

Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I

Direktor: Prof. Dr. J. M. Fegert

Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Weissenau

Leitung: Prof. Dr. R. Schepker

**Zwangsmaßnahmen an Kindern und Jugendlichen im
Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weissenau in
den 50er und 60er Jahren**

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Zahnmedizin

der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

vorgelegt von

Sima Afschar-Hamdi

aus Ostfildern-Ruit

2018

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Renate Schepker

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Jörg Fegert

Tag der Promotion: 06.06.2019

Teile dieser Dissertation sind erschienen in: Afschar-Hamdi, Sima; Schepker, Klaus:
Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Nachkriegszeit
am Beispiel der Pflege- und Beobachtungsstation des Psychiatrischen Landes-
krankenhauses Weissenau (1951-1966). Praxis der Kinderpsychologie und Kinder-
psychiatrie: S. 526–542 (2017).

I	INHALTSVERZEICHNIS	
II	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	III
1	EINLEITUNG.....	1
1.1	Kinder- und Jugendpsychiatrie der 50er und 60er Jahre im medialen Fokus.....	1
1.2	Weissenau: Geschichtlicher Abriss.....	4
1.3	Exkurs: Stand der Therapiemöglichkeiten in der Nachkriegszeit	7
1.4	Exkurs: Klassifikation der Erkrankungen, Bezug zur Untersuchung.....	15
1.5	Zwangsmaßnahmen im heutigen Kontext: Definition und Forschungsstand.....	17
1.6	Fragestellung.....	19
2	MATERIAL UND METHODEN.....	21
2.1	Beschreibung der Patientenakten.....	21
2.2	Patientenkollektiv	22
2.3	Patientenanzahl.....	23
2.4	Ethikantrag.....	23
2.5	Codierung Patientenidentität	24
2.6	Methode der Auswertung	24
2.7	Ursprüngliche Kategorisierung	24
3	ERGEBNISSE	35
3.1	Güte der Dokumentation	35
3.2	Einverständnis der Sorgeberechtigten	36
3.3	Übersicht über alle Patienten.....	37
3.4	Diagnosen	41
3.5	Die Maßnahmen im Einzelnen.....	51

3.6.	Zeitlicher Verlauf der angewendeten Zwangsmaßnahmen.....	73
3.7	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	77
3.8	Fallbeispiele	79
4	DISKUSSION.....	84
4.1	Umfeld und allgemeine Situation in der Weissenau.....	84
4.2	Einordnung der Zwangsmaßnahmen in der Weissenau.....	97
4.3	Arbeit.....	101
4.4	Rechtslage.....	103
4.5	Erziehungsvorstellungen in der Nachkriegszeit, Lehrmeinungen in der Pflege	108
4.6	Darstellung und Vergleich mit der heutigen Situation auf der KuJ-Psychiatrie in der Weissenau.....	110
4.7	Methodendiskussion.....	114
5	ZUSAMMENFASSUNG	118
6	LITERATURVERZEICHNIS.....	120
7	ANHANG	136
7.1	Endgültige Kategorien und Ankerbeispiele	136
7.2	Liste der Patienten, die laut Akte schon lange hätten verlegt werden sollen, aber keine Heimplätze zur Verfügung standen.....	141
7.3	Bilder	142
8	DANKSAGUNG.....	144
9	LEBENS LAUF.....	145

II Abkürzungsverzeichnis

Abt. *Abteilung*

BGB *Bürgerliches Gesetzbuch*

BGH *Bundesgerichtshof*

bzw. *beziehungsweise*

d. h. *das heißt*

die *lateinisch: Tag*

Ence *Encephalogramm*

etc. *et cetera*

GG *Grundgesetz*

ggf. *gegebenenfalls*

i. m. *intramuskulär*

ICD *International Classification of Diseases*

insb. *insbesondere*

Jh. *Jahrhundert*

KJP *Kinder- und Jugendpsychiatrie*

KuJ *Kinder und Jugend*

LJ *Lebensjahr*

mg *Milligramm*

MNB *Männerneubau*

Pat.	<i>Patient</i>
PLK	<i>Psychiatrisches Landeskrankenhaus</i>
RJWG	<i>Reichsjugendwohlfahrtsgesetz</i>
RTH	<i>Runder Tisch Heimerziehung</i>
s. o.	<i>siehe oben</i>
sog.	<i>sogenannten</i>
Tbl.	<i>Tablette</i>
u.a.	<i>unter anderem</i>
v. a.	<i>vor allem</i>
Vgl.	<i>Vergleich</i>
wg.	<i>wegen</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
z. B.	<i>zum Beispiel</i>
z. Zt.	<i>zur Zeit</i>
ZfP	<i>Zentrum für Psychiatrie</i>
ZM	<i>Zwangsmaßnahme/n</i>

