

## **Broschürentext**

### **Forschungsauftrag**

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

Vorgelegt von:

Dr. Christof Beyer, Dr. des. Anke Dreier-Horning, Prof. Dr. Heiner Fangerau,  
Prof. Dr. Volker Hess, Laura Hottenrott M.A., Prof. Dr. Karsten Laudien,  
Dr. Nils Löffelbein, Prof. Dr. Maike Rotzoll

Projektleitung:

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

Das Forschungsprojekt hatte den Auftrag, Leid und Unrecht, das Minderjährige in stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe der Bundesrepublik (1949-1975) und der DDR (1949-1990) erfahren haben, wissenschaftlich zu ermitteln, zu beschreiben und zur Diskussion zu stellen.

Leid wurde dabei als persönliche Erfahrung verstanden. Diese Erfahrung von Leid ergibt sich am ehesten aus individuellen Schilderungen. Solche Erlebnisse müssen nicht notwendig mit Gesetzesverstößen oder der Missachtung von Regeln einhergehen. Auch viele der im Projekt untersuchten Fälle von Unrecht beschreiben keine konkreten Verletzungen zeitgenössischen Rechts. Unrecht ergibt sich hier aus vielfältigen Begleitumständen und Interpretationsräumen, die von strukturellen Mängeln bis hin zu juristischen Grauzonen reichten. Das Forschungsprojekt verfolgt damit ein weit gefasstes Verständnis von Unrecht, das über die damalige Gesetzgebung und Rechtsprechung hinausweist. So soll der Abschlussbericht angesichts der besonders schutzwürdigen Interessen von Minderjährigen mit psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen zu einer umfassenden historischen Aufarbeitung der Geschehnisse gelangen.

Durch diese Herangehensweise will das Forschungsprojekt erfahrenes Leid und Unrecht sichtbar machen, die Geschehnisse vor dem Vergessen bewahren und gleichzeitig für leidvolle individuelle Erfahrungen in stationären Kontexten sensibilisieren. Dadurch soll auch ein Nachdenken über gegenwärtige und zukünftige Betreuungsformen angeregt und eine Kultur des Hinsehens gefördert werden. Eine systematische Aufarbeitung der Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Behindertenhilfe in beiden deutschen Staaten nach 1945 steht dabei erst am Anfang.

## Vorgehen

Nach der sehr weit gefassten Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1948 ist Gesundheit „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens [well-being]“.<sup>1</sup> Das Kindeswohl erfährt in diesem idealen Verständnis von Gesundheit eine Konkretisierung, die sich bezogen auf Handlungen und Maßnahmen im untersuchten stationären Setting besonders gut überprüfen ließ: „Die gesunde Entwicklung der Kinder ist von grundlegender Bedeutung; Voraussetzung für ihre gesunde Entwicklung ist die Fähigkeit, in einer sich verändernden Gesamtwelt in Harmonie zu leben.“<sup>2</sup> Das führte

---

<sup>1</sup> Siehe Präambel der Verfassung der WHO:

[https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop\\_mimes\\_bbl/14/1402EC7524F81EDAB689B20597E1A5DE.PDF](https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/14/1402EC7524F81EDAB689B20597E1A5DE.PDF) (24.09.2021). Siehe auch Lohmann, Ulrich (2019): Gesundheit und Soziales (Public Health). Beiträge zur Grundlagendiskussion 1974-2009, Wiesbaden, 224.

<sup>2</sup> Auszug aus der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation, Übersetzung, New York 19. bis 22. Juli 1946, von 61 Staaten unterzeichnet, BRD 1951, DDR 1975.

zu der Frage, inwieweit konkrete Politiken, Praktiken und Routinen diesem Anspruch auf Förderung einer gesunden Entwicklung zuwiderliefen. Über diesen Zugang konnten auch psychische Aspekte einbezogen werden, die mit der Entwicklung und Förderung der Persönlichkeit und Individualität des Menschen zusammenhängen.

Bisherige Forschungen haben gezeigt, dass Leid und Unrecht in Heimen der Behindertenhilfe und psychiatrischen Einrichtungen durch unterschiedliche Formen von Gewalt verursacht wurden. Das Forschungsprojekt konzentrierte sich davon ausgehend auf konkrete Hinweise auf:

- ungerechtfertigte medizinische bzw. therapeutische Maßnahmen,
- pädagogisch begründete Zwangs- und Strafmaßnahmen sowie demütigende Erfahrungen,
- den Einsatz von Psychopharmaka,
- sexuelle Gewalterfahrungen,
- erzwungene oder nicht entlohnte Arbeit oder das Vorenthalten von Sozialversicherungsbeiträgen sowie
- den Verlust bzw. Vorenthalt von persönlicher, beruflicher und sozialer Lebensqualität.

Spuren und Hinweise, die sich dazu in überlieferten Aktenbeständen und Erinnerungen von Zeiteuginnen und Zeitzeugen fanden, wurden zusammengeführt und möglichst genau rekonstruiert. Es wurden zudem die institutionellen und rechtlichen Rahmenbedingungen der Einweisungs- und Unterbringungspraxis in den Blick genommen, die Unrechtshandlungen und Leiderfahrungen in Kinder- und Jugendpsychiatrien und Einrichtungen der Behindertenhilfe erst ermöglichten oder begünstigten.

Die Forschungsgruppe hat dazu exemplarisch 17 Einrichtungsstudien zu folgenden Einrichtungen erarbeitet (zeitgenössische Bezeichnungen):

#### Stationäre Hilfen für Menschen mit Behinderung, BRD

- Erziehungs- und Pflegeanstalt Haus Hall in Gescher
- Assoziationsanstalt Schönbrunn
- St. Joseph-Versorgungsanstalten Ursberg
- Kinder- und Pflegeheim Vorwerk in Lübeck

#### Stationäre Hilfen für Menschen mit Behinderung, DDR

- St. Johannisstift Ershausen
- Waldhof Templin
- Psychiatrisches Pflegeheim Dobbertin

- Kinderpsychiatrie Storkow-Hubertushöhe

#### Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, BRD

- Kindersanatorium Wiesengrund/Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berlin-West
- Rheinische Landeslinik für Jugendpsychiatrie in Bonn
- Kinderabteilung der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren
- Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung der Pfälzischen Nervenlinik Landeck

#### Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, DDR

- Abteilung für Kinderneuropyschiatrie der Psychiatrischen- und Nervenlink der Charité, Berlin
- Kinder- und Jugendpsychiatrie im Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie Berlin-Lichtenberg
- Psychiatrische Kinderstation im evangelischen Königin-Elisabeth-Hospital, Berlin
- Kinder- und Jugendpsychiatrische Station der Universitätsnervenlinik Halle/Saale
- Landesheilanstalt bzw. Bezirksnervenlinik Uchtspringe

Diese Heime und Kliniken bildeten ein breites, wenn auch nicht vollständiges Spektrum verschiedener Einrichtungstypen in beiden deutschen Staaten im Untersuchungszeitraum ab. Für die Einstichtungsstudien werteten die Forscherinnen und Forscher über 1.500 Einzelfallakten aus und führten rund 60 Interviews mit Zeitzeuginnen und Zeitzeugen. Des Weiteren wurde für das Projekt eigens ein Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal geschaffen, durch das über 170 Zuschriften von Betroffenen, Angehörigen und damaligem Personal ausgewertet werden konnten.

Die Einstichtungsstudien gehen dezidiert benannten Spuren von Leid und Unrecht in diesen Kliniken und Heimen nach. In thematischen Querschnittsanalysen wurden diese Hinweise historisch eingeordnet und verglichen. Die Querschnittsanalysen befassten sich mit:

- der institutionellen Landschaft zur Unterbringung von Minderjährigen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der stationären Behindertenhilfe in der BRD (bis 1975) und DDR (bis 1990),
- rechtlichen Aspekten der Einweisung und Unterbringung,
- pädagogischer Gewalt und Lebensalltag von Minderjährigen in Kliniken und Heimen,
- medizinischer und therapeutischer Gewalt,
- Arzneimitteln und klinischen Studien.

Erstmals wird damit eine vergleichende und zusammenführende historische Analyse verschiedener Einrichtungstypen aus beiden deutschen Staaten auf einer vergleichsweise großen Datenbasis vorgelegt, deren Ergebnisse im Folgenden zusammengefasst und bewertet werden.

### **Institutionelle Unterversorgung und materieller Mangel**

Die Verhältnisse in den psychiatrischen Kliniken und Einrichtungen der Behindertenhilfe waren in hohem Maße das Ergebnis der besonderen institutionellen Struktur der ost- und westdeutschen Versorgungslandschaft nach dem Zweiten Weltkrieg. Diese wies trotz der unterschiedlichen Gesellschaftssysteme und der entsprechenden gesundheitspolitischen Unterschiede in der DDR und der BRD starke Gemeinsamkeiten auf.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass in beiden Teilen Deutschlands spezielle Einrichtungen für Minderjährige für die betrachteten Zeiträume nur in unzureichender Zahl vorhanden waren. Dadurch waren oftmals für die Unterbringung weniger die jeweiligen Bedürfnisse oder der individuelle Förderbedarf von Kindern mit psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen ausschlaggebend, sondern die jeweils vorhandenen freien Plätze. Aufgrund dieses Mangels an geeigneten Pflege- und Behandlungseinrichtungen waren „Fehlplatzierungen“ von Kindern in allgemeinen Krankenhäusern oder Pflege- bzw. Altersheimen an der Tagesordnung.

In beiden deutschen Staaten bildete sich ab Mitte der 1950er Jahre die Kinder- und Jugendpsychiatrie als eigenständige Fachdisziplin heraus. An Universitätskliniken entstanden spezielle Abteilungen für Kinder und Jugendliche. Wenngleich es in diesem Bereich sowohl in der DDR als auch in der BRD in den Nachkriegsjahrzehnten zu zahlreichen Neugründungen kam, konnte die steigende Nachfrage an Behandlungsplätzen bei weitem nicht abgedeckt werden.

Kinder und Jugendliche mit geistigen und/oder körperlichen Behinderungen waren in der Bundesrepublik überwiegend in konfessionellen Großanstalten der Behindertenhilfe untergebracht. Zugleich existierten allerdings auch in zahlreichen psychiatrischen Kliniken Abteilungen, in denen Minderjährige mit geistigen Behinderungen für lange Zeit „verwahrt“ wurden.

