahre später sollten übrigens in ebendieser Diktion mikrocephale Kranke zu besonders interessanten Forschungsobjekten werden; vgl. Irmtraut SAHMLAND, Der Streit um die entwicklungsgeschichtliche Bedeutung der Mikrocephalie, in: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde 22 (2016), 167–185.

35 SCHMERBACH, Der Cretinismus, wie Anm. 13, 18–19. Bei den möglichen Heilversuchen dachte Schmerbach jedoch an Patientenexperimente, stellt er doch unmittelbar anschließend fest, solange man so wenig Einsicht in die Krankheit habe, verstehe es sich von selbst, dass man hier therapeutisch gar nichts ausrichten könne. Auch Thieme beklagt, dass zu wenig Material vorhanden sei, da Sektionen oft verweigert würden; vgl. THIEME, Der Cretinismus, wie Anm. 32, 18.

36 Er gab die „Beobachtungen über den Cretinismus. Eine Zeitschrift in Verbindung mit mehreren Ärzten und Vorstehern von Heilanstalten für schwachsinnige Kinder“ heraus. Sie enthielten unter anderem ausführliche Berichte über den Mariaberg, mit detaillierten statistischen Angaben und Krankenberichten; vgl. z. B. Karl RÖSCH / Karl ZIMMER, Zweiter Bericht über die Heil- und Erziehungs-Anstalt für schwachsinnige Kinder zu Mariaberg vom 1. Mai 1849 bis 30. April 1851, in: ebd., 3 (1852), 87–128.

37 Vgl. Adolph Albrecht ERLLENMEYER, Über die Nothwendigkeit und die Errichtung der Heil- und Pflegeanstalten

Erwartungsgemäß haben diese Ärzte einen völlig anderen Zugang zur Problematik cretiner und idiotischer Kinder. Sie argumentieren patientenorientiert, ohne dabei zu verschweigen, welche Mühe und auch Überwindung ihnen die Arbeit mit diesen Kranken abverlangt. „Es gibt kein Übel, wo die Heilkraft der Natur, ohne Hilfe der Kunst, so ohnmächtig sich zeigt und das Menschliche zu einem solchen Zerrbilde entartet, dass selbst die in Erfindung von Menschen-Karikaturen [!] zur wahren Meisterschaft kultivierte Phantasie eines Hogarth nur als Stümperin dagegen erscheint.“³⁸ Die Protagonisten der Schwachsinnigenfürsorge nehmen diese Herausforderung als Auftrag an, um durch frühzeitige Behandlung der „progressiven geistigen Hemmungsbildung“³⁹ entgegenzuwirken. Sie haben den Anspruch, mittels eines medizinisch-diätetischen Regimes, wie es in den Anstalten vorgehalten werden kann, auch die geistigen Vermögen der Kinder, die „Integrität ihrer Seelenkräfte“⁴⁰ weitestmöglich zu fördern. Es gibt eine grundsätzliche Empathie mit den Kranken, die um ihrer selbst willen „gerettet“⁴¹ werden müssen; auch ihnen sind die „Menschenrechte“⁴² nicht länger vorzuenthalten.

Pädagogen

Mit dieser Diktion können sich die Mediziner sehr gut mit den Pädagogen verständigen, die als weitere Akteure in den Diskurs involviert sind, zumal das Konzept der Idiotenanstalt von Beginn an auf eine Kooperation von Medizin und Pädagogik ausgerichtet war. Das im medizinisch-psychiatrischen Kontext auf die geistige Gesundheit hin orientierte Bemühen wurde um die pädagogische Dimension der Seelenkräfte ergänzt. Ein Pädagoge der ersten Stunde war Jakob Heinrich Helferich (Lebensdaten sind nicht zu ermitteln), der zunächst auf dem Abendberg wirkte, später zum Marienberg im Württembergischen wechselte, um schließlich in einer Bildungsanstalt für Schwach- und Blödsinnige in der Fellgersburg bei Stuttgart zu arbeiten. In seiner umfassenden Publikation führt er aus, auch diese von der Natur so vernachlässigten Kreaturen seien mit einer menschlichen Seele begabt, die alle Anlagen zur Entwicklung habe, jedoch in dem verunstalteten Körper gefangen und gebunden sei, sodass sie sich nicht entfalten könne. Die Wesenheit der Seele, ihre Monas, könne nie erkranken, sie sei das Gesunde, Unwandelbare, wenn ihre Entwicklung auch Störungen, Hemmungen, Missbildungen unterworfen sein könne.⁴³ Da die Seele sich der leiblichen Organe, insbesondere des Gehirns und des Nervensystems, als ihrer „dienstbaren Mittel“ bediene, so sei eine harmonische Entwicklung des Körperlich-Organischen sehr wichtig, damit sich ihre Kräfte entfalten können. Hier besteht die Aufgabe der Erziehung darin, die geschwächte oder fehlende Reizempfindlichkeit im

für cretinische und idiotische Kinder, in: *Correspondenzblatt* 3 (1856), 157–158. Erlenmeyer plante ein umfassendes Werk über das gesamte Idiotenwesen nach Geschichte, Theorie und Praxis in zwei Teilen, von dem tatsächlich nur eine erste Lieferung mit Ansichten und Grundrissen verschiedener Anstalten erschien; vgl. ERLENMEYER / KIRMSEE, Heilanstalt, wie Anm. 6.

38 Johann Jakob GUGGENBÜHL, Briefe über den Abendberg und die Heilanstalt für Cretinismus (Zürich 1846), 3.

39 Ebd., 31.

40 Ebd.

41 FRORIEP, Rettung der Cretinen, wie Anm. 7; vgl. auch TROXLER, Rhapsodien, wie Anm. 16, 3.

42 GUGGENBÜHL, Briefe über den Abendberg, wie Anm. 38, 3.

43 Vgl. HELFERICH, Das Leben der Cretinen, wie Anm. 9; ähnlich auch bei FRORIEP, Rettung der Cretinen, wie Anm. 7.

Kontakt mit der Außenwelt in geeigneter Weise zu stärken und das Bewusstsein zu erwecken. Zugleich sei die Seele ein der Materie übergeordnetes Prinzip, das jenseits der sinnlichen Anschauung zu eigener, höherer Tätigkeit befähigt werden müsse.⁴⁴ Auch Helferich lässt keinen Zweifel daran, dass die Arbeit mit cretinen Kindern eine „treue, überwindende Liebe“ sowie ein ungeheures Maß an Geduld und „Selbstaufopferung“⁴⁵ verlangt; dieser Einsatz könne aber selbst bei schwerwiegenden Ausprägungen des Cretinismus erreichen, dass die Kinder immerhin zur Folgsamkeit, Ordnung, Artigkeit und Reinlichkeit erzogen würden. Als weiterführendes Ziel wird die Rückkehr der Kranken in die Gesellschaft als deren brauchbare Glieder formuliert. Um das zu erreichen, fordert Helferich eigene Schulen, die dem besonderen Bedarf der Kinder entsprechen.⁴⁶

Die Forderung nach einer „medizinischen Pädagogik“⁴⁷ verband sich mit den Bemühungen der Erzieher, die in die Ausbildung der Heil- und Sonderpädagogik führen sollte, mit eigenen Organisationsstrukturen⁴⁸ und Fachorganen.⁴⁹ Es lässt sich eine latente Auseinandersetzung zwischen diesen Disziplinen um die Präferenz und Deutungsmacht beobachten.⁵⁰ Bald mussten die Mediziner die anfangs euphorischen Erwartungen an die Heilbarkeit hochgradiger geistiger Behinderungen doch deutlich relativieren. Eine Verbesserung des geistigen Zustandes lasse sich nur in den geringeren Graden des Blödsinns erwarten; hier könne die Anstalt oft Außerordentliches und ganz Unerwartetes leisten. Alle höheren Grade des Blödsinns, insbesondere bei Verlust eines Sinnesorganes oder in Verbindung mit Epilepsie, entzögen sich jeder Einwirkung, so Brandes.⁵¹ Auch Erlenmeyer konstatierte 1856, Heilen heiße, die Kranken zu bürgerlicher Selbstständigkeit zu bringen, zu einiger Brauchbarkeit im bürgerlichen Leben, wenn auch unter fremder Leitung.⁵² Umso mehr ging es um die individuellen Möglichkeiten der Bildbarkeit, die in das Aufgabenfeld der Erzieher fiel. Gleichwohl wurde der Konsens über eine Zusammenarbeit beider nicht aufgekündigt.⁵³

44 Vgl. HELFERICH, Das Leben der Cretinen, wie Anm. 9, 40, 45, 77–78. – Auf die Konzepte von Seele, denen seine Ausführungen verpflichtet sind, kann hier nicht näher eingegangen werden.

45 Vgl. ebd., 54–55.

46 Ebd., 66. – Zu Prinzipien der Erziehung und deren konkrete Ausgestaltung in Marienberg vgl. RÖSCH / KRAIS, Beobachtungen und Erfahrungen, wie Anm. 7, 25–29.

47 FRORIEP, Rettung der Cretinen, wie Anm. 7, 31.

48 Nachdem die Versammlung der Naturforscher und Ärzte 1865 eine Sektion zur Idiotenfrage eingerichtet hatte, kam es durch Initiative Sengelmanns 1874 zur Konstituierung der Deutschen Konferenz für Idioten-Heilpflege; vgl. SENNELMANN, Idiotophilus, wie Anm. 22, 133.

49 Vgl. Die Kinderfehler. Zeitschrift für das Idiotenwesen. – Zur Entwicklung der Heil- und Sonderpädagogik vgl. auch Matzke, die die These vertritt, die Heilpädagogik sei im Kontext der Psychiatrie des frühen 19. Jahrhunderts entstanden, indem diese die Konstruktion der geistigen Behinderung als unheilbar, aber erziehbar entworfen habe; vgl. MATZKE, Entdeckung des geistig Behinderten, wie Anm. 20, 309.

50 Rösch forderte, ein solches Institut müsse ein Erziehungs- und Krankenhaus zugleich sein, „ein wirkliches Hospital mit einer dem besonderen Zwecke entsprechenden Schule“; sie müsse unter ärztlicher, nicht pädagogischer Leitung stehen – was für den Marienberg auch galt, der zunächst unter seiner, dann der von Dr. Zimmer stand; vgl. RÖSCH / KRAIS, Beobachtungen und Erfahrungen, wie Anm. 7, 2. Helferich stellte – in skeptischer Bewertung der durch medizinische Maßnahmen zu erreichenden Effekte – dem medizinisch-diätetischen einen pädagogisch-diätetischen Grundsatz gegenüber; vgl. HELFERICH, wie Anm. 9, 84.

51 Vgl. BRANDES, Idiotismus, wie Anm. 19, 26–27.

52 Vgl. ERLIENMEYER, Über die Nothwendigkeit, wie Anm. 37, 158.

53 So heißt es im Jubiläumsbericht (25.) des Vereins für die Idiotenanstalt zu Idstein (o. O. 1914), 17: „Unsere Anstalt ist in erster Linie Erziehungsanstalt. Wir nehmen in der Hauptsache nur solche Kinder auf, bei denen trotz

Einblicke am Beispiel der Idiotenanstalt in Scheuern/Hessen-Nassau

Im Folgenden soll aus der archivalischen Überlieferung im Umfeld einer Idiotenanstalt in Hessen-Nassau versucht werden, deren gesellschaftliche Funktionszuweisung als eine weitere Dimension – beispielhaft – mit einzubeziehen.

Diese Anstalt entstand durch die Umwidmung eines Rettungshauses, für die sich dessen Hausvater Moritz Desiderius Horny (1833–1908) einsetzte. Nach entsprechenden Umbauten konnte es 1870 seiner neuen Bestimmung als Anstalt für Blödsinnige übergeben werden. Wie in vielen anderen Fällen auch wurde sie weitgehend privat finanziert, ohne staatliche Unterstützung, aus Kirchen- und Hauskollekten, aus Stiftungsgeldern, mit denen zum Beispiel eine Freistelle unterhalten werden konnte, sowie aus Mitteln potenter Persönlichkeiten, die als Badegäste in Bad Ems weilten. Aufnahme fanden Kinder im Alter zwischen fünf und 16 Jahren, jedoch keine Epileptiker. Die Anstalt machte ein überkonfessionelles Angebot und nahm sowohl christliche als auch jüdische Kinder auf. Die Arbeit des Hauses war jedoch der Bibel und dem evangelischen Glaubensbekenntnis verpflichtet. Unabhängig davon, wie schwer die Kinder beeinträchtigt sein mochten, galt der Grundsatz: „Bei Jedem ist aber noch etwas, was uns das Ebenbild Gottes erkennen läßt, wenn es auch tief verborgen und begraben liegt und, um ans Tageslicht gelockt zu werden, vieler, vieler Liebe und Geduld bedarf.“⁵⁴

Als sehr aufschlussreich hinsichtlich des speziellen Erkenntnisinteresses erweisen sich die dokumentierten Aushandlungsprozesse im Vor- und Umfeld einer Einweisung in diese Anstalt. 1874 bat ein Bürgermeister um nähere Auskünfte über die Aufnahmemöglichkeiten in der Anstalt in Scheuern; dem Vernehmen nach gebe es dort „eine Anstalt zur Aufnahme und Verpflegung von armen, kranken, körperlich oder geistig verkommenen pp. Personen“.⁵⁵ Ohne seine Formulierung zu überstrapazieren, zeigt die Diktion doch an, dass er hier eine Option sah, fürsorgebedürftige Problemfälle unterzubringen; die spezielle Auslegung der Einrichtung auf geistig behinderte Kinder mit dem Ziel ihrer speziellen Förderung hatte er augenscheinlich nicht erfasst. Dagegen fragte ein Vater an, ob er seinen geistesschwachen Sohn nicht aus der Schule nehmen dürfe, denn er könne dort nicht profitieren. Zudem wolle der Pfarrer ihn nicht konfirmieren. Da sein Sohn abgesehen von einer Sprachstörung keine körperlichen Einschränkungen hatte, solle er in eine Idiotenanstalt aufgenommen werden, damit dort seine körper-

ihres Schwachsinnnes noch gewisse Bildungsmöglichkeiten bestehen. So liegt naturgemäß die Leitung der Anstalt in den Händen von Pädagogen.“ Über „die alte Streitfrage, ob bei der Behandlung der Schwachsinnigen dem Arzte oder dem Erzieher der Vorrang gebühre“, vgl. ebd., 18. Der 3. Jahresbericht über die Anstalt für Blödsinnige bei Nassau a.d.L. (Juni 1872–Juni 1873), Weilburg 1873 stellt fest, bei den blödsinnigen Kindern sei durch medizinische Einwirkung allein nichts und durch Unterricht und Erziehung nur ganz allmählich eine wesentliche Besserung zu erzielen; Arzt und Erzieher müssten zusammenwirken; vgl. ebd., 4.

54 Hessisches Staatsarchiv Marburg [HStAM], Best. 165, Nr. 2129, Special=Akten betreffend die (Idioten=)Anstalt für Schwach= und Blödsinnige der Provinz Hessen=Nassau bei Nassau a.d.L., Vol. I, 1871–1887, Bl. 1–135: 15. Jahresbericht der Idiotenanstalt Scheuern (1.1.1886–30.3.1887), 9.

55 HStAM, Best. 330, Frankenberg B 1071, Acta betreffend die Aufnahme von Kranken in die Idiotenanstalt zu Scheuern 1874–1891.

lichen Möglichkeiten ausgebildet werden könnten.⁵⁶ Auch ein Kreisschulinspektor empfahl ein als halbidiotisch eingestuftes Kind für eine Idiotenerziehungsanstalt, da es in der Schule vernachlässigt werde und doch wohl mehr für es getan werden könne.⁵⁷

Da aufgrund der allgemeinen Schulpflicht auch Kinder mit geistigen Einschränkungen eingeschult werden mussten – wobei sie gegebenenfalls einige Zeit zurückgestellt werden konnten –, kam es hier oftmals zu Konflikten. Ein solches Kind konnte geduldet werden, solange es sich unauffällig verhielt und den regulären Unterricht nicht allzusehr störte. Je nach dem Ausmaß seiner geistigen und körperlichen Differenz hielt man aber die gesunden Kinder für gefährdet. Sie seien für solche Eindrücke sehr empfänglich, neigten zur Nachahmung des Gesehenen und könnten ebenfalls Schaden nehmen, weshalb es zu Anträgen auf Ausschluss vom Schulbesuch kam. Im Fall eines elfjährigen Mädchens beschwerte sich ein Schreinermeister, dass dessen Verhalten im öffentlichen Raum des Dorfes eine Schande sei, und er regte an, es in eine Erziehungsanstalt zu geben. Der Ortsschulinspektor ging auf dessen Vorstellung ein und erweiterte das schamlose Sich-Gebärden des Mädchens noch mit dem Hinweis darauf, dass alle Mühe und Fleiß des Lehrers bei diesem Kind keinen Lernerfolg zeigten, weshalb es der Schule zu verweisen sei. Die Eltern des Mädchens lehnten jedoch die Abgabe in eine Idiotenanstalt ab, und einer Zwangseinweisung fehlte jede Grundlage. Hier wurde der Ausschluss vom Regelunterricht dafür instrumentalisiert, die Eltern unter Druck zu setzen: Mit Entlassung aus der öffentlichen Schule waren die Erziehungsberechtigten verpflichtet, für einen entsprechenden Privatunterricht des Kindes zu sorgen. Da dieser aber vor Ort nicht zu organisieren war, könnten sie sich einer Überführung in eine Idiotenanstalt nicht widersetzen. – Zu ergänzen ist, dass der Sohn des Schreinermeisters das geistig behinderte Kind sexuell belästigt hatte, was nun gerichtlich verhandelt werden sollte.⁵⁸

Aus der gesellschaftlichen Perspektive erfüllten die Idiotenanstalten mehrere Funktionen. Sie boten Kapazitäten zur Unterbringung fürsorgebedürftiger Personen, die womöglich anderweitig nicht versorgt werden konnten. Dies traf tatsächlich auf geistig behinderte Kinder zu, die unter Hinweis auf ihr Alter von anderen Einrichtungen abgelehnt wurden, weil diese für deren Versorgung nicht ausgestattet waren, die aber aufgrund ihrer geistigen Einschränkung etwa auch in einer Taubstummenanstalt keinen Platz fanden.⁵⁹ Der um Aufnahme nach-

56 HStAM, Best. 166, Nr. 840, Erziehung der schulpflichtigen blödsinnigen, mit körperlichen Gebrechen behafteten Kinder (1881–1906).

57 Ebd.

58 Ebd.

59 Diese Vorgänge sind an Einzelfallakten, in denen Aufnahmeanträge für cretine Kinder in die Landesirrenanstalt Haina gestellt wurden, gut nachweisbar; vgl. Irmtraut SAHMLAND, *Dies Leiden ist uns zu schwer zu tragen* – Einblicke in die Lebenswelt cretiner Kinder und Jugendlicher in der Mitte des 19. Jahrhunderts, in: Zeitschrift des Vereins für hessische Geschichte und Landeskunde 117/118 (2012/13), 137–160, hier 144–156. Auch Brandes charakterisiert die Situation dieser Kinder entsprechend: „Sie sind [...] von der Schule ausgeschlossen, die Irrenanstalt nimmt sie in den Kinderjahren, wo die Hilfe gerade für sie am nötigsten und oft von Erfolg ist, nicht auf, während sie im späteren Alter nur in dem Fall dort Aufnahme finden, daß sie gemeingefährlich sind. Die Taubstummenanstalt verlangt ein ärztliches Zeugnis [...], daß das aufzunehmende Kind bildungsfähig und nicht blödsinnig sei, in welchem letzteren Falle das Kind, auch wenn es taubstumm ist, zurückgewiesen wird. Ebenso sind die blödsinnigen Kinder von den Waisen-Anstalten, so wie von den Legaten, welche zur Erziehung von Kindern gestiftet sind, ausgeschlossen, da zur Aufnahme in dieselben der Nachweis gefordert wird, daß das Kind gesunden Geistes sei“; BRANDES, *Idiotismus*, wie Anm. 19, 77.

suchende Vater eines geistig behinderten Sohnes wie auch der verantwortungsbewusste Kreisschulinspektor bewerteten die Idiotenanstalt als ein Angebot, das diesen Kindern eine ihren Möglichkeiten entsprechende adäquate Förderung zuteil werden ließ und das sie gerne in Anspruch nehmen wollten, um die Schuljahre nicht ungenutzt verstreichen zu lassen. Neben einem willkommenen Hilfsangebot war eine Idiotenanstalt aber auch ein Ort der Abschiebung, in die Kinder verbracht werden sollten, um ihr gesellschaftliches Umfeld oder selbst die Interessenlagen einzelner Familien vor ihnen zu schützen.

Zusammenfassung

Ausgehend von der ersten Heilanstalt für Cretinismus, die 1841 bei Interlaken eröffnet wurde, wurde die Lage der Cretinen ins öffentliche Bewusstsein gerufen. Die unerwartet große Resonanz, auf die die Initiative des Arztes Guggenbühl international stieß, war sicherlich zu einem nicht unerheblichen Teil dem Versprechen geschuldet, durch das spezielle Konzept der interaktiven Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Erziehern therapeutische Erfolge erzielen zu können. Zugleich wurde aber deutlich, dass der in alpinen Gegenden endemische Cretinismus einen Anlass bot, grundsätzlich und viel weitergehender die Problematik der Menschen mit geistiger Behinderung auf die Agenda zu setzen. Ihre Entdeckung lässt sich sehr gut an den vielfältigen Bemühungen um die Nomenklatur geistiger Differenz sowie den terminologischen Systematisierungs- und Abgrenzungsversuchen ablesen. Die breite Aufnahmebereitschaft für die „Idiotenfrage“ verweist aber auf weitere Bedingungsfaktoren, unter denen sie möglich wurde.

Der Arzt Brandes stellte 1862 fest: „Die Idiotenbildung ist das jüngste Kind jener christlichen und humanen Bestrebungen, die sich auf allen Gebieten, wo Unglück, Elend, Armuth, Krankheit, Verlassenheit nach Barmherzigkeit rufen, im Laufe der letzten zwei Jahrhunderte gezeigt haben.“⁶⁰ Tatsächlich schließt sich die mit Guggenbühls Cretinen-Heilanstalt initiierte Sorge um eine fördernde Fürsorge für Kinder mit geistiger Behinderung an die seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert begonnene Etablierung von Taubstummen- sowie Blindenanstalten an. Auch diese Fürsorgeeinrichtungen waren in ihrer Grundintention zugleich Ausbildungsstätten, die dem besonderen Bedarf von Menschen mit Sinnesbehinderungen entsprechend diese in die Lage versetzen sollten, sich unter den Bedingungen irreversibler Einschränkungen gleichwohl möglichst gut auszubilden, um ein weitgehend selbstständiges Leben in der Gesellschaft führen zu können.⁶¹ Die Fokussierung auf Kinder mit geistigen Behinderungen erscheint nicht nur als ein weiterer, sondern zugleich auch als ein qualitativ anderer Schritt.

Die Attraktivität des Abendberges speiste sich sicher zu einem guten Teil aus der Tatsache, dass er ein therapeutisches Angebot speziell für Kinder darstellte, die dort medizinisch geheilt oder deutlich gebessert werden könnten und die damit verbunden auch einer geistig-kognitiven Bildung und Erziehung zugänglich sein würden. Das Erfolg versprechende Konzept war eine neuartige, interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Erziehern. Ein weiterer Faktor für die breite Resonanz, wie sie sich in den zahlreichen Besuchen und Besichtigungen

60 Ebd., 80–81.

61 Anspruch und Realität sowie die sozioökonomischen Kontexte dieser Entwicklung wären eigens zu untersuchen.

der Cretinen-Heilanstalt (und den folgenden, sehr positiv-überzeugten Berichten) dokumentiert, dürfte das alpine Ambiente gewesen sein. Die Höhenlage der majestätischen Schweizer Berge mit den sonnenbestrahlten Schneefeldern und der klaren Luft symbolisierte einen Ort gesunder Natur und war womöglich das passende Bild eines allgemeinen Sehnsuchtsortes.⁶² Guggenbühls Initiative war zudem unmittelbar anschlussfähig an die Entwicklungen der zeitgenössischen Anstaltspsychiatrie, in der Konzepte der Heilung vorgestellt wurden, wobei die Orte der Heilung allerdings zugleich auch gewissen Standards eines gesunden Ambientes zu entsprechen hatten.⁶³ Festzuhalten bleibt allerdings, dass die frühen Protagonisten der Idiotenanstalten, von Ausnahmen abgesehen,⁶⁴ oftmals keine ausgewiesenen Psychiater waren.⁶⁵ Bemerkenswert erscheint zudem, dass ihre Schriften in der Diktion einer Humanität geschrieben sind, die als festes Fundament ihre Arbeit und ihr Engagement trug. Hier vermischten sich sicherlich philanthropische, christlich-karitative sowie sozialpolitische Grundpositionen. Guggenbühl etwa bezeichnete den Abendberg auch als Sierra Leone. Er nahm damit Bezug auf den aktuellen Kampf um die Sklavenbefreiung⁶⁶ und er führte die Menschenrechte an, die ausnahmslos für alle zu gelten hätten. Die Idiotenfrage etablierte sich in einem geistesgeschichtlichen Umfeld einer dezidierten neuen karitativen Verantwortlichkeit, in der etwa auch die Bewegungen der Inneren Mission verankert sind. Davon profitierten die geistig behinderten Menschen. Sie gesellschaftlich als Menschen zu achten, denen selbstverständlich auch eine Seele eigen sei, war das ausdrückliche Postulat der Verfechter der Idiotenanstalten und die Voraussetzung für ihre Unterstützung und Förderung. Das war allerdings nicht zugleich der Siegeszug der Humanität. Die Anstalten erhielten selten staatliche Finanzierung, sie waren auf Spenden, Sammelaktionen, wohlwärtige Förderer und Eigenwirtschaft angewiesen. Und dieser propagierte neue Blick auf die geistig Behinderten stand anderen Sichtweisen, anderen Interessen und anderen Denktraditionen gegenüber.⁶⁷

62 Bemerkenswert ist die Darstellung von Froriep [siehe oben, Abb. 1], in der Guggenbühl mit einem Ensemble kranker Kinder (wobei das kleinste im Arm der Mutter getragen wird) mit einer großzügig weiten Geste nicht etwa auf seine Anstalt zeigt, sondern vielmehr die alpine Landschaft präsentiert, während der Abendberg überhaupt nicht in den Blick kommt. Folgendes Textzeugnis bekräftigt diesen Zusammenhang: „Das ist so herrlich in der Schweiz, daß der Blick nicht untergehen kann im Menschenwerk, daß die wundervolle Schöpfung ihn immer und immer wieder anzieht. Von all dem bangen, schmerzlichen und wüsten Treiben auf der Erde gleitet er empor zu den Bergen, welche die Jahrtausende und ihre Kämpfe gesehen haben und in unvergänglichem Frieden, schneeweiß und rosenroth, strahlen; und von den Bergen steigt er zum Himmel, und vom Himmel zu Gott. Dann wird der Blick wieder hell, und das Herz wieder freudig; denn die ewige Zuversicht, die in der Seele wohnt, schüttelt die Entmutigung ab, und liebend und hoffend kehrt man zu den Menschen zurück, weil man daran erinnert worden ist, daß Gott über ihnen waltet.“ HAHN-HAHN, *Die Kinder*, wie Anm. 1, 9. – Vgl. Josef NÖSSING, Hg., *Die Alpen als Heilungs- und Erholungsraum / Le Alpi –Luogo di cura e riposo* (Bozen 1994).

63 Matzke versucht anhand ausgewählter psychiatrischer Lehrbücher der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts nachzuweisen, wie sich um den ‚Irren‘ und dessen angemessene Versorgung ein Wissensfeld etablierte, „und dabei zugleich der ‚Blöd- und Schwachsinnige‘ als eigener Forschungsgegenstand entworfen“ worden sei; vgl. MATZKE, *Entdeckung des geistig Behinderten*, wie Anm. 20, 30.

64 Hier wäre u. a. Adolph Albrecht Erlenmeyer zu nennen.

65 Nasse schrieb anerkennend an Guggenbühl, noch niemand vor ihm habe überhaupt den Gedanken gehabt, dieser großen Gruppe helfen zu können; zit. KANNER, *Guggenbühl*, wie Anm. 3, 493.

66 1839 hatten 53 Afrikaner die Besatzung des spanischen Sklavenschiffs „La Amistad“ überwältigt; der Plan, in ihre Heimat Sierra Leone zurückzusegeln, misslang.

67 Der „alte Blick“ auf Personen, die dieser Gruppe zuzuordnen wären, wäre allerdings sehr differenziert zu beschreiben. Die Schilderungen, wie sie sich in diesen Texten finden, wären deutlich kritisch zu hinterfragen.

So ist die historische Bewertung von Ambivalenzen durchzogen:

Die Idiotenanstalten boten diesen Kindern und Jugendlichen erstmals einen eigenen Aufenthaltsort, da sämtliche bestehende Versorgungsstrukturen sie abwiesen. Sie schlossen damit objektiv eine Versorgungslücke. Das führte schnell zu einer enormen Nachfrage, sodass auch die Idiotenanstalten bald an ihre Kapazitätsgrenzen kamen und ggf. erweitert werden mussten. Das humanitär-karitativ angelegte Konzept der Hospitalisierung geistig behinderter Kinder zielte darauf, ihnen eine ihren spezifischen Bedürfnissen entsprechende Hilfe und Unterstützung bieten zu können, um sie nach ihren individuellen Möglichkeiten zu fördern. Nur zu einem kleineren Teil konnten die Kranken von diesen Förderprogrammen in der Weise profitieren, dass sie in ein eigenständiges Leben in der Gesellschaft entlassen werden konnten; so entwickelten sich auch hier Pflegeabteilungen für eine dauerhafte Unterbringung. In diesem Fall war ihnen allerdings eine Versorgung in einem geschützten Raum jenseits der Gesellschaft eingeräumt.

Zugleich gab es eine latente Tradition der gesellschaftlichen und emotionalen Ausgrenzung. 1806 wurde z. B. angeregt, „für solche Krüppel“ [gemeint sind alle Formen von Differenz] zweckmäßige Arbeitshäuser zu errichten. „Sie wären darum nicht von aller menschlichen Gesellschaft abgeschnitten, sondern würden nur eher wohlthätig als schädlich für dieselbe. Wer sich nicht dazu verstehen wollte, in dieses Haus seinen Krüppel zu schicken, müßte gehalten sein, denselben in seinem Hause dem allzu öffentlichen Anblicke zu entziehen; und falls er sich auch dazu nicht entschließen möchte, wäre der Gesundheitspolizeibeamte allerdings befugt, als Fiskal aufzutreten, und den Stein des Anstoßes an die gehörige Stätte zu beseitigen. Es sollte nicht schwer seyn, in Ober- und Niederbaiern ein paar Klöster zu solchen Philanthropinen zu weihen.“⁶⁸ Die aggressiv-ausgrenzende Position wird nicht einmal notdürftig kaschiert, wenn für solche Separierungsorte noch der Begriff des Philanthropins missbraucht wird. Dieser ambivalente Blick ließ sich interessanterweise gerade auch in der Ärzteschaft ausmachen. Den empathischen, in einem humanistischen Selbstverständnis gegründeten und mit den geistig-behinderten Kindern praktisch arbeitenden Ärzten standen andere gegenüber, die Forschungsobjekte verfolgten und in einer Hospitalisierung der Kranken vor allem optimierte Arbeitsbedingungen sahen. Schmerbach konterkariert den humanitären Geist, von dem die Bewegung wesentlich getragen wurde, wenn er unverhohlen schreibt, angesichts der ökonomischen Belastung, die geistig Behinderte darstellten, könne man „(nach Lykurgianischen Ansichten) auf den Gedanken verfallen, Cretinen des höchsten Grades lieber zu tödten, als durch sie für Gemeinden und Staat verarmte Familien entstehen zu lassen, wenn man nicht vorziehen sollte, der Humanität unserer Zeit entsprechende Institute zu errichten“.⁶⁹ Aber auch jenseits dieser sehr pointierten Positionen ließ sich auch in der Öffentlichkeit diese ambivalente Einstellung zu den Idiotenanstalten – und damit zu den betroffenen Kranken – ausmachen: Einerseits ist das neue Versorgungselement eine Chance zur Förderung und dient dem Wohl des geistig behinderten Kindes, andererseits ist es eine Möglichkeit der Exklusion, um diese

68 N. N., Beitrag zur Organisirung des Medizinalwesens in Deutschland überhaupt, in: Archiv für Staatsarzneikunde, hrsg. von F. L. AUGUSTIN, 3. Bd., Berlin, Leipzig 1806, 1. St., Nr. IX, 89–144; Forts. 3. Bd, 2. St., 1806, Nr. I, 145–194; 113, Anm.

69 SCHMERBACH, Der Cretinismus, wie Anm. 13, 18.

Kinder auszugrenzen aus gesellschaftlichen Räumen, in denen sie lästig, unbequem oder gar gefährlich zu sein schienen.

Damit blieb das 1840 von Guggenbühl aufgelegte Programm zum Wohl der Kinder mit geistigen Behinderungen flankiert von Ausgrenzungs- und Separierungsbestrebungen.

Informationen zur Autorin

apl. Prof. Dr. Irmtraut Sahmland, Leiterin der Emil-von-Behring-Bibliothek / Arbeitsstelle für Geschichte der Medizin der Philipps-Universität Marburg, Bahnhofstraße 7, 35037 Marburg, Deutschland, E-Mail: sahmland@staff.uni-marburg.de

Hemma Mayrhofer / Katja Geiger

**„... und irgendwo verstauen“:
Kinder mit Behinderungen „Am Steinhof“
nach 1945**

English title

“... and Stow Them away Somewhere”: Children with Disabilities at the “Steinhof” after 1945

Summary

The situation of children with disabilities who were placed in psychiatric institutions in Vienna during the second half of the 20th century has hardly been taken into account by historical research until now. A recent socio-historical study examines two Viennese institutions: Pavilion 15 of the Psychiatric Hospital “Am Steinhof” and the Ward for Children with developmental disabilities of the Neurological Hospital of the City of Vienna. The results provide new insights into the structures and practices of such psychiatric institutions. In this paper the focus lies on Pavilion 15. Four case studies of the lives of patients who were detained in Pavilion 15 from the post-WW II-era until the 1980s delineate the paths which led to the “Kinderpavillon” and expose its reigning system of negligence and violence. The reconstructions show how psychiatric patterns of interpretation and action, institutional relegation politics, organisational structures as well as care cultures inscribe themselves into real biographies and withheld chances for personal development.

Keywords

Second half of the 20th Century, Vienna (Austria), children with disability, psychiatry, total institution, empirical study, case reconstructions

Einleitung

Für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen existierten in der österreichischen Nachkriegsgeschichte nicht nur jahrzehntelang völlig unzureichende institutionelle Versorgungs- und Betreuungsstrukturen, ihre Lebensbedingungen interessierten bislang auch die zeitgeschichtliche Forschung kaum.¹ Nun liegen erstmals umfassende zeithistorisch-sozialwissenschaftliche Aufarbeitungen zur Unterbringung minderjähriger Personen mit Behinderungen in zwei stationären Einrichtungen der Wiener Psychiatrie vor: Im Auftrag des Wiener Krankenanstaltenverbundes untersuchte das Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie ab Jahresbeginn 2015 den ehemaligen Pavillon 15 der Heil- und Pflegeanstalt „Am Steinhof“ (ab 1963 „Psychiatrisches Krankenhaus der Stadt Wien Baumgartner Höhe (PKH)“ bzw. ab 2000 Otto-Wagner-Spital) und zum anderen die vom Neuropädiater Andreas Rett (1924–1997) gegründete „Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder“ am Neurologischen Krankenhaus der Stadt Wien-Rosenhügel.²

In diesem Beitrag liegt der Fokus auf der Studie zu Pavillon 15 „Am Steinhof“, deren empirische Ergebnisse aus einer veränderten Perspektive betrachtet werden sollen: Anhand von vier Fallrekonstruktionen zu einst dort untergebrachten Kindern werden die Wege in den sogenannten Kinderpavillon und das dort herrschende System aus Vernachlässigung und Gewalt exemplarisch verdeutlicht. Die Darstellungen strukturieren somit die Studienergebnisse aus der Perspektive des Individuums, wobei damit keinesfalls eine individualistische Betrachtungsweise eingenommen werden soll. Anhand der personenzentrierten Fallrekonstruktionen wird vielmehr die zentrale Fragestellung des Beitrages beantwortet, wie sich medizinisch-psychiatrische Deutungs- und Handlungsschemata, institutionelle Abschiebepolitiken, Organisationsstrukturen sowie Pflege- und Betreuungskulturen in reale biografische Verläufe und persönliche Entwicklungschancen einschreiben bzw. wie dadurch solche Chancen vorenthalten werden. Es geht im Folgenden somit um die Rekonstruktion sozialer Praktiken und deren Folgen für die Lebensverläufe von Menschen mit Behinderungen. Die Fallstudien umfassen die gesamte Untersuchungs-Zeitspanne von der zweiten Hälfte der 1940er-Jahre bis zur Auflösung 1983. Nach einem kurzen Abriss zur Geschichte und den strukturellen Rahmenbedingungen auf Pavillon 15 werden die vier Fallgeschichten in chronologischer Reihenfolge dargestellt.

1 Vgl. Petra FLIEGER / Volker SCHÖNWIESE, Behindertenheime. Die Stiefkinder der Aufarbeitung von Missbrauch und Gewalt, in: Monika Jarosch u. a., Hg., Gegenstimmen (= Jahrbuch der Michael-Gaismair-Gesellschaft, Innsbruck 2015), 144–151.

2 Zu den Gesamtergebnissen der beiden institutionellen Fallstudien vgl. Hemma MAYRHOFFER u. a., Hg., Kinder und Jugendliche mit Behinderungen in der Wiener Psychiatrie von 1945 bis 1989. Stationäre Unterbringung am Steinhof und Rosenhügel (= Schriften zur Rechts- und Kriminalsoziologie 8, Wien 2017).

Geschichte und Struktur des „Kinderpavillons“

Pavillon 15 ist Teil des Anfang des 20. Jahrhunderts errichteten Anstaltenkomplexes „Am Steinhof“, der als ein Prototyp der modernen Anstaltspsychiatrie der damaligen Zeit zu betrachten ist.³ Über die Nutzung des Pavillons in den ersten Jahrzehnten seines Bestehens ist wenig bekannt, sehr wohl aber über die Zeit des Nationalsozialismus: Pavillon 15 war Teil der Tötungsanstalt „Am Spiegelgrund“, ab 1942 wurde er mit Pavillon 17 zur „Wiener städtischen Nervenklinik für Kinder“ zusammengefasst. In Pavillon 15 wurden die meisten der in dieser Anstalt rekonstruierbaren Euthanasiemorde begangen.⁴

Die aktuellen Forschungen zu Pavillon 15 in der Nachkriegszeit machen sichtbar, dass nach der formellen Auflösung des Spiegelgrundes Ende Juni 1945 nahtlos weiter Kinder und Jugendliche auf diesem Pavillon untergebracht waren. Von Belang ist auch, dass mit wenigen Ausnahmen das gesamte Personal aus der NS-Zeit weiterbeschäftigt wurde – die Ausnahmen betreffen einzelne besonders belastete Personen. Es lassen sich keine Hinweise darauf finden, dass dem weiterbeschäftigten Personal eine ideologische und professionelle „Reorientierung“ zuteilgeworden wäre.⁵

Im Untersuchungszeitraum verfügte der Pavillon über 140 systemisierte Betten, die zumeist voll ausgelastet gewesen sein dürften. Anhand der ausgewerteten Krankenakten (ca. 100) lässt sich eine maximale Altersspanne der untergebrachten Personen zwischen zwei und 44 Jahren feststellen, wobei der absolut überwiegende Anteil minderjährig war. Bei den älteren Personen handelte es sich in der Regel um mitarbeitende Patientinnen und Patienten. Auf Basis der verfügbaren Informationen kann geschätzt werden, dass im Untersuchungszeitraum zwischen 600 und 700 Kinder und Jugendliche auf Pavillon 15 untergebracht waren.

Die materielle und personelle Ausstattung des Pavillons muss insgesamt als schlecht und ungenügend bewertet werden. Es gab kaum medizinisches Personal, sondern überwiegend gering qualifizierte Pflege(hilfs)kräfte und die längste Zeit, nämlich bis in die zweite Hälfte der 1970er-Jahre hinein, keine (anderen) Betreuerinnen und Betreuer bzw. Therapeutinnen und Therapeuten vor Ort. Daran wird bereits exemplarisch sichtbar, dass der „Kinderpavillon“ nicht den fachlichen Standards der damaligen Zeit entsprach. Die seit den 1960er-Jahren einsetzende Veränderung in der Behindertenhilfe hin zu Förderung und Rehabilitation wurde bis kurz vor seiner Schließung völlig ignoriert und auch in den letzten Jahren des Bestehens nur rudimentär umgesetzt.⁶

3 Vgl. Sophie LEDEBUR, *Das Wissen der Anstaltspsychiatrie in der Moderne. Zur Geschichte der Heil- und Pflegeanstalten Am Steinhof in Wien (= Wissenschaft, Macht und Kultur in der modernen Geschichte 5, Wien 2015).*

4 Vgl. Herwig CZECH, *Der Spiegelgrund-Komplex. Kinderheilkunde, Heilpädagogik, Psychiatrie und Jugendfürsorge im Nationalsozialismus*, in: *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften* 25/1–2 (2014), 194–219; Peter MALINA, *Zur Geschichte des „Spiegelgrundes“*, in: Ernst Berger / Else Rieger, Hg., *Verfolgte Kindheit. Kinder und Jugendliche als Opfer der NS-Sozialverwaltung* (Wien u. a. 2007), 159–192.

5 Vgl. Hemma MAYRHOFFER, *Geschichte und Struktur des „Kinderpavillons“*, in: Mayrhofer u. a., Hg., *Kinder, wie Anm. 2*, 60–72; sowie Rudolf LEO, *Die NS-Vergangenheit des Personals am Pavillon 15 „Am Steinhof“ und an der „Rett-Klinik“*, in: Mayrhofer u. a., Hg., *Kinder, wie Anm. 2*, 581–602.

6 Vgl. Volker SCHÖNWIESE, *Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe. Von der Rehabilitation zu Selbstbestimmung und Chancengleichheit. Auf dem Weg zu einem Tiroler Chancengleichheitsgesetz für Menschen mit Behinderung*, online unter: <http://bidok.uibk.ac.at/library/plangger-behindertenhilfe.html> (letzter Zugriff: 12.01.2017); Gudrun WOLFGRUBER, *Therapeutische Maßnahmen*, in: Mayrhofer u. a., Hg., *Kinder, wie Anm. 2*, 240–254.

Vor allem leitenden Pflegepersonen kam im Alltag besondere Deutungs- und Entscheidungshoheit zu, generell wurde die Verantwortung für das tägliche Geschehen in der Regel vom ärztlichen Personal auf das Pflegepersonal abgewälzt. Diese Situationsbeschreibung gilt im Wesentlichen trotz leichter Verbesserungen ab der zweiten Hälfte der 1970er-Jahre bis zur Auflösung bzw. Übersiedlung des „Kinderpavillons“ in den Nachbarpavillon 17 im Jahr 1983, wie auch anhand der nun folgenden vier Fallrekonstruktionen verdeutlicht werden soll.

Renate S.: Mangelnde Förderung und Praktiken der Ruhigstellung in den 1950er-Jahren

Renate S. gehört zu den frühesten im Rahmen der Studie untersuchten Fällen, die Rekonstruktion ihrer stationären Unterbringung „Am Steinhof“ auf Basis ihrer Krankenakte ermöglicht Einblicke in den Umgang mit jungen Patientinnen und Patienten auf Pavillon 15 im ersten Nachkriegsjahrzehnt. Anhand der Krankengeschichte des Mädchens lassen sich die mangelhaften Betreuungsstrukturen und deren negative Auswirkungen auf die Entwicklungsmöglichkeiten der betreuten Kinder erkennen. Darüber hinaus beinhaltet die Falldarstellung Verweise auf die amtliche Perspektive des Wiener Jugendamtes auf Missstände in der Anstalt zu Beginn der 1950er-Jahre – und darauf, wie eine amtliche Initiative zur Verbesserung der Lebensbedingungen auf Pavillon 15 ohne nennenswerte Folgen für die Betroffenen blieb.

Im Mai 1947 wurde die fast fünf Jahre alte Renate von ihrer Mutter und ihrer Pflegemutter auf den „Kinderpavillon“ gebracht. Die familiären Beweggründe für die Abgabe des Kindes sind nicht dokumentiert, es wird lediglich ein bereits vorangegangener Aufenthalt in der niederösterreichischen Landesheil- und Pflegeanstalt Gugging, wo das Mädchen sich bis Jänner 1947 befunden hatte, erwähnt. Am Anfang der ärztlichen Dokumentation steht wie in allen analysierten Krankenakten eine Zusammenfassung der Aufnahmeuntersuchung, in der das Mädchen als „ruhig und willig“ sowie motorisch unauffällig beschrieben wird. Weiter ist vermerkt, dass es nur einzelne Wörter wie „Mama“, „Auto“, „Uhr“, jedoch keine Sätze gesprochen habe. Die Diagnose lautete „Ia, Debilität“, was nach dem damals gebräuchlichen Diagnose-schema, dem sogenannten Würzburger Schlüssel,⁷ einen angeborenen Intelligenzdefekt bezeichnete. Einen Monat nach der Aufnahme wurde eine Gerichtskommission zur rechtlichen Legitimation der zwangsweisen Anhaltung der Patientin hinzugezogen.⁸ Sie bestätigte das Ergebnis der Aufnahmeuntersuchung und hielt fest, dass es sich bei Renate „um ein Kind mit angeborenem Schwachsinn mittleren bis hohen Grades mit völlig ungenügender Reaktion auf die Umgebung“ handle.⁹

7 Vgl. Andrea DÖRRIES / Jochen VOLLMANN, Medizinische und ethische Probleme der Klassifikation psychischer Störungen. Dargestellt am Beispiel des „Würzburger Schlüssels“ von 1933, in: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 65 (1997), 550–554.

8 Zu den formalen Aufgaben und der tatsächlichen Praxis der Gerichtskommissionen vgl. Walter HAMMERSCHICK, Rechtlicher Rahmen und rechtliche Praxis, in: Mayrhofer u. a., Hg., Kinder, wie Anm. 2, 535–580.

9 Archiv für PatientInnen-Akten des Otto Wagner-Spitals (= APA/OWS), Krankengeschichte (= KG) 123a_Y. Die Zitierweise der Krankenakten des OWS entspricht der innerhalb der Arbeitsgruppe des IRKS erarbeiteten anonymisierten und in der Veröffentlichung der Studienergebnisse verwendeten Form.

In den ersten beiden Jahren ihres Aufenthaltes auf Pavillon 15 verhielt sich Renate laut den Aufzeichnungen in ihrer Krankenakte „eigensinnig“, sie habe häufig geschrien und um sich geschlagen, aber auch gerne mit den anderen Kindern gespielt. Obwohl sie verstehe, „wenn auf sie gesprochen wird“, habe sie selbst zunächst nicht gesprochen. Erst nach zwei Jahren ist festgehalten, dass sie einzelne Wörter nachzusprechen begann. Die Vermerke zu ihrem Verhalten weisen sie als teilweise „anschmiegsam“ und „liebesbedürftig“ aus, spiegeln aber eine überwiegend negative Sicht auf die Patientin wider, so beispielsweise auch in folgendem Eintrag von 1953: „Im Tagraum; spricht schlecht. Kann nicht zählen, zeigt nur 1 Finger dabei. Gegen Umgebung grob, hat Zornausbrüche, wobei sie viel schlägt, die Kleider vom Leibe reißt, auf den Boden wirft, brüllt. Hält sich bei Tag rein, nachts öfter Bettnässen.“¹⁰

Aggressionen gegen sich selbst und andere wurden als zunehmend zutage tretendes Problem während der ersten Jahre von Renates Aufenthalt beschrieben und als Begründung für die ab 1953 häufigen Freiheitsbeschränkungen des damals zehneinhalb Jahre alten und nur 24 kg wiegenden Mädchens angeführt.¹¹ Störendem Verhalten der Patientin wurde demnach mit einer mechanischen, in der Krankengeschichte aber nicht genauer bezeichneten Einschränkung der Bewegungsfreiheit begegnet. Beschränkende Maßnahmen wie Zwangsjacken, fixierende Gurte, Netz- und Gitterbetten gehörten bis in die 1980er-Jahre zum alltäglichen „Lösungsrepertoire“ des Personals auf Pavillon 15 und wurden in großem Umfang eingesetzt. Sie dienten in erster Linie der einfacheren Handhabung bzw. Ruhigstellung unruhiger Kinder innerhalb einer organisatorischen Struktur, die durch Personalmangel und schlecht ausgebildete Pflegekräfte gekennzeichnet war, während Alternativen wie eine Erweiterung des Beschäftigungs- und Förderangebotes nicht zur Debatte standen.¹²

Dass allerdings der Umgang mit den Patientinnen und Patienten auf Pavillon 15 bereits zu Beginn der 1950er-Jahre nicht unhinterfragt und allseits akzeptiert blieb, sondern die Betreuung der Kinder und die Alltagsgestaltung auf der Station als völlig inadäquat und nicht den zeitgenössischen Standards entsprechend wahrgenommen wurde, belegt ein Schriftwechsel aus dem Aktenbestand des Wiener Jugendamtes von 1953. Im Aktenvermerk zum Lokalaugenschein des Jugendamtes auf dem „Kinderpavillon“ heißt es:

„Zweifelloos zeigen mehrere dort untergebrachte Kinder eine gewisse Bildungsfähigkeit. In diesem Milieu, das rein auf äußere Pflege abgestimmt ist, können sie nicht die leiseste Förderung erfahren. Es gibt kein einziges Spielzeug. [...] Es gibt keine Sandkiste, keinerlei Geräte. Soweit ich sehen konnte, sind die Pflegerinnen bestrebt, die Kinder nur um die Tische und Bänke zusammenzuhalten.“¹³

10 Ebd.

11 APA/OWS, KG123a_Y.

12 Vgl. Hemma MAYRHOFER, Freiheitsbeschränkende Praktiken auf Pavillon 15, in: Mayrhofer u. a., Hg., Kinder, wie Anm. 2, 199–220.

13 Wiener Stadt- und Landesarchiv (= WStLA), Magistratsabteilung (= M.Abt.) 207, A1, Allgem. Registratur, Mappe 4/1953, Aktenvermerk vom 21.7.1953.

Eine Woche später schrieb der damalige Jugendamtsleiter Dr. Tesarek an den ressortmäßig zuständigen Stadtrat und Vizebürgermeister Karl Honay unter anderem: „Niemand von uns kann diesen Zustand verantworten.“¹⁴

Als erste Maßnahme, den Missständen entgegenzuwirken und einzelne Patientinnen und Patienten zu fördern, wurde die Begutachtung und Testung der für einen Kindergartenbesuch als „geeignet“ erscheinenden Kinder durch eine Psychologin des Jugendamtes beschlossen. Ziel war es laut Aktenvermerk, jene Kinder zu ermitteln, die „bei entsprechender Förderung und Betreuung durch erfahrene Kindergärtnerinnen eine derartige geistige Nachentwicklung erreichen können, dass sie vielleicht späterhin in die Lage versetzt sind, sogar eine Hilfsschule zu besuchen“.¹⁵ Renate S. dürfte eines dieser Kinder gewesen sein, denn es wurde ein psychologischer Befund an der Heilpädagogischen Beobachtungsstation Schloss Wilhelminenberg¹⁶ angefertigt, der zu dem Schluss kam, „dass [sie] für die geplante Kindergartengruppe absolut geeignet erscheint. Am wichtigsten wäre bei ihr wohl eine intensive Sprachschulung, die im Verlauf wahrscheinlich auch von selbst das Bedürfnis zum Anschluss an die Gemeinschaft entstehen lassen wird.“¹⁷ Explizite Hinweise darauf, dass Renate eine diesbezügliche Förderung erhalten hätte, fehlen allerdings in der Krankengeschichte. Lediglich in einem Eintrag von 1955 wird erwähnt, dass sie nach Ausschluss aus der sogenannten Erziehungsgruppe wegen Grobheiten gegen die anderen Kinder einen Zornesausbruch gehabt habe, dem man wieder mit beschränkenden Maßnahmen begegnete.

Ab 1955 bekam Renate auch das sedativ wirkende Antiepileptikum Prominal gegen Unruhe und das triebdämpfende, ursprünglich aus der Tiermedizin stammende Mittel Epiphysan¹⁸ gegen Onanie. 1956 ist im Dekurs festgehalten, dass sich das mittlerweile 13-jährige Mädchen zunehmend absondere, nur noch zeitweise aggressiv sei, nicht mehr am Spiel teilnehme und kaum mehr spreche. Gegen Unruhe- und Aggressivitätszustände wurden im Jahr 1958 die Medikamente Luminal, Largactil, Miltaun und Serpasil verabreicht. In den weiteren Jahren bis zur Überstellung in die psychiatrische Anstalt der Stadt Wien in Ybbs an der Donau – dorthin waren regelmäßig Patientinnen und Patienten vom Steinhof transferiert worden¹⁹ – wurden keine Verhaltensverbesserungen festgestellt. Die junge Frau saß den Eintragungen in der Krankengeschichte zufolge meist teilnahmslos auf ihrem Sessel.²⁰

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die analysierten Aktenaufzeichnungen zu Renate S. exemplarisch zeigen, dass Kinder auf Pavillon 15 nicht nur wenig – wenn überhaupt

14 WStLA, M.Abt. 207, A1, Allgem. Registratur, Mappe 4/1953, Schreiben des Jugendamtsleiters Dr. Tesarek an den amtsführenden Stadtrat Verwaltungsgruppe IV, Vizebürgermeister Karl Honay vom 28.07.1953.

15 WStLA, M.Abt. 207, A1, Allgem. Registratur, Mappe 4/1953, Schreiben der MA 17 vom 8.7.1953.

16 Diese Station war 1950 vom ehemaligen Spiegelgrund – nunmehr wieder Steinhof – in das wieder eröffnete Kinderheim im Schloss Wilhelminenberg übersiedelt. Vgl. Barbara HELIGE u. a., Endbericht der Kommission Wilhelminenberg (Wien 2013), 30.

17 APA/OWS, KG123a_Y, Psychologischer Befund und Gutachten der heilpädagogischen Beobachtungsstation Schloß Wilhelminenberg vom 2.11.1953.

18 Zu Epiphysan vgl. Gudrun WOLFGRUBER / Katja GEIGER, Medizinische Standards und Versorgung, in: Mayrhofer u. a., Hg., Kinder, wie Anm. 2, 415–435, hier 427–433. Zu Epiphysan vgl. ferner den Beitrag von Ina FRIEDMANN in diesem Band.

19 Vgl. Hemma MAYRHOFFER, Leben nach Pavillon 15, in: Mayrhofer u. a., Hg., Kinder, wie Anm. 2, 316–334, hier 324.

20 APA/OWS, KG123a_Y.

– Förderung erfuhren, sondern die Lebensumstände auf Pavillon 15 auch Entwicklungsrückschritte bewirkten; so hatte Renate laut Dekurs ihre bei der Aufnahme noch dokumentierten Sprachfähigkeiten für zwei Jahre wieder eingebüßt. Zugleich liegen eindeutige Belege vor, die zeigen, dass den verantwortlichen Stellen die Missstände auf Pavillon 15 zu dieser Zeit bereits bekannt und bewusst waren. Die Überlegung des Jugendamts, zur heilpädagogischen Förderung der Patientinnen und Patienten einen Kindergarten auf der Station einzurichten, verlief danach allerdings offenbar wieder im Sande. Erst 1979, also gut 25 Jahre später, kam es zur Installation eines eigenen Kindergartens auf Pavillon 15.²¹

Aus medizinhistorischer Perspektive ist am rekonstruierten Fall auch der Einsatz der oben genannten sedierenden Medikamente beachtenswert. Neuroleptika, bei Renate etwa Largactil und Serpasil, waren erst seit Mitte der 1950er-Jahre im Handel erhältlich und kamen in der Erwachsenenpsychiatrie vor allem bei der Behandlung von Psychosen zum Einsatz.²² Mit dem großzügigen Einsatz von Sedativa bei Renate S. wie auch bei vielen anderen Kindern auf Pavillon 15 wurden nicht medizinisch-therapeutische Zwecke, sondern die Ruhigstellung der Patientinnen und Patienten verfolgt. Gleiches gilt in der Regel für die häufig angewandten mechanischen Freiheitsbeschränkungen. Diese Praxis bildet eine Konstante im Umgang mit Kindern mit Behinderungen in Wiener psychiatrischen Anstalten bis in die 1980er-Jahre und entspricht dem Bestreben, den Alltag auf den Stationen für das Pflegepersonal möglichst leicht handhabbar zu gestalten. Die bereits viel länger als die sedierende Wirkung der Neuroleptika bekannten Effekte einer umfassenden heilpädagogischen Betreuung und Förderung²³ kamen hingegen nicht zur Anwendung.

Rudolf M.: Abwärtsspirale institutioneller Weiterverweisungspraktiken

Die Fallrekonstruktion zu Rudolf M.s kurzem Leben bezieht sich vor allem auf die 1960er-Jahre und soll exemplarisch für jene Kinder und Jugendlichen stehen, die über andere Krankenanstalten auf den Steinhof kamen. An Rudolfs Schicksal lässt sich zudem besonders anschaulich die Spirale von Vernachlässigung und Freiheitsbeschränkung rekonstruieren, die vielen auf Pavillon 15 untergebrachten Kindern in der Anstalt widerfuhr. Diese Fallstudie erlaubt vielschichtige Einblicke, da für ihre Rekonstruktion verschiedene Quellen und Daten erschlossen und wechselseitig kontrastiert werden konnten. Neben der Krankenakte des nunmehrigen Otto-Wagner-Spitals standen Interviews mit zwei älteren Geschwistern Rudolfs und auch private Dokumente, die von den Angehörigen zu den Gesprächen mitgebracht worden waren, zur Verfügung. Vor allem die Erinnerungen der (getrennt interviewten) Angehörigen bilden ein wichtiges Korrektiv zu den knappen und oft abwertenden Akteneinträgen, wie in der nachfolgenden Falldarstellung aufgezeigt wird.

21 Vgl. Gudrun WOLFGRUBER, Pädagogische Angebote. Schule und Kindergarten, in: Mayrhofer u. a., Hg., Kinder, wie Anm. 2, 225–273, hier 268–270.

22 Vgl. z. B. Fred A. MIELKE, Über das Rauwolfia-Alkaloid Reserpin (Serpasil) in der Psychiatrie, in: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 194 (1956), 263–288.

23 Vgl. z. B. Hans ASPERGER, Heilpädagogik (Wien 1952).

Rudolf M. wurde Mitte der 1950er-Jahre in Wien geboren, er war das vierte von fünf Kindern einer Familie, die der unteren Mittelschicht zugeordnet werden kann: Der Vater war einfacher Angestellter, die Mutter kümmerte sich um den Haushalt und die Kinder. Seit früher Kindheit war bei Rudolf eine verzögerte Entwicklung beobachtbar; die Geschwister erinnern sich, dass er zwar kaum gesprochen und vermutlich sehr schlecht gehört habe, es sei aber gut möglich gewesen, mit ihm zu kommunizieren. Bis zum Alter von sechs Jahren wuchs Rudolf bei seiner Familie auf. Er wird von seinen Geschwistern als selbstständiges und fröhlich-lebhaftes Kind beschrieben, das einen sehr großen Bewegungs- und Freiheitsdrang gehabt habe und zugleich für die anderen Kinder der Familie eine wichtige Rolle innehatte:

„[E]r war die Sonne in unserer Familie. Wir waren sehr streng erzogen, sehr christlich, sehr angepasst, und er hat sich natürlich nicht so genau an Regeln gehalten und das war für uns so, wir haben ihn alle wahnsinnig gerne gehabt, weil er hat uns zum Lachen gebracht. [...] und er hat auch unheimlich viel Wärme gegeben.“²⁴

Rudolfs Fallgeschichte verdeutlicht exemplarisch, dass zur damaligen Zeit nicht nur kaum institutionelle Unterstützungsangebote für Menschen mit Behinderungen und ihre Familien zur Verfügung standen, Angehörige berichteten zudem von der Erfahrung, dass ihre Kinder von vorhandenen pädagogischen Einrichtungen, aber auch von Ärztinnen und Ärzten oder in Krankenhäusern abgewiesen wurden.²⁵ So erinnerten sich Rudolfs Geschwister, dass ihr Bruder nach kurzer Zeit den Platz in einem Sonderkindergarten wieder verlor, die Schwester erzählte auch von der Beobachtung, dass die Eltern mit dem behinderten Kind bei Ärztinnen und Ärzten oftmals „abgewimmelt“ worden waren.

Ganz anders an der gerade gegründeten „Rett-Klinik“: Sie begann ab 1956 für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen sowie ihre Angehörigen ein Beratungs- und Versorgungsvakuum auszufüllen. Rudolfs Eltern suchten 1957 erstmals mit ihrem Sohn die Abteilung auf und waren danach für einige Jahre bei Andreas Rett in Beratung und Rudolf in Behandlung. Das von Rett unterzeichnete Anstaltsparere, mit dem später die Überstellung auf den „Stein- hof“ formal legitimiert wurde, führt einen ersten stationären Aufenthalt Rudolfs ab Herbst 1957 an, der zweieinhalb Monate dauerte.²⁶ Über die Gründe hierfür konnte nichts in Erfahrung gebracht werden, auf Basis der Forschungsergebnisse zur „Rett-Klinik“ erscheint es aber wahrscheinlich, dass neben der umfassenden Durchuntersuchung des Kindes die Entlastung der Eltern ein bedeutsames Motiv gewesen sein dürfte.²⁷

Anfang 1960 kam es erneut zu einer stationären Aufnahme in der „Rett-Klinik“. Die ältere Schwester Rudolfs erinnerte sich im Interview, dass Rett ihrer Mutter – sie war zu diesem

24 IP18_A:9 – Die Zitierweise des Interviews entspricht der innerhalb der Arbeitsgruppe des IRKS erarbeiteten anonymisierten und in der Veröffentlichung der Studienergebnisse verwendeten Form. Demgemäß wurde jedem/ jeder Gesprächspartner/-in (Interviewperson = IP) eine laufende Nummer zugeteilt, zudem wird aus dem Buchstaben „A“ erkennbar, dass es sich um Angehörige handelte. Die Zahl 9 steht für den Absatz im Transkript, dem das Zitat entnommen ist (in diesem Fall also dem neunten Absatz des Transkripts).

25 Vgl. Hemma MAYRHOFFER / Gudrun WOLFGRUBER / Katja GEIGER, Kinder und Jugendliche auf Pavillon 15. Zusammensetzung und Wege in die Anstalt, in: Mayrhofer u. a., Hg., Kinder, wie Anm. 2, 93–132, hier 102–103.

26 APA/OWS, KG96a_S, Parere des Altersheims der Stadt Wien – Lainz vom 27.3.1962.

27 Vgl. Hemma MAYRHOFFER, Beschreibung der stationär aufgenommenen ‚PatientInnen‘, in: Mayrhofer u. a., Hg., Kinder, wie Anm. 2, 391–414, hier 402–405.

Zeitpunkt erneut schwanger – den Rat gab, das Kind mit Behinderung wegzugeben, da es eine Gefahr für das Baby sein könne und sie mit einem behinderten Kind auch zu wenig Zeit für das Neugeborene hätte. Für die Eltern habe die ärztliche Autorität unhinterfragte Geltung gehabt, so die Geschwister. Das Parere führt als Aufnahmegrund an, dass „das Kind im familiären Milieu wegen seines Erethismus untragbar geworden war“. Der Bub wird weiter folgendermaßen beschrieben:

„Autistisch, für nichts zu interessieren, mit nichts zu beschäftigen, keinerlei geistige Fortschritte, die ganze Zeit über ständige Unruhe und Aggressivität, ständig in Bewegung, überall dran, hat Kinder niedergestoßen, gezwickt, gekratzt, Fenster eingeschlagen. Hohe Dosen Sedativa (Nozinan, Largactil, Phenergan, Truxal) waren nötig.“²⁸

Erethie bzw. Erethismus findet sich sowohl an der „Rett-Klinik“ als auch „Am Steinhof“ sehr häufig als Sammelbegriff für unangepasstes Verhalten der Kinder in den ärztlichen Befunden, es wurde in erster Linie als Ausdruck der Behinderung betrachtet und nicht als Folge inadäquater Lebens- und Betreuungsbedingungen. In der Regel wurde versucht, solch einem Verhalten durch sedierende Medikation zu begegnen – offensichtlich auch an der „Rett-Klinik“.

Nach zwei Jahren stationärer Unterbringung bei Rett wurde Rudolf 1962 auf den „Steinhof“ transferiert; gemäß der Erinnerung der Geschwister geschah dies nicht nur ohne Einverständnis der Eltern, diese wurden vorab darüber auch nicht in Kenntnis gesetzt. Berichte weiterer Zeitzeuginnen und Zeitzeugen legen nahe, dass solche nicht abgestimmte Transfers gängige Praxis gewesen sein dürften, selbst wenn sich die Eltern – in diesem Fall v. a. die Mutter – regelmäßig um das Kind in der Klinik kümmerten.²⁹ Laut Anstaltsparere erfolgte Rudolfs Überstellung auf den Steinhof, weil „während des stationären Aufenthaltes des Kindes an unserer Abteilung keinerlei geistige Fortschritte festzuhalten waren“.³⁰ Im psychologischen Gutachten der „Rett-Klinik“, das dem Parere beigefügt war, wird Rudolf fehlende Förderbarkeit zugeschrieben, weshalb die Unterbringung in einer Pflegeanstalt gutzuheißen sei. Die oben zitierte Beschreibung legt allerdings die Hypothese nahe, dass zudem die Lebhaftigkeit des Kindes im Stationsalltag störte. Solche Beweggründe lassen sich wiederholt in den Abschiebepraktiken Retts auf den „Steinhof“ erkennen, in seinen wissenschaftlichen Publikationen benennt Rett Erethismus auch explizit als ein Kriterium für die Abgabe eines Kindes in „reine Pflegeanstalten“ wie den „Steinhof“.³¹

Die Aufnahmediagnose am „Steinhof“ lautete „geistige Entwicklungshemmung“, „Erethismus“ und „Idiotie“, eine damals noch häufig in der Psychiatrie gebräuchliche Bezeichnung des höchsten Grades kognitiver Behinderung. Zudem wird bei der Aufnahme der Verdacht auf Taubheit geäußert, ein Aspekt, der in den wenigen zur Verfügung stehenden Dokumenten aus der „Rett-Klinik“ nicht erwähnt wird (die Krankenakte aus dieser Anstalt war nicht mehr auffindbar). Allerdings finden sich auch in der Steinhof-Krankenakte diesbezüglich keine wei-

28 Ebd.

29 Vgl. MAYRHOFER u. a., Kinder, wie Anm. 2, hier 125.

30 APA/OWS, KG96a_S, Parere des Altersheims der Stadt Wien – Lainz vom 27.3.1962.

31 Vgl. Andreas RETT, Das hirngeschädigte Kind. Ärztliche, erzieherische und soziale Probleme (Wien–München 1971), 116; Andreas RETT / HORST SEIDLER, Das hirngeschädigte Kind. Ärztliche, erzieherische und soziale Probleme (Wien 1981), 299.

teren Untersuchungen bzw. Therapien vermerkt, sondern nur ein „geringes Sprachverständnis“, ohne dass dabei auf eventuelle Gehörbeeinträchtigungen hingewiesen wird. Erst später auf einem „Erwachsenenpavillon“ wurde in der Akte kurz „ist taub“³² festgehalten – wieder ohne weitere Berücksichtigung der Gehörbeeinträchtigung.

Die nachfolgenden Einträge in der Krankenakte lassen eine Spirale aus medikamentöser Ruhigstellung und physischer Freiheitsbeschränkung erkennen, die den primären Zweck verfolgt haben dürften, im Stationsalltag „störendes“ Verhalten zu regulieren ohne sich weiter mit dem Kind beschäftigen zu müssen. Die alltägliche umfassende Achtlosigkeit gegenüber den Kindern und Jugendlichen am sogenannten Kinderpavillon, die nicht einfach auf individuelles Fehlverhalten einzelner Pflegekräfte reduziert werden kann, sondern als Ausdruck einer verdinglichenden und zugleich risikovermeidenden Pflegekultur³³ zu betrachten ist, soll an folgendem Beispiel konkretisiert werden:

Im Jahr 1962 findet sich in Rudolfs Krankenakte der lapidare Vermerk: „trinkt immer wieder aus Kloschüssel, wird deshalb zeitweise beschränkt.“³⁴ Erinnerungen der Geschwister zufolge konnte er zu Hause normal und überwiegend eigenständig essen und trinken (und zwar nicht aus dem Klosett), zum Interview hatte der Bruder auch ein Foto mit, auf dem zu sehen ist, wie sich Rudolf selbst ein Brot bestreicht.

„Er war eigentlich ein tüchtiges Kind, muss ich sagen. Also wie ich dann gehört habe, er ist nicht förderbar, später wie ich dann älter war, hab ich mir gedacht: Wahnsinn. Er hat selbstständig gegessen, er war sauber, er ist mit uns spazieren gegangen, er ist wahnsinnig gerne Roller gefahren, das hat er geliebt.“³⁵

Bei ihren Besuchen „Am Steinhof“ mussten die Geschwister mit Entsetzen wahrnehmen, dass ihr Bruder nun nicht mehr richtig trinken konnte, sondern das Glas hastig an sich riss, das Wasser hinunterstürzte und an der Flüssigkeit zu ersticken drohte. Zunächst lassen sich diese Veränderungen als Prozesse der Diskulturation innerhalb totaler Institutionen beobachten, die nach Goffman „darin besteht, daß jemand gewisse, im weiteren Bereich der Gesellschaft erforderliche Gewohnheiten verliert oder sie nicht erwerben kann“.³⁶

Die ungeschickte Hast des Buben erhält durch Zeitzeugen- und Zeitzeuginnenberichte ehemaliger Pflegekräfte des „Kinderpavillons“ noch eine andere Bedeutung: Ihnen zufolge waren bis in die 1980er-Jahre in den Schlaf- und Wachräumen aus Sicherheitsgründen die Wasserhähne in der Regel verschlossen, sodass den Kindern oft keine andere Möglichkeit blieb, als ihren Durst durch Trinken aus der Toilette zu stillen. In der Krankenakte Rudolfs wird nirgendwo erkennbar, dass auch nur ein Gedanke daran verschwendet worden war, ob das Kind Durst

32 APA/OWS, KG96a_S, 1968.

33 Vermeidung von Risiko und Abwälzen von Verantwortung zeigen sich als die zentralen Orientierungen im täglichen Handeln des Pflegepersonals. Dabei ging es aber keineswegs darum, die Patientinnen und Patienten keinem Risiko auszusetzen, vielmehr wollte man sich selbst nicht das Risiko eines „Disziplinars“ einhandeln. – Vgl. Hemma MAYRHOFFER, Arbeitshaltung und Handlungsrituale des Pflegepersonals – systemstabilisierende Mechanismen, in: Mayrhofer u. a., Hg., Kinder, wie Anm. 2, 221–239, hier 234–235.

34 Vgl. APA/OWS, KG96a_S, 1962.

35 IP18_A:9.

36 Erving GOFFMAN, Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen (Frankfurt am Main 1973), 76.

haben könnte – und dass er wie auch andere Kinder auf die einzige ihm zur Verfügung stehende Weise seinen Durst gestillt haben dürfte. Das Verhalten wurde als individuelle Abartigkeit bzw. als Ausdruck der Behinderung interpretiert und nicht als Resultat der institutionellen Umgebung und fehlender Versorgung und Betreuung. Entsprechend stellte man einfach das störende Symptom mittels Freiheitsbeschränkung ab, sodass nun das Kind physisch daran gehindert war, aus der Toilette zu trinken.

Das Beispiel verweist auf den Befund der Studie, dass nicht wenige der als störend oder selbstgefährdend eingestuften Verhaltensweisen der Kinder überhaupt erst durch die Unterbringung in der Institution und durch die ihnen dort widerfahrene Behandlung und „Betreuung“ (mit-)verursacht worden sein dürften, sodass sich in der Folge ein sich wechselseitig verstärkender Zirkel aus Hospitalismussymptomen und Freiheitsbeschränkungen entfaltete.³⁷

In Rudolfs Krankenakte ist zudem die Dokumentation vieler Bisswunden auffällig, die ihm durch verschiedene Mitpatienten zugefügt wurden. Die Einträge weisen nicht nur darauf hin, dass Gewalt unter den Kindern häufig auftrat und die entstandenen Verletzungen mitunter medizinische Nachbetreuung erforderten (Behandlung mit Salben, lange Abheilzeiten der Wunden), sie hinterlassen auch den Eindruck, dass gewalttätige Vorfälle nicht ausreichend durch das Personal eingedämmt wurden. Auch lassen zahlreiche Eintragungen von Furunkeln, Pilzinfektionen etc. auf sehr schlechte hygienische Verhältnisse und unzureichende Körperpflege schließen.

Mit Vollendung des 14. Lebensjahres wurde Rudolf in den „Erwachsenenstand“ versetzt und in der Folge zunächst auf Pavillon 6 und dann auf Pavillon 18 des PKH „Baumgartner Höhe“ verlegt. Dies entsprach einer typischen Anstaltskarriere der Patientinnen und Patienten des „Kinderpavillons“, überwiegend erfolgte die weitere Unterbringung innerhalb des „Steinhofs“, wobei der Zeitpunkt der Überstellung durch die institutionellen Regeln vorgegeben war und sich nicht an den Bedürfnissen und der persönlichen Entwicklung der Jugendlichen orientierte. Pavillon 18 zeigt sich als anstaltsinterne „Endstation“ für männliche Patienten mit Behinderung, auch dort herrschten schlechteste Versorgungs- und Betreuungsbedingungen.³⁸ Rudolfs Bruder fasste die Situation auf Pavillon 18 im Gespräch wie folgt zusammen:

„Im 18er war es dann ganz aus, also 18er war für mich eine – ja, eine Todeszelle. 18er kann ich mich nur an die schlimmen Sachen erinnern, also da, ich weiß gar nicht, ob wir beim 18er überhaupt raus haben dürfen oder rausgegangen sind. [...]“

I: „Was hat denn Ihr Bruder da den ganzen Tag gemacht?“

B: „Zwischen nichts und gar nichts, weil er hat [sic] in seinem Bett gewesen, gegessen und aus.“³⁹

Gemäß Krankenakte verstarb Rudolf M. im Alter von 21 Jahren an Tuberkulose. Auf Basis der verfügbaren Quellen lässt sich nicht eindeutig klären, inwieweit bzw. in welchem Ausmaß sein sehr früher Tod durch die dokumentierte, aus heutiger und wohl auch damaliger Sicht als

37 Vgl. MAYRHOFER u. a., Kinder, wie Anm. 2, hier 125.

38 Vgl. hierzu auch Angelika LABURDA, Materialien zur Reform der psychiatrischen Versorgung. Geistig Behinderte im psychiatrischen Krankenhaus der Stadt Wien Baumgartner Höhe. Dissertation (Universität Wien 1981), 165–171.

39 IP41_A:235ff.

mangelhaft zu bezeichnende Pflege verursacht worden ist. Nahegelegt wird diese Hypothese aber einerseits durch die Erzählungen der Geschwister. Ein Zusammenhang zwischen Rudolfs frühem Versterben und den schlechten Unterbringungs- und Betreuungsbedingungen erscheint zudem plausibel im Licht sozialhistorischer und aktueller Befunde über soziale Faktoren der Erkrankungs- und Mortalitätsraten der Tuberkulose.⁴⁰

Ernst T.: Unzulänglichkeit und fehlende Nachhaltigkeit erster Verbesserungsbemühungen am „Kinderpavillon“

Anfang der 1970er-Jahre wurde Ernst T. im Alter von sechseinhalb Jahren in das PKH „Baumgartner Höhe“ eingewiesen, um danach bis zu seinem Tod im Jahr 1982 auf dem Kinderpavillon zu verbleiben. Die ungefähr zehnjährige stationäre Unterbringung erstreckt sich somit über den ab der zweiten Hälfte der 1970er-Jahre merkbaren Wandel in den Versorgungs- und Betreuungsbedingungen auf Pavillon 15. Für die Fallrekonstruktion standen neben der Patientenakte im Umfang von ca. 80 Blatt, der u. a. das Obduktionsprotokoll beigelegt war, auch Erinnerungen des ehemaligen Personals an das Kind bzw. den Jugendlichen zur Verfügung, nicht aber Interviews mit Angehörigen.

Auch Ernst T.s Eltern – sein Vater war Handwerker, seine Mutter kaufmännische Angestellte – hatten sich mit ihrem Sohn zunächst an die „Rett-Klinik“ gewandt. Ernst war dort in früher Kindheit unbekanntes Zeit stationär untergebracht gewesen, dann aber an der Klinik „nicht länger haltbar“.⁴¹ Im Polizeiparere, das die Einweisung ins PKH formal legitimierte, wird auf ein Schreiben Retts verwiesen, demzufolge „das Kind trotz verschiedenartigster Therapie nicht besserungsfähig [...] war und Selbstaggressionen einen Verbleib im häuslichen Verband unmöglich machen“.⁴² Die Aufnahmediagnose im PKH lautete „Oligophrenie bei praenatalem Cerebralschaden, Erethismus, Schwerhörigkeit“.⁴³ Dem Deckblatt der Krankengeschichte ist zu entnehmen, dass sich die Eltern nur wenige Monate nach Ernsts Einweisung auf Pavillon 15 scheiden ließen, allerdings liegen keine weiteren Informationen zur familiären Situation vor.

Die Krankengeschichte von Ernst T. zeigt einen wechselhaften Verlauf: Die überwiegende Zeit der Unterbringung lässt der Dekurs die übliche Gleichgültigkeit und Vernachlässigung in der medizinisch-pflegerischen Versorgung erahnen. Ab 1977 erwecken manche, bei Weitem aber nicht alle Eintragungen einen etwas empathischeren Eindruck. Und ab Ende der 1970er-Jahre bis zum Tod im Frühjahr 1982 werden wechselnde, teilweise auch intensivere Bemühungen des Personals erkennbar, den Allgemein- und Ernährungszustand des nunmehr Jugendlichen zu verbessern, wie nachfolgende Ausführungen detailliert rekonstruieren:

40 Vgl. Elisabeth DIETRICH-DAUM, Die „Wiener Krankheit“. Eine Sozialgeschichte der Tuberkulose in Österreich (= Sozial- und wirtschaftshistorische Studien 32, Wien 2007); Janina KEHR, Geographien der Gefahr und soziale Risiken. Wie Tuberkulose in Deutschland zu einer MigrantInnenkrankheit wird, in: Hansjörg Dilger / Bernhard Hadolt, Hg., Medizin im Kontext. Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt (Frankfurt am Main 2010), 161–179.