1 Einleitung

1.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie der 50er und 60er Jahre im medialen Fokus

Die Umstände, unter denen Minderjährige in der Vergangenheit in psychiatrischen Einrichtungen oder in Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebracht waren, sind in jüngster Zeit vermehrt ins Licht der öffentlichen Aufmerksamkeit gerückt. Spätestens mit Ausstrahlung der Fernsehsendung „Hölle Kinderpsychiatrie – Gewalt und Missbrauch hinter Anstaltsmauern“ im April 2014 im WDR über die psychiatrische Anstalt in Marsberg, Westfalen-Lippe, und die Anstalt in Schleswig-Holstein wird öffentlich wie auch in wissenschaftlichen Kreisen die Frage untersucht, wie Kinder und Jugendliche in psychiatrischen Anstalten in der Nachkriegszeit behandelt wurden. [65]

Dem voraus ging die Erforschung der Heimunterbringung, z. B. von KUHLMANN 2008 oder von HEINEMANN, 2011. [75; 55] Im Jahr 2011 legte der „Runde Tisch Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren“ (RTH) seinen Abschlussbericht dem Deutschen Bundestag vor, nachdem sich im Frühjahr 2006 Betroffene und Angehörige von Betroffenen der Heimerziehung in einer Petition an den Deutschen Bundestag gewandt hatten [97; 63]

Die Mitglieder des RTH stellten fest, dass es für die in der Bundesrepublik Deutschland etwa 700.000 bis 800.000 in Heimen der Jugendhilfe betreuten jungen Menschen „in vielerlei Hinsicht und in zahlreichen Bereichen der Erziehung im Heim zu Unrecht und Unrechtserfahrungen kommen konnte und gekommen ist“ (Wendelin u. Loerbroks 2010, S. 24). [104]

Als „Regel- und Rechtsverstöße in der Heimerziehung“ wurden diverse Umstände benannt, u.a. „die fortgesetzte Überforderung des Erziehungspersonals“, die als ein

„wesentlicher Grund für die unangemessene Erziehungspraxis, überbordende Gewaltanwendung und geringe Betreuung im Sinne von pädagogischer Begleitung und Fürsorge angesehen“ wurde und „das Vorliegen eines Arbeits- oder insb. Ausbildungsverhältnisses ohne Abführung der entsprechenden Sozialversicherungsbeiträge.“ (Wendelin u. Loerbroks 2010, S. 24-25). [104]

Im Abschlussbericht schlug der RTH neben rehabilitativen Maßnahmen vor, die Betroffenen finanziell zu entschädigen. Hierfür wurde zunächst der Fonds „Heimerziehung West“ eingerichtet, der am 01. Januar 2012 seine Arbeit aufnahm. Am 01. Juli 2012 folgte der Fonds „Heimerziehung Ost“, der dieselbe Aufgabe für die ostdeutschen Länder übernahm. [63]

Beim Runden Tisch Heimerziehung wurden Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie psychiatrische Anstalten explizit ausgeschlossen. Demzufolge sehen beide Fonds keine Entschädigung für Personen vor, die in der Vergangenheit als Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe oder der stationären Psychiatrie untergebracht waren, obwohl auch dort Unrecht geschehen ist. [63]

Um auch Betroffene aus dieser Gruppe nicht dauerhaft auszugrenzen, hat der Deutsche Bundestag im Juli 2011 die Bundesregierung aufgefordert, auch für diese Personengruppe ein Hilffssystem einzurichten. [7]

Die Arbeitsgruppe, die zu diesem Zwecke eingerichtet wurde, bestand aus Vertretern der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK), der Gesundheitsministerkonferenz (GMK), des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS), der Jugend- und Familienministerkonferenz (JFMK), des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und der Kirchen. [7] Es wurden auch Betroffene und Vertreter ihrer Interessenverbände gehört, ebenso wie Angehörige der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), der Aktion Psychisch Kranke und medizinhistorische Experten. [18]