In der DDR wurden Menschen mit geistigen Behinderungen aufgrund der Zuständigkeit des Ministeriums für Gesundheitswesen vorwiegend psychiatrisch versorgt und in Außenstellen der großen „Bezirksnervenkliniken“ untergebracht. Die von den westdeutschen Kirchen unterstützten konfessionellen Einrichtungen wurden dort vom Staat auf dem Gebiet der

Behindertenhilfe geduldet und benötigt. Sie machten Schätzungen zufolge allerdings nur knapp die Hälfte der Einrichtungen aus.

Trotz der sehr unterschiedlichen Einrichtungen der Untersuchung (konfessionell/staatlich, Heim/Klinik, DDR/BRD) lassen sich in Hinblick auf die Unterbringungssituation von Minderjährigen in den jeweiligen Untersuchungszeiträumen überwiegend Parallelen beschreiben. So war die Einrichtungslandschaft vor allem in den 1950er und 1960er Jahren in beiden Staaten von zahlreichen Mängeln geprägt. Dazu gehörten vor allem:

- die chronische Unterfinanzierung,
- die Personal- und Raumnot,
- der Sanierungsstau und dauerhafte Überbelegungen.

Hinzu kam ein ausgeprägtes Desinteresse von Gesellschaft und Politik in beiden deutschen Staaten am Schicksal von Menschen mit geistiger oder körperlicher Behinderung und psychischen Erkrankungen. In BRD und DDR blieben Minderjährige mit Behinderungen oder psychischen Erkrankungen eine Randgruppe der Gesellschaft, die aus dem öffentlichen Bewusstsein verdrängt wurde. Diese soziale Ausgrenzung manifestierte sich beispielsweise auch in der abgeschiedenen Lage der größtenteils aus der Vorkriegszeit stammenden Großanstalten. Im Stil der alten Verwahrspsychiatrie prägten sie auch nach 1945 die Einrichtungslandschaft in Ost und West.

Aufgrund der wirtschaftlichen Probleme der DDR war die finanzielle und materielle Unterversorgung der Heime und Kliniken dort ausgeprägter und dauerhafter als im Westen. Allerdings zeigen die ebenfalls prekären Lebensbedingungen in den von uns untersuchten Einrichtungen der BRD nachdrücklich, dass hier weder die staatlichen noch konfessionellen Anstalten finanziell vom ökonomischen Aufschwung des „Wirtschaftswunders“ der 1950er und 1960er Jahre profitierten. Für beide Staaten lassen sich daher insbesondere in ihrer Frühphase hinsichtlich der Lebensverhältnisse in Heimen und Kliniken wenig Unterschiede feststellen. Die sich andeutende Auseinanderentwicklung der Versorgung in beiden deutschen Staaten ab den 1970er Jahren konnte durch die unterschiedlichen Untersuchungszeiträume nicht vertiefend untersucht werden.

Die mitunter prekären Zustände in den untersuchten Kliniken und Heimen hatten einen unmittelbar negativen Einfluss auf die Lebenssituation und das Wohlergehen der Bewohnerinnen und Bewohner sowie Patientinnen und Patienten. Dazu zählen Raumgröße, Bettenbelegung und Beschaffenheit von „Krankensälen“ und Häusern der Heime, hygienische Bedingungen, Personalausstattung und Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Entfernung von Ortschaften und Heimatgemeinden sowie weitere vorhandene Ressourcen (Spielzeug, Lernmaterial, Spiel- und Sportplätze, Lebensmittel etc.). Große, überfüllte

Schlafsäle, fehlende therapeutische Motivation, nicht vorhandene Privat- und Intimsphäre, mangelnde Beschäftigungs- und Freizeitmöglichkeiten, fehlende Zuwendung und ausbleibende Unterstützung der schulischen oder individuellen Förderung durch das Personal der Einrichtungen führten zu Stresssituationen, die sich massiv auf das Verhalten und die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen auswirkten. Als Konsequenz zogen diese Verhältnisse wiederum Gewalt in Form von Disziplinierungsmaßnahmen und Strafen oder medikamentöser Ruhigstellung nach sich.

Die mangelhafte finanzielle und materielle Ausstattung bestimmte dabei auch den Tagesablauf der Minderjährigen. Heimbewohnerinnen und -bewohner sowie Patientinnen und Patienten wurden sowohl für hauswirtschaftliche Aufgaben (Reinigungsarbeiten, Küche, Wäscherei etc.) herangezogen als auch in anstaltseigenen Handwerks- und Landwirtschaftsbetrieben eingesetzt. Dies geschah meist ohne eine finanzielle Entlohnung oder ein perspektivisches Lern- oder Ausbildungsziel. Schulunterricht konnte nur dort stattfinden, wo auch Räumlichkeiten und Lernmaterialien zur Verfügung standen. Die Beschulung insbesondere von Minderjährigen mit geistigen Behinderungen wurde zumeist als nachrangig oder verzichtbar betrachtet.

## **Personalmangel**

Vernachlässigungs-, Demütigungs- und Gewalterfahrungen in der Anstaltsunterbringung wurden vor allem in den 1950er und 1960er Jahren maßgeblich durch den gravierenden Personalmangel begünstigt. Die Anstalten waren als Arbeitsort schon durch ihre abgeschiedene Lage unattraktiv. So stand in den Einrichtungen generell zu wenig Personal zur Verfügung. Zudem wurde die Pflege- und Betreuungsarbeit noch zu großen Teilen von pädagogischem und medizinischem Pflegepersonal geleistet, das für den Bereich der Kinderpsychiatrie oder für die Arbeit mit geistig behinderten Minderjährigen unzureichend oder gar nicht qualifiziert war.

In der Psychiatrie tätiges medizinisches Pflegepersonal musste aus heutiger Sicht fachfremde Arbeiten in großem Umfang mit erledigen. Dazu gehörte vor allem die Stations- und Wäschereinigung. Diakonissen und Ordensschwestern in konfessionellen Einrichtungen übernahmen pflegerische und erzieherische Aufgaben, für die sie ebenfalls nicht ausgebildet waren. In der DDR wurde pädagogisches Personal in den psychiatrischen Einrichtungen zunächst kaum bis gar nicht finanziert. Auch in der BRD war die fachliche Professionalisierung und Stellenausstattung für diesen Bereich gering. Überforderung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Umgang mit Minderjährigen und belastende Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen führten zu einem angespannten Klima. Dies begünstigte einen bevormundenden, zum Teil rauen oder gewaltsamen Umgang mit Schutzbefohlenen. Hierfür

gibt es zahlreiche Hinweise und Belege in den Akten und Interviews. Die mangelhafte materielle und personelle Ausstattung der meisten Einrichtungen verstärkte diese Tendenz.

Jedoch führten all diese Faktoren nicht zwangsläufig zu Gewalt. So ließen sich auch Beispiele für einen zugewandten und empathischen Umgang finden: engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die trotz aller widrigen Bedingungen und über die eigene Belastungsgrenze hinaus versuchten, sich für das Wohl der Kinder und Jugendlichen und für die Überwindung überkommener Strukturen einzusetzen. Ob in einer bestimmten Einrichtung Minderjährige hiervon profitieren konnten, war aber lange Zeit dem Zufall überlassen.

In der BRD etablierten sich erst ab den 1970er Jahren in der Krankenpflege und Betreuung einheitliche fachliche und humanitäre Standards, die zusammen mit der Verbesserung der infrastrukturellen Rahmenbedingungen halfen, gewalttätiges Verhalten im Betreuungsalltag zurückzudrängen. Verbesserungen der räumlichen Ausstattung und der materiellen Verhältnisse der Einrichtung führten fast immer auch zu neuen Umgangsformen des Miteinanders und zu besseren Lebensbedingungen. Die Einrichtungsstudien zeigen in diesem Zusammenhang den positiven Einfluss durch neues Personal und andere Berufsgruppen. Zum Beispiel kamen in den 1970er Jahren Beschäftigungstherapeutinnen und -therapeuten, Psychologinnen und Psychologen, Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger, Heilerziehungspflegehelferinnen und -helfer, Erzieherinnen und Erzieher oder auch Zivildienstleistende sowie Praktikantinnen und Praktikanten in die Einrichtungen.

In der DDR änderte sich vor allem an den institutionellen Versorgungsformen – tendenziell Großkrankenhäuser oder Großeinrichtungen als Versorgungs- und Behandlungszentren oder Heime – bis zum Mauerfall wenig. Die innere Logik dieser Großeinrichtungen erschwerte oder blockierte dabei einen Wandel. Hinzu kam in der DDR das Fehlen einer kritischen Öffentlichkeit. Dadurch konnte – etwa durch Skandalisierungen in der Presse oder Demonstrationen – kein öffentlicher Druck erzeugt werden, psychiatrische Einrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe zu reformieren. So änderte sich an den Zuständen bis 1990 grundlegend wenig.

### **Fehlende Bildungs- und Förderchancen**

Als gewaltfördernder Faktor erwies sich in beiden deutschen Staaten auch die vage und teilweise fehlende Abgrenzung zwischen Psychiatrie und Heilpädagogik. Angesichts der starken Überfüllung der Heime lebten Kinder mit geistigen und/oder körperlichen Behinderungen oft monatelang, manchmal über Jahre ohne medizinische Indikation in Krankenhäusern und Kliniken, die nicht für einen Langzeitaufenthalt ausgelegt waren. Den Einrichtungen fehlten dadurch ausreichende Kapazitäten und Kompetenzen für eine



adäquate, d. h. vor allem schulische Betreuung und pädagogische Förderung der Minderjährigen. Zudem wurden nicht wenige Kinder, die im Elternhaus, in der Schule oder im Kinderheim Verhaltensauffälligkeiten zeigten, aufgrund fehlender ambulanter Angebote in psychiatrische Einrichtungen oder Heime der Behindertenhilfe eingewiesen bzw. zum Teil dauerhaft dort untergebracht. Solche Fälle sind auch in den eingesehenen Akten dokumentiert. Diese „fehlplatzierten“ Kinder erhielten kaum adäquate Förderung, Beschulung oder Berufsausbildung.