41 Vgl. APA/OWS, KG4a_S, 1972.

42 Ebd.

43 Ebd.

Bereits bei der Aufnahme wurde festgehalten, dass der Bub „im offenen Bett nicht haltbar“⁴⁴ sei. Wiederholte Einträge in der Krankenakte weisen darauf hin, dass Ernst T. über viele Jahre regelmäßig „wegen hochgradiger Unruhe u. auch Aggressivität fast den ganzen Tag im Netzbett“⁴⁵ gehalten wurde. Darüber hinaus finden sich viele Verletzungen eingetragen, die teils als selbst verursacht, teils als von anderen Patientinnen und Patienten zugefügt festgehalten sind. Der wichtigste Zweck der Einträge scheint darin gelegen zu haben, die Handlungen des Personals als korrekt auszuweisen und ein Fremdverschulden auszuschließen. Eisenbach-Stangl (1977), die sich in einer empirischen Untersuchung zur sozialen Konstruktion von Krankengeschichten auf ebendiese Zeit und Institution bezieht, nennt als eine zentrale Funktion der Aktenführung:

„Ereignisse und Entscheidungen, die den in einer Institution Tätigen zur Last gelegt werden können, so darzustellen, daß sie die Verantwortlichen notfalls entlasten. Allgemeines Individualisieren von Problemen und negative Verhaltensbeschreibungen, vor allem der langfristig Hospitalisierten, können diese Funktion erfüllen.“⁴⁶

Gut ein Jahr nach der Einweisung findet sich erstmals der Verdacht auf „psychisch bedingte Rumination“⁴⁷ in der Akte von Ernst vermerkt. Der Patient erbreche fast jede Mahlzeit, esse das Erbrochene wieder und habe 6 kg Körpergewicht verloren. Zudem trinke er Badewasser und Wasser aus dem Klo und erbreche anschließend heftig. Aufgrund andauernden Erbrechens nehme der Bub weiter an Gewicht ab, so ist nun über viele Jahre in der Krankenakte festgehalten, ohne dass – abgesehen von sedierenden Medikamenten – irgendwelche Bemühungen erkennbar werden, dagegen etwas zu unternehmen. Es findet sich nachfolgend auch kein direkter Vermerk auf psychische Ursachen der Symptome mehr, obwohl die festgehaltenen Beschreibungen dies sehr wahrscheinlich machen.

Erst ab 1979 lässt die Krankenakte Anstrengungen erkennen, bei Ernst über feste bzw. „eingedickte“ Nahrung das Erbrechen zu verringern – offenbar teilweise, aber nicht immer mit Erfolg. In der ersten Jahreshälfte 1979 findet sich in den der Krankenakte beigefügten Gewichtstabellen eine bemerkenswerte Gewichtsschwankung auf 40 kg bis Mai vermerkt. Danach sank das Gewicht wieder rapide auf schlussendlich 28,5 kg zum Jahresende. Da in der ersten Jahreshälfte aber sonst keinerlei Eintragungen in der Krankengeschichte vorgenommen wurden, bleiben die Gründe für die Schwankung unklar.

Anfang 1980 findet sich erstmals die Überlegung in der Krankenakte vermerkt, den Patienten mittels Sonde zu ernähren. Kurze Zeit später wurde Ernst, der weiter an Gewicht verloren hatte, „wegen zunehmender Austrocknung und Rumination“⁴⁸ für knapp drei Monate auf die „Interne Kinderabteilung mit Psychosomatik“ des Wilhelminenspitals verlegt. Dort konnte durch künstliche Ernährung eine Gewichtssteigerung um 3 kg auf nunmehr 27,5 kg Körpergewicht erreicht werden. Im Befund der Abteilung – er lag der Patientenakte bei –

44 Ebd.

45 Ebd., 19.07.1979.

46 Irmgard EISENBACH-STANGL, Die soziale Konstruktion von Krankengeschichten, in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 3/4 (1977), 54–63, hier 61.

47 Vgl. APA/OWS, KG4a_S, 25.05.1973.

48 APA/OWS, KG4a_S, 19.03.1980.

findet sich trotz des psychosomatischen Schwerpunkts dieser Station kein Hinweis auf eine psychologische Betreuung des Jugendlichen. Neben der Ernährung mit Magentropfsonde sind lediglich Medikamentengaben festgehalten: „[...] und sedierten ihn mit Melleril retard (150–150–100 mg) und Valium (2 x 10 mg). [...] Vorübergehend erhielt der Patient auch Truxal 30 mg im.“⁴⁹

Nach Ernsts Rücküberstellung auf Pavillon 15 wurde laut Akteneintrag die Verlegung in die „Fördergruppe“ und die Betreuung durch einen Erzieher beschlossen,⁵⁰ was unmittelbar positive Effekte zeigte. Ernst erbrach den Eintragungen zufolge sogleich deutlich weniger und legte schnell an Gewicht zu. Drei Wochen später wurde ein „wesentlich besseres Zustandsbild“ in der Akte vermerkt, der Jugendliche suche Kontakt und gehe häufig mit dem Erzieher spazieren, tagsüber sei er „die meiste Zeit aus dem Bett, bricht weniger. Spielt mit dem Hüpfball“.⁵¹ Allerdings zeichnet sich nach ca. drei Monaten (ab September 1980) wieder eine Veränderung zum Schlechteren ab, bemerkenswerterweise findet sich ab diesem Zeitpunkt auch keine Erwähnung des Erziehers mehr in der Akte. Die Abwärtsspirale von Erbrechen und Gewichtsverlust beginnt sich nun wieder zu drehen. An Ernsts Schicksal lassen sich die massiven negativen Konsequenzen unbeständiger – und teilweise ganz fehlender – Bezugspersonen in institutionellen Unterbringungen in besonders eindringlicher Weise erkennen.⁵²

Ein auf Pavillon 15 erstellter psychologischer Befund vom Oktober 1980 schreibt dem Jugendlichen in knapp-distanzierten Worten das niedrigste „Sozialalter“ innerhalb seiner „Fördergruppe“ zu, es sind zudem keinerlei Therapieansätze vorhanden. Vermutlich wurde der Patient daraufhin wieder von der Fördergruppe zu den „reinen Pflegefällen“ zurückverlegt, auch wenn sich in der Akte kein entsprechender Vermerk findet. Die Begutachtung durch die seit Ende der 1970er-Jahre auf Pavillon 15 tätige Psychologin verweist auf die in dieser Zeit zunehmenden Förderversuche bei den als förderbar klassifizierten Patientinnen und Patienten – das seit Anfang der 1960er-Jahre sich durchsetzende Rehabilitations-Paradigma kam mit beträchtlicher Verspätung allmählich auch am „Kinderpavillon“ an.⁵³ Allerdings hatte Ernst – von einem kurzen Zeitraum abgesehen – nicht das Glück, längerfristig als förderbar kategorisiert zu werden.

Nach einer kurzen Stabilisierung in der ersten Jahreshälfte 1981 – Ernst war zwischenzeitlich auch wieder für drei Wochen im Wilhelminenspital – verschlechterte sich der Gesundheitszustand weiter und der Jugendliche verlor massiv an Gewicht, er wog Ende 1981 nur noch 17 kg. Zu diesem Zeitraum existieren Erinnerungen einer ehemaligen Pflegekraft des „Kinderpavillons“ an den Jugendlichen. Sie lassen das Nebeneinander der herkömmlichen Pflegepraxis auf Pavillon 15 und eines neuen Engagements für die Kinder und Jugendlichen sichtbar werden, ohne dass sich aber Letzteres breiter und systematischer etablieren konnte. Die Interviewpartnerin erinnert sich zunächst daran, dass bei Ernst – wie auch bei anderen Kindern – gewalttätige Ausspeisepraktiken zum Einsatz gekommen waren.

49 Ebd., Befund Wilhelminenspital.

50 Ebd., 09.06.1980.

51 Ebd., 14.07.1980.

52 Die gravierenden Folgen des Aufwachsens unter Bedingungen mangelnder oder ganz fehlender persönlicher Zuwendung beschreibt u. a. René Spitz in seinen empirischen Hospitalismusstudien zum frühen Kindesalter. – Vgl. René A. SPITZ, Hospitalismus I und II. in: Günther Bittner / Edda Harms, Hg., Erziehung in früher Kindheit. Pädagogische, psychologische und psychoanalytische Texte (München 1985), 89–122.

53 Vgl. SCHÖNWEISE, Paradigmenwechsel, wie Anm. 6; WOLFRUBER, Therapeutische Maßnahmen, wie Anm. 6.

„Und er hat das also wie viele andere halt auch gekriegt, indem er das Flascherl ohne Schnuller mit dem Babybrei, liegt am Rücken und dann leert man das mit drei Mal so schwups hinein in das Kind und dann schluckt man das halt irgendwie. Er hat das immer runtergeschluckt, hat sich aufgesetzt und gespieben.“⁵⁴

Anschließend berichtet sie im Interview von ihren Bemühungen, den Jugendlichen über löffelweise verabreichten eingedickten Brei zu ernähren, was der Erinnerung gemäß nach Anfangsschwierigkeiten auch erfolgreich war, aber auf ihr persönliches Engagement begrenzt blieb:

„Und das [Essen, Anm. d. Verf.] ist drinnen geblieben, war überhaupt kein Thema, nachdem er mal gecheckt hat, dass er sonst gar nichts kriegt. [...] Und das hab ich dann halt auch bei der Visite gesagt, dass das drinnen bleibt, jaja, jaja, es war nicht einmal der Auftrag da, dass das andere auch so machen müssen.“⁵⁵

In der Krankenakte ist für September 1981 vorübergehend eine leichte Verbesserung vermerkt, es wurde versucht, die Sonde abzusetzen, was kurze Zeit auch erfolgreich gewesen sein dürfte. Zugleich ist festgehalten: „Wird von willigem Pflegepersonal innerhalb der Anstalt spazierengeführt.“⁵⁶

Ab Anfang 1982 verschlechterte sich der gesundheitliche Zustand von Ernst rapide. Versuche, den physischen Zustand des Patienten mittels Sondenernährung zu stabilisieren, blieben erfolglos.⁵⁷ Ab März 1982 kam ein bakterieller Infekt hinzu und am 14. April 1982 verstarb der knapp 17-jährige Jugendliche laut Diagnose an „Pneumonie“ (Lungenentzündung).⁵⁸ Im Obduktionsprotokoll ist ergänzend „Leberfunktionsschaden und Marasmus“ (= Protein- bzw. Energiemangel, der zum Abbau aller Energie und Eiweißreserven führt) als Todesursache angeführt.

Unterschiedliche Formen von Pneumonie finden sich in 80 % der insgesamt analysierten Obduktionsprotokolle von auf Pavillon 15 verstorbenen Kindern als Todesursache vermerkt. Ramsthaler, Verhoff u. a. verweisen darauf, dass eine Unterbringung in einem Pflegeheim als spezifischer Risikofaktor gilt, an Pneumonie zu versterben.⁵⁹ Zu beachten sind zudem die in Ernst T.s Obduktionsprotokoll vermerkten Ausführungen zur Art der Lungenentzündung: „Riesenzellpneumonie vom Fremdkörpertyp“ bzw. „in der Lunge Gruppen von Riesenzellen vorwiegend vom Fremdkörpertyp, manchmal mit Einlagerung von koerperfremdem Material“.⁶⁰ Die Beschreibungen im Obduktionsprotokoll Ernst T.s lassen auf eine Aspirationspneumonie, d. h. auf die „Entstehung einer Pneumonie im Zusammenhang mit Aspiration v. a. von Mageninhalt und Speisebrei“⁶¹ schließen, auch wenn der Begriff nicht verwendet wird.

54 IP7_P:59 – Das Kürzel „P“ steht für Personal.

55 Ebd.

56 APA/OWS, KG4a_S, 15.09.1981.

57 In diesem Zeitraum, konkret im Februar 1982, ist erstmals „regelmäßiger Besuch der Mutter“ in der Krankengeschichte festgehalten, bisher war bestenfalls sporadischer Besuch vermerkt.

58 APA/OWS, KG4a_S.

59 Vgl. Frank RAMSTHALER u. a., Pneumonie. in: Rechtsmedizin 23/4 (2013), 243–254.

60 APA/OWS, KG4a_S, Obduktionsprotokoll SPN 0304/82 vom 15.04.1982.

61 RAMSTHALER u. a., Pneumonie, wie Anm. 59, 250.

Die gewalttätigen „Techniken“ der Essensverabreichung, die auf Pavillon 15 gängig waren, sind im hier rekonstruierten Fall wie auch bei anderen verstorbenen Patientinnen und Patienten des „Kinderpavillons“ als ein Bedingungsfaktor für tödlich endende Krankheitsverläufe anzunehmen.

Der Todesfall wurde auch im bereits zitierten Gespräch mit einer Pflegekraft des ehemaligen „Kinderpavillons“ erwähnt. Die Interviewpartnerin erinnerte sich daran, dass ihr eine seinerzeitige Kollegin amüsiert über die vergeblichen Versuche der ärztlichen Leitung, bei dem im Sterben liegenden Patienten eine Spritze zu setzen, berichtete: Zur Belustigung der Kollegin rutschte bzw. brach die Nadel aufgrund des völlig unterernährten Zustandes des Jugendlichen ab. Die Erzählung verweist beispielhaft auf den Befund der Gesamtstudie, demgemäß auf Pavillon 15 – und möglicherweise auch auf anderen Pavillons des Anstaltenkomplexes „Am Steinhof“ – das moralische Bezugssystem und Urteilsvermögen des Personals weitgehend außer Kraft gesetzt war.⁶²

Zusammenfassend lässt sich zur Fallkonstruktion von Ernst T. festhalten, dass im Unterschied zu den bisher rekonstruierten Lebensgeschichten die ab Ende der 1970er-Jahre sprachlich mitunter empathischer formulierten Einträge in der Krankenakte von gewissen Bemühungen um den Jugendlichen zeugen. Dies lässt sich auf erste Verbesserungsansätze in medizinischer als auch pflegerischer Hinsicht in dieser letzten Periode des Bestehens des „Kinderpavillons“ zurückführen. Erstmals sind auch vereinzelt Überlegungen über die Bedeutung positiver Beziehungen und konstanter Kontakte zu Bezugspersonen erkennbar. Allerdings gelang es auf der Betreuungsebene nicht, diese Überlegungen in der Praxis hinlänglich wirksam werden zu lassen und beispielsweise dem Jugendlichen die persönliche Zuwendung bzw. Beziehung zu einer beständigen Bezugsperson zu bieten, die er vermutlich gebraucht hätte. Am beschriebenen Fallverlauf lässt sich exemplarisch die Unzulänglichkeit und fehlende Nachhaltigkeit dieser ersten Verbesserungsbemühungen ablesen: Sie reichten nicht aus, um dem Jugendlichen ein Überleben zu ermöglichen.

Petra D.: Frühkindliche Heimkarriere, Verwahrlosung auf Pavillon 15 und erste therapeutische Bemühungen

Der Fall von Petra D. steht stellvertretend für jene große Anzahl an Kindern, die aus schwierigen sozialen Verhältnissen stammten und bereits mehrere Stationen der Heimunterbringung durchlaufen hatten, bevor sie auf den Kinderpavillon „Am Steinhof“ kamen. Neben der Krankenakte von Petra D. stand für die Fallrekonstruktion die vom Wiener Jugendamt angelegte Akte des Mädchens zur Verfügung. Bereits unmittelbar nach der Geburt wurde Petra D. von der Wiener Jugendfürsorge in „Gemeindepflege“ übernommen. Laut Bericht des zuständigen Bezirksjugendamts war

„die KM [Kindesmutter, Anm. d. Verf.] derzeit nicht in der Lage den Sgl. [Säugling; Anm. d. Verf.] selbst zu betreuen. Sie verfügt mit ihrem Lebensgefährten über ein kleines Kabinett in Untermiete

62 Vgl. MAYRHOFER, Arbeitshaltung, wie Anm. 33, 232.

und lebt in ungünstigen Verhältnissen (Trinkermilieu?). Ein 5-jähriges Mädchen der KM befindet sich bereits in Gemeindepflege.⁶³

Petras Kinderakte lässt das in der Jugendfürsorge bis in die 1970er-Jahre weitgehend verwendete Vokabular sozialer Degradierung und sittlich-moralischer Verurteilung erkennen, das Überstellungsprotokoll in die „Gemeindepflege“ verweist etwa auf die „Primitivität der Mutter“, die einen „unordentlichen Lebenswandel“⁶⁴ führe. Im Säuglingsheim des Zentralkrippenvereines scheint die Entwicklung des Kindes wenig ideal verlaufen zu sein, unter anderem kam es nach einer Polio-Auffrischungsimpfung zu Krampfanfällen. 1970 wurde das Mädchen im Alter von zwei Jahren zur neurologischen Untersuchung in der Ambulanz von Andreas Rett vorgestellt. Dem Befund des Kinderneurologen zufolge „handelt es sich um einen generellen Entwicklungsrückstand im motorisch-statischen und seelisch-geistigen Bereich“. Eine Prognose zu erstellen war laut Rett schwierig, Fortschritte wären nur im Zuge einer intensiven Beschäftigung mit dem Kind zu erreichen.⁶⁵

Solch eine intensive Beschäftigung mit dem Mädchen dürfte im Kinderheim Molitorgasse im 10. Bezirk, das 1971 die Betreuung der nunmehr zweieinhalbjährigen Petra übernahm, jedoch nicht geboten worden sein. Laut eines Berichtes der Oberschwester des Heimes gedieh sie dort schlecht und wies erhebliche Entwicklungsrückstände auf: Sie könne weder stehen, gehen noch sprechen, habe Schwierigkeiten beim Essen und beschäftige sich kaum selbst. Besucht wurde das Mädchen gelegentlich von ihrer Großmutter und ihrem Vater, von der Mutter hingegen nur selten.⁶⁶

1973 wurde Petra schließlich im Alter von viereinhalb Jahren mit der Diagnose „höhergradige geistige Entwicklungshemmung, Erethismus“ per Polizeiparere vom Heim Molitorgasse auf Pavillon 15 eingewiesen. Begründet wurde dieser Schritt nach einer psychologischen Begutachtung durch das Jugendamt damit, dass Petra keine Entwicklungsfortschritte mache und solche auch nicht mehr von ihr zu erwarten wären. Laut Bericht stelle sie zudem aufgrund aggressiven Verhaltens anderen Kindern gegenüber „für die Gruppe tatsächlich eine nicht tragbare Belastung“⁶⁷ dar.

In den ersten Jahren auf Pavillon 15 ist in Petras Krankengeschichte oft vermerkt, dass sie nachts nicht schlafe, mit den anderen Kindern schlecht auskomme und sich durch Beißen und Schlagen des Kopfes gegen die Gitterbettstäbe selbst verletze. Solch autoaggressives Verhalten wird erstmals nach einem Jahr auf dem „Kinderpavillon“ berichtet. Zudem ist ein zunehmender Gewichtsverlust festgehalten. Nächtliche Schlaflosigkeit und Unruhe finden sich in zahlreichen Krankenakten des Pavillons 15 vermerkt, Interviewaussagen ehemaligen Personals deuten darauf hin, dass hierfür auch die Praxis mitverantwortlich war, die Kinder zur Vereinfachung des Betreuungsalltages bereits am Nachmittag in die Betten zu stecken, sodass sie nachts ausgeschlafen aufwachten. Zur Reduktion der „Unruhe“ wurden Petra die sedieren-

63 Archiv der Magistratsabteilung 11 der Stadt Wien (= AMA 11), Überstellungsakt Petra D., Aktenvermerk vom 12.8.1968.

64 Ebd.

65 AMA 11, Überstellungsakt Petra D., Spitalsärztlicher Befund vom 7.10.1970.

66 AMA 11, Überstellungsakt Petra D., Bericht der Oberschwester des Kinderheims Molitorgasse vom 17.4.1971.

67 AMA 11, Überstellungsakt Petra D., Befundbericht des psychiatrischen Konsiliararztes der Wiener Kinderübernahmestelle vom 23.1.1973.

den Neuroleptika Melleril und Nozinan verabreicht, dabei findet sich neben der ärztlichen Angabe zur Dosierung oft der Vermerk: „bei Bedarf verdoppeln“. Dieser Zusatz ist häufig in den Krankenakten unruhiger Kinder zu finden und verweist auf die Praxis, dem Pflegepersonal die Erhöhung der Medikation nach eigenem Ermessen zuzugestehen.⁶⁸

Bis Mitte 1977 bildet die Krankengeschichte vorrangig medikamentöse Ruhigstellung und körperliche Fixierung ab, danach tritt eine deutliche Veränderung ein, die sich erstmals in folgendem Eintrag ankündigt: „Pat. wurde mobilisiert, war 2 x im Garten, sonst im Sessel, beschädigt sich kaum.“⁶⁹ Ab Ende Juli 1977 findet ca. drei Monate lang eine therapeutische Betreuung durch eine Heilgymnastin statt, deren Dokumentation der Krankengeschichte beiliegt. Ein Auszug aus dem Therapiebericht lässt eindringlich die durch jahrelange Beschränkung und psychosoziale Vernachlässigung verursachten Hospitalismussymptome, zugleich aber auch die großen Entwicklungsmöglichkeiten durch positive emotionale Zuwendung und Förderung sichtbar werden:

„20.7.: erste Versuche e Kontaktaufnahme zum am Sessel fixierten Kind“

„22.7.: [Vorname d. Pat., Anm. d. Verf.] reagiert schnell auf Augenkontakt, sucht Gesichtsnähe. Nasenspitze an Nasenspitze. [...]“

„29.7.: Gehversuch sehr breitbeinig, schwankend, mit starkem Festklammern. Wird im Laufe d. Therapie die Beschränkung aufgelöst (d.h. Arme und Beine entbunden), dann probiert sie sofort, sich auf die Nasenwurzel zu schlagen, was die Therapeutin sofort verhindert, wird sie durch Spielzeug od Spaziergang abgelenkt, vergißt sie die selbsterstör. Handlungen [...]“

„5.8.: [Vorname d. Pat., Anm. d. Verf.] macht genau dieselben Liebkosungen retour, die ich ihr letzte Woche gegeben habe.“

„8.8.: [Vorname d. Pat., Anm. d. Verf.] holt sich täglich ihr nötiges Quantum an Gesichts- und Augenkontakt, das ich ihr nun nicht mehr von mir aus anbiete [...]“

„12.8.: Beginn mit Ganzkörperkontakt (Umarmungen, Schaukeln) [...]“

„30.09. [Vorname d. Pat., Anm. d. Verf.] nur im Bett behandelt, da fiebrig, sie spielte laut Angabe e Schwester die ganze Nacht schlaflos mit freien (= unbeschränkten) Händen!!!! Will wd d Beh [während der Behandlung, Anm. d. Verf.] viel Gesichtsnähe, bei meinem Weggehen viele Selbsterstörungsversuche (Erpressung od/und alte Gewohnheit?) aus Verzweiflung [...]“

„07.10. [Vorname d. Pat., Anm. d. Verf.] zum zweiten Mal im Turnsaal (Pav. 3) herunter. Musikinstrumente werden ausprobiert. Das Trinken aus Becher geschieht zum ersten Mal ohne hastiges Verschütten [...]. Wegen breitspurigem Gang wird sie beim Zurückgehen ins Bett nun mit weniger abgespreizten Beinen beschränkt [...]“

„14.10. Das Selbsterstören mit Schlagen d Hände hat völlig aufgehört, aber sie schlägt sich noch viel mit den Knien, Beine müssen beschränkt sein ich demonstriere Strafpredigt deswegen. [...]“

„18.10. [Vorname d. Pat., Anm. d. Verf.] ist im Bett beschränkt, jauchzt, als ich komme, wir gehen in Einzelzimmer – sie muß gemahnt werden, nicht alles zu berühren, und schlägt Fr Dr und mich viel, da wir miteinander sprechen und sie zuwenig beachten. [...] Zunehmende Variation der Laute (...).“⁷⁰

68 Vgl. Gudrun WOLFGRUBER / Katja GEIGER, Medizinische Standards und Versorgung, in: Mayrhofer u. a., Hg., Kinder, wie Anm. 2, 133–146, hier 140.

69 APA/OWS, KG2a_S.

70 APA/OWS, 2K_1968w_S, Therapiebericht Physiotherapie; orthographische Fehler und Abkürzungen im Original.

Im Laufe der Therapie nahmen die Selbstbeschädigungen deutlich ab. Die Heilgymnastin, zu der Petra dem Therapiebericht zufolge und laut den Eintragungen in ihrer Krankenakte eine enge Beziehung aufbaute, schied zwar im selben Jahr als Therapeutin aus der Anstalt aus, besuchte ihre ehemalige Patientin aber in den nächsten Jahren regelmäßig und nahm sie auch manchmal am Wochenende mit nach Hause. Besuche von Angehörigen sind hingegen nicht verzeichnet. Ab 1980 führte ein Besuch der im Jahr zuvor eingerichteten Kindergartengruppe ebenfalls zur Abnahme der Selbstbeschädigungen. In der Krankengeschichte ist dazu vermerkt, dass sie nunmehr in der Nacht seltener angebunden werde. Erst 1983 wurde schließlich notiert: „Sie muss in der Nacht nicht mehr angebunden werden.“ Die Dokumentation in Petras Krankenakte endet mit der formalen Umwandlung des „Kinderpavillons“ in ein Förderpflegeheim und dessen Ausgliederung aus dem PKH „Baumgartner Höhe“ mit Jahresende 1984.⁷¹

Zwei Aspekte dieses Falles sollen abschließend hervorgehoben werden: Erstens zeigt er exemplarisch auf, dass der Weg von Kindern mit Behinderungen aus sozial benachteiligten Familien oft bereits ab der Geburt vorgezeichnet war. Dieser Weg führte wie jener von Petra D. häufig durch mehrere Stationen der Heimunterbringung und mündete schließlich in eine Einweisung auf Pavillon 15 „Am Steinhof“.⁷² Zweitens wird aus der Dokumentation der Krankengeschichte erkennbar, dass Petra die ersten vier Jahre ihres Aufenthaltes am „Steinhof“ oft sowohl tagsüber als auch nachts freiheitsbeschränkt, d. h. an den Gliedmaßen angebunden bzw. im Netz- oder Gitterbett untergebracht, war. Der Therapiebericht der Heilgymnastin führt eindrücklich die gravierenden negativen Auswirkungen dieser Praxis auf Petras physische und psychosoziale Entwicklungsmöglichkeiten vor Augen. Die nach vier Jahren einsetzende therapeutische und emotionale Förderung konnte bereits kurzfristig Erfolge erzielen, auch wenn die betroffenen Personen ein Leben lang mit den negativen Folgewirkungen eines Aufwachsens unter solchen Umständen zu kämpfen haben. Die Therapiedokumentation unterstreicht zudem, dass den Kindern und Jugendlichen auf Pavillon 15 vor allem positive persönliche Beziehungen und Bezugspersonen fehlten. Besonders hervorzuheben ist in diesem Fall das individuelle Engagement einer einzelnen Therapeutin weit über das Ende ihres Dienstverhältnisses an der Anstalt hinaus. Ein vergleichbares Engagement von Pflegepersonen oder Therapeutinnen/Therapeuten wurde nur in wenigen Ausnahmefällen erkennbar.⁷³ In der Regel fehlten auf Pavillon 15 hierfür nicht nur die personellen Ressourcen für eine angemessene Beschäftigung mit den Kindern, sondern auch das Bewusstsein für deren Notwendigkeit.

Resümee

Die rekonstruierten Fallgeschichten von vier einst auf Pavillon 15 untergebrachten Kindern machen deutlich, dass es in dieser stationären Unterbringung ab 1945 bis Anfang der 1980er-Jahre mehrheitlich um eine möglichst ressourcenschonende Verwahrung von Menschen mit Behinderungen ging, die in der Regel von medizinischen Institutionen als nicht oder unzurei-

71 APA/OWS, 2K_1968w_S.

72 Vgl. MAYRHOFER / WOLFGRUBER / GEIGER, Zusammensetzung, wie Anm. 25, hier 105–111.

73 Vgl. ebd.

chend förderbar eingestuft worden waren. Im Unterschied zum Dispositiv der Fürsorgeerziehung in Kinderheimen⁷⁴ ließen die medizinisch-psychiatrischen Deutungsschemata die Patientinnen und Patienten von Pavillon 15 nicht vorrangig als moralisch „verwerfliche“ oder „gefährdete“ Kinder erscheinen, diese wurden vielmehr vor allem als unnütze und störende Körper, die zur Last fallen und Arbeit machen, wahrgenommen. Auch finden sich in den Krankengeschichten „störendes“ oder „aggressives“ Verhalten kaum als Verhaltensweisen thematisiert, denen durch entsprechende Erziehung entgegengewirkt werden könnte, sondern als unmittelbarer Ausdruck der Behinderung, der vorrangig mit physischer und medikamentöser Freiheitsbeschränkung „abgestellt“ wurde.

Diese Deutungsrahmen waren verknüpft mit einer sozialen Praxis, die von Distanzierungs- und Entpersönlichungsstrategien des Personals gegenüber den Kindern geprägt war. Letztere wurden tendenziell lediglich als empfindungslose Objekte wahrgenommen, ihnen widerfuhr eine umfassende Vernachlässigung bzw. multiple Deprivation. Als zentrale Entlastungsstrategie des Personals zeigt sich der großzügige Einsatz freiheitsbeschränkender Mittel: Neben medikamentösen Sedierungen kamen physische Beschränkungen in Form von Netzbetten, Zwangsjacken und anderen körperlichen Fixierungen in großem Ausmaß zur Anwendung, um sich eine soziale Betreuung weitgehend zu ersparen und einen möglichst „störungsfreien“ Stationsalltag zu gewährleisten. Massiv gefördert wurden diese gewalttätigen Praktiken durch eine völlig unzureichende Ausstattung mit Personal- und anderen Ressourcen und einer daraus resultierenden permanenten Überforderung der Pflegekräfte.

Obwohl körperliche Gewalt auf Pavillon 15 zum selbstverständlichen Alltag gehörte, ist besonders die durch persönliche Nichtbeachtung und umfassende soziale Vernachlässigung ausgeübte Gewalt hervorzuheben. Die Kinder erhielten maximal rudimentär und fragmentiert positive Zuwendung durch häufig wechselndes Pflegepersonal – oder auch vorrangig negative Aufmerksamkeit bzw. gar keine Beachtung; vielen Kindern wurde Sozialisation weitgehend verwehrt. Zahlreiche Patientinnen und Patienten litten zudem unter einer unzureichenden pflegerischen Versorgung, was zu ihrem schlechten Gesundheitszustand beitrug.

Die in manchen Krankengeschichten eindrucksvoll erkennbaren enormen Entwicklungsschritte in förderlicheren Rahmenbedingungen führen vor Augen, welche Entwicklungschancen den Kindern und Jugendlichen durch die ihnen widerfahrene Vernachlässigung und Beschränkung vorenthalten worden waren. Dass die Lebens- und Betreuungsbedingungen auch zur damaligen Zeit absolut nicht den zeitgenössischen Standards entsprachen, lässt sich unter anderem am im Rahmen der ersten Fallstudie zitierten Aktenvermerk des Jugendamtes von 1953 ablesen. Auch die späten und selbst in der letzten Phase nur für wenige Kinder realisierten Förder- und Therapieversuche machen die enorme Differenz zum Entwicklungsstand der Zeit bis zur Auflösung des „Kinderpavillons“ sichtbar. Studien zu Einrichtungen mit ähnlichem Aufgabenspektrum im In- und Ausland, anhand derer sich die medizinisch-therapeutischen Standards vergleichen ließen, fehlen zwar. An der Konzeption der „Abteilung für entwicklungs-gestörte Kinder“ des Neuropädiaters Andreas Rett lässt sich aber erkennen, dass ein deutlich breiteres Angebot an Therapien im zeitgenössischen Diskurs als wesentlich in der Betreuung

74 Vgl. u. a. Reinhard SIEDER, Das Dispositiv der Fürsorgeerziehung in Wien, in: Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften 25/1–2 (2014), 156–193.

von Kindern mit Behinderungen erachtet wurde – wenngleich auch dort vielen Patientinnen und Patienten keine adäquaten Unterstützungs- und Lebensbedingungen zuteilwurden.⁷⁵

Dass solch menschenunwürdige Zustände auf Pavillon 15 so viele Jahrzehnte unverändert Bestand haben konnten, ist nicht nur als unmittelbarer Ausdruck des lange Zeit herrschenden medizinisch-psychiatrischen Dispositivs zu betrachten, sondern auch einer gesamtgesellschaftlichen Haltung gegenüber Menschen mit Behinderungen geschuldet, die bis in die jüngste Zeit von weitgehender Abwertung, Ausgrenzung und Verwahrlosung geprägt war. Die rekonstruierten Fallgeschichten bringen die daraus resultierenden gravierenden persönlichen Konsequenzen für Menschen mit Behinderungen exemplarisch zum Ausdruck.

Informationen zu den Autorinnen

Mag. Dr. Hemma Mayrhofer, Soziologin, wissenschaftliche Geschäftsführung am IRKS – Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie, Museumstraße 5/12, 1070 Wien, Österreich, E-Mail: hemma.mayrhofer@irks.at

Forschungsschwerpunkte: Soziale Inklusion und Exklusion, Soziale Arbeit, Totale Institutionen, Disability Studies u. a.

Mag. Dr. Katja Geiger, Historikerin, Provenienzforscherin im Naturhistorischen Museum Wien und freie Forscherin, E-Mail: katja.geiger@univie.ac.at

Forschungsschwerpunkte: Psychatriegeschichte, Kulturwissenschaften, Zeitgeschichte, Migrationsgeschichte

75 Vgl. MAYRHOFER u. a., Kinder, wie Anm. 2, hier 335–531.

Kristina Schierbaum

Janusz Korczak im Spannungsfeld von Pädiatrie und Pädagogik

English Title

Janusz Korczak in the Area of Conflict between Pediatrics and Pedagogy

Summary

Pediatrics and pedagogy share some similarities, e.g. a long case history. Both disciplines were developed at the same time and their discourses did not expulse the knowledge of each other. Janusz Korczak (1878/79–1942) was a physician *and* an educator. He united medical knowledge with social engagement. After he had worked as a pediatrician at the Berson-Bauman-Infirmary for seven years, he became the head of the “Dom Sierot”, an orphanage for Jewish youngsters in Warsaw that he led as an “educational clinic”. In Janusz Korczak’s case and in relation to “medicalized childhoods” it is not only about an actor, but also about an institution with a special concept. Social medicine and pedology respectively can be interpreted as bridge-builders between medicine (pediatrics) and social work (welfare education). His example shows, that medicine and social work were integrated at the beginning of the 20th century.

Keywords

Poland (Warsaw), 20th century, Janusz Korczak (1878/79–1942), pediatrics, pedology, social work, orphanage

Einleitung

„Pädiatrie“ und „Pädagogik“ teilen viele Gemeinsamkeiten, beispielsweise eine lange Vorgeschichte. Beide Wissensfelder entstanden ungefähr zur gleichen Zeit, etablierten sich als Profession und universitäre Disziplin aber unterschiedlich schnell. Zum Teil deswegen in Abgrenzung und Konkurrenz geraten, wurde mit jeweils verschiedenen Rezeptionsmodi immer auch das Wissen der anderen Seite wahrgenommen und diskutiert.¹

In ihrer Gründungszeit verstand sich die Pädiatrie noch als „soziale Wissenschaft vom Kind“, die natur- und sozialwissenschaftliches Wissen vereinte.² Der Begriff „Pädiatrie“ wurde erstmals im Jahre 1722 verwendet. Er setzt sich aus den griechischen Wörtern „pais“ (dt. „Kind“) und „iatros“ (dt. „Arzt“) zusammen und geht auf den Schweizer Arzt Theodor Zwinger (1658–1724) zurück, der sich um die Kinderheilkunde mit seiner Monografie „Kopf bis Fuß“ (1722) verdient gemacht hat.³ Daraufhin erschienen weitere (wegweisende) Bücher zur Kinderheilkunde, darunter z. B. Johannes Storchs vierbändiges Werk „Theoretische und praktische Abhandlungen von Kinderkrankheiten“ (1750/1751), Nils Roséns „Anweisungen zur Kenntnis und Chur der Kinderkrankheiten“ (1765) oder Christoph Wilhelm Hufelands „Von den Krankheiten der Ungeborenen“ (1827). Den Vorvätern der Kinderheilkunde war es gelungen, die Weichen für die Entwicklung pädiatrischer Organisationsstrukturen hin zu einer akademischen Kinderheilkunde zu stellen. Die eigenständige wissenschaftliche Ära begann mit der stationären Versorgung kranker Kinder in Kinderabteilungen, Krankenstuben oder Kinderhospitälern. Sie wurden zu pädiatrischen Forschungsfeldern, um die kindliche Entwicklung innerhalb klinischer Beobachtungen und durch Befunde wissenschaftlich zu erfassen. Die erste Erkenntnis der Kinderheilkunde war, dass das Kind kein „verkleinerter Erwachsener“ ist, sondern in jeder Hinsicht einen Selbststand besitzt. Denn kinderärztliche Beobachtungen hatten bewiesen, dass das Kind in physischer wie psychischer Hinsicht nicht dem Erwachsenen gleichzustellen ist. Die zweite Erkenntnis bestand darin, das Kind als Ganzes zum Objekt der Medizin zu machen. Die ganzheitliche Betrachtungsweise brachte es mit sich, dass es von Anfang an zu einer Integration von außermedizinischen Fragestellungen und Therapieansätzen gekommen ist. Die dritte Erkenntnis war, dass der diagnostische Blick und die Therapie der Ärztinnen und Ärzte dem Kind „mit all seinen Nöten und Problemen“ zu gelten hat.⁴

Im Hinblick auf die Entwicklung des Medizinbetriebes zeigt sich außerdem eine Verbindung zu einer gleichförmigen Versorgung von Mittellosen und Pflegebedürftigen, sodass der Armenarzt lange Zeit als die einzige fachliche Instanz für die Lebensbedingungen der unteren Schichten galt.⁵ Der Umgang mit Kranken bzw. kranken Kindern hat auch in der Fürsorge bzw.

1 Vgl. Anette M. STROSS, Pädagogik und Medizin. Ihre Beziehungen in „Gesundheitserziehung“ und wissenschaftlicher Pädagogik 1779–1933 (Weinheim 2000).

2 Vgl. Claudia PETER, Ideen von Erziehung in der Geschichte der Pädiatrie vom 18. bis zum 20. Jahrhundert, in: Diskurs Kindheits- und Jugendforschung 3 (2013), 259–272, hier 259.

3 Vgl. Volker HESSE, Zur Geschichte der Kinderheilkunde in Deutschland, in: Siegfried Zabransky, Hg., Proceedingband, 10. Interdisziplinärer SGA-Workshop (o. O. 2012), hier 10.

4 Vgl. Michael KIRCHNER, Der diagnostische Blick Janusz Korczaks. Medizinische Phänomenologie als Methode zur Beobachtung des Kindes, in: Karl Ermert, Hg., Erziehung in der Gegenwart. Zur aktuellen Bedeutung der pädagogischen Praxis und Theorie Janusz Korczaks (Rehburg-Loccum 1987), 65–84, hier 67–69.

5 Vgl. Rolf Rainer WENDT, Geschichte der sozialen Arbeit. Von der Aufklärung bis zu den Alternativen und darüber hinaus (Stuttgart 1990).

sozialen Arbeit eine lange Tradition, weshalb das Feld weder trennscharf noch mit klaren Abgrenzungen zum Medizinalwesen zu definieren ist.⁶ Die Sorge um uneheliche Kinder, Waisen und arme Kinder schloss auch die Kranken unter ihnen nicht aus. Die Pädiatrie (hervorgegangen aus der Inneren Medizin) und die Pädagogik teil(t)en eine Zentrierung auf das Kind, auch wenn streitbar ist, ob die wissenschaftliche Pädagogik im Übergang vom 19. zum 20. Jahrhundert dort, wo sie sich neue Wirkungsbereiche (wie etwa im Feld von Heilpädagogik oder Pädagogischer Diagnostik) erschloss und beanspruchte, als Kooperationspartnerin in Erscheinung trat oder nicht eher in eine Abhängigkeit von Medizin und Psychiatrie versetzt wurde.⁷

Ein prominenter Akteur auf dem Gebiet der Kindergesundheit ist Henryk Goldszmit. Der Pädiater wird als der Buchautor und bedeutende Pädagoge Janusz Korczak⁸ erinnert. Als er sich als Pädiater im Berson-Bauman-Spital ausbilden und während seiner Studienreisen in Berlin, Paris und London fortbilden ließ, steckte die Kinderheilkunde noch in ihren „Kinderschuh“. Der Kinderarzt wurde sowohl zum Zeugen als auch zum Mitgestaltenden der Kinderheilkunde als universitärer Disziplin und Profession. Nach seinem Medizinstudium arbeitete er sieben Jahre als Facharzt für Pädiatrie in einem kleinen jüdischen Spital und veröffentlichte als Sozialpädiater sozialmedizinische Schriften. Zum Kinderarzt ausgebildet, sammelte er seine ersten Erfahrungen als Erzieher in den Sommerkolonien. Aus seinen Erlebnissen und Erfahrungen in der medizinischen und pädagogischen Praxis speiste er die Geschichten seiner Romanhelden, die er als Schriftsteller für Klein und Groß veröffentlichte.

Zwar nimmt Janusz Korczak in Bezug auf seine Tätigkeitsbereiche keine Sonderrolle ein, weil die Wirkungsfelder vieler (jüdischer) Kinderärzte im 19. und 20. Jahrhundert nicht allein auf die Medizin beschränkt blieben, doch hat er mehr als drei Jahrzehnte das „Dom Sierot“ in Warschau geleitet und dem Waisenhaus durch sein Wirken ein besonderes – wenn nicht einzigartiges – Profil verliehen. Janusz Korczaks beruflicher Habitus beruht sowohl auf einer identitären Vielfalt als auch auf einer Dichotomie – weniger im Sinne eines Dualismus, als einer Zweiheit von Medizin und Pädagogik. Auch wenn „Medikalisierung“ gemeinhin als ein Wandlungsprozess bezeichnet wird, der entweder einen Konflikt zwischen zwei medikalen Kulturen (Berufsgruppen) oder Gesundheitsbürokratien (im Sinne einer Aufklärung oder Hygieneerziehung) und der Bevölkerung, einer Elite oder dem „Volk“ beschreibt,⁹ soll sie in Bezug auf Kindheit und im besonderen Fall von Janusz Korczak als ein gelungener „Dialog zwischen zwei Professionen“ (Medizin und Pädagogik), der sich „am Wohle des Kindes“ orientiert, verstanden werden. Weil er ad personam habituell zwei Professionen miteinander verband, lässt sich an seinem Handeln im Spannungsfeld von Medizin und Pädagogik exemplarisch zeigen, dass zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch eine „Zweiheit von Medizin und Pädagogik“

6 Vgl. Richard MÜNCHMEIER, Geschichte der Sozialen Arbeit, in: Klaus Harney / Hein-Hermann Krüger, Hg., Einführung in die Geschichte von Erziehungswissenschaft und Erziehungswirklichkeit (Opladen 1997), 271–309, hier 273.

7 Michaela RALSER u. a., Heimkindeheiten. Geschichte der Jugendfürsorge und Heimerziehung in Tirol und Vorarlberg (Innsbruck–Wien–Bozen 2017).

8 Ein wesentlicher Strang der Korczak-Forschung zeichnet sich durch Biografien, darunter Erich DAUZENROTHS „Janusz Korczak (1878–1942). Der Pestalozzi aus Warschau“ (o. O. 1978), Betty J. LIFTONS „Der König der Kinder. Das Leben von Janusz Korczak“ (Stuttgart 1991), Hanna MORTKOWICZ-OLCZAKOWAS „Janusz Korczak. Arzt und Pädagoge“ (München–Salzburg 1973), Wolfgang PELZERS „Janusz Korczak“ (Reinbek bei Hamburg 2012) oder Kees WALDIJKS „Janusz Korczak. Vom klein sein und groß werden“ (Weinheim–Basel 1999), aus.

9 Vgl. Wolfgang ECKART / Robert JÜTTE, Medizingeschichte. Eine Einführung (Köln–Weimar–Wien 2007).

bestand – und die Sozialmedizin als Brückenschlag von der Medizin (Pädiatrie) zur Sozialen Arbeit (Fürsorgeerziehung) gedeutet werden kann. Die Politisierung der Pädiatrie hatte zur Konstitution einer Sozialmedizin geführt, die entweder als naturwissenschaftlich orientierte Sozialhygiene oder als sozialkritisch denkende Sozialpädiatrie in Erscheinung getreten war.¹⁰ Als Sozialpädiater konnte auch Janusz Korczak bei der praktischen Krankenversorgung armutsbedingte Gesundheitsprobleme beobachten – insbesondere der proletarischen Kinder, deren Lebens- und Arbeitsbedingungen er miteinander in Beziehung setzte. In seinen sozialmedizinischen Schriften¹¹ hat er sich vermehrt mit den öffentlichen Fürsorge- und Präventionsmaßnahmen auseinandergesetzt; und in seinem Handeln kam ein medizinisches Können in Verbindung mit einem sozialen Engagement zum Ausdruck.

Im Folgenden wird unter den Überschriften „Zur Situation der Kinderheilkunde um 1900 – Janusz Korczak und die Pädiatrie“ und „Wo der Mediziner Janusz Korczak auf die Pädagogik traf“ sein beruflicher Ausbildungs- und Werdegang als Mediziner und Pädagoge in Kürze nachgezeichnet, um an seiner Berufsbiografie die Zusammengehörigkeit von Medizin und Pädagogik heraus- bzw. auf die Medikalisierung von Kindheit hinzuarbeiten. Unter der Chiffre „Medikalisierung von Kindheit“ ist es im Anschluss möglich, sich dem Dialog zwischen Medizin und Pädagogik anzunähern, der sich durch die Führung des „Dom Sierot“ als „Erziehungsklinik“ materialisierte und durch die Praxis der „Erziehungsdiagnostik“ zum Ausdruck kam. Weil er eine „exemplarische Symbiose von Arzt und Pädagoge“¹² verkörpert und sein Werk „die seltene Fusion“¹³ eines medizinischen und pädagogischen Interesses ist, ist seine Person besonders geeignet, in die Konfliktstellung von Medizin und Pädagogik einzuführen. In einem Resümee werden die wichtigsten Punkte noch einmal zusammengeführt.

Zur Situation der Kinderheilkunde um 1900 – Janusz Korczak und die Pädiatrie

Es wird einer Logik vom Einzelnen zum Allgemeinen gefolgt, weil innerhalb der Retrospektive zu Janusz Korczaks Ausbildungsgang auch die Situation der Kinderheilkunde in Polen (Warschau), im deutschen Kaiserreich (Berlin) und in Frankreich (Paris) um 1900 mit eingefangen wird: Janusz Korczak verdankte sein wissenschaftliches Denken im Wesentlichen seiner medizinischen Ausbildung. Nach dem Abschluss des Lyzeums hatte er sich zum Wintersemester 1898/99 als Medizinstudent an der Kaiserlichen Universität in Warschau eingeschrieben. Die russische Fremdherrschaft über Kongresspolen hatte sich auch in der restriktiven Bildungspolitik der Besatzer niedergeschlagen, die eine freie Entfaltung der Wissenschaften noch verhinderte. Die Universität war zu einem Verbannungsort für missliebige Professoren gewor-

10 Vgl. PETER, Ideen von Erziehung, wie Anm. 2, 266.

11 Im Verlauf des Artikels werde ich auf die Werkausgabe in deutscher Übersetzung und deutschsprachige Literatur zum Leben und Werk Janusz Korczaks Bezug nehmen. Polnische Publikationen sind mir bekannt, können aber aufgrund sprachlicher Barrieren nicht mit einbezogen werden. In Bezug auf die „Gesammelten Werke“ ist dies aber auch nicht notwendig, weil es sich hierbei um eine autorenreue Werkausgabe handelt.

12 KIRCHNER, Der diagnostische Blick Janusz Korczaks, wie Anm. 4, 81.

13 Jürgen OELKERS, Janusz Korczak, die pädagogische Tradition und die pädagogische Zukunft, in: Karl Ermert, Hg., Erziehung in der Gegenwart. Zur aktuellen Bedeutung der pädagogischen Praxis und Theorie Janusz Korczaks (Rehburg-Loccum 1987), 85–101, hier 85.

den, die gering qualifiziert oder wegen politischer Unzuverlässigkeit nach Warschau versetzt wurden.¹⁴ Außerdem war noch kein Lehrstuhl für Pädiatrie gegründet worden, auch wenn die Kinderheilkunde in Russland bereits ein hohes Niveau erreicht hatte. In Moskau war nach Paris 1834 die weltweit zweite Kinderklinik eröffnet worden.¹⁵

Nach seinem Medizinstudium arbeitete Janusz Korczak sieben Jahre als Stationsarzt im Berson-Bauman-Spital, das durch Spenden finanziert wurde. Obwohl das Spital klein war, deckte es etwa 20 % des allgemeinen medizinischen Bedarfes Warschaus. Es verfügte über eine Abteilung für Innere Medizin, Ansteckende Krankheiten und Chirurgie mit einem Operationssaal. Die Patientinnen und Patienten waren hauptsächlich mosaischen Glaubens und nicht älter als 13 Jahre. „Im Sommer – Durchfall, Erbrechen, im Frühling und Herbst – Husten“,¹⁶ außerdem wurden regelmäßig Fälle von Diphtherie, Lungenentzündung, Masern, Pocken, Wassersucht, Milchnährschaden, Toxikose, Tuberkulose, Rachitis und Typhus diagnostiziert und kostenlos behandelt.

Um sich fortzubilden, unternahm der junge Arzt während seiner Anstellung im Spital u. a. zwei Studienreisen, die ihn 1907 nach Berlin und 1909 nach Paris führten. Mit ihnen setzte er die Tradition polnischer Intellektueller fort, die sich vom Ausland (insbesondere von Berlin) Erleuchtung und Wissen erhofften. Zwar hatte die französische Medizin in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts die wissenschaftlichen Erkenntnisse und klinische Praxis noch in besonderem Maße geprägt, doch konnten die deutsche Medizin im Allgemeinen und die Pädiatrie im Speziellen durch zahlreiche Klinikgrundlagen aufholen und der medizinischen Arbeit eine andere organisatorische Basis geben.¹⁷

In Berlin nutzte Janusz Korczak die Zeit, um sich theoretisch fortzubilden, praktische Erfahrungen zu sammeln und unterschiedliche psychiatrische wie pädagogische Einrichtungen kennenzulernen. Er besuchte die „Ferienkurse für praktische Ärzte“ der „Dozenten-Vereinigung“ zu Berlin, weil sie im Gegensatz zu den Weiterbildungsvorträgen auch für ausländische Ärzte zugänglich waren. Zwei- bis dreimal wöchentlich hörte er für eine Stunde Referenten unterschiedlichen Ranges, auch namenhafte Experten wie Gustav Brühl (1871–1939, Professor für HNO), Richard Oestreich (1864–1922, Professor für Pathologie) und Erich Müller (1868–1952, Professor für Kinderheilkunde) boten ihr Wissen für viel Geld feil.¹⁸ Außerdem lernte er die Arbeit der jüdischen Kinderärzte Adolf Baginsky (1843–1918) und Heinrich Finkelstein (1865–1942) kennen. Baginsky war von 1890 bis 1918 Direktor des „Kaiser und Kaiserin Friedrich-Krankenhauses“ in Berlin-Wedding, das hauptsächlich infektiöse Kinderkrankheiten behandelte. Er hatte u. a. die ärztliche Schuluntersuchung eingeführt und das Reichsimpfgesetz initiiert.¹⁹ Finkelstein war ein Schüler Otto Heubners (1843–1926), einer der Väter der Kinderheilkunde. Er war leitender Oberarzt des „Kinderasyls“ und des „Städtischen

14 Vgl. JANUSZ KORCZAK, *Gesammelte Werke*, Bd. 16: Themen seines Lebens (Gütersloh 2010).

15 Vgl. JANUSZ KORCZAK, *Gesammelte Werke*, Bd. 8: Sozialmedizinische Schriften (Gütersloh 1999).

16 Ebd., 69.

17 Vgl. PETER, *Ideen von Erziehung*, wie Anm. 2, hier 263.

18 Vgl. KORCZAK, *Gesammelte Werke*, Bd. 8, wie Anm. 15, 34.

19 Vgl. WISSENSCHAFTLICHE SAMMLUNGEN AN DER HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN (Portal der Sammlungsaktivitäten und Sammlungserschließungen), Adolf Baginsky, online unter: <http://www.sammlungen.hu-berlin.de/dokumente/14910/> (letzter Zugriff: 11.09.2017).

Waisenhauses“.²⁰ Weil sein Interesse auch dem differenzierten Berliner Fürsorge-, Anstalts- und Hilfsschulwesen galt,²¹ besuchte Janusz Korczak das „Ambulatorium der psychiatrischen Klinik“ an der Berliner Charité, die seinerzeit von Theodor Ziehen (1862–1950, Professor für Psychiatrie und Neurologie) geleitet wurde. Das Ambulatorium galt als „Zentralinstitut für alle Spitäler und Anlaufstelle für erblich belastete Kinder“.²² Außerdem begleitete er Kontrollbesuche in einer Hilfsschule im „Spital für geistig Behinderte“ in Dalldorf und lernte die „Zwangserziehungsanstalt für verwahrloste Knaben“ in Lichtenberg kennen, die später als „Lindenhof“ von Karl Wilker (1885–1980, Reformpädagoge) geführt wurde. Ferner besuchte er die „Städtische Anstalt für Epileptiker“ in Berlin-Wuhlgarten und ein Erziehungsheim in Berlin-Zehlendorf, das dem „Verein zur Erziehung sittlich verwahrloster Kinder“ unterstand.

Zudem begegnete Janusz Korczak in Berlin der pädiatrischen, kinderpsychologischen und heilpädagogischen „Kindheitsforschung“. Einer ihrer Grundsätze war die Forcierung einer angemessenen Betreuung, Erziehung, Fürsorge, Ernährung und Hygiene der Kinder. Sie hegte ein nüchternes wie wissenschaftliches Interesse für die Natur des Kindes und ein pragmatisch-sozialreformatorisches Interesse an der Verbesserung ganz konkreter Aspekte kindlicher Lebenswelten. Methodisch folgten die Kindheitsforscher/-innen einer „Tradition genauer und subtiler Beobachtungen und Aufzeichnungen aus dem familiären Alltagsleben mit Kindern“,²³ auf deren Grundlage sie sozialhygienische Forderungen formulierten, die auf eine Verbesserung der Wohn-, Arbeits-, Erziehungs- und Ernährungsverhältnisse (vor allem der unterprivilegierten Schichten) abzielten.

Resümierend schrieb Janusz Korczak über seinen Aufenthalt:

„Das Berliner Krankenhaus und die deutsche medizinische Literatur lehrten mich, über das nachzudenken, was wir wissen, und langsam und systematisch vorzugehen. [...] Berlin, das war ein Arbeitstag voller kleiner Sorgen und Bemühungen [...]. Die Technik der Vereinfachung, die Erfindungsgabe im Kleinsten, die Ordnung der Details – brachte ich aus Berlin mit.“²⁴

Auch während seiner zweiten Studienreise, die ihn 1909 nach Paris geführt hatte, arbeitete er bei Kinderärzten, besuchte Besserungsanstalten und Waisenhäuser. Im Spital traf er beispielsweise auf Antoine Bernard-Jean Marfan (1858–1942), der seit 1914 den ersten Lehrstuhl für kindliche Hygiene innehatte, und Victor Henri Hutinel (1849–1933), der u. a. vier Bände über Kinderkrankheiten publiziert hatte (1907) und Gründer der „Association Internationale de Pédiatrie“ war. Die französische „Hospitalmedizin“ hatte eine neue Sichtweise auf Krankheit begründet und ruhte im Wesentlichen auf drei Säulen: Die physische Diagnose, die Korrelation von Klinik und Pathologie wie auch der Einsatz einer großen Fallzahl, um diagnostische

20 Dass sich (jüdische) Kinderärzte mehreren Professionen zuwandten, war zu Beginn des 20. Jahrhunderts keine Besonderheit, weil viele ihr medizinisches Können mit einem sozialen Engagement verbanden, sodass ihre Wirkungsfelder nicht allein auf die Medizin beschränkt blieben.

21 Vgl. Rolf GÖPPEL, Janusz Korczak und die Kindheitsforschung in seiner und unserer Zeit, in: Konrad Brendler / Silvia Ungermann, Hg., Janusz Korczak in Theorie und Praxis (Gütersloh 2004), 136–160, hier 137.

22 KORCZAK, Gesammelte Werke, Bd. 8, wie Anm. 15, 59.

23 GÖPPEL, Janusz Korczak, wie Anm. 21, 26–28.

24 JANUSZ KORCZAK, Gesammelte Werke, Bd. 4: Wie man ein Kind liebt. Erziehungsmomente. Das Recht des Kindes auf Achtung. Fröhliche Pädagogik (Gütersloh 1999).

Kategorien zu entwickeln und Therapien zu bewerten, sind noch heute grundlegende Kriterien der medizinischen Praxis.²⁵ Auch in Paris traf Janusz Korczak auf eine moderne medizinische Landschaft, die sich deutlich von der Warschauer unterschied. Die medizinische Arbeit im Labor war neben die Medizin am Krankenbett getreten und die französische Hauptstadt lehrte ihn, „über das nachzudenken, was wir nicht wissen, aber wissen wollen, müssen und werden“.²⁶

Am Beispiel des Ausbildungsganges des Pädiaters Janusz Korczak wurde deutlich, wie der Diskurs um das kranke Kind in Polen, im Deutschen Kaiserreich und in Frankreich geführt wurde. Die Sorge um das kranke Kind hatte sich längst zu institutionalisieren begonnen und sich in Form und Inhalt bereits von den Natur- und Sozialwissenschaften distanziert. Dass dabei auch neue Wirkungsbereiche erschlossen und beansprucht wurden, verdeutlicht u. a. das differenzierte Berliner Fürsorge-, Anstalts- und Hilfsschulwesen. In diesen Institutionen tangierten auch Bereiche der Medizin und Psychiatrie das pädagogische Feld.

Wo der Mediziner Janusz Korczak auf die Pädagogik traf

Der Weg Janusz Korczaks zur Pädagogik vermag auch einen Einblick in die Disziplingeschichte Sozialer Arbeit in Polen zu geben. Auf diese Weise können allgemeinere Aussagen formuliert werden, um die Situation der (Heil-)Pädagogik um 1900 zu beschreiben: Janusz Korczak kam zur Pädagogik weder „wie die Jungfrau zu dem Kinde“, noch war er ein Autodidakt. Bereits während seines Medizinstudiums war er mehrmals als Betreuer mit in die Sommerkolonien gefahren. Die Landaufenthalte versprachen jährlich etwa 3.000 Kindern aus armen Bevölkerungsschichten Erholung außerhalb der Stadt. Weil ihn die Kindergruppen an die Grenzen seines pädagogischen Handels brachten,²⁷ erlebte er hier auch seinen ersten „Praxischock“. Viele seiner theoretischen Gedanken über Pädagogik sowie seine methodischen Zugänge beruhen auf den Erfahrungen in den Sommerkolonien.²⁸

Außerdem besuchte Janusz Korczak Vorlesungen und Seminare an der konspirativen Universität im Untergrund. Sie war 1885 als alternativer Raum für gelehrte (weibliche) Kommuni-

25 Vgl. William BYNUM, *Geschichte der Medizin* (Stuttgart 2010).

26 KORCZAK, *Gesammelte Werke*, Bd. 4, wie Anm. 24, 201.

27 In den Sommerkolonien war Janusz Korczak zum ersten Mal mit einer Gruppe von Jungen zusammengekommen, für die er als Erzieher die Verantwortung trug. In der Anfangszeit sei er noch naiv gewesen, weil er nicht gewusst habe, wie viel vorsichtigen Taktgefühls es bedurfte, um einer Gruppe Kindern „Herr zu werden“.

28 Der Gedanke, Kinder aufs Land zu verschicken, wurzelt in den Ideen Jean-Jacques Rousseaus (1712–1778), der in „Émile oder Über die Erziehung“ (1762) dazu aufforderte, Kindern einen Aufenthalt auf dem Land zu ermöglichen. Der Schweizer Pfarrer Hermann Walter Bion (1830–1909) gilt als eigentlicher Begründer der „Ferienkoloniebewegung“. Er hat 1876 zum ersten Mal einen 14-tägigen Erholungsaufenthalt für arme, kränkliche Kinder aus Zürich in Appenzell organisiert (zur Geschichte der Ferienkoloniebewegung siehe Thilo RAUCH, *Die Ferienkoloniebewegung. Zur Geschichte der privaten Fürsorge im Kaiserreich* (Wiesbaden 1992)). In Polen gilt Stanisław Markiewicz (1839–1911, Arzt, Hygieniker und Sozialreformer) als ihr Initiator. Er hatte die Idee der Sommerkolonien in einem Vortrag über „Schule und Gesundheit“ (1879) verbreitet. Kinder aus Warschau wurden zum ersten Mal im Sommer 1882 aufs Land verschickt. Die „Gesellschaft für Sommerkolonien in Warschau“ wurde 15 Jahre später gegründet, der auch Janusz Korczak beigetreten war. Er hatte Jungengruppen in den Jahren 1904/07/08 bereut. Zu den Sommerkolonien und ihrer Bedeutung für seine pädagogische Praxis siehe auch Michael KIRCHNER / Sabine ANDRESEN / Kristina SCHIERBAUM, *Janusz Korczaks ‚schöpferisches Nichtwissen‘ vom Kind. Beiträge zur Kindheitsforschung* (Wiesbaden 2017).

kation entstanden und ermöglichte jenen Polinnen eine höhere Bildung, denen ein Studium im Ausland verwehrt blieb. Die „Fliegende Universität“ hatte sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts zu einem Phänomen im Kampf um mehr geistige Freiheiten weiterentwickelt und auch für Studenten geöffnet. Die bekanntesten Natur- und Sozialwissenschaftler/-innen gaben an geheimen, wechselnden Orten und unter Lebensgefahr „Unterricht“, um die vom Zaren verordnete Russifizierung der Hochschulen zu sabotieren.²⁹ Hier traf Janusz Korczak auf seine „Sozialerzieher“, die ihn in Sozialer Arbeit unterrichtet haben, darunter: Jan Władysław David (1859–1914, Polens erster experimenteller Psychologe), Ludwik Krzywicki (1859–1941, Soziologe), Stefania Sempołowska (1869–1944, Aktivistin für die Bildung der untersten Klassen), Adolf Dygasiński (1839–1902, Vertreter des polnischen Naturalismus) und Bolesław Prus (1847–1912, Schriftsteller und Publizist).³⁰ Erst in der Zweiten Republik konnte die Soziale Arbeit aus dem Schatten des Untergrundes heraustreten und ihre offizielle Geschichte beginnt, als Helena Radlińska (1879–1954) – eine der Mitbegründer/-innen der polnischen Sozialpädagogik – die „Freie Polnische Universität Warschau“ eröffnete. An ihr lehrte auch Janusz Korczak und beteiligte sich am pädagogischen Diskurs um Erziehung und Bildung.³¹ Die Soziale Arbeit hatte sich als humanistische Disziplin unter dem Dach einer pädagogischen Theorie neben der Psychologie und Soziologie entwickelt und die Subdisziplinen Theorie, Teleologie und Methodik geeint.³²

Die öffentliche Ersatzerziehung wurde wie in Westeuropa anfangs noch vermehrt von kirchlichen Trägern wahrgenommen. Die Dreiteilung Polens (1772–1918) und der Erste Weltkrieg (1914–1918) hatten die Existenz breiter Bevölkerungsschichten bedroht und gefährdet. Kinder aus Handwerker-, Landarbeiter- und Industriearbeiterfamilien wuchsen in prekären Lebenslagen auf. Prekär insofern, dass ihr Leben in den Kellern und Souterrains von (materieller wie sozialer) Armut, Licht- und Platzmangel, Hunger und Krankheiten gezeichnet war. Die Not der Kinder konnte häufig nur durch Hilfe von außen gelindert werden. Mit der Disziplinengeschichte Sozialer Arbeit war auch die Gründung privater Erziehungs- und Fürsorgeanstalten verbunden. Als Prototyp institutionalisierter Erziehung³³ schafft die Heimerziehung Erziehungsbedingungen, um die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen durch eine Verbindung von Alltags(er)leben mit pädagogischen und therapeutischen Angeboten zu fördern.

29 Vgl. Denis SDVIŽKOV, *Das Zeitalter der Intelligenz. Zur vergleichenden Geschichte der Gebildeten in Europa bis zum Ersten Weltkrieg* (Göttingen 2006).

30 Vgl. Igor NEWERLY, Einleitung, in: Elisabeth Heimpel / Hans Roos, Hg., *Janusz Korczak. Wie man ein Kind lieben soll* (Göttingen 2012), VIII–XXXIV, sowie KORCZAK, *Gesammelte Werke*, Bd. 16, wie Anm. 14, 214.

31 Eine Anekdote zu Janusz Korczak als Hochschullehrer: „Der Doktor erscheint mit einem kleinen Jungen an der Hand und teilt den Studenten mit, dass die Vorlesung im Röntgenlabor stattfindet. [...] Auf der hellen Leinwand erscheint ein kleines, stark pulsierendes Herz. [...] Betrachtet es und vergesst es nicht! Wenn ihr müde und schlecht gelaunt seid, wenn die Kinder unerträglich sind und euch aus dem Gleichgewicht bringen, wenn ihr erregt darauf reagieren wollt – denkt daran, dass das Herz eines (ängstlichen) Kindes so aussieht und dass es so schlägt.“ (Michał WRÓBLEWSKI, *Doktor Korczak hat die Medizin nicht verraten*, in: Friedhelm Beiner / Silvia Ungermaier, Hg., *Janusz Korczak in der Erinnerung von Zeitzeugen* (Gütersloh 1999), 185–190, hier 186.

32 Vgl. Andrzej OLUBINSKI, *Raca socjalna. Aspekty humanistyczne i pedagogiczne, Teoria i praktyka*, in: Katarzyna PAWELEK, *Social Work in Poland: Between Theory and Practice*, online unter: http://www.bemidjstate.edu/academics/publications/social_work_journal/issue13/articles/katarzyna.htm (letzter Zugriff: 11.09.2017).

33 Vgl. Heinrich KUPFFER / Klaus-Rainer MARTIN, *Einführung in Theorie und Praxis der Heimerziehung* (Heidelberg–Wiesbaden 1994).

Ein solches Angebot war auch das „Dom Sierot“, dessen Leitung Janusz Korczak 1912 übernahm. Das Waisenhaus war ein Unterstützungsangebot der „Gesellschaft Hilfe für Waisen“, die ein vielfältiges, sozialfürsorgerisches Setting zur Begegnung von familiären Problemlagen geschaffen hatte. Wenn die Kommission einen Aufnahmeantrag erhielt,³⁴ leistete sie aufsuchende Sozialarbeit und nicht allein das Kind, sondern seine ganze Familie konnte in Obhut genommen werden. Betreuer/-innen besuchten die Familien regelmäßig und unterstützten sie häufig auch mit Nahrung, Mietzuschüssen, medizinischer Versorgung und Eingliederungshilfen älterer Geschwister in Schule und Werkstätten.

Das „Dom Sierot“ wurde durch Spenden an die Gesellschaft getragen, deren Mitglieder seinem Leiter eine große Handlungsfreiheit gestatteten. Sie finanzierten das Waisenhaus, pflegten aber keinen direkten Kontakt zu den Kindern und durften ohne die Erlaubnis von Janusz Korczak oder seiner Stellvertreterin Stefania Wilczyńska auch nicht das Haus betreten.³⁵ Das Waisenhaus wird im Folgenden unter dem Aspekt der Medikalisierung vorgestellt und ausführlicher beschrieben, um aufzuzeigen, wie dort ein Dialog zwischen den Professionen Medizin und Pädagogik geführt wurde und inwiefern er sich am Wohle des Kindes orientierte.

Medikalisierung von Kindheit: Das Waisenhaus als „Erziehungsklinik“

1909 schrieb Janusz Korczak, dass „die Schaffung irgendwelcher dauerhafter Institutionen außer der von Spitälern hierzulande [in Polen] sehr riskant“³⁶ wäre, es dem Baudouin-Institut³⁷ aber gelungen sei, sich zu einem großen Spital und Erziehungsheim zu entwickeln. Es scheint, als habe der junge Arzt aus dem positiven Beispiel die Hoffnung geschöpft, dass auch ihm dies gelinge. In der Fusion von öffentlicher Erziehung und klinischem Setting sah er eine Möglichkeit, um ein Waisenhaus als Institution von Bestand zu führen *und* dem Recht des Kindes auf Fürsorge – gegründet auf seiner Würde als Mensch (nicht nur im Sinne des Allgemeinwohls) – zu entsprechen.³⁸ Janusz Korczak – der „Arzt-Pädagoge“³⁹ – entwickelte sein „Warschauer

34 Die Kinder waren Halb-, Voll- oder Sozialwaisen. Wenn Eltern, Angehörige oder Pflegende eine Aufnahme in das „Dom Sierot“ wünschten, reichten sie in der Kanzlei der „Gesellschaft Hilfe für Waisen“ ein Gesuch ein. Anträge wurden täglich entgegengenommen und nach Ablauf eines halben Jahres geprüft. Die infrage kommenden Kinder wurden zu einem zentralen Termin einbestellt und bzgl. ihrer Gesundheit, Intelligenz, dem Grad ihrer Armut und Vernachlässigung in drei Kategorien (sehr, weniger und am wenigsten aufnahmebedürftig) eingestuft. Sehr aufnahmebedürftig waren all jene, die arm, ohne ausreichende Pflege und keine „Krüppel“, krank oder unterentwickelt waren. Daraufhin besuchten Mitarbeiter/-innen der Vormundschaftskommission die Familien zu Hause und in einer Sitzung erfolgte der Beschluss über ihre Aufnahme. (KORCZAK, Gesammelte Werke, Bd. 4, wie Anm. 24, 251–252). Die Unterbringung im „Dom Sierot“ war keine Fremdunterbringung als Ultima Ratio im Zuge einer Kindeswohlgefährdung, wie sie heute vonseiten der Jugendämter im deutschen Sprachraum Praxis ist, sondern erfolgte freiwillig.

35 Vgl. Ida MERZAN, Janusz Korczak wehrt gegen ihn erhobene Vorwürfe ab, in: Nowa Szkoła, Gesellschaftlich-pädagogische Monatsschrift für Bildung und Höheres Schulwesen Juli/August (1967), o. S. (unveröffentlichte Übersetzung aus dem Nachlass von Erich Dauzenroth, Gießen).

36 KORCZAK, Gesammelte Werke, Bd. 8, wie Anm. 15, 194.

37 Auch „Haus für Findlinge“ – es war 1736 gegründet worden und bewahrte von ihren Eltern ausgesetzte Kinder vor dem sofortigen Tod, unterstützte ledige Mütter bei der Erziehung ihrer Kinder und sollte den Kindern eine angemessene Erziehung zuteilwerden lassen (ebd., 213).

38 Vgl. ebd., 122.

39 KORCZAK, Gesammelte Werke, Bd. 4, wie Anm. 24, 202.

Erziehungsmodell“ in einer „Erziehungsklinik“, denn er war davon überzeugt, dass Kinderspitäler⁴⁰ in der Lage wären, Tausende von armen Familien vor dem materiellen Ruin zu bewahren, als Bildungs- und Erziehungsinstitution zu wirken sowie den sanitären Zustand einer Stadt zu kontrollieren.

Was machte die Leitung des „Dom Sierot“ als „Erziehungsklinik“ aus? Hier rückte das gesunde Kind, für das die Fürsorge übernommen wurde, in den Mittelpunkt, um ihm dauerhaft ein gutes (gelingendes) Aufwachsen zu ermöglichen und mit präventiven Praktiken (und nicht-medizinischen Interventionen) Krankheit(en) zu verhindern. Hier wurde dem Kind Gesundheit geboten – „Das einzige Kapital derer, die ohne Erbe, mit eigener Kraft, ins Leben gehen.“⁴¹ Das Waisenhaus bot durch die stationäre Betreuung in Form von öffentlicher Erziehung als soziale Intervention dem Kind eine Lebenswelt, die es erst nach dem Abschluss der Volksschule wieder verlassen sollte. Nicht die „Erziehung“ stand im Vordergrund, sondern das „Bewahren“, denn Janusz Korczak betont gerade den Unterschied zwischen dem polnischen Wort „wychowywać“ (erziehen) und „chować“ (bewahren): „Nicht das deutsche Wort: *erziehen*⁴² – ziehen, schleppen, herausziehen. *Chować*, das ist schützen, beschirmen, vor Hunger, Mißhandlung und Leiden in Sicherheit bringen.“⁴³ Die Bedeutung von „chować“ steht nicht nur im Kontrast zur Fürsorgeerziehung seiner Zeit, sondern auch für das Selbstverständnis seiner erzieherischen Praxis, die das Wohl des Kindes und seine Gesundheit zum Ziel hatte. Zur Eröffnung des Waisenhauses (1912) schrieb er:

„Wir kennen das Kind, wenn es krank ist, wenn es sich im Zustand gestörten Gleichgewichts befindet, wir müssen es in seiner stabilen Entwicklung kennenlernen. Wir kennen erhebliche Störungen, aber wir kennen nicht die geringen Abweichungen. Wir kennen das Kind nur zu einem Bruchteil, nur einen Abschnitt seines Lebens, wir müssen aber die verschiedenen Typen und individuellen Unterschiede kennenlernen, über die erste, die zweite Kindheit und Reifezeit, anhand vieler Profile, physischer und geistiger Entwicklung.“⁴⁴

Ein „tiefes Verständnis für die Anstrengungen des Organismus in der Entwicklung, im Kampf um Gleichgewicht und Gesundheit“⁴⁵ könne nur das Internat (das Waisenhaus) geben. Denn hier zeigten sich normale Verläufe ebenso wie kleinere oder größere Abweichungen, wenn man sie nur beachte und aufmerksam studiere.

Janusz Korczak rang um eine Synthese von klinischem und pädagogischem Wissen. Um diese Synthese voranzutreiben, führte er das „Dom Sierot“ als „Erziehungsklinik“, wo er den normalen Verlauf und gewisse Abweichungen kindlicher Entwicklung beobachten konnte. Als Arzt-Pädagoge wusste er um die Diagnostik, Pathologie und Therapie in der Medizin. Weil ein Kind schlafen, essen oder trinken und an Gewicht zunehmen solle, müsse man seinen Schlaf,

40 Die wie das Berson-Bauman-Spital seine kleinen Patientinnen und Patienten kostenlos behandelten.

41 Janusz KORCZAK, *Gesammelte Werke*, Bd. 9: Theorie und Praxis der Erziehung, Pädagogische Essays 1898–1942 (Gütersloh 2004).

42 Hervorhebung im Original.

43 Ebd., 229.

44 Ebd., 200.

45 KORCZAK, *Gesammelte Werke*, Bd. 8, wie Anm. 15, 239.

seinen Appetit und seine Entwicklung untersuchen. Als Pädiater maß er vor allem der physischen Entwicklung des Kindes einen großen Wert bei, weshalb er wöchentlich das Wachstum und das Körpergewicht ermittelte und notierte, um Wachstumsprofile von Kindern im schulpflichtigen Alter und in der Pubertät zu erstellen. Janusz Korczak trug Fakten zusammen und häufte Dokumente an, um kleine Phänomene zu erforschen und Material für eine objektive Diskussion (im Sinne einer Reflexion und Theoretisierung seiner Wissensbestände) zu gewinnen.⁴⁶ Es ist bedauerlich, dass er im Zuge der Shoah viele seiner Beobachtungen, Messwerte und Messkurven nicht mehr auswerten konnte, um das Kind als „Hieroglyphe“ und sein Aufwachsen zu entschlüsseln.

Das „Dom Sierot“ war ihm Laboratorium und Studienobjekt zugleich. Dort erhielt er die wesentlichen Impulse für seine Kindheitsforschung und dort hat er „die farblosen und düsteren Geheimnisse des Internats [des Waisenhauses] in der Rolle eines Erziehers kennengelernt, im Schlafsaal, im Waschraum, im Aufenthaltsaal, im Speisesaal, im Hof und im Klosett“, sodass er den Kindern „nicht in ihren Galauniformen der einzelnen Schulklassen, sondern im Negligé des alltäglichen Lebens“⁴⁷ begegnet war. Janusz Korczak ging über ausschließlich hygienische Gesichtspunkte und die grundsätzliche Kritik an der Erziehung von Kindern in der Gemeinschaft hinaus, um ihnen ein kindgerechtes Aufwachsen zu einer Zeit zu ermöglichen, als sowohl die Kinderheilkunde als auch die soziale Arbeit bzw. eine Heimerziehung, die sich an den Bedürfnissen der einzelnen Kinder orientierte und ihre Erziehung zum Ziel hatte, „noch in den Kinderschuhen“ ihrer Verwissenschaftlichung steckten. Das pädiatrische und pädagogische Wissen über das Kind war noch nicht „in Stein gemeißelt“ und wurde stetig erweitert und systematisiert. Deshalb war es wichtig, Orte zu schaffen, um das Kind „kennenzulernen“ oder in Korczaks Sinne zu beforschen.