Am 01. Januar 2017 hat die Stiftung „Anerkennung und Hilfe“ ihre Arbeit aufgenommen, die drei verschiedene Ziele verfolgen soll: die „damaligen Verhältnisse und Geschehnisse öffentlich anzuerkennen, wissenschaftlich aufzuarbeiten und das den Betroffenen widerfahrene Leid und Unrecht durch Gespräche individuell anzuerkennen. Weiterhin sollen Betroffene, bei denen aufgrund erlittenen Leids und erlebten Unrechts während der Unterbringung heute noch eine Folgewirkung besteht, Anerkennungs- und Unterstützungsleistungen erhalten“. [19]

Der von JUNGSMANN für die Arbeitsgruppe verfasste Machbarkeitsbericht stellte fest, dass es derzeit nur wenige, vereinzelte Daten zu den damals in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen befindlichen Patienten und den Umständen, unter denen sie sich dort aufhielten, gibt. [62] Besonders Ergebnisse zu Behandlungsbedingungen und erlittenem Leid und Unrecht sind vor allem bezogen auf einzelne Institutionen rar. [63] Nachdem das Augenmerk der wissenschaftlichen Forschung lange auf der Zeit des Nationalsozialismus und damit vor allem auf Zwangssterilisation und „Euthanasie“ von als genetisch minderwertig Eingestuften lag (z. B. MITSCHERLICH: Medizin ohne Menschlichkeit, 1987; KLEE: „Euthanasie“ im NS-Staat, 1983), rückte in den letzten Jahren auch die Nachkriegszeit in den Mittelpunkt der Forschung. [68; 88] Arbeiten über Art und Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der 50er und 60er Jahre liegen allerdings so gut wie keine vor, auch wenn schon einige Institutionen die Erforschung ihrer Institutionsgeschichte betreiben oder Maßnahmen zur Aufarbeitung des Geschehenen ergriffen haben, u. a. einige Einrichtungen der Diakonie oder das Pfalzkrankenhaus Klingenmünster. [113; 40] Über die Situation in der Anstalt Marsberg, deren Träger im Jahr 2013 die wissenschaftliche Aufarbeitung aufnahm, ist 2017 ein Bericht erschienen, welcher schwerwiegende Mängel und Verstöße gegen auch damals übliche Erziehungspraxis und gültiges Recht offenbart, z. B. erinnern sich einige Patienten, dass sie gezwungen worden seien, ihr Erbrochenes zu essen (Kersting u. Schmuhl 2017, S. 30, 53, 60). [128; 66] Bis heute sind Zwangsmaßnahmen ein besonders aus ethischen Erwägungen umstrittenes Thema. [43]

In dieser Arbeit sollen erstmals Zwangsmaßnahmen in einer kinder- und jugendpsychiatrisch tätigen Klinik anhand der noch vorhandenen Aufzeichnungen systematisch, also über die bisher vorliegenden Fallbeispiele und Stichprobenuntersuchungen hinaus, untersucht werden. Im Zentrum für Psychiatrie (ZfP) Südwürttemberg, Standort Weissenau, wurden die Patientenakten aus vergangener Zeit weiterhin archiviert und aufgehoben, länger, als es die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen für Patientendokumentation vorsehen. Soweit es die Datenqualität überhaupt noch zulässt sind damit auch erstmals quantitative empirische Aussagen möglich.

1.2 Weissenau: Geschichtlicher Abriss

Der Standort Weissenau des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg kann auf eine lange Geschichte zurückblicken. Im Jahre 1892 wurde das ehemalige Kloster Weissenau zur „Königlich-württembergischen Irrenanstalt“ ausgebaut. [122] Die Heilanstalt war an der „Aktion T4“ in den Jahren 1940 – 1941 beteiligt, bei der 691 Patienten nach Grafeneck auf der Schwäbischen Alb gebracht und dort ermordet wurden. [122] Eine Umbenennung in „Psychiatrisches Landeskrankenhaus“ (PLK) Weissenau erfolgte 1953. [74]