Die dauerhafte Verwahrung in psychiatrischen Einrichtungen wurde in der DDR durch die administrativen Strukturen begünstigt. Das Ministerium für Volksbildung sah sich für Kinder und Jugendliche, die als nicht bildungsfähig angesehen wurden, nicht in der Verantwortung. Während man Kinder mit Behinderungen, die als schulfähig galten, in Einrichtungen der Volksbildung (Sonderschulen, Heimen und Internaten) betreute, wurden die Unterbringung und Betreuung der als „nicht bildungsfähig/sonderschulfähig“ geltenden Kinder dem Gesundheitswesen übertragen bzw. mangels geeigneter Einrichtungen im Gesundheitswesen den psychiatrischen Krankenhäusern und kirchlichen Heimen überlassen.

Für viele Kinder und Jugendliche mit geistigen Behinderungen oder Verhaltensauffälligkeiten wurde in beiden deutschen Staaten auf diese Weise das psychiatrische Krankenhaus für längere Zeit zum Lebensort, ohne dass sie dort jedoch adäquat gefördert wurden. Einweisungen erfolgten oft auf der Grundlage unscharfer Sammelbegriffe und Diagnosen (z. B. „verhaltensauffällig“, „verwahrlost“, „hirngeschädigt“, „psychopathisch“, „schwachsinnig“ etc.). Kindern mit geistigen Behinderungen wurden durch die Einweisung in eine psychiatrische Einrichtung Bildungsmöglichkeiten verweigert. Doch auch die zumeist konfessionellen Heime teilten Kinder und Jugendliche nach dem vermuteten Grad der Behinderung bzw. „Bildungsfähigkeit“ ein. Als Folge gab es für die Betroffenengruppe der „bildungsunfähigen“ Kinder bis Anfang der 1970er Jahre keine Förder- und Ausbildungsmöglichkeiten. Dementsprechend blieb eine Vielzahl der untergebrachten Minderjährigen hinter ihren Möglichkeiten zurück.

In der DDR verbesserten sich für die als „bildungsunfähig“ aber „förderfähig“ beurteilten Kinder erst ab den 1970er Jahren das Lernangebot und die Entwicklungsförderung. In dieser Phase wurde diese Gruppe von Kindern in einem zunehmend ausdifferenzierten System rehabilitationspädagogischer Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens oder in kirchlichen Einrichtungen zumindest „lebenspraktisch“ gefördert. Faktisch blieb aber zumindest den als „bildungsunfähig“ deklarierten Kindern und Jugendlichen auch weiterhin eine (schulische) Förderung vorenthalten. Während diese Form der Ausgrenzung bis zum Ende der DDR bestehen blieb, entwickelte sich in der BRD in den 1970er Jahren aufgrund

neuer gesetzlicher Regelungen ein ausdifferenziertes Sonderschulsystem, das sukzessive auch Kindern mit geistigen Behinderungen eine schulische Förderung ermöglichte.

Zusammengefasst ließen sich in beiden deutschen Staaten auffallend viele Übereinstimmungen hinsichtlich der Lebensverhältnisse in stationären Einrichtungen feststellen, die dem Einrichtungstypus und seiner inneren Struktur zugeschrieben werden können, z. B.:

- ein stark reglementierter Tagesablauf, dem sich Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner mit ihren Bedürfnissen unterzuordnen hatten, und
- die Abschottung bzw. Isolation der Einrichtung von der „Außenwelt“.

Die Einrichtungen bildeten meist einen geschlossenen Mikrokosmos mit eigenen Gesetzmäßigkeiten und einer Eigenlogik, die nach innen systemstabilisierend wirkte und nach außen kaum Kontrollen unterworfen war. Insofern wiesen viele Einrichtungen Merkmale „totaler Institutionen“ (Erving Goffman) auf: Sie regelten und kontrollierten alle Lebensäußerungen der untergebrachten Menschen und ahndeten Regelübertritte.

### **Einweisung und Unterbringung**

In beiden Staaten bestand eine Kluft zwischen den rechtlichen Bestimmungen und der tatsächlichen Rechtsanwendung. Strukturelle Gewalt lässt sich dabei bereits im Zuge der Einweisung bzw. Aufnahme psychisch beeinträchtigter oder behinderter Kinder und Jugendlicher in eine psychiatrische Einrichtung oder in ein Heim ausmachen.

In der Bundesrepublik war der Weg in eine stationäre Einrichtung durch verschiedene Gesetze geregelt. Sowohl das Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG/vor 1961 RJWG) als auch die jeweiligen Paragraphen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) ließen den Vormundschaftsgerichten und Behörden erhebliche juristische Spielräume: Die Anhörung der Betroffenen konnte umgangen, den Eltern für eine Einweisung im Zweifel sogar das Sorgerecht entzogen werden. Vor allem die Minderjährigen selbst waren aufgrund fehlender Beteiligungsrechte der Situation und der Entscheidungsgewalt der beteiligten Stellen ausgeliefert. Dies lässt sich beispielhaft daran ablesen, dass es Eltern bis 1979 erlaubt war, ihre Kinder ohne richterlichen Beschluss in die Psychiatrie einweisen zu lassen. Die Wahrnehmung von Verhaltensauffälligkeiten und sozial abweichendem Verhalten nach 1945 als „krankhaft“ führte überdies zu einer zunehmenden Verdrängung von „schwierigen“ Kindern und Jugendlichen aus der Jugendhilfe in die Behindertenhilfe und Psychiatrie. Hier spielte der juristisch kaum genauer eingegrenzte Begriff der „Verwahrlosung“ eine zentrale Rolle. Die Einrichtungsstudien zeigen zudem deutlich, dass von einer Heim-/Psychiatrieeinweisung überproportional viele sozial

unterprivilegierte Minderjährige betroffen waren, die aus armen und familiär schwierigen Verhältnissen stammten oder die keine Angehörigen mehr hatten.

Bei der Aufnahme in eine Großeinrichtung der Behindertenhilfe spielte in vielen Fällen zudem eine Rolle, dass die großen Anstalten in der BRD bis in die 1970er Jahre oftmals die einzigen schulischen Fördermöglichkeiten für Menschen mit geistigen Behinderungen boten. Ambulante Hilfsangebote fehlten weitgehend bis in die 1970er Jahre. Die Einrichtungsstudien machen deutlich: Der Wille und die Wünsche der Minderjährigen selbst wurden hierbei nicht berücksichtigt.

Das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) von 1961 bedeutete in der BRD zwar einen wichtigen Schritt hin zu einer Rechtsverbesserung für Menschen mit Behinderungen, da hier erstmals ein gerichtlich einklagbares Recht auf „Eingliederungshilfe“ formuliert wurde. Dies änderte bis weit in die 1970er Jahre allerdings wenig an der Unterbringung des überwiegenden Teils geistig behinderter Kinder und Jugendlicher in den abgelegenen großen Anstaltskomplexen, da das Recht nicht in Anspruch genommen und nicht in die Praxis umgesetzt wurde.

In der DDR wurden Einweisungen in die Behinderteneinrichtungen durch die Organe der Jugendhilfe vollzogen. Sie stimmten sich bei der Auswahl der Einrichtung mit dem leitenden Personal der Kliniken ab. Für die Einweisung auf psychiatrische Stationen kamen eine Zeitlang mangels eines eigenen Gesetzes die Vorschriften des Preußischen Polizeiverwaltungsgesetzes zur Anwendung. Dieses wurde schließlich durch Verordnungen des Ministeriums für Volksbildung und des Ministeriums für Gesundheit ergänzt. 1968 trat an ihre Stelle das sogenannte Einweisungsgesetz der DDR.

Weitaus stärker als in der Bundesrepublik war die Einweisungs- und Unterbringungspraxis in der DDR durch die schwache Rechtsstellung der Bürgerinnen und Bürger gegenüber dem Staat geprägt. Bestand in der Bundesrepublik zumindest formal die Möglichkeit, sich gegen staatliche Eingriffe juristisch zur Wehr zu setzen, so konnten in der DDR die verfassungsmäßig garantierten Grundrechte nicht gerichtlich geltend gemacht werden, da Heimeinweisungen Verwaltungsakte waren und in der DDR keine Verwaltungsgerichtsbarkeit existierte. Zudem erhielten die Elternrechte in der DDR-Verfassung kein eigenständiges Gewicht. In der Bundesrepublik wird im § 6 des Grundgesetzes das sogenannte Wächteramt des Staates von starken Elternrechten eingeschränkt. Die Verfassung der DDR betonte stattdessen in Art. 38 die Pflicht der Eltern, ihren Anspruch „auf ein enges und vertrauensvolles Zusammenwirken mit den gesellschaftlichen und staatlichen Erziehungs- und Bildungseinrichtungen“ wahrzunehmen.

Dieses Klima konnte dazu führen, dass Elternrechte in der DDR (z.B. das Aufenthaltsbestimmungsrecht) übergangen wurden. Auch über eine Entlassung entschieden im Gegensatz zur Verfahrensweise in der Bundesrepublik allein staatliche Stellen.

Rechtsmittel gegen behördliche Entscheidungen standen den Eltern nicht zur Verfügung. Gerade bei der besonders vulnerablen Gruppe psychisch erkrankter oder geistig behinderter Kinder und Jugendlicher, die ihre Rechte noch weitaus weniger wahrnehmen konnten als andere Minderjährige, wurde damit die mögliche Schutzfunktion der Eltern praktisch ausgehebelt.