Das „Dom Sierot“ war modern ausgestattet und die Leitung bemüht, die Kinder auch materiell zu versorgen, sodass die Rahmenbedingungen für eine stabile Entwicklung gegeben waren. Die gesamte Frontlinie und somit alle Räume, in denen die Kinder die meiste Zeit des Tages verbrachten, waren nach Süden ausgerichtet. Das Gebäude verfügte über vier Stockwerke, in denen genügend Platz für Wirtschaftsräume, einen Unterhaltungsraum (etwa 180 m²) mit Galerie, einen Dienstraum, vier Klassenräume, eine Nähstube, ein Isolierzimmer für Kinder mit ansteckenden Krankheiten, zwei Schlafräume für etwa 200 Jungen und Mädchen, ein Zimmer für den Wachhabenden, eines für den Leiter des Hauses und die Hauswirtschafterin sowie einen Wäscheboden war. Im „Dom Sierot“ gehörten eine Zentralheizung, Elektrizität und fließend Wasser zur Grundausstattung. Doch gab es nur „so viel Licht und Annehmlichkeiten, wie erforderlich waren, damit es nicht nur eine Unterkunft war, sondern – eine Erziehungsanstalt für das Kind“.⁴⁸ In ihr wurde von Beginn an nach einer neuen Methode der Erziehung gesucht, welche in der Ausarbeitung einer Methodik für die Gruppenerziehung realisiert wurde. Neu war, dass die Erziehungsarbeit grundsätzlich neben dem Wohl der Gruppe auch das Wohl des Einzelnen im Blick hatte und sowohl gesellschaftlich als auch individuell ausgerichtet war. Das Zusammenleben der Kindergesellschaft baute auf einem System der Selbstverwaltung auf. In seinen Organisationsformen materialisierten sich die Handlungsoptionen

46 Vgl. KORCZAK, Gesammelte Werke, Bd. 9, wie Anm. 41, 210.

47 KORCZAK, Gesammelte Werke, Bd. 4, wie Anm. 24, 143.

48 Ebd., 216.

und die Partizipationsmöglichkeiten der Kinder durch das Peer Court (Kameradschaftsgericht),⁴⁹ den Selbstverwaltungsrat,⁵⁰ das Kinderparlament⁵¹ und die Möglichkeit der freien Meinungsäußerung in der „Kleinen Rundschau“.⁵²

Während im Kinderspital der Fokus auf der Behandlung der Kinder im Sinne einer Verbesserung ihres Gesundheitszustandes lag, sollten die Kinder in der „Erziehungsklinik“ auch ein stabiles Umfeld geboten bekommen. Janusz Korczak begegnete dem Kind hier in gesundem wie in krankem Zustand, weshalb es nicht nur erzogen, sondern auch medizinisch versorgt wurde. Dazu bedurfte es neuer bzw. geeigneterer Methoden der Erziehung. Janusz Korczak erprobte und suchte sie in klinischen Settings, weshalb er die „Erziehungsdiagnostik“ als eine der Hauptaufgaben moderner pädagogischer Forschung bezeichnete.⁵³ Er ließ sich von dem Pathos leiten, dass in der Medizin die Diagnostik den wichtigsten Stellenwert einnimmt, und wünschte sich, dass auch die Pädagogik den von der Medizin geebneten Weg gehe. So wie der Medizinstudent eine Vielzahl von Einzelpersonen untersuche und lerne, zu beobachten und Symptome wahrzunehmen, sie zu deuten, zusammenzufassen und auf ihrer Grundlage Schlüsse zu ziehen, müsse auch der Erzieher notieren, Ähnliches verbinden und nach Gesetzmäßigkeiten suchen. Denn was „Fieber, Husten, Erbrechen für den Arzt, das sind Lachen, Tränen, Erröten für den Erzieher“.⁵⁴ Für Janusz Korczak gab es – weder in seiner medizinischen noch in seiner pädagogischen Praxis – keine Symptome ohne Bedeutung.

„Erziehungsdiagnostik“ in der „Erziehungsklinik“

Die experimentelle Psychologie und Pädagogik haben sich im Übergang vom 19. zum 20. Jahrhundert etabliert und verfügten über ein vielfältiges Methodenrepertoire. Janusz Korczaks Forderung nach einer „Erziehungsdiagnostik“ korrespondierte mit den Vorstellungen der experimentellen Psychologen und Pädagogen. Denn ihm ging es wie seinen Zeitgenossen – etwa William T. Preyer (1841–1897), Wilhelm August Lay (1862–1926), Ernst Meumann (1862–1926) und Jan Władysław Dawid (1859–1914) – auch um das Aufdecken naturgesetzlicher Zusammenhänge *und* das Verstehen und die Förderung des Menschen-Kindes⁵⁵ als Sub-

49 Das Peer Court sollte die Gleichberechtigung der Kinder gegenüber den Erwachsenen gewährleisten. Es gab dem Waisenhaus seine Verfassung und gab den Kindern die Sicherheit, dass ihre Angelegenheiten ernst genommen und gerecht beurteilt wurden.

50 Der Selbstverwaltungsrat bearbeitete Normen wie Gesetze und erfüllte Pflichten, die das Zusammenleben der Kinder regelte. Er wirkte auf die sozialen Meinungen ein, forderte zur Initiative heraus und stärkte die Handlungsfähigkeit der Kindergesellschaft. Außerdem führte er das „Plebiszit“ durch – eine Abstimmung, die über den Status der Kinder bzw. über deren Rehabilitation befand.

51 Das Kinderparlament bildete den Höhepunkt der Möglichkeiten der Selbstverwaltung, denn seine Abgeordneten bestätigten oder lehnten die vom Selbstverwaltungsrat gegebenen Gesetze ab.

52 Die Zeitung war das Dokumentationsinstrument des Waisenhauses und gleichzeitig eine Möglichkeit zur Reflexion (der Kinder).

53 Vgl. KORCZAK, Gesammelte Werke, Bd. 4, wie Anm. 24, 533.

54 Ebd., 321.

55 1899 hatte Janusz Korczak zum ersten Mal sein „pädagogisches Credo“ formuliert, das bis heute mit seinem Namen in Verbindung steht: „Kinder werden nicht erst zu Menschen, sie sind schon welche“ (Janusz KORCZAK, Gesammelte Werke Bd. 5: Der Frühling und das Kind. Allein mit Gott. Senat der Verrückten. Die Menschen sind gut. Drei Reisen Herscheks (Gütersloh 1997)). Auf diese Weise wurde das Kind zum Subjekt und Mittelpunkt der Erziehung.

jekt seiner Handlungen. Im Unterschied zu den Empirikern, die experimentierten und mit standardisierten wie statistisch abgesicherten Forschungsmethoden arbeiteten, führte Janusz Korczak – der Kindheitsforscher – vor allem „teilnehmende Beobachtungen“⁵⁶ durch. Er versuchte das mit Worten zu beschreiben, was er „wie eine im Vogelflug gemachte ‚Momentaufnahme‘ wahrgenommen“⁵⁷ hat, um individuelle „Symptome“ oder ein generelles „Symptom einer Gruppe“ aufzuspüren. Die wesentliche Grundlage für das Stellen einer (Erziehungs-) Diagnose war nicht die Anamnese (im Sinne einer professionellen Erfragung von medizinisch relevanten Informationen), sondern die unmittelbare Erfahrung von „Erziehungsmomenten“⁵⁸, die darüber Auskunft geben konnten, was dem Kind fehlte, wovon es zu viel hatte oder was es von sich aus geben konnte.⁵⁹

Der Schlaf des Kindes dient im Folgenden als Beispiel, um die Medikalisierung von Kindheit im „Dom Sierot“ zu veranschaulichen. Der Schlaf war eines der Phänomene, die Janusz Korczak in seinem Laboratorium (der Erziehungsklinik) innerhalb von psycho-physiologischen Studien⁶⁰ erforschte. Weil er mit dem Forschungsstand zur Schlafdauer und nötigen Schlafqualität von Kindern unzufrieden war, hatte er begonnen, seine Zöglinge auch in der Nacht zu beobachten und Notizbücher zu füllen. In diesem Kontext war ihm auch die *Eunuresis nocturna* als chronische Erkrankung eines Waisenhauses und weniger als Krankheitssymptom eines einzelnen Kindes begegnet.

Versuche, Eunuretiker zu „behandeln“, gibt es seit alters her und die Therapiegeschichte kindlichen Bettnässens ist von der Hoffnung geprägt, Verhaltenskorrekturen im leiblich-seelischen Bereich durch unterschiedliche Maßnahmen zu erreichen. „Behandlungsversuche“ können bis in das antike Rom zurückverfolgt werden, als beispielsweise Plinius d. Ä. (24/25–79) empfohlen hatte, bettnässenden Kindern gekochte Mäuse zu verabreichen oder schlechte Träume durch das Aufhängen von Fledermausköpfen zu verhindern. Bis in den 1970ern das Bettnässen durch Psychotherapie behandelt wurde, waren im 20. Jahrhundert diverse Ansätze (weiter-)entwickelt worden, die Eunuretikern halfen bzw. vorgaben, ihnen helfen zu wollen.⁶¹ Sie reichten von Einwirkungen auf das Schlafverhalten z. B. durch das Verhindern des Tiefschlafes oder das Anbringen einer weichen Penis-klemme,⁶² symptom-spezifischen organischen Behandlungen wie der Regulierung des Flüssigkeitshaushaltes; physikalischen Maßnahmen wie Elektroden⁶³ oder der Chloräthylvereisung der Kreuzbeingegend,⁶⁴ hydrotherapeutischer Maßnahmen (z. B. Wassertreten oder kalte Bäder); instrumenteller Behandlungen wie der Katheterung der Harnröhre oder Blasenspülungen;⁶⁵ epiduraler und anderer Injektionen bei-

56 KORCZAK, Gesammelte Werke, Bd. 4, wie Anm. 24, 538.

57 Ebd., 322.

58 „Erziehungsmomente“ zählt neben „Wie man ein Kind liebt“ (1. Teil 1919), „Das Recht des Kindes auf Achtung“ (1929) und „Fröhliche Pädagogik“ (1938/39) zu den vier Hauptwerken Janusz Korczaks.

59 Vgl. KORCZAK, Gesammelte Werke, Bd. 4, wie Anm. 24, 321.

60 Vgl. KIRCHNER / ANDRESEN / SCHIERBAUM, Janusz Korczaks, wie Anm. 28, 127.

61 Vgl. Peter W. ROSENBERGER, *Eunuresis. Entstehung, Verlauf, Therapie* (Göttingen 1975).

62 Vgl. L. H. BARETZ, A New Treatment for Eunuresis in the Male, in: *The Urologic and Cutaneous Revue* 40 (1936), 321–322.

63 Vgl. S. ROCHLITZ, Über die Eunuresis nocturna, in: *Magyar Orvosi Archivum* (Ungarisches Medizinisches Archiv 17) (1936), 148–149.

64 Vgl. P. FREUD, Beitrag zur Therapie der Eunuresis nocturna, in: *Medizinische Klinik* 21 (1925), 1729–1730.

65 Vgl. Friedrich DIETEL, *Das Bettnässen. Seine Ursachen und Vorschläge zu seiner Behandlung* (München 1929).

spielsweise Novocain⁶⁶ oder einer Lumbalpunktion; medikamentöser Behandlung u. a. mit der Krapp-Wurzel⁶⁷ und Ephedrin;⁶⁸ bis hin zu verhaltenstherapeutischen Maßnahmen wie dem Wecken.⁶⁹ Alle Maßnahmen haben gemeinsam, nicht darauf warten zu wollen, dass eine Selbstheilung der *Eunuresis nocturna* eintritt. Stattdessen verfolgten sie eine möglichst schnelle und vor allem dauerhafte „Heilung“.⁷⁰

Janusz Korczak war niemand, der sich im Feld des Bettnässens in besonderer Weise hervorgetan hätte, aber er ging das Phänomen auf die ihm besondere und einzigartige Weise an. Die Stellung der Diagnose hat noch nie Schwierigkeiten bereitet, aber der Umgang mit der Diagnose und die Therapie hat Kinderkliniker vor Herausforderungen gestellt, die Risiken für Kinder bargen und nicht selten zum Tode führten. Janusz Korczak brachte das nächtliche Bettnässen vor allem mit äußeren Verhältnissen in Verbindung. Durch seine vielen Beobachtungen war er zu dem Schluss gekommen, dass (1) zwei von hundert Zöglingen im Schulalter täglich nässten, (2) die Zahl der nässenden Kinder wachse, wenn es im Schlafsaal kühler als zehn Grad sei, (3) mehr Kinder nässten, wenn die Toilette oder ein Kübel zu weit entfernt oder die Beleuchtung im Schlafsaal ungenügend sei, (4) mehr Kinder nässten, wenn niemand darauf achte, ob die Kinder vor dem Zubettgehen ihre Notdurft verrichtet hatten, und (5) das Bettnässen auf 100 % ansteigen könne, wenn die Kinder ohne Aufsicht blieben oder das Personal ratlos sei.⁷¹ Es wird deutlich, dass Janusz Korczak die *Eunuresis nocturna* als eine normale Erscheinung einordnete, die erst dann zu einer Krankheit der Institution würde, wenn mehr als zwei von hundert Kindern nachts einnässten. Das Einnässen war also erst einmal nicht das Problem des Kindes, sondern der Einrichtung. Janusz Korczak verurteilte Strategien, das Kind vom Bettnässen abzuhalten, die nicht zu seinem Wohle waren. Ihm war aus anderen Waisenhäusern bekannt, dass nässende Kinder beispielsweise ohne Strohsack auf dem Fußboden schlafen mussten oder Jungen der Penis mit einer Schnur zugebunden wurde, „in der primitiven Überzeugung, daß ‚sich aus einem zugebundenen Penis nichts ausgießt‘“.⁷² Er hielt auch wenig davon, bettnässende Kinder am Tag schlafen zu lassen, dass ihr Schlaf nächstens nicht zu tief war. Er schrieb Lebertran eine heilende Wirkung zu und riet dann zu einer Begutachtung bzw. Behandlung durch Ärzte (im Spital), wenn das physiologische Nässen unter einen pathologischen Verdacht gestellt wurde. Seinen Kolleginnen und Kollegen in den Waisenhäusern empfahl er (1) ein Verständnis dafür zu entwickeln, dass es eine gewisse Zahl nässender Kinder geben müsse, (2) einen Vorrat von Stroh bzw. Spänen anzulegen und die Bereitschaft zu zeigen, öfter das Bettzeug und die Wäsche zu wechseln, (3) darauf zu achten, dass die Kinder ihre Notdurft vor der Nachtruhe verrichteten, (4) das Nachtgefäß an der für die meisten Kinder bequemsten Stelle aufzustellen, (5) den Schlafsaal bzw. die Stelle des Nachtgefäßes zu beleuchten, (6) häufig nässende Kinder ein bis zwei Mal in der Nacht (immer zur selben Zeit, aber nicht durch andere Zöglinge) zu wecken, (7) die Kinder gut zu ernähren, (8) die Tempe-

66 Vgl. Walther WILKING, *Eunuresis und epidurale Injektion*, Dissertation (Kiel 1933).

67 Vgl. A. BAUER, *Zwei Krapperfolge bei Bettnässen*, in: *Zeitschrift für Urologie* 18 (1924), 452–453.

68 Vgl. George W. BRAY, *Eunuresis of Allergic Origin*, in: *Achieve Dis. Childhood* 6 (1931), 251–253.

69 Vgl. R. BENZING, *Erfahrungen über Eunuresis und Eunuresisbehandlung im Kindesalter*, in: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung* 20 (1923), 69–71.

70 Vgl. ROSENBERGER, *Eunuresis*, wie Anm. 61.

71 Vgl. KORCZAK, *Gesammelte Werke*, Bd. 8, wie Anm. 15, 260.

72 Ebd., 261.

ratur des Schlafsaales normal zu halten und (9) die Getränke zum Abendessen zu verringern, dem Kind aber keinesfalls das Trinken zu verbieten oder gar zu versagen. (10) Zudem seien Architekten darauf hinzuweisen, dass Nachttoiletten in weit gelegenen Fluren, Eingangsfloren und Dielen in Waisenhäusern Unsinn seien.⁷³ Janusz Korczaks Blick auf und sein Umgang mit dem nächtlichen Einnässen stehen im Kontrast zum Denken und den „Behandlungsmethoden“ seiner Zeit. Er pathologisierte das Kind nicht, sondern empfahl, erst die äußeren Umstände zu beachten und diese bei Bedarf zu verändern, bevor Maßnahmen ergriffen werden, die direkt beim Kind ansetzten. Das regelmäßige Wecken war die „schärfste“ von ihm angeratene Intervention zur Therapie. Hinweise auf die Empfehlung einer medikamentösen Behandlung lassen sich (mit Ausnahme von Lebertran, den die Kinder im „Dom Sierot“ ohnehin verabreicht bekommen) nicht finden.

Janusz Korczak hatte sich am Diskurs um das Bettnässen beteiligt, der im 20. Jahrhundert eine Hochkonjunktur erlebte. In einer Zeit, als viele unnötige wie schadenbringende Behandlungsweisen erprobt und vorgeschlagen wurden, gab er Ratschläge, die gute Resultate bringen konnten und das Wohl des Kindes im Blick hatten. Er sah es als pädagogische Aufgabe an, dem Eunuretiker einen (echten Heil-)Erzieher zur Seite zu stellen, um dem Kind zu helfen und ihm nicht durch Demütigung oder körperliche wie seelische Gewalt zu schaden.

Resümee: Medizin und Pädagogik im Dialog

Der Beitrag widmete sich den historischen Kontexten, in denen Janusz Korczak als „Arzt-Pädagoge“ in Erscheinung trat. Er ist zwar nicht der einzige (jüdische) Kinderarzt, der sich seinerzeit der Sache des Kindes im Spannungsfeld von Medizin und Pädagogik annahm, aber er ist einer der wenigen, der zum Wohle des Kindes handelte und bis heute inspirieren kann: Er verdankte der Medizin die Technik der Untersuchung und die Disziplin wissenschaftlichen Denkens. Als Arzt hielt er sich an den diagnostischen Dreischritt: Anamnese, Diagnose und Intervention/Therapie. Er konnte einen Ausschlag auf der Haut sehen, Husten hören, den Anstieg der Körpertemperatur fühlen oder bemerken, wenn ein Kind aus dem Mund roch. Auch als Erzieher begegnete er Symptomen, die es zu deuten galt, denn so wie es einen trockenen, feuchten oder erstickenden Husten gibt, so gebe es ein Weinen mit Tränen, Schluchzen oder fast ohne Tränen.⁷⁴ Janusz Korczaks Handeln war stets von dem Motiv, Gesundheit zu bewahren oder wiederherzustellen, und der Überzeugung, dass Gesundheit aus einer gesunden Lebensweise erwache und durch Erziehung vermittelt werden könne, geleitet. Er selbst verstand sich als „Pädologe“. Die Pädologie⁷⁵ kann als Schnittfeld von Medizin (Pädiatrie) und Pädago-

73 Vgl. ebd., 265.

74 Vgl. ebd., 201.

75 Die „Pädologie“ wurzelt in den Ideen des Belgiers Ovide Decroly (1871–1931). Er hatte wie Janusz Korczak erst als Arzt praktiziert und später als Professor für Hygiene die Richtung einer positivistisch orientierten Pädagogik entwickelt, die sich an der Erkenntnis der Experimentalwissenschaften orientierte. Auch Decroly forderte „zuerst genau die physischen und psychischen Gesetzmäßigkeiten der Entwicklung und Tätigkeit des Kindes“ zu erforschen, um Bildungs- und Erziehungsgrundsätze aus der Kenntnis der kindlichen Natur abzuleiten (Miroslaw S. SZYMAŃSKI, Pädagogische Reformbewegungen in Polen 1918–1939. Ursprünge – Verlauf – Nachwirkungen (Köln–Weimar–Wien 2002).

gik verstanden werden, in dem er dem Kind als Arzt und Pädagoge (Arzt-Pädagoge) begegnen konnte. Medizinische und soziale Berufe haben ohnehin gemeinsame Wurzeln. In ihrer Gründungszeit hat sich die Pädiatrie noch als „soziale Wissenschaft vom [ganzen] Kind“ verstanden, die natur- und sozialwissenschaftliches Wissen vereinte⁷⁶ und darum bemüht war, außermedizinische Fragestellungen und Therapien zu integrieren.⁷⁷ Der Umgang mit dem kranken Kind hat aber auch in der Fürsorge bzw. sozialen Arbeit eine lange Tradition, denn die Sorge um uneheliche Kinder, Waisen und arme Kinder schloss auch die Kranken unter ihnen nicht aus. Die Pädiatrie (hervorgegangen aus den Teilgebieten der Inneren Medizin und Geburtshilfe) und die Pädagogik teilen nicht nur die „Zentrierung auf das [ganze] Kind“, sondern konnten sich beide als Profession und universitäre Disziplin etablieren.⁷⁸ Das Verhältnis von Medizin und Pädagogik seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert lässt sich als durch die zentrale Bedeutung der Medizin für die Legitimation der Pädagogik als Wissenschaft geprägt beschreiben.⁷⁹ Direkte Beziehungen zwischen der medizinischen und pädagogischen Profession bzw. Wissenschaft werden in der Person Janusz Korczaks deutlich, der Medizin an der Kaiserlichen Universität und Soziale Arbeit an der „Fliegenden Universität“ studiert hat. Außerdem zeigen sich interdisziplinäre Kooperationsformen von Pädiatrie und Sozialer Arbeit in der Führung des „Dom Sierot“ als Erziehungsklinik.

Janusz Korczak war aber nicht nur Pädologe, sondern auch ein Sozialpädiater/Sozialmediziner, weil er bei der praktischen Krankenversorgung insbesondere der proletarischen Kinder armutsbedingte Gesundheitsprobleme beobachtet hatte, deren Lebens- und Arbeitsbedingungen er miteinander in Beziehung setzte. In seinen sozialmedizinischen Schriften setzte er sich (wie andere Sozialpädiater seiner Zeit) vermehrt mit den öffentlichen Fürsorge- und Präventionsmaßnahmen auseinander. Die Politisierung der Pädiatrie zu Beginn des 20. Jahrhunderts hatte zur Konstitution einer Sozialmedizin geführt, die entweder als naturwissenschaftlich orientierte Sozialhygiene oder als sozialkritisch denkende Sozialpädiatrie in Erscheinung trat.⁸⁰ Die Sozialhygiene war eine Herausforderung für die Wissenschaft und Politik gleichermaßen, weil es nicht nur um die Bekämpfung ansteckender Krankheiten, sondern auch um die grundsätzliche Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung ging, was zu einer „Medikalisierung des sozialen Sektors“⁸¹ geführt hatte. In der Sozialhygiene vereinigte sich medizinisches Wissen (und Können) mit intensiver Aufklärung und Anleitung.⁸² Hervorzuheben ist außerdem, dass jene erste Rezeptionswelle seitens der Pädagogik in diese Zeit fällt, „die nicht primär auf (theologisch inspirierte) Fragen des Bilde(n)s menschlicher Natur abhob, sondern auf die tatsächlichen naturwissenschaftlichen Erkenntnisse in ihrer Bedeutung für pädagogisches

76 Vgl. PETER, *Ideen von Erziehung*, wie Anm. 2, 259.

77 Vgl. KORCZAK, *Gesammelte Werke*, Bd. 8, wie Anm. 15, 327.

78 Vgl. PETER, *Ideen von Erziehung*, wie Anm. 2, 260.

79 Vgl. Anette M. STROSS, „Gesundheitserziehung“ zwischen Pädagogik und Medizin. Themenkonjunkturen und Professionalisierungsprobleme in Deutschland 1770–1930, in: *Zeitschrift für Pädagogik* 41/2 (1995), 169–224, hier 170.

80 Vgl. PETER, *Ideen von Erziehung*, wie Anm. 2, 266.

81 Vgl. Sabine HERING, *Kulturen, Konfessionen und Ideologien – Einfluss auf die Wohlfahrtspflege Osteuropas*, in: Sabine Hering / Bertheke Waaldijke, Hg., *Helfer der Armen – Hüter der Öffentlichkeit. Die Wohlfahrtsgeschichte Osteuropas 1900–1960* (Opladen 2006), 41–74, hier 67.

82 Vgl. ebd., 67.

Handeln und Denken Bezug nahm“.⁸³ Gerade die Arbeiten Janusz Korczaks können für eine integrative Sichtweise herangezogen werden, weil für sein Denken eine biologische Anthropologie bzw. ein medizinischer (und damit naturwissenschaftlicher Blick) auf das Kind bzw. seine Entwicklung, Erziehung und Bildung konstitutiv war.

Janusz Korczak hat als beispielhafte Symbiose von Arzt und Pädagoge und Akteur im Spannungsfeld von Pädiatrie und Pädagogik die klinische Beobachtungsweise (der Medizin) in seine pädagogische Praxis übernommen. Er forcierte (und lehrte) eine Diagnostik des Erziehens basierend auf (teilnehmenden) Beobachtungen, um Erziehungsmomente bzw. Symptome erklären und auslegen zu können. Zu diesem Zweck sammelte er beispielsweise Mess- und Wiegewerte, die er zu Diagrammen und Wachstumsprofilen verdichtete, behielt und klassifizierte Milchzähne, schaute sich die Taschentücher seiner Zöglinge genauer an oder analysierte deren Hosentascheninhalte. Auf diese Weise lernte er das Kind – mit der Motivation, es zu verstehen und sich mit ihm zu verständigen – kennen. Er wollte es weder kneten noch ummodellieren,⁸⁴ was auch an der Darstellung der Erforschung des Schlafes exemplifiziert werden konnte. Die Ausführungen zur *Eunuresis nocturna* verdeutlichen, dass Janusz Korczak das soziale Umfeld und die seelische Erscheinungswelt sowie ihre physiologischen Grundlagen miteinander in Beziehung setzte, um Symptome wahrnehmen und erklären zu können. Auf diese Weise führte er den Dialog zwischen Medizin (gesundheitlicher Versorgung) und Pädagogik (erzieherische Fürsorge) zum Wohle des Kindes und beide Disziplinen müssen bis heute im Kinderschutz zusammen gedacht werden, weil es neben Diagnosen und Interventionen (Heilung) auch um die Förderung von gesundheitsbewussten Verhaltens- und Lebensweisen, Prävention und Gesundheitsförderung geht.

Informationen zur Autorin

Kristina Schierbaum M.A., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pädagogik der Elementar- und Primarstufe und Doktorandin an der Goethe-Universität Frankfurt am Main, Theodor-W.-Adorno-Platz 6, 60323 Frankfurt am Main, Deutschland, E-Mail: schierbaum@em.uni-frankfurt.de, wo sie im Juni 2018 auch ihre Dissertationsschrift „Janusz Korczak, der Brückenbauer – Relektüre der Spannungsverhältnisse in seinem Leben und Werk“ eingereicht hat.

Forschungsschwerpunkte: Leben und Werk Janusz Korczaks, historische Forschungen zu Kindheit und Familie, Reformpädagogik im 20. Jahrhundert (Schwerpunkt Schweden und Osteuropa) und Heimerziehung in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik (Schwerpunkt Jugendwerkhöfe).

83 Michael BEHNISCH / Michael WINKLER, Zwischen Faszination und Ablehnung. Einflüsse, Diskurse, Perspektiven im Verhältnis von Sozialer Arbeit und Naturwissenschaften, in: Michael Behnisch / Michael Winkler, Hg., Soziale Arbeit und Naturwissenschaft. Einflüsse, Diskurse, Perspektiven (München–Basel 2000), 10–39, hier 18.

84 Vgl. KORCZAK, Gesammelte Werke, Bd. 9, wie Anm. 41, 207–208.

**Forschungsberichte – Schwerpunkt:
Medikalisierte Kindheiten.
Die neue Sorge um das Kind vom ausgehenden
19. bis ins späte 20. Jahrhundert**

Katharina Fürholzer

**„Eine Explosion der Sprache.“
Zur Filmbiografie der taubblinden
Marie Heurtin (1885–1921)**

Englisch Title

Showing Sense. The Film Biography of Deaf-blind Marie Heurtin (1885–1921)

Summary

In 2015, Jean-Pierre Améris brought the life of Marie Heurtin (1885–1921), a deaf-blind French woman, on the big screen. Améris' biographical film tells the story of a girl who first developed an understanding of linguistic signs and communication at the age of ten. Focusing both on the film's aesthetic-narrative level and its medical-historical dimension, this article aims to delineate the potential of films as an aesthetic mass medium to convey notions of deaf-blindness to a general public; beyond that, I will analyze and discuss the views on deafblindness in children that become apparent in the context of Heurtin's biography.

Keywords

France, 20th century, disability studies, medical humanities, film and medicine, film analysis, biography, deafness, blindness, deafblindness

Einleitung

Ist die außergewöhnliche Biografie der taubblinden amerikanischen Schriftstellerin Helen Keller (1880–1968) noch weitgehend bekannt, stand die Lebensgeschichte der taub und blind geborenen Französin Marie Heurtin (1885–1921) bislang eher in den Marginalien öffentlicher Aufmerksamkeit. Ihre Kindheit verbrachte Heurtin zunächst bei ihren Eltern, ehe sie – gegen die ärztliche Empfehlung, das mehrfach behinderte Mädchen in einer psychiatrischen Anstalt unterzubringen – im Alter von zehn Jahren an das Institut Larnay kam, ein von dem katholischen Orden der Schwestern der Weisheit geleitetes Institut für blinde oder taube Mädchen.¹ Hier gelangte Heurtin in die Obhut Schwester Marguerites (1860–1910, geborene Marie Germain), die sich zwischen 1895 bis 1905 der Erziehung und des Sprachunterrichts des Mädchens annahm und ihre Erfahrungen als Heurtins Lehrerin, Vertraute und Freundin in Tagebuchaufzeichnungen festhielt.² Der damaligen Öffentlichkeit wurde die Beziehung zwischen Heurtin und Schwester Marguerite durch die umfassende Studie „Une ame en prison“ (1900, Deutsch: „Eine Seele im Gefängnis“) des französischen Literaturwissenschaftlers Louis Arnauld bekannt.³ Über ein Jahrhundert später brachte der Regisseur Jean-Pierre Améris mit seiner Filmbiografie „Marie Heurtin“⁴ die heute weitgehend in Vergessenheit geratene Lebensgeschichte des Mädchens einem heutigen Publikum näher. Am Beispiel von Améris’ Film möchte ich mich in meinem Beitrag den Fragen nähern, in welcher Weise das ästhetische Massenmedium des Filmes einem Laienpublikum Vorstellungen von Taubblindheit vermitteln kann und welche Perspektiven auf kindliche Taubblindheit um 1900 sich in diesem Kontext zu erkennen geben.

Sprachunterricht am Institut Larnay

Zeitlich und thematisch fokussiert auf Heurtins erste Jahre am Institut Larnay, zeichnet Améris’ Film den Weg eines Mädchens nach, das, taub und blind geboren, ohne ein Verständnis für Sprache aufgewachsen war und erst im Jugendalter eine umfassende Vorstellung von Zeichen und sprachlicher Kommunikation entwickelte.⁵ Der Film verschweigt dabei nicht, mit welcher Qual dieser Lernprozess sowohl für die Schülerin als auch ihre Lehrerin verbunden ist: Sich in

1 Das Institut setzt seine Arbeit bis heute fort und ist inzwischen geöffnet für Personen unterschiedlichen Alters und Geschlechts, vgl. Association Larnay Sagesse, online unter: <http://www.larnay-sagesse.fr> (letzter Zugriff: 17.10.2017).

2 Zur Biografie Heurtins vgl. Louis ARNOULD, *Une ame en prison: histoire de l’éducation d’une aveugle-sourde-muette de naissance et ses soeurs des deux mondes* (Paris 31904); in deutscher Sprache findet sich derzeit keine wissenschaftlich fundierte Biografie; einen – ungesicherten – Kurzüberblick bietet das Presseheft des Concorde Filmverleih, *Die Sprache des Herzens. Das Leben der Marie Heurtin*. Presseheft, PDF, online unter: <http://www.babylon-kino-fuerth.de/sites/default/files/download/Presseheft%20DIE%20SPRACHE%20DES%20HERZENS.pdf> (letzter Zugriff: 13.05.2017).

3 ARNOULD, *Une ame en prison*, wie Anm. 2.

4 Jean-Pierre AMÉRIS, Reg., *Die Sprache des Herzens. Das Leben der Marie Heurtin* (Frankreich 2014). Das französische Original kommt ohne einen emotional eingefärbten Filmtitel aus.

5 Améris’ Verfilmung weicht in einigen Punkten von den historischen Fakten ab. So kam Heurtin bereits im Alter von zehn Jahren an das Institut Larnay; Améris erhöhte das Alter der Protagonistin jedoch auf 14 Jahre, damit ihre Figur von der jugendlichen (selbst gehörlosen) Schauspielerin Ariana Rivoire verkörpert werden konnte.

das Gegenüber einzufühlen, fällt beiden Seiten zu Beginn gleichermaßen schwer, Erfolgserlebnisse lassen lange auf sich warten. Erst nach monatelangem – auch von körperlichen Auseinandersetzungen getragenen – Kräftemessen kommt es zu einem Durchbruch, als sich für Heurtin mit einem Mal das Grundprinzip von Sprache erschließt, sie also begreift, dass sich die konkreten und abstrakten Phänomene der Welt durch Zeichen wiedergeben lassen und zwei Menschen vermittels dieser Zeichen kommunizieren können. Einmal verstanden, löst dies, wie es Schwester Marguerite in ihrem Tagebuch formuliert, eine „Explosion der Sprache“⁶ aus. Heurtin möchte für alle Gegenstände einen Namen wissen, kann nach einem Jahr konkrete Objekte und materielle Handlungen erkennen und beschreiben und entwickelt ein grundlegendes grammatikalisches Verständnis. Mit fortgeschrittenem Spracherwerb ist Heurtin imstande, sich auch über abstrakte – durch ihr religiöses Umfeld geprägte – Konzepte auszutauschen, beispielsweise über Vorstellungen von Seele, Gott, Diesseits und Jenseits.⁷ Die „Explosion der Sprache“ ging für Heurtin Hand in Hand mit einer „Explosion der Sprachen“: So arbeitete sich das Mädchen in verschiedene Sprachsysteme ein, beherrschte nach einiger Zeit unter anderem Gebärdensprache und das daktylogische Alphabet, die ihr jeweils in die Hand gebärdet bzw. gezeichnet wurden, lernte typografische Schrift, die Blindenschrift Braille, das Abtasten vokaler Laute über die Lippen des bzw. der Sprechenden sowie Schreibmaschine mithilfe von Blindenzeichen.⁸

Filmische Repräsentation von Taubblindheit

Dass all dies nun in Form eines Filmes erzählt wird, mag manch einem zunächst wohl etwas widersinnig anmuten, ist ein Film doch auf den Seh- und Hörsinn seines Publikums ausgerichtet und scheint damit im Grunde wenig geeignet, ausgerechnet Taubblindheit erfassen und vermitteln zu können. Welchen Mehrwert die filmische Repräsentation jedoch mit sich bringt, lässt exemplarisch die Anfangsszene von Améris' Filmbiografie nachvollziehen. Der Film geht dabei einen Umweg über Darstellungs- und Kommunikationsweisen, die einem in Hör- und Sehsinn nicht beeinträchtigten Publikum vertraut sind. Das Angebot, sich in die Weltwahrnehmung einer taubblinden Person einzufühlen, beginnt bereits im Vorspann, der vollständig ohne Bilder oder zumindest Farbe auskommt und den in verschwommener weißer Schrift gehaltenen Filminformationen (Titel, Produktionsdaten, Namen der Mitwirkenden etc.) stattdessen auf einem rein schwarz gehaltenen Hintergrund präsentiert.⁹ Im Kontext der Behinderungsthematik des Filmes gestaltet sich diese Schwärze – als eine Art optischem Stellvertreter des Nichts – als Vorausdeutung auf die Blindheit der Protagonistin Heurtin. Dass bei dieser zusätzlich auch der Hörsinn beeinträchtigt ist, signalisieren auf Tonebene akustische Irritationen wie

6 AMÉRIS, Sprache, wie Anm. 4, 00:53:16.

7 Von Heurtin selbst verfasste Aufzeichnungen, die auch Gedanken zu metaphysischen Fragestellungen enthalten, lassen sich nachlesen in ARNOULD, Une ame en prison, wie Anm. 2, 36–46.

8 Vgl. ebd., 27; im Film wird Heurtins Einarbeitung in verschiedene Sprachsysteme angeschnitten, steht aber nicht im Vordergrund.

9 Vgl. AMÉRIS, Sprache, wie Anm. 4, 00:00:23–00:01:41.

beispielsweise dumpfe, diffuse Geräusche oder unangenehme, klirrende Pfeiftöne. Diese Irritationen sind insofern notwendig, als sie die Aufmerksamkeit des Publikums auf das Hören lenkten; ein Effekt, der durch das schlichte Fehlen von Ton deutlich schwerer zu erreichen wäre – ein wenig nach Heinz von Foerster „Wir sehen nicht, daß wir nicht sehen“¹⁰ und wir hören nicht, dass wir nicht hören. Wie kann das Medium des Filmes, das sich soeben in gewisser Weise von seinen leitenden Sinnesformen des Visuellen und Akustischen losgesagt hat, nun begreiflich machen, welche Bedeutung stattdessen der taktile Sinn für die im Folgenden erzählte Biografie einnehmen wird – und das, obwohl sich das filmische Medium einem haptischen Zugriff selbst entzieht? Es erfolgt durch visuelle Demonstration: Die ersten Bilder, über welche die Zuschauer/-innen in die filmische Welt eingeführt werden, zeigen ausschließlich eine Hand, die sich dem Sonnenlicht entgegenstreckt. In einer Vorausdeutung wird das Manuelle auf diese Weise bereits in der ersten Kameraeinstellung als zentrales Mittel der Wahrnehmung und Kommunikation betont, als Schnittstelle zwischen Ich und Welt. Mit der zweiten Kameraeinstellung wird der Blick freigegeben auf ein Mädchen, das sich später als Marie Heurtin herausstellen soll. Nach der friedvoll-ästhetischen Stimmung der ersten Bilder, die durch das funkelnde Lichtspiel der durch die aufgefächerten Finger glitzernden Sonnenstrahlen verbreitet wird, erstaunt der Anblick dieses Mädchens: Es ist dreckig und struppig und, als würde das nicht reichen, ist vom Hals abwärts mit einem Strick festgebunden. Doch da gibt es noch eine weitere Irritation: Das Mädchen lächelt. Und ist auch nicht allein, sondern schmiegt sich, seinem Strick zum Trotz, an einen neben ihm sitzenden Mann, ihren Vater.¹¹ In dieser kurzen Frequenz, die als Anfangsszene die weitere Rezeption des Filmes wesentlich bestimmt, wird Heurtin und ihre Umwelt auf diese Weise als friedvoll, harmonisch und durchaus glücklich charakterisiert. Das schmutzige Äußere und der Strick stehen hierzu im semiotischen Bruch, suggerieren sie doch eine äußere Reaktion auf das behinderte Kind, das sich nicht umstandslos in die Gesellschaft einzufügen scheint und daher von dieser gebändigt, sprich: normiert wird. Bereits in der nicht mal eine Minute umfassenden Anfangssequenz wird so der Konflikt zwischen Ich und Außenwelt, zwischen dem taubblinden Kind und der nichtbehinderten Gesellschaft angedeutet, der im späteren Verlauf der Filmbiografie zu einem leitenden Thema werden soll.

Modelle von Behinderung

Heurtins Biografie suggeriert heutigen Rezipientinnen und Rezipienten dabei einen Eindruck davon, welches Leben um 1900 für ein taubblindes Mädchen vermeintlich üblich war. Wie aus der Studie von Arnould hervorgeht, war Heurtins Vater, ehe er den Weg nach Larnay fand, an verschiedenen Einrichtungen für behinderte Kinder vorstellig gewesen, jedoch stets abgewie-

10 Bernhard PÖRKSEN, Wir sehen nicht, daß wir nicht sehen, in: Teleopolis (15. April 1998), online unter: <https://www.heise.de/tp/features/Wir-sehen-nicht-dass-wir-nicht-sehen-3446178.html> (letzter Zugriff: 17.10.2017), später auch in: HEINZ VON FOERSTER / BERNHARD PÖRKSEN, Wahrheit ist die Erfindung eines Lügners. Gespräche für Skeptiker (Heidelberg 1998), 116. Für den Bezug von Foersterns philosophischem Zitat auf körperliche Blindheit vgl. ALEXANDRA TACKE, Blind Spots der Filmgeschichte, in: Alexandra Tacke, Hg., Blind Spots – eine Filmgeschichte der Blindheit (= Disability Studies 12, Bielefeld 2015), 7–36, hier 7.

11 Zur Anfangssequenz vgl. AMÉRIS, Sprache, wie Anm. 4, 00:01:41–00:02:35.

sen worden: von den Einrichtungen für taube Kinder aufgrund von Heurtins Blindheit, von den Einrichtungen für blinde Kinder wegen ihrer Taubheit. Ein Heim riet ihm gar, seine als „dumm“ eingestufte Tochter in einer Irrenanstalt unterzubringen.¹² Als Ort, dessen Wesenszweck in der Unterbringung und medizinischen Versorgung geistig beeinträchtigter Personen liegt, käme die Irrenanstalt in diesem Kontext zwei Dingen gleich: erstens einer fehlenden Trennschärfe zwischen geistigen und körperlichen Formen von Behinderung und zweitens einer Exklusion beeinträchtigter Personen aus der Gesellschaft der Nichtbehinderten. So geriert sich die Irrenanstalt doch gewissermaßen als Grenze zwischen „Normalität“ und „Abnormität“. Dem steht die Arbeit Schwester Marguerites am Institut Larnay gegenüber und ihre Bemühung, Heurtin beispielsweise mittels Sprachunterricht in die Institutsgemeinschaft zu integrieren, die sich sowohl aus Menschen mit als auch ohne körperliche Behinderung zusammensetzt. Die Trennung zwischen „Normalität“ und „Abnormität“ wird auf diese Weise – im Rahmen des damals Möglichen – zumindest in Ansätzen aufgehoben. Diesen sozial ausgerichteten Umgang mit Menschen mit Behinderung rückt auch Améris’ „Die Sprache des Herzens“ in den Vordergrund, indem er den Schwerpunkt seiner Filmerzählung auf Schwester Marguerites beharrliche Bemühungen legt, Heurtin einen Zugang zur Welt der anderen Institutsmitglieder zu eröffnen.

Der räumliche Dualismus zwischen Irrenanstalt und Institut und die dabei implizierte Gegenüberstellung eines primär medizinisch orientierten und eines primär sozial orientierten Umganges mit Behinderung erinnert an die beiden Modelle, mit denen die Disability Studies heute die verschiedenen Wahrnehmungsperspektiven auf Behinderung zu beschreiben suchen: Vertreter/-innen des sogenannten „medizinischen Modells“, das mit dem von Michel Foucault beschriebenen „klinischen Blick“ assoziiert ist, verstehen Behinderung primär als einen individuellen körperlichen oder geistigen Defekt.¹³ Diesem defizitorientierten Blick steht das „soziale Modell“ gegenüber, das Behinderung nicht als körperliche Schädigung, sondern als soziokulturelle Praxis versteht; betont wird also, inwiefern nicht der beeinträchtigte Körper, sondern die Gesellschaft durch ihr Verhalten überhaupt erst Behinderung hervorruft.¹⁴ Verändern muss sich also nicht etwa die körperlich beeinträchtigte Person, sondern die Gesellschaft. Diesem sozial orientierten Ansatz fühlen sich die Disability Studies verbunden, die sich explizit „als Kritik und Korrektiv zu den vorherrschenden medizinischen, pädagogischen und psychologischen Sichtweisen auf Behinderung [sehen] und [helfen wollen], die Tendenz zur Pathologisierung und Therapeutisierung behinderter Menschen zu überwinden“.¹⁵ Ein solcher Gedanke liegt auch der für die Rechte körperlich und geistig beeinträchtigter Menschen grundlegenden UN-Behindertenrechtskonvention zugrunde, die Behinderung als „normale[n]

12 Vgl. ARNOULD, Une ame en prison, wie Anm. 2, 14; zur Erwähnung des Irrenhauses im Film vgl. AMÉRIS, Sprache, wie Anm. 4, 00:07:20. Laut verschiedener ungesicherter Quellen wurde die Empfehlung, Heurtin in ein Irrenhaus einzuweisen, von ärztlicher Seite ausgesprochen (vgl. z. B. Concorde Filmverleih, Sprache, wie Anm. 2, 18). Hierfür habe ich bislang keine ausreichenden Belege gefunden.

13 Vgl. Michael SCHILLMEIER, Zur Politik des Behindert-Werdens, in: Anne Waldschmidt / Werner Schneider, Hg., Disability Studies, Kulturosoziologie und Soziologie der Behinderung (= Disability Studies 1, Bielefeld 2007), 79–102, hier 79.

14 Vgl. ebd., 79–81 sowie Arbeitsgemeinschaft Disability Studies in Deutschland, Disability Studies, online unter: <http://www.disabilitystudies.de/studies.html> (letzter Zugriff: 17.06.2017).

15 Sarah KARIM, Disability Studies, in: Kerstin Ziemer, Hg., Lexikon Inklusion (Göttingen 2016), 58–59, hier 58. Vgl. exemplarisch zudem SCHILLMEIER, Politik, wie Anm. 13, 80 sowie Arbeitsgemeinschaft Disability Studies in Deutschland, Disability Studies, wie Anm. 14.

Bestandteil menschlichen Lebens und menschlicher Gesellschaft bejaht und als Quelle kultureller Bereicherung [wertschätzt]“.¹⁶

Reaktionen auf Taubblindheit um 1900

Marie Heurtins Biografie basiert im Grunde auf einer Entscheidung gegen die medizinische Lösung und für einen sozial orientierten Umgang mit Taubblindheit. Es stellt sich vor diesem Hintergrund die Frage, inwiefern Heurtins Lebensgeschichte auch für diese Unterscheidung körperlich bedingter Beeinträchtigung und sozial bedingter Behinderung sensibilisiert. Eine erste Ahnung hiervon vermittelt der Blick auf die Reaktionen, die Heurtins Geschichte in Fachwelt und Gesellschaft hervorgerufen hat (Tab. 1).

Tab. 1: Sprachmuster, Herv. KF¹⁷

1. „Nach vier Monaten [...] benimmt sich [Marie] nach wie vor *wie ein wildes Tier*, zeigt keinerlei Interesse, etwas zu lernen. [...] Wie verständigt man sich mit jemandem, der so *gefangen ist in der Finsternis und der Stille*? [...] Jemand muss dieses junge Mädchen [...] aus seinem *Gefängnis* hervorholen und ihr das Sprechen beibringen.“
2. „Es war *kein kleines Mädchen* [...], das nach Notre-Dame de-Larnay gekommen war, *sondern ein wildes Monster*.“
3. „Marie Heurtin was in fact *a little animal*. As the sense of taste was the only sense that gave her enjoyment, she thought only of her food. Her appetite satisfied, she would fall asleep. [...] She had *a sort of instinct*. [...] And from that day the *miracle* was accomplished; *the sleeping soul was awakened*.“
4. „Sie wehrte sich mit Leibeskräften gegen ihre Einlieferung und schrie *wie ein wildes Tier*.“
5. „Neben sparsam eingesetzten Musikuntermalungen, die sich niemals aufdrängen, erleben wir das Ringen um die *Menschwerdung* Maries in absoluter Stille, nur unterbrochen von Originaltönen und gelegentlichem Flüstern von Marguerite.“
6. „Sie ist 14 Jahre alt. *Ein Tier. Ein scheues, wildes Tier*. Der Einzige, der diesem *Kobold* Halt gibt, ist ihr Vater. [...] Sie macht, *was jedes Tier tun würde*: Sie wehrt sich, läuft weg. [...] bewegende Momente, die letztendlich die Erfindung einer Sprache sind und die *Geschichte einer Befreiung*, eine Wiedergeburt. Jeder Weltaufgang ist zart. Das *Wunder* geschieht: Marie Heurtin geht eine Welt auf. Sie lernt Zeichensprache. [...] Die Membranen ihrer Seele beginnen zu schwingen.“

16 Heiner BIELEFELDT, Zum Innovationspotenzial der UN-Behindertenrechtskonvention (2009), online unter: http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/essay_no_5_zum_innovationspotenzial_der_un_behindertenrechtskonvention_auf3.pdf, 6–7.

Die in Tab. 1 versammelten Zitate lassen eine Reihe von Sprach- und Denkmustern erkennen, die repräsentativ sind für die Wahrnehmung von Behinderung um 1900. Kaum zu übersehen ist die konstante Engführung Heurtins mit einem „Monster“ oder „Tier“, einem kleinen, wilden, scheuen, instinktgetriebenen Tier. Was Heurtin dadurch abgesprochen wird, ist ihr Menschsein, und geschuldet ist diese Deklassierung ihrer Taubblindheit. Diese wird gesehen als „Gefängnis“, und wer in solcher „Finsternis und [...] Stille“ gefangen ist, müsse befreit werden. Dass dies im Falle Heurtins gelingt, komme einem „Wunder“ gleich. Erst jetzt, erst dadurch, dass man sich der Taubblinden annimmt und ihr vermittels Sprache einen Zugang zur Welt der Nichtbehinderten eröffnet, werde der in einem defizitären Körper gefangene – polemisch formuliert – „Nicht-Mensch“ Heurtin zum Menschen. Erst jetzt – durch das wohlwollende Zutun der nichtbehinderten Gesellschaft – werde die Seele Heurtins erweckt. Mit solcher Inbrunst, solchem Pathos wird dem bis dahin scheinbar seelenlos gewesenen behinderten Mädchen Seele eingehaucht, dass dessen „Membranen [...] zu schwingen beginnen“.

Die hier versammelten Stimmen zu Heurtin gleichen Wahrnehmungsmustern von Behinderung, die für das 19. Jahrhundert durchaus gängig waren. Sich in das (mehrfach) beeinträchtigte Mädchen einzufühlen, scheint ebenso unvorstellbar wie die Möglichkeit, dass ihr Lebenszustand nicht automatisch auch einen Leidenszustand bedeutet. Doch leidet Heurtin denn wirklich? Und wenn ja, leidet sie dann unter der Körperlichkeit der Taubblindheit oder durch das Verhalten, das ihr von anderen entgegengebracht wird – leidet sie also unter der körperlichen Beeinträchtigung oder der sozialen Behinderung? Der Weg aus dem Leiden, so eine in den Zitaten erkennbare Annahme, führt über Spracherwerb, welcher dem behinderten Mädchen Zugang in die Gemeinschaft der „Nichtbehinderten“ eröffnet. Versteckt ist darin die Forderung, dass das behinderte Kind an die nichtbehinderte Gemeinschaft und folglich das vermeintlich Abnorme an die vermeintliche Norm anzupassen ist. Und ja, Heurtin ist am Ende Teil der Gemeinschaft und sogar ein glücklicher Teil dieser Gemeinschaft – aber war sie das zuvor nicht auch? Der Film hebt dies an prominenter Stelle deutlich hervor, wenn er Heurtin bereits in der ersten Filmsequenz in einem mit ihrem Vater geteilten Moment der Zufriedenheit und des Friedens zeigt und damit nicht als isoliert oder ausgeschlossen, sondern als Teil einer kleinen, aber nichtsdestoweniger glücklichen Gemeinschaft charakterisiert.

Was sich hier insgesamt zu erkennen gibt, lässt sich mit Rosemarie Garland Thomson als der rührselige, von Sentimentalität geprägte Blick der nicht beeinträchtigten Gesellschaft auf beeinträchtigte Menschen bezeichnen. Diese werden präsentiert als sympathische Opfer oder hilflos Leidende, als tapfer und mutig, als Menschen, die auf Hilfe oder Beistand angewiesen sind. Diese Hilfe kommt von außen, von einer nicht beeinträchtigten Person. Es ist ein paternalistischer Blick: Die beeinträchtigte Person wird infantilisiert und in eine passive Rolle gedrängt (es benötigt nur wenig Vorstellungskraft zu überlegen, wie sich dies verstärkt, wenn es sich dabei wie im Falle Heurtins zudem um eine Person handelt, die sich selbst noch im Kindesalter befindet); die „nicht beeinträchtigte Norm“ erhebt hingegen alleinigen Anspruch auf Autorität und Handlungsmacht.¹⁸

17 Ich weiß: An dieser Stelle wäre eigentlich eine Auflösung der Quellen zu erwarten. Ich verspreche, sie kommt noch.

18 Vgl. Rosemarie GARLAND THOMSON, *Seeing the Disabled. Visual Rhetorics of Disability in Popular Photography*, in: Paul K. Longmore / Lauri Umansky, Hg., *The New Disability History. American Perspectives* (New York 2001), 335–374, hier 340.

Unabhängig davon, ob das hier zu erkennende „Abnorme“ positiv oder negativ konnotiert wird, also beispielsweise unabhängig davon, ob man der zum „Tier“ oder „Monster“ erklärten behinderten Person ihre Menschlichkeit abspricht oder sie umgekehrt zu einem „Wunder“ stilisiert: Alle diese Sichtweisen schaffen Ausgrenzung, sind eine Form des „doing disability“. Der Taubblinde, der körperlich beeinträchtigte Mensch, wird nicht gesehen als „normaler“ Teil der Gesellschaft, sondern als etwas Besonderes, als jemand (oder hier: etwas), der bzw. das außerhalb der Norm steht. Die hier erkennbaren Sprach- und Blickregimes sind typisch für das 19. Jahrhundert und beispielhaft dafür, was mit dem sozialen Modell von Behinderung beschrieben wird. Behinderung wird erst durch diesen Blick von außen, vom extern Betrachtenden, von der Gesellschaft geschaffen. Mit Blick auf die medizinethischen Diskussionen, die Arbeit der Disability Studies, die Grundsatzdokumente wie die UN-Behindertenrechtskonvention würde man nun meinen, dass dieser rührselige Blick und die mit ihm verbundene Form der Diskriminierung heute kein Gewicht mehr haben würde. Doch werden die Zitate zu Marie Heurtin aufgelöst, ergibt sich ein gänzlich anderes Bild: Denn diese Stimmen reichen von den Tagebuchaufzeichnungen Schwester Marguerites wenige Monate nach Maries Ankunft am Institut¹⁹ (Zitat 1: „Nach vier Monaten“), über Louis Arnoulds „Seelen im Gefängnis“ von 1904 (Zitat 2: „Es war kein Mädchen“),²⁰ eine 1909 veröffentlichte Rezension zu Louis Arnoulds „Une ame en prison“ (Zitat 3: „Marie Heurtin was in fact“),²¹ das Améris' Film begleitende Presseheft aus dem Jahr 2015 (Zitat 4: „Sie wehrte sich“),²² die aus demselben Jahr stammende Begründung der Deutschen Film- und Medienbewertung für die Beurteilung des Filmes als „besonders wertvoll“ (Zitat 5: „Neben sparsam eingesetzten“)²³ bis hin zu einer Feuilleton-Rezension, ebenfalls aus dem Jahr 2015 (Zitat 6: „Sie ist 14 Jahre alt“)²⁴. Das Beispiel Marie Heurtins und ihre biografisch-ästhetische Repräsentation im Massenmedium des Filmes zeigen dadurch etwas Erschreckendes: Sie demonstrieren, dass sich die öffentlichen Wahrnehmungsmuster auf Behinderung trotz der wissenschaftlichen Meilensteine, welche die Medizinethik und die Disability Studies inzwischen hervorbrachten, im Verlauf von 120 Jahren im Grunde kaum geändert haben.

Informationen zur Autorin

Dr. Katharina Fürholzer, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der Universität Ulm, Parkstraße 11, 89073 Ulm, Deutschland, E-Mail: katharina.fuerholzer@uni-ulm.de

19 Zitiert nach N. N. Marie Heurtin, online unter: <https://der-andere-film.ch/filme/filme/titel/mno/marie-heurtin> (letzter Zugriff: 17.06.2017).

20 ARNOULD, Une ame en prison, wie Anm. 2, 15 (Übersetzung KF; im Original: „Ce n'était pas une fillette [...] qui était entrée à Notre-Dame de Larnay, mais un monstre furieux.“)

21 N. N., A French Helen Keller, in: Sacred Heart Review 41 (30. Januar 1909), 90.

22 Concorde Filmverleih, Sprache, wie Anm. 2, 10.

23 FBW, Die Sprache des Herzens, Presstext, online unter: http://www.fbw-filmbewertung.com/film/die_sprache_des_herzens (letzter Zugriff: 17.06.2017).

24 Kerstin DECKER, Ein zarter Weltaufgang, in: Der Tagesspiegel (3. Januar 2015), online unter: <http://www.tagesspiegel.de/kultur/die-sprache-des-herzens-von-jean-pierre-ameris-ein-zarter-weltaufgang/11179990.html> (letzter Zugriff: 17.06.2017).

Nina Balcar

Von der Erfindung einer „Krankheit“: Das „psychopathische“ Kind um 1900¹

English Title

Inventing a “Disease”: The “Psychopathic” Child around 1900

Summary

At the turn of the twentieth century, more and more school children were considered mentally “abnormal” by pedagogues and psychiatrists. “Psychopathic inferiorities” (*Psychopathische Minderwertigkeiten*) quickly turned into a fashionable diagnosis. This article deals with the concept of psychopathy, which developed around 1900 in the context of pedagogy and psychiatry, and reconstructs the psychopathologization of school children by pedagogy and psychiatry in Germany. Based on selected case studies, the paper compares their ideas of the so called psychopathic child. By analysing the functions of the discourse about the “psychopathic” child, the author explains the significant success of the diagnosis “psychopathy”.

Keywords

Psychopathy, psychopathologization of school children, boundary dispute between psychiatry and pedagogy, Imperial Germany

1 Dieser Beitrag basiert auf meiner Dissertation: Nina BALCAR, *Kinderseelenforscher. „Psychopathische“ Schuljugend zwischen Pädagogik und Psychiatrie* (Köln–Weimar–Wien 2018). Weiterführende Forschungsliteratur findet sich dort.

Einleitung

Im ausgehenden 19. Jahrhundert begannen Pädagogen und Psychiater, die „abnorme“ Kinderseele zu erforschen. Dabei diagnostizierten sie immer häufiger „Psychopathische Minderwertigkeiten“, die zu einer Modediagnose avancierten. Der Beitrag zeichnet zunächst die Genese des Psychopathiekonzeptes nach, das im Kontext der interdisziplinären Psychopathologisierung der Schule um 1900 stand. Anschließend werden die Beobachtungen an vermeintlich psychopathischen Kindern von Pädagogen und Psychiatern miteinander verglichen. Im letzten Teil des Beitrages wird gefragt, welche Funktionen das Psychopathiekonzept erfüllte, um den Erfolg der Modediagnose zu erklären.

Die Psychopathologisierung des „auffälligen“ Schulkindes

Die Psychopathologisierung des Schulkindes war in gewisser Hinsicht ein Gemeinschaftswerk von Psychiatern und Pädagogen. Sie nahm ihren Ausgang bei den „auffälligen“, den nicht ganz normalen Schulkindern. Ein Leipziger Volksschullehrer machte hier den Anfang. Gustav Siegert (Lebensdaten nicht bekannt), der heute völlig in Vergessenheit geraten ist, versuchte 1889 erstmals, die „problematischen Kindesnaturen“² seiner Schulklassen zu analysieren. Dabei griff er zur Erklärung sporadisch auf psychiatrische Konzepte wie das der „moral insanity“ zurück, das von Psychiatern allerdings vorsichtiger verwendet wurde. Die Psychiater ihrerseits nahmen die pädagogische Schrift amüsiert und zugleich verärgert zur Kenntnis, wagte sich doch ein Laie – ein noch nicht einmal akademisch gebildeter Lehrer – auf ihr Gebiet vor. Der Bonner Psychiater Carl Pelman (1838–1916) nutzte Siegerts Schrift, um aufzuzeigen, wie „schwer es dem Nicht-Psychiater bei allem guten Willen wird, eine richtige Deutung [der] Krankheitszustände zu gewinnen“.³ Zwar hielt Siegert vorwiegend an religiös gefärbten moralischen Urteilen fest, wenn er zum Beispiel das „auffällige“ Verhalten eines „Problemkindes“ als Ausdruck dämonischer Einflüsse zu erklären versuchte. Doch forderte er erstmals die Schaffung eines neuen Forschungsgebietes: das der Pädagogischen Pathologie.

Als eigentlicher Gründungsvater der Pädagogischen Pathologie gilt der Herbartianer Ludwig Strümpell (1812–1899). Strümpell listete in der ersten Auflage seiner „Lehre von den Kinderfehlern“ von 1890 rund 300 sogenannte Kinderfehler auf.⁴ Sein Versuch, sämtliche Kinderfehler zu erfassen und zu systematisieren, stieß sowohl bei Pädagogen als auch bei Psychiatern auf Kritik. Den reformorientierten Pädagogen ging Strümpell nicht weit genug, sie forderten eine stärkere Einbeziehung psychiatrischer Kenntnisse. Die Psychiater kritisierten hingegen, dass Strümpell sozusagen übergriffig geworden sei, indem er als Pädagoge über die Seele des Kindes schrieb.⁵

2 Gustav SIEGERT, *Problematische Kindesnaturen* (Kreuznach–Leipzig 1889).

3 Carl PELMAN, *Rez. Chr. Ufer: Geistesstörungen in der Schule. Ein Vortrag nebst dreizehn Krankbildern*, Wiesbaden 1891, in: *Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane* 3 (1892), 244–245, hier 245.

4 Ludwig STRÜMPELL, *Die pädagogische Pathologie oder die Lehre von den Fehlern der Kinder. Versuch einer Grundlegung für gebildete Ältern, Studierende der Pädagogik Lehrer sowie für Schulbehörden und Kinderärzte* (Leipzig 1890).

5 Vgl. Robert SOMMER, *Rez. L. Strümpell: Die pädagogische Pathologie oder die Lehre von den Fehlern der Kinder*, Leipzig 1890, in: *Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane* 2 (1891), 380–381, hier 380.

Etwa zur gleichen Zeit, als Siegert seine „problematischen Kindesnaturen“ veröffentlichte, kündigte ein damals noch unbekannter Volksschullehrer aus Rekum bei Bremen – Johannes Trüper (1855–1921) – die Gründung einer Heilerziehungsanstalt für schwer erziehbare Kinder an. Das Besondere an diesem Heim war dessen interdisziplinärer Charakter, der bis dato einzigartig war. Doch wie kam ein gewöhnlicher norddeutscher Volksschullehrer dazu, eine nach damaligen Maßstäben moderne Heilerziehungsanstalt zu gründen? Johannes Trüper hatte zuvor an Bremer Gemeindeschulen gearbeitet. Seine schwächliche Konstitution war dem feuchtkalten Klima, der mangelnden Hygiene in den Schulklassen und der stimmlichen Belastung allerdings nicht gewachsen. So ließ er sich beurlauben und ging 1887 in die Universitätsstadt Jena, die für ihn einen besonderen Reiz ausübte, vor allem durch den Herbartianer Wilhelm Rein (1847–1929), der zunächst noch ein Extraordinariat für Pädagogik innehatte. Trüper nutzte die Dienstbefreiung zur beruflichen Weiterbildung. Er besuchte neben pädagogischen Veranstaltungen insbesondere psychiatrische Vorlesungen bei Otto Binswanger (1852–1929) und dessen Schüler Theodor Ziehen (1862–1950). In Reins universitärer Übungsschule konnte er zudem als Ausbildungslehrer arbeiten. Die Übungsschule besaß eine große Bedeutung für die Lehrerausbildung sowie für die Kinderforschung, weil Forscher wie der Psychiater Ziehen dort Untersuchungen an den Schüler/-innen vornehmen konnten.⁶

Trüper knüpfte in Jena schnell Kontakte zu einflussreichen Personen und fand in den Professoren Binswanger, Rein und Ziehen tatkräftige Unterstützer für die Gründung seiner Heilerziehungsanstalt. Die enge Anbindung an die Universität blieb das Alleinstellungsmerkmal der Anstalt. Die Psychiater arbeiteten als nervenärztliche Berater auf der Sophienhöhe – so hieß die Anstalt seit 1892. Und Rein stellte seine Übungsschule für die Mitarbeiter/-innen der Sophienhöhe zur Verfügung. Umgekehrt durften Reins Studierende auf der Sophienhöhe hospitieren.

Als Trüper mit dem Ausbau seiner Sophienhöhe sowie seines Netzwerkes beschäftigt war, lernte er den Psychiater Julius Ludwig August Koch (1841–1908) kennen. Der eher randständige Irrenarzt war – wie Trüper – ein tief religiöser Mensch, der an der freien Willensbestimmung auch vermeintlich irrer Menschen festhielt. Als Koch im entlegenen Zwiefalten an der dreibändigen Studie über die „Psychopathischen Minderwertigkeiten“ schrieb, hatte er nicht die „vorwiegend unheilbaren Insassen“ seiner Irrenanstalt vor Augen, sondern vielmehr seine eigenen „auffälligen“⁷ Verhaltensweisen und die seiner Mitmenschen, die zwischen Gesundheit und Krankheit changierten. Trüper richtete seine Anstalt auf die besonderen Bedürfnisse „psychopathischer“ Kinder aus, sodass die Sophienhöhe als Vorläuferin der Psychopathenfürsorge gelten kann.

Was bisher nicht bekannt war, ist, dass Koch Trüper um Rat fragte, als er mit dem Begriff „Minderwertigkeit“ haderte. Für Trüper kam der Terminus nicht infrage, da er die Eltern seiner Zöglinge nicht kränken wollte. Beide ahnten, dass der missverständliche Begriff Anstoß erregen würde, und so sollte es auch kommen. Trotzdem traf Koch den Nerv der Zeit. Vor allem medizinische Laien, darunter viele Pädagogen, begeisterten sich für die „Psychopathischen

6 Vgl. Theodor ZIEHEN, Theodor Ziehen, in: Raymond Schmidt, Hg., *Die Philosophie der Gegenwart in Selbstdarstellungen* 4 (Leipzig 1923), 218–237, hier 225.

7 Robert GAUPP, J.L.A. Koch's Psychiatrische Lehren in ihrer Bedeutung für die Entwicklung der klinischen Psychiatrie, in: *Festschrift Hundertjahrfeier Württ. Heilanstalt Zwiefalten* (Stuttgart 1912), 193–238, hier 197.

Minderwertigkeiten“. Das lag auch daran, dass Trüper den Diagnosekomplex in einer populärwissenschaftlichen Schrift auf das Kindesalter bezog. Auch Ludwig Strümpell las mit großer Aufmerksamkeit die voluminösen Ausführungen seines Freundes und nahm dessen Diagnosekomplex in die zweite Auflage seiner „Pädagogischen Pathologie“ auf. Strümpells Schüler Alfred Spitzner (1865–?), der sich euphorisch über die erste Auflage geäußert hatte, forderte nun die konsequente Abgrenzung von der Psychiatrie, da er fürchtete, dass in Zukunft immer nur das „böse“ Gehirn der Schüler für sämtliche Verhaltensauffälligkeiten verantwortlich gemacht werde.⁸ Vielen Lehrern – insbesondere den Oberlehrern – ging das Zugeständnis an die Psychiatrie in der Tat zu weit. Für sie blieben einzig die Philosophie und Psychologie die Grundwissenschaften der Pädagogik. Die reformorientierten Pädagogen wie Trüper oder sein Mitstreiter Christian Ufer (1856–1934) – Leiter einer Mädchenschule – forderten hingegen die Öffnung der Pädagogik zur Medizin, insbesondere zur Hygiene und Psychiatrie. Sie warben in Lehrerkreisen für die Anerkennung der „Psychopathischen Minderwertigkeiten“.⁹

Für die Verbreitung der Koch'schen Lehre erwies sich vor allem eine Zeitschrift als erfolgreich. Schon Strümpell hatte sich ein „Centralblatt“ für die Pädagogische Pathologie gewünscht.¹⁰ Trüper, Ufer, Koch und ein Theologe gründeten 1896 die Zeitschrift mit dem bezeichnenden Namen „Die Kinderfehler“. Zuvor hatten die vier Zeitschriftengründer lebhaft über einen geeigneten Namen gestritten. Koch hätte den Namen „Heilerziehungs-Blätter“ präferiert und hatte sich vehement gegen den Zusatz „Pädagogische Pathologie“ gewehrt.¹¹ Aber die Heilerziehung sollte nur ein Bereich, nicht das Hauptthema der Zeitschrift sein, so die Meinung der Pädagogen. Die „Kinderfehler“ wurden eine Plattform für alle an der Kinderseele Interessierten. Sie durften, ja sollten ihre Beobachtungen am vermeintlich abnormen Kind der Redaktion zusenden.

Das „psychopathische“ Kind in Pädagogik und Psychiatrie

Wenn man die Beiträge aus der Zeitschrift „Die Kinderfehler“, die 1900 in „Zeitschrift für Kinderforschung“ umbenannt wurde, analysiert, fällt zunächst auf, dass gerade in den ersten Erscheinungsjahren viele sogenannte psychopathisch minderwertige Kinder beschrieben wurden. Darunter vor allem sittlich „abnorme“ Kinder, da sie die größte Bedeutung für die Praxis besaßen: etwa die verlogenen, sexuell frühreifen oder „heftigen“ Kinder – sprich all jene, die für ihre Mitschüler/-innen ein schlechtes Beispiel darstellten und den Unterricht störten.

Die Individualitätenbilder basierten auf Unterrichtsbeobachtungen. Herbartianer des frühen 19. Jahrhunderts hatten bereits Individualitätenbilder verfasst, in denen der Körper des Schülers bzw. der Schülerin allerdings noch kaum eine Rolle gespielt hatte. Im späten 19. Jahrhun-

8 Vgl. Alfred SPITZNER, Die wissenschaftliche und praktische Bedeutung der Lehre von den Psychopathischen Minderwertigkeiten für die Pädagogik (Leipzig 1894), 19.

9 Vgl. BALCAR, Kinderseelenforscher, wie Anm. 1.

10 Vgl. Otto HINTZ, Die Erziehung abnormer Kinder in Normalschulen, in: Neue Bahnen 8 (1897), 188–196, 243–266, 306–322, hier 322.

11 Heilpädagogisches Archiv der Humboldt-Universität zu Berlin (HPA), Nachlass Johannes Trüper, Kart. 9, Nr. 29k: Briefe zwischen Kollegen, Freunden, Verwandten und J. Trüper, Julius Ludwig August an Johannes Trüper vom 18. Oktober 1895.

dert änderte sich der Blickwinkel. So bezogen sich Pädagogen auf Kochs „Psychopathische Minderwertigkeiten“ und gingen bisweilen sogar so weit, selbst die Diagnose zu stellen. Anton Schreuder (Lebensdaten nicht bekannt) etwa, ein befreundeter Kollege Trüpers aus den Niederlanden, der mit der Unterstützung von Ziehen ebenfalls ein heilpädagogisches Heim eröffnete, diagnostizierte bei einem sehr unruhigen Schüler eindeutig „Psychopathische Minderwertigkeit“. Die Ursache seiner Andersartigkeit führte Schreuder auf dessen nervöse Mutter und seinen Alkoholgenuß zurück, aber in erster Linie auf die chaotischen familiären Verhältnisse.¹² Im Elternhaus, Milieu, Freundeskreis lag für die meisten Pädagogen der eigentliche Grund für das absonderliche Verhalten ihrer Schüler/-innen. Kein Einzelfall, auch Trüper war überzeugt, dass die Vererbungslehre sich hauptsächlich dazu eigne, Eltern in Angst zu versetzen. Deren Nutzen hielt er hingegen für gering.¹³

Das bedeutet aber nicht, dass auch die Herbartianer im Umkehrschluss von einer Allmacht der Erziehung ausgingen – wie andere Reformpädagogen ihrer Zeit.¹⁴ Für die pädagogische Autorität Rein war es gar eine Torheit, „eine unbegrenzte Bildsamkeit anzunehmen“.¹⁵ Dennoch glaubte er, „an die Möglichkeit des Besserwerdens und deshalb arbeiten wir dafür in der Überzeugung, dass die Erziehung trotz aller Schranken und Hindernisse, die sie findet, eine Macht ist im Leben des Volkes, die wir nicht aus der Hand geben wollen“.¹⁶ Trüper teilte Reins Skepsis, gab jedoch keinen seiner Zöglinge auf, denn es „gewähre eine schöne, innere Befriedigung, einen Knaben“¹⁷ zu retten, wie er einmal etwas pathetisch in einer Mitarbeiterbesprechung verkündete.

Eigentlich hätte sich Koch über die große Verbreitung seiner Lehre in Laienkreisen freuen können. Anfänglich hatte er es auch tatsächlich begrüßt, dass sich Lehrer mit der Psychiatrie vertraut machten. Als er dann allerdings merkte, dass einige unter ihnen dazu übergingen, jeden „faule[n] und schlingelhafte[n] Schüler“ als „psychopathisch minderwertig“ einzustufen, warnte er Laien vor der Lektüre seiner „Psychopathischen Minderwertigkeiten“.¹⁸

Kochs Fachkollegen nahmen die „Psychopathischen Minderwertigkeiten“ hingegen nur mit eingeschränkter Zustimmung auf. Während sie es grundlegend begrüßten, dass Koch auch die leichten Fälle der Psychiatrie zurechnete, widerstrebe vielen Psychiatern der moralisch klingende Begriff „Minderwertigkeit“.¹⁹ Kritiker warfen Koch vor, sich von der angeblich objektiven und wertfreien Naturwissenschaft zu entfernen.²⁰ Dieses Urteil kam einem Verdikt

12 Vgl. Anton SCHREUDER: Gerrit W., ein psychopathisch minderwertiger Knabe der öffentlichen Schule, in: Zeitschrift für Kinderforschung 5 (1900), 119–133, hier 131.

13 Vgl. Johannes TRÜPER, Psychopathische Minderwertigkeiten im Kindesalter. Ein Mahnwort für Eltern, Lehrer und Erzieher (Gütersloh 1893), 20.

14 Vgl. Patrick BÜHLER, Neue Formen des Heils und der Heilung. Zur Psychopathologie des Schullebens am Anfang des 20. Jahrhunderts, in: Rolf Becker / Patrick Bühler / Thomas Bühler, Hg., Sakralität und Pädagogik (Bern 2018), 193–213.

15 Wilhelm REIN, Erziehung, ihre Macht und ihre Grenzen, in: Wilhelm Rein, Hg., Enzyklopädisches Handbuch der Pädagogik, Bd. 2: Deklamieren – Franziskaner (Langensalza ²1904), 578–583, hier 581.

16 Ebd., 583.

17 Konferenz am 26. Juni 1900, Protokollbuch [in Privatbesitz]. Für eine Kopie danke ich Alexandra Schotte.

18 Julius Ludwig August KOCH, Das Nervenleben des Menschen in guten und bösen Tagen. Eine Schrift zur Belehrung, zu Rat und Trost (Ravensburg ³1895), 134.

19 GAUPP, J.L.A. Koch's Psychiatrische Lehren, wie Anm. 7, 238.

20 Vgl. Robert GAUPP, Julius Ludwig August Koch 1841–1908, in: Theodor Kirchhoff, Hg., Deutsche Irrenärzte 2 (Berlin 1924), 195–202, hier 201.

gleich, schließlich wies Wilhelm Griesingers Satz „Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten“ die Psychiatrie eindeutig als Naturwissenschaft aus. Koch selbst stellte Griesingers Paradigma nicht infrage. Vielen Kollegen missfiel zudem, dass Kochs „Psychopathische Minderwertigkeiten“ nicht aus klinischen Fallgeschichten hervorgegangen waren.²¹

Die Psychiater nach Koch übernahmen lediglich einen Typus: die angeborenen, andauernden und degenerativen Psychopathien. Damit betonten sie die Bedeutung der Vererbung. Die vielfach als Pioniere der Kinderpsychiatrie bezeichneten Psychiater Theodor Ziehen, Wilhelm Strohmayr (1874–1936) und Ludwig Scholz (1868–1918) griffen zwar nur eine „Light-Version“ von Kochs umfänglichem Psychopathie-Konzept auf, doch war es auch ihnen schier unmöglich, die „Psychopathien“ zu klassifizieren. Ziehen, der im engsten Kontakt zu den pädagogischen Kinderforschern stand, insbesondere durch seine Tätigkeit als nervenärztlicher Berater auf der Sophienhöhe von 1890 bis 1900, trennte zwischen angeborenem Schwachsinn und der psychopathischen Konstitution, die ohne einen Intelligenzdefekt einhergehe. In den psychiatrischen Fallgeschichten stand vor allem die Vorgeschichte der Patientin bzw. des Patienten im Vordergrund: Erbkrankheiten, eine mögliche „Belastung“ der Eltern durch Syphilis, Alkoholmissbrauch, Traumata oder schwere Erkrankungen in der frühesten Kindheit. Damit war klar, um es mit den Worten des Psychiaters Scholz zu sagen: „Erziehung und Beispiel tun in das Kind nichts hinein, was nicht schon in ihm liegt, sie holen nur das Vorhandene heraus.“²² Der spätere Lebensweg schien somit vorgezeichnet: Die Psychopathen landeten auf der Landstraße oder im Gefängnis, während sich die Psychopathinnen als Prostituierte verdingten. Endstation war für beide Geschlechter entweder die Irrenanstalt oder das Armenhaus.²³

Welche Funktionen erfüllte das Psychopathiekonzept?

Um zu verstehen, warum die Psychopathie zur Modediagnose avancierte, sollte immer mitgedacht werden, dass es sich bei der Psychopathie erstens um ein multikausales Phänomen und zweitens um ein Konstrukt handelt. Eigentlich müsste an dieser Stelle auf die mannigfaltigen soziokulturellen, ökonomischen Entwicklungen der Jahrhundertwende eingegangen werden, was jedoch aus Platzgründen nicht möglich ist. Im Folgenden geht es lediglich um die Bedeutung der Psychopathie für den interdisziplinären Diskurs und das Verhältnis von Pädagogik und Psychiatrie.

Legitimationsfunktion

Im frühen 20. Jahrhundert gerieten die philosophischen Fakultäten durch den Aufstieg und die Ausdifferenzierung der Naturwissenschaften immer mehr unter Druck. An der Universität war die Pädagogik eine weitgehend marginalisierte Disziplin. Die Pädagogen befanden sich somit in der Defensive und sahen sich immer wieder gezwungen, sich und ihr Fach zu legitimieren.

21 Vgl. ebd., 196.

22 Ludwig SCHOLZ, *Anomale Kinder* (Berlin 1912), 260.

23 Vgl. Ludwig SCHOLZ, *Abnorme Kindesnaturen*, in: *Zeitschrift für Kinderforschung* 8 (1903), 61–74, 110–122, hier 116.

So machten sie Zugeständnisse an die Medizin in der Hoffnung, das Ansehen der Pädagogik zu erhöhen und die Anerkennung der universitären Pädagogik voranzubringen. In diesem Zusammenhang war die „Psychopathische Minderwertigkeit“ eine geeignete Diagnose, weil sie so diffus und offen war.²⁴

Eine weitere Kampflinie bildete die Schule. Davon zeugen die Individualitätenbilder, in denen die miserablen Arbeitsbedingungen in herkömmlichen Schulen angeprangert wurden: zu viele Schüler/-innen pro Klasse, veraltete Lehrmittel und -pläne, mangelnde Hygiene etc. Gleichzeitig plädierten die Autoren der Individualitätenbilder für eine umfassende Schulreform.

Die Psychiatrie hatte sich im Laufe der 1890er-Jahre als eigenständige Disziplin, die nun auch als obligatorisches Prüfungsfach im Rahmen des Medizinstudiums verankert war, etabliert. Ihre zentrale Herausforderung bestand darin, ihren Anspruch, ihre medizinische Macht über Nichtpathologisches geltend zu machen. Der Soziologe Michel Foucault (1926–1984) war diesbezüglich überzeugt, dass die Psychiatrie ihre Macht erst ausweiten konnte, als sie die „verhaltensauffällige“ Kindheit zu ihrem Gegenstandsbereich machte. Um die Deutungsmacht über „Verhaltensauffälligkeiten“ zu erlangen, die traditionell nicht in den Zuständigkeitsbereich der Psychiatrie fielen, habe die Psychiatrie eine neue Nosografie konstruieren müssen.²⁵ Auch im deutschen Kaiserreich ging die Ausweitung der Macht der Psychiatrie von deren Besetzung des „abnormen“ Verhaltens aus. Den Anfang machte Koch. Indem er die „leichten“ Fälle als Problem der Psychiatrie identifizierte, erweiterte er ihren Zuständigkeitsbereich. Seinen eigentlichen Siegeszug trat der Diagnosekomplex aber erst an, als Ziehen, Strohmayer und Scholz ihn auf das Kindesalter bezogen. Ihre Psychopathiekonzepte enthielten alle Merkmale, die nach Foucault die Machtausweitung der Psychiatrie kennzeichneten. Sie pathologisierten auffällige Verhaltensweisen, indem sie ihnen krankhafte Triebe und Neigungen zugrunde legten. Zudem verstanden sie die Psychopathie als „Anwartschaft auf eine stets drohende Krankheit“.²⁶ Entscheidend aber ist, dass sie im „psychopathischen“ Kind vor allem eine zukünftige Gefährdung der Gesellschaft sahen – einen Risikofaktor, da sich die Veranlagung zur Psychopathie ihrer Meinung nach selbst unter günstigsten Verhältnissen entwickle. Dieses Psychopathiekonzept war für die Pädagogik nicht mehr vertretbar, da ein psychopathisch veranlagtes Kind, das bereits den „Keim des ethischen Verfalls“²⁷ in sich trage, wie Ziehen glaubte, durch Erziehung nicht mehr geheilt werden könne. So wird verständlich, warum sich die Pädagogen weiter an Kochs Psychopathieverständnis orientierten – also auf dem Stand der 1890er-Jahre verharren.