Als Informationsquelle über die Nachkriegsgeschichte des PLK Weissenau kann Manfred KRETSCHMER herangezogen werden, der 1962 dort als Psychiater eintrat und bis zu seiner Pensionierung im Jahre 1989 blieb. Als eng mit der Weissenau verbundener Mitarbeiter lässt er die Geschichte des PLK in seinem Buch „Die Weissenau. Psychiatrisches Krankenhaus von 1945 bis 1990, Geschichte und Erinnerungen“ Revue passieren und kann vieles aus eigener Anschauung berichten. Die größte Herausforderung direkt nach Kriegsende bestand ihm zufolge in der Aufrechterhaltung des Betriebs bei allgegenwärtigem Mangel am Nötigsten. [74] Enorme Überbelegung, zu wenig Personal, Mangel an Nahrung und Medikamenten, z. B. an Insulin für die damals gängige Insulinkoma-Behandlung, prägten das Bild. [74] Diese Probleme teilte Weissenau mit anderen Anstalten im Nachkriegsdeutschland. [53]

Die Kinderstation des PLK Weissenau wurde im November 1950 mit elf Betten eröffnet und sollte zur Beobachtung und Behandlung kinder- und jugendpsychiatrischer Krankheitsfälle dienen. [34; 74] Im Sommer des Folgejahres wurde die Station auf 40 Betten erweitert. [94] Ursprünglich für Kinder bis 14 Jahre gedacht, wurde bald klar, dass auch eine Station für 14- bis 19-Jährige benötigt würde. [34] Auf der Station wurden sowohl Kinder, die zur Beobachtung oder zur Behandlung ins PLK gebracht worden waren, als auch Kinder, die aufgrund von schweren neurologischen oder psychiatrischen Beeinträchtigungen zur Pflege aufgenommen wurden, gleichermaßen untergebracht. [105] Wie damals üblich, wurden psychiatrische und neurologische Patienten ebenfalls nicht getrennt. [105; 53]

Schon früh kümmerten sich zwei Lehrkräfte um den Unterricht der Kinder. [1] 1954 wurde der erste, und lange Zeit einzige Psychologe als „ärztliche Hilfskraft für die Kinderabteilung“ eingestellt, der sich während seiner Anstellung im PLK um die Kinderbehandlung im Allgemeinen und der Therapie von Stotterern im Besonderen sehr verdient gemacht hat (Ederle 1958). [36; 35; 74] Diplom-Psychologe Reinhard Schröder wurde erst befristet eingestellt, konnte später aber dauerhaft angestellt werden, was „sich sehr bewährt“ hatte (Ederle 1958, S. 2). [36] Obwohl die Anstellung eines Psychologen für die Kinderabteilung als „unbedingt notwendig“ bezeichnet wurde, erhielt er zu Beginn seiner Anstellung jedoch erst eine 60%-Stelle, die später zu einer „vollbezahlten Assistentenstelle“ ausgeweitet wurde (Boeckh 1956, S. 2). [30]

Zum Zeitpunkt der Gründung der Kinderstation waren 103 Pflegerinnen und Pfleger im gesamten PLK beschäftigt. [13] Mit Gernot Marcinowski, der 1951 von Tübingen ans PLK kam, verfügte Weissenau über einen Psychiater, der auf Kinder und Jugendliche spezialisiert war und die Leitung dieser Station übernahm. [74]

Baulich blieb das PLK lange hinter den Wünschen der Direktion zurück. Obwohl z. B. die Verbesserung der Sanitäranlagen immer wieder angemahnt worden war, konnte aufgrund fehlender Finanzierung durch das Land erst 1958 damit begonnen werden. [35; 74] Allgemein war die Ausstattung spartanisch. Die erwachsenen Patienten waren auf Stationen zu 70-80 Betten untergebracht, für persönliche Gegenstände stand nur ein Nachttisch

zur Verfügung. [74] Im großen Wachsaaal befand sich noch 1962 nur ein Toilettenstuhl, der notdürftig durch eine Spanische Wand abgetrennt war. [74] Zu wenige, schlecht ausgebildete und dadurch überforderte Pfleger, die teilweise noch aus der Zeit des dritten Reichs mit seinen Sterilisierungsgesetzen und „Euthanasie“-Aktionen stammten, standen der ständigen Überbelegung gegenüber. Außer der Arbeitstherapie, also der Mitarbeit in den zur Weissenau gehörenden Betrieben, gab es wenig Therapie und Abwechslung für die Patienten. Zumindest konnte Anfang der 50er Jahre ein Tennisplatz angelegt werden. [74]