Im Heim- und Psychiatriealltag machte das unterschiedliche Rechtsverständnis von DDR und BRD hinsichtlich individueller Persönlichkeitsrechte allerdings kaum einen Unterschied. Die Lebenssituation der Kinder und Jugendlichen in Psychiatrien und Heimen war in beiden deutschen Staaten vor allem in den ersten beiden Nachkriegsjahrzehnten rechtlich wenig abgesichert. In zahlreichen Fällen kam es zu Einschränkungen und Verletzungen von Grundrechten. Den Minderjährigen wurde in den untersuchten Einrichtungen nahezu jeder Einfluss auf ihre Lebensführung verwehrt. Aufgrund der Praxis, dass die Briefe der Kinder fast in allen Einrichtungen kontrolliert wurden und der Kontakt nach außen stark reglementiert war, gab es für die Betroffenen kaum Beschwerdemöglichkeiten. Auch mussten die Kinder Angst haben sich zu beschweren, weil dies mit einer großen Wahrscheinlichkeit Sanktionen nach sich gezogen hätte. So geht aus den untersuchten Quellen hervor, dass Bewohnerinnen und Bewohner bei Klagen und Beschwerden gegenüber Aufsichtspersonen als „Lügner“ diffamiert wurden oder der Unterstellung ausgesetzt waren, sie trügen eine Mitschuld am Fehlverhalten des Personals. Exemplarisch dafür steht auch ein Bericht aus unserem Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal:

*„Ich wusste nie wann mir meine Mutter besucht sie war auf einmal da. [...] Es gab kein Besucherzimmer. Vor dem Speiseraum waren Flügeltüren die immer offen standen. [...] Ich und meine Mutter waren nie alleine dort wenn sie mir besuchte nach ihrer Haft. Ich habe sie zugeflüstert Mutti warum bin ich hier hol mir bitte raus hier. Ich flüsterte sie zu Mutti die schlagen uns, geben uns reinen Alkohol wenn wir in der Nachtruhe reden. Meine Mutter dachte ich denke mir das aus um da raus zu kommen. Fürchterlich, das ist doch für meine Mutter unglaublich. Sie konnte doch nichts dafür, das wusste ich.“<sup>3</sup>*

Der Aufenthalt in den Langzeiteinrichtungen der Behindertenhilfe führte in der Regel zu massiveren und dauerhafteren Folgen für die Biografie der Betroffenen als ein Aufenthalt in Kliniken und in den Aufnahme- und Beobachtungsabteilungen der Psychiatrien, da diese tendenziell eher auf eine zeitlich begrenzte Beobachtung, Diagnostik und Therapie mit anschließender Verlegung oder Entlassung ausgelegt waren. Zwar lässt sich in allen untersuchten Einrichtungsformen die Anwendung von Gewalt und Zwang in verschiedenen Abstufungen nachweisen. Gerade aber die Heimbewohnerinnen und -bewohner waren durch ihre langandauernde, zumeist jahrelange stationäre Unterbringung den prekären

---

<sup>3</sup> Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal, handschriftliche Zuschrift, Neuenhagen/Psychiatrie Eberswalde, Archiv des DIH.

Verhältnissen in den Anstalten länger und in stärkerem Ausmaß ausgesetzt als die Patientinnen und Patienten auf den psychiatrischen Beobachtungsstationen. Da Kinder und Jugendliche in der DDR mehrheitlich in psychiatrischen Anstalten oder in Krankenhäusern über lange Zeiträume „verwahrt“ wurden, fiel diese Differenzierung hier weniger ins Gewicht. In der Langzeitunterbringung war der Kontakt der Kinder und Jugendlichen in den Heimen zur Außenwelt über einen langen Zeitraum eingeschränkt oder ganz unterbrochen. Dies barg ein zusätzliches Risiko, zum Opfer von gewaltförmigem Handeln zu werden. Gerade Minderjährige ohne Angehörige waren dabei den Institutionen im Prinzip schutzlos ausgeliefert.

### **Einstellungen und Werthaltungen**

Die Einstellungen und Werthaltungen zu Menschen mit Behinderungen und psychischen Problemen unterschieden sich in beiden deutschen Gesellschaften wenig. Die Erfahrungen des Zweiten Weltkrieges und seine Auswirkungen in den Jahren danach beeinflussten auch die Auffassungen vom Umgang mit Kindern. Es entstand das Leitbild eines Kindes, das wenig Aufmerksamkeit benötigt, produktiv einen Beitrag zur Existenzsicherung der Familie leisten kann und sich diszipliniert den Erfordernissen des Alltags unterordnet. Auch Gewalt war ein nicht reflektiertes Moment der Familienerziehung in beiden deutschen Staaten.

Dementsprechend war die Erziehungspraxis auch in den von uns untersuchten Einrichtungen nicht selten mit Demütigung und Angst verbunden. Nicht zuletzt war diese Erziehungspraxis darauf ausgelegt, Persönlichkeitstypen zu befördern, die in die damaligen gesellschaftlichen Strukturen „passten“. Dies wurde in der BRD seit den 1960er Jahren intensiv diskutiert.

In der DDR blieb eine solche Problematisierung aus. Der DDR-Sozialismus verstand sich als alternativlose Überwindung des Nationalsozialismus. Dies erschwerte es, die pädagogische Nähe zu den Erziehungsvorstellungen der Zeit vor 1945 wahrzunehmen. Emanzipative oder reformpädagogische Ansätze galten als „bürgerlich“ und wurden auch in der DDR bereits Mitte der 1950er Jahre zurückgedrängt und verboten. Die staatlichen Erziehungsvorstellungen bezüglich einer „sozialistischen Persönlichkeit“ zielten auf das disziplinierte, staatstreue, gemeinschaftsorientierte und der führenden Partei verpflichtete Kind ab. Dieses „Ideal“ wurde bis 1990 verfolgt.

Ähnliche Kontinuitäten in den Werthaltungen und pädagogischen Vorstellungen lassen sich auch für den konfessionellen Bereich in der DDR und der BRD beschreiben. So wirkten Stigmatisierungen und Vorurteile gegenüber psychisch erkrankten und/oder behinderten Kindern nach 1945 in beiden deutschen Staaten fort und bedingten in der Folge vergleichbare Lebensbedingungen in den von uns untersuchten Einrichtungen.

## Individuelle Unrechts- und Gewalterfahrungen:

### Verweigerung von Individualität und Lebensgestaltungsmöglichkeiten

Der Lebensalltag in den untersuchten Einrichtungen war über den gesamten Untersuchungszeitraum oder doch zumindest überwiegend durch Missachtung und fehlende Wertschätzung gegenüber den Kindern und Jugendlichen geprägt. Fürsorglich-bevormundende Haltungen bestimmten den Erziehungsalltag. Ideen möglicher Teilhabe der Kinder wurden nur ansatzweise umgesetzt. Institutionelle Strukturen verhinderten Individualität und beförderten Verdinglichungsprozesse. Zu diesen Strukturen gehörten:

- der strenge Anstaltsalltag, dessen Regeln unbedingt einzuhalten waren,
- die Ausgrenzung und Isolation der Kinder und Jugendlichen vom sozialen Umfeld der Anstalt,
- Eingriffe in den Intimbereich der Kinder und Jugendlichen,
- das Fehlen geeigneter Rückzugsmöglichkeiten und
- die Konzentration der Erziehung auf die Förderung eines anstaltskonformen Verhaltens statt einer Erziehung zur größtmöglichen Selbstständigkeit.

Das Kind wurde zum Objekt der Erziehung und Erziehung zur (Selbst-)Disziplinierung. Bedürfnisse und Interessen wurden den Notwendigkeiten der Einrichtungen untergeordnet. Die Beziehung zwischen dem Personal und den Kindern erhielt einen „dinghaften“ Charakter, wie die folgende Erinnerung verdeutlicht:

*„Das betreuende Personal kümmerte sich nur um das Füttern und Waschen und Windeln der Patienten. Es gab kein persönliches Verhältnis zu den Kindern. Die übrige Zeit wurde mit Putzen verbracht. [...] Ich habe es nicht erlebt, dass Eltern oder Angehörige jemals zu Besuch kamen. Keines der Kinder konnte sprechen, geschweige denn lesen. Leid und Unrecht entstand in der emotionalen und sozialen Vernachlässigung der Kinder. Es war mir zum Beispiel als dort täglich arbeitender Person nicht gestattet, ein Kind auf den Arm zu nehmen und ihm ein Lied vorzusingen. Die Kinder haben auch keinerlei Förderung erfahren, sondern sind wie Tiere in Gitterbetten ohne Kontakt zueinander gehalten worden.“<sup>4</sup>*

Kinder wurden als etwas beinahe „Gegenständliches“ angesehen und häufig vor allem nach ihrem Nutzen und ihrer Leistungsfähigkeit beurteilt. Dabei geriet die jedem Menschen zukommende Würde aus dem Blick.

So müssen institutionelle Praktiken und Routineabläufe daraufhin betrachtet werden, ob sie der Förderung einer gesunden Entwicklung zuträglich waren oder ihr entgegenliefen. Hierzu

---

<sup>4</sup> Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal, ID 59172133/ Borsdorf, Archiv des DIH.

gehören auch Gefahren, die im Vorfeld der Einweisungen in Heime und Psychiatrien mit unachtsamer medizinischer Prognostik einhergehen. Mit einer negativen, gar abwertenden Prognose über geistige oder körperliche Entwicklungsmöglichkeiten oder ein seelisches Krankheitsgeschehen konnten Lebensgestaltungsmöglichkeiten behindert, Leidenserfahrungen intensiviert und Zukunftschancen verbaut werden.

Der Gefahr von nachhaltigen Schäden und Verhaltensstörungen durch Vernachlässigung und Reizarmut innerhalb von Kliniken und Heimen („Hospitalismus“) waren Kinder und Jugendliche in allen von uns untersuchten Einrichtungen ausgesetzt. Obwohl solche Langzeitfolgen der Dauerunterbringung von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen in stationären Einrichtungen auch damals hinreichend bekannt waren, konnte nirgendwo eine angemessene Reflexion dieses Problems nachgewiesen werden.

Besonders schwierig gestaltete sich die Situation für schwerstbehinderte Kinder und Jugendliche im psychiatrischen Bereich. Sie wuchsen ohne ansprechende Zuwendung in einer für sie ungeeigneten und reizarmen Umgebung auf. Einige dieser Kinder verließen kaum das Bett. Sie wurden zwar mit Nahrung versorgt, gewickelt und gesäubert, aber erfuhren kaum menschliche Zuwendung oder Anregung. Die Folge war eine vermeidbare Beeinträchtigung bzw. Verhinderung emotionaler, kognitiver und körperlicher Entwicklung.

Unsere Untersuchungen ergaben, dass spezifische Bedingungen in den Einrichtungen die Wahrscheinlichkeit Leid zu erfahren erhöhten. Medizinische Untersuchungen wurden beispielsweise insbesondere dann als leidvoll erfahren, wenn die Kinder und Jugendlichen über Sinn und Zweck der Maßnahmen im Unklaren gelassen wurden. Behandlungen, die Schmerzen verursachten, führten dementsprechend auch zu Angst. Medikamentengaben konnten Panikzustände auslösen. Fehlende Informationsgespräche vergrößerten nicht allein die Angst vor Untersuchungen und Behandlungen, sondern riefen auch Misstrauen gegenüber der Einrichtung und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern hervor. Eine Zeitzeugenstimme hielt fest: *„Wenn morgens [...] jemand ins Zimmer kommt und sagt, dass eine von uns mitkommen soll, wird es ganz still. Niemand sagt ein Wort, bis diejenige das Zimmer verlassen hat. Keiner weiß, was passiert.“*<sup>5</sup> Fehlende Beteiligung und Einbeziehung der Kinder in diagnostische und therapeutische Maßnahmen führten so aufgrund des damit einhergehenden Gefühls des Ausgeliefertseins, der Fremdbestimmtheit und aufgrund der angstvollen Situationen, auf die nicht adäquat reagiert wurde, auch bei kurzfristigen Unterbringungen zu leidvollen Erfahrungen.