24 Vgl. BALCAR, *Kinderseelenforscher*, wie Anm. 1.

25 Vgl. Michel FOUCAULT, *Die Anormalen* (Frankfurt am Main 2003), 407–410.

26 Wilhelm STROHMAYER, *Vorlesungen über die Psychopathologie des Kindesalters*. Für Mediziner und Pädagogen (Tübingen 1910), 36.

27 Theodor ZIEHEN, *Die Erkennung der psychopathischen Konstitutionen (krankhaften seelischen Veranlagungen) und die öffentliche Fürsorge für psychopathisch veranlagte Kinder* (Berlin 1912), 27.

Selektionsfunktion – „Auslese des Schülermaterials“

Foucault sah in dieser neuen Nosografie einen Rassismus gegen die „Anormalen“, der sich problemlos mit dem Antisemitismus verbinden ließ und den medizinischen Eingriff in die Reproduktion vorbereitete. Bei der Diagnose Psychopathie ging es tatsächlich immer auch um Selektion derjenigen, die von der gesellschaftlichen Norm abwichen. Es waren gerade die als sittlich verkommen stigmatisierten Schüler/-innen, für die sich Lehrer/-innen eine gesonderte Erziehung außerhalb der Regelschule wünschten. Und viele Kinderforscher stellten eine besonders häufige „psychoneurotische Rassebelastung der Semiten“²⁸ unter ihren Zöglingen fest. In Deutschland wurde die Selektion der unliebsamen Schüler/-innen durch die Entwicklung einer entsprechenden Fürsorge institutionalisiert, die den Schutz der „normalen“ Schüler/-innen vor ihren „psychopathischen“ Mitschülerinnen und Mitschülern gewährleisten sollte.

Auch die Dokumentationspraxis der Schulen und Erziehungsheime trug zur Ausgrenzung bei. So verwendeten Militärersatzkommissionen Trüpers Personalienbuch, um eine Aufnahme „psychopathisch Minderwertiger“ in das Heer zu verhindern. Durch die Registrierung der „psychopathischen“ Jugendlichen und die Vernetzung der militärischen, jugendfürsorgerischen und schulischen Institutionen sollte eine lückenlose Kontrolle aufgebaut werden. Die Kinderforscher arbeiteten zudem wesentlich den Rassenhygienikern zu.²⁹ Der Schritt zur Zwangssterilisierung von psychopathischen Zöglingen, wie ihn Karl Wilker (1885–1980) 1914 in der Zeitschrift für Kinderforschung in Erwägung zog, war nicht mehr weit. Seinerzeit waren jedoch medizinische Eingriffe in die Reproduktion noch lediglich diskursive Mittel der Verhütung sogenannter „minderwertiger“ Nachkommen.³⁰

Resümee

Dieser Beitrag zielt darauf ab, zu erklären, wie und warum im späten Kaiserreich aus der Psychopathie eine Modediagnose werden konnte. Der Erfolg der Diagnose Psychopathie lässt sich nur verstehen, wenn ein ganzes Bündel an Faktoren berücksichtigt wird. Zunächst war die Psychopathie Ausdruck ihrer Zeit, gewissermaßen ein Kind des Zeitgeists: Forcierte Industrialisierung, Urbanisierung, demografischer Wandel, Säkularisierung veränderten die Gesellschaft um 1900 tiefgreifend, was bei vielen Zeitgenossen Ängste schürte. So meinten Kinderforscher im Verhalten der Schulkinder immer häufiger eine Folge der sozioökonomischen Wandlungsprozesse zu entdecken, die sich in ihren Augen eben auch in der vermeintlichen Zunahme der Psychopathie äußerten. Im Kontext dieser Modernisierungsprozesse geriet dann auch das staatliche Schulsystem als ein zentrales Element der gesellschaftlichen Modernisierung in den Fokus einer besorgten Öffentlichkeit; es musste nicht selten als Sündenbock herhalten, wenn eine Schülerin oder ein Schüler scheiterte.

28 STROHMAYER, Vorlesungen, wie Anm. 26, 34.

29 Vgl. KARL WILKER, Über das Individualitätenbild, in: Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 23 (1910), 384–393, hier 387–389.

30 Vgl. MARIA A. WOLF, Eugenische Vernunft. Eingriffe in die reproduktive Kultur durch die Medizin 1900–2000 (Köln–Weimar–Wien 2008).

Das „auffällige“ Schulkind war von Anfang an ein stark umkämpftes Forschungsobjekt von Pädagogen und Pädagoginnen sowie Psychiatern und Psychiaterinnen. Im Konkurrenzkampf um Deutung und Therapie der „abnormen“ Kinderseele trugen diese beiden Gruppen berufspolitische Interessenkonflikte aus. Letztlich stellte die Psychopathie eine mögliche – und in der zeitgenössischen Wahrnehmung eine sehr häufige – Folge des Scheiterns an den Herausforderungen der Moderne dar. Zugleich diente sie als Vehikel für das Streben der Kinderforscher nach wissenschaftlicher Anerkennung bzw. Etablierung ihrer Disziplin.

Informationen zur Autorin

Dr. Nina Balcar, Lehrbeauftragte an der Ruhr-Universität Bochum, E-Mail: nina.balcar@web.de
Forschungsschwerpunkte: Historische Bildungsforschung, Kultur-, Wissens- und Wissenschaftsgeschichte, insbesondere der Pädagogik und Psychiatrie

Nora Bischoff

**Nomadeninstinkt, Wandertrieb,
pathologisches Fortlaufen.
Medikalisierte Deutungsmuster im pädagogischen
Kontext (ca. 1900–1970)**

English Title

The Vagrant Child: An Example of the Amalgamation of Medical and Pedagogic Patterns of Interpretation (ca. 1900–1970)

Summary

The article presents one aspect of the ongoing dissertation project, “The Construction and Practices of ‘Wayfaring’ during the 19th and 20th century” (working title). A general overview of the project is followed by a discussion of the expert discourses on juvenile “waywardness” and “vagrancy” that had been developed at the turn of the century and that influenced the framing of deviant behavior of children and adolescents throughout the 20th century. The corpus of source material consists mainly of contributions of German-speaking authors in scientific and philanthropic journals, encyclopedias, manuals or other publications. Within this discourse, the “runaway tendency” became a cornerstone of the concept of “waywardness”. The paper shows how medical and pedagogic arguments got intertwined and shaped the measures taken up to contain and prevent juvenile “vagrancy”.

Keywords

Europe, Austria, Germany, 20th century, welfare, youth, children, vagabond, tramp, waywardness

Im Frühjahr 1928 verfasste der 17-jährige Fürsorgezögling Hans Klewer aus Berlin seine Lebensgeschichte.¹ Darin schildert er, dass er schon in seiner Schulzeit den Eltern „als rumtreiber anerkannt [sic!]“ gewesen sei, der öfter einmal „hinter der Schule ging“ und dann aus Angst vor Schlägen „einfach von zu Hause weg“ blieb. Im Alter von zehn Jahren wurde er deshalb von seinen Eltern in ein Erziehungsheim gegeben. Nach vier Jahren, mit dem Ende der Schulpflicht, wurde Hans nach Hause entlassen. Zunächst arbeitete er als „Mittfahrer [sic!] bei einer Likör Fabrik“, wechselte jedoch mehrmals die Anstellung, um seinen Lohn zu erhöhen. Dann begann seine „Wanderschaft“ durch Deutschland, die später zu seiner erneuten Heimweisung führen sollte:

„Da es mich auch [in dieser Anstellung] nach einer Zeit von 6 Wochen nicht mehr gefiel, so gab ich kurzerhand die Arbeit auf, und war nun Arbeitslos. [...] Mein sehnen war ganz for anders. Ich wollte schon immer so als Reisebegleiter gehen. um hauptsächlich viel mit der Eisenbahn und per Schiff zu fahren. Nur wußte ich nicht, wo ich das nötige Geld hernehmen soll. [...] Was sollte ich nun beginnen, dachte ich, Papiere hatte ich ja bei mir. Da ich noch ein paar Mark in der Tasche hatte, so schrieb ich meinem Vater eine Karte, und deutete ihm an, ich sei auf der Wanderschaft nach Köln. Ich hatte auch wirklich den gedanken auf der Wanderschaft zu gehen gehabt. und so entschloß ich dann, über Halle, Erfurt, Frankfurt am Main, München nach Italjen [sic!] zu fuß zu wandern. Und so machte ich mich mit noch jemanden auf, loszuwandern.“²

Diese exemplarisch ausgewählte Erzählung speist sich aus mehreren, einander überlagernden diskursiven Strängen, so etwa dem Motiv der Abenteuerlust, der handwerklichen Tradition des Gesellenwanderns, dem durch erhöhte Mobilität und moderne Technik ermöglichten Tourismus, aber auch dem strategischen Ausweichen vor fürsorgerischer oder polizeilicher Intervention. Sie alle sind in ihrer spezifischen Aneignung durch Hans Klewer Ausdruck seiner Handlungsmächtigkeit und Subjektbildung. Seine Darstellung ist einer der Ausgangspunkte des vorliegenden Dissertationsprojektes, das sich mit Konstruktion und Praktiken von „Wanderschaft“ im ausgehenden 19. und im 20. Jahrhundert befasst.³ Der Fokus liegt dabei auf jenen prekären (Erwerbs-)Migrationen, die in der Außensicht der Zeitgenossinnen und Zeitgenossen oft als

-
- 1 Anfang 1928 hielt sich der Maler, Schriftsteller und Publizist Peter Martin Lampel (1894–1965) für mehrere Wochen als Hospitant in der Landerziehungsanstalt Struveshof bei Berlin auf. In dieser Zeit sammelte er 60 Lebensläufe, Erfahrungsberichte und Erzählungen in Aufsatzform von 37 verschiedenen Jugendlichen aus der Anstalt, so auch von Hans Klewer. Seine daraus hervorgegangene Reportage „Jungen in Not“ (1928), die einen kritischen Blick auf die Verhältnisse in der Heimerziehung der Weimarer Republik warf, löste eine heftige öffentliche Debatte über die problematischen Zustände in der Jugendfürsorge aus. Vgl. Nora Bischoff / Martin Lücke, „Da sehen Sie schon, daß es mit der Großen Freiheit nicht weit her ist“. Das Berliner Landerziehungsheim Struveshof in den 1920er Jahren aus der Perspektive der Zöglinge, in: Landesinstitut für Schule und Medien Berlin-Brandenburg, Hg., Erziehen und Bilden. Der Bildungsstandort Struveshof 1917–2017 (Ludwigsfelde 2017), 35–57.
 - 2 Hans Klewer, 33 Jungens erzählen, in: Werkstatt Alltagsgeschichte, Hg., „Du Mörder meiner Jugend“. Edition von Aufsätzen männlicher Fürsorgezöglinge aus der Weimarer Republik (Münster 2011), 176–195.
 - 3 Das Dissertationsprojekt „„Mein sehnen war ganz for anders.“ Konstruktion und Praktiken von ‚Wanderschaft‘ im 19. und 20. Jahrhundert“ (Arbeitstitel) ist seit 2014 im Bereich Neuere Geschichte an der Freien Universität Berlin angemeldet und wird seit 2015 von der Johannes-Rau-Gesellschaft e.V. mit einem Promotionsstipendium gefördert. Betreuer der Arbeit ist Prof. Dr. Martin Lücke, Arbeitsbereich Didaktik der Geschichte, FU Berlin. Der Projektabschluss wird für 2019 angestrebt. Online unter: http://www.geschkult.fu-berlin.de/e/fmi/institut/arbeitsbereiche/ab_didaktik/Doktorand_innen/Nora_Bischoff.html (letzter Zugriff: 08.05.2018).

„Vagabondage“, in Selbstbeschreibungen hingegen meist als „Wanderschaft“ bezeichnet wurden – so wie auch Hans Klewer die Sicht der anderen auf sein Tun als „Herumtreiben“ benannte, während er selbst von „Wanderschaft“ sprach. Aufgrund seines Alters gehörte Hans Klewer zur Gruppe „jugendlicher Wanderer“, der besonders im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts eine besondere Aufmerksamkeit vonseiten der (Jugend-)Fürsorge und Medizin zuteilwurde. Im Folgenden möchte ich diesem Teilaspekt aus meinem Dissertationsprojekt nachgehen: Anhand deutschsprachiger Fachpublikationen aus dem Zeitraum von etwa 1900 bis 1970, die sich mit dem Problem der „Verwahrlosung“ wie auch des „Vagabundierens“ von Kindern und Jugendlichen befassen, werde ich die wesentlichen diskursiv verfestigten Deutungen und daraus abgeleiteten Maßnahmen sowie die Anschlussstellen zwischen medizinisch-psychiatrischen und pädagogischen Diskursen aufzeigen.⁴ Zunächst beginne ich jedoch mit einem kurzen Überblick über das Gesamtprojekt.

Mit der „Wanderschaft“ von „Vagabunden“ nimmt das Dissertationsprojekt verschiedene marginalisierte Lebenslagen in den Blick, die besonders für ungelernete und angelernte, aber auch für ausgebildete Arbeitskräfte in Landwirtschaft, Industrie und Gewerbe sowie auch im Dienstleistungssektor eine (temporäre) Option der Lebensführung darstellten. Unter den Bedingungen der sich industrialisierenden Welt sowie der Entstehung moderner Nationalstaaten formierte sich „der Vagabund“⁵ sowohl als diskursive Figur wie auch in den Praktiken neu, eingebettet in die sich dynamisierenden regionalen, nationalen und internationalen Wirtschaftsordnungen und Migrationsregime des 19. Jahrhunderts.⁶ Zwar war seit dem späten Mittelalter ein Disposi-

-
- 4 Als Quellen wurden im Wesentlichen pädagogische, fürsorgerisch-philanthropische und medizinisch-psychiatrische Fachlexika, Lehrbücher, Monografien und Fachzeitschriften herangezogen, die aus Platzgründen hier nicht vollständig aufgelistet werden. Eine Vielzahl von Verweisen findet sich allerdings in den Fußnoten. In anderen europäischen Ländern kann ebenfalls eine zeitgenössische Auseinandersetzung mit dem Phänomen beobachtet werden, die im Rahmen dieses Beitrags jedoch unberücksichtigt bleibt. Vgl. etwa Ana ARMENTA-LAMANT, *Le sort des enfants vagabonds en Espagne au premiers tiers du XXe siècle*, in: Francis Desvois / Morag J. Munro-Landi, Hg., *Le vagabond en Occident. Sur la route, dans la rue*, vol. 1: *Du Moyen Age au XIXe siècle* (Paris 2012), 167–179; Siegfried C. WEITZ, „Besprisornye“. Straßenkinder in der frühen Sowjetunion, in: Christel Adick, Hg., *Straßenkinder und Kinderarbeit. Sozialisationstheoretische, historische und kulturvergleichende Studien* (Frankfurt am Main 1997), 73–91; Jean-François WAGNIART, *Les migrations des pauvres en France à la fin du XIXe siècle. Le vagabondage ou la solitude des voyages incertains*, in: *Genèses* 30/1 (1998), 30–52.
- 5 Im zeitgenössischen Diskurs wurden auch andere Begriffe wie Landstreicher, Wanderbettler, Großstadtbummler, Herumtreiber, Tramp, Kunde oder Tippelbruder synonym oder in ähnlicher Bedeutung verwendet. Im Bereich der spezifischen Fürsorge für mittellose Migranten wurden zudem die Begriffe Wanderer und Nichtsesshafte geprägt.
- 6 Klaus J. Bade legte dar, dass besonders die „proletarischen Massenwanderungen“ [...] im Europa des 19. und frühen 20. Jahrhunderts an Intensität, Fluktuation und Reichweite deutlich [zunahmen] und zu einer beschleunigten Interregionalisierung und Internationalisierung [der] Arbeitsmärkte [führten]. Dieser Prozess wurde, so Bade, gestützt vom Ausbau der Infrastruktur, der eine Verdichtung der Verkehrsnetze, Verkürzung der Reisezeiten und Senkung der Reisekosten mit sich brachte. Vgl. Klaus J. BADE, *Europa in Bewegung. Migration vom späten 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart* (= Europa bauen, München 2002), hier 85. Doch nicht nur „Proletarier/-innen“ beteiligten sich am Migrationsgeschehen, auch für das Handwerk war und blieb Erwerbsmobilität wesentlich. Vgl. Sigrid WADAUER, *Die Tour der Gesellen. Mobilität und Biografie im Handwerk vom 18. bis zum 20. Jahrhundert* (Frankfurt am Main–New York 2005), hier 25, 46–48. Verschiedene Länderstudien mit Fokus auf „Vagabunden“ verweisen auf die konstitutiven Wechselwirkungen zwischen „Wanderschaft“ und Wirtschaft, so z. B. für Frankreich Jean-François WAGNIART, *Le Vagabond à la fin du XIXe siècle* (= Socio-Histoires, Paris 1999), oder für die USA Todd DEPASTINO, *Citizen Hobo. How a Century of Homelessness Shaped America* (Chicago–London 2003).

tiv⁷ um „Vaganten und Fahrende“ gesponnen worden und somit der „Vagabund“ den Menschen des 19. und frühen 20. Jahrhunderts nicht neu. Ordnungs- und Kontrollregime zu seiner Einhegung bestanden bereits,⁸ an die nun angeknüpft wurde. Jedoch ist besonders seit dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts eine Aktualisierung dieses Problemkomplexes zu beobachten, in dem der „Vagabondage“ eine neuerliche besondere Krisenhaftigkeit zugeschrieben wurde.⁹ Die maßgeblichen Folien, auf denen unter der Perspektive von Alterität die geschlechtlich codierte Figur des „Vagabunden“ entworfen wurde, waren Besitz und Mobilität: In den zeitgenössischen Repräsentationen war zumeist eine ohne festen Wohnsitz und ohne festen Erwerb bzw. Mittel zum Lebensunterhalt „umherziehende“ Person gemeint, die überwiegend als männliche Person vorgestellt wurde. Einerseits bestand eine kriminalisierende Sichtweise auf das als deviant markierte Verhalten von „Landstreichern“ fort, deren Ernsthaftigkeit bei der Arbeitssuche immer wieder infrage gestellt wurde. Diese tendierte mit der Etablierung der Psychiatrie als Wissenschaft und deren Interesse für sozial abweichendes Verhalten zunehmend zur Pathologisierung und verband sich mit sozialhygienischen bzw. eugenischen Diskursen.¹⁰ Zeitgenössischen (bürgerlichen) Klassen- und Geschlechtervorstellungen folgend wurde weibliche prekäre (Arbeits-)Migration zumeist unter der Chiffre sexueller Devianz verhandelt:¹¹ „Der Vagabund hat [...] sein Gegenstück in der Prostituierten, die wie er dem zielbewußten Arbeiten wie dem energischen Verbrechen in gleichem Maße fernbleibt. Die meisten Vagabundinnen, die Tippelschicksen, sind Prostituierte der gemeinsten Sorte.“¹² Nur vereinzelt finden

7 Mit Dispositiv soll hier – in Anlehnung an Michel Foucault – ein Ensemble diskursiver und nichtdiskursiver Praktiken sowie materieller Vergegenständlichungen bezeichnet werden, das auf einen spezifischen gesellschaftlichen Notstand gerichtet ist. Vgl. zum heuristischen Potenzial der Dispositivanalyse für historische Forschungen z. B. Désirée SCHAUZ, *Diskursiver Wandel am Beispiel der Disziplinarmacht. Geschichtstheoretische Implikationen der Dispositivanalyse*, in: Achim Landwehr, Hg., *Diskursiver Wandel (= Interdisziplinäre Diskursforschung, Wiesbaden 2010)*, 89–111.

8 Vgl. z. B. Maria MEUSER, *Vagabunden und Arbeitsscheue. Der Zigeunerbegriff der Polizei als soziale Kategorie*, in: Wulf D. Hund, Hg., *Zigeuner. Geschichte und Struktur einer rassistischen Konstruktion (Duisburg 1996)*, 107–128.

9 Für Deutschland vgl. z. B. Beate ALTHAMMER, *Der Vagabund. Zur diskursiven Konstruktion eines Gefahrenpotentials im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert*, in: Karl Härter / Gerhard Sälter / Eva Wiebel, Hg., *Repräsentationen von Kriminalität und öffentlicher Sicherheit. Bilder, Vorstellungen und Diskurse vom 16. bis zum 20. Jahrhundert (Frankfurt am Main 2010)*, 415–453. Für Österreich vgl. z. B. Sigrid WADAUER, *The Usual Suspects. Begging and Law Enforcement in Interwar Austria*, in: Beate Althammer / Andreas Gestrich / Jens Gründler, Hg., *The Welfare State and the Deviant “Poor” in Europe, 1870–1933 (Basingstoke 2014)*, 127–149. Vgl. ferner WAGNIART, *Vagabond (zu Frankreich)*, und DEPASTINO, *Citizen (zu USA)*, wie Anm. 6. Zum transnationalen Diskurs über „Vagabondage“ vgl. Beate ALTHAMMER, *Transnational Expert Discourse on Vagrancy around 1900*, in: Althammer / Gestrich / Gründler, *Welfare*, wie Anm. 9, 103–125.

10 Vgl. z. B. Ute GERHARD, *Nomadische Bewegungen und die Symbolik der Krise. Flucht und Wanderung in der Weimarer Republik (Opladen–Wiesbaden 1998)*. Zu Eugenik auch Jakob TANNER, *Eugenics before 1945*, in: *Journal of Modern European History* 10/4 (2012), 458–479.

11 Vgl. z. B. Astrid KIRCHHOF, „Gefährdete“ Frauen und „wandernde“ Männer. Fürsorge am Bahnhof im Berlin der Kaiserzeit, in: *Informationen zur modernen Stadtgeschichte. Themenschwerpunkt: Stadtraum und Geschlechterperspektiven 1 (2004)*, 38–52; Karin WALSER, *Prostitutionsverdacht und Geschlechterforschung. Das Beispiel der Dienstmädchen um 1900*, in: *Geschichte und Gesellschaft* 11 (1985), 99–111.

12 Otto MÖNKEMÖLLER, *Vagabunden (Landstreicher)*, in: Theodor Heller / Friedrich Schiller / M. Taube, Hg., *Enzyklopädisches Handbuch des Kinderschutzes und der Jugendfürsorge (Leipzig 1911)*, 327–329, hier 328.

sich alternative Deutungsweisen weiblicher „Wanderschaft“ als legitimer Erwerbsmobilität.¹³ Andererseits lässt sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts auch eine romantisierende Verklärung der „Vagabunden“ als „proletarische Bohème [sic!]“¹⁴ feststellen, wobei ihr Unterwegssein aufgrund der damit scheinbar verbundenen Freiheit und Unangreifbarkeit als positiv aufgeladenes, auch massenkulturell verbreitetes Gegenbild zu einer (bürgerlichen) „Kultur der Sesshaftigkeit“¹⁵ fungierte. Wegen der vielfältigen Assoziationen und einander überlagernden und abwechselnden Zuschreibungen wurde der „Vagabund“ auch als „un type social palimpseste“¹⁶ bezeichnet, also als eine Figur, in der diverse Bedeutungsschichten abgelagert und immer wieder überschrieben wurden und die sich somit eindeutigen Verortung entzieht.

Durch eine sowohl narratologisch als auch praxeologisch orientierte Auswertung unterschiedlicher Quellen soll eine Geschichte der „Vagabunden“ geschrieben werden, die über eine Geschichte der Projektionen von Vagabondage hinausgeht und die Wandernden als handelnde Subjekte sichtbar macht. Als Quellen werden hierfür einerseits autobiografische Narrative und Narrationsfragmente sowie Ego-Dokumente von „wandernden“ Frauen und Männern herangezogen. Andererseits wird auf eine Vielzahl von Materialien aus den unterschiedlichen Handlungskontexten zurückgegriffen, die Sach- und Personenakten aus fürsorgerischen oder polizeilichen Kontexten ebenso umfassen wie z. B. wissenschaftliche Fachliteratur, philanthropische Vereinspublikationen, Zeitungsartikel und Reportagen, Belletristik, Fotografie oder Film. Das Dissertationsprojekt untersucht dabei, wie im beschriebenen Spannungsfeld gegensätzlicher Fremdzuschreibungen, zunehmend medikal angeleiteter ordnungspolitischer und fürsorgerischer Interventionen, problematischer sozialer Lebenslagen und (vermeintlicher oder tatsächlicher) Herrschaftsflucht die subjektiv sinnhafte Konstruktion von „Wanderschaft“ durch die Personen der „Wanderer“ selbst stattfand, welche Prozesse kultureller Vermittlung solcher Sinnkonzepte durch mündliche und/oder mediale Tradierung wirksam wurden und inwiefern der Umgang der (wohlfahrtsstaatlichen, psychiatrischen, polizeilichen, kulturellen) Institutionen mit diesen als deviant markierten Lebensentwürfen die diskursive Modellierung des Konzeptes der „Wanderschaft“ beeinflussten. Zudem hinterfragt die Arbeit das etablierte geschlechtlich codierte Narrativ der männlichen „Wanderschaft“ und geht den Spuren weiblicher „Wanderschaft“ im Rahmen geschlechterspezifisch ausgestalteter Handlungsspielräume nach.¹⁷ Auf der Ebene

13 Insbesondere Expertinnen der Wohlfahrtspflege brachten diese ab den 1910er-Jahren in den Diskurs um „Wanderschaft“ ein, vgl. z. B. Auguste ZORNS, Jugendliche Wanderer, in: *Der Wanderer* 34/7+8 (1917), 155–158; Margarete DITTMER, Wandernde Jugendliche, in: *Deutscher Verein zur Fürsorge Jugendlicher Psychopathen Berlin*, Hg., Bericht über die 2. Tagung über Psychopathenfürsorge (Berlin 1921), 39–46.

14 Erich MÜHSAM, Neue Freunde, in: *Der Sozialist* 1/12 (1909), zitiert nach Norbert PREUSSER, *ObDach. Eine Einführung in die Politik und Praxis sozialer Aussonderung* (Weinheim–Basel 1993), 47.

15 Markus SCHROER, Mobilität ohne Grenzen? Vom Dasein als Nomade und der Zukunft der Sesshaftigkeit, in: Winfried Gebhardt / Ronald Hitzler, Hg., *Nomaden, Flaneure, Vagabunden. Wissensformen und Denkstile der Gegenwart* (Wiesbaden 2006), 115–125; Walter FÄHNERS, *Nomadische Existenzen. Vagabondage und Bohème in Literatur und Kultur des 20. Jahrhunderts* (Essen 2007).

16 Nach Dornel verschmelzen in den Repräsentationen des „Vagabunden“ unter anderem diejenigen des Narren, Verbrechers, „Zigeuners“, Deserteurs, Rebellen, Armen oder Bettlers. Laurent DORNEL, *Du vagabond à l'étranger. Les métamorphoses de la gémellité* (France, XIX^e siècle), in: Desvois / Munro-Landi, *Vagabond*, wie Anm. 4, 119–132, hier 124.

17 Vgl. etwa Mareike KÖNIG, „Bonnes à tout faire“. Deutsche Dienstmädchen in Paris um 1900, in: Mareike König, Hg., *Deutsche Handwerker, Arbeiter und Dienstmädchen in Paris. Eine vergessene Migration im 19. Jahrhundert* (München 2003), 69–92; Lynn WEINER, *Sisters of the Road. Women Transients and Tramps*, in: Eric H. Monkonen, Hg., *Walking to Work. Tramps in America, 1790–1935* (Lincoln 1984), 171–188.

sowohl diskursiver als auch nichtdiskursiver Praktiken soll ausgeleuchtet werden, wie sich „Wanderer“ in den von ihnen belebten, bewohnten und durchwanderten sozialen Feldern positionierten, welche Interaktionen sie eingingen und wie sich diese auf ihren sozialen Status auswirkten, auf welche Ressourcen und Wissensbestände sie bei der Bewältigung ihres Alltags zurückgreifen konnten und welche Rolle Differenzlinien sozialer Ungleichheit wie etwa Herkunft, Geschlecht und Alter spielten. Zudem soll herausgearbeitet werden, wie solche prekären Migrationen in regionale, nationale und internationale Migrationsregime eingebettet waren.¹⁸ Der zeitliche Schwerpunkt der Untersuchung liegt auf dem späten 19. und frühen 20. Jahrhundert. Ein Ausblick bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts soll die lange Wirkmächtigkeit dieses um 1900 entstandenen Dispositivs aufzeigen.

Ein Teilaspekt des Dissertationsprojektes sind die seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert etablierten, spezifischen Verknüpfungen medikaler Deutungsmuster mit pädagogischen Konzepten und Praktiken, die jeweils auf das „Davonlaufen“ und „Herumtreiben“ von Kindern und Jugendlichen gerichtet waren. Sie konnten bis weit ins 20. Jahrhundert Wirksamkeit entfalten und prägten damit (neben anderen Faktoren) die Handlungsspielräume jugendlicher Personen auf der „Wanderschaft“. Geführt wurden die diskursiven Aushandlungen über dieses als deviant markierte Verhalten besonders in den Arenen des Strafrechts, der Medizin, der (Jugend-)Fürsorge bzw. Wohlfahrt wie auch der Pädagogik, die sich als Feld der „Verwahrlosungswissenschaften“ formierten. Um 1900 intensivierten sich die Debatten über eine staatliche Regulierung und den Ausbau der Jugendfürsorge. Der Erste Weltkrieg und die damit verbundenen sozialen Erschütterungen wirkten gleichsam als Katalysator dieser Bestrebungen zur Vereinheitlichung und Verdichtung des sozialpolitischen Zugriffs insbesondere auf die marginalisierten Klassen. Die Zwischenkriegszeit war davon gekennzeichnet, dass das sozialstaatliche Netz mittels neuer Gesetze und Institutionen fest etabliert wurde. Schon in dieser Zeit zeigte sich die Ambivalenz dieses biopolitischen Programmes, das Hilfe und Kontrolle untrennbar verknüpfte.¹⁹

Kinder und Vagabunden wurden seit etwa 1900 in zweifacher Weise diskursiv verknüpft: Bezeichneten verschiedene zeitgenössische Autorinnen und Autoren „Vagabunden“ als „große Kinder“,²⁰ um so ihre Unmündigkeit zu markieren, so wird zugleich in den vielfach vorkom-

18 Ein Beispiel internationaler Reichweiten ist der Mittelmeerraum, wo sowohl die europäischen als auch die afrikanischen und asiatischen Anrainerstaaten Zielorte prekärer Migrationen wurden. Vgl. z. B. Malte FUHRMANN, „I would rather be in the Orient“. European Lower Class Immigrants into the Ottoman Lands, in: Ulrike Freitag u. a., Hg., *The City in the Ottoman Empire. Migration and the Making of Urban Modernity* (= SOAS/Routledge Studies on the Middle East 14, London–New York 2011), 228–241; Julia CLANCY-SMITH, *Marginality and Migration. European Social Outcasts in Pre-Colonial Tunisia, 1830–1881*, in: Eugene L. Rogan, Hg., *Outside In. On the Margins of the Modern Middle East* (= Islamic Mediterranean 3, London–New York 2002), 149–182.

19 Vgl. u. a. das Themenheft der Österreichischen Zeitschrift für Geschichtswissenschaften „Die Kinder des Staates“ (hg. von Michaela RALSER und Reinhard SIEDER), ÖZG 25/1+2 (2014); Detlev J.K. PEUKERT, *Grenzen der Sozialdisziplinierung. Aufstieg und Krise der deutschen Jugendfürsorge 1878 bis 1932* (Köln 1986); Christoph SACHSSE / Florian TENNSTEDT, *Fürsorge und Wohlfahrtspflege: 1871–1929* (= Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland 2, Stuttgart 1988).

20 Der Begriff wurde von Friedrich von Bodelschwingh im Kontext seiner Wandererfürsorgebestrebungen geprägt und etablierte sich als Diskursfragment. Vgl. Beate ALTHAMMER, *Vagabunden. Eine Geschichte von Armut, Bettel und Mobilität im Zeitalter der Industrialisierung (1815–1933)* (Essen 2017), 613.

menden sprachlichen oder argumentativen Analogien deutlich, dass „Vagabondage“ von Erwachsenen die Interpretationsfolie für die Beurteilung des Verhaltens von Kindern und Jugendlichen lieferte, wie etwa eine Einschätzung aus dem Jahr 1920 veranschaulicht:

„Dem Schulschwänzen der Kinder im schulpflichtigen Alter entspricht nach der Schulentlassung psychologisch und sozial die Arbeitsscheu. [...] Eine Steigerung des einfachen Müßigganges und Herumstreifens in den Straßen der Stadt oder Vergnügungslokalen stellt dann die Vagabondage dar. [...] Manchmal handelt es sich nur um einmalige Vorkommnisse, aber die Vagabondage wächst sich gerne aus zum gewohnheitsmäßigen Landstreichertum.“²¹

Vorherrschend war ferner die Vorstellung eines stufenweisen Abgleitens, das beim „unregelmäßigen Schulbesuch“ beginne und schließlich über „vollständiges ‚Schwänzen‘“ zum Ausbleiben von zu Hause führe. Auch eine polizeiliche Rückführung schreckte solche Kinder nicht davon ab, immer noch „ein Stück weiter zu entweichen“. So würde ihre Einweisung in eine Erziehungsanstalt unabdingbar. Jedoch verschwinde dort „die Neigung zum Entweichen keineswegs so ohne weiteres“. Vielmehr nähmen solche Kinder auch große Risiken auf sich, um immer wieder aus den Anstalten zu „entweichen“.²² Zudem wurde vielfach die Gefährlichkeit der Straße beschworen, die als „außerpädagogisches, ja gegenpädagogisches Milieu“ gezeichnet wurde, in dem die Autorität der Erzieher keine Geltungsmacht beanspruchen könne und „falsche“ Vorbilder und Anreize zu deviantem Verhalten „verführten“:²³ „In der Regel beginnt die Verwahrlosung der Jugend auf der Straße, und zwar mit Herumtreiben, Schuleschwänzen, nächtlichem Fortbleiben, Bandenbildung, Betteln, Landstreichen, Stehlen. Das sind die üblichen Etappen.“²⁴ Anhand dieser Zitate zeichnen sich bereits wesentliche Kennzeichen des Diskurses ab. Erstens verfestigte sich eine kriminalisierende Sprachregelung, indem das „Davonlaufen“ und „Herumtreiben“ einerseits mit kriminellen Handlungen in unmittelbare Verbindung gebracht wurde (z. B. „Stehlen“) und andererseits durch die Verwendung einer Terminologie aus dem Strafrechtskontext, womit der Diskurs eine inkriminierende Wirkung entfaltete (insbesondere „Entweichung“). Zweitens verweisen Begriffe wie „Neigung“ oder „Gewohnheit“ auf Erklärungsansätze für „vagabundierendes“ Verhalten, die sich auf die Ebene der Persönlichkeit beziehen. Drittens zeigt der Diskursstrang, der sich auf die Straße bezieht, dass dem Milieu als externem Faktor eine maßgebliche Bedeutung zugewiesen wurde. Zusammen wurden Letztere als Anlage-Umwelt-Problematik diskutiert, wie im Folgenden gezeigt wird.

Kennzeichnend für den medikalisierten Diskurs ist, dass bei Kindern wie Erwachsenen unterschiedlichste Ursachenkomplexe für ein „vagabundierendes“ Verhalten in Betracht gezogen wurden. Im Zuge der Etablierung der Psychiatrie als medizinische Disziplin und ihrer

21 Gertrud MOSES, Zum Problem der sozialen Familienverwahrlosung unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse im Krieg (= Beiträge zur Kinderforschung 175, Langensalza 1920). Die Autorin wertete Akten vom Armenamt und der Kriegsfürsorge in Mannheim aus.

22 Alfred SPITZNER „Verwahrlosung“, in: Wilhelm Rein, Hg., Enzyklopädisches Handbuch der Pädagogik (Langensalza 1911), 618–631, hier 620.

23 Jürgen ZINNECKER, Straßensozialisation. Ein Kapitel aus der Geschichte von Kindheit und Pädagogik, in: Adick, Hg., Straßenkinder, wie Anm. 4, 93–116, hier 95.

24 Otto RÜHLE, Das proletarische Kind. Eine Monographie (München 1922), zitiert nach ZINNECKER, Straßensozialisation, wie Anm. 23, 96.

Bemühung, sich als eine gesellschaftliche Leitwissenschaft zu etablieren, hatte sie sich zunehmend mit sozial unerwünschten Verhaltensweisen wie Kriminalität oder Prostitution, der Frage nach deren Ursachen und Verläufen, daraus abzuleitenden Prognosen im individuellen Fall und möglichen Therapien oder anderen zu treffenden Maßnahmen befasst. So waren auch „Vagabunden“ und „Landstreicher“ in ihren Blick geraten.²⁵ Im psychiatrischen Diskurs kristallisierten sich um die Jahrhundertwende zwei Achsen heraus, entlang derer das Phänomen diskutiert wurde. Einerseits galt es die Frage zu erörtern, ob es sich beim „Vagabundieren“ um ein „krankhaftes“ oder „normales“ Verhalten handle oder ob es in einer Grenzzone dazwischen angesiedelt sei. Quer gelegt dazu wurde stets auch die Frage verhandelt, ob es sich um „angeborenes“ oder „erworbenes“ Verhalten handle, ob also „Anlage“ oder „Milieu“ der jeweils entscheidende Faktor sei. Zwar wurden auch soziale Ursachen wie wirtschaftliche Krisen als mögliche Ursachen anerkannt und nie gänzlich aus dem Diskurs verdrängt. Jedoch setzte sich die hegemoniale Deutungsweise durch, dass „sich das Gros aus Gewohnheitsvagabunden [rekrutiert], die ihre innere Veranlagung der Landstreicherei zutreibt“.²⁶ Es wurde als eine „grundlegende Tatsache“ betrachtet, daß „Landstreicherei [eine] Erscheinungsform[en] sozialer Minderwertigkeit“ und „das Wesen des Landstreichers“ das einer „antisozialen Persönlichkeit“²⁷ sei. Schon in diesen Forschungen zu erwachsenen „Vagabunden“ galt eine besondere Aufmerksamkeit der Kindheit der untersuchten Personen, in der nach Ursachen und Bedingungsfaktoren wie auch nach frühen, aber übersehenen Anzeichen ihrer späteren Devianz gesucht wurde.²⁸

Im Kontext dieser Aufmerksamkeit entstanden dann auch psychiatrische Forschungsarbeiten über den „Wandertrieb“ und das „pathologische Fortlaufen“²⁹ bei Kindern. Die Kinder und Jugendlichen, die von zu Hause oder aus Heimen davonliefen, interessierten dabei einerseits als potenzielle zukünftige „Landstreicher“. Andererseits wurden altersspezifische Erklärungsansätze und Maßnahmen geltend gemacht. So galt es als normal, dass es während problematischer Phasen im Reifungsprozess zum „Vagabundieren“ kommen könne. Teilweise gab es die Vorstellung eines „Nomadeninstinktes“, welcher als ein „Hauptinstinkt“ grundsätzlich jedem

25 Vgl. z. B. Ian HACKING, *Mad Travelers. Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses* (Cambridge/Massachusetts 1998); Beate ALTHAMMER, *Pathologische Vagabunden. Psychiatrische Grenzziehungen um 1900*, in: *Geschichte und Gesellschaft* 39 (2013), 306–337.

26 MÖNKEMÖLLER, *Vagabunden*, wie Anm. 12, 327.

27 August HOMBURGER, *Vagabondage*, in: Adolf Dannemann / H. Schober / E. Schulze, Hg., *Enzyklopädisches Handbuch der Heilpädagogik* (Halle/Saale 1911), 1804–1822, hier 1804.

28 Als üblicher Aufbau psychiatrischer Fallgeschichten verfestigte sich um 1900 die Anordnung nach Anamnese (worin die Person als historische konzipiert wird, indem die Geschichte der Person und ihrer Familie mit der Geschichte der Krankheit korreliert wird), Diagnose und Prognose. Vgl. Michaela RALSER, *Der Fall und seine Geschichte. Die klinisch-psychiatrische Fallgeschichte als Narration an der Schwelle*, in: Arne Höcker / Jeannie Moser / Philippe Weber, Hg., *Wissen. Erzählen. Narrative der Humanwissenschaften* (Bielefeld 2006), 115–126, besonders 120–121. Diese narrative Ordnung findet sich auch bei den maßgeblichen „Vagabundenstudien“: Karl BONHOEFFER, *Ein Beitrag zur Kenntnis des großstädtischen Bettel- und Vagabondentums* [sic!]. Eine psychiatrische Untersuchung, in: *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft* 21/1 (1901), 1–65; Karl WILMANN, *Zur Psychopathologie des Landstreichers* (Leipzig 1906); Moritz TRAMER, *Vaganten* (Arbeitswanderer, Wanderarbeiter, Arbeitsmeider), in: *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 35/1 (1917), 1–150.

29 Ewald STIER, *Wandertrieb und pathologisches Fortlaufen bei Kindern* (Jena 1913). Vgl. auch August HOMBURGER, *Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters* (Berlin–Heidelberg 1926), 505–522.

Menschen angeboren sei, dann jedoch in Abhängigkeit der „Rasse“ wie auch der Bedingungen des Aufwachsens (Milieu und Erziehung) unterschiedliche Ausprägungen erfahre.³⁰ Vielfach wurde die Pubertät als Beispiel normaler „Wanderlust“ angeführt, da in deren Verlauf die natürliche Ablösung von der Familie stattfindet und zugleich Fantasieleben und Freiheitsdrang gesteigert seien. Dem sei mit den üblichen erzieherischen Maßnahmen beizukommen, insbesondere wenn intakte Familienverhältnisse bestünden. Fehle diese pädagogische Voraussetzung, wie beispielsweise bei unehelichen Kindern oft angenommen wurde, so könne ein erzieherisches Eingreifen des Staates nach Ansicht der Expertinnen und Experten jedoch nötig sein. Als krankheitsbedingt wurde „Vagabundieren“ hingegen angesehen, wenn eine organische Störung als Ursache ausgemacht werden könne. Hier wurde beispielsweise der „epileptische Wandertrieb“ diskutiert, der im Zuge eines Anfalles auftrete und durch ärztliche Behandlung etwa durch Medikamente beseitigt werden könne. Herausgehobene Bedeutung erhielt allerdings das Psychopathie-Konzept, in dem die Verschränkung der Faktoren „Anlage“ und „Umwelt“ in einer konstruierten Grenzzone zwischen normal und krank vorgenommen wurde. Vorherrschend war die Ansicht, dass „[u]nstreitig die meisten Fälle von Wandertrieb [bei] Psychopathen“³¹ zu beobachten seien. Den sogenannten Psychopathen wurde eine spezifische Disposition für ein Ungleichgewicht im Bereich ihres Trieblebens zugeschrieben. Dies führe je nach Umweltbedingungen dazu, dass die Funktionsfähigkeit von Wille und Gefühl mehr oder weniger beeinträchtigt werde, und äußere sich unter anderem in „Haltlosigkeit“, „gesteigerter Willensschwäche“ oder „Erregbarkeit“, die jeweils zu den „tiefer liegenden Ursachen des Wandertriebes“ gezählt wurden. Das Handeln der Psychopathen werde von der Vermeidung von Unlust oder Erreichung von Lust bestimmt, sodass eine Heil- oder Fürsorgeerziehung notwendig werde, die auf den Aufbau von Hemmungen, die Stärkung des Willens und Gewöhnung an sozial akzeptierte bzw. erwünschte Verhaltensweisen abziele.³² Indem allerdings beinahe jedes sozial unerwünschte Verhalten, jeder „Kinderfehler“³³ als Hinweis auf eine „psychopathische

30 So könne die Befriedigung des Nomadeninstinktes einerseits in Verbindung mit „guten Eigenschaften“ eine „mächtige Hilfe der Zivilisation [...] z. B. bei der Kolonisation“ sein, andererseits auch die „erste Stufe einer allgemeinen Empörung gegen Gesetz und Aufsicht, die oft in Unsittlichkeit endigt“. Horace Edwin PIGGOTT, *Die Grundzüge der sittlichen Entwicklung und Erziehung des Kindes* (= Beiträge zur Kinderforschung mit besonderer Berücksichtigung pädagogischer Zwecke 7, Langensalza 1903), 12–13.

31 Die zweite Hauptgruppe von Kindern mit „Wandertrieb“ seien die „Schwachsinnigen“, denen besondere „Empfänglichkeit“ für „Sinnesreize“ und mangelnde „Hemmungsvorstellungen“ zugesprochen wurden. Georg BÜTTNER, *Vom Wandertrieb bei Kindern*, in: *Zeitschrift für Kinderforschung* 20/6 (1915), 349–356.

32 So z. B. Theodor HELLER, *Psychasthenische Kinder* (= Beiträge zur Kinderforschung und Heilerziehung 29, Langensalza 1907); Friedrich KNAUTHE, *Die Pädagogik im Heilerziehungsheim* (= Beiträge zur Kinderforschung und Heilerziehung 159, Langensalza 1919), 8–11, 30–31; Friedrich KNAUTHE, *Die erzieherische Behandlung der psychopathischen Konstitution* (= Beiträge zur Kinderforschung und Heilerziehung 176, Langensalza 1920); Ewald STIER, *Erkennung und Behandlung der Psychopathie bei Kindern und Jugendlichen* (Beiträge zur Kinderforschung und Heilerziehung 161, Langensalza 1920).

33 Ludwig Strümpell entwarf mit dem Konzept der „Kinderfehler“ eine Typologie pädagogischer Pathologien, zu denen er u. a. Ungehorsam, Lügenhaftigkeit, Heimtücke, Gefallsucht, Trotz, Naschsucht, Trägheit, Unreinlichkeit, Schwatzhaftigkeit, Denkfaulheit und Gedächtnisschwäche zählte. Vgl. Gustav SIEGERT, *Kinderfehler*, in: Rein, Hg., *Handbuch*, wie Anm. 22, 866–872, hier 868; Ina SCHÖNBERGER, *Kindernaturen und Kinderfehler*. Der Entwurf einer pädagogischen Pathologie des Herbartianers Ludwig Strümpell, in: Sabine Hering / Wolfgang Schroer, *Sorge um die Kinder. Beiträge zur Geschichte von Kindheit, Kindergarten und Kinderfürsorge* (Weinheim–München 2008), 101–115.

Konstitution“ gedeutet werden konnte, erwuchs ein enormer Ermessensspielraum für die Entscheidungsträger in der Kinder- und Jugendfürsorge. Allein aus dem äußeren Erscheinungsbild – dies wirkte konstitutiv – konnte keine klare Diagnose abgeleitet werden, sondern hierfür musste die Expertise der Ärztinnen und Ärzte eingeholt werden. Die Operation der „Besserung“ wurde hingegen den Pädagoginnen und Pädagogen zugewiesen.³⁴ Nur selten wurden Bedenken geäußert, „den immer mehr zunehmenden Entweichungen von Kindern und Jugendlichen aus der schützenden Obhut entweder das Schlagwort ‚Wandertrieb‘ oder kurzerhand den unklaren Begriff der ‚Verwahrlosung‘ als Motiv unterzuschieben“,³⁵ statt etwa ärmliche Verhältnisse, übergroße Anforderungen in Schule und Ausbildung oder gewaltvolle Erziehungspraktiken, denen entlaufende Kinder und Jugendliche zu entkommen trachteten, zu berücksichtigen.

Die besonderen Anschlussstellen zwischen pädagogischem und psychiatrischem Diskurs, die eine Rezeption und Aneignung psychiatrischen Wissens in (heil- oder sozial-)pädagogischen Kontexten begünstigten, ergeben sich meines Erachtens aus der großen Bedeutung, die genau jenen in der Grenzzone zwischen normal und krank liegenden Fällen zugeschrieben wurde, sowie in der als Disposition konzipierten Verschränkung von Anlage und Milieu, die eben eine „Heilung“ ausschloss. Wichtig wurde somit „Erziehung“, welche in der Gegenwart eine Kontrolle der Umwelteinflüsse sowie in die Zukunft hinreichend gefestigte Selbstkontrollmechanismen sichern sollte. Bei vermeintlich „abnormen“ Kindern und Jugendlichen glaubte man dies hauptsächlich durch Gewöhnung an erwünschtes und erwartetes Verhalten zu erreichen. Auf diese Weise sollten Triebe und Affekte wieder in die „richtigen“ Bahnen gelenkt werden. Das passende „Rüstzeug“ für die dafür notwendige pädagogische Intervention lieferte besonders die wissenschaftliche Pädagogik im Anschluss an Herbart³⁶ – wurde doch hier als ein, wenn nicht das Hauptziel der Erziehung die „sittliche Entwicklung der Persönlichkeit“ herausgestellt. Diese sollte durch die pädagogische Operation der „Führung“ erreicht werden. Zum einen richtete sich „Führung“ mittels Techniken der „Regierung“, also durch die Vorgabe und unbedingte Durchsetzung eines äußeren Rahmens, auf die Jetzt-Zeit. Zum anderen war sie mittels Techniken der „Zucht“, d. h. durch die schrittweise Internalisierung gesellschaftlicher Normen, die zum Aufbau von „Selbstzucht“ bei den „Zöglingen“ führen sollte, auf die Zukunft gerichtet.³⁷

34 Z. B. STIER, Psychopathie, wie Anm. 32, 30. Nachdrücklich vertreten wurde der ärztliche Anspruch auf Deutungshoheit z. B. von dem Psychiater Werner Villinger. Vgl. Werner VILLINGER, Die Grenzen der Erziehbarkeit und ihre Erweiterung, in: Erwin Lesch, Hg., Bericht über den vierten Kongress für Heilpädagogik in Leipzig, 11.–15. April 1928 (Berlin 1929), 239–250. Sie wurde den Medizinern andererseits aber auch von Pädagogen explizit zugewiesen oder zumindest teilweise überlassen. Z. B. KNAUTHE, Pädagogik, sowie KNAUTHE, Behandlung, wie Anm. 32.

35 Edmund HALLER, Die Entweichung von Kindern und Jugendlichen, in: Zeitschrift für Kinderschutz, Familien- und Berufsfürsorge 18/3 (1926), 41–43.

36 Einführend etwa Dietrich BENNER / Friedhelm BRÜGGEN, Geschichte der Pädagogik. Vom Beginn der Neuzeit bis zur Gegenwart (Stuttgart 2011).

37 Vgl. Wilhelm REIN, Regierung der Kinder, in: Rein, Hg., Handbuch, wie Anm. 22, 371–375; Konrad SCHUBERT, Zucht, in: Rein, Hg., Handbuch, wie Anm. 22, 600–609.

Die Diffusion psychiatrischen Expertenwissens,³⁸ also die spezifische Aneignung und oft selektive Rezeption durch medizinische Laien, hatte den doppelten, paradox erscheinenden Effekt der Stabilisierung des neuen psychiatrischen Wissens und zugleich der Legitimierung bestehender, eher disziplinierender Konzepte des Umganges mit deviantem Verhalten, die gleichsam in ein moderneres, wissenschaftliches Gewand gekleidet wurden.³⁹ So ließen sich beispielsweise spezielle geschlossene Abteilungen oder Heime für „Schwererziehbare“ rechtfertigen, in denen „Erziehung“ ohne die vermeintlich störenden Einflüsse der Außenwelt (gleichsam totalitär) durchgesetzt werden konnte. Aber auch eine Fortführung üblicher Strafpraktiken, denen flüchtige „Zöglinge“ nach der Wiedereinlieferung in ein Heim unterzogen wurden, konnte diskursiv neu gerahmt werden, wenn etwa die Karzerstrafe nun als eine isolierende Maßnahme psychischer Stabilisierung diskursiv von einer Strafpraxis in eine therapeutische Praxis umgewandelt wurde.⁴⁰ Für die auf Grundlage der neuen heilpädagogischen Expertise herausgefilterten vermeintlich „Unerziehbaren“ wurde schließlich die längerfristige Anhaltung in besonderen Anstalten vorgeschlagen, wo sie – unter dem Vorwand, vor sich selbst „bewahrt“ zu werden – möglichst kostengünstig von der restlichen Gesellschaft separiert werden sollten.⁴¹ Auch eugenische Maßnahmen, insbesondere die Sterilisation von als „minderwertig“ stigmatisierten Personen, wurden bereits während der 1920er-Jahre diskutiert. Nach dem Machtantritt der Nationalsozialisten wurden diese Ansätze unter dem ideologischen Vorzeichen der „Volksgemeinschaft“ in ihrer ganzen Radikalität umgesetzt. Die Beseitigung von sogenannter Nichtsesshaftigkeit bildete dabei einen zentralen Bestandteil der als „Volkspflege“ bemäntelten NS-Rassenpolitik. So wurden zum einen – der Logik eines ethnischen Rassismus folgend – ganze Bevölkerungsgruppen per se als „Artfremde“ diskriminiert und verfolgt. Zum anderen war in der NS-„Auslese“-Politik ein eugenischer Rassismus wirksam, der sich gegen „arteigene“, jedoch aufgrund ihrer angeblich „unsittlichen“ Lebensweise als „gemeinschaftsfremde“ stigmatisierte Personen richtete. Im Umgang mit „Nichtsesshaftigkeit“ verschränkten sich zudem beide Logiken der Diskriminierung.⁴² Diesem Paradigma folgend

38 Dies geschah mittels vielfältiger Austauschprozesse, die zwischen Kinder- und Jugendwohlfahrt und Kinder- und Jugendpsychiatrie seit den 1910er-Jahren aufgebaut wurden, so beispielsweise durch die Einrichtung psychiatrisch und heilpädagogisch arbeitender Kinderbeobachtungsstationen, durch die Einstellung von Kinder- und Jugendpsychiatern bei den (Landes-)Jugendämtern, durch die Teilnahme von Psychiatern an den Fachtagungen der Kinder- und Jugendwohlfahrt oder der Wohlfahrtsfachleute an den Fachtagungen der Psychiatrie, Kriminologie oder der Hygienebewegung und durch die Publikation von Artikeln in den einschlägigen Fachzeitschriften. Michaela Ralsler spricht von einer engen Allianz von Psychiatrie und Jugendwohlfahrt im Fürsorgeerziehungsregime. Vgl. Michaela RALSER, *Psychiatrisierte Kindheit – Expansive Kulturen der Krankheit. Machtvolle Allianzen zwischen Psychiatrie und Fürsorgeerziehung*, in: *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaft* 25/1–2 (2014), 128–155.

39 Vgl. auch ALTHAMMER, *Vagabunden*, wie Anm. 25.

40 Z. B. KNAUTHE, *Pädagogik*, wie Anm. 32, 20–22.

41 Z. B. Hans Walther GRUHLE, *Die abnormen und „unverbesserlichen“ Jugendlichen in der Fürsorgeerziehung*, in: *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 1/1 (1910), 638–647; H. BIRNBAUM, *Psychopathenfürsorge*, in: *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 69/1 (1921), 23–26; Hilde EISERHARDT, *Bewahrungsgesetz*, in: Clostermann / Heller / Stephani, Hg., *Handbuch*, wie Anm. 20, 100–101. Vgl. auch Matthias WILLING, *Das Bewahrungsgesetz (1918–1967). Eine rechtshistorische Studie zur Geschichte der deutschen Fürsorge* (Tübingen 2003).

42 So überschneiden sich und verschwimmen die Verfolgungskategorien „Zigeuner“ und „Asoziale“ teilweise. Vgl. einführend Wolfgang AYASS, *„Gemeinschaftsfremde“*. Quellen zur Verfolgung von „Asozialen“ 1933–1945 (Koblenz 1998), XI–XXI; Michael ZIMMERMANN, *Zigeunerpolitik und Zigeunerdiskurse im Europa des 20. Jahrhunderts. Eine Einführung*, in: Michael Zimmermann, Hg., *Zwischen Erziehung und Vernichtung. Zigeunerpolitik und Zigeunerforschung im Europa des 20. Jahrhunderts* (Stuttgart 2007), 13–70, hier 13–18.

kamen auch gegen Kinder und Jugendliche sowohl disziplinierende als auch eugenische Strategien zum Einsatz: So beteiligten sich beispielsweise Heimmitarbeiter/-innen ab 1934 daran, die ihnen überantworteten Fürsorgezöglinge hinsichtlich ihrer „Erziehbarkeit“ zu beurteilen und die vermeintlich „Unerziehbaren“, „Gemeinschaftsschädlichen“ auf der Grundlage des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ zur Zwangssterilisation vorzuschlagen. Die Reichsfürsorgeverordnung von 1924 wiederum wurde – insbesondere nach Kriegsbeginn – zu einem machtvollen Instrument der Disziplinierung, um sogenannte Arbeitsbummelanten zur Zwangsarbeit zu verpflichten. Ab 1940 bzw. 1942 wurden als „unerziehbar“, „asozial“ oder „kriminell“ stigmatisierte Kinder und Jugendliche in den Jugend-KZs Moringen und Uckermark – den sogenannten polizeilichen Jugendschutzlagern – interniert, ausgebeutet und durch Wissenschaftler der „Rassenhygienischen Forschungsstelle“ im Reichsgesundheitsamt bzw. des „Kriminalbiologischen Institutes“ im Reichssicherheitshauptamt als Forschungsobjekte für „Erb- und soziale Prognostik“ missbraucht.⁴³

Wie dauerhaft sich medikale Deutungsweisen in den Diskurs der Heimerziehungsexpertinnen und -experten und Praktiker/-innen einschrieben, zeigt ein Blick in die Nachkriegszeit. Dabei werden sowohl diskursive als auch personale Kontinuitäten zur Weimarer Republik und NS-Zeit deutlich. Als paradigmatisches Beispiel eines typischen „Ausreißers“ präsentierte 1954 ein Heimleiter im damaligen Standardwerk zur Heimerziehung „August F. – ein[en] Vagantenjunge[n]“, der aus einem „Milieu [komme], dem Ruhe und Stetigkeit fehlte und das keine innere Ordnung aufkommen ließ“. Dadurch sei „der erbmäßig ohnedies etwas Verkürzte innerlich kraftlos“ geblieben und ihm fehle „das nötige Rüstzeug zur Einwurzelung“. Die „Sorgenkinder, die [...] immer wieder davonlaufen“, seien „häufig weiche, haltlose Geschöpfe, die sich treiben lassen“.⁴⁴ Daher seien auch Strafen als „unpädagogisch zu mißbilligen“. Der „streunende[n] Zögling[s]“ müsse vielmehr durch „lustbetonte Aufgaben“ in seinem Selbstvertrauen und Willen gestärkt werden, damit er „geheilt“ werden könne.⁴⁵ Sowohl erbbiologische und rassistische Argumente als auch das Psychopathie-Konzept klingen hier in einer „diffundierten“ Variante an.

1958 erschien im Auftrag des Allgemeinen Deutschen Fürsorgeerziehungstages eine Untersuchung von einem der führenden deutschen Kinder- und Jugendpsychiater über „praktisch Unerziehbare“, bei denen die „Grenzen der Sozialpädagogik“⁴⁶ erreicht seien. Gemeint waren

43 Vgl. z. B. Barbara DISTEL, Die Nationalsozialistischen Konzentrationslager für „gemeinschaftsfremde“ Kinder und Jugendliche, in: Wolfgang Benz / Barbara Distel, Hg., *Gemeinschaftsfremde. Zwangserziehung im Nationalsozialismus, in der Bundesrepublik und in der DDR* (Dachau–Berlin 2016), 31–48; Regina FRITZ, Die Jugendschutzlager Uckermark und Moringen im System nationalsozialistischer Jugendfürsorge, in: Ernst Berger / Else Rieger / Gerhard Benetka, Hg., *Verfolgte Kindheit. Kinder und Jugendliche als Opfer der NS-Sozialverwaltung* (Wien 2007), 303–326; Christa SCHIKORRA, Arbeitszwang, Psychiatrie und KZ. Als „asozial“ verfolgte junge Frauen im Dritten Reich, in: Benz / Distel, Hg., *Gemeinschaftsfremde*, 83–103; Esther SATTIG, „Minderwertig, unerziehbar, gemeinschaftsfremd“. Zwangserziehung von „Zigeunerkindern“ im NS-Staat, in: Benz / Distel, Hg., *Gemeinschaftsfremde*, 49–82; Ferner ZIMMERMANN, Zigeunerpolitik, wie Anm. 42, 17.

44 Gotthilf VOLLERT, Die erziehlche Behandlung der Ausreißer, in: Hans Scherpner / Friedrich Trost, Hg., *Handbuch der Heimerziehung* (Frankfurt/Main 1952–66), 523–527, hier 523.

45 Ebd., 527.

46 Hermann STUTTE / Horst PFEIFFER, Grenzen der Sozialpädagogik. Ergebnisse einer Untersuchung praktisch unerziehbarer Fürsorgezöglinge (= Neue Schriftenreihe des allgemeinen Fürsorgeerziehungstages 12, Hannover 1958), 7–9. Wiederholt zitiert die Studie ganz unkritisch auch Veröffentlichungen aus der Zeit von 1933 bis 1945 sowie erbbiologisch bzw. rassenhygienisch argumentierende Autor/-innen vor, in und nach dieser Zeit.

damit jene „Schwersterziehbaren“, die nach § 73 des Jugendwohlfahrtsgesetzes wegen „Undurchführbarkeit der Erziehung“ aus der Fürsorgeerziehung entlassen worden waren. Die Studie verdeutlicht die fortbestehenden geschlechtlichen Zuschreibungen hinsichtlich der Verwahrlosung.⁴⁷ So hätten die angestellten Erhebungen gezeigt, dass die „häufigsten Entäußerungsformen der Verwahrlosung“ bei der Anordnung von Fürsorgeerziehung bei Jungen „1. Eigentumsvergehen, 2. Herumtreiben, Vagieren, Schulschwänzen, Betteln [...]“ sowie bei Mädchen „1. Sex. Verwilderung, frühsex. Betätigung, Prostitution 2. Eigentumsvergehen 3. Herumtreiben, Vagieren, Schulschwänzen, Betteln [...]“ und diese jeweils „miteinander vergesellschaftet“⁴⁸ seien. Sei dieser Befund noch dem Durchschnitt aller Fürsorgezöglinge entsprechend, so wiesen die „Schwersterziehbaren“ eine wesentlich höhere „Entweichungsziffer“ auf – ja dies sei sogar meist der Grund für die „Deklaration dieser Jugendlichen als unerziehbar“.⁴⁹ Die „prognostische Bedenklichkeit“ solcher „kriminelle[n] oder präkriminelle[n] Betätigungsweisen“ sei „kriminalstatistisch erwiesen“.⁵⁰ Zudem würden 80 % der untersuchten Jugendlichen psychopathische oder charakteropathische Züge aufweisen, in den meisten Fällen (bei 51 %) sei dies sogar die Hauptursache der Schwererziehbarkeit.⁵¹ Für „Schwersterziehbare“ sei somit eine „sozialpädagogische Sonderbehandlung“ angezeigt, und zwar durch „Unterbringung in Institutionen der Geisteskranken- und Schwachsinnigenfürsorge“, „intensive individuelle Psychotherapie oder heilpädagogische Führung in kleinen Spezialheimen“ sowie durch „vorwiegend bewahrende Betreuung in noch zu schaffenden, aber gleichfalls pädagogisch orientierten Sonderinstitutionen“.⁵² Der Autor, der sich während der NS-Zeit als Kinder- und Jugendpsychiater eingehend mit einer kriminalbiologisch fundierten Sozialprognostik befasst hatte,⁵³ argumentierte damit in Richtung der Zwangsanhaltung im Rahmen eines Bewahrungsgesetzes, das bis dahin trotz mehrfacher Anläufe stets unrealisiert geblieben war. Auch reklamierte er die Deutungshoheit der Mediziner über Ursache und Behandlung abweichenden (weiterhin als „asozial“ stigmatisierten) Verhaltens.⁵⁴

Die medikale Deutungshoheit im pädagogischen Kontext konnte – zumindest im Hinblick auf das „Davonlaufen“ und „Herumtreiben“ – bis in die 1970er-Jahre auch behauptet werden, wie abschließend an zwei Beispielen gezeigt werden soll. So hieß es in der „Praxis des Heim-

47 Der Psychiater Karl Leonhard (1904–1988) ging 1964 so weit, das Weglaufen von Mädchen nicht als „Wandertrieb“ im eigentlichen Sinne (dieser sei ein „typisch männlicher Trieb“), sondern als eine „Sexomanie“ zu betrachten, bei der die Mädchen sich „in einem fortdauernden Drangzustand mit tagelangen poriomanen Zuständen bis zur [sexuellen] Trieberfüllung“ befänden. Zit. nach Heiner BURKHARDT, Poriomanie, unveröffentlicht Dissertation, München 1969, 26–27.

48 Ebd., 40.

49 Ebd., 44. Die vermeintliche statistische Korrelation sagt somit zuvorderst etwas über die gängige Zuschreibungspraxis aus. Diese Problematik wird von Stutte jedoch nicht reflektiert.

50 Ebd., 50–51.

51 Ebd., 66–67.

52 Ebd., 74.

53 Nämlich im Rahmen seiner Habilitationsschrift: Hermann STUTTE, Über Schicksal, Persönlichkeit und Sippe ehemaliger Fürsorgezöglinge (Tübingen 1944).

54 Stutte sprach von „konstitutionelle[r] Verankerung [...] asozialen Verhaltens“. Der Beitrag positionierte sich dezidiert gegen vorwiegend sozialwissenschaftliche oder psychologische Erklärungsansätze für „Anomalien“ oder „Devianz“ als umweltbedingtes bzw. extern induziertes Verhalten, wie sie 1953 in einer ebenfalls in der AFET-Schriftenreihe erschienenen Studie über „unerziehbare“ Mädchen vertreten worden waren. STUTTE / PFEIFFER, Sozialpädagogik, wie Anm. 46, 7, 74–75; Anna ZILLKEN / Gertrud WEINGARTEN, Gibt es unerziehbare Minderjährige? (= Schriftenreihe des AFET 5, Hannover 1953).

erziehers“ 1967 bzw. 1972: „Zunächst ist festzustellen, daß es eine Unzahl von Gründen für Entweichungen gibt. [...] Generell lassen sich bei Entweichungen zunächst drei Ursachenkomplexe feststellen: die organische Komponente, die Umweltkomponente und neurotische Formen des Weglaufens.“⁵⁵ Auch der Artikel eines Heimleiters, der 1969 in der Zeitschrift „Soziale Arbeit“ erschien, führte an: „Jede fachliche Untersuchung über [...] die ‚Sozialität erziehungsschwieriger Jugendlicher‘ [...] stößt auf das Faktum des Davonlaufens, Streunens, Ausreißen, Entweichens, Schul- und Berufsschwänzens, periodisch auftretenden Wandertriebs.“⁵⁶ Die Beweggründe für das Davonlaufen seien dabei vielschichtig⁵⁷ und individuell zu ergründen, jedoch lägen sie „häufig in den anlagemäßig gegebenen Charakterdispositionen begründet – in Haltschwäche, Impulsivität, Einzelgängertum, Sensitivität, innere Unrast und Hyperthymie, Gemütsarmut“.⁵⁸ Daher komme dem Symptom des Davonlaufens eine beträchtliche sowohl diagnostische wie auch prognostische Bedeutung hinsichtlich des möglichen Erziehungserfolges zu und damit dem pädagogischen Handeln in der Heimerziehung.

Der Blick auf die medizinischen und pädagogischen Diskurse über das „Entlaufen“ von Kindern und Jugendlichen über den Zeitraum von 1900 bis etwa 1970 hinweg zeigt deutlich den zentralen Stellenwert, der diesem Phänomen als Symptom von „Verwahrlosung“ und für eine damit verkoppelte „Sozialprognose“ – bei allen Unterschieden – über politische und gesellschaftliche Zäsuren hinweg zugeschrieben wurde. Von besonderer Wirkmächtigkeit hinsichtlich der Beurteilung von „Davonlaufen“, „Herumstreunen“ oder „Vagabundieren“ erwiesen sich die zwei miteinander verschränkten diskursiven Achsen „Anlage/Milieu“ und „krank/normal“, entlang derer eine Taxonomie multikausaler Erklärungsmuster entworfen wurde. Diese bauten auf medikalem Expertenwissen auf und diffundierten in den pädagogischen Diskurs. Die Uneindeutigkeiten, die sich daraus ergaben, ließen den Zuschreibungsprozess durch Pädagoginnen/Pädagogen, Mediziner/-innen und sonstige im Bereich der Jugendfürsorge tätige Personen umso relevanter werden. Kennzeichnend für den medikalisierten Diskurs ist der defizitorientierte Blick auf die Kinder und Jugendlichen, der ihre vermeintlichen Unzulänglichkeiten ins Zentrum der Maßnahmen rückte, selten jedoch ausschließlich soziale Faktoren als Ursachen für unerwünschtes Verhalten gelten ließ. Vielmehr wurden diese meist erschwerend zu einem angenommenen persönlichen Defizit hinzugerechnet. Auch die Beständigkeit des geschlechtlich codierten Verwahrlosungsnarrativs, das weibliche Devianz als in erster Linie sexuelle

55 Erich KIEHN, *Praxis des Heimerziehers* (= Sozialpädagogische Beiträge der Zeitschrift *Jugendwohl* 5, Freiburg im Breisgau 1967), 204; Erich KIEHN, *Praxis des Heimerziehers* (= Freiburger Sozialpädagogische Beiträge 5, Freiburg im Breisgau 1972), 163–164.

56 Werner WEILAND, *Das Davonlaufen*, in: *Soziale Arbeit* 11 (1969), 474–482, hier 474, leitete das hessische Jugendheim Karlshof für schulpflichtige und schulentlassene Knaben. Für seinen Artikel wertete er die Akten der Neuingewiesenen aus den Jahren 1950 bis 1953 sowie 1959 bis 1962 aus.

57 Als Ursachen hierfür werden z. B. „konstitutionelle Auffälligkeiten [...], pubertätsspezifische Merkmale, [...] Angst, Renommiersucht, Schuldgefühl, Langeweile, [...] Bindungslosigkeit [oder] Erlebnishunger“ genannt. Ebd., 474–475.

58 Ebd., 476, 478.

Devianz markierte, lässt sich am Beispiel des „Davonlaufens“ aufzeigen. Schließlich konnte dieser Diskurs im konkreten Erziehungskontext der Fürsorgeerziehungsheime Relevanz entfalten, wo an die Seite von Praktiken der Disziplinierung auch Praktiken der Medikalisierung im Umgang mit „problematischen“ Kindern und Jugendlichen traten, deren Grenzen gegeneinander uneindeutig waren und teilweise aufgehoben wurden.⁵⁹

Informationen zur Autorin

Nora Bischoff, M.A., Promotionsstudentin im Fach Neuere Geschichte an der Freien Universität Berlin, Stipendiatin der Johannes-Rau-Gesellschaft e.V., E-Mail: nora.bischoff@fu-berlin.de

59 Neben den im vorliegenden Artikel exemplarisch benannten Umgangsweisen aus der Zeit bis 1945 werden am Beispiel der Heimerziehung in Tirol und Vorarlberg die Praktiken für den Zeitraum 1945–90 konkreter ausgeführt, in: Michaela RALSER / Nora BISCHOFF / Flavia GUERRINI u. a., Heimkindheiten. Geschichte der Jugendfürsorge und Heimerziehung in Tirol und Vorarlberg (Innsbruck 2017), 642–648, 675–678, 782–792. Nora BISCHOFF, Flucht aus dem Heim. Das enfant vagabond im Raum der Erziehungsanstalt zwischen Nichtsesshaftigkeits- und Verwahrlosungsdispositiv (1950–1980), in: Ulrich Leitner, Hg., Corpus intra muros. Eine Kulturgeschichte räumlich gebildeter Körper (Bielefeld 2017), 219–246.

Mirjam Janett

Die behördliche „Sorge“ um das Kind. Psychiatrische Konzepte und fürsorgerische Maßnahmen in Basel-Stadt (1945–1972)

English Title

Taking Care of the Child? Psychiatric Concepts and Official Welfare Measures in Basel (1945–1972)

Summary

During the 20th century the child protection provisions of the Swiss Civil Code created the legal preconditions for guardianship authorities to place children with foster families, or in care homes, reformatories or psychiatric institutions if they were at serious “risk”. This article shows how the guardianship authority of the city of Basel increasingly addressed the health of the children in order to justify its outplacement decisions. Children and their behaviour came under medical-psychiatric observation, resulting in the pathologisation of the child. Although the legal preconditions were conducted for the protection of the child, in the course of the 20th century, they resulted in the sanctioning of maladaptive behaviour and societal deviance.

Keywords

Child welfare in Switzerland, guardian ship authority, medicalisation of the child, post war period, psychiatric knowledge, qualitative analysis, scientification of the social

Einleitung

Der Begriff „Sorge“ ist im Deutschen zweideutig. Das Wort verweist auf die Zukunft antizipierende Emotion eines Subjekts, das mit Gefühlen von Bedrohung, Unsicherheit oder Angst verbunden ist. So sorgt man sich um seine Gesundheit oder ist über ein politisches Ereignis besorgt. Demgegenüber bezeichnet die „Sorge“ um oder für etwas auch das Bemühen einer Person um das Wohlergehen einer anderen Person. Mit einer solchen „Sorge“ um das Kind rechtfertigten in der Schweiz des 20. Jahrhunderts Behörden und wissenschaftliche Expertinnen und Experten Tausende fürsorgerische Eingriffe in Familienverhältnisse. Der einschneidendste

dieser Zugriffe war die – durch die Artikel 283 bis 285 des 1912 erlassenen Schweizerischen Zivilgesetzbuchs (ZGB) gestützte – Fremdplatzierung von Kindern und Jugendlichen in Heimen, Erziehungsanstalten und Pflegefamilien, aber auch in psychiatrischen Kliniken. Die Gesetzesartikel erlaubten den vormundschaftlichen Organen, Kinder bei „Gefährdung“ ohne vorhergehenden Entzug der elterlichen Gewalt aus den Familien zu nehmen und anderweitig zu platzieren.¹ Wie der Schweizer Jurist Hans Weiss im Jahr 1920 in seiner Dissertation festhielt, begründete die „Sorge für die geistige und seelische Entwicklung eines Kindes“² das staatliche Zwangsmittel der Fremdplatzierung, um „im Notfalle die Sorge für Pflege und Erziehung“³ für das Kind zu übernehmen. Die Fremderziehung sollte die Kinder mittels „richtiger“ Erziehung zu „nützlichen“, also gehorsamen und fleißigen Bürgern formen. Durch die vorübergehende Trennung von der Familie, die oft zu einer Stigmatisierung und damit zur gesellschaftlichen Exklusion führte, sollten die Kinder gesellschaftlich integriert werden. Somit ging die behördliche Sorge um das Kind mit einem Disziplinierungsanliegen einher. Waren es im 19. Jahrhundert noch materielle Notlagen der entsprechenden Familien gewesen, die zu einer Kindswegnahme geführt hatten, wurde diese armenrechtliche Maßnahme nun von einer normativen überlagert. Mit der Konsolidierung des Sozialstaats in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts fiel dem Staat die Aufgabe zu, lenkend und korrigierend in die gesellschaftlichen Verhältnisse einzugreifen und deviantes Verhalten zu sanktionieren.⁴ Die sowohl wissenschaftlich als auch gesellschaftlich ausgehandelten Leitbilder eines „gesunden Familienlebens“⁵ wirkten sich auf die Fremdplatzierungspraxis aus. „Normalität“ wurde zum gemeinsamen Bezugspunkt behördlicher Interventionen sowie medizinisch-psychiatrischer Expertise⁶ – wobei die Merkmale dieser Normalität nicht explizit ausformuliert wurden. Vielmehr war Normalität als latentes Distinktionsprogramm am Werk; die Männer und Frauen, die in den und für die Behörden arbeiteten, machten diese oft sozusagen instinktiv fest bzw. bemerkten die Abweichungen: sexuelle Kontakte einer unverheirateten Frau, eine Scheidung, die nachbarschaftliche Klage über Unordnung ums Haus, ungewaschene Kinder, der Vater im Wirtshaus, Eltern, die im öffentlichen Raum die Affektkontrolle verloren, Renitenz gegenüber Behördeninstanzen, um nur einige zu nennen. Die „Normalität“ richtete sich bis Mitte der 1960er-Jahre am bürgerlichen Familienideal aus mit dem Vater als Ernährer und Familienoberhaupt und der Ehefrau als Hausfrau und Mutter sowie dem intimen, vom Außen abgegrenzten familiären Binnenraum. Erfüllten Familien diese Erwartungen nicht, setzten Mechanismen ein, um die Individuen

1 Vgl. Schweizerisches Zivilgesetzbuch (=ZGB) vom 10. Dezember 1907, in Kraft seit 1. Januar 1912.

2 Hans WEISS, *Das Pflegekinderwesen in der Schweiz* (Borna–Leipzig 1920), 27.

3 Ebd., 33.

4 Vgl. Stefan BREUER, *Sozialdisziplinierung. Probleme und Problemverlagerungen eines Konzepts bei Max Weber, Gerhard Oestreich und Michel Foucault*, in: Christoph Sachsse / Florian Tennstedt, Hg., *Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung* (= Beiträge zu einer historischen Theorie der Sozialpolitik, Frankfurt am Main 1986), 45–69. Vgl. auch Gisela HAUSS, *Die alltägliche Praxis der St. Galler Vormundschaft. Kinder, Jugendliche und Erwachsene unter fürsorglicher Kontrolle*, in: Gisela Hauss u. a., Hg., *Eingriffe ins Leben. Fürsorge und Eugenik in zwei Schweizer Städten (1920–1950)* (Zürich 2012), 41–86, hier 49.

5 *Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde Basel-Stadt* (= KESB BS), ohne Signatur, *Jahresberichte der Vormundschaftsbehörde*, 1955.