Zur Weissenau gehörten mit den landwirtschaftlichen Kolonien Rahlen und Mariatal ausgedehnte Agrarbetriebe, die im Rahmen der Arbeitstherapie von den Patienten und sachkundigen Mitarbeitern bewirtschaftet wurden. Es wurden Rinder und Hühner gehalten; auch wurden u. a. Kartoffeln und Gemüse angebaut. Dies bedeutete zum einen wirtschaftliche Eigenständigkeit, die v. a. in den Mangeljahren nach dem Krieg wichtig war, zum anderen wurde aber auch ein Überschuss produziert, der gewinnbringend verkauft werden konnte und zum Unterhalt des Krankenhauses beitrug. [22; 74] Später kamen eine Weberei, eine Korbmacherei und weitere Betriebe hinzu. [74]

Eine Trennung der Altersgruppen bei den Minderjährigen konnte 1965 mit der Fertigstellung der Kinder- und Jugendklinik verwirklicht werden, deren Bau 1961 begonnen worden war. [38; 74] Damit verfügte die Kinderstation über 80 Betten. [1]

Zu bedenken ist hier, dass Manfred KRETSCHMER auf einer Erwachsenenstation tätig war. Genauere Angaben zur kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung finden sich bei ihm nicht.

1.3 Exkurs: Stand der Therapiemöglichkeiten in der Nachkriegszeit

1.3.1 Die 50er Jahre

Wirksame Behandlungsmöglichkeiten bei psychiatrischen Erkrankungen waren rar. Die Psychiater verfügten zu Beginn des 20. Jahrhunderts nur über wenige Mittel, ihre Patienten zu behandeln. Patienten mit schweren Leiden wie z. B. Psychosen oder Schizophrenien, die in einer Nervenheilanstalt Aufnahme fanden, verbrachten meist Jahre dort. [117] Durch den Mangel an Möglichkeiten fühlten sich psychiatrisch tätige Ärzte oft als minderwertig im Vergleich zu Ärzten anderer Fachrichtungen, die offensichtlichere Behandlungsergebnisse vorzeigen konnten. [9] In der Zeit des beginnenden 20. Jh. waren in Deutschland die sogenannten Schockbehandlungen, namentlich der Cardiazol-, der Insulin- und der Elektroschock verbreitet. [59] Auch die Bettenbehandlung, auch als Dauerschlafbehandlung, Schlafkur oder, nach dem häufig hierfür verwendeten Medikament, Serpasilkur bezeichnet, bei der der Patient durch Gabe von Schlafmitteln mehrere Tage bis Wochen im Bett verblieb, fand Anwendung, wurde aber ab der Hälfte des 20. Jahrhunderts weniger häufig durchgeführt. [90; 91; 87] Psychopharmaka im engeren Sinne fanden erst Anfang der 50er Jahre Einzug ins Repertoire der Psychiater. [78] Psychotherapeutische Interventionen waren zwar bekannt und wurden vereinzelt auch durchgeführt, konnten sich im Nachkriegsdeutschland aber im Vergleich zu den vorgenannten Therapiemöglichkeiten nur zögerlich durchsetzen. [59; 60] In dem in dieser Dissertation betrachteten Zeitraum haben sich erhebliche Entwicklungen der therapeutischen Möglichkeiten ereignet, deshalb soll im Folgenden auf die verschiedenen Methoden genauer eingegangen werden.

1.3.1.1 *Insulinkoma-, Cardiazolkrampf- und Elektrokrampfbehandlung*

Die Einführung der Koma- und Krampfbehandlungen wurde von Zeitgenossen als „wichtigster Einschnitt in der Behandlung der endogenen Psychosen“ bezeichnet (Baeyer 1950, S. 9). [9] Auch unter dem Überbegriff „aktive Therapie“ zusammengefasst, machte die Insulinkoma-Behandlung den Anfang. [60] Manfred SAKEL beschrieb 1933 als erster die

heilsame Wirkung des Insulinkomas bei Schizophrenie. [117] Dabei wird durch die tägliche Gabe von Insulin täglich ein hypoglykämisches Koma herbeigeführt. [9] Typische Nebenwirkungen waren Erbrechen und Durchfall. [9] Die Gefahr schwerer medizinischer Zwischenfälle mit Sauerstoffmangel und verlängertem Schock war bekannt, auch Todesfälle kamen vor. [9; 60] In den Augen der Ärzte wurden die möglichen Risiken im Verhältnis zur Wirksamkeit als gering eingestuft. [91] Die Insulinkoma-Behandlung wurde bis in die 60er Jahre durchgeführt. [91]