Langfristig führten die in den von uns untersuchten Einrichtungen herrschenden Umgangsweisen zu einer Beschädigung des Kindeswohls. Dies gilt insbesondere dann, wenn

---

<sup>5</sup> Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal, Archiv des DIH, Antwort ID 62339117.

man nicht allein die konkreten Leid- und Unrechtserfahrungen beachtet. Es muss auch in Rechnung gestellt werden, dass dadurch Entwicklungspotentiale verhindert wurden, die zur angemessenen Entfaltung der individuellen und subjektiven Möglichkeiten der Kinder und Jugendlichen beitragen. Nicht allein die aktive Schädigung, sondern auch pädagogische Unterlassungen führen zu Leid. Zu diesem Komplex gehört etwa die mangelhafte Anerkennung und Missachtung der Kinder. Beides führt unter Umständen zu einem beeinträchtigten Selbstbewusstsein und negativen Selbstwertgefühl.

Die gezielte pädagogische Zuwendung berührt deshalb das Kindeswohl: Nur wenn Kinder gestärkt und ermutigend begleitet werden, wenn sie nach ihrem Zustand, ihren Ansichten, Wünschen und Bedürfnissen gefragt werden, können sie beginnen, sich selbst zu reflektieren und das Bedürfnis zu entwickeln, sich ihrer Umgebung mitzuteilen. Das ist z.B. im Fall von gehörlosen Kindern nicht an die Beherrschung einer Lautsprache gebunden, sondern kann auch mimisch und gestisch gelingen. Bleibt dem Kind diese Erfahrung vorenthalten, kann es die Vorstellung von sich selbst nicht oder nur eingeschränkt entwickeln. Das bedeutet, dass unter Umständen seine gesamten Fähigkeiten der Weltwahrnehmung und Weltgestaltung brach liegen bleiben. Unter den Folgen verweigerter sozialer Anerkennung und Wertschätzung während der stationären Unterbringung leiden Betroffene – davon zeugen die vielfältigen Zuschriften im Zeitzeuginnen und Zeitzeugenportal – bis heute.

### **Medizinische Gewalt**

Nach heutiger Rechtsauffassung erfüllt jeder medizinische Eingriff ohne Einwilligung oder gar gegen den Willen des Betroffenen oder einer für ihn einwilligungsberechtigten Person den Tatbestand der Körperverletzung. Dies gilt für die BRD für den gesamten Untersuchungszeitraum. In der DDR dagegen war ein medizinischer Eingriff rechtlich nur dann als Körperverletzung zu werten, wenn er nicht sachgerecht ausgeführt worden war. Eine fehlende Einwilligung erfüllte dort für sich genommen damit keinen Straftatbestand und hatte allenfalls disziplinarische Folgen, sofern diese Einwilligung nicht auf anderer gesetzlicher Grundlage vorgeschrieben war.

Derartige Einwilligungen ließen sich in den Unterlagen der untersuchten Einrichtungen in Ost und West vorwiegend im Kontext besonderer diagnostischer und therapeutischer Eingriffe finden. Insbesondere bei der sogenannten Pneumoencephalographie, einer bis in die 1970er Jahre verbreiteten Untersuchungsmethode, bei der Luft in die normalerweise flüssigkeitsgefüllten Räume um das zentrale Nervensystem eingeleitet wurde, um krankhafte Veränderungen des Gehirns sichtbar zu machen, befinden sich solche Zustimmungen von Eltern in den Akten. Bei Ablehnungen wurde diese Untersuchung unterlassen. Unabhängig von der Zustimmung ist ein derartiger, mit Schmerzen und ggf. gravierenden Nachwirkungen



verbundener Eingriff von den Betroffenen als leidvoll und beängstigend erfahren worden. Abschließende Aussagen über die Art und den Umfang der Anwendung dieser Methode können hier weder für die BRD noch für die DDR getroffen werden. Allerdings legen unsere Einrichtungsstudien wie auch andere Einrichtungsuntersuchungen nahe, dass – abhängig von der Klientel und der „Philosophie“ bzw. der ärztlichen Haltung der Leitung einer Einrichtung – Begründung und Durchführungshäufigkeit der Pneumoencephalographie deutlich variieren konnten.

Auch bei allen anderen belastenden medizinischen Maßnahmen, wie der Verabreichung von Psychopharmaka, Elektrokrampftherapien, Lumbalpunktionen etc., wäre größte Sorgfalt nötig gewesen, was sich insbesondere auch in Gesprächen mit Sorgeberechtigten niedergeschlagen hätte. Allerdings sind – gemessen an der Häufigkeit solcher Maßnahmen – nur wenige solcher Dokumente gefunden worden, die auf Aufklärung und Einwilligung hinwiesen. Auch dies deutet darauf hin, dass die zeitgenössische ärztliche Haltung gegenüber Patientinnen und Patienten und insbesondere gegen Kinder und Jugendliche durch eine bevormundende Grundhaltung geprägt war: Was die Ärztin oder der Arzt für notwendig hielt, sollte auch gemacht werden.

Bereits 1954 hatte der Bundesgerichtshof für die Bundesrepublik mit dem „Elektroschock-Urteil“ deutlich gemacht, dass diese Haltung vom Patientinnen- und Patientenwillen begrenzt ist. Die Anwendung der Elektrokrampftherapie war nach diesem Urteil nicht ohne die Aufklärung und Einwilligung der Betroffenen möglich. Bei nicht einwilligungsfähigen Personen galt es, die Eltern bzw. Vormünder zu informieren und eine Einwilligung einzuholen.

Es entsteht der Gesamteindruck, dass die Verordnung medizinischer Maßnahmen auch ohne eine Einbindung oder weitergehende Information der minderjährigen Betroffenen erfolgen konnte. Eine solche fehlende oder allenfalls fürsorglich-bevormundende Begleitung von medizinischen Maßnahmen trug dazu bei, therapeutische und diagnostische Eingriffe als Misshandlung zu erleben. Dies wird auch im Zeitzuginnen- und Zeitzugenportal so benannt: *„Ich persönlich habe die unter den Kindern sehr gefürchtete Untersuchung per ‚Enze‘ als körperliche Gewalt erfahren. [...] Über den Sinn oder Ablauf dieser Untersuchung wurde ich nie informiert.“*

Insbesondere schwerstbehinderten Kindern drohte im Rahmen medizinischer Maßnahmen dabei die Gefahr, zum Objekt medizinischen Handelns zu werden. Dies konnte bis hin zum Missbrauch als Probandin bzw. Proband bei Medikamentenerprobungen gehen oder dazu führen, dass die Kinder als „Übungsobjekte“ benutzt wurden. Eine Aussage im Zeitzuginnen- und Zeitzugenportal führt dies dramatisch vor Augen: *„Was ich bis heute nicht verstehe ist, warum wir als junge Schwesternschülerinnen an diesen Patienten [schwerstbehinderte Kinder im Bezirkskrankenhaus Neubrandenburg] das Magensonde legen üben mussten, wenn [es]*

*sein muss[te] auch 10 mal hintereinander plus Nahrungs Sondierung in nicht physiologischer Menge und Geschwindigkeit.<sup>6</sup>*

Zumindest aus heutiger Sicht erscheint in einigen analysierten Fällen die medizinische Begründung für die Durchführung von Schocktherapien fragwürdig. So finden sich in den Einrichtungsstudien Hinweise darauf, dass die Durchführung medizinischer Maßnahmen auch aus disziplinarischen Gründen erfolgte (Elektrokrampftherapie, „Bettruhe“, Stationsverlegungen, Sedierungen, Fixierungen, Isolierungen).

Die hier untersuchten Einrichtungen scheinen sich hinsichtlich medizinischer Gewalt in der Praxis weniger nach Ost-West-Gegensätzen, sondern vielmehr nach ihrem Typ, ihrer Ausstattung und ihrer Klientel zu unterscheiden. So ließen sich in den Einrichtungen der Behindertenhilfe weniger Fälle medizinischer Gewalt nachweisen, wohl weil in diesen Betreuungseinrichtungen generell weniger diagnostische und therapeutische Maßnahmen durchgeführt wurden. In den Körper eingreifende Untersuchungsmethoden sind in Kinderbeobachtungsabteilungen und Universitätskliniken häufiger feststellbar, da eben diese Diagnostik zu den wesentlichen Aufgaben dieser Einrichtungstypen gehörte. Dabei zeichnen sich auch Variationen in der Anwendungshäufigkeit beispielsweise der Pneumoencephalographie ab, die in den infrastrukturellen Bedingungen, der materiellen Ausstattung, aber auch in der Haltung der in der jeweiligen Klinik tätigen Ärztinnen und Ärzte begründet liegen konnte.

Ob dabei eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme auf einer nachvollziehbaren medizinischen Indikation beruhte, lässt sich aus heutiger Perspektive allein anhand von Aktenunterlagen nicht immer sicher beurteilen. Im therapeutischen Bereich sind medizinische und disziplinierende Maßnahmen manchmal nicht unterscheidbar. Dies gilt bis zu einem gewissen Grad auch für Fixierungen und Isolierungen. Freiheitsbeschränkende Handlungen in Kliniken und Heimen haben nach dem Eindruck der Einrichtungsstudien vorrangig Jungen und Mädchen betroffen, die ein großes Maß an körperlicher Unruhe, unerwünschtem Verhalten, renitentem Benehmen etc. zeigten und damit eigentlich einer erhöhten pflegerischen, fürsorgenden und/oder therapeutischen Zuwendung bedurft hätten. Entsprechend den institutionellen Voraussetzungen sowie dem Umgang mit einhergehenden Überforderungen des Personals variierten die Häufigkeit des Einsatzes solcher Zwangsmittel und ihre sachliche Rechtfertigung als medizinische Maßnahmen. In Heimen der Behindertenhilfe können Fixierungen und Isolierungen aufgrund eines fehlenden therapeutischen Anspruchs als pädagogische Gewalt interpretiert werden und sind in den Unterlagen auch mehrmals als Strafmaßnahmen kenntlich gemacht worden.