6 Zur Normalisierung im Sozialstaat siehe Stephan LESSENICH, *Die Neuerfindung des Sozialen. Der Sozialstaat im flexiblen Kapitalismus* (= X-Texte zu Kultur und Gesellschaft, Bielefeld 2008), 26–27.

entlang von Normen zu normalisieren und damit regierbar zu machen.⁷ Die Kinder und Jugendlichen wurden zu Verwaltungsobjekten – zum Gegenstand fürsorgerischer Eingriffe, die auf dem bürgerlichen Erziehungsoptimismus mit seinem aufklärerischen Perfektibilitätsglauben beruhten und das Ziel verfolgten, die Kinder zu „bessern“ und gesellschaftlich zu reintegrieren.⁸

Mein Beitrag widmet sich dieser Problemlage.⁹ Er untersucht, wie im Kanton Basel-Stadt nach dem Zweiten Weltkrieg die kantonale organisierte Vormundschaftsbehörde ihre Fremdplatzierungsentscheide vermehrt mit der fehlenden physischen oder psychischen Gesundheit der Kinder begründete und wie sich die Medikalisierungsprozesse¹⁰ in der Kinder- und Jugendfürsorge auf das Verhältnis zwischen Expertenwissen und Behördenhandeln auswirkten. Die Quellengrundlage bilden die Vormundschaftsprotokolle, die für vier Stichperioden von 1945 bis 1972 qualitativ ausgewertet und mit Fallakten ergänzt wurden. Sie geben Rückschlüsse auf die behördlichen Legitimierungsstrategien, die sich situativ und pragmatisch diskursiver Versatzstücke bedienen.¹¹ Der erste Abschnitt setzt sich mit der Behördenstruktur in Basel-Stadt auseinander. Der zweite geht auf das Verhältnis zwischen psychiatrischem Wissen und der Behördenpraxis ein und erhellt den Austausch zwischen Behörden, wissenschaftlichen Expertinnen/Experten und der Fürsorge. Der letzte Abschnitt befasst sich mit der Begutachtungspraxis der Behörde und zeigt, wie die Kinder und Jugendlichen vermehrt medizinisch-psychiatrischen Zugriffen ausgesetzt waren, die in die Pathologisierung von sozialer Devianz mündeten.

Zwischen Gefahr und Gefährdung. Vormundschaftliche Zugriffe auf Kinder und Jugendliche in Basel-Stadt

Die Professionalisierung und Verwissenschaftlichung der Fürsorge setzte in vielen Schweizer Städten bereits in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts ein. Von hier gingen zwischen 1920 und 1950, wie Gisela Hauss und Béatrice Ziegler aufzeigen, eugenische, medizinisch-psychiatrische sowie disziplinierende Diskurspraktiken aus.¹² Auch im „rot“ regierten Basel fand in

-
- 7 Vgl. Isabell LOREY, Das Gefüge der Macht, in: Brigitte Bargetz / Gundula Ludwig / Birgit Sauer, Hg., *Gouvernementalität und Geschlecht. Politische Theorie im Anschluss an Michel Foucault* (= Politik der Geschlechterverhältnisse 52, Frankfurt/New York 2014), 31–61, hier 39–40.
- 8 Vgl. Jakob TANNER, *Ordnungsstörungen. Konjunkturen und Zäsuren in der Geschichte der Psychiatrie*, in: Marietta Meier / Brigitta Bernet / Roswitha Dubach u. a., *Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870–1970* (Zürich 2007), 271–306, hier 274.
- 9 Der Beitrag beruht auf meinem Dissertationsprojekt an der Universität Basel, das von Fremdplatzierungen von Kindern in der Deutschschweiz (1945–1980) handelt.
- 10 Medikalisierung verstehe ich im Sinne von Ute Frevert, die damit in Anlehnung an Foucault die Prozesse bezeichnet, die darauf abzielen, die Betroffenen in ein komplexes System medizinischer Institutionen einzubinden. Vgl. Ute FREVERT, *Krankheit als politisches Problem (1770–1880). Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung* (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 62, Göttingen 1984), 15.
- 11 Vgl. Mischa GALLATI, *Die Praxis der Berner Vormundschaftsbehörden*, in: Gisela Hauss / Béatrice Ziegler / Karin Cagnazzo u. a., Hg., *Eingriffe ins Leben. Fürsorge und Eugenik in zwei Schweizer Städten (1920–1950)* (Zürich 2012), 105–144, hier 139.
- 12 Vgl. Gisela HAUSS / Béatrice ZIEGLER, *Fallanalysen zwischen Vormundschaft und Psychiatrie. Einleitung*, in: Hauss / Ziegler / Cagnazzo u. a. Hg., *Eingriffe ins Leben*, wie Anm. 11, 9–20.

der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts die Professionalisierung der Fürsorge mit einem entsprechenden Ausbau der Amtsvormundschaft statt. Die Nähe zur Universität und zu medizinischen Kliniken begünstigte zudem den Austausch zwischen wissenschaftlichen Expertinnen und Experten und Behördenmitgliedern. Die Vormundschaftsbehörde in Basel, die zugleich kantonales Jugendamt war, bestand aus vier vormundschaftlichen Abteilungen. Die Vormundschaftsbehörde entschied über die Fremdplatzierung von Kindern und Jugendlichen gemäß ZGB (Art. 283–285), entweder mit Einverständnis der Eltern oder aufgrund vorsorglicher Gründe ohne Einwilligungen der Eltern (Art. 284). Artikel 285 sah den Entzug der elterlichen Gewalt und die Bestellung eines Vormunds vor. Zusätzlich gab es in der Stadt Basel ein Gesetz über die Vormundschaftsbehörde und den gesetzlichen Jugendschutz, die das Verfahren regelte und Maßnahmen ergänzte.¹³ Verschiedene Akteurinnen und Akteure mit unterschiedlichen Handlungsspielräumen wirkten auf die Behördenpraxis ein. Verfügten die Behördenmitarbeiter/-innen über einen großen Handlungsspielraum, war derjenige der betroffenen Kinder und der Eltern stark eingeschränkt. So wurden die Kinder kaum in die Anhörungen mit einbezogen. Die Eltern verharrten in der Defensive und unterstanden einem Rechtfertigungsdruck. Die von der Behörde verfolgten Legitimierungsstrategien bedienten sich einer Semantik, die ihre „Sorge um das Kind“ mit dem Topos der Gefährdung und der Gefahr ausdrückte. Die Protokolleinträge zeigen, dass die Gefährdung des Kindes zugleich mit seiner unterstellten Gefährlichkeit einherging. Ein Kind, das in der Familie gefährdet war, war immer sowohl für sich selbst aber auch für sein Umfeld, etwa für seine Geschwister oder seine Schulkameradinnen und -kameraden, gefährlich. Der gewichtige Gefährdungstopos richtete sich auf eine potenzielle, in der Zukunft liegende Gefahr, nämlich die der „negativen Entwicklung“ des Kindes, welche die spätere Integration in die Gesellschaft erschweren würde. So postulierte der Vorsteher der Vormundschaftsbehörde im Jahr 1954, das erklärte Ziel der Fürsorge sei es, „den Hilfebedürftigen in die menschliche Gesellschaft und geltende Sozialordnung zurückzugliedern [sic]“, damit er wieder „aus eigenen Kräften sein Leben gestalten“¹⁴ könne. Hier wurde nicht nur davon ausgegangen, dass das „Objekt“ behördlicher Intervention der „Hilfe“ bedürfe, sondern auch, dass sich diese Hilfe positiv auf den weiteren Lebensverlauf auswirken würde. Die „Zurückgliederung in die Gesellschaft“ weist auf die der Intervention zugrunde liegenden gesellschaftlichen Ordnungsvorstellungen und die damit verbundenen Regierungstechniken hin, die neben der Disziplinierung des Einzelnen die Ermächtigung zur Selbstregierung umfassen.¹⁵ Die „behördliche Sorge“ folgte somit Normalitätsvorgaben, die die einschneidenden Eingriffe mit einer „Optimierung“ des Kindes legitimierte, das durch die Fremderziehung normativ befähigt werden sollte, gesellschaftliche Erwartungshaltungen zu erfüllen. Diese beinhalteten bis Mitte der 1960er-Jahre statische Geschlechterbilder und ökonomische Nützlichkeitsparadigmata. Jungen sollten so erzogen werden, dass sie später in der

13 Gesetz über die Vormundschaftsbehörde und den gesetzlichen Jugendschutz (Basler Gesetzessammlung SG 212.400) vom 13. April 1944.

14 KESB BS, ohne Signatur, Jahresberichte der Vormundschaftsbehörde, 1954.

15 Vgl. Michel FOUCAULT, *Geschichte der Gouvernementalität II. Die Geburt der Biopolitik* (= Vorlesungen am Collège de France [1978–1979], Frankfurt am Main 2004), insbesondere 146. Zur Aktivierung im Sozialstaat siehe LESSENICH, *Neuerfindung*, wie Anm. 6, 84.

Lage sein würden, als „Pater familias“ und „Alleinernährer“ die Familie zu versorgen. Mädchen sollten zu sittlichen und tugendhaften Frauen heranwachsen, die ihre Erfüllung im häuslichen Bereich finden und in ihrer Rolle als Mutter aufgehen würden.¹⁶

Psychiatrisches Wissen und die Behördenpraxis

Ein zehnjähriger Junge lebt 1963 seit seinem ersten Lebensjahr in einer Pflegefamilie. Aufgrund von Spannungen zwischen der Pflegefamilie und der leiblichen Familie lässt der Amtsvormund den Jungen zwischen 1962 und 1963 in einem Kinderbeobachtungsheim in Basel-Land ambulant psychiatrisch abklären. Schließlich fordert er ein psychiatrisches Gutachten an, um herauszufinden, ob der Junge in seinem „Pflegemilieu“ verbleiben könne oder ob eine Umplatzierung angezeigt wäre. Dem psychiatrischen Gutachten ist zu entnehmen, dass der Junge „ein eher kleinwüchsiger, durchschnittlich begabter, ziemlich stark legasthenischer, motorisch retardierter, erzieherisch verwahrloster, z. T. noch kleinkindlicher, vor allem direkt, manchmal auch neurotisch reagierender Knabe“ sei. Weiter führt die Psychiaterin aus, dass er „trotz durchschnittlicher Intelligenz in öffentlichen Schulen als Normalklässler nicht tragbar“ sei. „Nach langem Hin-und-her-Erwägen“, so ist im Gutachten vermerkt, empfiehlt sie, den Jungen für mindestens zwei Jahre in einem „gut geführten, kleineren Erziehungsheim“ zu platzieren und medikamentös zu begleiten, um seine „allgemeine Reifung“ zu fördern.¹⁷ Ende 1963 ersucht der Vormund die Vormundschaftsbehörde um Zustimmung zur Unterbringung seines Mündels in einem Erziehungsheim.

Verschiedene Akteurinnen und Akteure mit unterschiedlichen Interessen bedienten sich medizinischen Wissens, um auf die Fürsorgepraxis einzuwirken. Im Fallbeispiel versuchte der Amtsvormund, den Konflikt zwischen den leiblichen Eltern und Pflegeeltern mit einer Umplatzierung zu lösen, nachdem er Rat bei einer Fachperson hatte einholen lassen. Obwohl die Ursache für den Konflikt nicht bei dem Jungen lag, stellte das psychiatrische Gutachten „Verhaltensanomalitäten“ fest. Es schloss mit der Empfehlung zur Heimplatzierung. Der Amtsvormund folgte dieser Empfehlung und beantragte die Versorgung des Kindes, der die Vormundschaftsbehörde stattgab.

Nicht immer wurden die Fremdplatzierungsverfügungen, die sich auf medizinisch-psychiatrische Begründungen stützten, von einem fachärztlichen Gutachten begleitet. Im Jahr 1950 etwa erreicht ein Schreiben des basellandschaftlichen „Landheims Erlenhof“ die Basler Vormundschaftsbehörde. Der Leiter fordert die Einweisung des in einem Jahr mündig werden den Bewohners, der unter der Aufsicht der Basler Vormundschaftsbehörde steht, in die psychiatrische Klinik Friedmatt. Der Leiter argumentiert:

„Zur persönlichen Beurteilung möchten wir folgendes sagen: Bei [dem Jungen] handelt es sich u.E. um einen Psychopathen [...]. Wir glauben nicht, dass er in einem Erziehungsheim von seinen

16 Vgl. Nadja RAMSAUER / Susanne BUSINGER / Mirjam JANETT, „Gefährdete Mädchen“ und „verhaltensauffällige Buben“. Behördliche Fremdplatzierungspraxis in den Kantonen Appenzell Innerrhoden, Basel-Stadt und Zürich, in: Gisela Hauss / Thomas Gabriel / Martin Lengwiler, Hg., Fremdplatziert. Heimerziehung in der Schweiz 1940–1990 (Zürich, im Erscheinen).

17 KESB BS, ohne Signatur, Fallakten der Vormundschaftsbehörde, PN 384.

hochstaplerischen Neigungen geheilt werden kann. U.E. könnte es sich hier um eine Psychopathie im Sinne einer Pseudologia phantastica handeln. Wir halten eine eingehende Untersuchung der Persönlichkeitsstruktur für notwendig, bevor weitere Erziehungsmaßnahmen beschlossen werden.“¹⁸

Das Konzept der Psychopathie, auf das im Zitat Bezug genommen wird, macht ein kriminelles Verhalten – die geschilderten „hochstaplerischen“ Neigungen – zu einem „Epiphänomen einer vererbten abnormen Konstitution“,¹⁹ die sich erst in der Begutachtungspraxis etabliert. Es setzt die – in den Worten Lutz Raphaels – Verwissenschaftlichung des Sozialen ein.²⁰ Das psychiatrische Wissen, das in die sozialbehördliche Praxis gelangt, wirkt sich auf das Verwaltungshandeln aus.

Marietta Meier zeigte anhand des 1909 gegründeten Kantonalen Inspektorats für private Irrenpflege²¹ in Zürich, wie die Psychiatrie in die Familienpflege eindrang und so ihre Vormachtstellung zu sichern vermochte. Die zunehmende Präsenz psychiatrischen Wissens in der behördlichen Begutachtungspraxis ist jedoch nicht einzig mit der Machtausweitung des psychiatrischen Handlungsfeldes zu erklären.²² Denn die vormundschaftlichen Organe brauchten in der Schweiz für eine Platzierungsverfügung keine psychiatrischen Expertisen. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen erlaubten es ihnen, bei „Gefährdung“ ein Kind eigenmächtig aus der Familie wegzunehmen und anderweitig zu platzieren.²³ Mit dem Gebrauch medizinisch-psychiatrischer Termini suggerierten die Behördenmitarbeiter allerdings, dass die attestierte Devianz objektiv-messbaren Kriterien entsprach und auf wissenschaftlicher Grundlage beruhte. Die Termini verliehen somit ihren Entscheiden Autorität und legitimierten die Maßnahme.²⁴ Begünstigt wurde der Wissenstransfer dadurch, dass die medizinischen Laien, wie Amtsvormunde oder Sozialarbeiter/-innen, die Deutungen problemlos übernehmen konnten, weil sich die psychiatrische Beschreibung von abweichendem Verhalten an den Alltagswortschatz anlehnte.²⁵ Sie verwendeten das psychiatrische Wissen situativ und passten es entsprechend ihren Bedürfnissen an. Dennoch genossen die wissenschaftlichen Expertinnen und Experten eine hohe Autorität. Holten die vormundschaftlichen Organe eine psychiatrische Expertise ein, folgten sie in der Regel – wie im obigen Fallbeispiel – der Expertenempfehlung.

18 Ebd., PN 496.

19 Urs GERMANN, *Psychiatrie und Strafrecht. Entstehung, Praxis und Ausdifferenzierung der forensischen Psychiatrie in der deutschsprachigen Schweiz 1850–1950* (Zürich 2005), 471.

20 Vgl. Raphael LUTZ, *Die Verwissenschaftlichung des Sozialen als methodische und konzeptuelle Herausforderung für eine Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts*, in: *Geschichte und Gesellschaft* 22 (1996), 165–193, hier 167–168.

21 Ab 1971 „private Familienpflege“ genannt. Diese Alternative zur geschlossenen Klinikunterbringung sah vor, Menschen mit geistiger Beeinträchtigung bei Privatpersonen unterzubringen. Die Kontrolle der Pflegefamilien wurde von einem Psychiater geleitet, die Betreuung der Patientinnen und Patienten übernahmen Laien. Vgl. Marietta MEIER, *Zur Dichotomie von Alltags- und Fachwissen. Die psychiatrische Familienpflege Zürich in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts*, in: *Traverse. Zeitschrift für Geschichte* 1 (2003), 79–92, hier 79.

22 Vgl. ebd., 80. Auch der Kanton Basel-Stadt (1929) führte eine Psychiatrische Familienpflege ein. Vgl. ebd., 81.

23 Vgl. ZGB, Art. 284.

24 Auf die Legitimierung politischen Handelns durch Expertenwissen als *Technology of Trust* im Bereich der Sozialversicherung weist Martin LENGWILER, *Risikopolitik im Sozialstaat. Die schweizerische Unfallversicherung, 1870–1970* (= *Industrielle Welt* 69, Köln 2006), 70, hin.

25 Vgl. Sara GALLE, *Kindswegnahmen. Das „Hilfswerk für die Kinder der Landstrasse“ der Stiftung Pro Juventute im Kontext der schweizerischen Jugendfürsorge* (Zürich 2016), 42–44.

„Debil und triebhaft“. Medizinisch-psychiatrische Begründungsstrategien der Vormundschaftsbehörde

1948 hält ein Vormundschaftsprotokoll fest, ein zehnjähriges Mädchen leide an „endogenem Schwachsinn vom Grade einer Imbezillität“. Deswegen sei es nicht unterrichts- und bildungsfähig, sondern nur „beschäftigungsfähig“.²⁶ Bei einem achtjährigen Knaben wird Epilepsie diagnostiziert mit der Bemerkung, der Junge sei „auch sonst in der geistigen Entwicklung stark zurück“.²⁷ Bei einem weiteren Jungen wird auf „erethische Debilität“ und „Erziehungsschwierigkeit“²⁸ hingewiesen. 1953 hält der Vorsteher der Behörde fest, ein 16-jähriger Junge sei „affektiv vollständig kühl und handle gewissenlos“. Da die Hauptschwierigkeit in seinem Charakter liege, sei „eine relativ strenge Heimerziehung mit Gewöhnung an regelmäßige Arbeit, allerdings bei weiterer psychiatrischer Überwachung angezeigt“.²⁹

Diese Protokolleinträge zeigen, wie medizinisch-psychiatrische Begründungen Fremdplatzierungsmaßnahmen rechtfertigen.³⁰ Bei der Einführung des ZGB hatten in den Platzierungsverfügungen noch moralisierende Argumentationsmuster wie etwa Unsittlichkeit, Liederlichkeit oder sexuelle Haltlosigkeit überwogen. Ab den 1940er-Jahren gewannen in Basel zunehmend medizinisch-psychiatrische Gründe an Gewicht.³¹ Die Rede war nun von „Pathologien“ wie Psychopathie, Schizophrenie, Schwachsinn, Debilität, Imbezillität und Epilepsie. „Gesundheit“ bzw. ihre Negativfolie, die Krankheit, dienten den Behörden vermehrt als Erklärungsmuster, welche die Eingriffe in Familienverhältnisse rechtfertigten.³² Verhaltensweisen, die früher als unsittlich oder amoralisch galten, pathologisierten die Akteurinnen und Akteure der Kinder- und Jugendfürsorge und unterwarfen sie Behandlungs- und Versorgungskonzepten.³³ Mit Aussagen wie „unberechenbare Psychopathin“, „in der geistigen Entwicklung zurückgeblieben“, aber auch Pathologien wie „Idiotie“ charakterisierten sie die Betroffenen. So hieß es etwa, das Mädchen sei „debil und triebhaft“,³⁴ ein Lehrer hielt fest, sein Schüler sei „asozial“,³⁵ oder eine Lehrerin berichtete von einer „hemmungslosen Erzähllust“ ihrer Schülerin, die eine „Gefährdung der Schulklasse zur Folge“³⁶ habe. Die den Begriffen zugrundeliegenden psychiatrischen Konzepte betteten die Entscheidungsträger/-innen nicht in einen

26 KESB BS, ohne Signatur, Protokolle der Vormundschaftsbehörde, Nr. 1945/1948.

27 Ebd., Nr. 120/1946.

28 Ebd., Nr. 235/1947.

29 Ebd., Nr. 169/1953.

30 Bei den medizinisch-psychiatrischen Begründungen sind geschlechtsspezifische Unterschiede auszumachen. Darauf kann in diesem Artikel aus Platzgründen jedoch nicht eingegangen werden. Siehe hierfür RAMSAUER / BUSINGER / JANETT, Fremdplatzierungen, wie Anm. 16.

31 Für andere Schweizer Städte siehe HAUSS / ZIEGLER, Fallanalysen, wie Anm. 12.

32 Zwischen 1945 bis 1947 wurde in mehr als einem Viertel aller Fremdplatzierungsentscheide medizinisch-psychiatrisch argumentiert. Vgl. KESB BS, ohne Signatur, Protokolle der Vormundschaftsbehörde, 1945–1947.

33 Vgl. Michel FOUCAULT, *Die Anormalen*. Vorlesungen am Collège de France, 1974–1975 (Frankfurt am Main 2007), 345–346.

34 KESB BS, ohne Signatur, Protokolle der Vormundschaftsbehörde, Nr. 157/1954.

35 Ebd., Nr. 560/1954.

36 Ebd., Nr. 1145/1954.

fachlichen Diskurs ein. Sie zitierten aus den Gutachten auszugsweise und unsystematisch, teils widersprüchlich.³⁷ Ab den 1960er-Jahren änderten sich die Begründungsstrategien der Vormundschaftsbehörde. Anstelle medizinisch-psychiatrischer Deutungen gewannen nun psychologisierende und tiefenpsychologische an Relevanz. So hielt im Jahr 1970 ein Schulpsychologe in seinem Brief an einen Amtsvormund fest, dass dessen Mündel ein „manifestes Verwahrlosungsverhalten“ zeige, wobei die Verwahrlosung primär eine Folge der „affektiv klassischen Frühverwahrlosung“ sei. Dies sei darauf zurückzuführen, dass dem Jungen sein „ihm nicht selber voll bewusster Ur-wunsch [sic] nach Angenommensein und Geborgenheit“ früher nie erfüllt worden sei. Mittlerweile seien seine Verhaltensschwierigkeiten derart groß, dass der „kleine, armselige, nach affektiver Zuneigung hungernde“³⁸ Junge meist übersehen werde. Die konstatierte soziale Devianz wurde nicht auf einen Defekt oder eine Krankheit zurückgeführt, sondern die attestierte Verhaltensauffälligkeit resultierte aus einer ungünstigen Wechselwirkung zwischen dem „Selbst“, der Umwelt und dem Milieu. Demgemäß bemängelte der Psychologe insbesondere die „fehlende Kollaboration des familiären Milieus“, was sich auf die therapeutische Maßnahme negativ auswirke. Die neuen Psychologisierungprozesse im Feld der Kinder- und Jugendfürsorge veränderten die Begutachtungspraxis der Behörde. Nicht mehr eine schlechte Anlage in Kombination mit einem geistigen Leiden wurde zur Rechtfertigung der Maßnahme genannt, nun standen vor allem das Verhalten des Kindes sowie das „Milieu“ im Fokus. Bezeichnungen wie „Verhaltensauffälligkeit“, „Pubertätskrise“, „frühkindliche Entwicklung“ und Diagnosen wie „Entwicklungsdefizite“, „Bindungsunfähigkeit“ oder „Selbstwertproblematik“ häuften sich in den Protokolleinträgen. Die Zunahme psychologisierender Deutungen stand dabei im Zusammenhang mit der generellen Popularisierung therapeutischen Wissens und dem Ausbau entsprechender Beratungsinstitutionen, der, wie Jens Elberfeld aufzeigt, im deutschsprachigen Raum in den 1960er-Jahren einsetzte.³⁹ Auch das Jugendamt von Basel baute ab Mitte der 1960er-Jahre seine sozialtherapeutische Gruppen- und Familienberatung aus, um „sozial und körperlich kranken jungen Menschen über die Gruppe, das gemeinsame Arbeiten, kreatives Tun und sinnvolle, notwendige Leistungen einen Weg zurück in die menschliche Gemeinschaft“⁴⁰ aufzuzeigen. Trotz der Abnahme medizinisch-psychiatrischer Diagnosen ging man nach wie vor von nicht der Norm entsprechenden Menschen aus, die durch die entsprechende Therapie – oft in Verbindung mit einem Anstaltsaufenthalt und einer Beschäftigungstherapie – „geheilt“ werden sollten.

37 Vgl. Gisela HAUSS / Béatrice ZIEGLER, Norm und Ausschluss in Vormundschaft und Psychiatrie. Zum institutionellen Umgang mit jungen Frauen, in: Véronique Mottier, Hg., *Pflege, Stigmatisierung und Eugenik. Integration und Ausschluss in Medizin, Psychiatrie und Sozialhilfe* (Zürich 2007), 63–75, hier 67.

38 KESB BS, ohne Signatur, Handakte der Amtsvormundschaft, PN 534.

39 Vgl. Jens ELBERFELD, Befreiung des Subjekts, Management des Selbst. Therapeutisierungsprozesse im deutschsprachigen Raum seit den 1960er Jahren, in: Pascal Eitler / Jens Elberfeld, Hg., *Zeitgeschichte des Selbst. Therapeutisierung – Politisierung – Emotionalisierung* (= *Histoire* 79, Bielefeld 2015), 49–83, hier 52–56. Vgl. auch Georg HÖRMANN / Frank NESTMANN, Die Professionalisierung der Klinischen Psychologie und die Entwicklung neuer Berufsfelder in Beratung, Sozialarbeit und Therapie, in: Mitchell G. Ash / Ulfried Geuter, Hg., *Geschichte der deutschen Psychologie im 20. Jahrhundert* (= *WV-Studium* 128, Opladen 1985), 252–285, hier 258.

40 KESB BS, ohne Signatur, Jahresberichte der Vormundschaftsbehörde, 1973.

Fazit

Medizinisch-psychiatrische Begründungen gewannen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts für behördliche Fremdplatzierungsmaßnahmen zunehmend an Bedeutung. Behördenmitglieder, Fürsorger/-innen sowie Ärztinnen und Ärzte kategorisierten die Kinder und Jugendlichen anhand eines medizinischen Normalzustandes. Psychische oder soziale Phänomene, die von der Norm abwichen, wurden als krank bewertet. Es galt, sie zu heilen bzw. zu therapieren. Im Lauf der 1960er-Jahre setzte vermehrt die Psychologisierung des Kindes ein, dessen Verhalten durch eine entsprechende Therapie an einen Normalmaßstab angepasst werden sollte. Dieser war zunehmend darauf ausgerichtet, die Kinder und Jugendlichen durch die Aneignung von Selbsttechniken zu befähigen, so auf sich einzuwirken, dass sie die gesellschaftlichen Erwartungshaltungen zu erfüllen vermochten. Die staatlichen Zugriffe verweisen auf die Gleichzeitigkeit von Beharrungstendenzen und Entwicklungsdynamiken im Feld der Kinder- und Jugendfürsorge, die mit einem soziokulturellen Wandel einhergingen. Neue Akteurinnen und Akteure betraten die Bühne, beispielsweise Sozialarbeiter/-innen, die in den der Kinder- und Jugendfürsorge vorgelagerten Beratungsstellen eine wichtige Rolle einnahmen, oder Psychologinnen und Psychologen, welche die Kinder auf Verhaltensauffälligkeiten überprüften. Im „Fürsorgedispositiv“ arbeiteten Anstaltsleitungen, Behördenmitglieder und Lehrpersonen oft Hand in Hand. Sie stützten und stärkten sich gegenseitig und trugen somit zur Stabilisierung der gesellschaftlichen Ordnung bei. Nicht immer stand, wie das Schweizerische Zivilgesetzbuch postuliert, die „Gefährdung des Kindes“ bzw. dessen Wohl im Fokus der Zugriffe, vielmehr verfolgten die Behörden mit der Fremdplatzierung in Heimen und Erziehungsanstalten, aber auch in psychiatrischen Kliniken das Ziel, die Kinder einer hegemonialen Normalitätsvorgabe anzupassen und sie „gesellschaftsfähig“ zu machen. Verhaltensweisen, die verbreiteten Normen widersprachen, etwa sexuelle Kontakte oder „renitentes“ Verhalten, setzten die Betroffenen den Zugriffen staatlicher Behörden aus; zudem wurde ihr Verhalten zum Gegenstand medizinischer und psychiatrischer Expertisen.

Die Sorge um das Kind führte somit paradoxerweise zu systematischen und medizinisch-psychiatrisch begründeten Zugriffen auf die Kinder mit der Intention, deren Verhalten pädagogisch-erzieherisch zu steuern. Diese Praxis verweist auf die Janusköpfigkeit der Kinder- und Jugendfürsorge im 20. Jahrhundert, die ihre Maßnahmen mit der pädagogischen Sorge um das Kind legitimierte, tatsächlich aber als Macht- und Herrschaftstechnologie diente.

Informationen zur Autorin

Mirjam Janett, M.A., Departement Geschichte, Universität Basel, Kanonengasse 27, 4051 Basel, Schweiz, E-Mail: mirjam.janett@unibas.ch

Dominique Karner

**Kinder in der Psychiatrie:
„Hörstumme“ Kinder in der
Landes-Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol
(1952–1955)**

English Title

Children in the Psychiatric Hospital: Children with Audiomutism in the “Landes-Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tyrol” (1952–1955)

Summary

Between 1952 and 1955 24 children with audiomutism were referred to the logopaedic children’s ward of the psychiatric hospital Hall in Tyrol for logopaedic treatment. The logopaedic children’s ward was located at the institution and was led by Daniel Sailer. The project presentation gives a short overview of the admitted children, the logopaedic ward and the methods of Daniel Sailer.

Keywords

20th century, child psychiatry, Tyrol, audiomutism, Daniel Sailer (1887–1958), mental records, statistical analysis

Einleitung

Dieser Beitrag liefert erste Ergebnisse und Überlegungen zur Logopädischen Kinderstation der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol, die im Rahmen meiner Masterarbeit¹ ausgearbeitet wurden. Forschungsgegenstand dieser empirischen Studie sind die Landes-Heil- und Pflegeanstalt Hall i. Tirol und ihre Patientinnen und Patienten (0–17 Jahre) zwischen 1945 und 1955. Neben den mit „Schwachsinn“, „Epilepsie“, „Schizophrenie“ und „Psychopathie“ diagnostizierten Kindern und Jugendlichen wurden auch „hörstumme“ Kinder in der sogenannten

1 Die Masterarbeit, die im November 2017 an der Universität Innsbruck abgeschlossen wurde, trägt den Titel: „Kinder und Jugendliche in der Psychiatrie am Beispiel der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol von 1945 bis 1955“.

„Kolonie“, wie die logopädische Kinderstation der Anstalt damals hieß, aufgenommen. Diese befand sich auf dem Anstaltsgelände der Haller Psychiatrie und nahm somit nicht nur räumlich, sondern auch auf diagnostischer und organisatorischer Ebene eine Sonderstellung ein. Zum einen handelte es sich bei „Hörstummheit“ um keine klassische Diagnose, zum anderen hatten „hörstumme“ Kinder nichts mit den anderen „psychiatrisierten“ Kindern gemeinsam, auch wenn sie in denselben Aufnahmebüchern geführt wurden. Darüber hinaus erfuhren sie weder deren Behandlungsmethoden, noch können die üblichen medizinischen Dekurse² in den Akten gefunden werden. Ausgenommen sind Fälle, in denen ein Kind erkrankt oder es zu einem Notfall gekommen war. Wie gestaltete sich also das Leben auf dieser Station? Aus welchem geografischen Einzugsgebiet kamen die Patientinnen und Patienten? Aus welchen Gründen wurden sie eingewiesen? Was kann zur Gründung dieser Station, zu der Einrichtung selbst, dem Leiter und seinen Methoden gesagt werden? Diesen Fragen soll in der gebotenen Kürze nachgegangen werden.

Darstellung und Analyse basieren dabei auf den Kranken- und Patientenverwaltungsakten der Kinder, die sich im Historischen Archiv des Landeskrankenhauses Hall i. Tirol befinden. Beim vorliegenden Quellenkorpus handelte es sich um 117 Krankenakten, darunter 24 Akten, die die Aufnahme von „hörstummen“ Kindern betreffen.

Die Logopädische Kinderstation³

Untergebracht waren die Kinder in einem Gebäude, das sich im Norden des Anstaltsgeländes befand. Es fungierte einst als Wohn- und Arbeitsstätte für „arbeitsunfähige Pfleglinge, deren Heilung eigentlich schon erfolgt“ war, „die man aber wegen der zu befürchtenden schädlichen Einflüsse nicht hinauslassen“⁴ wollte. Warum ausgerechnet dieses spezifische Haus als Hörstummendenabteilung gewählt wurde, lässt sich aus den Akten nicht erschließen. Eventuell stand es zu diesem Zeitpunkt gerade leer und die Tatsache, dass Prof. Helmut Scharfetter (1893–1979), der damalige Leiter der Landes-Heil- und Pflegeanstalt, mit dem Gründer der Station, Daniel Sailer, eine Freundschaft pflegte, begünstigte diesen Umstand.

Gegründet wurde die Logopädische Station am 1. Oktober 1952 von dem Hilfsschullehrer und Heilpädagogen Daniel Sailer (1887–1958) und bestand bis Herbst 1955.⁵ Vonseiten der Behörden gab es für diese Einrichtung keine Unterstützung. Die Verwirklichung des Projektes hatte Sailer einzig der Förderung des Vorstandes der Psychiatrisch-Neurologischen Klinik Innsbruck und dem Leiter der HPA, Scharfetter, zu verdanken.⁶ Bei Eröffnung der Station war

2 Dekurs = Verlauf der Krankengeschichte.

3 Nachfolgende Textpassagen stammen aus meiner Masterarbeit.

4 Angela GRIESENBOCK, Die „Landesirrenanstalt“ in Hall in Tirol und ihre Patientinnen und Patienten (1882–1919), unveröffentlichte phil. Dissertation (Universität Innsbruck 2009), 241.

5 Vgl. Andrea SOMMERAUER, Widersprüche. Der Lehrer, Schriftsteller und Heilpädagoge Daniel Sailer (1887–1958) in den verschiedenen politischen Systemen des 20. Jahrhunderts, in: Horst Schreiber u. a. Hg., Zwischentöne (= Gaismair-Jahrbuch 2016, Innsbruck–Wien–Bozen 2015), 141–153, hier 141–143.

6 Vgl. Maria GROSS-BACHMANN, Daniel Sailer. Leben und Wirken eines Idealisten, in: Tiroler Heimat. Jahrbuch für Geschichte und Volkskunde 40 (1977), 163–190, hier 184.

Daniel Sailer ein 65-jähriger Pensionist, der die Kinder unentgeltlich unterrichtete und förderte, da ein Auszahlen des genehmigten Gehaltes durch die Tiroler Landesregierung vorerst ausblieb.⁷ Daniel Sailer betrieb die Hörstimmensektion alleine, bekam aber ab Oktober 1953 die Mitarbeiterin Anna Maria Frischmann zur Seite gestellt.⁸

Sailer arbeitete nicht nur mit „hörstimmensektion“ Kindern, sondern auch mit Minderjährigen, die auf den Stationen der Heil- und Pflegeanstalt untergebracht waren. Dem vorliegenden Aktenbestand ist zu entnehmen, dass zwei Kinder Sailers Unterricht besuchten: Ein Mädchen, das mit „Schwachsinn“ diagnostiziert wurde und an einer festgestellten originären Sprachstörung litt, wurde „tagsüber in die Kolonie zu Fachlehrer Sailer gebracht“,⁹ wo es an einem „Sprechkurs“¹⁰ teilnahm. Untergebracht war das Mädchen in der Frauenabteilung der Anstalt. Ebenso wurde ein neunjähriger Bub, dem man „Psychopathie“ diagnostizierte, „versuchsweise halbtätig in die Schule zu Fachlehrer Sailer“ gegeben. Da er aber eine „schwere Last für die Umgebung“¹¹ gewesen sei, wurde er vom Lehrer von der Hörstimmensektion verwiesen.

Hinsichtlich der Methoden, die Sailer anwandte, kann Folgendes festgehalten werden: Neben dem Lernen ließ er die Kinder zeichnen, spielte mit ihnen, ließ sie am Nachmittag schlafen und unternahm Ausflüge. Den Unterricht gestaltete er – laut seiner Assistentin – sehr anschaulich: „S-Fehler [wurden] mit Stäbchen, F-Fehler mit Feder blasen, ch mit Gurgeln“¹² geübt. Sailers Methoden entsprachen dem Zeitgeist. In der Fachliteratur wurde empfohlen, die Therapie an einem „spielerisch durchgeführten Unterricht, in dem die Frühformen der Sprachentwicklung gelenkt, nachgeholt bzw. durchlebt werden“,¹³ zu orientieren.

Sailers Ziel war es, die Kinder „schulreif zu machen“. Die Dauer der Behandlung betrug zwischen sechs und neun Monaten.¹⁴ Er war sehr um eine individuelle Förderung bemüht, sodass er Kinder auch einzeln unterrichtete, wenn sie sich nicht für Gruppenunterricht eigneten. Sailer verbrachte, wie bereits erwähnt, das ganze Schuljahr mit den Kindern auf der Station, auf der die Kinder stationär untergebracht waren. Er half ihnen, wenn nötig, beim Waschen oder reinigte sie, „wenn sie eingenaßt oder eingekotet hatten“.¹⁵ Bei Bedarf schlief Sailer auch auf der Station.¹⁶ Frei hatte Sailer nur in den Ferien, als die Kinder zu Hause waren. Kinder aus Vorarlberg begleitete er zu Schulschluss nach Hause, seine Assistentin holte sie zu Schulbeginn in Feldkirch wieder ab.¹⁷ Bedenkt man, dass die Kinder in der Hörstimmensektion schliefen und sich während des Schuljahres ständig in der „Kolonie“ aufhielten, so muss von einem Internatsbetrieb ausgegangen werden.

7 Ebd., 184.

8 SOMMERAUER, Widersprüche, wie Anm. 5, 149.

9 Historisches Archiv (= HA) Landeskrankenhaus Hall (= LKH), KA M. L. 1955 (VA VIII/1340), Dekurs 6.12.1954.

10 HA LKH, KA M. L. 1955 (VA VIII/1340), Schreiben der Bezirkshauptmannschaft Kufstein 17.9.1955.

11 HA LKH, KA K. H. G. 1955 (VA VIII 1628), Dekurs 22.4. – 13.5.1955.

12 FRISCHMANN, zit. n. GROSS-BACHMANN, Daniel Sailer, wie Anm. 6, 150.

13 Hubert HARBAUER, Die Sprachentwicklung und ihre Störungen, in: Hubert Harbauer u. a., Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie (Berlin–Heidelberg–New York ²1974), 333–338, hier 335.

14 HA LKH, VA E. B. VII/4033, Prof. Dr. Scharfetter 27.10.1952.

15 GROSS-BACHMANN, Daniel Sailer, wie Anm. 6, 184.

16 HA LKH, KA G. B. 1955 (VA VIII/1269), Handschriftliche Aufzeichnungen über den Patienten vom Lehrer Sailer.

17 Ebd.

Die Patientinnen und Patienten

Insgesamt konnten 24 Kinder ausfindig gemacht werden, die zwischen 1952 und 1955 im Alter von vier bis zwölf Jahren auf der Logopädischen Kinderstation aufgenommen wurden. Tabelle 1 illustriert die Verteilung der aufgenommenen „hörstummten Kinder“ nach Alter und Aufnahmejahr. Gleich nach der Eröffnung der Abteilung wurden neun und 1953 acht Kinder im Alter zwischen vier und zwölf Jahren eingewiesen, wobei die Sechs- und Siebenjährigen den größten Anteil ausmachten. Im darauffolgenden Jahr nahm die Station fünf Kinder zwischen dem fünften und dem neunten Lebensjahr auf und 1955 ein vier- und ein sechsjähriges Kind. Letzteres war das einzige Mädchen unter den 24 „hörstummten Kindern“, was nicht überraschend ist, da Hörstummheit – laut Max Nadoleczny – viel häufiger bei Buben als bei Mädchen in Erscheinung trat.¹⁸ Andererseits könnte es aber auch sein, dass aus organisatorischen Gründen nur ein Geschlecht aufgenommen wurde.

Tabelle 1: Patientenanzahl mit der Diagnose „Hörstummheit“ nach Aufnahmejahr und Alter zwischen 1952 und 1955

Alter	Aufnahmejahr			
	1952	1953	1954	1955
4	1			1
5		2	1	
6	1	5	1	1
7	4	1	1	
8			1	
9	1		1	
10				
11	1			
12	1			
Total:	9	8	5	2

Neben Kindern im schulpflichtigen Alter besuchten auch vereinzelt Kinder im Vorschulalter die Klasse des Fachlehrers Daniel Sailer, der diese in der „Kolonie“ unterrichtete.¹⁹ Der Großteil der Kinder kam aus Österreich, darunter 13 aus Tirol und neun aus Vorarlberg. Gerichtsbezirke in Tirol, die in den Akten genannt werden, sind: Innsbruck, Schwaz, Hall und Telfs. Gerichtsbezirke in Vorarlberg: Feldkirch, Bludenz, Dornbirn und Bregenz. Aus Bozen in Südtirol kamen zwei Kinder. Warum das Einzugsgebiet auch Italien umfasste, erklärt ein Ansuchen an die Tiroler Landesregierung, die um Aufnahme bat, da dem „Minderjährigen auf italienischem

¹⁸ MAX NADOLECZNY, Die Sprach- und Stimmstörungen im Kindesalter (= Handbuch Kinderheilkunde 8, Berlin-Heidelberg 1926), 48.

¹⁹ Beispielakte: HA LKH, VA H. F. VIII/1568.

Staatsgebiet nicht die Möglichkeit gegeben werden k[onnte], eine deutsche Sprachbildung im Heilverfahren zu erhalten“.²⁰ Doch auch in Österreich waren solche Einrichtungen rar. „[A]ußer in Wien [gäbe] [es] keine solche Anstalt.“²¹

Alle Kinder lebten vor ihrem Stationsaufenthalt in den Ursprungsfamilien. Acht von ihnen wurden vor der Aufnahme an der Hals-, Nasen- und Ohrenklinik Innsbruck untersucht. Die übrigen Kinder wurden von ihren Eltern ohne Einweisungsschreiben zur Aufnahme gebracht oder von anderen Ärzten und Ämtern eingewiesen.

Richtet man den Blick auf die Überweisungsgründe, so fällt auf, dass überwiegend „mangelhafte Artikulation“, „fehlende[s] Sprachverständnis“ oder „Stottern“ angegeben wurden. Ein Symptom, das bei fast allen aufgenommenen Kindern mit der Diagnose „Hörstummheit“ anzutreffen war, äußerte sich in der „verspäteten“ oder „zurückgebliebenen“ Entwicklung. So lernten die Kinder das Gehen zwischen zwei und zweieinhalb Jahren, das Sprechen zwischen zweieinhalb und vier Jahren. Eines unter ihnen, der neunjährige W. B., erlernte das Sprechen erst mit neun Jahren.²² Neben einer „stammelnd[en] Lautbildung“²³ hoben die Ärzte regelmäßig auch eine „primitive Wortbildung“²⁴ hervor oder den „Wortschatz“, der bei der Aufnahme „äußerst dürftig“²⁵ erschien. Einer der Buben hatte laut Krankenakte aufgrund von Verspottung durch die Mitschüler ein „Stammeln“ und „Stottern“ entwickelt, sodass er auf die Logopädische Kinderstation der Anstalt überwiesen wurde.²⁶ Stottern galt laut dem deutschen Psychiater August Homburger (1873–1930) als eine spezifisch sprachmotorische Angstreaktion und müsse daher in den meisten Fällen als Angstneurose gesehen werden.²⁷ Unter den 24 Kindern gab es zehn Enuretiker, die nach ihrem dritten Lebensjahr noch einnässten, sowie acht Linkshänder. Gemäß Nadoleczny würden eine „verzögerte Sprachentwicklung und Linkshändigkeit“²⁸ häufiger zusammen in Erscheinung treten. Als Ursachen der „Hörstummheit“ werden in den Akten unter anderem die Frühgeburt eines „blaue[n] Säugling[s]“ durch Sturz der Mutter²⁹ oder eine Mittelohrentzündung genannt.³⁰

Der Großteil der Kinder (17) verließ die logopädische Abteilung als „gebessert“. Sechs Kinder kamen ein zweites Mal zur Aufnahme, wovon vier das Lernziel laut Sailer erreichten. Ein Bub befand sich auch ein drittes Mal in Hall, wurde aber ab diesem Zeitpunkt mit „Schwachsinn“ diagnostiziert und nicht mehr in der „Kolonie“, sondern in der Männerabteilung untergebracht. Solche Fälle scheinen nicht selten gewesen zu sein. Auch in der Literatur lassen sich Beispiele einer spät diagnostizierten „Debität“ finden, die bei einem Kind noch weniger auffällt als bei einem Erwachsenen, da die nur mäßige Sprachentwicklung vorerst als „Hörstummheit“

20 HA LKH, VA H. F. VIII/1568, Amt der Tiroler Landesregierung an die Direktion der Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Solbad Hall 27.4.1955.

21 HA LKH, VA E. B. VII/4033, Prof. Dr. Scharfetter 27.10.1952.

22 Ebd.

23 HA LKH, VA G. B. VIII/1269, Brief der Universitätsklinik für Ohren-, Nasen-, Halskranke Innsbruck an HPA Hall 14.10.1954.

24 HA LKH, KA E. B. 1953 (VA VII/4033), Dekurs/Zusammenfassung.

25 HA LKH, KA M. F. 1953 (VA VIII/581), Dekurs 15.10.1953.

26 HA LKH, KA J. K. 1955 (VA VIII/1330), Unterredung mit der Mutter 11.11.1954.

27 Vgl. August HOMBURGER, Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters (Berlin 1926), 299.

28 NADOLECZNY, Sprachstörungen, wie. Anm. 18, 49.

29 HA LKH, KA E. A. 1955 (VA VIII/1249), Unterredung mit dem Vater 3.10.1953.

30 HA LKH, KA W. H. 1954 (VA VIII/583), Dekurs/Zusammenfassung.

wahrgenommen wird. So erging es auch zwei Buben, denen zunächst eine „Hörstummheit“ diagnostiziert wurde, die im Erwachsenenalter dann jedoch mit der Diagnose „Schwachsinn“ nach Hall eingewiesen wurden.

Abschließend wird ein Akt vorgestellt, der als exemplarisches Fallbeispiel die oben genannten Aspekte vereint. Anhand der entsprechenden Krankengeschichte soll nachfolgend der Weg eines „hörstummen Kindes“ von der Einweisung bis hin zu dessen Entlassung rekonstruiert werden.³¹

H. G. gelangte 1954 mit neun Jahren in die Anstalt. Der Zustand des Knaben wurde als „intellektuell und erethisch unterentwickelt“ beschrieben. In der Erziehung bereitete er nach Aussage der Mutter keine Schwierigkeiten. Seine Entwicklung sei normal verlaufen, mit einem Jahr habe er „gehen und sprechen gelernt“. Wegen seiner „Schwächlichkeit“ sei der Knabe jedoch „für ein Jahr vom Schulunterricht“ befreit worden. Zur Jahreswende 1951/52 „erschrak er sehr durch einen Krampus“. Seit 1952 sei er dann wieder zum „Bettnässer“ geworden. Darüber hinaus habe er jegliches Interesse verloren, sich teilnahmslos benommen und kaum noch ein Wort geredet. Die Ergebnisse der in der Kinderklinik durchgeführten Untersuchungen ergaben nun, dass „es sich um einen Folgezustand nach einer übersehenen Hirnhautentzündung handeln“ würde. Im Anschluss daran sei der Patient von seinem Nervenarzt weiterbehandelt worden, die Sprache jedoch ziemlich undeutlich geblieben. Schließlich habe ihn ein Amtsarzt untersucht, der den Buben schließlich auf die logopädische Kinderstation der HPA Hall überwiesen habe.

Die Akte H. G. enthält ein Notizheft mit handgeschriebenen Einträgen des Fachlehrers Sailer, die Auskunft über den Zustand und den Lernerfolg des Kindes, aber auch über das soziale Umfeld geben. Sailer hielt fest, dass der Bub nachts ruhig sei, jedoch notierte er ein tägliches „Einnässen“ und ein gelegentliches „Einschmutzen“. Ansonsten sei die „durch einen Schreck ‚verlorene‘ Sprache“ vorhanden, von der er aber keinen Gebrauch machte, wie der Ausschnitt der zweiten Seite des Notizheftes zeigt:

„Es fehlen die Sprachantriebe.“ Gelegentlich sprach der Bub „Sätze in reiner Form der Südtiroler Mundart“ wie „Gib mir an Ostergaggele“ oder „Bitte an Apfele[,] a Gutele, (Bombe)“ [Anmerkung der Verfasserin: Es ist vermutlich eine „Schwedenbombe“, also eine Schaumzuckerware, gemeint.]. Für den Fachlehrer stand fest, die Sprachantriebe „wecken“ zu können, aber „weniger durch Sprachübungen als durch Zuziehung zu leichteren Arbeiten“ wie „Helferdienste[n]“. Auf den nachfolgenden Seiten beschrieb Sailer den Vorgang dieser „Aufträge“. Man müsse „immer deutlich sprechen“ und die „Wörter öfters darbieten“.

Neben diesen Versuchen, den Sprachtrieb zu wecken, lässt sich aus dem Heft herauslesen, dass der Lehrer auch bemüht war, mit den Kindern zu spielen.³² Es schien Fortschritte zu geben, dennoch sei es – so Sailer – „bei diesem Kinde“ wie bei einer „Verschüttung“, wo darunter viel läge. Der Bub wurde schließlich nach einem halben Jahr als „gebessert“ entlassen. Drei Monate später befand er sich erneut auf der logopädischen Kinderstation, die er einen Monat

31 Alle nachfolgenden Zitate im Fließtext stammen aus der Akte: HA LKH, VA H. G. VIII/1251.

32 Nachfolgende Zitate im Fließtext stammen aus dem blauen Notizheft, das sich in folgender Akte befindet: HA LKH, VA H. G. VIII/1251.

33 Aus einer anderen Akte geht hervor, dass es auch Einzelunterricht gegeben hat. Vgl. folgende Akte: HA LKH, KA E. N. 1953 (VA VII/4034), Dekurs 25.8.1953.

Die angeblich durch einen
Schreck "verlorene" Sprache
ist vorhanden, kalm,
macht aber keinen fe-
brauch daraus. Es feh-
len die Sprachantriebe
(Gelegentl. Sätze im reinen
Jargon der Südböhrer
Kundart):

"Gib mir an Ostergazzele"
"Bitte, danke,
Bitte um Äpfel (Pommes)
a Gulele, (Pommes)
n. s. 10.

Diese Sprachantriebe
sind zu wecken.

Weniger durch Sprach-
übungen als durch
Früherziehung zu leichter
Arbeit, Halbschule
im Gasthaus, Schlaf-
raum, Dachboden,
beim Erheizen n. s. 10.
Begleitung bei Ein- ✓

Abb. 1: Ausschnitt des Notizheftes von Daniel Sailer mit Eintragungen zu H. G.³²

darauf schon wieder verließ, diesmal als „wenig gebessert“.³⁴ Inwieweit sich seine Sprachfähigkeiten in der Folgezeit positiv entwickelten, kann leider nicht beantwortet werden, denn er kehrte nach seiner zweiten kurzen Aufnahme nicht mehr auf die Station zurück. Jedoch lässt der letzte Eintrag in Sailers Notizbuch vermuten, dass die Mutter mit ihrer Entscheidung, den Buben zum Sprachunterricht in die Anstalt zu bringen, auf Widerstand in ihrem sozialen Umfeld gestoßen war. Man ließ sie nämlich in die Gemeindestube ihres Wohnortes rufen und machte ihr „Vorhalte“, das Kind in die hiesige Station gegeben zu haben. Dies würde die Gemeinde in finanzieller Hinsicht „schwer belaste[n]“.³⁵ Es scheint, als habe sich die Mutter dann gegen eine erneute Unterbringung entschieden, weil sie Druck von ihrer Gemeinde erhielt, die die finanzielle Belastung nicht weiterhin tragen wollte.

Resümee

Wie die Ergebnisse gezeigt haben, nahm die logopädische Kinderstation eine Sonderstellung ein. Warum ausgerechnet das Koloniegebäude der Haller Anstalt zu einer Abteilung für „hörstumme“ Kinder umfunktioniert wurde, bleibt unklar. Vermutlich handelte es sich um ein leer stehendes Gebäude auf dem Anstaltsgelände, und die freundschaftliche Beziehung zwischen Daniel Sailer und dem Anstaltsdirektor Prof. Dr. Scharfetter vereinfachte die Entscheidung zur Gründung einer solchen Einrichtung. 24 Kinder konnten ausfindig gemacht werden, die zwischen 1952 und 1955 auf der Hörstimmabteilung Aufnahme fanden, dort wohnten und von Sailer unterrichtet wurden. Der Großteil der Kinder kam aus Österreich, nur zwei aus Südtirol. Zuweisende Institution war vor allem die Hals-, Nasen- und Ohrenklinik Innsbruck. Organisiert war der Zwei-Personen-Betrieb wie eine Internatsschule, die den Kindern durch die Methoden Sailers eine individuelle Sprachbehandlung, durch seine permanente Anwesenheit aber auch Pflege und Fürsorge zukommen ließ. Trotz Sailers unermüdlichem Einsatz bleibt der schale Beigeschmack, dass die „hörstummen“ Kinder vom Land Tirol wohl eher als vernachlässigbar angesehen wurden, da es keine finanziellen Fördermittel für diese Kinder zur Verfügung stellte.

Information zur Autorin

Dominique Karner, MA, Content Marketing Managerin, 6020 Innsbruck, E-Mail: nike.karner@gmail.com

34 HA LKH, VA H. G. VIII/1251, Verpflegskopfzettel.

35 HA LKH, VA H. G. VIII/1251, Letzter Eintrag im blauen Notizheft.

Mechthild Bereswill / Patrik Müller-Behme

Brüchige Medikalisierung. Gutachterliche Diagnosen und die Verwaltung des Falles in der Heimerziehung

English Title

Fragile Medicalization – Expert Opinions and the Administration of the Case in Residential Care

Summary

This paper examines the relevance of psychological or psychiatric expertise in the social administration of children and adolescents in the institutional care in Germany between the 1950s and the 1960s. Therefore, the article reconstructs the administrative action from two file records and analyzes the relevance of medical reports in these cases.

Keywords

Residential Care, West Germany, sociology of knowledge, document analysis, mental expertise, administrative action

Einleitung

In diesem Projektbericht wird die Bedeutung von gutachterlichen Diagnosen in der Verwaltung von Kindern und Jugendlichen in der Heimerziehung der 1950er- und 1960er-Jahre untersucht. Im Zentrum steht die Bedeutung von Handlungsempfehlungen im Verwaltungshandeln, die auf Basis einer psychiatrischen oder psychologischen Diagnose gebildet wurden. Diese gutachterlichen Diagnosen sind somit an der Schnittstelle von Verwaltungshandeln, medizinischem und psychologischem Wissen angesiedelt und als Ausdruck von Prozessen der Medikalisierung und Psychologisierung wohlfahrtsstaatlicher Bürokratie zu begreifen. Die untersuchten Handlungszusammenhänge weisen einen situationsspezifischen Umgang mit diesem Wissen auf. Das bedeutet, dass Gutachten zwar angefordert und erstellt werden, deren Empfehlungen bürokratische Entscheidungsprozesse jedoch nicht bruchlos steuern und zwangsläufig umgesetzt werden. Sie werden vielmehr selbst wieder Gegenstand von Aushandlungs- und Ent-

scheidungsprozessen. Welche Relevanz psychiatrische oder psychologische Diagnosen für den weiteren Umgang mit untergebrachten Kindern und Jugendlichen gewinnen, ist abhängig von situationsspezifischen Aushandlungen der beteiligten Akteurinnen und Akteure. Diese Perspektive schließt an Lindsay Prior an, der vorgeschlagen hat, die Bedeutung von Dokumenten nicht nur aus dem Zweck ihrer Herstellung zu schließen, sondern immer auch vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen Verwendung zu betrachten.¹ Mit Blick auf die Debatte zur Medikalisierung von Kindheit stellt sich entsprechend die Frage, inwieweit das gutachterlich bereitgestellte psychiatrische oder psychologische Wissen überhaupt Bedeutung für den weiteren Weg der untergebrachten Kinder und Jugendlichen hat. Dieser Aushandlungskontingenz wird im vorliegenden Projektbericht weiter nachgegangen, indem widersprüchliche und überraschende Entscheidungsprozesse in Bezug auf die Bedeutung der Gutachten für diese Entscheidungen anhand von Aktenanalysen untersucht werden.

Zunächst wird die Forschungsperspektive skizziert und das methodische Vorgehen erläutert (1). Anschließend werden zwei Fallbeispiele vorgestellt, in denen gutachterliche Diagnosen und deren Empfehlungen zum Tragen kommen (2). Darauf folgt ein vergleichendes Resümee der Fallbeispiele (3) und die Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse in einem Ausblick (4). Im Fokus steht die Frage: Welche Bedeutung haben gutachterliche Diagnosen bei der Verwaltung von Kindern und Jugendlichen in der bundesdeutschen Heimerziehung der 1950er- bis 1960er-Jahre?

Skizzierung der Forschungsperspektive: die Verwaltung des Falles

Die im Folgenden behandelte Fragestellung bezieht sich auf das an der Universität Kassel laufende DFG-Projekt „Die Verwaltung des Falles. Die Rekonstruktion von institutionellen Handlungsvollzügen“. Das Forschungsprojekt wird von Mechthild Bereswill geleitet und durch Patrik Müller-Behme bearbeitet.² Anhand von Dokumenten aus personenbezogenen Akten der Heimerziehung der 1950er- bis 1960er-Jahre wird Verwaltungshandeln rekonstruiert, wobei die Frage nach den differentiellen Logiken und dem Zusammenwirken unterschiedlicher Dokumentensorten zentral ist. Es handelt sich um sogenannte Fallakten, die aus ehemaligen Erziehungsheimen des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen (LWV) stammen und im verbands-eigenen Archiv in Kassel lagern. Diese Akten wurden vom Eintritt bis zum Austritt einer dort untergebrachten Person durch das jeweilige Heim geführt. Sie behandeln somit keinen institutionenübergreifenden längeren Prozess, wie etwa Jugendamtsakten, sondern betreffen die zeitlich begrenzte Phase der Unterbringung in dem jeweiligen Heim. Dabei umfassen sie eine Sammlung diverser Dokumente, die von Verfasserinnen und Verfassern mit unterschiedlichen bürokratischen und beruflichen Funktionen und aus verschiedenen Institutionen stammen. Der Schwerpunkt der Dokumente in den Akten liegt hierbei auf Antragsdokumenten, gerichtlichen Beschlüssen, Gutachten, Ego-Dokumenten, Notizen, Berichten sowie der administrativen Korrespondenz zwischen den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren.

1 Lindsay PRIOR, *Using Documents in Social Research* (London 2003).

2 Das zweijährige DFG-Forschungsprojekt (BE 2063/5-1) wurde vom 1. März 2016 bis zum 30. April 2018 durchgeführt.

Vor diesem Hintergrund ist die zentrale Fragestellung des Projektes, welche textuellen, vor allem aber intertextuellen Struktureigentümlichkeiten sich in den Akten zeigen und was dies für das dokumentierte Verwaltungshandeln in der Heimerziehung bedeutet.³ Die Aussagen der verschiedenen Dokumente werden hierfür in ihrem interaktiven Zusammenspiel in einer wissenssoziologischen Perspektive untersucht und Muster der Verwaltung in Bezug auf die in der Akte adressierten Kinder und Jugendlichen herausgearbeitet. Die Forschungsperspektive zielt auf die Untersuchung von Prozessen der sozialbürokratischen Legitimierung und Umsetzung von Maßnahmen der Fürsorge. In diesem Rahmen spielt die Delegation von Entscheidungen an psychiatrisch und psychologisch argumentierende Gutachten eine bedeutende Rolle.

Die in dem Forschungsprojekt durchgeführte Untersuchung basiert auf 70 inhaltsanalytischen Aktenprotokollen. Die Basis für die Anfertigung dieser Protokolle sind Ergebnisse aus einer Pilotstudie, in der 1.010 Akten aus der Heimerziehung in einem standardisierten Verfahren untersucht wurden.⁴ Mit diesen Ergebnissen konnten gezielt Akten gezogen und inhaltsanalytisch protokolliert werden. Aus dem Sample der 70 Aktenprotokolle sind für diesen Beitrag zwei ausgewählt worden, in denen Gutachten eine zentrale Rolle im Verwaltungshandeln spielen und mit denen im Rahmen des Projektes bereits analytisch gearbeitet wurde.

Verwaltung und gutachterliche Diagnosen: zwei Fallbeispiele

Im Folgenden werden die beiden Fälle verdichtet dargestellt. Aus Platzgründen wird größtenteils auf den Originalton in den Dokumenten verzichtet und die wesentlichen Verwaltungshandlungen werden zusammenfassend paraphrasiert. Einzig die Gutachten werden genauer betrachtet. Die Namen der Jugendlichen sind pseudonymisiert, die Namen der Einrichtungen werden genannt.

Eine aufgehobene Verlegung

Grundlage für das erste Fallbeispiel ist eine Akte aus dem Bestand des Erziehungsheimes Karlshof.⁵ In der Akte ist dokumentiert, dass der Direktor des Jugendheimes am 24. April 1958 eine Strafanzeige bei der Polizei erstattete. Als Auslöser für die Anzeige wird ein Vorfall genannt, bei dem Lothar, ein 15-jähriger Junge, von älteren Jugendlichen „empfindlich geschlagen“ worden sei. Um über den weiteren Umgang mit Lothar entscheiden zu können, wurde im Zuge dieses Vorfalles am 8. Mai 1958 ein psychiatrisches Gutachten angefertigt, dessen zentrale Punkte im Folgenden zusammengefasst werden:

-
- 3 Vgl. Mechthild BERESWILL / Patrik MÜLLER, Die administrierte Biografie in der Heimerziehung der 1950er bis 1970er Jahre, in: Elisabeth Schilling, Hg., *Verwaltete Biografien* (Wiesbaden 2017), 3–25.
 - 4 Mechthild BERESWILL / Theresia HÖYNCK / Karen WAGELS, Heimerziehung 1953–1973 in Einrichtungen des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen. Bericht zum Interdisziplinären Forschungs- und Ausstellungsprojekt, online unter: http://webcom.lwv-hessen.de/files/272/Forschungsbericht_Heimerziehung.pdf (letzter Zugriff: 19.10.2017).
 - 5 Archiv des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen in Kassel Bestand 43.

In dem Gutachten werden körperliche und äußerliche Merkmale des Jugendlichen beschrieben und eingeordnet. Es geht dabei um Kategorien wie Größe, Gewicht, Kräftezustand, Haar, Gesichtshaut, Schädelform und Stellung der Zähne. Nach dieser körperlichen Kategorisierung wird ein neurologischer Befund abgegeben, bei dem eine Reflexdifferenz diagnostiziert wird. Darüber hinaus werden im neurologischen Abschnitt des Gutachtens keine „gröberen Abweichungen“ festgestellt. An diesen Teil des Gutachtens schließt die Darstellung der Vorgeschichte sowie eine Beschreibung der familiären und häuslichen Situation des Jugendlichen an. Es wird auf bisherige Krankheiten eingegangen sowie die schulische Entwicklung beschrieben. Zu dieser Darstellung gehört auch die Aufzählung der verschiedenen Erwerbstätigkeiten von Lothar. Das Gutachten kommt dann zum psychiatrischen Befund und geht dabei auf das ursächliche Ereignis, die Gewalterfahrung durch den Angriff anderer Jugendlicher in dem Heim, ein. In diesem Befund wird diagnostiziert, dass Lothar mit dem erfahrenen Angriff affektiv bereits abgeschlossen habe. Er wird folgendermaßen charakterisiert: „In seiner ganzen Haltung, seiner Gesprächsführung wirkt er undifferenziert, selbstunsicher, geradezu unterwürfig.“ Eine für das Gutachten durchgeführte Intelligenzprüfung weist zudem einen leichten bis mittleren Schwachsinn nach: „Bei einem Lebensalter von annähernd 16 Jahren erreicht er ein Intelligenzalter von 10 bis 11 Jahren.“ In dem Gutachten wird auf dieser Basis eine Beurteilung erstellt, in der die ungeordneten Familienverhältnisse, die charakterlichen und intellektuellen Abweichungen in der Geschwisterreihe sowie das schwache intellektuelle Niveau des Jugendlichen zusammengefasst werden. Die Autoren des Gutachtens kommen zu dem Schluss, dass der Jugendliche im familiären Kontext unter den Geschwistern als „Prellbock“ fungiert habe. Es wird dargestellt, dass aufgrund der „Pubertät“ und im Zusammenhang mit dem beruflichen Versagen Lothar eine „ungebremste Oppositionstendenz gegenüber schwächeren Gliedern in seiner Familie“ entwickelt habe. Die Diagnose stellt somit fest, dass Lothar erfahrene Gewalt an vermeintlich schwächeren Personen abreagiere. Das Gutachten kommt zu folgender Empfehlung:

„Es ist nicht empfehlenswert, den Jugendlichen im Heim für Normalsinnige zu belassen, da die Gefahr besteht, daß er durch seine Ungeschicklichkeit und Hilflosigkeit weiterhin als Objekt der Abreaktion fungieren und seine Unausgeglichenheit dadurch weiter verschärft wird. Im Rahmen eines entsprechenden Heimes müßte dafür gesorgt werden, daß er in seinem Leistungsbereich zu einem Erfolgserlebnis geführt wird.“

Im Nachgang dieser Empfehlung werden durch die Fürsorgebehörde und das Heim Absprachen getroffen und die Verlegung in das Heilpädagogische Heim Kalmenhof organisiert. Am 12. November 1958, etwa sechs Monate nach dem Gutachten, fragt die Fürsorgebehörde beim Heim nach dem Stand der Verlegung des Jugendlichen. Darauf reagiert das Jugendheim Kalmenhof und schlägt ohne eine Angabe von Gründen vor, trotz der Empfehlung des psychiatrischen Gutachtens von einer Verlegung des Jugendlichen abzusehen. Die Fürsorgebehörde des LWV willigt ein und legitimiert damit den weiteren Verbleib des Jugendlichen im Jugendheim Kalmenhof.

Die aufgeschobene Entscheidung

Grundlage für das zweite Beispiel ist eine Akte aus dem Bestand des Jugendheimes Weilmünster.⁶ Im sogenannten Personalbogen der Akte vom 30. Oktober 1957 hält der Leiter des Heimes fest, dass Gerd aufgrund seiner geistigen Fähigkeiten und trotz seines Alters von 18 Jahren beruflich gefördert werden solle. Es werden dazu die Berufsfelder „Dekorateur“ oder „Kunstgewerbler“ als mögliche Tätigkeitsbereiche benannt. In diesem Zusammenhang ist bereits bekannt, dass Gerd vor der Heimunterbringung am 25. Juni 1957 im Hotelgewerbe arbeitete und eine Kunstschule besuchte. Die Heimleitung will jedoch das Hotelgewerbe vermeiden, da der Jugendliche in diesem Kontext homosexuelle Kontakte gehabt haben soll. Etwa einen Monat später, am 21. November 1957, reagiert eine Landesverwaltungsrätin der Fürsorgebehörde des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen in einem Schreiben auf die vorgeschlagenen Berufsfelder und kritisiert diese als „unpraktisch“. Sie merkt an, dass es sich insbesondere bei der Bezeichnung „Kunstgewerbler“ um einen Sammelbegriff und keine Berufsausbildung handele. Aus diesem Grund fordert sie vom Heim konkretere Vorschläge für die berufliche Entwicklung des Jugendlichen. Aus einem Aktenvermerk vom 2. Dezember 1957, also etwa zwei Wochen später, wird ersichtlich, dass Gerd eine Berufsberatung erhalten hat. In dem Vermerk wird notiert, dass seine Berufswünsche „Kunstschule“ oder „zur See fahren“ seien. Wegen dieser unterschiedlichen und zum Teil sich widersprechenden Berufsvorstellungen empfiehlt die Berufsberatung, dass der Jugendliche eine psychologische Eignungsuntersuchung machen soll. Am 3. Dezember 1957 teilt der Direktor des Jugendheimes Weilmünster der Fürsorgebehörde die Empfehlung mit und fügt hinzu, dass Gerd geäußert habe, keine Ausbildung machen zu wollen. Im weiteren Verlauf finden sich für etwa ein Jahr keine weiteren Einträge. Lediglich die Mutter fragt nach dem Zeitpunkt der Eignungsuntersuchung, um die berufliche Situation klären zu können. Am 13. Februar 1958 wird in einem mit dem Titel „Untersuchungsblatt“ überschriebenen Gutachten das Ergebnis der psychologischen Eignungsuntersuchung mitgeteilt. In dem Dokument werden zunächst körperliche und äußerliche Merkmale erwähnt. Hier wird Gerd's gute Kleidung hervorgehoben und betont, er würde großen Wert auf das Äußere legen. Anschließend wird auf seine Verhaltensweisen sowie geistigen und charakterlichen Eigenschaften eingegangen:

„Auffallend gewandtes u. selbstsicheres, dabei taktvolles Benehmen. Ziemlich lebhaft, gefühlsmässig leicht ansprechbar, begeisterungsfähig, aber nur oberflächlich anklingend u. nicht in die Tiefe gehend. Heiter-unbeschwerte Grundstimmung, ungezwungen. Ein typischer ‚Oberflächenmensch‘, der schwungvoll u. lebendig nur den Augenblick lebt u. willensmäßig wenig belastbar ist.“

In dem Gutachten wird damit fortgefahren, Gerd in geistiger Hinsicht als regsam und beweglich zu beschreiben. Es wird dargestellt, dass er leicht erfasse, aber nicht gründlich und kontrolliert denke. Es wird ihm weiter eine ästhetisch-gestalterische Neigung attestiert, jedoch eine geringe

6 Archiv des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen in Kassel Bestand 19. Das Fallbeispiel wurde an anderer Stelle sehr viel ausführlicher und mit dem Fokus der „verwalteten Biographie“ analysiert. Vgl. BERESWILL / MÜLLER, Biografie, wie Anm. 3.

technische Befähigung. Am Ende des Gutachtens werden die schulischen Fähigkeiten als die eines „gutdurchschnittlichen Volksschülers“ bewertet. Schlussendlich wird eine Empfehlung ausgesprochen:

„Seiner Wesensart entsprechen am besten Hotel- u. Gaststättenberufe (Gewandtheit im Umgang mit Menschen, Anpassungsfähigkeit, gewandtes Benehmen usw.), daher Kellner (später vielleicht Hotelfachschulbesuch) u. dergl. ratsam. Auch im Dekorateurberuf könnte er es zu etwas bringen. Ob er jedoch eine Lehre durchhält??“

Ohne selbst eine Entscheidung zu treffen, verschickt das Heim das Gutachten an die Fürsorgebehörde, von der nun die endgültige Entscheidung in Bezug auf die berufliche Entwicklung erwartet wird. Aus der Akte wird anschließend ersichtlich, dass das Jugendamt Frankfurt eine Stelle für den Jugendlichen im Hotelgewerbe zu finden sucht. Damit orientieren sich die Akteurinnen und Akteure an den Vorschlägen des Gutachtens. Zudem fokussieren sie auch ein berufliches Feld, welches wegen der möglichen homosexuellen Kontakte zuvor ausgeschlossen wurde. Die Bemühungen um eine Stelle stellen sich jedoch aufgrund des Arbeitsmarktes als schwierig heraus und können nicht umgesetzt werden. Am 15. August 1958 wird in einem Schreiben des Landesobermedizinalrates des Jugendheimes an die Fürsorgebehörde empfohlen, die Fürsorgeerziehung nicht mehr fortzuführen. Ohne auf eine Stelle vermittelt worden zu sein, wird Gerd schließlich acht Monate nach dem Gutachten am 20. Oktober 1958 zu seiner Mutter entlassen.

Vergleichende Analyse

In beiden Fällen werden innerinstitutionelle Entscheidungsprobleme in einem sozialbürokratischen Prozess an eine psychiatrische und psychologische Diagnose gekoppelt, um ein Handlungsproblem einer Lösung zuzuführen. Im ersten Fall ist gezeigt worden, wie sich die beteiligten Akteurinnen und Akteure auf Basis eines psychiatrischen Gutachtens zunächst auf die Verlegung eines Jugendlichen in eine andere Einrichtung einigten. Unter Zustimmung der Fürsorgebehörde ist diese Verlegung jedoch durch das Heim wieder zurückgenommen worden. Der gutachterlichen Empfehlung wurde damit zunächst eine handlungsleitende Bedeutung zugewiesen, die durch einen nachgeordneten Entscheidungswandel des Heimes und unter der Zustimmung der Fürsorgebehörde wieder entzogen wurde. Anhand der Akte kann nicht rekonstruiert werden, was die Ursachen für diesen Perspektivenwechsel waren. Ein solcher Entscheidungswandel macht aber deutlich, wie eine psychiatrisch fundierte Handlungsempfehlung in einem sozialbürokratischen Aushandlungsprozess durch die beteiligten Akteurinnen und Akteure erst beschlossen und dann wieder fallen gelassen wird. Über den einzelnen Fall hinaus repräsentiert dieses Beispiel somit ein Handlungsmuster, in dem gutachterliche Diagnosen durch die situationspezifischen Bedingungen des Aushandlungsprozesses nicht umgesetzt werden. In einem solchen Handlungsmuster wird die Brüchigkeit von Prozessen der Medikalisierung in institutionellen Aushandlungsprozessen deutlich.

Im zweiten Fall wird wegen des Ausbleibens eines Gutachtens die Entscheidung zur beruflichen Förderung über ein Jahr hinausgezögert. Das ungeschriebene Gutachten hat in diesem Zusammenhang zunächst die Funktion, das Aufschieben der Entscheidung zu legitimieren.

Durch die daraus entstehende Warteschleife wird die legitimierende Funktion von gutachterlichen Diagnosen in sozialbürokratischen Aushandlungsprozessen deutlich: Um zu Entscheidungen zu kommen, aber auch um einen Prozess in Gang zu halten, werden diese angefordert und verwendet. Hinzu kommt ein zweiter Punkt. Nachdem das Gutachten angefertigt ist, weist es Zuschreibungen auf, die eine starke Aussagekraft in Bezug auf bestimmte berufliche Fähigkeiten und charakterliche Anforderungen besitzen. Dabei fällt auf, dass die diagnostischen Schlussfolgerungen im Wesentlichen wiederholen, was aus dem vorangegangenen Verlauf der Akte bereits bekannt ist. Es schafft in dieser Hinsicht also nicht viel mehr Klarheit und erbringt auch nichts Neues. Ein wesentliches Charakteristikum der Begutachtung liegt somit darin, Wissen in der Perspektive einer anderen Disziplin darzustellen und damit eine alternative Entscheidungsgrundlage zu bieten. Das führt in diesem Fall dazu, dass gegen das Interesse des Heimes vom Jugendamt eine Stelle im Hotelwesen gesucht wird. In diesem Handlungsmuster wird somit die legitimierende Funktion eines psychologischen Gutachtens in Verwaltungshandlungen deutlich.

Ausblick

Die ausgewählten Fallanalysen verdeutlichen, dass gutachterliche Diagnosen wesentlicher Teil der bürokratischen Bearbeitung von Fällen in der Jugendfürsorge der frühen BRD gewesen sind. Sie zeigen die selbstverständliche Inanspruchnahme von psychiatrischem und psychologischem Wissen im Rahmen der Verwaltung von Kindern und Jugendlichen in der Heimerziehung. Es wird ein Medikalierungsprozess deutlich, in dem nichtmedizinische Probleme als medizinische definiert und behandelt werden.⁷ Aber auch ein Psychologisierungsprozess wird sichtbar, indem – im konkreten Fall – Bildungsfragen an Persönlichkeitsdiagnosen gekoppelt werden. In beidem zeigt sich ein Mechanismus, der Personen mithilfe von externem Fachwissen kategorisiert und ihnen eine psychische Krankheit oder charakterliche Eigenschaft zuweist. Dabei fällt auf, dass Gutachten für die Heimerziehung davon geprägt sind, zu wiederholen, was bereits aus dem vorangegangenen Prozess bekannt ist. Im Rahmen der Untersuchung von ärztlichen Gutachten in der Fürsorgeerziehung machte bereits Malcowski Ende der 1970er-Jahre auf diese Praxis aufmerksam.⁸ Eine solche auf die Wiedergabe des Bekannten konzentrierte Begutachtung zielt nicht unbedingt auf neue Perspektiven, sondern stellt das vorhandene Wissen in Form einer anderen – und in diesem Fall einer wissenschaftlichen – Leitdisziplin dar. Im Lichte dieser Wissenschaftlichkeit wird eine Bewertungsgrundlage geschaffen und eine Verwaltungsentscheidung legitimierbar.⁹ In einem juristisch-gerichtlichen Kontext zeigt sich dieses Prinzip aus Sicht von Stephan Wolff folgendermaßen: „Psychiater bzw. ihre Gutachten machen in ‚schwierigen Fällen‘ Entscheidungen möglich und bestandsicher. Sie tun dies, indem sie interpretative Räume ausfüllen helfen, die offensichtlich rein

7 Vgl. Peter CONRAD, Medicalization and Social Control, in: Annual Review of Sociology 18 (1992), 209–232.

8 Vgl. Hansjörg MALCOWSKI, Medizin und Jugendfürsorge. Zur Entstehung und Funktion ärztlicher Gutachten im Prozess jugendamtlicher Ermittlungstätigkeit. Eine empirische Untersuchung von Akten der freiwilligen Erziehungshilfe (Kirchzarten 1978), 264.

9 Vgl. Rudolf FORSTER, Psychiatriereform zwischen Medikalierung und Gemeindeorientierung. Eine kritische Bilanz (Wiesbaden 1997), 134.

juristisch bzw. auf der Ebene des gerichtlichen Wirklichkeitsverständnisses alleine nicht befriedigend, d. h. in gesellschaftlich akzeptabler Weise, zu schließen gewesen wären.“¹⁰ Bei Verwaltungsentscheidungen in der Heimerziehung stellen gutachterliche Diagnosen somit Wissen zur Verfügung, das als legitim angesehen wird, um alternative Interpretationsmöglichkeiten für bürokratische Handlungsprobleme bereitzuhalten. Die vorgestellten Gutachten befinden sich an einer systematischen Schnittstelle von psychiatrischer und psychologischer Diagnostik mit Sozialbürokratie.¹¹

Anders als diese routinemäßige Inanspruchnahme gutachterlichen Wissens in der Sozialbürokratie verläuft die Umsetzung dieses Wissens in Bezug auf die untergebrachten Kinder und Jugendlichen. Sie ist abhängig davon, wie opportun die Empfehlungen der Gutachten zu weiteren Interessen sowie den situationsspezifischen Bedingungen in dem zu verwaltenden Fall sind. Auf der Ebene der Umsetzung des gutachterlichen Wissens ist demnach bedeutsam, inwieweit einzelne Akteurinnen und Akteure durch eine amthierarchische Position oder ihre Definitionsmacht in der Lage sind, den Gutachten Handlungsrelevanz einzuräumen oder diese ggf. auch zu entziehen und damit den weiteren Fortgang entscheidend zu beeinflussen. Das Ergebnis einer solchen polyvalenten Machtbeziehung kann dabei sein, dass eine gutachterliche Empfehlung unmittelbar umgesetzt wird oder gegenteilig keine Beachtung mehr findet. Genauso ist es möglich, dass auf das Gutachten zu einem anderen Anlass wieder zurückgegriffen wird, der zu dem ursprünglichen Erstellungsgrund des Gutachtens aber keinen Bezug mehr hat. Anhand der in den Gutachten der Psychiatrie und Psychologie enthaltenen Deutungsmuster und Subjektkategorien lässt sich somit nicht unmittelbar auf ihre Umsetzung bei der Verwaltung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen schließen.