---

<sup>6</sup> Zeitzeuginnen- und Zeitzeugenportal, Antwort ID 49480341.

## Pädagogische Gewalt

Die pädagogische Atmosphäre in den Einrichtungen war stark von Angst bestimmt. Körperliche und psychische Bestrafungen waren ein häufig eingesetztes Erziehungsmittel. Das lässt sich anhand vielfältiger Formen von Gewalterfahrungen belegen. Dazu gehören

- körperliche Gewalt (Essensentzug, Essenszwang, Schläge, „Packungen“, kalte Bäder, langes Stehen/Hocken/Knien in Ecken und auf Fluren, Fixierungen, Sedierungen, Isolierungen),
- sexualisierte Gewalt (Missachtung der Intimsphäre u.a.),
- Formen der Demütigung und Herabsetzung von Minderjährigen durch Beleidigungen, Infantilisierungen und psychosoziale Isolation (einzeln sitzen müssen, Ausschluss aus der Gruppe).

Hinweise auf körperliche Gewaltanwendung finden sich kaum in den überlieferten Akten, jedoch in den Aussagen der interviewten Zeitzeuginnen und Zeitzeugen. Dabei reicht das angewendete Gewaltspektrum von einfachen Körperstrafen wie „Ohrfeigen“ bis zu schweren Misshandlungen der Minderjährigen, die in einigen Fällen deshalb ärztlich versorgt werden mussten. Akte sexuellen Missbrauchs fanden noch weitaus weniger Niederschlag in den schriftlichen Überlieferungen und werden auch von den Zeitzeuginnen und Zeitzeugen nur vereinzelt erwähnt. Allerdings ist nicht auszuschließen, dass die Betroffenen aus Scham nur ungern von sexuellen Übergriffen berichten. Neben der Bewertung als individuelles Leid ist es möglich, die Übergriffe des Personals in vielen untersuchten Fällen auch als justiziables Unrecht zu werten. Außer den Tatbeständen Strafvereitelung (StGB §258) und Nötigung (StGB § 240) könnte auch die Verletzung diverser Rechte Schutzbefohlener bis hin zur Aussetzung (StGB § 221, Abs. 2) in Betracht kommen.

Als zwiespältig müssen einige pädagogische Formen der sogenannten „Arbeitstherapie“ bewertet werden. Arbeitstätigkeiten, wie sie in allen Einrichtungen – insbesondere im Heimbereich – üblich waren, können als ein an den Interessen und dem Wohl des Kindes orientiertes Angebot zur Förderung und Entwicklung geistiger und körperlicher Fähigkeiten aufgefasst werden. Allerdings ist dieses Therapieziel unvereinbar mit Formen der wirtschaftlichen Ausnutzung von Arbeitskräften zur finanziellen Unterstützung der Einrichtung oder des Einrichtungssystems, Formen der Disziplinierung und Formen der reinen Beschäftigung ohne eine Orientierung an den tatsächlichen Interessen und Bedürfnissen der Minderjährigen. Diese Art der Arbeitsverpflichtung ist, insbesondere wenn sie unter Zwang erfolgte, als Unrecht zu bewerten. Auch hier weichen die Schilderungen der Zeitzeuginnen und Zeitzeugen je nach individueller Erfahrung voneinander ab. Einige Betroffene erlebten die

Arbeit als eine willkommene Abwechslung im Einrichtungsalltag. Andere wiederum erlebten diese als Ausnutzung und Fremdbestimmung unter Androhung von Sanktionen.

### **Arzneimittelmissbrauch**

Psychopharmaka fanden besonders häufig im stationären Setting und bei Menschen mit einem höheren Grad an Behinderung oder mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten Anwendung. Das schließt als besonders vulnerable Gruppe Minderjährige mit ein.

Psychotrope Substanzen wirken bewusstseins- oder persönlichkeitsverändernd. Solche sind u.a.:

- Neuroleptika (gegen Wahnvorstellungen und Halluzinationen und/oder gegen Unruhe gerichtete Medikamente),
- Antiepileptika (gegen epileptische Anfälle wirksame Medikamente),
- Beruhigungs- und Schlafmittel und
- Antidepressiva (gegen traurige Verstimmung wirksame Medikamente).

Jede Verabreichung solcher Medikamente kann als leidvoll empfunden bzw. erfahren werden, auch wenn sie von den anwendenden Expertinnen und Experten als sachgemäß bewertet wird. Aus rechtlicher Perspektive stellt auch die mit Zustimmung erfolgte Verabreichung von Psychopharmaka einen Eingriff in die persönliche Selbstbestimmung dar. Das verleiht der Einhaltung fachlicher, ethischer und rechtlicher Standards besonderes Gewicht. Basierend auf den Einrichtungsstudien wurden Entwicklungen der Medikamentenverabreichung im Untersuchungszeitraum skizziert. Es wurde dabei versucht, das jeweils zugrundeliegende therapeutische Schema zu beschreiben. Beobachtete Auffälligkeiten hinsichtlich einer unsachgemäßen bzw. unrechtmäßigen Verwendung wurden hervorgehoben und unter der Fragestellung des Arzneimittelmissbrauchs genauer beleuchtet.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass eine missbräuchliche Medikationspraxis selten als solche in den Akten dokumentiert ist. Gleichzeitig erschwert die zwiespältige Wirkung von Psychopharmaka (sowohl antipsychotisch als auch ruhigstellend) eine Unterscheidung von therapeutischen und nicht-therapeutischen Zwecken. Aufgrund der Auswertung von insgesamt 1.100 Einzelfallakten konnten in über 590 Fällen Angaben zu Arzneimitteln, die auf das Nervensystem wirken, und in geringem Umfang zu Hormonen gefunden werden. Eine Einzelfallprüfung war jedoch kaum möglich. Eine eher lückenhafte Dokumentation sowie weit gefasste und sich verändernde Indikationen im Untersuchungszeitraum erschweren eine rückblickende Bewertung. Sowohl Benennung und Klassifikation psychiatrischer Krankheiten als auch Anwendungsgebiete von Medikamenten variierten bereits von Klinik zu Klinik.

Seit den 1950er Jahren begann die Einführung neuartiger Psychopharmaka (Neuroleptika ab 1952, Antidepressiva ab 1959). Ihr klinischer Einsatz läutete einen therapeutischen Wandel ein, da vorher spezifisch auf psychotische oder depressive Symptome wirkende Medikamente nicht zur Verfügung standen. In einigen Einrichtungen fanden sie unmittelbar praktische Anwendung, in anderen standen die Medikamente, insbesondere in der DDR, erst zeitversetzt zur Verfügung. Während sich allgemeine Entwicklungen der Psychopharmakotherapie einrichtungsübergreifend verfolgen ließen, war die Rolle der Medikation sehr verschieden. Tendenziell war die Medikationspraxis weniger durch Ost-West-Unterschiede als durch den Zeitraum (z. B. Zulassung und Verfügbarkeit von Arzneimitteln) und die Funktion der Einrichtung (Diagnostik, Therapie, Dauerunterbringung), den therapeutischen Ansatz, die fachliche Überzeugung oder das wissenschaftliche Interesse der jeweiligen Leitungspersonlichkeiten geprägt.

Akten von Bewohnerinnen und Bewohnern der Heimeinrichtungen der Behindertenhilfe enthielten selten eine systematische medizinische Dokumentation, wie das bei vergleichbaren Krankenakten üblich war. Die Einrichtungen arbeiteten aber mit Fachkrankenhäusern zusammen und wurden von diesen fachärztlich betreut. Dennoch war der Zugang zu neuen Medikamenten für diese Einrichtungen teilweise eingeschränkter als für die Fachkliniken. Man griff in den untersuchten Einrichtungen beispielsweise bis in die 1980er Jahre auf stark wirksame Neuroleptika sowie Schlaf- und Beruhigungsmittel (Barbiturate) zurück. Bewohnerinnen und Bewohner erhielten zum Teil über 20 Jahre hinweg dieselbe Medikation. Eine regelmäßige Überprüfung der Medikation lässt sich in diesen Einrichtungen kaum nachweisen. Inwieweit Aspekte der Wirtschaftlichkeit (z. B. Kostensätze, Pflegesätze) auch die Medikationspraxis beeinflussten (z. B. Auswahl der Medikamente) kann anhand eingesehener Akten nicht beantwortet werden und sollte Gegenstand weiterer Forschung sein.

Als unsachgemäß wurde im Rahmen des Projektes eine Medikation bewertet, wenn sie ohne oder unter zweifelhafter Indikation erfolgte. Das war beispielsweise der Fall, wenn die Medikation im konkreten Zusammenhang mit disziplinierenden oder strafenden Ereignissen erfolgte. In die Kategorie „unsachgemäß“ wurden im weiteren Sinne auch dauerhafte Verabreichungen aufgenommen, die erkennbar vorrangig der Aufrechterhaltung der institutionellen Ordnung oder der Reduktion pflegerischen Aufwands dienten (z. B. bei „Heimwehreaktionen“ oder zur „Mittagsruhe“). Ebenfalls gezählt wurden massive unerwünschte Wirkungen (z. B. „Zungen- und Schlundkrämpfe“, „Blickkrämpfe“), sofern sie in den Einzelfallakten vermerkt waren. Diese Kategorie schloss auch Fälle ein, die durch eine unangemessene Dauer oder eine hohe Anzahl verabreichter Medikamente auffielen. Hinsichtlich ethisch-rechtlicher Fragen wurde insbesondere die Verabreichung kodierter Medikamente (etwa „T57“ für das spätere Neuroleptikum „Decentan“) genauer analysiert, weil diese auf eine klinische Erprobung hindeuten. Hierbei wurde die Medikationspraxis auch im

Hinblick auf eine informierte Einwilligung untersucht. Im Rahmen der Einrichtungsstudien konnten insgesamt 15 solcher kodiert verabreichten Präparate identifiziert werden, die vorrangig in den 1950er Jahren eingesetzt wurden. In dieser Zeit befanden sich die ersten Neuroleptika noch in der Entwicklung. Ein gesetzlich vorgeschriebenes Zulassungsverfahren gab es damals nicht. So sind fließende Übergänge zwischen Therapieversuchen und klinischer Forschung, zwischen Erprobung und Markteinführung beobachtet worden. Die Angaben zur Verabreichung enthielten keine näheren Hinweise, ob ein kodiertes Präparat im Rahmen eines individuellen Heilversuchs (von uns als legitimer Zweck gedeutet) oder aus einem Forschungsinteresse heraus verabreicht wurde, was auch damals als rechtlich und moralisch fragwürdig aufgefasst werden konnte.