Diese durchgeführte Untersuchung macht deutlich, dass zwar auf der institutionellen Ebene der Sozialbürokratie psychologische oder psychiatrische Diagnosen angefordert werden, ihre anschließende Umsetzung jedoch als kontingenter Aushandlungsprozess verstanden werden muss, der durch polyvalente Machtbeziehungen geprägt ist. Dementsprechend muss bei Untersuchungen zur Medikalisierung der Kindheit immer auch betrachtet werden, in welcher Weise sich das erzeugte Wissen in sozialen Handlungen wiederfindet. Bei der Medikalisierung der Kindheit handelt es sich um keinen linearen Prozess, sondern ist dieser, zumindest auf der Ebene der sozialen Aushandlung und Umsetzung, durch Diskontinuitäten und Brüche geprägt.

10 Stephan WOLFF, *Text und Schuld. Die Rhetorik psychiatrischer Gerichtsgutachten* (Berlin–New York 1995), 7.

11 Vgl. Achim VOLKERS, *Wissen und Bildung bei Foucault* (Wiesbaden 2008), 76.

Informationen zur Autorin und zum Autor

Prof. Dr. Mechthild Bereswill, Institut für Sozialwesen, Fachgebiet Soziologie sozialer Differenzierung und Soziokultur, Arnold-Bode-Straße 10, 34127 Kassel, E-Mail: bereswill@uni-kassel.de

Forschungsschwerpunkte: Geschlechterforschung, soziale Probleme und soziale Kontrolle, qualitative Methodologien

Patrik Müller-Behme, Institut für Sozialwesen, Fachgebiet Soziologie sozialer Differenzierung und Soziokultur, Arnold-Bode-Straße 10, 34127 Kassel, Deutschland, E-Mail: patrik.mueller@uni-kassel.de

Forschungsschwerpunkte: Soziale Probleme und soziale Kontrolle, Wissenssoziologie, Diskursforschung

Ursina Klauser

Depressive Kinder? Deuten und Behandeln in einem psychiatrischen Ambulatorium um 1960

English Title

Depressive Children? Reading and Treating in a Psychiatric Outpatient Clinic Around 1960

Summary

From the 1950s until the 1970s, psychiatric evaluations of children in the outpatient clinic of the mental hospital in Münsterlingen (Switzerland) increased rapidly. A high number of examined children were diagnosed with depression. With a focus on two case studies from the 1960s, the paper examines how the diagnosis was derived. It argues that “infantile depression” as a diagnostic scheme was the product of a specific clinical setting, shaped by adult psychiatry and antidepressants which served as therapeutic *and* diagnostic instruments at once.

Keywords

Child psychiatry, psychiatric evaluation, psychiatric practice, depression, antidepressants, medicalization, Münsterlingen, 20th century, history of knowledge

Einleitung

Anfang November 1967 kam Jakob Seiler¹ in Begleitung seiner Mutter ins Ambulatorium der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen. Der zehnjährige Junge war von seinem Kinderarzt zu einer psychiatrischen Untersuchung angemeldet worden. Am Morgen sei der Knabe immer müde und stehe nicht gerne auf, schrieb der Arzt in der Überweisung, der Lehrer beklage sich, dass der Junge nicht recht mitmache in der Schule, er sei träumerisch, zeige zu wenig Interesse und Initiative. Bei der Abklärung in Münsterlingen wurden verschiedene Tests und Untersuchungen mit dem Jungen durchgeführt, auch ein Gespräch mit seiner Mutter und ihm fand

1 Es handelt sich um ein Pseudonym. Auch die nachfolgend genannten Patient/-innennamen sind pseudonymisiert.

statt. Wenige Tage später berichtete die zuständige Psychiaterin dem Kinderarzt über die Ergebnisse der Untersuchung: Jakob Seilers schulische Schwierigkeiten dürften teilweise mit seiner Linkshändigkeit in Zusammenhang stehen – vor allem aber lägen bei dem Knaben deutliche Zeichen einer depressiven Komponente vor.²

Lisa Tobler kam Anfang Februar 1968 ins Münsterlinger Ambulatorium zu einer Abklärung, auch sie in Begleitung ihrer Mutter. Auslöser war eine Meldung ihres Lehrers gewesen, die Schrift des elfjährigen Mädchens hätte sich auffällig verändert und sei ganz eng geworden. Lisa wurde ebenfalls von ihrem Kinderarzt überwiesen, der bei einer körperlichen Untersuchung keine Auffälligkeiten festgestellt hatte. Die Abklärung in Münsterlingen ergab keinen eindeutigen Befund, doch vermutete die zuständige Psychiaterin auch bei Lisa eine Depression.³

Lisa Tobler und Jakob Seiler sind keine Ausnahmen. Sie sind zwei unter vielen Kindern, die in den 1960er-Jahren in Münsterlingen psychiatrisch abgeklärt wurden, und nicht nur bei ihnen stand am Ende der Abklärung der Verdacht auf eine depressive Störung. Wie kam es zu diesem Befund? Was machte Jakob Seiler, Lisa Tobler und etliche andere zu (potenziell) depressiven Kindern? Worauf stützte sich die Diagnose und welche Folgen hatte sie? Der Beitrag untersucht diese Fragen entlang der beiden Fallbeispiele. Basierend auf ersten Forschungsergebnissen zur kinderpsychiatrischen Abklärungs-, Behandlungs- und Forschungspraxis an der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts,⁴ konzentriert sich der Beitrag auf das spezifische Setting, in dem der Befund „Depression“ entstand, und zeigt auf, welcher diagnostischen Logik dieser folgte.

Kinder- und Jugendpsychiatrie in Münsterlingen

Die Psychiatrische Klinik Münsterlingen liegt am östlichen Rand der Schweiz, direkt am Ufer des Bodensees, im ländlich geprägten Kanton Thurgau. Sie stellte seit Mitte des 19. Jahrhunderts die psychiatrische Versorgung des Kantons sicher und wurde im Laufe des 20. Jahrhunderts schrittweise erweitert:⁵ Neue Gebäude, Abteilungen und Einrichtungen entstanden. Eine wichtige Erweiterung war die Einrichtung eines Ambulatoriums. Dort wurden seit den 1930er-Jahren Patientinnen und Patienten betreut, die sich nicht oder nicht mehr in stationärer Behandlung

2 Vgl. Staatsarchiv Thurgau (StATG), Zwischenarchiv (ZA), amb. Krankenakte (KA) 21442.

3 Vgl. StATG, ZA, amb. KA 21780.

4 In meinem seit Oktober 2017 laufenden Dissertationsprojekt mit dem Titel „Schwierige‘ Kinder. Abklärung, Therapie und Forschung in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie, 1950–1980“ befasste ich mich mit der Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Am Beispiel der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen untersuche ich, wie und aus welchen Gründen Kinder und Jugendliche zu psychiatrischen Patient/-innen wurden. Der Fokus des Projekts liegt auf der psychiatrischen Praxis, auf Fallverläufen und Prozessen der Wissensproduktion über ‚schwierige‘ Kinder, was u. a. anhand von Krankenakten untersucht wird. Das Dissertationsprojekt wird vom Schweizerischen Nationalfonds finanziert und entwickelte sich aus einem größeren, vom Kanton Thurgau finanzierten Forschungsprojekt zur Medikamentenforschung an der Psychiatrischen Klinik in Münsterlingen zwischen 1940 und 1990. Vgl. dazu Anm. 15.

5 Vgl. zur Klinikgeschichte: Roland KUHN, Geschichte und Entwicklung der Psychiatrischen Klinik, in: Jürg Ammann / Karl Studer, Hg., 150 Jahre Münsterlingen. Das Thurgauische Kantonsspital und die Psychiatrische Klinik, 1840–1990 (Münsterlingen 1990), 99–125.

befanden: Sie kamen für einzelne Konsultationen an die Klinik und verließen sie anschließend wieder.⁶

Zu diesen ambulanten Patientinnen und Patienten gehörten etwa seit der Jahrhundertmitte zunehmend auch Kinder und Jugendliche. Ihre Zahl bewegte sich Ende der 1940er-Jahre bei einigen Dutzend pro Jahr, lag 1951 erstmals bei knapp über 100, Anfang der 60er-Jahre bei etwa 400 und 1970 schließlich bei gut 1.000. Dieser rasante Anstieg ging mit einer generellen Zunahme der Patientenzahlen im Ambulatorium einher, führte jedoch auch zu Verschiebungen in der Gruppe der ambulanten Patientinnen und Patienten. Während der Anteil der Minderjährigen bis Ende der 1940er-Jahre im Schnitt bei etwa 15 % lag, verdoppelte er sich über die folgenden zwei Jahrzehnte bis um 1960 auf etwa 30 % und bewegte sich ab Mitte der 60er- bis in die 70er-Jahre stets um 40 %.⁷

Im Verhältnis stiegen die Patientenzahlen bei Kindern und Jugendlichen also besonders stark. Aus ihnen war in wenigen Jahren eine gewichtige Gruppe geworden, die zeitweise fast die Hälfte aller ambulanten Patientinnen und Patienten ausmachte. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hatte sich damit zu einem bedeutenden Praxisfeld entwickelt, ohne im engeren Sinne als solche zu bestehen: Kinder und Jugendliche wurden in Münsterlingen bis in die frühen 1980er-Jahre quasi im Verbund mit Erwachsenen im Ambulatorium der Klinik untersucht und behandelt; eine spezialisierte, organisatorisch und personell von der Erwachsenenpsychiatrie getrennte kinderpsychiatrische Einrichtung existierte nicht.⁸ Diese Verflechtung von Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie bestand nicht allein auf struktureller Ebene, sondern prägte auch die psychiatrische Praxis.

Auffälligkeiten und Abklärungen

Für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen im Ambulatorium war in erster Linie Verena Kuhn-Gebhart zuständig. Die Psychiaterin war 1947 als Assistenzärztin an die Münsterlinger Klinik gekommen und blieb dort bis 1983 als Oberärztin tätig, wobei sich ihr Arbeitsschwerpunkt von erwachsenen Patientinnen und Patienten im stationären wohl allmählich zu Kindern und Jugendlichen im ambulanten Bereich der Klinik verlagerte.

6 Im Jahresbericht der Klinik für 1935 findet sich erstmals ein Vermerk über ambulante Untersuchungen; in diesem Zeitraum dürfte die ambulante Betreuung von Patientinnen und Patienten eingesetzt haben. Genau datiert werden kann die Entstehung des Ambulatoriums nicht.

7 Vgl. dazu die Patientenstatistiken in den Jahresberichten der Klinik. Unter Kinder und Jugendlichen wird die Altersgruppe der unter 20-Jährigen verstanden. „Kinder“ werden in den Patientenstatistiken zusätzlich als eigene Kategorie geführt, die jedoch nicht durch eine Altersgrenze definiert wird.

8 Dies änderte sich erst mit der Eröffnung der Kinderbeobachtungsstation „Waldhaus“ im Mai 1980. Ein Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst wurde 1983 eingerichtet, aber erst 1987 endgültig vom Dienst für Erwachsene getrennt. An anderen Orten in der Schweiz geschah dies früher, z. B. in Basel, wo ein spezialisiertes Angebot für Kinder und Jugendliche bereits um die Jahrhundertmitte entstand. Vgl. dazu Frank KÖHNLEIN, „Dieses neue Tätigkeitsgebiet entspricht einem dringenden Bedürfnis und wird bald weiterausgebaut werden müssen.“ Beitrag zur Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik Basel, online unter: https://unigeschichte.unibas.ch/cms/upload/FaecherUndFakultaeten/Downloads/Khnlein_Kinder-_und_Jugendpsychiatrie.pdf (letzter Zugriff: 31.10.2017).

Auch Jakob Seiler und Lisa Tobler kamen Ende der 1960er-Jahre zu ihr in die Sprechstunde. Bei beiden lag der Auslöser dafür in einem Verhalten, das in der Schule aufgefallen und von den jeweiligen Lehrpersonen als abklärungsbedürftig betrachtet worden war: Lisa schrieb auf einmal zu eng, Jakob zeigte zu wenig Interesse und Initiative, schien müde und träumerisch. Ihr Verhalten war also nicht auffällig, weil es aktiv störte, etwa laut oder aggressiv war; die Kinder zeigten vielmehr unscheinbare Auffälligkeiten, die schwer einzuordnen waren und Fragen aufwarfen. Bei den körperlichen Untersuchungen durch die überweisenden Ärzte waren keine klaren Störungen oder Anzeichen einer Erkrankung zum Vorschein gekommen. Lisa Toblers Arzt hatte einen vollständig normalen Befund erhoben, Jakob Seilers Arzt einen großen Kopfumfang und eine Wölbung am Schädel festgestellt, was er im Überweisungsschreiben anmerkte, aber nicht weiter kommentierte. Nun war es an der Psychiaterin, eine Erklärung für die beobachteten Auffälligkeiten zu finden. Wie üblich bei Abklärungen im Münsterlinger Ambulatorium wurden mit beiden Kindern Testuntersuchungen und ein Anamnesegespräch durchgeführt, welche einer Einordnung ihres Verhaltens und der Klärung der Ursachen dienen sollten.

Der EEG-Befund war bei Jakob Seiler normal, es wurden keine Anzeichen einer organischen Gehirnschädigung oder einer epileptischen Erkrankung gefunden; der Intelligenztest ergab einen Quotienten von 116. Gemäß dem Bericht, den Verena Kuhn-Gebhart nach der Abklärung an den Kinderarzt schrieb, habe die Mutter im Gespräch geäußert, dass Jakob „früher viel aufgeregter und fröhlicher gewesen sei“. Er habe Mühe in der Schule, besonders in Deutsch und Rechtschreibung, sei aber in allen Fächern langsam. In der Nacht schlafe er gut, abends schlafe er auch sofort ein, sei aber am Morgen „sehr viel müde und auffallend blass“. In den Ferien sei er etwas munterer. Manchmal habe Jakob, „2 bis 3 Tage Verstimmungen [...], in denen er mudert, weint, müde ist und über Unwohlsein klagt“. Jakob selbst habe im Gespräch angegeben, dass ihm manchmal schwindlig würde, wenn er lange herumspringe. Er könne gut schlafen, träume ziemlich viel, aber nicht jede Nacht; er habe keine Angstträume. Am Morgen sei er häufiger müde als am Abend. In die Schule gehe er eigentlich ganz gerne.⁹

Bei Lisa Tobler ergab das EEG eine leichte Asymmetrie bei einem im Wesentlichen normalen Befund. Im Intelligenztest wurde ein Quotient von 77 ermittelt; eine in der Krankenakte abgelegte Schriftprobe zeigte eine gedrängte Schreibschrift. Gemäß Krankengeschichte gab die Mutter im Gespräch an, Lisa sei immer gesund, lebhaft und aufgeweckt gewesen. Erst beim Schuleintritt habe man gemerkt, „dass es nicht so gut ging wie bei den andern“. Nachdem sie in der dritten Klasse nicht mehr richtig hätte folgen können, besuche sie seit Frühjahr 1967 die Spezialklasse. Sie schlafe gut, gehe früh ins Bett, sei dann munter und möchte aufstehen. Die Schriftveränderung sei „so nach den Herbstferien aufgetreten“, Lisa in jener Zeit nie krank gewesen, „vielleicht charakterlich eher noch etwas ruhiger geworden als vorher“ und „eher selbständiger und selbstbewusster“; über irgendwelche Beschwerden klage sie nie. Lisa selbst erzählte laut Krankengeschichte, dass sie schon früher einmal „eine Phase hatte, in der sie so eng schrieb“. Die enge Schrift gefalle ihr auch nicht, sie würde lieber anders schreiben, aber „könne es einfach nicht anders“. Besonders müde fühle sie sich nicht, sie habe auch keine Angstzustände. In der Schule habe sie manchmal „etwas Mühe, die Sache zu verstehen[,] aber selten“.¹⁰

9 Vgl. StATG, ZA, amb. KA 21442.

10 Vgl. StATG, ZA, amb. KA 21780.

Deuten und behandeln

Was folgerte die Psychiaterin aus solchen Angaben? Festzuhalten bleibt zunächst, dass die Deutung nicht einfach auf die Untersuchung folgte. Die Bewertung, Kombination und Interpretation von Testergebnissen und Aussagen sind als Prozess zu verstehen, der schon während der Abklärung einsetzte: Das Gewinnen und das Deuten von Angaben verliefen in der psychiatrischen Praxis nicht klar getrennt, sondern waren miteinander verschränkt. Die Ergebnisse der Untersuchungen waren dabei nicht immer stimmig. Die Einschätzungen der unterschiedlichen Involvierten – Lehrer/-innen, Ärztinnen und Ärzte, Eltern, Kinder und bisweilen weitere Personen – konnten auseinandergehen und sich mitunter widersprechen. Aufgabe der Psychiaterin war es nicht nur, diese zusammenzuführen und zu gewichten, sondern auch Fragen zu klären, auf die andere keine Antwort gefunden hatten.

Dieser Prozess wird in den Fallbeispielen an gewissen Mustern deutlich: Im Gespräch musste die Psychiaterin den Müttern und den Kindern gezielt Fragen zur Schule, zum Schlafverhalten, zu Ermüdung und zum Befinden gestellt und diesen Angaben eine hohe Relevanz zugemessen haben – andernfalls wären sie in der Krankenakte kaum festgehalten und hervorgehoben worden. Es waren im Wesentlichen diese Angaben, auf die sich der Befund der Psychiaterin stützte.

Bei Jakob Seiler resümierte Verena Kuhn-Gebhart, dass er „ausgesprochen gut intelligent“ sei und deshalb „in der Schule keine Mühe haben“ sollte. Sie vermutete, dass Jakobs Schwierigkeiten teilweise mit seiner Linkshändigkeit in Zusammenhang stehen könnten. Sein Kinderarzt hatte im Überweisungsschreiben angemerkt, dass Jakob ursprünglich Linkshänder gewesen sei, später auf rechts umgewöhnt wurde und nun zum Teil rechts, zum Teil links schreibe. Dies erachtete die Psychiaterin als „sicher ungünstig“ und empfahl, den Jungen anzuhalten, nur links zu schreiben.¹¹ Die Hauptursache sah sie allerdings woanders: „Vor allem“, hielt sie fest, lägen bei Jakob „Zeichen einer endogen depressiven Komponente vor“. Ohne diese Zeichen näher zu beschreiben, äußerte sie in ihrem Bericht die Vermutung, „dass durch eine antidepressive Behandlung die Schulleistungen wesentlich gebessert werden können“, und bat den Kinderarzt, dem Jungen „einmal Tofranil zu 10 mgr. zu verschreiben“. Falls Jakob durch diese Behandlung in der Schule „nicht wesentlich lebhafter und eifriger“ werde oder das Medikament – ein Antidepressivum – nicht vertrage, solle er für andere Therapievorschläge wieder nach Münsterlingen geschickt werden.¹²

Bei Lisa Tobler war der Befund weniger klar; die Schriftveränderung des Mädchens gab auch der Psychiaterin Rätsel auf. In der Krankengeschichte vermerkte sie, eventuell lasse sich durch die leichte Asymmetrie im EEG erklären, „dass die Störung gerade bei der Schrift ist und sonst nirgends sich manifest zeigt“. Unmittelbar daran hielt sie fest:

„Eine eigentliche Depression lässt sich nicht feststellen, aber es findet sich auch keine organische Grundlage für die Störung, sodass wir doch eher annehmen[,] es könnte sich um eine Depression

11 Für die damalige Zeit ist diese Empfehlung ungewöhnlich, sie scheint aber der in Münsterlingen vertretenen Linie zu entsprechen, Linkshänder nicht auf rechts umzuschulen. Vgl. z. B. StATG 9'40, 8.2/72, Nachlass Kuhn, Vortragsmanuskript „Linkshändigkeit aus der Sicht des Arztes“ (1971).

12 StATG, ZA, amb. KA 21442.

handeln, vor allem auch deshalb, weil die Störung letztes Jahr vorübergehend auch schon vorhanden war.“¹³

Verena Kuhn-Gebhart stellte bei Lisa also eine Ausschlussdiagnose. Von „Zeichen“ ist hier keine Rede, die Diagnose bleibt im Vagen. Gestützt wird sie auf die Aussage von Lisa, sie habe schon früher einmal so eng geschrieben, doch gründet sie vielmehr auf dem Fehlen von anderen Zeichen: Eine organische Störung lag nicht vor und Krankheitssymptome fehlten, also handelte es sich um eine Depression. Wenn die Störung nicht manifest, also erkenn- und fassbar wurde, folgte daraus für die Psychiaterin nicht, dass die Annahme einer Störung nicht zutraf, sondern dass deren Art und Ursache sich verbargen. Sie verordnete auch Lisa ein Antidepressivum und legte für eine Woche später einen Kontrolltermin fest.¹⁴

Medikamente als Schlüssel

Die Abklärungen der beiden Kinder brachten also Unterschiedliches hervor, mündeten aber in dieselbe Maßnahme: die Verordnung antidepressiv wirkender Medikamente. Ein Abwägen dieses Schritts wird in keiner der beiden Krankenakten ersichtlich. Andere Behandlungsmethoden wurden ebenso wenig in Betracht gezogen wie alternative Erklärungen für die Auffälligkeiten.

In den 1950er-Jahren gelangten die ersten Psychopharmaka in die psychiatrischen Kliniken – auch nach Münsterlingen. Der Münsterlinger Oberarzt Roland Kuhn erprobte verschiedene dieser neuen Substanzen in der Klinik,¹⁵ darunter eine, bei der er eine antidepressive Wirkung beobachtete:¹⁶ Sie wurde 1958 unter dem Namen Tofranil als erstes Antidepressivum auf den Markt gebracht. Im klinischen Alltag in Münsterlingen waren die neuen Psychopharmaka also früh präsent. Spätestens seit den 1960er-Jahren galt dies auch für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie.¹⁷

Roland Kuhn und Verena Kuhn-Gebhart – die beiden waren Arbeitskollegen und seit 1958 auch ein Ehepaar – vertraten in verschiedenen Beiträgen die Auffassung, dass Depressionen bei Kindern häufig vorkämen und erfolgreich medikamentös behandelt werden könnten. So hielt Kuhn in einer Publikation von 1963 fest:

„Viele kindliche Verhaltensstörungen, sogenannte funktionelle und psychosomatische Erkrankungen, aber auch manche Zustände, die bisher als mehr oder weniger reine Folge von Erziehungsfehlern, Milieuschäden, Frustration oder Verwöhnung, Erlebnisreaktionen und Neurosen aufgefaßt wurden, sprechen häufig gut auf antidepressiv-thymoleptische Medikamente an. Allerdings findet

13 StATG, ZA, amb. KA 21780.

14 Vgl. ebd.

15 Die Medikamentenforschung an der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen wird seit April 2016 in einem vom Kanton Thurgau finanzierten Forschungsprojekt historisch untersucht. Die Studie soll 2019 erscheinen.

16 Zur Entdeckungsgeschichte von Tofranil vgl. Magaly TORNAY, Zugriffe auf das Ich. Psychoaktive Stoffe und Personenkonzepte in der Schweiz, 1945 bis 1980 (Tübingen 2016), 127–168.

17 Dies zeigt sich in den Krankenakten, wird aber auch in verschiedenen Publikationen der Münsterlinger Psychiater/-innen deutlich. Vgl. dazu den nachfolgenden Abschnitt.

man bei genauem Zusehen am Grund solcher Störungen depressive Verstimmungszustände, und wahrscheinlich liegen solche noch in anderen positiv auf eine solche Behandlung reagierenden Fällen vor, welche eine depressive Symptomatik trotz eifrigem Suchen nicht finden lassen. Manchmal kann nach dem Behandlungserfolg der Nachweis einer vorher verborgen gebliebenen Depression gelingen [...].¹⁸

Der Textausschnitt macht zwei Punkte deutlich, die für den Depressionsbegriff in der Münsterlinger Kinderpsychiatrie charakteristisch waren. Zum einen zeigt er, wie weit die Diagnose ausgriff: Die Grenzen zu anderen Krankheitsbildern und Störungen sind unklar, verschwimmen oder lösen sich ganz auf. Zum anderen fällt auf, wie eng die Diagnose an Medikamente gebunden war und diese zum eigentlichen Schlüssel gemacht wurden: Wenn eine Depression erst durch die Anwendung von Antidepressiva als solche erkennbar wird, ist das Medikament zugleich therapeutisches *und* diagnostisches Mittel. Diagnosestellung und Therapie verschränken sich, indem die Diagnose über die Wirksamkeit der Behandlung bestätigt oder erst generiert wird: Depressiv ist, so schrieb Kuhn an anderer Stelle fast wörtlich, wer gut auf Antidepressiva anspricht.¹⁹

Diese Aussagen sind in ihrer Deutlichkeit bemerkenswert, verweisen aber auf ein Phänomen, das in der Psychiatriegeschichte nicht unbekannt ist: die gegenseitige Stabilisierung von Diagnose und Therapie.²⁰ Aus einer wissenshistorischen Perspektive versteht sich nicht von selbst, dass die Therapie auf die Diagnose folgt. Die neuen Medikamente sind also – und dies gilt auch für die Kinderpsychiatrie – nicht einfach als Antwort oder Reaktion auf Krankheitsbilder zu verstehen. Genauso prägten und produzierten sie diese Krankheitsbilder.

Raster

Mit dem weit gefassten Depressionsbegriff der Münsterlinger Psychiater/-innen ließ sich fast jedes auffällige Verhalten eines Kindes als Indiz für eine depressive Störung werten – auch, wie bei Lisa, eine enge Schrift. Im Zweifelsfall sollten Antidepressiva eine diagnostische Klärung herbeiführen und verborgene Depressionen ans Licht bringen. Die Symptomatik des Krankheitsbildes blieb dabei diffus. In Studien und Publikationen nannten Roland und Verena Kuhn Anzeichen wie (vor allem morgendliche) Müdigkeit, Verlust von Aktivität und Freude, Enge, Schwere, Hemmungen, Angst, Schlafstörungen – Symptome, auf die sich die Diagnose auch bei Erwachsenen stütze, die angeblich aber gerade bei Kindern häufig verborgen blieben, weil sie diese nicht zu artikulieren vermöchten.²¹ Als wichtige Komponente bei Kindern kam das „Schulversagen“ dazu.²²

18 Roland KUHN, Über kindliche Depressionen und ihre Behandlung, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 93/2 (1963), 1–15, hier 9–10.

19 Vgl. StATG 9'40, 1.4.2/0, Nachlass Kuhn, Skript zur Kinderpsychiatrie (um 1970).

20 Vgl. TORNAY, Zugriffe, wie Anm. 16, 103, sowie Andrew LAKOFF, Pharmaceutical Reason. Knowledge and Value in Global Psychiatry (Cambridge 2005), 18–72.

21 Vgl. KUHN, Depression, wie Anm. 18, 4.

22 Vgl. StATG 9'40, 8.2/52, Nachlass Kuhn, Kasuistische Untersuchung an 100 medikamentös antidepressiv behandelten Kindern, Manuskript von Roland und Verena Kuhn (1965).

In diesen Symptombeschreibungen lässt sich ein Raster erkennen, das sich auch in der Abklärungspraxis abbildet. Die Krankenakten von Lisa Tobler und Jakob Seiler zeigen, dass sich die Psychiaterin im Gespräch vor allem dafür interessierte, ob die Kinder gut schliefen, ob sie – besonders morgens – müde seien, ob sie gerne zur Schule gingen, dem Unterricht gut folgen könnten, ob sie Ängste oder Angstträume hätten und ob sie körperliche Beschwerden verspürten oder über solche klagten. Dabei vermitteln die Akten den Eindruck, dass diese Fragen nicht nur einem strengen Muster folgten, sondern auch sehr eingeschränkt abgehandelt wurden und andere Aspekte ausklammerten. Soziale Beziehungen, das nähere Umfeld, die spezifische Lebensphase und Lebensumstände, in denen sich ein Kind bewegte, scheinen in den Abklärungen nicht oder kaum thematisiert worden zu sein. Ebenso wenig wurde reflektiert, ob die Auffälligkeit, die Auslöser für die psychiatrische Abklärung war, womöglich nicht psychiatrisch erklärt und behandelt werden konnte. Mangelndes Interesse in der Schule oder eine Veränderung der Schrift hätten weder notwendigerweise auf eine Depression noch auf eine andere psychische Störung hinweisen und somit als psychiatrisches Problem erkannt werden müssen. Die in den Krankenakten und Publikationen vermittelte Folgerichtigkeit der Diagnose Depression ist nicht zwingend. Sie beruht auf Wahrnehmungs-, Deutungs- und Handlungsmustern, die sich eng an die Erwachsenenpsychiatrie anlehnten und von den neuen Psychopharmaka geformt wurden.

Schluss

Die Diagnose Depression, so könnte man zusammenfassen, bot ein Raster, um einzuordnen, was aus dem Raster fiel. Wenn Kinder Auffälligkeiten zeigten, die mit anderen Kategorien nicht erklärt und gefasst werden konnten, gab sie Mittel an die Hand, diese fass- und erklärbar zu machen – auch im wörtlichen Sinne: Die Antidepressiva dienten als Mittel und Mittler zugleich, indem sie nicht nur als therapeutische, sondern auch als diagnostische Werkzeuge eingesetzt wurden. Dieses System der wechselseitigen Stabilisierung formte ein Schema, dessen innere Logik andere Herangehensweisen – andere Fragen, andere Deutungen, andere Behandlungsansätze – ausschloss.

Doch wie bewährte sich dieses Raster in den beiden beschriebenen Fällen? Jakob Seiler wurde von seinem Kinderarzt ein knappes Jahr nach der Abklärung wieder nach Münsterlingen geschickt. Das Tofranil hatte Jakobs Mutter nach einigen Monaten von sich aus abgesetzt, „sie habe einfach damit aufgehört“; in der Schule ginge es etwas besser, „aber noch lange nicht zufriedenstellend“. Er könne sich nicht entschließen, wieder Tofranil zu geben, schrieb der Kinderarzt, er bitte um eine weitere psychiatrische Untersuchung und Therapievorschlüsse. Verena Kuhn-Gebhart untersuchte den Jungen erneut und berichtete danach, Jakobs Mutter hätte angegeben, dass das Tofranil „sicher gutgetan“ hätte, die Schulleistungen wären deutlich besser geworden. Aufgrund der Angaben der Mutter habe sie den Eindruck, dass die Medikation „schon recht gut wirkt“, aber „noch nicht genügend“ sei. Sie empfahl, die Dosis zu erhöhen und ein weiteres Antidepressivum dazuzugeben. Von Jakobs weiterem Weg ist aus der Krankenakte nichts zu erfahren – in Münsterlingen war er nie mehr.²³

23 StATG, ZA, amb. KA 21442.

Lisa Tobler kam nach der ersten Abklärung im Abstand von jeweils einer Woche drei weitere Male in die Sprechstunde nach Münsterlingen. Die Schriftproben blieben praktisch unverändert. Nach den ersten beiden Terminen steigerte die Psychiaterin die Dosis des Antidepressivums. Nach dem dritten Termin hatte sie Zweifel, ob Lisa das Medikament nehme, und notierte in der Krankengeschichte, es gehe „der Patientin immer genau gleich“, es sei „einfach so, wie wenn die Pat. das Medikament ohne irgendwelche Wirkung einnehmen würde“. Sie zog in Betracht, beim nächsten Mal eine Urinuntersuchung durchzuführen, und bestellte das Mädchen für eine Woche später zur Kontrolle.

Ob Lisa Tobler danach nochmals in die Sprechstunde kam, geht aus der Krankengeschichte nicht eindeutig hervor; der nächste Eintrag folgt einen Monat später. Verena Kuhn-Gebhart hielt darin fest, Lisa sei nicht erschienen, nachdem sie sie „das letzte Mal zurechtgewiesen hatte und sie ermahnte, nun einmal richtig die Tabletten zu nehmen“. Bevor die Krankengeschichte abbricht, findet sich, fast ein halbes Jahr später, ein letzter Eintrag: Lisas Lehrer hatte im Herbst 1968 noch einmal angerufen und mitgeteilt, dass ihre Schrift sich seit den Sommerferien „langsam wieder gebessert“ hätte und nun „wieder normal“ sei. Ansonsten sei Lisa „immer genau gleich gewesen“; damals, als sie „schlecht schrieb“, wie „jetzt[,] wo die Schrift wieder in Ordnung sei“. Der Lehrer vermutete, „dass es sich um irgendeine Entwicklungsstörung in der Pubertät gehandelt habe“. Die Psychiaterin sah das anders: „[W]ir sagen, dass wir doch am ehesten denken, dass es sich um eine depressive Störung handelte.“ Zumindest bei ihr hatte das Raster „Depression“ also eine große Beharrungskraft: Auch Verhaltensweisen und Auffälligkeiten, die eigentlich aus diesem Raster fielen und damit nicht plausibel erklärt werden konnten, mussten letztlich darin aufgehen. Es lenkte und formte den psychiatrischen Blick so weit, dass alternative Erklärungen auch nach einer gescheiterten Therapie nicht in Betracht kamen. Das Beharren auf der Diagnose „Depression“ zeugt aber nicht nur von einem verengten Blick, sondern auch von Ratlosigkeit. Auf die Fragen, die das eigenwillige Verhalten der Kinder aufgeworfen hatte, fand auch die Psychiaterin keine schlüssige Antwort.

Informationen zur Autorin

Ursina Klauser, MA., Doktorandin am Historischen Seminar der Universität Zürich, Forschungsstelle für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte, Rämistrasse 64, 8001 Zürich, Schweiz, E-Mail: ursina.klauser@uzh.ch

Katarina Keber

Post-World War I Children's Healthcare in Slovenia as Experienced by Angela Boškin, the First Slovenian Nurse

Summary

This paper addresses children's healthcare in the first post-World War I decade in the area of present-day Slovenia. During a time when school physicians were returning from military service and paediatricians were becoming more active, the first Slovenian home care nurse Angela Boškin played a significant role in caring for infants and mothers as well as in organising and developing the home care service. By analysing her work, this paper will attempt to reconstruct the demanding post-war social conditions which required healthcare improvements for all children.

Boškin's work is distinguished by two key achievements: the establishment of the first Slovenian counselling service for mothers and infants in Jesenice in 1919 which Boškin achieved in cooperation with physicians, thereby laying the foundation for the social and healthcare work of home care nurses. In 1922, she established a children's shelter in collaboration with Dr. Matija Ambrožič in a rundown and overcrowded orphanage on Bohoričeva Street in Ljubljana that developed into the first childcare institution (Zavod za socialno higiensko zaščito dece), where she worked as the first professionally qualified nurse.

Keywords

children's healthcare, Slovenia, Angela Boškin, nurses, post-World War I period

Introduction

Until the beginning of the twentieth century, there was no organised systemic children's healthcare in the Slovenian provinces. Ljubljana only had two operating medical institutions, one small maternity hospital and a children's hospital that both provided treatment for the poor. Healthcare was predominantly funded by charity. There were no institutions for the protection of mothers and children. During and immediately after World War I, the importance of social care for all children grew, particularly in the light of the chaotic wartime conditions under which the number of single-parent families, non-functional families and orphans soared. After Carniola found itself in the immediate rear of the Isonzo Front or the lower part of the

South-Western Front between Austria-Hungary and Italy from 1915 to 1917, it received a part of the refugee children from the villages on the frontline as well. Therefore, this was also a time when children became an important object of social-medical care in the central part of the Slovenian territory. The present paper will primarily focus on children's healthcare in the years immediately following World War I – or more precisely, during the 1920s – in the territory of present-day Slovenia.¹ A time when Angela Boškin blazed a trail as the first home care nurse among the Slovenes.

After World War I, medical personnel was scarce, and according to Dr. Bogo Dragaš's recollections (1892–1970), no one was in charge of child protection and healthcare. Moreover, there was no auxiliary medical staff: "The changes that occurred in 1918 required the widest possible development of social-hygienic conditions, particularly the protection of mothers and children, but also modern social and health protection in general. We had nothing. Legislation was in total disarray. Practically no institutions of this kind existed and there were no auxiliary staff in the social and healthcare service. We had to start from scratch all over again [...]."²

Immediately after the end of the war, the first provincial government for Slovenia founded, within the framework of the new State of Slovenes, Croats and Serbs, a special department for the protection of youth under the Commission for Social Welfare. On 9 February 1919, the first government of the Kingdom of Serbs, Croats and Slovenes (SHS) issued a decree on the establishment of the national Department for the Protection of Children. The said department initially operated under the aegis of the Ministry of Social Policy, which issued new rules and regulations on 1 October 1919. With this document, the Commission for Social Welfare in Ljubljana established the Department for the Protection of Children. Child protection became legally regulated in 1922, with the Law on the Protection of Children of 24 June 1922.³

Without question, the 1920s were a watershed period, both for the Slovenian and the Yugoslav healthcare systems. The most prominent figure in this regard was undoubtedly the physician Andrija Štampar (1888–1958), the greatest thinker and organiser in twentieth-century social medicine. The beginnings of organised hygiene service in the new Yugoslav state date to the period between 1919–1924, when the authorities began to tackle the unbearable hygienic conditions and introduce social-medical principles in health service. Štampar's main idea was that healthcare should be accessible across all population strata. From 1925 to 1930, hygiene institutes as well as the first health centres and children's clinics were founded throughout the state.⁴

1 The territory became part of the State of Slovenes, Croats and Serbs after the disintegration of Austria-Hungary and subsequently the Kingdom of Serbs, Croats and Slovenes or the so-called First Yugoslavia.

2 Bogo DRAGAŠ, *Zgodovina in delo sestristva v Sloveniji, od prevrata do leta 1934* [The History and Work of Nurses in Slovenia, from the Upheaval to 1934] (Ljubljana 1938), 9. The booklet was published by the Institute for the Health Protection of Mothers and Children in Ljubljana. Bogo DRAGAŠ, *Zavod za zdravstveno zaščito mater in otrok v Ljubljani* [Mother and Child Healthcare Institute in Ljubljana] (= *Zdravje v Sloveniji*, II. knjiga, II. del, Ljubljana 1938), 3.

3 DRAGAŠ, *Zavod*, see note 1, 3.

4 France URLEP, Andrija Štampar, njegov čas in Slovenci [Andrija Štampar, His Time and the Slovenes], in: Zvonka Zupanič Slavec, ed., *Razvoj javnega zdravstva na Slovenskem v času med prvo in drugo svetovno vojno* [Public Healthcare Development in Slovenia between World War I and II] (Ljubljana 2005), 23–30, here 24–25. Cf. Željko DUGAC, Like Yeast in Fermentation. Public Health in Interwar Yugoslavia, in: Christian Promitzer / Sevasti Trubeta / Marius Turda, eds., *Health, Hygiene and Eugenics in Southeastern Europe to 1945* (Budapest–New York 2011), 193–232. Andrija Štampar was an internationally recognised expert and an important actor in the foundation of the World Health Organisation (WHO) after World War II.

In Slovenia, the social-medical principles and the public health system known as the Štampar model were introduced by the physician Ivo Pirc (1891–1967), one of the first Slovenian hygienists and specialists in social medicine, who ran the Institute of Hygiene in Ljubljana (founded in 1923) from 1924 onwards. Until World War II, this institute managed to open over twenty health centres with clinics (including children's clinics) across the then Slovenian territory, which was administratively organised into the Drava Banovina.⁵ This set the foundations of primary healthcare service, which evolved during the post-war period into the system that we know today.

The first organisation that assumed responsibility for the protection of children after the war was Queen Mary's Home for Children and Mothers, at the initiative of the paediatrician Matija Ambrožič (1889–1966). In 1923, the Ministry of National Health founded the Institute of Social Hygiene for the Protection of Children in Ljubljana headed by Matija Ambrožič himself subsequently renamed Institute for the Health Protection of Mothers and Children in 1928. The said institute comprised a children's polyclinic, a counselling service for mothers, the School of Hygiene for Mothers, and the Centre for Mothers and Infants.⁶ The state school polyclinic and the School of Children's Nursing commenced their operations in 1924, both as the first of their kind in the then Slovenian territory. The year 1926 saw the opening of the Counselling Service for Mothers and Infants in Trbovlje and the first Slovenian health centre in Lukovica.

The main health problems in the Slovenian area after World War I were a declining birth rate, a high infant mortality rate, tuberculosis, which was especially prevalent among the rural population, and four widespread infectious diseases: diphtheria, typhoid fever, scarlet fever, and dysentery. Measles were common among schoolchildren, and a minor smallpox epidemic broke out in 1921. Only half of the population had access to healthcare and a large proportion was not educated about and unconcerned with maintaining hygiene.⁷ School chronicles for the Ljubljana area reveal that the local physician Mavricij Rus introduced systemic smallpox vaccination in 1919. Between 1926 and 1936, 50,000 children were vaccinated against scarlet fever and 75,000 against diphtheria. Efforts were also made to introduce compulsory vaccination in the districts that were most affected.⁸

In the aftermath of World War I, when few school physicians returned from their military service and other paediatricians were becoming more active, Angela Boškin played an important role in providing care for infants and mothers and organising the work of home care nurses. The aim of this paper is to reconstruct—through the work of Boškin—the demanding post-war social conditions which necessitated an improvement of healthcare for all children.

5 Zvonka ZUPANIČ SLAVEC, Dr. Ivo Pirc (1891–1967) in razvoj javnega zdravja na Slovenskem (1923–1941) [Dr. Ivo Pirc (1891–1967) and the Public Healthcare Development in Slovenia], in: *Zdravstveni vestnik* 81 (2012), 163–171, here 163.

6 DRAGAŠ, Zavod, see note 1, 5–9.

7 Zvonka ZUPANIČ SLAVEC, Razvoj javnega zdravstva na Slovenskem med prvo in drugo svetovno vojno [Public Healthcare Development in Slovenia between World War I and II] (Ljubljana 2005), 69. Cf. Ivo PIRC, *Zdravje v Sloveniji*, Vol. II, Zdravstvene prilike in delo higijenske organizacije v Sloveniji 1922–1936 [Healthcare Conditions and the Operation of Hygienic Organisation in Slovenia] (Ljubljana 1938).

8 ZUPANIČ SLAVEC, Razvoj, see note 6, 73–74.

Angela Boškin

Angela Boškin (1885–1977) spent her childhood in the village of Pevma pri Gorici. In 1905, she moved to Vienna, where she helped her brother with the housework and his store. While in Vienna, she admired the work carried out by women in blue uniforms, the so-called blue nurses who were professionally trained caregivers, and she took up studies to become a professionally trained caregiver herself in 1912. Boškin's education was theoretical and practical, i.e. bedside training. She worked in the neonatal unit of the Viennese maternity and gynaecological clinic Wertheim (named after Dr. Ernst Wertheim), where she made quick progress.

After two years of training, Boškin became the personal assistant to the gynaecologist Dr Wagner for one year. During World War I, she remained in Vienna, where she first worked in the convalescence unit of a military hospital and then in the sanitary unit of the Swedish Mission in a Red Cross hospital from 1915 until 1917. In 1917, she was appointed head nurse in one of the reserve military hospitals in Vienna. In the same year, Ms. Boškin was the only Slovene to attend a course at the social healthcare school and obtain the title of Welfare Nurse (Fürsorgeschwester) or home care nurse. Initially, she wanted to work in health services combating tuberculosis. However, influenced by the lecturers at the said school, Boškin ultimately decided to dedicate herself to social care and healthcare for mothers and children. She was particularly influenced by the paediatrician Leopold Moll, who advocated a new, so-called social orientation and founded the Centre for Child Protection and Youth Welfare in Vienna (Konsortium für Kinderschutz und Jugendfürsorge), and the chair Anny Tausche, who lectured



Figure 1: Angela Boškin in Vienna (Institute for the History of Medicine, Medical Faculty, University of Ljubljana).

on the methodology and technology of open protection for infants and small children. After successfully completing her training in 1918, she was directed to work as a welfare nurse in Trieste. However, because Austria-Hungary disintegrated, she never worked in Trieste and moved directly from Vienna to Ljubljana. Here she was at first unable to find proper work because there were no social or healthcare institutions and the work in hospitals was being performed by nuns.⁹

“I plucked up the courage and started by making home visits”

On 3 February 1919, Angela Boškin started working in the industrial area of Jesenice as the first welfare nurse in Slovenia, largely owing to Alojzija Štebi, the supervisor at the Department of Youth Welfare under the Commission for Social Welfare of the National Government in Ljubljana at the time. Mrs. Štebi was a known public worker, an active socialist and a feminist, who above all promoted the healthcare of mothers and children as well as the social and healthcare protection of workers.¹⁰ The situation was most desperate in workers' settlements, where the poor and especially children were dying in great numbers because they were particularly affected by the conditions of war, extreme poverty, and disease. For this reason, Mrs. Štebi tried to find work for Boškin in an industrial environment and finally succeeded in Jesenice. On 27 January 1919, the National Government of SHS in Ljubljana issued its first decree on the appointment of a welfare nurse. Boškin was granted an apartment in the hospital of Jesenice's Brotherhood Relief Fund, together with lighting, heating, and food, as well as a monthly pay of 300 crowns.¹¹

In an interview,¹² Boškin described the aftermath of the war as a period in which people were starving, disease was rampant, and no means of transportation existed: “I plucked up the courage and started with making home visits.”¹³ She recalled having to earn people's trust because they were not used to that kind of assistance. This also meant establishing a lot of personal contact and making countless door-to-door rounds. She visited pregnant women and

9 Cita LOVRENČIČ-BOLE, Naša prva medicinska sestra Angela Boškinova [Angela Boškinova, Our First Medical nurse], in: *Zdravstveni obzornik* 3/3 (1969), 123–130, here 123–124.

10 Darinka DRNOVŠEK, Alojzija Štebi, borka za pravice žensk in mladine [Alojzija Štebi, a Fighter for Women's and Children's Rights], in: Nataša Budna Kodrič / Aleksandra Serše, eds., *Splošno žensko društvo 1901–1945* [General women society] (Ljubljana 2003), 188–209. Cf. Suzana TRATNIK, Alojzija Štebi, in: Alenka Šelih et al., eds., *Pozabljena polovica: portreti žensk 19. in 20. stoletja na Slovenskem* [The Forgotten Half: Portraits of Women in the 19th and 20th Century Slovenia] (Ljubljana 2007), 193–196. At the end of 1918, Alojzija Štebi entered into civil service at the Commission for Social Welfare of the National Government for Slovenia. She was one of the main initiators for the founding of the Mothers' and Children's Home. She gave lectures on the protection of children and youth in Ljubljana, Maribor, Trbovlje, and elsewhere. The abstracts of her lectures were published in the magazines *Ženski svet* and *Gospodinski koledar*, as well as in a few Ljubljana dailies. In 1924, she published the brochure *Zaščita zanemarjenih otrok in mladine* [Protection of Neglected Children and Youth]. Cf. Irena SELIŠNIK / Ana CERGOJ PARADIŽ, *Delovanje žensk od karitativnosti do socialnega dela* [Women Activities from Charity to Social Work], in: *Socialno delo* 55/5–6 (2016), 181–193, here 187–188.

11 LOVRENČIČ-BOLE, Naša prva, see note 8, 125–126.

12 Angela Boškin – poti k ljudem, a documentary portrait, RTV 4, 2008, see: <http://4d.rtvlo.si/arhiv/dokumentarni-portret/21083325> (last accessed on 10 October 2017).

13 *Ibid.*

mothers with infants in destitute industrial and mining places such as Koroška bela, Javornik, Sava, and Jesenice, taught them about general hygiene and proper infant and child care, and assisted in providing social assistance to individuals.¹⁴

Boškin's first field report that was preserved from this period was drawn up in February 1919.¹⁵ In this report, she describes horrendous living conditions and extreme poverty. Many families struggled due to the absence of fathers who had either been killed or gone missing during the war. Furthermore, people were massively affected by tuberculosis and suffered from great hunger. Children were developmentally delayed, infants were languished, and families experienced severe shortages of milk: "Milk is the scarcest; one has to walk for hours to reach farmers who will only sell it in exchange for sugar and such. But where can one find sugar? Families with six, eight children go a whole month without a drop of milk."¹⁶ She urged the National Government to ensure a supply of condensed milk from the English support programme for the industrial areas. At the end of the report, she also noted that infant welfare without family welfare was not possible: "[...] and one has nothing within reach to be of assistance. There are even no medicines in the pharmacy."¹⁷

A support scheme for the poorest in a new state without clearly demarcated borders was yet to be established. Amidst such circumstances, making home visits empty-handed was not an easy task. People would let her into their homes feeling perplexed, not used to seeing infants and small children receiving that kind of attention. Boškin also visited wealthy farmers who aided her in providing food and facilitated the Women's Charity Society distribution of aid to the deprived. She fought against post-war poverty and overall backwardness to the best of her abilities, which often felt like a drop in the sea.¹⁸

Boškin organised lectures on hygiene, protection against infections and especially infant care. With Mrs. Štebi's support for her idea of founding a counselling service for mothers and infants, she organised the first counselling service in the Jesenice kindergarten, which opened on 3 August 1919. The centre was supplied with crates of condensed milk, cacao and clothes from the international Red Cross aid programme and made arrangements to employ a female attendant. Boškin introduced baskets with essential hygienic accessories and basic linen for birthing mothers. In this way, she set the foundation of the social and health care work of home care nurses.¹⁹

Boškin collaborated with Dr. Frančišek Kogoj (1866–1937), the physician in the Jesenice district, who instantly recognised her enormous contribution to health services and was also one of the first doctors who identified the role of a nurse as an invaluable profession in the social-medical protection of mothers and their children. As a socially compassionate person, Dr. Kogoj had attached extreme importance to the social and health care activities performed

14 Ibid.

15 Arhiv Republike Slovenije (ARS), AS 64, fond Poverjenišstva za socialno skrbstvo, Oddelek za socialno politiko, šk. 64, Poročilo skrbstva za dojenčke in matere na Jesenicah za mesec februar z dne 27. februarja 1919 [February Report of the Infant and Mother Care Service in Jesenice, 27 February 1919].

16 Ibid.

17 Ibid.

18 LOVRENČIČ-BOLE, Naša prva, see note 8, 126.

19 Ibid., 127.

both by the counselling service for mothers and infants and the home care unit from the very beginning.²⁰ Moreover, on Boškin's proposal, he also started to perform regular check-ups of infants and receive and make home visits to people she referred him to.²¹

Ljubljana

After returning from Vienna in 1921, Dr. Matija Ambrožič set out to establish unitarian social paediatrics in his homeland as well. His guiding principle was that child protection and health-care should not be left to the mercy and sympathy of a few individuals, but rather taken on by society as a whole. As a clerk in children's healthcare in Ljubljana's health division, he was able to undertake the organisation of the preventive and social welfare for children, which was still fairly underdeveloped. Knowing that he would only be able to achieve his goal with the assistance of professionally qualified nurses, he invited Angela Boškin to Ljubljana. But even before that, he sent the nurse Vika Kecelj to learn from her and ultimately take the position of Ms. Boškin in Jesenice.²²

In 1922, Ms. Boškin moved to Ljubljana to establish a children's shelter in the overcrowded and rundown orphanage on Bohoričeva Street, where ninety children were under the care of only two nuns. At first, she separated the children according to age and then sent schoolchildren to a children's shelter on Streliška Street and ill children to a children's hospital. The children were dirty and malnourished. Ms. Boškin introduced order and a regular diet, cleaned them of lice and scabies, and made sure that the building was clean. Initially, she did everything by herself, but she was later joined by Tončka Šiffner, Ana Kurent, and Marija Gril.²³ These were the beginnings of the first childcare institution (Zavod za socialno higiensko zaščito dece), which, as has been mentioned in the introduction, commenced its operation on 9 July 1923 headed by Dr. Matija Ambrožič. Ms. Boškin was transferred to the institution in 1923 as the first professionally qualified nurse, soon to be followed by others. With the founding of the institute, however, the doctor and nurses also had to face a reactionary mentality. Many known and influential individuals considered this "novelty" unnecessary and too costly. They accused the leadership of taking excessive care of neglected children and maintained that maternal instinct was enough for women to take care of their children and that they did not need any advice.²⁴

Owing to the increasing need for professionally qualified nurses, the Nursing School was founded on 18 August 1923 under the name "Institute of Social Hygiene for the Protection of Children" (Šola za sestre pri zavodu za socialno-higiensko zaščito dece v Ljubljani), which

20 C. B., Dr. Frančišek Kogoj, prvi zdravnik posvetovalnice za otroke v Sloveniji [Dr. Frančišek Kogoj, the First Physician of the Child Counselling Service in Slovenia], in: *Obzornik zdravstvene nege* 3/3 (1969), 138. See: www.obzornikzdravstvenenege.si/1969.03.3.138 (last accessed on 10 October 2017).

21 LOVRENČIČ-BOLE, Naša prva, see note 8, 127.

22 N. J., Prof. dr. Matija Ambrožič [Prof. dr. Matija Ambrožič], in: *Obzornik zdravstvene nege*, 3/3 (1969), 131–133, here 131. See: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/1969.03.3.131> (last accessed on 10 October 2017). In 1926, Matija Ambrožič left for Belgrade, where he first established the Centre for the Health Protection of Mothers and Children and later also the Paediatric Clinic.

23 LOVRENČIČ-BOLE, Naša prva, see note 8, 128.

24 Ibid.

was headed by Dr. Matija Ambrožič and initially provided one-year courses. During the first year of its existence, the school received twenty students, fourteen of which completed their training, including Angela Boškin, whose training in Vienna was not officially recognised.²⁵ She also lectured at the same school on home care nursing in 1926, which was also the year that she was transferred to the newly founded counselling service for mothers and children in another Slovenian mining and industrial centre – Trbovlje.

Trbovlje, Ljubljana, Škofja Loka

Angela Boškin also encountered acute poverty, socially neglected children, and prostitution among minor girls in Trbovlje. In addition to making home visits, she lectured on hygiene and infant care at Trbovlje's housekeeping school and ran an agency that provided mothers with material assistance in the form of vitamins, milk, fish oil, underwear, and soap: "Mothers working in mining colonies trusted her and, following her advice, took their infants outside for fresh air and sun, as well as endeavoured to provide their children with the best possible care and nutrition."²⁶ Boškin took part in rallies and women's gatherings as a staunch advocate of women's rights to education and vocational opportunities. After thirteen years of working in Trbovlje, she was summoned to the Institute of Hygiene in 1939 and assigned to organise travelling exhibitions across the countryside, within the framework of which she lectured and screened two films on the protection against tuberculosis and the dangers of alcohol.²⁷

Her last work post was at the health centre in Škofja Loka, where she was active in protecting mothers and children and the anti-tuberculosis services. She remained here until the end of World War II. Her diploma that she had obtained in Vienna and her command of the German language enabled her to continue her work during German occupation. During these years, she worked as a radiologist because the German authorities did not trust her with mother and child-care, which was performed by the female representatives of the NSV, Hitler's organisation of National Socialist People's Welfare (Nationalsozialistische Volkswohlfahrt). They organised counselling services for children in the surrounding villages, which Boškin visited under their escort. The war years exhausted her; she retired in 1944 and returned to her home village of Pevma pri Gorici, where she lived for the rest of her life.²⁸

25 DRAGAŠ, Zgodovina, see note 1, 24, 28–29. Since its establishment and until 1927, the school provided one-year training courses, between 1927 and 1931 two-year courses and from 1931 onwards three-year courses. The majority of students at the Nursing School were from rural families, families of lower state officials and railway employees as well as workers and tradesmen. From 1924 to 1934, most certified nurses (out of 105 graduates) worked in children's social-medical institutions, health centres and hygiene institutes. Many of them got married and abandoned the vocation as a medical nurse.

26 Irena IVANČIČ LEBAR, Zgodovina zasavskega zdravstva [The History of Healthcare in Zasavje] (Trbovlje 2008), 47.

27 LOVRENČIČ-BOLE, Naša prva, see note 8, 129.

28 Ibid., 130. Cf. Irena ROŽMAN, Angela Boškin: prva medicinska sestra in socialna delavka v Sloveniji in Jugoslaviji [Angela Boškin: the First Medical Nurse and Social Worker in Slovenia and Yugoslavia], in: Alenka ŠELIH et al., eds., Pozabljena polovica: portreti žensk 19. in 20. stoletja na Slovenskem [The Forgotten Half: Portraits of Women in the 19th and 20th century Slovenia] (Ljubljana 2007), 202–206, here 205–206.

Conclusion

Angela Boškin was the first professionally qualified Slovenian nurse and the pioneer of home care in both Slovenia and Yugoslavia. Even though she devoted her entire professional life to the social and healthcare protection of children and the establishment of home care service, her work is mainly distinguished by two achievements. First, the establishment of the first Slovenian counselling service for mothers and infants in 1919 in Jesenice, with which she laid the foundation of the social and healthcare work of home care nurses. Second, in collaboration with Dr. Matija Ambrožič, she established a children's shelter in 1922 that developed into the first childcare institution (*Zavod za socialno higiensko zaščito dece*), where she worked as the first professionally qualified nurse. In 1969, she received the Golden Emblem of the Nurses and Midwives Association of Slovenia. In the same year, she also received the Order for National Merit with silver rays, a token of recognition conferred by the then President of Yugoslavia, Josip Broz Tito.

Information on the Author

Katarina Keber, PhD, senior research fellow at the Scientific Research Centre of the Slovenian Academy of Sciences and Arts, Milko Kos Historical Institute, Novi trg 2, 1000 Ljubljana, Slovenia, e-mail: katarina.keber@zrc-sazu.si

**Forum – Schwerpunkt:
Medikalisierte Kindheiten.
Die neue Sorge um das Kind vom ausgehenden
19. bis ins späte 20. Jahrhundert**

Elisabeth Malleier

Die Sorge, meine Akte und ich

English Title

Reflections on Care, My Children's Home Files and Me

Summary

In this paper I will reflect on my own experience in a children's village and my files from the perspective of a historian and in critical discussion about the relationship between science, autobiographical knowledge and social class within the scientific community.

Key words

South Tyrol (Italy), children's village, autobiographical knowledge, scientific knowledge, social class, 1970-ies, World War II., family research

Einleitung

Die Arbeit zu diesem Beitrag fängt dort an, wo die der anderen Verfasser/-innen aufhört, nämlich jenseits der eigenen formal-wissenschaftlichen Qualifikationen.¹ Dieses „Weiter-Gehen“, dieses über den Rahmen des Wissenschaftlichen Hinausgehen, ist daher auch kein klassischer Forschungsbericht, sondern ich werde hier versuchen, meine langjährige wissenschaftliche Arbeit, in der ich mich u. a. auch mit der Entstehungsgeschichte früher Kinderschutzvereine beschäftigt habe, mit meiner eigenen Kindheitserfahrung einer sogenannt vulnerablen Kindheit, zu der auch ein mehrjähriger Kinderheimaufenthalt in den 1970er-Jahren in Südtirol

¹ Der diesem Forumsbeitrag zugrundeliegende Vortrag kann unter Radio Freirad (Innsbruck) nachgehört werden. Online unter: <https://cba.fro.at/345648> (letzter Zugriff: 15.05.2018).

gehört, in Verbindung zu bringen.² Dieser Beitrag stellt den Versuch einer Verflechtung von Erfahrungswissen in Auseinandersetzung mit der eigenen Familiengeschichte dar und geht zugleich der Frage nach, ob und wie sich die eigenen Kinderheimerfahrungen mit dem Beruf der Wissenschaftlerin vertragen – oder eben nicht.³ Dabei richtet sich mein Blick insbesondere auf die Generationenfolge im zeithistorischen Kontext und die Vererbung des sozialen Status. Eine wichtige Rolle spielt dabei die Geschichte des Nationalsozialismus, insbesondere die sogenannte Südtirol-Option.⁴

Akten, Geschichte, Familie

Die Geschichte meiner Familie ist voller „Fallgeschichten“, ein Fundstück, wie es sich der/die engagierte Wissenschaftler/-in nur wünschen kann. Es gibt Psychiatrie- und Kinderheimakten, Fürsorgeakten und Zöglingskarteien aus der NS-Zeit, nicht auffindbare oder – für mich – nicht zugängliche Akten zu meiner Familie, es gibt erfundene Informationen auf Meldezetteln, falsche Informationen, doppelt ausgefüllte Formulare mit unterschiedlichen Inhalten u. a. m.

Zudem existieren Akten aus der NS-Zeit, die mir bei meiner Recherche – scheinbar zufällig – nicht ausgehändigt wurden, wie jene eines bei Kriegsende ermordeten Bruders meiner Großmutter. Im April 1940 wurde er, wie aus dem Optionsakt ersichtlich, von den Südtiroler Nazis in den Umsiedlungs-/Optionsakten als „asozial“, „gemeingefährlich“ und „zum dringenden Abschub“ empfohlen. In Wien befinden sich die Volksgerichtsakten zum Prozess gegen die Mörder. Meine Großmutter hat nie erfahren, wie er gestorben ist, ich selbst weiß es erst seit Anfang diesen Jahres und nach 30 Jahren in Österreich.⁵

Ebenfalls in den Optionsakten wird im Jahr 1940 eine Schwester derselben Großmutter, deren Mann und ihre minderjährigen Kinder (sechs von insgesamt acht waren damals im Alter zwischen vier und 13 Jahren) – ebenfalls von Südtiroler Nazis – folgendermaßen charakterisiert und kriminalisiert: „Der Vater, die gantze [sic!] Familie ist Arbeitsscheu [sic!].“ Diese Familie

2 Vgl. Elisabeth MALLEIER, „Kinderschutz“ und „Kinderrettung“. Die Gründung freiwilliger Vereine zum Schutz misshandelter Kinder im 19. und frühen 20. Jahrhundert (Innsbruck–Wien–Bozen 2014). Die Publikation stellt die Forschungsergebnisse aus einem vom FWF geförderten dreijährigen Forschungsprojekt (Projektnr. P 22233) am Institut für Geschichte der Universität Wien vor; s. a. Zugerichtet für ein Leben in Armut, online unter: <https://derstandard.at/1324170365108/Fruher-Kinderschutz-Zugerichtet-fuer-ein-Leben-in-Armut> (letzter Zugriff: 07.04.2018).

3 Siehe dazu auch: Elisabeth MALLEIER, Ehemalige Heimkinder und die Wissenschaft, in: Kidoakutell, Zeitschrift des Südtiroler Kinderdorfs Brixen (1. Mai 2016), 5, online unter: <http://www.alphabetaverlag.it/de/Book/rabenmutterland/978-88-7223-250-7> (letzter Zugriff: 05.08.2017).

4 Vgl. Elisabeth, MALLEIER, Rabenmutterland (Meran 2016, 2017).

5 Vgl. Elisabeth MALLEIER, Der Bruder meiner Großmutter, in: Sonntagsblatt. Bozen (30. April 2017), 22–23; Elisabeth MALLEIER, Hohenberg bei Lilienfeld, 21. April 1945, in: Zwischenwelt 1–2 (Wien 2017), 7–8; online unter: <http://www.erinnern.at/bundeslaender/niederoesterreich/elisabeth-malleier-hohenberg-bei-lilienfeld-21.-april-1945-1> (letzter Zugriff: 04.04.2018). Ausführlich siehe: Stefan LECHNER, Die Absiedlung der Schwachen in das „Dritte Reich“. Alte, kranke, pflegebedürftige Südtiroler 1939–1945 (Innsbruck–Bozen–Wien 2016). Im April 2018 wurde in Hohenberg eine Gedenktafel enthüllt, die an die Opfer dieses „Endphaseverbrechens“ erinnert, Programm der Veranstaltung online unter: <http://theodorkramer.at/termine/einweihungsfeier-gedenktafel-am-friedhof-in-hohenberg/> (letzter Zugriff: 04.04.2018).

hat überlebt.⁶ Im September 1940, dem Zeitpunkt ihrer Umsiedlung, gingen die Auswandererzahlen umsiedlungswilliger Südtiroler/-innen „heim ins Reich“ bereits zurück. Daher versuchte man, das zwischen dem Deutschen Reich und Italien vereinbarte Auswandererkontingent von 200 bis 250 Personen pro Tag mit solchen Personengruppen zu füllen, die man rasch verschicken konnte, weil sie kein abzulösendes Eigentum hatten, weil sie von der Fürsorge unterstützt wurden oder weil sie krank oder behindert waren und daher nicht in das vom „Führer“ versprochene „geschlossene Siedlungsgebiet“ für Südtirol-Umsiedler/-innen passten, das nur für „erbgesunde und rassenreine Volksgenossen“ vorgesehen war.⁷

Archive, Recherchen, Schreiben

Angefangen habe ich mit meinen Familienrecherchen im Sommer 2013, nach dem Abschluss eines dreijährigen FWF-Projektes an der Universität Wien zum Thema Kinderschutzvereine, dessen geplante Fortsetzung leider nicht bewilligt wurde. In den damals gerade entstehenden Heimkommissionen gab es kein Interesse an meiner eben fertiggestellten Studie zur Geschichte freiwilliger Kinderschutzvereine für misshandelte Kinder und – trotz mehrfacher Anfragen meinerseits – auch keine Möglichkeit der Mitarbeit und ich wurde arbeitslos.

Ich beschloss daher, mich der Erforschung meiner eigenen Familiengeschichte zu widmen, von der ich bis zu diesem Zeitpunkt kaum etwas wusste. Dabei dachte ich ursprünglich an eine Recherche zu meinen beiden alleinerziehenden Großmüttern, beide um 1900 geboren, die eine Witwe mit drei Kindern unter sechs Jahren, die andere mit einem „ledigen“ Kind, die im Zuge der Option mit ihren Kindern ins Deutsche Reich auswanderten und beide Anfang der 1950er-Jahre wieder nach Südtirol zurückkehrten. Damals wusste ich noch nichts vom Aufenthalt meines bereits lange verstorbenen Vaters, geboren 1930 – er trank sich mit 55 Jahren zu Tode und starb 1985 –, in diversen Gauerziehungsheimen in Tirol und Vorarlberg.⁸

Mit dem Schrecken dieses neuen Wissens blieb ich erst einmal allein. Meine Versuche, Zeitzeugen aus den Gauerziehungsheimen Fügen und Jagdberg, in denen mein Vater als Jugendlicher interniert war, über einen Aufruf in der „Tiroler Tageszeitung“ oder im „20er“, der Innsbrucker Straßenzeitung, zu finden, scheiterten an den jeweiligen Redaktionen – der Leserbrief wurde nicht veröffentlicht.⁹

6 Siehe dazu: Elisabeth MALLEIER, „Der Vater, die ganze Familie ist Arbeitsscheu.“ Eine Optionsgeschichte, in: Horst Schreiber / Elisabeth Hussl / Martin Haselwanter, Hg., Gaismair-Jahrbuch 2018. Im Zwiespalt (Innsbruck–Wien–Bozen 2017), 71–76.

7 Zu den Auswanderungskontingenten siehe: LECHNER, Die Absiedlung, wie Anm. 5, 115. Zur Diskussion für dieses „geschlossene Siedlungsgebiet“ für die Südtiroler Deutschlandoptanten, aus dem zuerst die dort ansässige Bevölkerung vertrieben werden sollte, standen u. a. Gegenden wie Galizien, Wolhynien, Burgund, Elsass oder die Krim zur Debatte; siehe: Helmut ALEXANDER / Stefan LECHNER / Adolf LEIDLMAIR, Heimatlos. Die Umsiedlung der Südtiroler (Innsbruck–Bozen–Wien 1993), 79–80.

8 Inzwischen gibt es eine ausführliche Studie zu den Kinderheimen in Tirol und Vorarlberg, siehe: Michaela RALSER / Nora BISCHOFF / Flavia GUERRINI u. a., Heimkindheiten Geschichte der Jugendfürsorge und Heimerziehung in Tirol und Vorarlberg (Innsbruck–Bozen–Wien 2017).

9 Vonseiten der Institutionen unterstützten mich damals ein Historiker aus dem Vorarlberger Landesarchiv, eine Sozialarbeiterin in Kufstein und der Leiter des Stadtarchivs in Innsbruck, Likas Morscher

Außerdem kam es während der Recherchen über meinen Vater zur für mich absurden Situation, dass ich als Tochter meines vor drei Jahrzehnten verstorbenen Vaters die Fürsorgeakten aus der Nachkriegszeit nicht einsehen durfte, die ich als Projektarbeiterin eines wissenschaftlichen Forschungsprojektes ohne Weiteres einsehen hätte können.¹⁰ Hier wird deutlich, dass es in der Wissenschaft auch heute noch denkunmöglich zu sein scheint, dass Wissenschaftler/-innen und Heimkinder etwas miteinander zu tun haben können, vielleicht sogar beides in derselben Person vereinigen oder entsprechende familiäre Verbindungen bestehen. Die Rolle der „Forschenden“ und der „Beforschten“ sind hier ganz klar getrennt und miteinander unvereinbar und veranschaulichen, in welcher sozialen Schicht die Heimkinder und in welcher die Wissenschaftler/-innen in einem solchen Wissenschaftsverständnis zugeordnet werden.

Fragen, die sich während meiner Recherchen, die gelegentlich einem Hindernislauf glichen, aufdrängten, waren solche, die in ähnlicher Weise auch von Christine Hartig¹¹ gestellt wurden, wie: Wer hat die Macht und überhaupt erst das Wissen, um die richtigen Fragen zu stellen? Wer hat die Möglichkeit, die gegebenenfalls in den Archiven liegenden Antworten zu suchen und einzusehen? Wer interpretiert die Geschichte? Und zwar auch die von Einzelpersonen und im zeithistorischen Kontext? Jenseits der persönlichen Erschütterungen, die Familienrecherchen auslösen können, geht es mir als Wissenschaftlerin auch darum: Wie kann man, wie kann ich, diese Geschichte thematisieren – und zwar so, dass sich der Blick nicht nur im Privaten verfängt, sondern so, dass auch ihre gesamtgesellschaftliche Relevanz deutlich wird? Dabei sehe ich mich durchaus als jemand, der für viele Menschen aus der sogenannten Unterschicht spricht, die eine ähnliche Familiengeschichte haben und die nicht sprechen, nicht fragen können und die nicht gehört werden. Kurzum, die Frage lautet: Wie ist ein widerständiges Sprechen möglich? Ein „talking back“?

Dann gibt es da noch die Fragen nach dem Verhältnis von Privatsphäre und Wissenschaft, von Behörden und Amtsgeheimnis, etwa die Frage, wem die über eine Person erstellten Akten gehören bzw. ob sie von den Betroffenen eingesehen werden können. Inzwischen können die Betroffenen selbst ihre Akten einsehen, was von engagierten Wissenschaftler/-innen und Menschen aus dem Sozialbereich gemeinsam mit Betroffenen durchgesetzt wurde. Eine Frage ist auch, wessen Akten unter welchen Umständen ohne Einverständnis eingesehen werden dürfen.¹² „Privatsphäre“ muss man sich leisten können, zugleich dient das Argument „Privatsphäre“ aber auch zum Verschleiern von Privilegien und zum Machterhalt. Insofern ist dieser Beitrag

10 Vgl. Elisabeth MALLEIER, Mein papierner Vater. Von Ämtern, Behörden, Dokumenten und der Wahrheit, in: Monika Jarosch / Elisabeth Gensluckner / Martin Haselwanter u. a., Hg., Gaismair-Jahrbuch 2015. Gegenstimmen (Innsbruck–Wien–Bozen 2014), 176–182.

11 Christine HARTIG hielt gemeinsam mit Sylvelyn HAEHNER-ROMBACH auf der diesem Band zugrundeliegenden Tagung „Medikalisierte Kindheiten“ den Vortrag: Institution, Zeitzeugen, Narration: Re-Konstruktionen der Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation. Zum Nachhören online unter: <https://www.uibk.ac.at/congress/medikalisiertekindheiten/audiodokumentation/> (letzter Zugriff: 15.05.2018).

12 So war beispielsweise am 13. März 2015 in einem Artikel in „Die Presse“ zu lesen, dass ein Salzburger Krankenhaus dem Landesarchiv 23.500 Psychiatriekrankenakten aus den Jahren 1850 bis 1969 (!) übergeben habe und diese nun „der Forschung offen“ stünden, d. h. in der Regel anonymisiert „bei begründetem wissenschaftlichen Interesse“ verwendet werden könnten. Claudia Lagler, Psychiatrie: 23.500 Schicksale, in: Die Presse (13. März 2015), online unter: http://diepresse.com/home/science/4684980/Psychiatrie_23500-Schicksale?from=suche.in-tern.portal (letzter Zugriff 15.05.2018).

auch ein bewusstes Überschreiten dessen, was ansonsten als „Privatsache“ tabuisiert und unausgesprochen bleibt.¹³

Die Kinderdorf-Akten – Aktenwissen versus Erfahrungswissen

Um wieder auf das Thema der Akten zu kommen: Ich kehre hier zu einer der Aktenarten meiner Familie zurück, nämlich den (unvollständigen) Akten aus dem Südtiroler Kinderdorf in Brixen, in dem mein Bruder zwei Jahre und ich insgesamt drei Jahre verbrachten. Die vorhandenen Akten stammen aus meiner ersten Zeit im Südtiroler Kinderdorf im Alter von zehn bis zwölf. Leider gibt es keine Unterlagen zu meinem zweiten Aufenthalt im Alter von 13 bis 14 Jahren, dem letzten Schuljahr und meinem letzten Jahr im Kinderdorf.

Zum Südtiroler Kinderdorf ist zu sagen, dass ich dort – im Gegensatz zu den auf der Tagung und in diesem Schwerpunktband beschriebenen Kindern in Institutionen – die glücklichsten Jahre meiner Kindheit verlebt habe. Und das trotz des damaligen völkisch angehauchten Konzeptes („Schutz der deutschen Minderheit“, „deutsche“ Kinder sollten nicht in italienischen Kinderheimen „italianisiert“ werden), trotz sehr traditioneller Geschlechtervorstellungen, trotz fehlender pädagogischer Ausbildung der damaligen Kinderdorfmütter und auch trotz gelegentlicher Skandale in der Personal- und Finanzgebarung der Kinderdorforganisation.¹⁴ Die Wahrnehmung von Kindern kann eine völlig andere sein als die von Erwachsenen oder auch die Außenwahrnehmung, aber natürlich gibt es auch unter den Kindern unterschiedliche Perspektiven.

Wenn ich mir die Akten meines Bruders Theo (1963–1980) und meine eigenen ansehe, so kann ich dies unter zwei Perspektiven, sozusagen mit zwei unterschiedlichen Brillen, tun: einmal als Wissenschaftlerin, als Historikerin, die sich mehrere Jahre mit der Entstehungsgeschichte von Vereinen zum Schutz misshandelter Kinder im 19. und frühen 20. Jahrhundert befasst hat. Ich kann mich fragen, welche Vereinsziele und Erziehungsprinzipien in den frühen 1970er-Jahren im Südtiroler Kinderdorf herrschten, oder grundsätzlicher: In welchem gesellschaftspolitischen Kontext wurde die Einrichtung gegründet? Wer waren die Spender/-innen, welche Motive hatten die Gründer/-innen? Ich könnte Vergleiche mit älteren Vereinen anstellen und herausfinden, welche Fragen und Informationen über Kinder in schwierigen Situationen wann und von wem für wichtig erachtet wurden. Sogenannte eigene Formulare und Erhe-

13 Ein eindrückliches Beispiel einer „doppelten“ Verleugnung der eigenen Herkunft, einerseits der der Herkunft aus dem Arbeiter/-innenmilieu im Wissenschaftsbetrieb und andererseits der der eigenen Homosexualität im Herkunftsmilieu ist die Autobiografie von Didier ERIBON, *Rückkehr nach Reims* (Berlin 2016). Meine eigenen Überlegungen zum Thema soziale Herkunft aus der Unterschicht und Wissenschaftsbetrieb habe ich erstmals reflektiert in: Elisabeth MALLEIER, *Stranger than Paradise. Die doppelten Böden akademischer Sozialisation von ArbeiterInnentöchtern*, in: AUF 92 (1996), 92, 34–36 sowie in diversen Vorträgen in Hallstatt (Momentum 2009), Wien (2014) und Florenz (2015): *Wessen Wissen ist wie viel wert? Reflexionen über den Zusammenhang von sozialer Herkunft, Wissenschaft und Feminismus*.

14 Horst SCHREIBER / Wilfried VYSLOZIL, *SOS-Kinderdorf – die Dynamik der frühen Jahre. Eine Spurensuche jenseits der Klischees* (Innsbruck 2001), 187. Meine soeben abgeschlossene Studie „Der Kinderdorfgründer Sebastian Ebner und der Nationalsozialismus“ wurde vom Zukunftsfonds Austria gefördert (P17–2696).

bungsbögen wurden von engagierten Frauen und Männern der Kinderschutzvereine bereits im 19. Jahrhundert erstellt.¹⁵

Ich kann aber auch das, was ich in den Akten lese, mit dem vergleichen, was ich erinnere, meine Erinnerung mit oder gegen das „Aktengedächtnis“ stellen. Ich kann diese Akten, anstatt sie als „Gedächtnis der Verwaltung“ zu betrachten, die mit dem Anspruch aufwarten, eine „objektive Wirklichkeit“ zu beschreiben,¹⁶ meinen eigenen Wahrnehmungen bzw. meinen Erinnerungen daran gegenüberstellen. Ich kann in diesen Akten möglicherweise etwas über mich, mehr noch aber über die Sicht auf das Kind Elisabeth durch die damalige Kinderdorfverwaltung erfahren. Ich kann den Inhalt mit meinen eigenen Erinnerungen abgleichen und – nicht zuletzt dank meiner wissenschaftlichen Ausbildung – eine kritische Distanz herstellen. (Die Frage ist nur, unter welchen Bedingungen ich das tun kann – nämlich als unbezahltes „Privatvergnügen“.)