Einwilligungsfragen bewegten sich in den 1950er Jahren noch in einer rechtlichen Grauzone, insbesondere bei nichteinwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten. Das schließt aber eine professionelle Verpflichtung angesichts bereits vorliegender ethischer Regelwerke (z. B. Nürnberger Kodex von 1947, Genfer Gelöbnis von 1948) nicht aus. Ein grundsätzliches Problembewusstsein für die Notwendigkeit einer informierten Einwilligung findet sich auch in Akten der 1950er Jahre, wie beispielsweise anhand der Pneumoencephalographien gezeigt werden konnte.

Erst die späteren Arzneimittelgesetze und Durchführungsbestimmungen in DDR (1976) und BRD (1978) etablierten ein rechtsverbindliches Zulassungsverfahren sowie eine ethisch-rechtliche Klärung der informierten Einwilligung. Für die Jahrzehnte davor ist davon auszugehen, dass Minderjährige in psychiatrischen Einrichtungen und Heimen mangels gesetzlicher Bestimmungen einem erheblichen Risiko ausgesetzt waren, unwissentlich zur klinischen Erprobung von Medikamenten herangezogen zu werden. Dieser Umstand wiegt mit Blick auf die besondere Vulnerabilität der minderjährigen Patientinnen und Patienten besonders schwer.

In 77 Einzelfallakten waren außerdem deutliche Anzeichen für eine nicht bestimmungsgemäße Verwendung von Psychopharmaka zu finden. Die Verabreichungen verteilten sich über den gesamten Untersuchungszeitraum, allerdings vorwiegend auf den Zeitraum vor 1970. Bei 25 Minderjährigen sprechen alle Hinweise für eine gewaltsame Verabreichung. In diesen Fällen ist meistens ein „akuter Erregungszustand“ dokumentiert. Über den genauen Ereignisablauf erfahren wir aus den Akten allerdings wenig. Einerseits kann eine zwangsweise Behandlung dabei nach damaligem Ermessen medizinisch angezeigt gewesen sein (z. B. bei akuten Psychosen). Andererseits ist mit Blick auf den Zeitraum der Untersuchung hervorzuheben, dass oftmals die institutionellen Bedingungen Verhaltensauffälligkeiten hervorbrachten oder verstärkten („Weinen“, „Schreien“, „Toben“) und wiederum Zwangsmaßnahmen nach sich zogen. In den Akten wird mehrheitlich weniger wehrhaftes, selbst- oder fremdgefährdendes

Verhalten als vielmehr „störendes Verhalten“ (z. B. „unruhig“, „Umherlaufen“, „lautes Reden“) beschrieben. Dies führte dann zu einer zusätzlichen Sedierung, wobei die Toleranzschwelle für „störendes Verhalten“ in den Einrichtungen unterschiedlich, in einzelnen Einrichtungen aber deutlich herabgesetzt war.

In allen Einrichtungen gab es mindestens einzelne Fälle, in denen die Medikation zweifelsfrei überdosiert oder als Maßnahme unverhältnismäßig erschien (z. B. Barbiturate bei „Heimwehreaktionen“). In Einzelfällen wurde ausdrücklich als Motiv für die Medikation die Reduktion des pflegerischen Aufwandes angegeben. In den konfessionellen Einrichtungen machte die Medikationspraxis bisweilen einen recht willkürlichen Eindruck („medikamentenfreie Tage“). Nicht immer war ersichtlich, wer eine Medikation in der konkreten Situation anordnete und verabreichte. In den 1950er und 1960er Jahren hatte das Pflegepersonal offenbar noch einen größeren Handlungsspielraum, der die eigenmächtige Gabe zusätzlicher Beruhigungsmittel einschloss.

Im Großen und Ganzen beeinflusste vor allem der Anstaltscharakter einiger Einrichtungen die Medikationspraxis und wirkte zum Teil bis weit in die 1970er Jahre fort. In den Bettensälen der 1950er und 1960er Jahre schien dabei eine schematische Verordnungspraxis zu überwiegen. Den Psychopharmaka kam dabei in allen untersuchten Einrichtungen abseits ihrer therapeutischen Wirkung eine normierende und systemstabilisierende Funktion zu. Ihre Anwendung könnte zumindest in der frühen Phase als „sedierende“ Medikationspraxis beschrieben werden: Sie erfolgte noch eher unspezifisch als indikationsbezogen und hatte mit Blick auf die Rahmenbedingungen tendenziell systematischen Charakter. So wurden auch die neuen Neuroleptika zunächst hochdosiert und hauptsächlich wegen ihrer sedierenden Wirkung eingesetzt.

Die äußeren Bedingungen (Anstaltscharakter), fehlende Beschäftigung, unterqualifiziertes Pflegepersonal und Ärztemangel trafen in dieser Zeit mit zeitgenössischen Ordnungsvorstellungen (Sekundärtugenden), einem auf vermeintliche Mängel konzentrierten Blick auf die Patientinnen und Patienten sowie mit einem noch unkritischen Umgang mit den neuen Psychopharmaka zusammen und bedingten ein „eher zu viel als zu wenig.“

In der Gesamtschau waren so in beiden Teilen Deutschlands insbesondere Minderjährige im „chronifizierten“ Bereich einem hohen Risiko sedierender Medikation ausgesetzt. Das waren Kinder und Jugendliche, die als „sehr unruhig“ bzw. „erethisch“, „nicht heilbar“, „bildungsunfähig“ oder als „Pflegefälle“ deklariert und vielfach in gesonderte Abteilungen oder dauerhaft in Heime abgeschoben wurden. Eine „ruhigstellende“ Behandlung blieb für diese Kinder letztlich Anstaltsalltag, bis überkommene Anstaltsstrukturen schrittweise überwunden wurden. Das erfolgte in den psychiatrischen Großkrankenhäusern und Behindertenheimen der DDR grundlegend erst nach dem Mauerfall.

## Entwicklungen seit den 1970er Jahren

Überwogen in der DDR und der BRD in den ersten beiden Nachkriegsjahrzehnten die Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Lebensbedingungen und institutionellen Strukturen sowie in Bezug auf die erlebten Formen medizinischer und pädagogischer Gewalt, so verlief die Entwicklung der gesellschaftlichen Systeme seit den 1970er Jahren in beiden Ländern unterschiedlich.

In Westdeutschland entwickelte sich unter dem Eindruck des gesellschaftlichen Wertewandels und Reformklimas der 1960er und 1970er Jahre langsam ein öffentlich artikuliertes Bewusstsein für die eklatanten Missstände im Heim- und Psychiatriewesen. Die vom deutschen Bundestag einberufene Psychiatrie-Enquête prangerte in ihrem Kommissionsbericht von 1975 schließlich die unhaltbaren Zustände an und forderte umfassende Reformen in der psychiatrischen und heilpädagogischen Unterbringungspraxis. Während sich in der Bundesrepublik ab den 1970er Jahren – wenn auch in regional unterschiedlichem Tempo – zunehmend sozialpsychiatrische Ansätze durchsetzten und einen Prozess der schrittweisen Schaffung von Behandlungsmöglichkeiten jenseits der Großkrankenhäuser und eine Öffnung der Heimlandschaft einleiteten, blieb die institutionelle Einrichtungsstruktur der DDR bis auf den Ausbau der Fördereinrichtungen ab den 1970er Jahren 40 Jahre lang fast unverändert.

Zwar lässt sich in den 1960er Jahren auch im heilpädagogischen und psychiatrischen Kinder- und Jugendbereich der DDR zeitweise ein breiter Reformoptimismus konstatieren, im Zuge dessen etwa ambulante Versorgungsstrukturen ausgebaut wurden. Zudem wurden die mangelhaften Bedingungen in Heimen und Kinderpsychiatrien auch hier von Pflegekräften, Ärztinnen und Ärzten, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, der Verwaltung und der Ministerialebene zunehmend wahrgenommen und artikuliert. In der DDR klafften Anspruch und Wirklichkeit allerdings besonders weit auseinander, hält man sich vor Augen, dass in der sozialistischen Verfassung die rechtliche Gleichstellung behinderter Menschen ausdrücklich verankert war. Angesichts der gesellschaftlichen Erstarrung, der sich verschärfenden wirtschaftlichen Misere und des daraus resultierenden zunehmenden Reformstaus im DDR-System fielen Qualität und Modernisierungsgrad des Gesundheitssystems in den 1970er Jahren immer weiter hinter den Standard westlicher Industrienationen zurück. Reformen blieben aus. In der DDR fehlte zudem eine kritische Öffentlichkeit, wie zum Beispiel unabhängige Medien, die über Missstände berichten konnten, sowie Elterninitiativen und Interessenvertretungen. Die Möglichkeit, gegen staatliche Gewalt mit demokratischen und juristischen Mitteln vorzugehen, war praktisch nicht vorhanden. Die „Rehabilitationspädagogik“ (d.h. Sonderpädagogik) der DDR, die durchaus



progressive Impulse enthielt, wurde von staatlicher Seite immer wieder politisch-ideologisch eingehegt. Kleinste Abweichungen vom sozialistischen Fachvokabular mussten gerechtfertigt werden. Das Fehlen einer freien Wissenschaft und Forschung führte zu einer Erstarrung der Fachdisziplinen, die in den 1950er Jahren noch mit viel Tatendrang begonnen hatten.

Während in der BRD ab den 1970er Jahren langsam alternative Behandlungs- und Unterbringungsformen wie der Aufbau eines gemeindenahen Versorgungssystems mit ambulanten Diensten sowie die Verkleinerung der Kliniken und Heime durchgesetzt wurden, blieb in der DDR das Großkrankenhaus bis 1990 alternativlos im Zentrum der psychiatrischen Versorgung. Die institutionellen Strukturen, die strukturelle Gewalt hervorbrachten, blieben im Staatssozialismus bis zu seinem Untergang unvermindert wirksam, die Mangelerscheinungen des DDR-Gesundheitssystems verstärkten sich im Laufe der 1980er Jahre insgesamt sogar nochmals deutlich. Erst gegen Ende des Untersuchungszeitraums setzten sich auf lokaler Ebene auch in der DDR verstärkt sozialpsychiatrische Ansätze durch, die auch institutionell eine stärkere Integration behinderter Menschen ermöglichen sollten.

Der Paradigmenwechsel in der BRD spiegelte sich – wenngleich nur zögerlich – auch in der konkreten Erziehungspraxis im Alltag wider. So berichten Zeitzeuginnen und Zeitzeugen aus vielen Einrichtungen im Westen übereinstimmend, dass sich der Umgang des Personals mit den Kindern ab den späten 1960er Jahren änderte und die Rechte von Heimbewohnerinnen und -bewohnern verbessert wurden. Hierzu trugen sicherlich auch die Verbesserung des Personalschlüssels und eine deutliche Reduzierung von Gruppengrößen durch bauliche Maßnahmen bei.

Einen wichtigen Schritt auf dem Weg des Angleichens der Anstaltsverhältnisse an die gesellschaftlichen Standards der Zeit stellte auch die schrittweise Formalisierung und Aufwertung der Ausbildungs- und Arbeitsverhältnisse in den Anstalten im Verlauf der 1970er Jahre dar. Arbeitstherapeutische Maßnahmen waren in allen untersuchten Häusern auch weiterhin verbreitet, ab Mitte der 1970er Jahre wurde die Beschäftigung in den anstaltseigenen Betrieben in vielen Einrichtungen allerdings erstmals regulär entlohnt. Auch die Arbeitszeiten wurden oftmals angepasst. Das Schulwesen in den Einrichtungen wurde gängigen Standards angeglichen, die Schülerzahlen stiegen in den meisten Einrichtungen kontinuierlich.

Und dennoch: Insgesamt blieben in der BRD Reformintensität und -geschwindigkeit stets von den strukturellen und personellen Bedingungen vor Ort abhängig, so dass sich auch deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Einrichtungen abzeichnen. Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die 1970er Jahre für viele der im Projekt untersuchten BRD-Einrichtungen eine Umbruchphase darstellten, die auch in pädagogischer Hinsicht zu einem Umdenken führte. Dies schuf schließlich das Klima für langfristige Veränderungen und führte in der Konsequenz zu mehr Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit Behinderung in der

Gesellschaft. In der Bundesrepublik fand dieser Wandel jedoch nicht „über Nacht“ statt: Auch in den 1970er und 1980er Jahren wurden vielerorts noch gewaltförmige Erziehungsmethoden praktiziert, blieben der Ressourcenmangel und die fehlende Qualifizierung des Betreuungspersonals drängende Probleme aller untersuchten Häuser. Zudem scheint es in einigen Einrichtungen der BRD auch gegen Ende des Untersuchungszeitraums (1975), allen Befunden aus anderen Einrichtungen zum Trotz, noch kaum zu spürbaren Verbesserungen gekommen zu sein.

Die Gründe für die große Lücke zwischen verfassungsmäßig verankerten Grundrechten in der BRD und in der DDR und den kritikwürdigen Verhältnissen in den von uns untersuchten Einrichtungen sind folglich vielschichtig. Die Überwindung institutioneller Missstände benötigte eine kritische Öffentlichkeit, welche die Situation marginalisierter Gruppen thematisierte, demokratische Kontrollinstrumente und ein funktionierendes Rechtssystem sowie die Möglichkeit und Bereitschaft in den entsprechenden Einrichtungen, diese Impulse zur Verbesserung des Kindeswohls aufzunehmen. Behördliche Kontrollen wurden vernachlässigt und auch andere mögliche Kanäle in die Öffentlichkeit und damit Wege hin zu einer Sichtbarkeit von Missständen wurden lange Zeit kaum genutzt. Während in der BRD das sozial- und gesundheitspolitische Desinteresse an der Situation institutionalisierter Menschen mit psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen am Ende der 1960er Jahre von außerparlamentarischen Skandalisierungen und administrativen Initiativen abgelöst wurde, konnte eine solche Entwicklung in der DDR erst an ihrem Ende stattfinden.

## **Ausblick und Perspektiven**

Die beschriebenen gewalttätigen und demütigenden Erziehungsmethoden waren nicht in allen Einrichtungen und auch nicht zu jeder Zeit nachweisbar, aber doch auch außerhalb der Einrichtungen in den Familien in der DDR und der BRD Realität. Stigmatisierende und diskriminierende Ansichten über Kinder mit Behinderungen oder psychischen Erkrankungen waren in weiten Teilen der Bevölkerung der DDR oder BRD durchaus verbreitet. Ebenso verhält es sich im medizinischen Bereich. Mit dem Kind wurde selten gesprochen. Kommuniziert wurde über die Köpfe der Betroffenen hinweg mit den Eltern, wenn überhaupt sprach das medizinische Personal. Häufig kam es zu Entscheidungen, die ohne Einbeziehung und Aufklärung des Kindes gefällt wurden.

Die Anstaltssituation konnte diese Verhaltensweisen und Einstellungen verschärfen, da die Kinder niemanden hatten, der sich für ihre Interessen einsetzte und ihnen zur Seite stand. Derart ausgeliefert sahen sich Minderjährige in Institutionen oft Misshandlungen durch Personal, Mitpatientinnen und -patienten, Mitbewohnerinnen und -bewohner ausgesetzt, obwohl diese Institutionen ihrem Sinn nach Orte der Genesung, Förderung, Pflege, Erziehung

und Fürsorge sein sollten. Dort, wo sich langsam eine „Kultur des Hinsehens“ etablieren konnte, verbesserten sich die Bedingungen.

In den untersuchten Einrichtungen konnten für die Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohner im Untersuchungszeitraum keine adäquaten Bedingungen zur Sicherung und Förderung des Kindeswohls geboten werden. Dieser Umstand stellt die Hauptursache für Leid- und Unrechtserfahrungen dar. Die im Forschungsauftrag dargestellten Leid- und Unrechtserfahrungen sind dabei eine vielschichtige Verkettung der Erlebniswelt von Einzelnen mit von vielen Personen beschreibbaren Strukturelementen (Anstaltsstrukturen, Atmosphäre u.a.).

Darüber hinaus gab es Handlungen, die das Kindeswohl zwar fördern sollten, in der Einrichtungswirklichkeit diesem aber zuwiderliefen. Diese Differenzierung führt zugleich zu der Frage nach Verantwortung. „Wir haben es nicht besser gewusst“ ist eine Aussage, die uns im Rahmen der Gespräche mit ehemaligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern häufig begegnete. Sicherlich existierte aufgrund der geringen Professionalisierung ein mangelhaftes Fachwissen in den Einrichtungen. So kam es zu Fehleinschätzungen von Verhaltensweisen sowie eigenen Deutungen und Bewertungen, die zu fragwürdigen Maßnahmen führen konnten. Andererseits entschuldigte ein unzureichendes Fachwissen auch aus zeitgenössischer Sicht keine gewalttätigen Handlungen, keinen lieblosen Umgang mit Kindern oder ihre Demütigung und Herabsetzung durch Sprache oder Gesten. Angst und Schmerzen, Traurigkeit und Einsamkeit sind sichtbar – es bedarf dafür nicht des geschulten Auges.

Unabhängig von der individuellen Verantwortung des Personals, des Trägers oder anderer beteiligter Stellen waren es mentale und strukturelle Bedingungen, die das Erleben, Erfahren und Lernen in den von uns untersuchten Einrichtungen bestimmten und die Entwicklung der Kinder in sozialer, emotionaler und kognitiver Hinsicht erschwerten. „Satt, warm, trocken“ markiert einen bloßen Überlebensgrad. Aber Förderung, Bildung und Entwicklung bedürfen aktiver Zuwendung und Unterstützung, insbesondere wenn die allgemeinen Bedingungen in den Einrichtungen dies kaum ermöglichen. In der DDR sorgten die Rahmenbedingungen in allen von uns untersuchten staatlichen und konfessionellen Einrichtungen insbesondere aufgrund der mangelhaften Personalsituation für eine permanente Überforderung aller Beteiligten. Dies gilt auch für die Zeit, in der in vielen Teilen der Bundesrepublik bereits Reformprozesse eingeleitet worden waren. Festzuhalten bleibt allerdings, dass es zu den Folgen und zur konkreten Umsetzung der Psychiatrie-Enquête von 1975 in den Bundesländern noch weitgehend an zeitgeschichtlichen Erkenntnissen mangelt. Ein umfassender Vergleich zwischen BRD und DDR für den Zeitraum von 1975 bis 1990 muss späteren Forschungen vorbehalten bleiben.

Der gesellschaftliche Auftrag an psychiatrische Kliniken und Heime der Behindertenhilfe bestand und besteht einerseits im therapeutischen und fördernden Anspruch, andererseits in der verwahrenden und sichernden Funktion der Einrichtungen. Die gesundheitspolitische Verortung der psychiatrischen Kliniken und Heime der Behindertenhilfe im „Souterrain des Sozialstaates“ (Wilfried Rudloff) der BRD verfestigte dabei im Untersuchungszeitraum Bedingungen, die ganz überwiegend nur eine Verwahrung von Minderjährigen ermöglichte.

Die geschilderten strukturellen Unrechtserfahrungen stellen eine Verletzung der moralischen Rechte eines Kindes dar. Durch die konkreten Umstände in den untersuchten Einrichtungen wurden die Betroffenen an der Entfaltung ihrer Zukunftsmöglichkeiten gehindert. Diese Folgeschädigungen können die individuelle Lebensgestaltung und -entwicklung bis heute beeinflussen und bestimmen. Gewalterfahrungen führen auch deshalb bei den Betroffenen besonders häufig zu chronischen Folgen. Ihnen stehen aufgrund einer erhöhten, auch institutionell bedingten Verletzlichkeit weniger Bewältigungs- und Verarbeitungsmöglichkeiten zur Verfügung.

Durch die Sichtbarmachung des von den Betroffenen erlebten Leids und Unrechts kann die Forschungsarbeit durch ihre Aufklärungsarbeit für beide Teile Deutschlands einen wichtigen Beitrag zur gesellschaftlichen Aufarbeitung leisten. Es gilt, für die damaligen Geschehnisse und individuellen Erfahrungen der Betroffenen zu sensibilisieren und sie präsent zu halten, um bedarfsgerecht die gegenwärtige und zukünftige stationäre Unterbringung von Kindern und Jugendlichen zu gestalten.