Ich werde hier nicht im Detail auf den Inhalt meiner Akte und die meines Bruders eingehen – diese Freiheit nehme ich mir. Eine kleine Auffälligkeit möchte ich aber erwähnen, die ein Licht auf die Institution wirft. Im Zuge der Aufnahme ins Kinderdorf wurden zwei Fragebögen in zwei unterschiedlichen Versionen zu mir erstellt. Sie sind fast identisch ausgefüllt, der eine ist von meiner Mutter unterschrieben, der andere nicht. Sie unterscheiden sich aber darin, dass in der unterschriebenen Akte die Angaben zu meinen „schlechten Eigenschaften“, nach denen der Fragebogen auch fragt, fehlen – nämlich: „eigensinnig, trotzig“.¹⁷ Unsere Akten sind nicht sehr umfangreich, das ist meist ein gutes Zeichen, denn das heißt, dass man von der Institution in Ruhe gelassen wurde. In meiner Akte fehlen allerdings Angaben zu mindestens zwei von mir erinnerten Ereignissen, die ihre Spuren in den Schriftstücken ebenfalls hinterlassen haben sollten – zumindest nach meiner Einschätzung der Logik und des Konzeptes von *Sorge* im damaligen Südtiroler Kinderdorf.¹⁸

Was in der Akte fehlt:

- 1) Unterlagen bzw. ein Bericht über das Ende meines Sommeraufenthaltes zum „Kindsen“ (auf Kinder aufpassen) im Gadertal im Alter von zehn Jahren, das heißt im zweiten Jahr meines Kinderdorf Aufenthaltes, wo mich die Gastfamilie mit 40 Grad Fieber und einer Nierenbeckenentzündung ins Kinderdorf zurückbrachte. In der Akte vermerkt wurden damals zwar die medizinische Behandlung und die baldige Besserung, nicht aber die Umstände der Rückkehr ins Kinderdorf. Ich selbst erlebte dieses Geschehnis damals so, dass

15 Zu den Erfahrungen einzelner Recherchent/-innen und zur Problematik des „freiwilligen Engagements“ im Zusammenhang mit der Achtung der Privatsphäre der „besuchten“ Familien und ihrem Widerstand dagegen siehe u. a., in: MALLEIER, Kinderschutz, wie Anm. 2.

16 Vgl. Michaela RALSER / Anneliese BECHTER / Flavia GUERRINI, Regime der Fürsorge. Eine Vorstudie zur Geschichte der Tiroler und Vorarlberger Erziehungsheime und Fürsorgeerziehungssysteme der Zweiten Republik (Innsbruck 2014), 58.

17 Nachdenken kann man dabei über verschiedene Verwendungszwecke unterschiedlich ausgefüllter Formulare in Institutionen.

18 Aus den Akten ersichtlich ist etwa die Sorge, dass uns Kindern außerhalb des Kinderdorfes etwas passieren könnte und die Verantwortung dafür beim Kinderdorfverwalterehepaar liegen würde. Daher wurde sehr darauf geachtet, dass Angehörige, die die Kinder für einige Tage „mitnahmen“, z. B. in den Ferien, einen Revers unterschrieben, in dem sie erklärten, die Verantwortung für das Kind zu übernehmen.

mich die „Gasteltern“ nicht zum Arzt brachten, sondern mich wie eine defekte Maschine im Kinderdorf ablieferten und danach auf Nimmerwiedersehen verschwanden. Was ich zu jener Zeit nicht verstand, war, dass ihr Verhalten zumindest zum Teil auch dem Sorge- und Verantwortungskonzept in der Vereinbarung zwischen Kinderdorf und Arbeitgeber/-innen entsprang, und demnach fiel die ärztliche Versorgung des Kindes in die Verantwortung des Kinderdorfes.

- 2) Der Bericht über das Weglaufen mit einer Freundin aus dem Kinderdorf mitten in der Nacht im Alter von 13 Jahren. Die Freundin hatte von ihrer Mutter einen Brief bekommen, in dem sie schrieb, dass sie ihre Tochter nicht zu sich nehmen könne, weil sie selbst in „einem Loch“ wohne. Das Mädchen nahm diese Bezeichnung wörtlich und wir suchten bei unserer Ankunft am nächsten Morgen (wir waren zu Fuß gegangen, per Anhalter gefahren und hatten einen Teil der Nacht im Bahnhof in Klausen verbracht) im ca. 30 Kilometer entfernten Bozen in der Nähe des Bahnhofs nach „Löchern“, das heißt Höhlen im Berg. Zum Thema „Kinder, die weglaufen“ gibt es in diesem Band einen eigenen Beitrag: von Nora Bischoff. Für mich entstanden jedenfalls mehrfach Situationen, in denen ich als Kind und Jugendliche durch Weglaufen, Weggehen, Verweigerung meinem Leben eine positive Wende geben konnte. Weglaufen kann für Kinder in Not durchaus eine sinnvolle Option darstellen.

So weit zu den – nach meinem Verständnis – fehlenden Bruchstücken in der Kinderdorfakte. Insgesamt aber sind meine Erinnerungen an die Zeit im Kinderdorf vor allem die einer grenzenlosen Erleichterung, endlich von der ganzen Verwandtschaft und der emotionalen Geiselhaft – auch Gewalt – weg zu sein. Es war für mich wie eine zweite Geburt, so habe ich es damals empfunden. Es war Freude, Bewegungsfreiheit im Grünen (an einem Ort, den man heute als autofreie Siedlung bezeichnen würde), und es waren viele andere Kinder da. Eine Kinderdorf-freundin von mir formulierte dieses Freiheitsgefühl so: „Was gut war, war, dass es kaum Erziehung gab. Wir Kinder waren die meiste Zeit unter uns, ohne einen Erwachsenen. So hat uns niemand gegängelt. Das hat uns gutgetan. Wir wurden nicht verformt. Ich glaube, dass viele sich zu Freigeistern entwickelt haben.“¹⁹

Wahrscheinlich war das Kinderdorf damals der beste Unterbringungsort für Kinder in Südtirol. Ich und viele der anderen Kinder waren froh, dort zu sein, aber ich kann natürlich nicht für alle sprechen. Vieles von diesem positiven Lebensgefühl wurde allerdings dadurch zerstört, dass man die Jugendlichen des Südtiroler Kinderdorfes noch bis in die 1970er-Jahre nach Beendigung der Pflichtschule, das heißt mit ca. 14 Jahren, von einem Tag auf den anderen buchstäblich vor die Tür setzte.²⁰

19 Menschen. Kinder. Geschichten. 60 Jahre 1955–2015. Südtiroler Kinderdorf (Brixen 2015), 11.

20 Im Gegensatz dazu gab es im SOS-Kinderdorf in Österreich zu diesem Zeitpunkt bereits Nachbetreuungseinrichtungen. Eine frühe Arbeit zum Thema „Care Leaver“ ist: Aloisia GRAF, Übergangsprobleme bei Jugendlichen aus Südtiroler Kinderdorffamilien, unveröffentlichte Diplomarbeit (Universität Innsbruck 1986). Neuere Arbeiten mit Kinderdorf-Bezug sind u. a.: Christine LIENHART / Bettina HOFER, Dass sie das weiterhin so machen. Aber sie könnten's ein wenig verbessern, tät i schon sagen. Die Perspektive von Care Leavern als zentraler Zugang von Praxisforschung und Entwicklung, in: Sozialarbeit in Österreich 2 (2016), 24–28; online unter: <https://www.sos-kinderdorf.at/aktuelles/die-perspektive-von-care-leavern-in-der-praxisfors> (letzter Zugriff: 15.05.2018). Siehe auch: Jasmin Barbara SCHEIKL, SOS-Kinderdorf. Fremdunterbringung und Übergang in die Selbstständigkeit aus

In meiner Akte gibt es natürlich auch „Medizinisches“ – das war Teil der Standardformulare: eine „Gesundheitskarte“, ein „Krankenblatt“ mit Familienanamnese – ebenfalls ein Ausdruck der *Sorge* der Institution. Auch da wurde wieder mein „Trotz“ erwähnt: „Elisabeth ist ein sehr trotziges Kind, nimmt die Tbl. nicht regelmäßig, daher kein Erfolg.“ Von den Tabletten, um die es dabei ging, ist auch im Beitrag von Ursina Klauser in diesem Band zu lesen. Es war Tofranil, ein leichtes Antidepressivum, das meinem Bruder und mir gegen das Bettnässen verabreicht wurde.²¹ Ich erinnere mich weder an die Tabletteneinnahme noch daran, ob die Tabletten geholfen haben.²² Außerdem gibt es in der Akte einen „Kinderuntersuchungsbogen“ des Pädiatrischen Fortbildungskongresses in Brixen 1972. Mir ist dazu kaum etwas in Erinnerung – höchstens die Tests, die wir gelegentlich machten, so mussten wir beispielsweise etwas zeichnen. Besser im Gedächtnis ist mir das Chorsingen der Kinderdorfkinder bei diversen Ärzte- und Ärztinnenkongressen in Brixen.²³ Wie ich inzwischen weiß, handelt es sich dabei um eine sehr alte Methode, um Spenden für Kinder in Einrichtungen zu sammeln. So gab es bereits im 18. Jahrhundert berühmte Waisenkinderschöre, wie jene in Florenz oder Venedig. Dass es dabei um Spendensammlungen ging, war uns damals nicht bewusst und hätte uns wohl auch nicht interessiert.

Schluss

Nach den Recherchen zu meiner Familie bin ich mir sicher, dass es sehr wichtig wäre, sich die Geschichten von prekär lebenden und ausgegrenzten, heute sagt man „vulnerablen“ Personengruppen, über mehrere Generationen hinweg anzusehen, um nachhaltig helfen zu können – und zwar gerade auch in jenen Ländern, in denen der Nationalsozialismus seine unheilvollen Spuren hinterlassen hat. Das gilt aber auch für jene Menschen, die heute aus Kriegsländern zu uns kommen. Und ich denke, auch die Forscher/-innen sollten sich mit ihrer eigenen Familiengeschichte auseinandersetzen – denn möglicherweise findet sich darin der Schlüssel dazu, warum sie auf der einen und nicht auf der anderen Seite des Aktengeschehens sitzen.²⁴

der Sicht der Erwachsenen, die ehemals im SOS-Kinderdorf untergebracht waren, unveröffentlichte Masterarbeit (Universität Klagenfurt 2015), und mit Bezug auf das Brixner Kinderdorf: Andrea NAGY, Wirkungen der Heimerziehung heute. Jugendliche Perspektiven auf Autonomie und Eigenverantwortung im Übergang, unveröffentlichte Dissertation (Universität Innsbruck 2017).

- 21 Eine Psychiaterin, die ich nach der Wirkungsweise des Medikamentes fragte, erklärte mir, dass es sich dabei um ein leichtes Antidepressivum handelte, das zu einem leichteren Schlaf und damit zum Aufwachen bei Harndrang führen sollte. Eindrücklich zu seinen Erinnerungen als „Bettnässer“ siehe: Thomas BERNHARD, Ein Kind (München 2010, Erstauflage 1982).
- 22 Zu Kontakten zwischen dem Südtiroler Kinderdorf und Maria Nowak-Vogl siehe: Elisabeth DIETRICH-DAUM, Kinder und Jugendliche aus Südtirol auf der Kinderbeobachtungsstation von Maria Nowak-Vogl in Innsbruck (1954–1987) – ein Projektbericht, in: Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin 14 (2016), 249–266.
- 23 Meine Kinderdorffreundin erinnert sich, dass wir von der Ehefrau von Carl Orff unterrichtet wurden und dass wir mit Orff-Instrumenten musizierten. Es muss sich um Orffs vierte Ehefrau, Liselotte Schmitz, gehandelt haben; siehe online unter: https://de.wikipedia.org/wiki/Carl_Orff (letzter Zugriff: 15.05.2018).
- 24 Zum Verhältnis zwischen sozialer Herkunft und Karriereentwicklung siehe u. a.: Michael HARTMANN, Der Mythos von den Leistungseliten. Spitzenkarrieren und soziale Herkunft in Wirtschaft, Politik, Justiz und Wissenschaft (Frankfurt am Main–New York 2002). Mit geschlechterspezifischem Blick auf die soziale Herkunft im Bereich

Ich möchte mit einem kleinen Gedicht schließen: Poesie und Literatur als sozusagen dritte Möglichkeit des Benennens, neben der Wissenschaft und dem eigenen Erfahrungswissen. In dem Gedicht geht es um die *Sorge*. Es stammt von Konstantin Kaiser und kommt aus einem ganz anderen Zusammenhang. In seiner Rede geht es um ein Nachdenken über den Neoliberalismus, um das Schüren von Unsicherheit, Angst und das daraus resultierende gute Geschäft von Versicherungen.²⁵ Er schließt mit einer Verszeile, einer poetischen Darstellung der Verbindung von Vergangenheit, Angst und Zukunft. Ich möchte diese Zeilen hier mit dem Leben sogenannter vulnerabler Kinder und Erwachsener in Verbindung bringen, mit einer Langzeitfolge von prekären Lebensverhältnissen, die sich – wie hier an (m)einem Beispiel ausgeführt – oft über Generationen erstrecken, einer Art Gleichgewichtsstörung, nicht die *Sorge* der Institutionen, sondern die der Menschen.

„Im weißen Sorgenwald / hocken die Sorgen /
Gesternangst wird Übermorgen / Vorgestern Morgen.“

Informationen zur Autorin

Dr. Elisabeth Malleier lebt und arbeitet als Historikerin und Angehörige des akademischen Prekariats in Wien, E-Mail: elisabeth.malleier@unvie.ac.at. Demnächst erscheint der von ihr und Marlene Messner herausgegebene Tagungsband: Agnes, Ida, Max und die anderen. NS-„Euthanasie“ und Südtirol. Vergessen und erinnern (Meran 2018).

der Wissenschaft siehe u. a.: Inken LIND, Aufstieg oder Ausstieg? Karrierewege von Wissenschaftlerinnen. Ein Forschungsüberblick (Bielefeld 2004), und Christina MÖLLER, Wie offen ist die Universitätsprofessur für soziale Aufsteigerinnen und Aufsteiger?, in: Soziale Welt. Zeitschrift für sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis 3 (2013), online unter: http://www.soziale-welt.nomos.de/fileadmin/soziale-welt/doc/Aufsatz_SozWelt_13_04.pdf (letzter Zugriff: 15.05.2018).

25 Konstantin KAISER, Die Zerstörung der Gegenwart durch die Raserei der Sorge. Rede anlässlich der Verleihung des Goldenen Verdienstzeichens der Stadt Wien 2008, s. a. in: Zwischenwelt 3–4 (2009), 33–35.

Projektvorstellungen

Karin Erika Haas-Trummer

Die erste Filiale des Grazer Feldhofs im Schloss Lankowitz für weibliche „Irrenpfleglinge“¹ (1877–1940)

English Title

The First Branch of the Grazer Feldhof in Castle Lankowitz for Female “Irrenpfleglinge” (1877–1940)

Summary

The old Lankowitz castle was home to the first branch of the lunatic asylum Feldhof in Graz from 1877 until 1940. From 1943 until 1945 it was operated as a so-called “Arbeitsabteilung” (i.e. ‘correctional institution for minor offenders’) with an additional section for the isolation of (e.g.) tuberculosis patients. Altogether more than 2,100 patients with various mental disorders were transferred to Lankowitz. Until 1940 only women of low social status – and regarded as incurable, yet “able to work” – were admitted to the institution. Together with the prisoners, they were provided for by Sisters in the Order of St. Vincent de Paul. In 1940 this institution was shut down in the course of the “Action T4” (i.e. forced euthanasia). 147 inmates were brought back into the lunatic asylum Feldhof in Graz in four separate phases of transportation, and – with only very few exceptions – were murdered in killing institutions in 1940 and 1941. Only 17 patients seem to have survived the National Socialist-regime. In the years between 1943 and 1945 about 65 male and female inmates in the Lankowitz workhouse died of tuberculosis or induced starvation (i.e. “Entzugskost”, “euthanasia-cost”). After the end of the war in 1945 the survivors were finally brought back into the psychiatric hospital Feldhof in Graz.

Keywords

First branch of the lunatic asylum Feldhof, Lankowitz castle, psychiatry in Styria, insane person, “T4-Aktionen” (euthanasia) 1940–1945

1 Die Bezeichnung „Irrenpflegling“ wurde aus historischen Quellen übernommen. Dabei handelt es sich um Patienten und Patientinnen, die vom Feldhof in eine Filiale überstellt wurden. Aufgrund von diversen Erkrankungen wird in weiterer Folge für die Insassen und Insassinnen die Bezeichnung „Pflegerlinge“ verwendet.

Einleitung

Im vorliegenden Projektbericht wird ein kurzer Überblick über den ersten Teil des Projektes² „Die Anstaltsgeschichten des Schlosses Lankowitz“ gegeben und die ersten überraschenden Ergebnisse werden vorgestellt.³ Das gesamte Projekt beleuchtet zum ersten Mal in einer umfassenden interdisziplinären Aufarbeitung die Schlossgeschichte und besteht aus mehreren Teilen.⁴ Dieser Abschnitt ist auch ein erstmaliger Versuch, sich der „Filiale Lankowitz“⁵ der „Landes-Irrenheil- und Pflgeanstalt Feldhof bei Graz“⁶ wissenschaftlich zu nähern und Einblicke in das Anstaltsleben zu erhalten, um die ehemaligen Pflgelinge vor einem kollektiven Vergessen zu bewahren, die gemeinsam mit weiblichen Sträflingen, Zwänglingen und Korrigendinnen kein einfaches Leben im Schloss Lankowitz zu erwarten hatten.

Die ehemalige „Irrenfiliale“ im Schloss Lankowitz ist heute aus dem Gemeindegedächtnis völlig verschwunden. Selbst in alten Aufzeichnungen und Publikationen findet sie keine Erwähnung.⁷ In Erinnerung geblieben sind nur eine Strafanstalt für Frauen der Nachkriegszeit und ein fragwürdiges „Erziehungsheim für schwer erziehbare Mädchen“.⁸

-
- 2 Projekt- und Arbeitstitel „75 Jahre danach. Verschollen – verstreut – vernichtet und vergessen.“ Die „Pflgelinge“ der ersten Filiale des Grazer Feldhofs im Schloss Lankowitz. Ihr Leben – ihr Schicksal im Rahmen der „T4-Aktion“ des NS-Regimes. Dieser Projektteil wurde von der Autorin verfasst und zur Förderung beim Zukunftsfonds der Republik Österreich (P15-2202) und beim Land Steiermark, Referat für Wissenschaft und Forschung, mit einer Laufzeit von einem Jahr eingereicht. Das Projekt war an der Abteilung für Österreichische Geschichte des Instituts für Geschichte an der Karl-Franzens-Universität Graz beheimatet und stellt einen Beitrag zur Geschichte österreichischer Anstalten dar. An dieser Stelle ist Herrn Prof. Dr. Dieter A. Binder zu danken. Das Projekt wurde im Rahmen eines Werkvertrages durchgeführt (Laufzeit: 1. Jänner 2017–31. Dezember 2017). Die Infrastrukturkosten, Reisekosten u. a. nach Berlin, die Kosten für die Kopien der Patientenakten im Bundesarchiv Berlin wurden von der K.H.T. Kanzlei (Kanzlei für interdisziplinäre Geschichtsforschung) getragen.
 - 3 Marktgemeinde und Wallfahrtsort Maria Lankowitz, Bezirk Voitsberg. Das Schloss ist heute in Privatbesitz und in den ehemaligen Schloss- und Anstaltsräumen befinden sich nun Wohnungen und ein Schlossmuseum.
 - 4 Bislang waren drei Projektabschnitte geplant. 1. Abschnitt: „Die Feldhof-Filiale Lankowitz“, 2. Abschnitt: „Die Straf-, Zwangs- und Korrektionsanstalt“, 3. Abschnitt: „Die Schlossgeschichte bis 1855“. Diese Abschnitte müssen u. a. mit einer erstmaligen Aufarbeitung eines Umsiedlerlager für Bessarabiendeutsche und einer Dokumentation der Friedhöfe und Gottesäcker in Lankowitz erweitert werden. Das gesamte Projekt ist wiederum ein Teil eines geplanten wissenschaftlichen Vorhabens mit dem Arbeitstitel „Die Lankowitzer Trilogie“ – 1. Teil: „Die Burg der Könige und Kaiser (die Primaresburg)“, 2. Teil: „Das Schloss des Kaisers und seine Geschichte“ und 3. Teil: „Eine Frage des Glaubens – die Geschichte des Franziskanerklosters in Lankowitz“.
 - 5 Die Bezeichnung „Filiale“ wurde aufgrund historischer Quellen übernommen.
 - 6 Es ist die offizielle Bezeichnung des Feldhofs um 1900. Vgl. Bericht der Landes-Irrenheil- und Pflgeanstalt Feldhof bei Graz, nebst den Filialen Lankowitz, Kainbach und Hartberg: über das Jahr 1895. Zugleich der Bericht der Landes-Irren-Siechenanstalt Schwanberg. Im Auftrag des Steiermärkischen Landes-Ausschusses (Graz 1896).
 - 7 Vgl. Das Voitsberg-Köflacher Wochenblatt v. 4.4.1909, 3. Diözesanarchiv Graz-Seckau (DA Graz-Seckau), Pfarrchronik von Köflach, Teil I. (Köflach 1920), 284; handschriftlich verfasst von Ludwig STAMPFER. Eine kurze Erwähnung erfolgte in der neuen Gemeindechronik. Peter WEISSNAR, Maria Lankowitz. Das Portrait einer Gemeinde. (Maria Lankowitz 2015), 104.
 - 8 Das „Erziehungsheim“ konnte wissenschaftlich noch nicht belegt werden. Siehe Gemeinde Maria Lankowitz, Chronik, online unter: <http://www.maria-lankowitz.at/index.php?id=65> (letzter Zugriff: 15.05.2018).

Trotz vielfältiger Forschungen zur Geschichte von Lankowitz rückten die ehemaligen Feldhofer „Irrenpfleglinge“ in Lankowitz erstmals 2008 ins wissenschaftliche Blickfeld.⁹ Im Jahr 2009 wurde mit Recherchen über mögliche Archivbestände, Aufzeichnungen und Überlieferungen zur Anstaltsgeschichte begonnen. Es dauerte allerdings fast sieben Jahre, bis das Projekt über die ehemaligen Pfleglinge realisiert werden konnte.

Forschungsziel und Methodik

Es gibt über die Filialen¹⁰ des Grazer Feldhofs¹¹ bislang keine grundlegenden wissenschaftlichen Forschungen oder historische Aufarbeitungen. Das Ziel des Gesamtprojektes ist es, die Geschichte der Anstalten im Schloss erstmalig wissenschaftlich zu erarbeiten, sie zu dokumentieren und in historischen Entwicklungen richtig einzuordnen. Das Ergebnis, die Erkenntnisse und die Interpretationen sollen nach Abschluss der Forschungen veröffentlicht werden.

Im Mittelpunkt des ersten Projektteiles stehen Fragen nach den vergessenen Pfleglingen, ihrem Leben und ihrer Versorgung im Schloss. Darüber hinaus widmen sich die Forschungen dem betreuenden Orden,¹² dem weltlichen Personal und den Ärzten und Ärztinnen im Feldhof und in Lankowitz. Es standen zu Beginn nur zwei konkrete Fragen fest: Wie viele „T4-Opfer“ der NS-Zeit aus Lankowitz gibt es? Und ist es überhaupt möglich, die letzte Phase ihres Lebens zu skizzieren? Es sollte hier nicht unerwähnt bleiben, dass die anfangs hypothetische Frage nach dem Restitutionsrecht sich allerdings zu einem wesentlichen Schwerpunkt entwickelte, dem zukünftig eine besondere Bedeutung zukommen wird. Anhand von Unterlagen des Grazer Feldhofs und schriftlichen Überlieferungen ist die Konfiszierung von Eigentum, Wertgegenständen und Geld belegt. Im Falle eines Lankowitzer Pfleglings („T4-Opfer“) wird der „formelle Verkauf“ seines Grundbesitzes 1939, veranlasst durch die Direktion des Feldhofs, noch genauer überprüft.¹³

-
- 9 U. a. Karin Erika TRUMMER, *Auf den Spuren der einst verschollenen Primaresburg. Eine der ältesten Herrschaftssitze und Verwaltungszentren der Steiermark. Eine wissenschaftliche Arbeit, basierend auf schriftlichen Quellen und archäologischen Funden aus dem Landesmuseum Joanneum in Graz (9.–15. Jhdt. n. Chr.)* (Graz 2003); Karin Erika HAAS-TRUMMER, *Die heilige Lanzenspitze der Karolinger von der Pfalzburg des Königs samt Krongut in Lankowitz. In memoriam Prof. Dr. Diether Kramer, in: Nachrichtenblatt der Archäologischen Gesellschaft Steiermark. Voraussichtliche Veröffentlichung 2018.*
- 10 Filiale Lankowitz, Filiale Kainbach, Filiale Hartberg, Siechenanstalt Schwanberg, Filiale Graz-Messendorf, Filiale Pertelstein und eine angedachte Filiale „Premstätten“ für „evakuierte“ Geisteskranke aus der Anstalt Emmendingen (Baden-Württemberg) im Jahr 1939. Vgl. Karin HAAS-TRUMMER, *Verschollen, verstreut, vernichtet und vergessen. Die Pfleglinge der Feldhoffiliale Lankowitz. I. Projektteil, unveröffentlichte Projektstudie* (Graz 2017), 42.
- 11 U. a. Norbert WEISS, *Im Zeichen von Panther & Schlange. Die Geschichte zum Jubiläum der steiermärkischen Landeskrankenanstalten* (Graz 2006), 55 ff. 100 Jahre Landes-Sonderkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Graz/Steiermark 1874–1974 (Graz 1974).
- 12 Siehe dazu weiter unten den Abschnitt „Historische Fakten und quellenbezogene Interpretationen“.
- 13 HA FH, *Verwaltungs- und Abrechnungsbücher u. v. m.* Vgl. HAAS-TRUMMER, *Verschollen*, wie Anm. 10, 100–102.

Die Basis für die wissenschaftliche Aufarbeitung bilden sämtliche Archivbestände des Grazer Feldhofs, einige Bestände und die vorhandenen Patientenakten der Lankowitzer Pfinglinge im Bundesarchiv Berlin, eine Opferliste für Lankowitz von der Gedenkstätte Hartheim¹⁴ und die geistlichen Quellen im Diözesanarchiv Graz-Seckau.¹⁵ Nach der Vorbereitungsphase¹⁶ wurde vor Beginn des Projektes ein „provisorisches Totenbuch von Schloss Lankowitz“ anhand der Sterbematriken erstellt, um einen Überblick über die Schlossbewohner zu erhalten.¹⁷ Aus dem Archivbestand des Grazer Feldhofs¹⁸ wurden alle vorhandenen Pflegeindexbücher, Standesbücher, Rapportbücher der „Centrale“ und das Filialrapportbuch, das Lankowitzer Totenbuch, die Totenbücher der „Centrale“, Sektionsprotokolle, Patientenakten, Krankengeschichten und Transportlisten bearbeitet. Ergänzend erfolgten Recherchen in Einreichprotokollen, Direktionspostbüchern, Personalakten, Rechnungsbüchern und in sämtlichen Verwaltungs- und Wirtschaftsdokumenten sowie Überstellungsdokumenten der Filiale. Um Fehlinterpretationen zu vermeiden, sind zusätzlich stichprobenartig Patientenakten der Filialen Kainbach, Schwanberg und Messendorf durchgelesen worden. Die Patientenakten der Ostarbeiter/-innen, der Umsiedler/-innen, einzelne Akten aus der Zentrale und zwei Patientenakten aus der Anstalt Irsee (Bayern)¹⁹ sowie 22 Patientenakten²⁰ des Landeskrankenhauses Graz sollten die Quellengrundlage ergänzen und bei Differenzen zu vorherrschenden wissenschaftlichen Interpretationen bzw. Ansichten, speziell über den Grazer Feldhof während der NS-Zeit, eine Aufklärung ermöglichen.²¹

Für wissenschaftliche Fragestellungen und um Erkenntnisse über die Pfinglinge in Lankowitz zu erhalten, wurden aus den Patienteneinträgen in den Pflegeindexbüchern und Standesbüchern Datenbanken (rund 2.140 Datensätze²²) erstellt, die u. a. geografische, demografische, sozial- und medizinhistorische Analysen und Interpretationen ermöglichen.

-
- 14 Für die Möglichkeit, Forschungen im Historischen Archiv des LKH Graz durchführen zu können, ist Herrn Univ.-Prof. DDr. Michael Lehofer, ärztlicher Direktor am LKH Graz Süd-West, Standort Süd, und für die Unterstützung und Beantwortung von Anfragen Herrn Mag. Peter Eigelsberg von der Gedenkstätte Hartheim sowie Herrn Matthias Meissner und Frau Anna Kirchner im Bundesarchiv Berlin besonders zu danken.
- 15 Ergänzt wird diese Grundlage durch ein maschinschriftliches Manuskript eines unbekanntenen Verfassers aus Lankowitz und mit den einzigen Aufzeichnungen (drei Seiten umfassend) über die letzten beiden Jahre vor der Auflösung der Filiale Lankowitz (1940), verfasst von einer ungenannten geistlichen Schwester. Archiv des Konvents der Barmherzigen Schwestern des hl. Vinzenz zu Paul in Graz (KSV Graz) und mit Zeitzeugengesprächen.
- 16 Recherchen über Archivbestände, Feldforschungen in Lankowitz (Schloss, Friedhof, Franziskanerkloster usw.) Literaturstudien, Sammeln von Informationen und schriftlichen und bildlichen Dokumenten, Oral-History mit der letzten Zeitzeugin u. v. m.
- 17 DA Graz-Seckau, Sterbematriken der Pfarrgemeinde Lankowitz. Es beinhaltet die Sterbedaten aller ehemaligen Schlossbewohner/-innen und wurde von der Autorin erstellt.
- 18 Historisches Archiv, Archivbestand des Grazer Feldhofs (HA FH).
- 19 Hier gilt der Dank Frau Dr. Petra Schweizer-Martinschek, Historisches Archiv des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren (HA BK).
- 20 Im Bundesarchiv Berlin (BA B), Bestand R 179, sind für das Landeskrankenhaus Graz 22 Patientenakten verzeichnet. In Bezug auf eine Aufklärung der Transporte nach „Niedernhart“ wurden Kopien der Akten von der Autorin angefordert.
- 21 Ohne Unterstützung und Mithilfe von Harald Haas und Michael Haas wäre dieser Arbeitsumfang in der kurzen Projektlaufzeit nicht möglich gewesen.
- 22 Ein Datensatz ist ein Patienteneintrag. Er ist mit den Personendaten aus den Standesbüchern erstellt und mit der Diagnose und dem Standort des Patientenaktes (Feldhof, Berlin, oder nicht vorhanden) ergänzt. Es wurden elf Datenbanken anhand der Pflegeindexbücher und 15 Datenbanken anhand der Standesbücher angelegt.

Da anfangs nicht klar ersichtlich war, in welchem Umfang Dokumente und historische Quellen zu Lankowitz vorhanden sind, mussten aus zeitlichen Gründen vorgesehene Archivbestände unberücksichtigt bleiben. Das Tagebuch von Dr. Ernst Arlt (1894–1964 – Primararzt der Frauenabteilung und ehemaliger Direktor des Grazer Feldhofs nach 1945) wurde erst am Ende der Archivrecherchen gelesen.²³ Die Entscheidung, die Lektüre des Tagesbuchs wie auch die Strafakten in einer späteren Projektphase zu berücksichtigen, stellte sich deshalb als richtig heraus, da seine Aufzeichnungen als äußerst kritisch zu hinterfragen sind. Bei einer Überprüfung seiner Angaben über Transporte „nach Niedernhart“ stellten sich diese als falsch heraus.²⁴ Ebenso sind seine Aufzeichnungen über Vorgänge zwischen 1942 und 1943 mit Skepsis zu betrachten, da er in diesem Zeitraum seinen Wehrdienst absolvierte und im Feldhof nicht anwesend war. Seine Schilderungen beruhen nahezu nur auf Erzählungen und Erinnerungen einer Pflegerin.²⁵

Historische Fakten und quellenbezogene Interpretationen

Im Jahr 1855 richtete der Konvent der Barmherzigen Schwestern (Töchter der christlichen Liebe) des hl. Vinzenz zu Paul im Schloss Lankowitz im Auftrag des Justizministeriums eine Straf-, Zwangs- und Korrektionsanstalt für Mädchen und Frauen ein.²⁶ Die Straf- und Zwangsanstalt wurde offiziell im Jahr 1926 aufgelöst. Bereits 1877 wurden erstmals unheilbare weibliche „Irrenpfleglinge“ gemeinsam mit den Sträflingen und Zwänglingen untergebracht.²⁷ Die Unterbringung in der „Filiale Lankowitz“ dürfte allerdings nur aufgrund von mündlichen Vereinbarungen mit dem Konvent erfolgt sein, da ein Vertrag für eine „Anstalt für Geistes-sieche“ zwischen dem Konvent und dem Land Steiermark erst 1926 dokumentiert ist.²⁸ Der vertragslose Zustand führte immer wieder zu differenzierten Auffassungen über die offizielle Zuständigkeit und Verantwortung der Filiale seitens des Konvents und der Direktion des Feldhofs.²⁹ Erst mit der vertraglichen Vereinbarung erfolgte eine vollständige Belegung mit Pfleg-

23 Vgl. StLA, Tagebuch von Dr. Ernst Arlt, K. 1, H. 1. Korrekterweise ist Dr. Arlt als 3. definitiv gestellter Direktor nach 1945 anzusehen, da Dr. Ernst Sorger (1892–1945) gemeinsam mit Dr. Hans Koß (geb. 1899) als einzige Ärzte erst Ende Juni 1945 „unehrenhaft“ entlassen wurden. Vgl. HAAS-TRUMMER, Verschollen, wie Anm. 10, 84.

24 Zwecks Überprüfung wurden von der Autorin Kopien von den einzigen zwei vorhandenen Akten von Feldhof-Patienten mosaikischen Glaubens im Bundesarchiv Berlin erbeten.

25 HA FH, Personalakt Dr. Ernst Arlt.

26 Die Kongregation Töchter der christlichen Liebe des hl. Vinzenz zu Paul ging aus einer Gründung von Vinzenz zu Paul und Louise von Marillac im 16. Jahrhundert in Frankreich hervor. Die Schwestern trugen bis 1964 einen Habit aus blauem Wollstoff und eine weiße große Flügelhaube („Cornette“), die auf die Tracht der französischen und flämischen Landfrauen zurückgeht.

27 Aus den Sterbematriken geht hervor, dass es eine strenge örtliche Trennung (Stockwerke) zwischen Sträflingen und Pfleglingen gab. Vgl. DA Graz-Seckau, Sterbematriken „Lankowitz“.

28 Vgl. KBS Graz, maschinschriftliche Aufzeichnungen, ohne Seitenangabe.

29 Die Direktion des Feldhofs führte allerdings offiziell seit 1877 eine „Filiale Lankowitz für unheilbare weibliche Geistesranke“, belegt durch ein eigenes Standesbuch, mehrere Verpflegskostenbücher und ein bis 1940 geführtes eigenes Totenbuch. Aus den vorhandenen Verwaltungsdokumenten geht nicht eindeutig hervor, ob es sich um eine verwaltungsautonome Anstalt oder eine Abteilung (Filiale) des Feldhofs handelte.

lingen. Im Jahr 1939 waren 150 Pfleglinge von den drohenden „T4-Aktionen“³⁰ des NS-Regimes und Lankowitz als erste Filiale des Feldhofs von der Schließung betroffen.³¹ 117 Pfleglinge wurden in drei Transporten in den Feldhof rücküberstellt.³² Den letzten Transport übernahm Ende September 1940 Dr. Hans Machan (geb. 1886, Primar der Frauenabteilung) in Lankowitz. Er dürfte jene 30 Pfleglinge ausgesucht haben, welche die Oberin Pia Fink (1877–1957)³³ in die „Außenfürsorge“³⁴ übernahm. Sie wurde mit ihren Mitschwestern vermutlich gezwungen, die Verantwortung über die verbliebenen Pfleglinge zu übernehmen und die Kosten zu tragen. Anfang Oktober, einige Tage später, erfolgte allerdings eine Begutachtung durch den Amtsarzt Dr. Josef Köck vom Gaugesundheitsamt in Voitsberg. Seine Gutachten dürften der Anlass gewesen sein, dass die „Außenfürsorge“ aufgehoben wurde und die Pfleglinge im Dezember 1940 in den Feldhof transferiert wurden. Oberin Pia Fink gelang es jedoch in der Zwischenzeit, insgesamt zwölf Pfleglinge vor der Überstellung in den Feldhof in Familien im Bezirk Voitsberg unterzubringen und so vor den „T4-Aktionen“ zu retten. Die offizielle Schließung der geistlichen Anstalt erfolgte am 31. Dezember 1940. 129 Pfleglinge aus Lankowitz wurden nach der Rücküberstellung mit den zahlreichen Transporten zwischen 1940 und 1941 buchstäblich nach „Niedernhart“ in den Tod geschickt. Ihr Sterbeort und -datum sind bislang noch unbekannt.

Die einzigen Spuren³⁵ der ehemaligen Anstalten sind die aufgelassene Grabstätte der geistlichen Schwestern im heutigen Ortsfriedhof und ein längst vergessener Anstaltsfriedhof.³⁶

Nach der Schließung war im Schloss von Ende 1940 bis September 1941 ein Umsiedlerlager für Bessarabiendeutsche untergebracht. Nach dem Auflösen des Lagers stand das Schloss in desolatem Zustand für fast zwei Jahre leer.

Im Frühjahr 1943 fällt Direktor Dr. Oskar Begusch (1897–1944)³⁷ im Rahmen der „rT4“-Aktionen³⁸ die Entscheidung, eine „Arbeitsabteilung“ in Lankowitz einzurichten. Bereits im Sommer 1943 transferierte die Direktion rund 101 weibliche und männliche Pfleglinge aus den Filialen und der Zentrale nach Lankowitz. Betreut wurden sie von zehn Pflegern und Pflegerinnen und einem Verwalter. Aus den Dokumenten ist ersichtlich, dass es sich zwar offiziell um eine Arbeitsabteilung handelte, inoffiziell wurde eine „Isolier- und TBC-Abteilung“ eingerichtet mit der Absicht, Patienten und Patientinnen mit oder ohne Tuberkulose im Rahmen einer

30 Der Begriff „T4-Aktion“ wird deshalb verwendet, da die Tötungsaktionen des NS-Regimes nichts mit einem „schönen Tod“ zu tun haben.

31 Im Jahr 1939 erfolgte die erste Verständigung zur Aufhebung der Anstalt. Im selben Jahr kam Dr. Hans Machan mit einigen Herren nach Lankowitz, um die Auflösung zu besprechen. Vgl. KBS Graz, maschinschriftliche Aufzeichnungen, 129.

32 Drei Pfleglinge starben vor Beginn der Rücküberstellungen.

33 Eine gebürtige Lankowitzerin und studierte Pharmazeutin. Sie war die letzte Oberin in Lankowitz.

34 Die „Außenfürsorge“ ist sowohl in den Standesbüchern als auch in den Patientenakten belegt. Vgl. HA FH, Standes- und Pflegeindexbücher und Patientenakten.

35 Das kaiserliche Schloss wurde im 15. Jahrhundert als Jagdschloss und nicht als Anstalt errichtet.

36 Es ist mit über 1000 Gräbern von ungefähr 1800 Bestattungen ehemaliger Anstaltsinsassen zu rechnen. In welchem Jahr der Anstaltsfriedhof aufgrund von „Überfüllung“ aufgelassen wurde, ist zum aktuellen Forschungsstand nicht bekannt.

37 Er war von 1940 bis 1944 Direktor des Grazer Feldhofs.

38 Der Begriff „rT4-Aktionen“ bezieht sich auf regionale „T4-Aktionen“ nach dem offiziellen Stopp der T4-Aktion im Jahr 1941. Die Archivbestände des Feldhofs zeigen, dass Handlungen und Entscheidungen mit anderen Anstalten abgesprochen waren und nur regional angepasst wurden. Die Verwendung „wilde T4-Aktionen“ bzw. Euthanasie trifft auf den Feldhof nicht zu.

Entzugskosten (E-Kost) zu töten.³⁹ Nach Ende des Krieges wurden die überlebenden Pflegelinge vermutlich in zwei Transporten in den Feldhof rücküberstellt. Das Bestehen einer Arbeitsabteilung ist aufgrund fehlender und tiefergehender Forschungen über die NS-Zeit im Grazer Feldhof den Historikern und Historikerinnen bisher völlig entgangen.⁴⁰

Ein wissenschaftliches „Nebenergebnis“ aufgrund der Recherchen über die Filiale ist das Faktum, dass ein eigenes „T4-Zentrum“ für Kinder⁴¹ in Graz bestand, das nicht in der Verantwortung der Ärzte des Feldhofs lag. Zudem ist eine eigene „Kinderfachabteilung“ bis 1945 in den Quellen nicht eindeutig dokumentiert. Die aufgenommenen Kinder wurden in den einzelnen Männer- und Frauenabteilungen und in der 1942 eingerichteten Siechenabteilung untergebracht. Die Quellenlage wirft ferner die Frage auf, ob die „Kinderabteilung“ in Kainbach bei Graz als eine „Kinderfachabteilung“ der NS-Zeit angesehen werden kann. In den Aufzeichnungen ist nur der Aufbau einer „Lehrerausbildungseinrichtung“ 1942 dokumentiert.⁴² Darüber hinaus gibt es anhand der bearbeiteten Archivbestände den begründeten Verdacht, dass ein weiteres „T4-Zentrum“, außerhalb des Feldhofs, in Graz existierte.

Die Recherchen über die Filiale Lankowitz machen deutlich, dass trotz bisheriger Forschungen die wissenschaftlichen Aufarbeitungen der Anstalten in der Steiermark und ihre Entwicklung in der NS-Zeit⁴³ und in der Nachkriegszeit erst am Anfang stehen.⁴⁴

39 Hinweise dafür gibt es in den Quellen (Standesbücher, Akten etc.) des Grazer Feldhofs und in den Sterbematriken „Lankowitz“. So wurde z. B. die Lieferung bestimmter Nahrungsmittel eingestellt. In Akten von überlebenden Patientinnen werden der stark herabgesetzte Ernährungszustand und das Stehlen von Essen im Feldhof festgehalten.

40 Die bislang ermittelten Überstellungen in die Arbeitsabteilung sind in den Akten und Büchern des Feldhofs eingetragen.

41 Es sind über 500 Opfer dokumentiert. Ein Projektantrag wurde bereits von der Autorin erstellt und eingereicht.

42 Vgl. HA FH, Einreichprotokoll 1942 und Verwaltungsdokumente. Diese belegen, dass Schulbücher für einen Unterricht angefordert wurden.

43 Zu diesem Thema sind besonders die Forschungen von Helge Stromberger zu empfehlen. Helge STROMBERGER, Die „Aktion T4“ in der Steiermark – ein Überblick, in: in: Brigitte Kepplinger / Gehrar Marckhgott / Hartmut Resse, Hg., Tötungsanstalt Hertheim (= Oberösterreich in der Zeit des Nationalsozialismus 3, Linz 32013), 411–436; Helge STROMBERGER, Forschungsbericht zur Erfassung der steirischen T4 Opfer – Erläuterungen zu Projektabschnitt 2 und Datenbank ‚StalleDB4‘. Unpubliziert (Graz 2007); Birgit POIER, „Euthanasie“ in der Steiermark – Nationalsozialistische Gesundheits- und Sozialpolitik gegen Behinderte und psychisch Kranke am Beispiel der Grazer Anstalt „Feldhof“, unveröffentlichte Diplomarbeit (Universität Graz 2000) u. v. a.

44 Carlos Watzka geht zwar kurz in seinem wissenschaftlichen Beitrag über die Grazer Psychiatrie nach 1945 auf die Ärzte des Feldhofs ein, allerdings wäre die eine oder andere Interpretation zu korrigieren. U. a. gab es nur einen Arzt, der sich bereits 1938 offen gegen die Ideen des NS-Regimes stellte – der damalige Direktor Dr. Richard Weeber (geb. 1884). Alle Ärzte am Feldhof stellten sich damals aufgrund seines „asozialen“ Verhaltens gegen ihn. Er wurde 1938 abgesetzt und versetzt. Sein provisorischer Nachfolger wurde Dr. Hans Machan. Dr. Weeber dürfte allerdings eine wesentliche Rolle in Bezug auf die Entwicklungen im Feldhof nach Kriegsende gespielt haben. Die Fragen zu den Ärzten, die im Beitrag gestellt werden, können anhand des Feldhof Archivs leicht beantwortet werden. 1. Dr. Franz Sorger war der Vater von Dr. Ernst Sorger. Liest man Patientenakten, wird man auch eine Gemeinsamkeit der beiden feststellen. 2. Es gab nur zwei Ärzte, die der NSDAP nicht angehörten – Dr. Ernst Arlt und Dr. Peter Alex Korp (1898–1954). Dr. Arlt versuchte allerdings, 1938 Parteimitglied zu werden. Er wurde aber abgelehnt. Dies dürfte auch in Bezug auf die definitive Nachbesetzung von Dr. Sorger bekannt und ausschlaggebend für die Bevorzugung von Dr. Korp als Nachfolger gewesen sein. Vgl. Carlos WATZKA, Die „Fälle“ Wolfgang Holzer und Hans Bertha sowie andere „Personalia“. Kontinuität und Diskontinuität in der Grazer Psychiatrie 1945–1970, in: Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin 14 (2016), 103–138, hier 131 ff. siehe auch Anmerkung 21.

Fakt ist, dass ohne eine umfassende Aufarbeitung der bisher vernachlässigten „Feldhof Filialen“ keine grundlegende Dokumentation der Geschichte der Psychiatrie in der Steiermark erfolgen kann. Die Filialen standen im engen Zusammenhang mit der Zentrale und mit der Entwicklung der Psychiatrie.

Von der Feldhof-Patientin zum Irrenpflegling in Lankowitz

Die meisten späteren Pfleglinge in Lankowitz wurden von der Beobachtungsabteilung der Nervenklinik des Landeskrankenhauses Graz eingeliefert.⁴⁵ Sie wurden im Feldhof nach der Aufnahme beobachtet, behandelt und versorgt. Neben Hausmitteln bekamen manche je nach Symptomen Opiate, Morphine, Veronal, Luminal, Trioval, Choral, Digitalis, Bromkalium. Ein einziges Mal ist sogar der Einsatz des „Blauen Heinrich“⁴⁶ belegt. Zwei Pfleglinge erhielten eine Malariatherapie und zwei eine Elektrokrampftherapie. Bei einigen wurden zu Untersuchungszwecken Lumbalpunktionen durchgeführt.⁴⁷ Bei Tobanfällen und aggressiven Ausbrüchen wurden die Pfleglinge sowohl im Feldhof als auch in Lankowitz in eine „Tobzelle“ oder Zwangsjacke bzw. in ein Gurtbett gesteckt. Im Vordergrund stand allerdings die „Arbeits-therapie“. Diese war besonders in Lankowitz erstes Gebot.

Die Transferierung einer Patientin nach Lankowitz erfolgte unter bestimmten Voraussetzungen auf Veranlassung des zuständigen Arztes. Die Patientin sollte „inkurabel“ (unheilbar), aber ruhig, beschäftigungsfähig, rein, medikamenten-, infektiös- und Trachom-frei sein. Grundsätzlich blieb ein Pflegling bis an sein Lebensende in Lankowitz versorgt. Nur rund ein Viertel der Pfleglinge wurde entweder aufgrund von Erkrankungen, auf eigenen Wunsch oder auf Wunsch der Ordensschwester in die Zentrale rücküberstellt. Es sind nur einzelne Fälle belegt, in denen Pfleglinge „gebessert“ oder „unheilbar auf Revers“ entlassen wurden.

Die Lankowitzer Anstalt war keine auf bestimmte Erkrankungen „spezialisierte“ Filiale. Dies zeigt sich dadurch, dass im Schloss Pfleglinge mit verschiedenen psychischen Erkrankungen versorgt wurden. Sie bildeten eine „verschwiegene geschlossene“ und nach außen hin kaum wahrgenommene Gesellschaft aus den unteren sozialen Schichten.⁴⁸ Unter den in den Patientenakten⁴⁹ angegebenen Erkrankungen finden sich diverse Formen von Dementia, Schizophrenie, Epilepsie, Imbezillität, angeborenem oder erworbenem Schwachsinn, Amentia, diverse Formen von Geistesstörungen, Idiotie, Paralysis progressiva, Manie, Depressionen und Paranoia. Bei einigen Pfleglingen wurde eine besondere Form von Paranoia – „Paranoia religiose“ – diagnostiziert. Diese „Diagnose“ trug ein Arzt mehrmals um 1900 in das Standsbuch ein.⁵⁰

45 Das derzeitige historische Bild über die Filiale und ihre Pfleglinge bezieht sich ausschließlich auf Quellen zu „Lankowitzer Pfleglingen“. Regelmäßigkeiten müssen keine Gültigkeit für andere Filialen besitzen. Jede Filiale hatte ihre eigenen Pfleglinge, ihr eigenes Personal und ihre eigene Geschichte.

46 Spucknapf für Tuberkulosekranke.

47 Sie wurde laut Patientenakten im Liegen und ohne Narkose ausgeführt.

48 Es waren fast ausschließlich „3.-Klassepatientinnen“ untergebracht. In einzelnen Fällen handelte es sich um Pfleglinge, die der 2. Klasse angehörten. Vgl. HA FH Standsbücher und Pflegeindexbücher.

49 Vgl. HA FH, rund 1300 Patientenakten von Pfleglingen der Filiale Lankowitz.

50 Vgl. HA FH, Standsbücher.

Trotz der tristen Verhältnisse in einem feuchten, dunklen Schloss, geführt nach strengen Ordensregeln, verbrachten die meisten Pfleglinge ihre Lebenszeit bis zu ihrem Tod, oft Jahre, ja sogar Jahrzehnte, an diesem Ort. Viele Pfleglinge fühlten sich unter der Führung der Schwestern wohl. Bei anderen wiederum ist aus den Dokumenten eine Verschlechterung des psychischen und körperlichen Zustandes zu lesen. Dieser Beobachtung wird in nachfolgenden Forschungen noch genauer nachgegangen.⁵¹

Resümee

Dieser Projektabschnitt ist der erste wichtige Schritt in Richtung einer umfassenden wissenschaftlichen Aufarbeitung der Geschichte der Anstalten in Lankowitz und bietet eine wesentliche Grundlage für weitere Forschungsprojekte u. a. über die Psychiatrie in der Steiermark, über den Grazer Feldhof und seine Filialen, besonders in Bezug auf die NS-Zeit. Die Erkenntnisse und Zwischenergebnisse verdeutlichen, dass die Forschungen zu diesen Themen erst am Anfang stehen und oft nur sehr „begrenzt“ sind.⁵²

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aufgrund der kurzen Projektlaufzeit einzelne Archive bzw. Archivbestände nicht berücksichtigt werden konnten und ihre Bearbeitung für den nächsten Projektabschnitt vorgesehen ist. Der eine oder andere Schwerpunkt wurde bislang nur im Überblick bearbeitet. Das sensible und sehr zeitaufwendige Thema „Feldhof-Ärzte“ konnte aus Zeitgründen nur auf Basis der Bestände des Feldhofs und im Bundesarchiv Berlin recherchiert werden. Ebenso schwierig und äußerst zeitaufwendig zu recherchieren ist der Forschungsbereich über die Opfer der gesamten „T4-Aktionen“. Dieser benötigt noch detaillierte Studien. Ob die Forschungen in Nachfolgeprojekten oder in einer Langzeitstudie weitergeführt, zum Abschluss gebracht und mit einer Monografie, gemeinsam mit der Strafanstalt, veröffentlicht werden können, steht noch nicht fest. Aufgrund des steigenden Interesses sind aber begleitend Publikationen über die Friedhöfe und das „Totenbuch des Schlosses“ in Lankowitz geplant. Das gesamte Projekt sollte am Ende ein Erinnern an die ehemaligen Insassen und Insassinnen des Schlosses und darüber hinaus ein Gedenken an die fast 200 Opfer der „T4-Aktionen“, zumindest in Form eines „papierenen Denkmals“, in Zukunft ermöglichen.

51 Sie beruht auf Erzählungen von Pfleglingen und Beobachtungen von Ärzten. Vgl. HA FH, Patientenakten und Überstellungsdokumente.

52 Die Forschungen sind häufig zeitlich und in Bezug auf Archivbestände eingegrenzt. Die Autorin war zumindest bis 2014 die Einzige aus der Steiermark, die für eine wissenschaftliche Arbeit die Einsicht und die Genehmigung für Kopien von „Euthanasie“-Akten (bislang rund 150 Patientenakten und Dokumente) im Bundesarchiv Berlin beantragte. Laut freundlicher Mitteilung von Herrn Matthias Meissner, Bundesarchiv Berlin, E-Mail v. 11.9.2014, 14.02.



Abb. 1: Schloss Lankowitz, (Bz. Voitsberg) (Foto: K. E. Haas-Trummer 2017)

Informationen zur Autorin

Mag. Dr. Karin Erika Haas-Trummer, Sozial- und Wirtschaftshistorikerin, u. a. Aufbau und Leitung des interdisziplinären Forschungszentrums und wissenschaftliche Betreuung der Bibliothek im Franziskanerkloster Graz, eh. langjährige wissenschaftliche Mitarbeiterin im Universalmuseum, Joanneum Graz, am Ludwig-Boltzmann-Institut für Kriegsfolgen-Forschung Graz und wissenschaftliche Mitarbeiterin der Unabhängigen Opferschutzanwaltschaft Waltraud Klasnic, E-Mail: karin.haas-trummer@gmx.at

Forschungsschwerpunkte: Interdisziplinäre Geschichtsforschung, Mittelalter- und Neuzeitarchäologie, Österreichische Geschichte, Ordensarchive

Rezensionen

Manuel Förg, München (Rez.)

Florian STEGER,
Asklepios. Medizin und Kult
(Stuttgart 2016: Franz Steiner Verlag),
162 S., 18 S/W-Abb., EUR 26,00.
ISBN 978-3-515-11447-9

Als älteste Autorität der Medizin, schreibt der Enzyklopädist Aulus Cornelius Celsus im ersten nachchristlichen Jahrhundert im Proömium seines Werkes „De medicina“, sei der unter die Götter aufgenommene Asklepios (lat. Aesculapius) gefeiert worden, der die noch rohe und volkstümliche Heilkunde verfeinert habe.

Der Bedeutung dieses Gottes im Kontext der antiken, vornehmlich römisch-kaiserzeitlichen Medizin ist Florian Stegers (im Folgenden: St.) 2016 im Franz Steiner Verlag (Stuttgart) erschienene Monografie „Asklepios. Medizin und Kult“ gewidmet. St. baut dabei im Wesentlichen auf seiner 2004 veröffentlichten „Asklepiosmedizin“¹ auf, die wiederum aus seiner Dissertationsschrift hervorgegangen war. Der Text wurde durchweg kondensiert, die Bibliografie aktualisiert; gänzlich entfallen ist neben dem Anmerkungsapparat (Verweise auf Primär- und Sekundärliteratur werden im Fließtext angeführt) das in der Fassung von 2004 enthaltene Kapitel IV („Der kulturelle Kontext medizinischer Alltagskultur der Kaiserzeit“), das Kulturbegegnungen mit dem Alten Orient und Griechenland sowie Aspekte der mittelalterlichen Rezeption antiken medizinischen Wissens diskutiert.

Somit wird das Thema in nunmehr vier Kapiteln ausgebreitet. An eine Einleitung (S. 9–16) schließt das zweite Kapitel „Die Asklepiosmedizin im Kontext“ (S. 17–36) an, auf welches das zentrale dritte Kapitel „Die Praxis des Asklepios“ (S. 37–131) folgt. Eine Zusammenfassung (S. 132–137) sowie ein Anhang mit Bibliografie, Sach-, Personen- und Ortsregister (S. 138–161) runden das Buch ab; insgesamt 18 Abbildungen (s/w) – u. a. Kultstatuen, Karten, Pläne und Fotografien der Asklepieia von Pergamon und Kos – veranschaulichen die Argumentation.

St. präzisiert die Stoßrichtung des Buches in der Einleitung: Er möchte unter Berücksichtigung literarischer, epigrafischer, archäologischer und numismatischer Quellen die in den Asklepieia der Kaiserzeit praktizierten Heilformen als eigenständige Gattung der antiken Medizin herausarbeiten, „die durch eine Verbindung von heilkulturellen rituellen Handlungen und medizinischen Therapiebestandteilen charakterisiert ist“ (S. 15). Deren kaiserzeitliches Panorama wird im zweiten Kapitel entworfen: St. skizziert zunächst die historisch-kultischen Prämissen der römischen Heilkunde, indem er den Einfluss des Alten Orients und Ägyptens auf den Asklepioskult aufzeigt. Anschließend werden fünf Schulen der antiken Medizin – Dogmatiker, Empiriker, Methodiker, Pneumatiker und die humoralpathologisch orientierten „Anonymen“ – vorgestellt, deren Bild durch einzelne Autoritäten wie Aretaios von Kappadokien,

1 Florian STEGER, Asklepiosmedizin. Medizinischer Alltag in der römischen Kaiserzeit, Stuttgart 2004 (= MedGG-Beihefte 22, Stuttgart 2004).

Pedanius Dioskurides und Rufus von Ephesos komplettiert wird; Galen von Pergamon tritt als Vertreter der theoretischen wie der praktischen Medizin gegenüber.

Das dritte Kapitel gibt einen Abriss über die Entwicklung des Asklepioskultes im Mittelmeerraum: St. zeichnet anschaulich die kontinuierliche Ausbreitung der Asklepieia von ihrer „Keimzelle“ in Epidauros über Pergamon und Kos im 5./4. Jh. v. Chr. und ihre Blüte unter Hadrian und Antoninus Pius im 2. Jh. n. Chr. bis in die Spätantike nach, als *Christus Medicus* an die Stelle des paganen Heilgottes trat.

Vor diesem Hintergrund nimmt St. im nächsten Unterkapitel die Asklepieia als Orte der „Asklepios-Praxis“ ins Visier. Diese werden als soziale Räume verstanden, innerhalb derer sich eine spezifische Asklepios-Medizin manifestierte, die, so die These, die bislang in der Forschung binär kodierten Bereiche der „rational-wissenschaftlichen“ und der „religiös-magischen Medizin“ vereine (S. 64). St. greift in seiner Analyse einiger bedeutsamer Asklepios-Heiligtümer – darunter jene von Pergamon und Kos – auf architekturtheoretische Ansätze zurück. Lage, bauliche Gestaltung und Ausstattung, etwa mit prominent angebrachten Inschriften, Sportstätten, Theatern und Badeanlagen, werden als Elemente einer ganzheitlichen Medizin verstanden, deren theoretische Fundierung sich z. B. für den Bereich des besonders wichtigen Wassers in den balneologischen Ausführungen des Celsus oder Galen finden lässt. Die persönliche Begegnung mit der Gottheit im Tempelschlaf (die sog. Inkubation) nach den aufwendigen Reinigungsprozeduren wird als „rite de passage“ charakterisiert, an die sich ein durch zahlreiche Votivgaben bezeugtes Opfer der Patientinnen und Patienten anschloss.

Deren Perspektive wird anhand von epigrafischen und literarischen Heilungsberichten in den drei abschließenden Unterkapiteln eingenommen. St. scheidet das auf uns gekommene Material in zwei Gruppen: Die einen seien aus christlichem Kontext bekannte Wunderheilungen, die unter den propagandistischen Topos „der Kaiser als Heiler“ fielen, die anderen hingegen seien aus „Dank gegenüber Asklepios aufgeschrieben“ worden (S. 99–100) und erlaubten einen Blick „von unten“ auf den Kurbetrieb. Nach einführenden methodischen Überlegungen wird dieser Blick an drei Beispielen demonstriert: Zunächst wird die literarische Überlieferung des im 2. Jh. n. Chr. lebenden Sophisten und Rhetors Aelius Aristides analysiert, der – trotz der auch von St. betonten Schwierigkeit der Analyse – in seinen *Hieroi Logoi* sowie einigen z. T. fragmentarisch erhaltenen Reden eine Innensicht auf die Praxis des pergamenischen Asklepieion bietet. Anschließend zeigt St. anhand von Inschriften des Karers M. Iulius Apellas (IG IV² 1, 126) – er hatte sich wegen Verdauungsstörungen nach Epidauros begeben – und des P. Aelius Theon (SEG 37, 1019) das komplexe Therapieregime der Asklepiosmedizin auf: Sie umfasst, so die Analyse, gleichermaßen zeitgenössisch-wissenschaftliche und kultische Vorschriften – und beansprucht somit einen eigenständigen Platz im Spektrum der antiken Medizin.

Die Lektüre des Buches hinterlässt ein ambivalentes Bild. Positiv hervorzuheben ist die Multiperspektivität der Untersuchung: St. bündelt souverän unterschiedliche Quellengattungen zu einem schlüssigen, scharf konturierten Gesamtbild der Asklepiosmedizin, das weit über die vornehmlich religions- bzw. mythhistorische Würdigung des Asklepioskultes in E. und L. Edelsteins zweibändigem Werk von 1945² hinausgeht.

2 Emma J. EDELSTEIN / Ludwig EDELSTEIN, *Asclepius. A Collection and Interpretation of the Testimonies*, 2 Bde. (Baltimore 1945).

Einige kleinere Versehen trüben dieses Bild nur unwesentlich: Die Tatsache, dass der Leser/die Leserin z. B. erst beim Blick in das Literaturverzeichnis des Textes von 2004 erfährt, dass es sich bei der Abkürzung „Pohl (1905)“ (S. 14) um Rudolf Pohls Schrift „De Graecorum Medicis Publicis“ (Berlin 1905) handelt, dürfte der Übertragung in das kompaktere Format geschuldet sein. Bei der Ergänzung der Inschrift des P. Aelius Theon (SEG 37, 1019), die St. ansonsten (wie auch die Übersetzung) annähernd wortgleich von H. Müller³ übernimmt, wäre [ἀντιπ] ἄτρον zu [Ἀντιπ]ἄτρον zu verbessern (S. 127). Etwas gewöhnungsbedürftig ist ferner die Handhabung des Registers, bei dem offenbar nicht nur der Fließtext, sondern auch die Titel der Primär- und Sekundärliteratur verschlagwortet sind.

Stärker fällt jedoch ins Gewicht – selbst wenn allein aufgrund des kompakten Formats keine erschöpfende Bibliografie zum Thema erwartet werden darf –, dass an mancher Stelle die Einbindung weiterer Primär- und Sekundärquellen wünschenswert gewesen wäre. Für die Epigrafik bzw. das Ärztespektrum der Kaiserzeit gilt dies etwa für die Arbeiten R. J. Rowlands⁴ und B. Rémys⁵, die das von St. erwähnte Corpus H. Gummerus' erweitern; ferner haben É. Samama und C. Nissen die Ärzteinschriften des griechischen bzw. kleinasiatischen Raumes in umfangreichen Corpora erschlossen⁶, sodass das von St. beklagte Desiderat an Arbeiten zu den privaten und öffentlichen Ärzten der Kaiserzeit (S. 9) mittlerweile zumindest zu einem erheblichen Teil behoben ist.

Besonders profitiert hätte das Buch sicherlich von einer Berücksichtigung der Ergebnisse der jüngeren französischsprachigen Forschung (namentlich der bereits erwähnten C. Nissen), die sich in mehreren Publikationen der „Asklepiosmedizin“ widmet und in vielen Punkten, etwa hinsichtlich der Bedeutung des Wassers im Heilkult und der Interaktion von zeitgenössisch-wissenschaftlicher und religiös-kultischer Medizin, zu vergleichbaren Ergebnissen kommt.⁷

Dennoch sei die Lektüre des Bandes, der Zitate erfreulicherweise sowohl im Original als auch in deutscher Übersetzung bietet, allen an der antiken Medizin Interessierten empfohlen: Nicht nur der Fokus auf die Patientenperspektive, sondern auch die vielfach herausgestellte

3 Helmut MÜLLER, Ein Heilungsbericht aus dem Asklepieion von Pergamon, in: *Chiron* 17 (1987), 191–233.

4 Robert J. ROWLAND, Some New Medici in the Roman Empire, in: *Epigraphica* 39 (1977), 174–179.

5 Bernard RÉMY, Nouvelles inscriptions de médecins dans les provinces occidentales de l'empire romain (1973–1983), in: *Epigraphica* 49 (1987), 261–264; Bernard RÉMY, Nouvelles inscriptions de médecins dans la partie occidentale de l'empire romain (l'Année Épigraphique 1983–1996), in: *Epigraphica* 63 (2001), 277–283.

6 Évelyne SAMAMA, Les médecins dans le monde grec. Sources épigraphiques sur la naissance d'un corps médical (Genf 2003); Cécile NISSEN, Prosopographie des médecins de l'Asie Mineure pendant l'Antiquité Classique, I: Catalogue des médecins, 2006, online unter: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/asclepiades/nissen.php> (letzter Zugriff: 15.05.2018).

7 An dieser Stelle seien nur exemplarisch erwähnt: Cécile NISSEN, Entre Asclépios et Hippocrate. Étude des cultes guérisseurs et des médecins en Carie (= *Kernos Suppl.* 22, Liège 2009); Cécile NISSEN, L'eau dans les sanctuaires d'Asclépios du Péloponnèse. Étude et classification des installations hydrauliques attestées par les textes et par l'archéologie, en fonction du triple rôle de l'eau dans le culte du dieu guérisseur Asclépios, in: *Analecta Historico Medica* 4 (2006), 307–316; Véronique BOUDON-MILLOT, Le rôle de l'eau dans les prescriptions médicales d'Asclépios chez Galien et Aelius Aristide, in: René Ginouvès u. a., Hg., *L'eau, la santé et la maladie dans le monde grec: Actes du colloque organisé à Paris (CNRS et Fondation Singer-Polignac) du 25 au 27 novembre 1992 par le Centre de recherche „Archéologie et systèmes d'information“ et par l'URA 1255 „Médecine grecque“* (= *Bulletin de Correspondance Hellénique Suppl.* 28, Paris 1994), 157–168. Aufgrund des späteren Erscheinungsdatum nicht mehr berücksichtigt werden konnte: Gil H. RENBERG, *Where Dreams May Come. Incubation Sanctuaries in the Greco-Roman World*, 2 Bde. (= *Religions in the Graeco-Roman World* 184, Leiden 2017).

Tatsache, dass in der antiken Medizin wissenschaftliche und kultische Heilvorschriften komplementär ineinandergriffen, macht Florian Stegers „Asklepios. Medizin und Kult“ für Laien, Mediziner/-innen und Altertumswissenschaftler/-innen gleichermaßen lesenswert.

Andreas Weigl, Wien (Rez.)

**Wolfgang KÖNIG,
Das Kondom. Zur Geschichte der Sexualität vom
Kaiserreich bis zur Gegenwart**

(= Vierteljahrschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte Beiheft
237, Stuttgart 2016: Franz Steiner Verlag),
233 S., EUR 46,00.
ISBN 978-3-515-11334-2

Die Geschichte des Kondoms hat bisher in der Forschung keine monografische Behandlung erfahren. Insofern ist es besonders verdienstvoll, dass der prominente deutsche Wirtschaftshistoriker Wolfgang König sich des Themas in umfassender Weise angenommen hat. Was den behandelten Raum anlangt, beschränkt sich der Autor im Wesentlichen auf eine Geschichte des Kondoms in Deutschland, mit Beschränkung der Jahre 1949–1989 auf die Bundesrepublik. Dort und da hat er auch einzelne zeitgenössische, von Wiener Forschern erstellte Studien besonders der Zwischenkriegszeit mit berücksichtigt. Auf die Entwicklung im englischsprachigen Raum wird in der Darstellung immer wieder vergleichend eingegangen, insbesondere mit Bezug auf die Technik- und Unternehmensgeschichte.

Die chronologische Gliederung der Studie weicht von jener der politischen Geschichte ab. Abgesehen von den weitgehend im Dunkeln liegenden nebulösen Anfängen der Verwendung von Kondomen in der frühen Neuzeit und der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts, setzt die Geschichte des Kondoms im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts ein. Ihre erste Periode endet in der Weimarer Republik im Jahr 1927. In diesem Jahr wurden die bestehenden gesetzlichen Restriktionen der Kondomwerbung aufgehoben. Diese erste Periode der Geschichte des Kondoms war durch die massenhafte Produktion von Tierdarm- und Gummikondomen geprägt, deren Verbreitung allerdings durch die Einschränkung der kommerziellen Werbung gewisse Grenzen gesetzt waren. Zumindest im Kaiserreich waren Gummikondome weniger verbreitet als solche aus Tierdarm, die „gefühlsechter“ produziert wurden. Die zweite Periode erstreckt sich von 1927 bis etwa 1970. Sie ist vom Durchbruch des Gummi-, ab den 1950er-Jahren auch des Latexkondoms und von einer gewissen Liberalisierung geprägt, wobei die anachronistische Sittengesetzgebung jedoch bestehen blieb. Die letzte bis in die Gegenwart reichende Periode war durch die westdeutsche Strafrechtsreform 1970, in der das Konzept der „Unzucht“ im Sexualstrafrecht seine frühere weite Auslegung verlor, gekennzeichnet, gleichzeitig auch durch die Jahre der AIDS-Panik und die Verbreitung der „Anti-Baby-Pille“, welche die anti-konzeptionelle Verantwortung erheblich in Richtung weiblichem Geschlecht verschob.

Den chronologisch geordneten Kapiteln ist eingangs ein Überblickskapitel vorangestellt, das die technologische Entwicklung der Produktion von Kondomen seit dem späten 19. Jahrhundert nachzeichnet. Der Herstellungsprozess der Kondome wurde durch die Vulkanisation des Kautschuks und das sogenannte Tauchverfahren im späten 19. Jahrhundert in Richtung

Massenproduktion verändert. Allerdings wiesen die so produzierten Kondome noch erhebliche Mängel auf, nicht zuletzt weil die Qualitätskontrolle ausschließlich bei den Firmen lag. Das sollte sich erst ab 1953 ändern, als das Bundesgesundheitsamt mit der Überprüfung staatlicherseits befasst wurde, jedoch damit auch lange Zeit technisch (und was die Kapazitäten anlangt) überfordert war. Erst seit den 1990er-Jahren kann von einer durchwegs hohen Qualität der in den Handel gelangenden Kondome ausgegangen werden.

Innerhalb der Ärzteschaft war das Kondom lange Zeit kein großes Thema. Nur eine kleine Minderheit befasste sich überhaupt mit seiner Effizienz, vor allem im Kampf gegen Geschlechtskrankheiten. Antikonzeption blieb ein in der bürgerlichen Gesellschaft tabuisiertes Sujet. Jene kleine Zahl von Medizinerinnen, die am Diskurs teilnahmen, bevorzugte zudem im Kampf gegen die Verbreitung von Geschlechtskrankheiten gesundheitsschädliche Desinfektionsmittel, die sie zum Teil selbst entwickelt hatten und verkauften. Erst in der Zwischenkriegszeit wurde das Thema durch einige Sexualwissenschaftler ein wenig breiter diskutiert, wobei allerdings die Verwendung des Kondoms nicht zu den Kernpunkten zählte und häufig nur am Rande behandelt wurde. Das lag auch daran, dass empirische Studien fehlten und Ärzte wenig Erfahrungswissen vermitteln konnten.

Über die tatsächliche Häufigkeit der Verwendung von Kondomen liefert der Autor Produktionszahlen aus der Zeit des Kaiserreiches und der Zwischenkriegszeit, die eine Verfünffachung wahrscheinlich machen, wobei allerdings ein nicht näher zu beziffernder Teil der deutschen Produktion in den Export ging. Die deutsche Kondomherstellung war im Übrigen in erheblichem Maß räumlich auf Ostdeutschland konzentriert. Dadurch entstand nach 1945 in den westlichen Besatzungszonen eine Unterversorgung, die erst allmählich ausgeglichen werden konnte. Die NS-Zeit war mit Bezug auf die Verwendung von Kondomen durch eine Doppelmoral gekennzeichnet. Offiziell sollte sich die „arische“ Bevölkerung so zahlreich als möglich vermehren, inoffiziell wurde Prostitution nicht nur toleriert, sondern nach Kriegsbeginn auch gefördert. Die Autarkiebestrebungen des Regimes führten allerdings zur Produktion von Kondomen aus Kautschukimitaten, die qualitativ zu wünschen übrig ließen. Widersprüchliche Interessen – pronatalistische Bevölkerungspolitik (mit Bezug auf die „arische Bevölkerung“) auf der einen, Angst vor der Verbreitung von Geschlechtskrankheiten auf der anderen Seite – sorgten für unklare Haltungen der NS-Behörden, die in manchen Fällen restriktiv, in anderen wiederum pragmatisch dem Verkauf von Kondomen gegenüberstanden.

Wie Wolfgang König zeigt, kündigte sich bereits in den Jahren 1955–1970 eine Wende in der Geschichte des Kondoms in Westdeutschland an. Einen gewissen Bedeutungsverlust erfuhren Kondome durch die Entwicklung und Verbreitung von Antibiotika, denen bei der Bekämpfung und Heilung von Geschlechtskrankheiten eine zentrale Rolle zukam. Was die Antikonzeption anlangt, entstand ab den 1960er-Jahren eine „Konkurrenz“ zur Antibabypille. In den 1970er-Jahren nahm der Kondomverbrauch zu, sprunghaft dann durch die Entdeckung des HI-Virus, ehe in den folgenden Jahrzehnten wieder eine gewisse „Sättigung“ des Marktes eintrat.

Was die Verwendung von Kondomen im „Rotlicht-Milieu“ betrifft, konnte der Autor auf einen besonders gut dokumentierten Fall zurückgreifen. Die Helenenstraße in Bremen wurde als „Sperrbezirk“ unter der Aufsicht der städtischen Behörden eingerichtet und die dort ansässigen Prostituierten wurden genau kontrolliert. Aus den durchgängig erhalten gebliebenen Akten ergibt sich ein detailliertes Bild der Syphilis- und Tripper-Prophylaxe bei registrierten Prostituierten. Sie zeigt ein ernüchterndes Ergebnis. Trotz der vergleichsweise strengen Kontrolle

und der „Nobel-Prostitution“ in Bremen verwendete um 1910 nur jeder zwanzigste Freier ein Kondom. Bei den Prostituierten war hingegen die Verwendung von Desinfektionsmitteln nicht zuletzt aus Angst vor Ansteckungen häufiger. Die Helenenstraße wurde zwar 1927 offiziell als Bordellstraße aufgehoben, bestand jedoch de facto weiter, auch unter nationalsozialistischer Herrschaft.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Wolfgang König in seiner Pionierstudie eine Geschichte des Kondoms verfasst hat, die kaum Wünsche offenlässt. Aspekte der Unternehmens- und Technikgeschichte werden ebenso behandelt wie jene der Sexualitäts- und nicht zuletzt der Medizingeschichte. Das ist umso bemerkenswerter, als die Quellenlage zur vorliegenden Studie nicht unbedingt als einfach zu bezeichnen ist. Nicht zuletzt stellte der Kondomgebrauch bis Ende der 1960er-Jahre ein tabuisiertes Thema dar, welches das Odium von „Unzucht“ sowie „Schmutz und Schund“ erst in den letzten Jahrzehnten verloren hat.

Annemarie Kinzelbach, München (Rez.)

Michèle HOFMANN,
**Gesundheitswissen in der Schule, Schulhygiene in der
deutschsprachigen Schweiz im 19. und 20. Jahrhundert**
(Bielefeld 2016: Transcript), 310 S., EUR 39,99.
ISBN 978-3-8376-3513-3

Michèle Hofmann legte ihre Dissertation 2012 der Philosophisch-humanwissenschaftlichen Fakultät an der Universität Bern vor, vier Jahre später ist ihre Arbeit beim transcript Verlag erschienen. Mit dem als Klammer konstruierten Hinweis auf die gewichtige Rolle des Züricher Kinderarztes Remo Largo in aktuellen Schulreformdiskussionen gelingt es der Autorin sogleich, ihr historisches Thema in der Gegenwart zu verankern (S. 11, S. 250). Hofmann zielt darauf, die Konzeption einer „weitreichenden Bildungsaufgabe“ der Medizin darzustellen, die in der Schweiz im 19. Jahrhundert eingesetzt habe (S. 11–12). Sie orientiert sich an Ergebnissen der Erziehungswissenschaftlerin Annette M. Stroß und verbindet diesen Aspekt mit der Frage nach einer „Funktion der Schule im Prozess der Medikalisierung“ (S. 15). Als wesentliche Voraussetzung zur Umsetzung des medizinischen Bildungskonzepts benennt sie eine gesellschaftliche Akzeptanz der allgemeinen Schulpflicht in allen Schweizer Kantonen im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts. Ihre Untersuchungen umfassen allerdings Primär- und Sekundarstufe sowie private Schulen, indem sie schulhygienische Publikationen der Schweizerischen Gesellschaft für Schulgesundheit sowie von Pädagogen-Vereinen als Quellen in den Mittelpunkt stellt, die sie durch eine Vielfalt weiterer Publikationen zur Schulgesundheitspflege ergänzt. Hofmann gibt an, ihre Untersuchung von „Schulhygiene“ methodisch an Arbeiten des Schweizer Historikers Philipp Sarasin zu orientieren und diskurstheoretische Ansätze von Michel Foucault mit wissenshistorischen, auf Ludwik Fleck basierenden Konzepten zu vereinen (S. 15–28).

Sechs Kapitel sollen die Argumentation der Arbeit anhand der Vertiefung einzelner Themenkomplexe entwickeln. Den zeitlichen Kontext erschließt das zweite Kapitel, das die Entstehung der „Schulhygiene“, ihre Ausprägung als vereinsgesteuerte soziale Bewegung und die Entwicklung der einschlägigen Diskussionen auf regionalem und nationalem Niveau in ihrer Abhängigkeit vom Anspruch der Internationalität zeigt. Holzschnittartig wie die These, die Schule als krank machender Ort in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts werde in der Folge zur Stätte der Gesundheit (S. 30), gerät die allgemeine medizinhistorische Hinführung (S. 31–35). Wer beispielsweise Bakteriologie als „Reservoir einer großen Zahl von nützlichen Anwendungen in Medizin und öffentlicher Gesundheitspflege“ nennt und die Rolle Robert Kochs unterstreicht (S. 32–33), sollte wenigstens einen Blick in Christoph Gradmanns grundlegende Auseinandersetzung mit diesem Thema geworfen haben und nicht nur einen Katalogbeitrag und allgemeine Überblickswerke zitieren.¹ Ähnliches gilt für die längst veraltete Sichtweise, eine

1 Christoph GRADMANN, *Krankheit im Labor. Robert Koch und die medizinische Bakteriologie* (Göttingen 2005).

„Sensibilisierung gegenüber Schmutz, Gestank, unzuträglichen Wohnverhältnissen“ (S. 34) sei im Kontext von Epidemien des 19. Jahrhunderts erfolgt. Eine solche lässt sich ebenso in frühneuzeitlichen und mittelalterlichen Städten nachweisen.² Die beiden genannten, nur flüchtig erschlossenen Thesen bilden jedoch für die „Schulhygiene“ einen wenig relevanten Zusammenhang.

Ausschlaggebender erscheint vielmehr, was die Autorin als „Verwissenschaftlichung“ charakterisiert: nämlich die Veröffentlichung und Diskussion systematischer Untersuchungen zu sogenannten Schulkrankheiten. Die Kapitel zwei und drei stecken voller spannender Details zu Krankheiten wie Myopie und Skoliose. Hofmann zitiert beispielsweise die durch eine Umfrage des Kantons Bern bestätigte Ansicht, dass mit dem Schuleintritt „die Zerstörung der Sehnerven“ beginne (S. 44), was Diskutanten primär auf mangelhafte Beleuchtung und falsche Sitzhaltung zurückführten. Ursachen wurden vor allem medizinisch untersucht und die zeitgenössischen Ärzte, Politiker und Pädagogen diskutierten solche Beobachtungen als auf Statistiken basierende wissenschaftliche Erkenntnisse. Vor allem Ärzte forderten eine Umgestaltung des schulischen Umfelds, um die sogenannten Schulkrankheiten zu beseitigen. Die Autorin kommentiert zunächst solche Diskussionen nicht weiter, die für sich beanspruchen, ausschließlich faktenorientiert zu sein. Aber am Beispiel der Bekämpfung von Tuberkulose durch präventive Untersuchungen von Schulkindern deutet sie zumindest schon an, wie Fakten im Hinblick auf politische Ziele konstruiert, zumindest aber geschickt argumentativ eingesetzt worden waren, um eher eine gesamtgesellschaftlich wirkende Gesundheitserziehung durchzusetzen (S. 90–113, v. a. 107).

Weitgehend deskriptiv schildert Hofmann im vierten Kapitel, wie in der Schweiz schrittweise das auf beamteten Ärztinnen und Ärzten basierende Schularzt-System zunächst in Städten, dann auch mit zahlreichen nebenamtlichen Ärztinnen und Ärzten in ländlichen Regionen eingerichtet wurde. Obwohl dieses System keinen kurativen Zweck erfüllte, sondern ausschließlich der gesundheitlichen Prophylaxe dienen sollte, erfolgte aufgrund entsprechender Forderungen seitens der Ärzteschaft sein immer weiter reichender Ausbau im Laufe des 20. Jahrhunderts (S. 115–155). Gleichfalls beschreibend gestaltet sind Kapitel fünf und sechs: Im Unterschied zu sogenannten Schulkrankheiten und Tuberkulose ging es bei der Etablierung der Schulzahnpflege um einen kombiniert prophylaktisch und therapeutischen Maßnahmenkatalog, obwohl als Ziel zunächst die Prophylaxe von Tuberkulose in den Mittelpunkt rückte (S. 157–183). Kapitel sechs verschiebt den Fokus von einer nicht zuletzt im eigenen Interesse agierenden Ärzteschaft auf eine weitere bürgerliche Gruppe, die primär pädagogische Reformen und eine moralische Erziehung aller Schichten anstrebte. Die „schulische Alkoholprävention“ konzentrierte sich nicht nur auf die Belehrung von Schülerinnen und Schülern, vielmehr gerieten auch Lehrkräfte in ihrer Vorbildfunktion in den Blick. Mit der Praxis, alternative Nahrungsmittel wie Obst und Milch durch Verteilung vor Ort zu propagieren, wurden nach

2 Annemarie KINZELBACH, Infection, Contagion, and Public Health in Late Medieval and Early Modern German Imperial Towns, in: *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 61 (2006), 369–389; Carole RAWCLIFFE, Urban Bodies. Communal Health in Late Medieval English Towns and Cities (Woodbridge 2013), 116–190; Roos VAN OOSTEN, The Dutch Great Stink. The End of the Cesspit Era in the Pre-Industrial Towns of Leiden and Haarlem, in: *European Journal of Archaeology* 19 (2016), 704–727.

Ansicht Hofmanns gleichzeitig absatzfördernde Maßnahmen für die regionale und lokale Landwirtschaft ergriffen (S. 185–212). Im letzten deskriptiven (siebten) Kapitel knüpft die Autorin am Beispiel der „Lebensreformbewegung“ eine Verbindung zu gesamtgesellschaftlichen Bewegungen, indem sie Gründung und Prinzipien der Schweizer „Landerziehungsheime“ darstellt und diese im Kontext der „Reformpädagogik“ diskutiert. Solche durchweg privaten Schulen setzten in einer als „gesund“ definierten ländlichen Umgebung um, was in damals aktuellen, medizinisch beeinflussten, lebensreformerischen Gestaltungsvorschlägen diskutiert wurde. Sie passten Räume und Ernährung, Unterrichts- und Bewegungs- sowie Freizeitprogramme entsprechend an. Nicht zuletzt durch ihre akribische gesundheitliche Auslese bei den künftigen Schülerinnen und Schülern zelebrierten sich diese Einrichtungen als „Hort der Gesundheit“, der sich grundlegend von den krank machenden Volksschulen unterscheidet (S. 213–238).

In ihrem letzten und abschließenden Kapitel führt die Autorin die umfangreich geschilderten Fakten und Diskussionen deutend zusammen, woraus schließlich auch der Zusammenhang der einzelnen Kapitel hervorgeht. Hier wird zudem quellenkritische Methodik deutlich, wenn sie beispielsweise anführt, Statistik habe ebenfalls einen „wirklichkeitskonstituierenden Charakter“, und darauf hinweist, dass es für die medizinischen Untersuchungen keine Vergleichsgruppen gegeben habe (S. 240). Schließlich gelingt es ihr, auch die Rezensentin davon zu überzeugen, dass „Schulhygiene“ im Laufe des 20. Jahrhunderts in der Schweiz wesentlich dazu beitrug, „dass der Arzt als ‚Erzieher‘ wahrgenommen und akzeptiert wurde“ (S. 249), obgleich sich über die Methodik, detailreiche Aufreihung der Diskurse und abschließende Interpretation trefflich streiten ließe.

Alois Unterkircher, Ingolstadt (Rez.)

Beate KUNST,
mittendrin. Streifzüge durch die Sammlung des Berliner
Medizinhistorischen Museums der Charité
(Berlin 2016: Berliner Medizinhistorisches Museum der Charité),
104 S., reich illustriert, dt. und engl., EUR 6,00.
ISBN 978-3-9810220-9-4

Führer zu medizinhistorischen Museen verstehen sich klassischerweise als vertiefende Begleitpublikation zur Dauerausstellung und bieten in der Regel hochwertige Abbildungen der gezeigten diagnostischen und therapeutischen Instrumente. Die Textbeiträge stellen die Exponate in den Kontext zeitgenössischer Theorien und Körpervorstellungen, wobei sie meist auf gängige Narrative der Medizingeschichte zurückgreifen. Beate Kunst hat nun mit dem vorliegenden Katalog aus dem Berliner Medizinhistorischen Museum der Charité (zugleich auch der 3. Band der museumsinternen Schriftenreihe) einen Führer der etwas anderen Art geschrieben. Bereits beim Durchblättern der ersten Seiten wird angesichts der stimmungsvollen Momentaufnahmen aus den Depots deutlich, dass die nachfolgenden „Objektgeschichten“ weder einer Geschichte der medizinischen Fachdisziplinen noch einer Chronologie medizinischer Entdeckungen folgen. Vielmehr waren ungewöhnliche Entdeckungen im Zuge der Registrierung der Dinge oder persönliche Erlebnisse mit den Vorbesitzern die vorrangigen Auswahlkriterien. Zugleich nimmt Kunst das jeweils ausgewählte Objekt zum Anlass, um über generelle Fragen einer medizinhistorischen Sammlung nachzudenken.

Die Autorin ist Kustodin der rund 8.000 Objekte umfassenden Geräte- und Instrumentensammlung des Berliner Medizinhistorischen Museums der Charité. Somit steht sie „mittendrin“ in einer historisch gewachsenen Sammlung, deren früheste Bestände aufgrund fehlender Dokumentation oftmals schwer zu kontextualisieren sind. Derartige Lücken in den Objektbiografien bedeuten jedoch nicht, dass keine interessanten Geschichten zu erzählen wären. Wie die Autorin anmerkt, sind es oftmals die kuriosen Begebenheiten während des Prozesses der Musealisierung, die einen Gegenstand erst richtig interessant werden lassen – von Anekdoten rund um die Schenkung bis hin zum Aufspüren versteckter Plaketten.

Für Ausstellungsmacher/-innen auf der Suche nach einem passenden Exponat stehen derartige Objektinformationen abseits des reinen Funktions- und Bedeutungsgehalts allerdings nicht an erster Stelle und werden bei der Kustodin folglich selten nachgefragt. Erklärtes Ziel der Autorin ist es daher, einzelne Objekte aus der Charité-Sammlung auf genau solche Hinweise wie Inventarnummern, Modifikationen durch Haustechniker oder „Zwischennutzungen“ durch das Klinikpersonal hin zu untersuchen und die Bestände abseits gängiger Kategorisierungen der Medizingeschichte zu sichten. Gestützt auf eine fundierte Kenntnis der Berliner Sammlung fördert Beate Kunst so Erstaunliches und Kurioses, Witziges und Überraschendes über die ihr anvertrauten Artefakte zutage.

Nach einem einleitenden Teil präsentiert sie 30 Objektgeschichten auf jeweils einer knappen, aber äußerst informativen Seite, deren Titelüberschriften auf den ersten Blick so gar nicht in das bekannte Vokabular einschlägiger Lexika und Überblicksdarstellungen zur Geschichte der Medizin und der Medizintechnik passen. Denn in den einzelnen Kapiteln ist von „bauchigen“ und „gequetschten“ Dingen zu lesen, werden die Gerätschaften als „nagelneu“ oder „praktisch“ beschrieben. Auch Schlagworte wie „verbunden“, „zweckentfremdet“ oder „frequentiert“ wird man weder in einem Zettelkatalog noch über eine Datenbankabfrage finden. Dabei eröffnen gerade diese kreativen Wortspielereien überraschende Blicke auf Objekte, die ansonsten wohl unbeachtet von Kurator/-innen, Szenograf/-innen oder Medizinhistorikerinnen und -historikern in einem verborgenen Winkel des Depots vor sich hin schlummern würden.

So wird etwa „beschildet“ vermutlich selten ein Stichwort sein, mit dem man eine museumsinterne Datenbank nach Ausstellungsstücken durchforstet. Doch wer jemals vor der Aufgabe stand, ein hochkomplexes medizintechnisches Gerät aus der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts ohne Gebrauchsanleitung und Hintergrundinformation bestimmen zu müssen, ist um jedes noch so kleine Etikett dankbar, das auf den Hersteller oder den Vorbesitzer hinweist. Beate Kunst beschreibt am Beispiel eines Kardiografen anschaulich, wie sie über mehrere angebrachte Schilder und Plaketten der Geschichte dieses Gerätes auf die Spur kam. Der zur Überwachung der Herzfrequenz von Patientinnen und Patienten während der Operation eingesetzte Apparat wurde 1956 mit Mitteln der DFG (Deutschen Forschungsgemeinschaft) von einem Berliner Chirurgen angekauft. Nach dessen Fortgang nach Heidelberg verblieb das teure Gerät in Berlin, wo es im Jahre 1971 auf Nachfrage der DFG als „nicht mehr auffindbar“ gemeldet wurde. Dennoch belegt ein Etikett mit einer Inventarnummer, dass es in den 1970er-Jahren im Besitz der Universitätsklinik Charlottenburg war. Steht dieser Kardiograf nun für eine schlampige Verwaltung, für einen stummen Zeugen der schnellen Abberufung eines Chefchirurgen oder für ein absichtliches „Verstecken“ in einem Nebenraum des Klinikgebäudes? Eine eindeutige Antwort ohne entsprechende Unterlagen bleibt schwierig, eine gute Geschichte ergibt das Ganze allemal – und diese verleiht dem ansonsten recht spröden Objekt erst seinen Reiz.

Andere in dem Band aufgenommene Gegenstände erhalten durch einen Perspektivenwechsel plötzlich einen völlig neuen Kontext. So wird beispielsweise das mit Quecksilber gefüllte Blutdruckmessgerät nach Riva-Ricci nicht als frühe Variante dieser diagnostischen Hilfsinstrumente beschrieben, sondern als ein potenziell die Gesundheit von Sammlungsmitarbeitenden gefährdendes Objekt. Aus diesem Blickwinkel sieht man auch den an der Innenseite mit Asbest ausgekleideten Wärmetherapiekasten aus den 1950er-Jahren mit anderen Augen.

Und dass Objekte mit deutlichen Gebrauchsspuren mitunter spannendere Geschichten erzählen als neuwertige, erläutert die Autorin am Beispiel eines 2008 in die Sammlung gelangten Blutbildzählers (Titelüberschrift: frequentiert). Mithilfe einer solchen Auszählhilfe, eines Mikroskops und einer Zählkammer mussten unzählige Angestellte in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts die einzelnen Zelltypen der Blutkörperchen mühsam mit der Hand auszählen. Zu diesem Zweck wurden die Apparate mit einer speziell gestalteten Tastatur, auf der die entsprechenden Abkürzungen der Blutbestandteile aufgedruckt waren, versehen. Beim Zählapparat der Berliner Sammlung verweisen einige abgenutzte Tasten, deren Kürzel mit einem schwarzen Stift nachgezeichnet wurden, auf eine ungewöhnliche Häufung bestimmter weißer Blutkörperchen, die mit Leukämie in Zusammenhang stehen. In der Tat wurde das Gerät an einem Institut eingesetzt, in dem zur Chronischen Myeolischen Leukämie geforscht wurde.

Die ungewöhnliche Abnutzung der entsprechenden Tasten erklärt sich demnach aus dem Kontext der Forschungseinrichtung.

Beate Kunst gelingen aufgrund des kreativen Umganges mit der Sprache ungewöhnliche Perspektiven auf medizinhistorische Objekte, die auf den ersten Blick als wenig ausstellungswürdig gelten, hier jedoch eine Würdigung erfahren. Mit diesem Ansatz unterscheidet sich der 3. Band der Berliner Schriftenreihe grundlegend von anderen Katalogen aus medizinhistorischen Museen, die vor allem die Seltenheit eines Instrumentes oder deren Bedeutung für den medizinischen Fortschritt in den Mittelpunkt rücken. Fußnoten, Bildbeschreibungen und ein gut strukturiertes Literaturverzeichnis laden zur weiteren Vertiefung in ein Sachgebiet ein. Die Texte sind gemäß der internationalen Ausrichtung der Berliner Institution auch in englischer Sprache abgedruckt. Diese an sich begrüßenswerte Zweisprachigkeit erforderte allerdings Kompromisse beim Layout, sodass der Schriftgrad für das Empfinden des Rezensenten etwas klein geworden ist. Aufgrund dieser Entscheidung ist das Bändchen mit seinen rund 100 Seiten allerdings überaus handlich geblieben und schon seines günstigen Preises wegen das Budget von Museumsshop-Afficionados. Insgesamt bietet der Katalog überraschende und angenehm unkonventionelle Einblicke in eine der renommiertesten medizinhistorischen Sammlungen des deutschen Sprachraums und ist mit zahlreichen hochwertigen Objekt- und Detailfotos versehen (Fotograf: Christoph Weber). Das Buch lädt somit geradezu ein, das zuvor real „durchstreifte“ Museum bei einer Tasse Kaffee oder im Sitz eines ICEs nochmals textlich und bildlich zu erkunden. Und dann, beim Betrachten der Abbildungen, wähnt man sich auch als Besucher/-in plötzlich „mittendrin“ im Depot mit seinen geheimnisvollen Ecken, in denen einem jederzeit Rudolf Virchow in Gestalt einer Büste begegnen kann.

Peter Steinkamp, Ulm (Rez.)

Otmar JUNG,
Als Truppenarzt an der Ostfront.
Feldpostbriefe von Dr. Walther Jung an seinen älteren
Schwager Josef Reichardt, 1941–1944
(Würzburg 2017: Königshausen & Neumann) 647 S., EUR 48,00.
ISBN 978-3-8260-6093-9

Feldpostbriefe sind in der Geschichtswissenschaft nicht unumstritten. Der Wert als historische Quelle wird kontrovers diskutiert. Ihre eigentliche, ihre soziale Funktion in der Interaktion von Verfasser und Empfänger überlagert allzu oft den Aussagewert des tatsächlich Geschilderten und Erlebten, so ein Argument. Dennoch werden seit den 1980er-Jahren immer wieder Feldpostsammlungen publiziert und rezipiert, insbesondere aus den beiden Weltkriegen und verstärkt aus dem Zweiten Weltkrieg. Indes, nur die wenigsten der Verfasser waren Ärzte. Die wohl bekannteste Ausnahme ist die Sammlung der Feldpostbriefe von Horst Rocholl, einem Truppenarzt, der zuletzt in Stalingrad eingesetzt war.¹ Nun legt der Jurist Otmar Jung (* 1947), der bis 2012 Politikwissenschaft und Zeitgeschichte an der Freien Universität Berlin lehrte, eine ausführlich kommentierte und kontextualisierte Edition von Feldpostbriefen eines Truppenarztes im Zweiten Weltkrieg vor. Die Besonderheit: Der 2010 verstorbene Briefeschreiber Walther Jung (* 1913), nach dem Krieg langjähriger Leiter des Staatlichen Gesundheitsamtes Würzburg, war der Vater des Autors. Das hat viele Vorteile, aber auch einige Nachteile für den Leser/die Leserin. Das Buch mutet einem einiges zu.

Die vollständig abgedruckten insgesamt 124 Briefe (und Feldpostkarten) nehmen auf den fast 700 Seiten des Buches 140 Seiten ein. Sie haben einen zeitlichen Schwerpunkt auf dem Jahr 1942 und der ersten Jahreshälfte 1943. Orte des geschilderten Geschehens sind schwerpunktmäßig die Kämpfe um die Festung Sewastopol auf der Krim im Frühsommer 1942 und die Abwehrkämpfe bei Rshew an der Wolga (200 Kilometer westlich von Moskau) seit Sommer 1942, die Walther Jung als Truppenarzt bei einer motorisierten Abteilung der 72. Infanteriedivision erlebte. Bis auf wenige Ausnahmen ist der Empfänger der Briefe stets der gleiche: Josef („Rolf“) Reichardt, der Ehemann von Jungs ältester Schwester Carola. Der zwanzig Jahre ältere Maler und Zeichenlehrer an bayerischen Gymnasien war dem jüngeren Schwager seit dessen Schulzeit väterlicher Freund. Reichardt war bereits im Ersten Weltkrieg Soldat gewesen, zuletzt als Leutnant Kompanieführer. Im Zweiten Weltkrieg diente er seit 1940 bei verschiedenen Heimatdienststellen in Ingolstadt und Augsburg.

Wir haben es also mit Feldpostbriefen zu tun, die von einem Soldaten an der Front an einen erfahrenen Soldaten in der „Heimat“ geschrieben wurden. Entsprechend werden durchaus recht offen auch fachliche Schilderungen und Erwägungen militärischen Inhalts thematisiert.

1 Jens EBERT, Hg., Ein Arzt in Stalingrad. Feldpost und Gefangenenpost des Regimentsarztes Horst Rocholl 1942–1953 (Göttingen 2013).

Dies ist beispielsweise in Feldpostbriefen an Ehefrauen oder Eltern üblicherweise nicht der Fall und macht mit den besonderen Wert der Briefe Walther Jungs aus, dem dies durchaus bewusst gewesen war, schreibt er doch etwa dem Schwager wiederholt Sätze wie „[d]ies ist für Deinen eigenen Gebrauch als alter Artillerist“ (1. Mai 1942, S. 291) oder, kontrastiert, „[a]n Elisabeth [Jungs Ehefrau] schreibe ich vieles, doch nie vom Krieg mehr. Neulich war sie krank vor Sorge und Angst“ (1. Juni 1942, S. 309).

Hinzu kommt ein weiteres Kriterium, das diese Briefe wertvoll macht: die politische Einstellung der beiden Schwäger zum Nationalsozialismus und ihr gegenseitiges Wissen davon. Walther Jung war während seiner ersten drei Semester 1933/34 als Student in Innsbruck einer katholischen Studentenverbindung beigetreten (er wechselte erst Ende 1934 wieder ins Deutsche Reich, nach München) und stand dem Nationalsozialismus eher desinteressiert gegenüber (auch wenn er Ende 1940 als Vertreter eines weiteren Schwagers in dessen Landarztpraxis dort die Aufnahme in die Partei beantragte), während Rolf Reichardt wegen politischer Äußerungen seinen Schülern in Augsburg gegenüber nach einer Denunziation 1936 und 1937 zweimal für mehrere Wochen von der Gestapo in Schutzhaft gehalten wurde. Der Briefeschreiber Jung konnte sich also darauf verlassen, dass auch brisante Äußerungen in seinen Briefen, etwa über Zwangsmaßnahmen des NS-Regimes, vom Empfänger nicht gegen ihn verwendet werden würden. So schreibt er: „Kameraden erzählen mir, die Zahl der Juden im Gouvernement [Generalgouvernement, das deutsch besetzte und verwaltete Polen, P.S.] habe stark abgenommen. Schon im Winter 41/42 waren die Brotrationen in Lemberg für Volksdeutsche, Polen und Juden 5 : 3 : 1“ (29. Oktober 1942, S. 383).

Auch im Kameradenkreis scheint sich Jung gelegentlich mit dezidiert eigener Meinung geäußert zu haben und berichtete auch davon dem Schwager: „Ein Beispiel, wie man es nicht machen soll: In unserer Nähe ist eine Siedlung, der Hauptort der Krimtataren. Bei einem Fest deutscher Offiziere und Beamter weigerten sich Tatarenmädchen, in deutscher Revuetracht (Höschen und Büstenhalter) aufzutreten. Sie mußten drei Tage lang eingesperrt werden und hungern, um kirre zu werden. Ebenso hat man es in X und Y mit Russinnen gemacht. Als unsere Offiziere dies gestern mittag erzählten, erwiderte ich trocken, dies sei kein Mittel, um sich große Sympathie zu erwerben. [...] Und noch ein Beispiel: Wie unermüdlich arbeitete das russische Zivilpersonal, als ich den Chirurgen ins Feldlazarett führte, und wie verächtlich wurde es von uns behandelt. Wenn mein eigener, verehrungswürdiger Chefarzt die Mannschaft antreten läßt und ihr befiehlt, die Russen sind Haustiere und keine Menschen, so brauche ich Dir nichts mehr zu sagen“ (5. August 1942, S. 344).

Ebenso scheute sich Jung auch nicht, dem Schwager das Grauen des Krieges deutlich zu benennen: „Die Bilder von den Kämpfen um Sewastopol sind die schrecklichsten, die man sich ausdenken kann. Kein noch so fanatischer Religionskrieg kann diese Formen annehmen. Man kann es nicht erzählen, man muß es selbst gesehen haben. Widerstandsnester, die gesprengt werden, Berge von Leichen und Verwundeten, Soldaten, Zivilisten, Partisanen, alles übereinander. Verwundete, die verbrennen, Verwundete, die von Autos und Geschützen und Panzern zermalmt werden. Eine russische Militärärztin wollte von mir erschossen werden, sie bat zehnmal um die Kugel. Eine andere, eine Schwester-Leutnant, bat mich um ihr Leben. Ein Oberstabsarzt (Major medical) bat mich um sein Leben. Eine Krankenschwester, der ich zu trinken gab, bat mich um die Kugel, aber ich soll gut zielen. Ein Sanitäter, der mir die Stiefel küßte, schreiende Verwundete, die gerettet werden wollten, aber ich brach vor Rauchvergiftung zusammen, und dann brach die Decke ein“ (3. Juli 1942, S. 334).

Dies alles macht diese Feldpostbriefe so wertvoll, und es ist Otmar Jung dafür zu danken, dass er sie mit seinem Buch der Öffentlichkeit zugänglich macht. So ausführlich er allerdings den Inhalt der Briefe detailversessen und fußnotenbasiert auf über 150 Seiten analysiert, so enttäuschend fällt dann, auch angesichts solcher Beschreibungen wie der obigen über die Kämpfe bei Sewastopol, der Ausblick auf Walther Jungs Leben und Wirken nach dem Krieg aus.

Einerseits enthält uns Otmar Jung zu Beginn seines Buches auf über 250 Seiten aus familiengeschichtlicher Sicht kaum ein Ereignis und kaum ein biografisches Detail der weitverbreiteten Familie Jung (alleine Walther Jung hatte sechs Geschwister) und der ihnen angeheirateten Familien vor, und nicht immer erschließt sich die Notwendigkeit der Erwähnung in Hinsicht auf das Verständnis der Feldpostbriefe. So widmet er sich beispielsweise auf acht Seiten (S. 261–268) und mit 28 teils sehr ausführlichen Fußnoten versehen der Frage, warum eine Schwester Jungs, die in den Feldpostbriefen gar keine Rolle spielt, nicht an der Familienfeier zur Heirat von Walther und Elisabeth teilnahm. Zudem erörtert er dabei auch die Frage, wie und warum es auf der privaten Hochzeitsfeier zu Verstimmungen kam, weil ein Trauzeuge die beiden Väter der Eheleute in seiner Tischrede fälschlicherweise als Direktoren betitelte, nicht ohne dann auch noch quellengesättigt nachzuweisen, warum man die Verwendung dieser Titel tatsächlich als ungerechtfertigt betrachten kann.

Andererseits aber erfahren wir so gut wie nichts darüber, wie sich Walther Jungs Kriegserlebnisse als Arzt auf sein weiteres ärztliches Handeln ausgewirkt haben, auf sein Verhältnis zu den Patientinnen und Patienten etwa. Wir erfahren nur, dass er rasch Karriere in der Medizinalverwaltung Würzburgs machte, ansonsten aber, „wie es so viele andere taten, energisch den Blick ‚nach vorne‘ richtete“ (S. 627). Lediglich die kurze Bemerkung, Walther Jung habe sich „von den Kameraden der Kriegszeit und ihren Treffen“ (ebd.) ferngehalten, lässt etwas erahnen. Ein Befund übrigens, der auch für andere ehemalige Truppenärzte gelten dürfte, die sich, ebenso wie Walther Jung, trotz persönlicher Einladung nicht an den Nachkriegsaktivitäten ihrer Truppenkameradschaften beteiligten.

Dies zeigt aber, wie dringend eine Sozialgeschichte der ehemaligen Truppenärzte und ihres ärztlichen Wirkens und Handelns in der BRD, der DDR und in Österreich geschrieben werden müsste. Otmar Jungs Buch und die Feldpostbriefe bieten dazu für den Anfang schon einmal reichhaltiges Material, das es zu vermehren gilt.

Carlos Watzka, Graz (Rez.)

Herwig CZECH / Paul WEINDLING, Hg.,
Österreichische Ärzte und Ärztinnen im Nationalsozialismus
(= Jahrbuch 2017 des Dokumentationsarchivs des österreichischen
Widerstandes, Wien 2017: DÖW), 303 S., EUR 19,50.
ISBN 978-3-901142-69-7

Während die Erforschung des Nationalsozialismus als politischer Bewegung und Herrschaftssystem insgesamt mittlerweile auch für Österreich weit vorangeschritten ist, kann dies vom wechselseitigen Verhältnis von Nationalsozialismus und Gesundheitswesen nicht behauptet werden.

Zwar fanden im Rahmen der Befassung mit den NS-Verbrechen auch die „Medizinverbrechen“ schon früh, im unmittelbaren Kontext der Strafverfolgung von hochrangigen NS-Tätern, eine gewisse Beachtung auch seitens der historischen Forschung – namentlich die sogenannte „Euthanasie“ sowie die besonders grausamen „medizinischen“ Experimente in vielen Konzentrationslagern, die sich in den letzten Jahrzehnten stark intensivierten. Und auch die ideologischen Beiträge von Medizinern (und Medizinerinnen) zum Weltbild des Nationalsozialismus und seiner Vorläufer-Ideologien wurden in vielfältigen Studien ziemlich detailliert herausgearbeitet.

Über die professionellen Tätigkeiten, die politischen Aktivitäten und die persönlichen Lebensschicksale der „breiten Masse“ der Ärzteschaft während des NS-Regimes lagen bisher dagegen, zumindest für Österreich, nur wenige eingehendere Untersuchungen vor. Dies ist umso bemerkenswerter, als einerseits kaum eine Berufsgruppe so hohe Anteile von NS-Mitgliedern verzeichnete, andererseits auch der Anteil der aus ‚rassischen‘ Gründen verfolgten Berufsangehörigen im Bereich der Ärzte/Ärztinnen besonders hoch war. Zudem erscheint die Ärzteschaft als ein mit besonderen ‚Standesprivilegien‘ ausgestatteter, ‚freier Beruf‘ aufgrund dieser Position sowie ihrer professionellen Verantwortlichkeit für die menschliche Gesundheit auch im Hinblick auf Fragen nach individuellen Handlungsspielräumen unter Lebensbedingungen in totalitären Regimen ein sehr lohnendes historisches Untersuchungsfeld.

Dass entsprechende Forschungsvorhaben hierzulande dennoch lange fehlten, hat nicht zuletzt mit konkreten Arbeitsbedingungen der Wissenschaft zu tun, was in dem nunmehr erschienenen Band „Österreichische Ärzte und Ärztinnen im Nationalsozialismus“ sehr offen angesprochen wird (vgl. bes. die beiden „Statements“ von Wolfgang Schütz und Thomas Szekeres): Innerhalb der Institutionen des Gesundheitswesens selbst dominierten lange Akteure, denen an einer „Aufarbeitung“ der Geschichte der österreichischen Mediziner/-innen im Nationalsozialismus nicht gelegen war, ja, die eine solche vielfach aktiv zu verhindern suchten – oftmals mit Erfolg. Die diesbezüglichen Auseinandersetzungen um Fragen der Aufbewahrung bzw. Vernichtung von historischen Dokumenten, deren Zugänglichkeit für Forscher/-innen und andere Interessierte – insbesondere Angehörige und Nachkommen von Opfern des Nationalsozialismus – können noch keineswegs als abgeschlossen betrachtet werden.

In Wien hat allerdings die Ärztekammer selbst ab den 1990er Jahren bedeutende Forschungsprojekte zum Thema initiiert, in Kooperation mit der Universität Wien und ab deren Eigenständigkeit seit 2004 auch mit der Medizinischen Universität Wien, sowie mit dem Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes und weiteren Institutionen. Aus einer 2015 am Josephinum abgehaltenen Konferenz zum Thema „Austrian Physicians and National Socialism“ ging dann der hier vorzustellende Band hervor, der eine hervorragende Übersicht zum bisherigen Forschungsstand zum Thema „Österreichische Ärzte und Ärztinnen im Nationalsozialismus“ bietet und zweifellos den Status eines unverzichtbaren Referenzwerkes zum Thema, insbesondere was Wien betrifft, erlangen wird.

Bedauerlicherweise fehlt zwar eine Darstellung der quantitativen Ergebnisse der umfassenden, sozialhistorisch fundierten Forschungen von Michael Hubenstorf zu den politischen Affiliationen und Tätigkeiten der Ärzteschaft (vgl. aber eine Wiedergabe der vorläufigen, summarischen Resultate im Beitrag von Czech, S. 181; die lange erwartete, umfassende Publikation von Hubenstorf soll nun in Bälde vorliegen). Jedoch präsentieren mehrere Mitarbeiter/-innen der Forschungsgruppe „Ärzte und Ärztinnen in Österreich 1938–1945“ an der Universität Wien sowie andere ausgewiesene Expertinnen und Experten zentrale Forschungsergebnisse.

Diese beziehen sich insbesondere auf den nicht nur für die direkt Betroffenen existenziellen, sondern auch für die medizinische Versorgungslage der Folgezeit einschneidenden Prozess der Entrechtung und Vertreibung der jüdischen Ärzteschaft in Wien. Die betreffenden Verfolgungsmaßnahmen werden in den Beiträgen von Ilse Reiter-Zatloukal und Barbara Sauer („NS-Entrechtung österreichischer Ärzte und Ärztinnen“), Daniela Angetter und Christine Kanzler („... sofort alles zu veranlassen, damit der Jude als Arzt verschwindet“. Jüdische Ärztinnen und Ärzte in Wien 1938–1945“) auf Basis der bisherigen Forschungsliteratur sowie ausgehnter eigener Quellenstudien dargestellt. Der Emigration und dem Exil der Betroffenen widmet sich sodann der überblicksartige, die wichtigsten Teilaspekte auch in ihren quantitativen Dimensionen darlegende Beitrag Renate Feikes („Von der Diskriminierung zur Vertreibung. Verfolgung und Exil der Wiener jüdischen Ärzteschaft“). Michaela Raggam-Blesch dagegen behandelt auf Basis akribischer Recherchen ein bislang auch in der Fachöffentlichkeit fast vergessenes, ebenso historisch bemerkenswertes wie menschlich erschütterndes Thema „Zwischen Rettung und Deportation. Jüdische Gesundheitsversorgung unter der NS-Herrschaft in Wien“.

Der ‚anderen Seite‘, nämlich der Ausrichtung des Gesundheitswesens auf die Ziele der nationalsozialistischen Ideologie, widmen sich sodann der primär institutionsgeschichtlich ausgerichtete, inhaltsreiche Beitrag von Thomas Meyer („Das Wiener Modell der Rassenbiologie. Die Neuordnung der Erb- und Rassenforschung an der Universität Wien von 1938 bis 1945“), sowie die Studie von Paul Weindling, „Unser eigener ‚österreichischer Weg‘. Die Meerwasser-Trinkversuche in Dachau“. Dieser Beitrag zeichnet auf Grundlage u. a. von Gerichtsakten erstmalig und detailliert Experimente nach, die durch den Wiener Arzt Franz Josef Beiglböck 1944 in Dachau an über 50 Häftlingen, vorwiegend deutschen Sinti und Roma, vorgenommen wurden, um Präparate zur Trinkbarmachung von Meerwasser zu testen. Ein Teil der zur Teilnahme gezwungenen Personen als „Kontrollgruppen“ erhielt über mehrere – meist vier bis zwölf – Tage hindurch gar keine Nahrung und/oder kein Wasser oder nur Meerwasser zu trinken, was selbstredend schreckliche Qualen und teils schwere Erkrankungen, wahrscheinlich auch einige Todesfälle, auslöste.

Eine sehr gelungene Übersicht zur bedenklichen „Nachgeschichte“ der aktiven Involvierung eines großen Teils der österreichischen Ärzteschaft in den Nationalsozialismus gibt schließlich Herwig Czech in seinem Beitrag „Braune Westen, weiße Mäntel. Die Versuche einer Entnazifizierung der Medizin in Österreich“. Er betont zurecht die Lückenhaftigkeit schon der ersten, vergleichsweise intensiven Entnazifizierungsphase 1945–47 ebenso wie das allmähliche Wiedereindringen auch prominenter ehemaliger Vertreter der NS-Medizin (Professoren und leitende Beamte) hierzulande in Leitungsfunktionen im österreichische Gesundheitswesen der Nachkriegszeit im Kontext eines zunehmenden politisch-gesellschaftlichen Konsenses eines „Totschweigens“ der Vergangenheit im öffentlichen Diskurs im Dienste der „Reintegration“ der zahlreichen „Ehemaligen“.

Neben diesen ausführlicheren Beiträgen enthält der Band noch eine aufschlussreiche, u. a. auf wichtige Forschungsdesiderata verweisende Einleitung der beiden Herausgeber sowie mehrere kürzere „Statements“, die wohl auch aus Vorträgen anlässlich der erwähnten Konferenz 2015 hervorgegangen sind, und nicht zuletzt für die „Gegenwartsgeschichte“ der wissenschaftlichen, professionsinternen und öffentlichen Auseinandersetzungen mit der NS-Vergangenheit aufschlussreich sind.

Eine von Christine Schindler verfasste, informative Übersicht über die Gesamtheit der aktuellen Tätigkeiten des DÖW als „Ein lebendiger Ort der Erinnerung“ schließt den Band ab. Der Sammelband „Österreichische Ärzte und Ärztinnen im Nationalsozialismus“ ist eine gelungene Publikation zu den mittlerweile ebenso umfang- wie ertragreichen Forschungsaktivitäten zum Thema, welches dem weiteren geschichtswissenschaftlichen Diskurs grundlegende Einsichten und wichtige Detailinformationen liefert, darüber hinaus hoffentlich aber auch breitere, öffentliche Diskurse zur NS-Vergangenheit in Österreich erreichen wird.

Henrik Eßler, Hamburg (Rez.)

**Sonja WALCH, Triebe, Reize und Signale.
Eugen Steinachs Physiologie der Sexualhormone.
Vom biologischen Konzept zum Pharmapräparat, 1894–1938**
(= Wissenschaft, Macht und Kultur in der modernen Geschichte 8
Wien u.a. 2016: Böhlau), 276 S., EUR 40,00.
ISBN 978-3-2052-0200-4

Kaum ein Thema hat zuletzt für derart hitzige Debatten gesorgt wie das Geschlecht: vom Streit um das „Gender Mainstreaming“, die rechtliche Identität von Intersexuellen bis hin zur #metoo-Bewegung in den sozialen Medien. Nicht selten liegen diesen gesellschaftlichen Auseinandersetzungen grundsätzliche Fragen nach der biologischen bzw. sozialen Konstruktion von Geschlecht zugrunde. Viele der Annahmen und Erkenntnisse, die unsere heutigen physiologischen Vorstellungen von Geschlecht und Sexualität nachhaltig geprägt haben, wurden in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts konstituiert. Während in Berlin Magnus Hirschfeld (1868–1935) seit 1919 mit seinem Institut für Sexualwissenschaft Bekanntheit erlangte, verkörperte in Wien der Physiologe Eugen Steinach (1861–1944) mit der Biologischen Versuchsanstalt den Aufbruch in die moderne Wissenschaft vom geschlechtlichen Körper.

Letzterer erlangte zeitweise eine solche mediale Aufmerksamkeit, dass sein Name als Verb gebräuchlich wurde: Wer überlegte, sich „steinachen“ zu lassen, bezog sich damit auf eine spektakuläre Operation des Wiener Mediziners. Ihr Ziel: die „Verjüngung durch experimentelle Neubelebung der alternden Pubertätsdrüse“ – so auch der Titel seines 1920 publizierten Hauptwerks, das weltweites Aufsehen erregte. Der vermeintlich erste Schritt zur naheliegenden Verwirklichung des Menschheitstraumes vom ewigen Leben machte Steinach schlagartig berühmt. Gleich mehrfach berichtete die New York Times, 1922 nahm sich die UFA mit einer Filmproduktion seiner Forschung an.

Anlass genug also, sich einer umfassenden Biografie des Protagonisten zu widmen. In ihrer nun veröffentlichten Dissertation beschränkt sich die Pharmazeutin und Wissenschaftshistorikerin Sonja Walch jedoch keineswegs auf die spektakuläre Lebensgeschichte des zunächst gefeierten, später aufgrund seiner jüdischen Wurzeln verfolgten Forschers. In wissenschaftshistorischer Perspektive richtet das Buch seinen Fokus auf die ganz konkrete Forschungstätigkeit Steinachs im Verlauf seines Werdegangs. Wurde dieser in der bisherigen Forschungsliteratur zwar keineswegs ignoriert, waren es jedoch allenfalls Teilaspekte seiner Karriere, die im Vordergrund standen. Diskutiert wurde Steinachs Forschung zunächst insbesondere im Zusammenhang mit Gender-Theorien.¹ Nachdem sich insbesondere Heiko Stoff zudem den Verjüngungsexperimenten Steinachs und ihrer breiten Rezeption gewidmet hat,² weitet Sonja Walch den Blickwinkel ihrer Darstellung auf die übrigen Schaffensphasen des Forschers aus.

1 Vgl. etwa Anne FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body. Gender Politics and the Construction of Sexuality* (New York 2006).

2 Vgl. Heiko STOFF, *Ewige Jugend. Konzepte der Verjüngung vom späten 19. Jahrhundert bis ins Dritte Reich* (Köln 2004).

Im Zentrum steht hier die Entwicklung der Sexualhormone „vom biologischen Konzept bis hin zu einem Pharmapräparat“ (S. 245). Dabei spielt Steinachs Zusammenarbeit mit dem deutschen Pharmaunternehmen Schering eine wichtige Rolle, in deren Zusammenhang unter dem Namen Progynon das erste künstlich hergestellte Sexualhormon entwickelt wurde. Dem theoretischen Ansatz Hans-Jörg Rheinbergers folgend, betrachtet die Autorin Steinachs wesentliche Forschungsobjekte, zu deren wissenschaftlicher Konstituierung er maßgeblich beitrug, als „epistemische Dinge“. Im Sinne des Konzeptes von „boundary objects“ erörtert Walch dabei die im Verlauf stetig wechselnden Identitäten und Bedeutungszuschreibungen von materiellen und immateriellen „Dingen“, die Steinach abhängig vom Forschungskontext etwa als „Pubertätsdrüse“, „inneres Sekret“ oder „Hormon“ (S. 128) bezeichnet.

In seiner Narration ist das Buch überwiegend chronologisch aufgebaut und in vier Abschnitte geteilt: Nachdem zunächst Steinachs immerhin rund 20-jährige elektrophysiologische Schaffensphase dargestellt wird, bilden zwei Kapitel zur Endokrinologie und zur Pharmakologie den Schwerpunkt der Darstellung. Eher als kurzer Epilog liest sich schließlich der vierte Abschnitt zu „Vertreibung und Exil“, der lediglich 15 Seiten einnimmt. Die Fokussierung der Darstellung wechselt innerhalb der thematischen Kapitel zwischen dem Mikrokosmos der konkreten Forschung im Labor und einem weiteren Blick auf den institutionell-kulturhistorischen Rahmen, sodass Steinachs Experimente und deren Ausrichtung stets mit ihrem Kontext gekoppelt werden.

Walch gelingt es dabei, den Wandel von eher mechanistisch geprägten physiologischen Körpermodellen hin zum Grundverständnis einer sich konstituierenden Endokrinologie im Großen wie im Kleinen nachvollziehbar zu machen. So versuchte Steinach etwa zunächst noch, den Geschlechtstrieb beispielsweise bei Fröschen als „Impuls“, „Instinkt“ oder „Reflex“ zu verstehen, bevor er diesen als Folge innerer Sekretion zu interpretieren begann. In ebendiesem Zusammenhang verdeutlicht sie die Veränderung bzw. Neukonstruktion der für Steinach und seine Zeitgenossen unsichtbaren epistemischen Dinge, „wie dieselben im Laufe des Forschungsprozesses überhaupt erst Teil der wissenschaftlich untersuchten Wirklichkeit wurden und an Gestalt gewannen“ (S. 128). Schrittweise habe Steinach ausgehend von einem Nachweis der „Pubertätsdrüsen“ – deren Zellen bereits mikroskopisch sichtbar zu machen waren – die Existenz und die Wirkung der dort abgesonderten inneren Sekrete als wissenschaftliche Tatsache etabliert, bevor er schließlich deren Funktion als Botenstoffe bzw. „Hormone“³ beschrieb.

Gänzlich neu und eine der wesentlichen Stärken der Arbeit ist der Einbezug der frühen elektro- und neurophysiologischen Forschungen Steinachs, die Walch als eine der Voraussetzungen für seine späteren Ansätze und Entwicklungen interpretiert. Die zentrale Stellung des Experimentes in der Laborumgebung für seine Forschungspraxis beruhe auf diesen Vorarbeiten, sei aber auch kennzeichnend für viele Laborwissenschaftler seiner Zeit. Steinachs Forschung sei „in den für wissenschaftliches Arbeiten charakteristischen verschlungenen Bahnen“ verlaufen: „Seine gesamte Tätigkeit war ebenso geprägt von zufälligen Beobachtungen und intuitivem Handeln wie rationalen Überlegungen, Rückschlägen und Erfolgen, Neuausrichtung und Umorientierung und der Anpassung an institutionelle, technische, epistemische und experimental-systematische Rahmenbedingungen“ (S. 65).

3 Die Bezeichnung hatten 1905 die britischen Wissenschaftler Ernest Starling und William Maddock Bayliss eingeführt und aus dem Altgriechischen abgeleitet (*hormān* = antreiben, erregen).

Wie Sonja Walch verdeutlicht, verlief die Anwendung neuer Erkenntnisse für therapeutische Zwecke nicht lediglich als Umsetzung von Experimentalwissen, sondern vielmehr parallel zu weiteren Versuchen. In einigen Fällen verkehrte sich die Vorgehensweise gar ins Gegenteil, sodass erst nachträglich die eigentliche Beweisführung und Rechtfertigung des „therapeutischen“ Handelns angestellt wurde – mit zum Teil fragwürdigen Ergebnissen. So steht insbesondere der vermeintliche Nachweis organischer Ursachen für Homosexualität ganz im Licht zeitgenössischer Geschlechterdiskurse. Ebendiese Abhängigkeit der Experimentalanordnungen von prinzipiellen Vorannahmen arbeitet Walch aufschlussreich heraus.

Abgesehen von den damit verknüpften Problemen einer „Heilung“ von Homosexualität oder Geschlechtsumwandlungen, thematisiert das Buch auch die ethische Problematik der zahlreichen Menschenversuche in Steinachs Karriere. Während der zeitliche Kontext und die allgemeine Rolle von Therapievorsuchen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts eingehend dargestellt werden, umgeht Walch eine tatsächliche Bewertung der Experimente Steinachs jedoch galant. Auch die geschilderten – sicherlich zeitgenössisch üblichen – Tierversuchsmethoden (z. B. Vivisektionen) bleiben in dieser Hinsicht unkommentiert. Walchs Aussage, Steinach habe „bei der Wahl der Versuchsmethode keine Unterschiede zwischen Tieren und sich selbst oder anderen Menschen“ gemacht, liest sich angesichts dessen fast ironisch (S. 46).

Etwas unbefriedigend hinterlässt die Autorin ihre Leser/-innen leider mit dem recht knappen Fazit. So lassen sich die äußerst allgemein formulierten Thesen kaum ohne Rückgriff auf das jeweilige thematische Kapitel nachvollziehen. Etwas mehr Prägnanz bzw. die Einbettung konkreter Beispiele hätte an dieser Stelle nicht geschadet. Insgesamt bietet das Buch jedoch sehr eindrückliche Einblicke in die Tätigkeit einer schillernden Forschungspersönlichkeit, die mit ihrem epistemologischen Fokus deutlich über eine klassische Biografie hinausgehen. Wenn es auch sprachlich bisweilen recht akademisch daherkommt, kann das Buch trotzdem auch für ein breiteres Publikum zur Lektüre empfohlen werden.

Christoph Schwamm, Berlin (Rez.)

Historia Hospitalium
Jahrbuch der Deutschen Gesellschaft für
Krankenhausgeschichte 30 (2016/17),
Themenheft: Geschichte der Pflege im Krankenhaus
hg. von Karen NOLTE / Florian BRUNS /
Christina VANJA / Fritz DROSS
(Berlin 2017: LIT Verlag), 552 S., EUR 59,90.
ISBN 978-3-643-13791-3

„Die Aufsätze des vorliegenden Schwerpunktheftes geben Einblick in die Vielfalt pflegerischer Tätigkeiten und Konzepte [...] Doch wird zugleich der noch große Forschungsbedarf im Bereich der krankenhausbezogenen Pflegegeschichte deutlich.“ Diesen Worten der Herausgeber/-innen des Schwerpunkthemas, namentlich Karen Nolte, Christina Vanja, Florian Bruns und Fritz Dross, kann an dieser Stelle zunächst einmal nur beigespflichtet werden. Unsere Gesellschaft bringt ihren Pflegekräften nicht gerade die Wertschätzung entgegen, die angesichts der Bedeutung ihrer Arbeit angemessen wäre. Dies wird derzeit (wieder einmal) vermehrt festgestellt. Die näher rückende „Überalterung“ und der jetzt schon akute Fachkräftemangel sind vermutlich der Grund für das unvermittelte Medieninteresse. Abseits solcher periodisch wiederkehrenden Alarmrufe bleibt die Bedeutung der Pflegearbeit unsichtbar.

Dies spiegelt sich auch in der Historiografie wider: Die ärzte- und wissenschaftszentrierte Medizingeschichte kann zwar die Disziplin schon lange nicht mehr für sich alleine beanspruchen. Und die (mit modernen geschichtswissenschaftlichen Methoden betriebene) Erforschung der Pflege existiert nun ebenfalls schon einige Jahrzehnte. Vergleichsweise große weiße Flecken auf der Landkarte der Pflegegeschichte bestehen jedoch nach wie vor. Eine Vielzahl von Themenbereichen wartet noch darauf, erschlossen, erarbeitet und zu einem kohärenten Feld verknüpft zu werden. Vergleichsweise schwierig ist dies, weil die Pflegegeschichte mit einer notorisch komplexen Quellenlage zu arbeiten hat. So fällt es denn auch beim vorliegenden Band schwerer als bei vergleichbaren Sammelwerken, die verschiedenen Texte miteinander in Bezug zu setzen, ihnen einen Platz auf der Karte zuzuweisen.

So reiht sich Birgit Seemanns Beitrag über die jüdischen Krankenhäuser Frankfurts in die Reihe von Arbeiten ein, in denen Pflege im Kontext von Religion bzw. Konfession untersucht wurden. Sue Hawkins' englischsprachiger Beitrag über die „Lady Nurses“ steht in der Tradition frauen- bzw. geschlechtergeschichtlicher Arbeiten zur Geschichte der Pflege. Anna Urbach beschäftigt sich mit der Herausbildung der Tätigkeitsfelder von Psychiatriepflegern am Beispiel der Krankenschwestern in Epilepsieanstalten. Die extremen Bedingungen für Pflegenden und deren Patientinnen und Patienten in den „Ausländerkrankenhäusern“ in Berlin während des Zweiten Weltkrieges arbeitet Bernhard Bremberger heraus. Isabel Atzl hingegen zeigt in einem methodisch wie inhaltlich aufschlussreichen Text das Potenzial eines objektorientierten Ansatz-

zes für die Geschichte der Pflege auf. Die angesichts der vielfältigen Beiträge unterbleibende Synthese all dieser Forschungsimpulse fällt dabei keinesfalls negativ ins Gewicht. Es ist vielmehr sehr erfreulich zu sehen, wie lebendig die Pflegegeschichte ist und wie ein Band wie dieser auch aktuellen Diskussionen historische Tiefenschärfe zu verleihen vermag.

Den Autorinnen und Autoren gelingt es, ihren Fragestellungen mit Sinn für Innovation und Relevanz nachzugehen. Dies ist keinesfalls selbstverständlich. Denn meist orientieren auch sie sich an den beiden traditionellen Fixsternen der Pflegegeschichte, erstens der Berufswerdung und zweitens der gesellschaftlichen Stellung von Frauen.

Am offenkundigsten ist der Brückenschlag von traditionellen Themen zu innovativen Ansätzen bei Isabel Atzls Beitrag über „Pflegedinge“. Atzl zeichnet die Geschichte materieller Gegenstände (hier: Fieberthermometer und Patientenwaagen) in ihrem kulturellen Kontext über mehrere Jahrzehnte nach. Dadurch gelingt es ihr, die berufliche Entwicklung der Krankenpflege im Verhältnis zur Ärzteschaft alltagsgeschichtlich zu rekonstruieren. Insbesondere Letzteres ist bemerkenswert, da sie dies anhand von normativen Quellen, nämlich Pflegelehrbüchern, bewerkstelligt, die sie gewissermaßen gegen den Strich liest. Ein solches Vorgehen verspricht angesichts der notorischen Unsichtbarkeit pflegerischer Arbeit in alltagsgeschichtlichen Quellen auch für andere Bereiche ertragreich zu sein.

Die Nachzeichnung der Berufswerdung durch die Analyse von Alltagspraktiken ist auch Gegenstand des Beitrages von Anna Urbach. Sie beschreibt, wie Wärter in „Epileptikeranstalten“ in den letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts in der Beobachtung und Notierung psychopathologischer Symptome geschult wurden. Diese Wärter wurden dadurch zu Vorreitern der Psychiatriepflege. Das alleine ist schon ein bemerkenswerter Befund. Es ist darüber hinaus jedoch auch von Bedeutung, dass nach den zahlreichen medizinhistorischen Veröffentlichungen der vergangenen Jahre über sogenannte psychiatrische Aufschreibesysteme auch die Geschichte der Menschen berücksichtigt wird, die hier eigentlich beobachtet und alles aufgeschrieben haben, nämlich die Pfleger.

Die Frage nach männlichen Krankenpflegern stellt sich im Falle der Psychiatrie traditionell dringlicher als in den restlichen Bereichen der Krankenpflege. Auch Anna Urbach geht darauf ein. Sie beschreibt, wie an der Landesanstalt in Hochweitzschen (Königreich Sachsen) seit 1888 eine Krankenpflegeschule für Männer entstanden war. Dies ist gerade angesichts von aktuellen Bemühungen, mehr Männer für den Pflegeberuf zu gewinnen, erfreulich. Es spricht für die oben erwähnte Innovationsbereitschaft der Autorinnen und Autoren, dass sich eine Sensibilität für dieses Thema auch an anderen Stellen findet. Am deutlichsten wird dies am Beispiel von Sue Hawkins' Beitrag über die britischen „Lady Nurses“ gegen Ende des 19. Jahrhunderts. Hawkins geht, wie mittlerweile viele Autorinnen und Autoren auch hierzulande, davon aus, dass die sogenannte Feminisierung der Pflege nicht lediglich Teil einer patriarchalen Eindämmungspolitik gegen Frauen war. Letzteren bot sie für diese Zeit ungewöhnliche Freiräume abseits der häuslichen Sphäre. Die Selbststilisierung der „matrons“ als „good victorian woman“ war also auch eine Ermächtigungsstrategie. Dass diese Strategie Schattenseiten hatte, beschreibt Hawkins treffend. Ausgeschlossen waren Frauen aus niedrigeren sozialen Schichten und männliche Krankenpfleger. Es spricht für Hawkins, dass sie diese Tatsachen nicht nur en passant erwähnt, sondern kontrastiv dem traditionellen pflegehistorischen Narrativ gegenüberstellt. In diesem tauchen Pfleger entweder überhaupt nicht erst auf oder lediglich als Erfüllungsgehilfen des Patriarchats.

Birgit Seemann zeichnet so detailliert wie kohärent in guter Wissenschaftsprosa die Geschichte des orthodox-jüdischen Gumpertz'schen Siechenhauses in Frankfurt am Main zwischen 1888 und 1941 nach. „Die systematische ‚Entjudung‘ der Gumpertz'schen Liegenschaften durch die Nationalsozialisten vernichtete [...] ein über Jahrzehnte gewachsenes Projekt jüdischer und jüdisch-christlicher Pflege [...]“. Circa ab diesem Zeitpunkt bis zum Ende des Krieges arbeiteten in Berlin Pflegekräfte, die aus den besetzten Gebieten in improvisierte Krankenhäuser bzw. Lager verschleppt worden waren. Deren Geschichte hat Bernhard Bremberger trotz einer äußerst fragmentierten Quellenlage lebendig rekonstruiert.

Zu kritisieren gäbe es an den Beiträgen allenfalls Einzelheiten. Mehr als Ergänzungsvorschlag sei bemerkt, dass man über die Akteursgruppe der Patientinnen und Patienten bisweilen gerne noch mehr erfahren hätte. Bernhard Bremberger, der für seine Recherchen auch einzelne Erlebnisberichte von Patienten der Ausländerkrankenhäuser ausgewertet hat, ist hier eine lobenswerte Ausnahme. Birgit Seemann beschreibt zwar das Verhältnis von Pflegenden und Patienten des Gumpertz'schen Siechenhauses als besonders egalitär und unhierarchisch. An dieser Stelle hätte sich der Rezensent jedoch eine etwas tiefer gehende Diskussion der Quellen gewünscht.

Dafür stehen Patientinnen und Patienten als eigenständige Akteure ganz im Mittelpunkt des verbliebenen wissenschaftlichen Teils des Bandes. In Valencia fand 2016 die European Social Science History Conference (ESSHC) statt. Hier stellten sich die Teilnehmer eines von Christina Vanja organisierten Panels die Frage: „Hospital Inmates in the Early Modern Society – Winners or Losers?“ Patienten sind in der Sozial- und Kulturgeschichte der Medizin die längste Zeit als Verlierer gezeichnet worden. Zunächst waren sie Spielbälle eines obrigkeitlichen Gesundheitswesens. In jüngerer Zeit erscheinen sie meist als scheinautonome Untertanen der Foucault'schen Biomacht. Die Teilnehmer/innen des Panels verwarfen diese Befunde keinesfalls. Sie wiesen jedoch darauf hin, dass für die Patientinnen und Patienten selbst ein Aufenthalt in den Krankenhäusern mitunter überaus ambivalent war. So zeigte Fritz Dross, wie durchlässig die Isolierung der Leprakranken in Nürnberg vom Spätmittelalter bis zur Frühen Neuzeit tatsächlich sein konnte. Sarah Pichlkaster wies auf die vielfältigen ökonomischen Tätigkeiten des Wiener Bürgerspitals in der frühen Neuzeit hin: Bierbrauen, Weinherstellung, Geldverleih. Irmtraut Sahmland verglich die Zuwendungspraxis der hessischen Hohen Spitäler an Insassen und Empfänger außerhalb der Mauern. Alfred Stefan Weiss arbeitete die Spielräume von Insassen der Ordenskrankenhäuser im Österreich des 18. Jahrhunderts heraus – schwach, aber keinesfalls unbedeutend wie „Bauern im Schachspiel“. Martin Scheutz fasste die Beiträge zusammen. Er kam zu dem Schluss, dass Insassen von Hospitälern grundsätzlich aktiv an der Gestaltung ihres Aufenthaltes teilhaben konnten. Sie kannten durchaus ihre Rechte und fanden Wege, Verantwortliche zu beeinflussen. Die Tatsache, dass diese Häuser eher Wirtschaftsunternehmen als heutigen Versorgungseinrichtungen glichen, trug nicht unwesentlich zu dieser *agency* bei.

Der Gesellschaftsteil des Bandes beinhaltet größtenteils Beiträge zu den vergangenen beiden Symposien der Gesellschaft 2015 in Salzburg und 2016 in Magdeburg. In Salzburg lautete das Thema „Hospitaltypen und Krankenhäuser im Alpenraum in der Neuzeit“. Zeitlich behandeln die zwölf Beiträge bis auf einige Ausnahmen das Spätmittelalter und die frühe Neuzeit. Der Titel der Veranstaltung in Magdeburg lautete „Neue Medizin in alten Mauern? Krankenhaus und Denkmalpflege“, ein Thema, zu dem sechs Aufsätze Eingang in den Band gefunden haben. Es folgt die Vorstellung des Preisträgers und der Preisträgerin des Förderpreises der

Gesellschaft 2016. Diesen erhielten Ole Dohrmann für seine Arbeit zur „Entwicklung der medizinischen Dokumentation im Charité-Krankenhaus zu Berlin am Beispiel der psychiatrischen Krankenakten von 1866 bis 1945“ sowie Verena Kruza für „Unbekannte Denkmale der Medizingeschichte: Der Operationsbunker mit Rettungsbunker im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf“. Der Band schließt mit insgesamt zehn Rezensionen aktueller einschlägiger Publikationen.

Gerhard Baader, Berlin (Rez.)

Peter SCHWARZ,
Julius Tandler zwischen Humanismus und Eugenik.
(Wien 2017: Edition Steinbauer), 319 S., EUR 29,00.
ISBN 978-3-902494-82-5

Lange galt Julius Tandler ausschließlich als der Protagonist einer sozialdemokratischen Wohlfahrtspolitik im „Roten Wien“. Seine Äußerungen zu einer eliminatorischen Eugenik, wenn nicht gar Rassenhygiene, wurden nicht nur von seinem Biografen Karl Sablik (1983), auf den sich auch Peter Schwarz in biografischer Hinsicht bezieht (S. 15), lediglich beiläufig behandelt. Erst seit Doris Byer (1988) diese Seite tandlerschen Denkens auch in seiner Wohlfahrtspolitik zu finden glaubte, ist die Diskussion um diesen Aspekt auch in der Öffentlichkeit nicht zur Ruhe gekommen. Anknüpfend an die wissenschaftliche Kritik bei Doris Byer hat seit den 1990er-Jahren eine „mitunter sehr einseitig und undifferenziert geführte politische Diskussion“ eingesetzt, die „die Problematik verzerrte und für Agitationen missbrauchte“ (S. 11). Das gilt insbesondere für die „grobe Geschichtsfälschung“ (S. 194), „die aus dem FPÖ-Beschlussantrag an den Wiener Gemeinderat vom 25. Juni 2012 betreffs der Anbringung von Gedenktafeln am Julius-Tandler-Platz im 9. Wiener Gemeindebezirk spricht, in denen auf die ‚verhängnisvolle Rolle Julius Tandlers als Vorreiter der NS-Politik betreffend die Auslöschung des damals so bezeichneten ‚lebensunwerten Lebens‘ hingewiesen werden sollte“. Versachlicht wurde dieser Diskurs um Tandler 2013 mit dem Gutachten der von Oliver Rathkolb geleiteten Historikerkommission zu den Straßennamen Wiens seit 1860 als politische Erinnerungsorte. In ihm wurde Tandler „vollkommen zu Recht nicht zum historisch belasteten Personenkreis gezählt“, jedoch wegen der eugenischen Positionen Tandlers „weiterer Diskussionsbedarf konstatiert“ (S. 196).

Somit war „eine seriöse wissenschaftliche Behandlung dieses Themas dringend“ (S. 11) geboten. 2013 hat daher der Zukunftsfonds der Republik Österreich einen Forschungsauftrag an den bis 2012 am Dokumentationsarchiv des Österreichischen Widerstands tätigen Peter Schwarz in Auftrag gegeben, um „die eugenischen Aussagen und Thesen Tandlers im Gesamtzusammenhang seiner wissenschaftlichen Positionen und vor der Folie medizin- und wissenschaftsgeschichtlich relevanter Voraussetzungen zu bewerten und im eugenischen Diskurs der Zwischenkriegszeit zu verorten“ (S. 11). Dessen Ergebnisse bilden die Grundlage der rezensierten Veröffentlichung.

Es ist das Verdienst dieser Arbeit, dass Peter Schwarz unter Verweis auf bisherige Forschungen seit Karl Sablik seinen Untersuchungen eine Darstellung der Person und des Lebenswerkes von Julius Tandler als Sozialmediziner voranstellt (S. 17–31) und in einem Abschnitt über den Reformpolitiker Tandler weiter vertieft (S. 84–129). Für Tandlers wissenschaftliche Positionen beruft er sich ausdrücklich (S. 32) auf die Beiträge in dem von Veronika Hofer, Thomas Mayer und dem Rezensenten herausgegebenen Band „Eugenik in Österreich“ (2007). Dieser „Eugenik und Rassenhygiene in Österreich vor 1938: Genese, Strukturen, Protagonisten und Diskurse“ widmet Peter Schwarz einen eigenen großen Abschnitt, der kaum Lücken

aufweist (S. 130–184). Was Tandler angeht, so sind seine Positionen geprägt – und damit steht Peter Schwarz im Konsens mit der bisherigen Forschung – „von einem Amalgam aus medizinisch-anatomischen, sozialdarwinistischen, bevölkerungspolitischen, konstitutionsbiologischen und eugenischen bzw. rassenhygienischen Sichtweisen sowie von Versatzstücken der Degenerationslehre und Ideen der sozialamarckistischen Menschenökonomie im Sinne Rudolf Goldscheids“. Damit oszillierte sein Denken „zwischen humanitärem, sozialem Engagement einerseits und eindeutig eugenisch-rassenhygienischen Vorstellungen bzw. Intentionen andererseits“ (S. 32). Wegen dieser Verschränkung von Bevölkerungspolitik und Menschenökonomie auf der Grundlage menschenökonomischer Logik erschienen Tandler „die Ausgaben für ‚Minusvarianten‘ – unheilbar Kranke, psychisch Kranke, Behinderte, Alkoholiker etc. – im Sinne eines wirtschaftlichen und bevölkerungspolitischen Kosten-Nutzen-Kalküls als Fehlinvestition“ (S. 53). Doch hielt er anders als die radikalen Rassenhygieniker auch „unproduktive“ Ausgaben aus ethischen und humanitären Gründen für gerechtfertigt. „Humanität und Gerechtigkeit“ – so Tandler – „befehlen uns, auch für die Alten und Gebrechlichen, für die Siechen, für die Irren zu sorgen. Der größte Teil dieser Ausgaben ist unproduktiv, ist rein humanitär. Das Wohlfahrtsbudget eines Landes ist erst vom Standpunkt der Bevölkerungspolitik in Ordnung, wenn die produktiven Ausgaben die humanitären überwiegen“ (S. 51).

Doch bald verwendete auch Tandler Begriffe (S. 51) aus dem Instrumentar der radikalen deutschen Rassenhygieniker, etwa „lebensunwert“. Peter Schwarz zeigt überzeugend, wie Tandler sich damit in seinem wissenschaftlichen Ansatz im eugenisch-rassenhygienischen Paradigma seiner Zeit bewegte, wenn er die Gefahren der „Minderwertigkeit“ betonte, andererseits jedoch bei seinem eugenischen Maßnahmenkatalog stets auf strenge Wissenschaftlichkeit rekurrierte, besonders angesichts „der Begrenztheit der erbpathologischen Kenntnisse der damaligen Medizin“ (S. 54). Zwar hat sich auch Tandler den radikalen Forderungen deutscher Rassenhygieniker nach Sterilisation und „Ausmerze“ des erblich Minderwertigen, wenn auch als Zukunftsprojekt, nicht ganz verschlossen. Doch weist Peter Schwarz zu Recht darauf hin, dass Tandlers Auseinandersetzung mit der „Freigabe lebensunwerten Lebens“ im Anschluss an „Versatzstücke“ des radikalen deutschen rassenhygienischen Diskurses (S. 54), etwa der haekelschen Spartanerdebatte (S. 57, 189) und Binding-Hoche (S. 53 f.), stattfand. Doch lehnte er die Übertragung der spartanischen Praxis auf die Gegenwart aus humanitären Gründen ebenso dezidiert ab wie die Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens ab 1932 (S. 58, 189). Denn das gesamte Bestreben der Eugenik – das stand für Tandler fest – müsse „nur auf zwei Momente hinauslaufen: die Gesunden, die voll beanspruchbaren in der Fortpflanzung zu begünstigen, die Minderwertigen von ihr auszuschließen (S. 54). So wurde in der Wiener „Gesundheitlichen Beratungsstelle für Ehebewerber“ positive Eugenik auf freiwilliger Basis verfolgt (S. 54). Ebenso war es bei der Diskussion um die mögliche Einführung der eugenischen Sterilisation. Sie „knüpfte Tandler analog zur Eheberatung an die Freiwilligkeit bzw. die Zustimmung der betroffenen Personen“ (S. 55), wobei Tandlers „lamarckistisch-konstitutionsmedizinischer Ansatz, dass ‚konditionelle (erworbene) Eigenschaften der Eltern zu konstitutionellen (ererbten) Eigenschaften der Kinder werden können, [...] Tandler [...] eigentlich die wissenschaftliche Legitimation für die politische Umsetzung seiner großen Sozialreformen in Wien geliefert“ hat, im Einklang mit „Goldscheids Menschenökonomie“ (S. 59).

Im folgenden Abschnitt, den Peter Schwarz dem Politiker Tandler widmet (S. 61–83), geht der Autor der Frage nach, inwieweit sich die zum Teil problematischen und aus der Rassenhygiene entlehnten Termini bzw. bevölkerungspolitischen und eugenischen wissenschaftlichen

Positionen Tandlers in seinen Reden als amtsführender Stadtrat für das Wohlfahrtswesen der Stadt Wien und im Wiener Gemeinderat niederschlugen. Peter Schwarz stellt dabei fest, dass in den Beiträgen Tandlers zum Budget des städtischen Wohlfahrtswesens im Gemeinderat, besonders insoweit sie im Zusammenhang mit dem Verhältnis von produktiven zu unproduktiven Ausgaben im Wohlfahrtswesen stehen, eugenische Elemente immer mehr zurücktreten und durch eine Argumentation im Sinne von Goldscheids Menschenökonomie ersetzt werden. Im Gegensatz zu Doris Byer betont Peter Schwarz in diesem Zusammenhang, „dass die von Tandler angestrebte bevölkerungspolitisch gerechte Bilanzierung des Budgets vor der Wirtschaftskrise der 30er-Jahre kaum Auswirkungen auf die Praxis der Wohlfahrtspflege hatte“.

In Konsens mit der bisherigen Forschung betont Peter Schwarz zusammenfassend zu Recht, dass für die österreichische sozialdemokratische Eugenik gilt, dass in ihr und damit auch bei ihrem Protagonisten Julius Tandler „positive Eugenik-Konzepte, die auf eine Förderung der bevölkerungspolitisch als ‚wertvoll‘ eingestuften Mitglieder der Gesellschaft abzielten [...], einen deutlich höheren Stellenwert als negative eugenische Programme“ (S. 185) hatten. Dazu kam, dass, anders als in Deutschland mit seinen neodarwinistischen Ansätzen, die konstitutionsbiologischen und neo-lamarckistischen Ansätze bei Tandler den Weg zur Wohlfahrtspolitik im „Roten Wien“ ebneten. Andererseits waren diese österreichischen sozialdemokratischen Eugeniker „spätestens in der zweiten Hälfte der 1920er-Jahre vom Mainstream der neodarwinistisch orientierten (deutschvölkischen) Eugeniker bzw. Rassenhygieniker auch in Wien marginalisiert“. Denn „die Vertreter der radikalen Rassenhygiene waren in Österreich fast ausnahmslos in den drei deutschnational-völkisch orientierten Gesellschaften für Rassenpflege (bzw. Rassenhygiene) in Oberösterreich, Graz und Wien konzentriert. Die Vertreter dieser Gesellschaften positionierten sich extrem in Richtung negativer Eugenik und verbanden rassenhygienisches mit antisemitisch rassistischem Gedankengut“ (S. 186 f.). „Nach dem ‚Anschluss‘ Österreichs an Hitlerdeutschland im März 1938“ – so Peter Schwarz – „kam das rassenhygienische Gedankengut, wie es in der Wiener Gesellschaft für Rassenpflege vertreten wurde, in sämtlichen staatlichen Bereichen zum Durchbruch“ (S. 187). Julius Tandler selbst, der „Sozialdemokrat, Jude und Freimaurer, der Anatom, Arzt, Lehrer und Dekan, der Konstitutionsforscher, Lamarckist, Menschenökonom und Eugeniker, Unterstaatssekretär, Wiener Gesundheitsstadtrat, Sozialreformer und Begründer des Wohlfahrtsstaats“ (S. 199) war schon 1936 in der Emigration in der Sowjetunion gestorben.

Insgesamt ist es Peter Schwarz gelungen, mit dieser Arbeit ein facettenreiches Bild von Julius Tandler zwischen Humanismus und Eugenik zu entwerfen. Abgeschlossen wird das Werk durch Daten zu Tandlers Biografie und Nachwirkung (S. 202–204), Auszüge aus Schriften Tandlers im Kontext von Eugenik und Rassenhygiene (S. 205–210) sowie Anmerkungen, die oft den Charakter von Exkursen haben (S. 211–283) und den schon erwähnten Abschnitt „Eugenik und Rassenhygiene in Österreich vor 1938“ (S. 130–184). Somit erreicht diese Arbeit in ausgezeichneter Weise das, was Wolfgang Neugebauer in seinem Vorwort formuliert hat: „Es ist Peter Schwarz gelungen, die schwierige Balance zwischen der notwendigen radikalen Kritik und der Anerkennung der historischen Verdienste und Leistungen dieses wichtigen Wiener Kommunalpolitikers zu halten und so ein seriöses und alle Facetten umfassendes Bild der Gesamtpersönlichkeit Tandlers zu vermitteln“ (S. 10).

.....

Verein für Sozialgeschichte der Medizin – Basisinformationen

.....

Vereinsadresse

Verein für Sozialgeschichte der Medizin
Georgstraße 37
1210 Wien
Österreich
ZVR-Nr.: 745805986
Homepage: www.sozialgeschichte-medizin.org
E-Mail: verein@sozialgeschichte-medizin.org

Vereinskonto

Verein für Sozialgeschichte der Medizin
IBAN: AT05 6000 0005 1008 9693
BIC: OPSKATWW

Vorstand

Präsidentin: MMMag.^a Dr.ⁱⁿ Elisabeth Lobenwein, (Klagenfurt)
Stv. Präsident: PD Dr. Carlos Watzka, (Graz)
Stv. Präsidentin: Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Dietrich-Daum, (Innsbruck)
Sekretär: Ass. Prof. Dr. Alfred Stefan Weiß, (Salzburg)
Stv. Sekretärin: Mag.^a Dr.ⁱⁿ Maria Heidegger, (Innsbruck)
Stv. Sekretärin: Mag.^a Dr.ⁱⁿ Gabriele Dorffner, (Wien)
Finanzreferent: Mag. Dr. Andreas Golob, (Graz)
Stv. Finanzreferentin: Mag.^a Dr.ⁱⁿ Marina Hilber, (Innsbruck)
Stv. Finanzreferent: Mag. Dr. Alois Unterkircher, (Ingolstadt)

Wissenschaftlicher Beirat

Assoz. Prof.ⁱⁿ PD DDr.ⁱⁿ Sonia Horn, Ehrenpräsidentin, (Wien)
Prof. Dr. Gerhard Baader, (Berlin)
Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Gunda Barth-Scalmani, (Innsbruck)
PD Dr. Fritz Dross, (Erlangen)
Dr.ⁱⁿ Elke Hammer-Luza, MAS, (Graz)
Prof. Dr. Robert Jütte, (Stuttgart)
Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christine Marosi, (Wien)
Prof. DDr. Werner Mohl, (Wien)
Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Irmtraut Sahmland, (Marburg)
Prof. Dr. Martin Scheutz, MAS, (Wien)
Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christina Vanja, (Kassel)
Dr.ⁱⁿ Sabine Veits-Falk, (Salzburg)
Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Claudia Wiesemann, (Göttingen)

Vereinsziele

Förderung der Forschung und Vermittlung von Wissen auf dem Gebiet der Sozial- und Kulturgeschichte der Medizin, der Geschichte von Gesundheit und Krankheit und angrenzenden Thematiken, insbesondere durch:

- Veranstaltung von Tagungen, Ausstellungen, Seminaren und Vorträgen
- Herausgabe von wissenschaftlichen Veröffentlichungen und Unterstützung von Publikationsprojekten
- Durchführung von sowie Förderung und Beratung bei einschlägigen Forschungsprojekten
- Zusammenarbeit mit Einrichtungen mit ähnlichen Zielen im In- und Ausland
- Etablierung intensiver und produktiver Kooperationen medizinhistorisch Forschender
- Unterstützung von jungen, einschlägig tätigen WissenschaftlerInnen
- Mediale Vermittlung von Informationen zur Sozial- und Kulturgeschichte der Medizin

Mitgliedschaft

Wer sind die Mitglieder des Vereins?

Zu den Mitgliedern des Vereins zählen nicht nur HistorikerInnen und MedizinerInnen sondern ein breites Spektrum aller an der Sozialgeschichte der Medizin interessierter Menschen sowie Institutionen.

Wer kann Vereinsmitglied werden?

Vereinsmitglied kann jeder werden, der sich mit den Zielen des Vereines identifiziert und den jährlichen Mitgliedsbeitrag entrichtet.

Wie hoch ist der Mitgliedsbeitrag?

Die Mitgliedschaft kostet 30 € pro Jahr. Studierende und alle Personen mit einem monatlichem Nettoeinkommen von unter 1.000 € können um einen reduzierten Mitgliedsbeitrag (20 €) ansuchen.

Welche Vorteile hat eine Mitgliedschaft?

- Gratisbezug der jährlich erscheinenden Fachzeitschrift „Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin“
- Ermäßigter Bezug von Publikationen des Vereins
- Regelmäßige Information über Publikationen, Veranstaltungen und Aktivitäten des Vereins via Newsletter
- Möglichkeit der aktiven Mitgestaltung der Aktivitäten des Vereins

Haben Sie Interesse, Mitglied des Vereins zu werden?

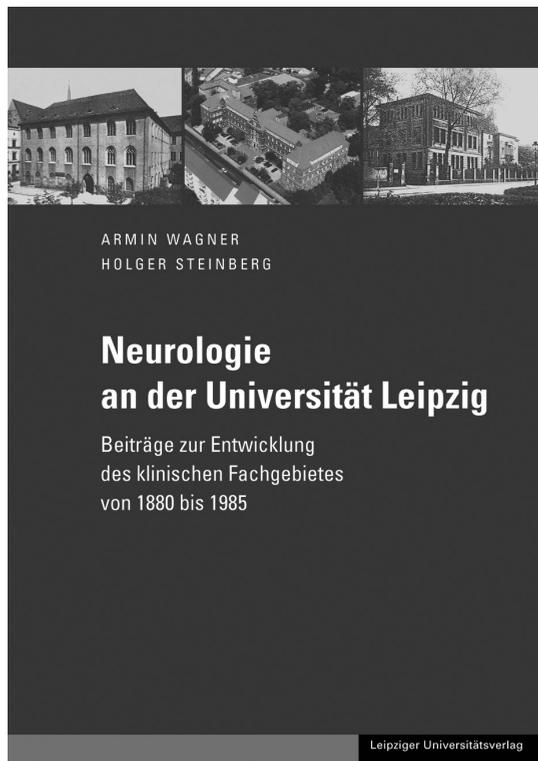
Kontaktieren Sie uns einfach per E-Mail: verein@sozialgeschichte-medizin.org

AUS UNSEREM VERLAGSPROGRAMM

Armin Wagner, Holger Steinberg

Neurologie an der Universität Leipzig

Beiträge zur Entwicklung des klinischen Fachgebietes
von 1880 bis 1985



2015, 566 Seiten, Hardcover, 49,00 Euro
ISBN 978-3-86583-942-8

Bestellungen in jeder Buchhandlung oder beim Verlag direkt über
info@univerlag-leipzig.de

AUS UNSEREM VERLAGSPROGRAMM

Christian Schwokowski

Überliefertes, Erlebtes und Erkenntnisse

Reflexionen zur Chirurgie an der Universität Leipzig

Christian Schwokowski

ÜBERLIEFERTES, ERLEBTES UND ERKENNTNISSE

Reflexionen zur Chirurgie an
der Universität Leipzig



2015, 364 Seiten, Hardcover, 33,00 Euro
ISBN 978-3-86583-943-5

Bestellungen in jeder Buchhandlung oder beim Verlag direkt über
info@univerlag-leipzig.de

AUS UNSEREM VERLAGSPROGRAMM

Boris Böhm (Hrsg.)

„Wird heute nach einer Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Sachsen überführt.“

Die Ermordung ostpreußischer Patienten in der nationalsozialistischen
Tötungsanstalt Pirna-Sonnenstein im Jahre 1941



2015, 172 Seiten, Broschur, 22,00 Euro
ISBN 978-3-86583-976-3

Bestellungen in jeder Buchhandlung oder beim Verlag direkt über
info@univerlag-leipzig.de

AUS UNSEREM VERLAGSPROGRAMM

Rolf Haupt, Karsten Güldner, Wolfgang Hartig (Hg.)

800 Jahre St. Georg in Leipzig

Vom Hospital des Chorherrenstifts St. Thomas zum
medizinisch-sozialen Zentrum



800 Jahre St. Georg in Leipzig

– Ein Lesebuch –



Leipziger Universitätsverlag

2011, 576 Seiten und 1 CD-Rom, Hardcover, 14,90 Euro
ISBN 978-3-86583-563-5

Bestellungen in jeder Buchhandlung oder beim Verlag direkt über

info@univerlag-leipzig.de