Cardiazol- und Elektroschock sollten über die künstliche Herbeiführung eines epileptischen Anfalls wirken. Bei der 1934 durch Ladislaus VON MEDUNA beschriebenen Cardiazolkrampfbehandlung wird Cardiazol intravenös appliziert, wodurch es erst zur Bewusstlosigkeit, dann zum Krampfanfall mit kurzem Atemstillstand kommt. [117; 60]

Die praktikablere, weil besser steuerbare Alternative zur Cardiazolkrampfbehandlung war die Elektrokrampfbehandlung nach CERLETTI und BINI (1938). [117] Heilkrampfbehandlungen wurden überwiegend zur Therapie schizophrener und depressiver Patienten durchgeführt. [60] Da ursprünglich die Gabe von Narkotika und Muskelrelaxanzien unüblich war, konnte es zu unerwünschten Begleiterscheinungen wie Angstzuständen, Bissverletzungen der Zunge und Knochenbrüchen, auch der Wirbelsäule, kommen. [9; 60] Herz- und Atemstillstand „von bedrohlicher Dauer“ scheinen nur selten aufgetreten zu sein (Baeyer 1950, S. 38). [9] Trotzdem wurde in der Literatur empfohlen, sich vor Therapiebeginn eine schriftliche Erlaubnis beim Patienten oder seiner nächsten Angehörigen einzuholen. [9; 60]

Ziel der sogenannten aktiven Therapie war es, „die quälenden Krankheitserscheinungen der depressiven und schizophrenen Kranken in kurzer Zeit [zu] beruhigen“ und „durch diese Behandlungsmethoden die im Kranken selbst liegende Heilungsbereitschaft“ zu fördern (Jaspersen 1952, S. 84-85). [60] Führt diese Methoden in manchen Fällen doch zur Besserung, war der Erfolg meist aber nur von kurzer Dauer. [74]

Heute findet die Elektrokrampftherapie in abgewandelter Form und unter der Gabe von Narkotika bei therapieresistenten Depressionen und katatonen schizophrenen Psychosen wieder Anwendung und ist als preiswerte Methode in der dritten Welt weiterhin sehr verbreitet. [59]

1.3.1.2 *Bettenbehandlung versus Arbeitstherapie nach SIMON*

Gegen Ende des 19. Jhs. wurde die Bettbehandlung nach Clemens NEISSER u. a. eingeführt. [84] Dabei sollte, analog zur Bettruhe körperlich Kranker, der psychisch Kranke wenigstens die ersten paar Tage nach Aufnahme im Bett verbringen. [84] Wenn nötig, wurde dies mithilfe von Medikamenten sichergestellt. [44] Hierzu dienten in erster Linie Schlafmittel wie Luminal oder Somnifen, nach ihrer Entdeckung kamen auch Megaphen und Serpasil zum Einsatz. [44; 117] Bei Megaphen und Serpasil stand nicht der tatsächliche Schlaf im Vordergrund, sondern die beruhigende und entspannende Wirkung bei gleichzeitiger Weck- und Ansprechbarkeit. [91] Der Patient wird allem gegenüber gleichgültiger, Wahnideen und Angstzustände werden weniger eindrücklich erlebt. [91] Laut FINZEN dauerten die Kuren zwischen 20 und 90 Tagen. [44] Die Medikamentengabe erfolgte in erster Linie als intramuskuläre Injektion, im weiteren Verlauf der Kur konnte auf Tabletten umgestellt werden. [44; 91] Die Lehrbücher zur Geisteskrankenpflege aus dieser Zeit widmen ausführliche Kapitel der Vermeidung und Behandlung des Dekubitus, der bei längerer Bettlägerigkeit entsteht. [90; 91; 60]

Dieser „passiven“ Therapie stand die Arbeitstherapie nach Hermann SIMON gegenüber. Simon, von 1914 bis 1935 ärztlicher Direktor der Anstalt in Gütersloh, war empört über die damals übliche Bettenbehandlung. [70] Durch ein von ihm verfasstes Buch aus dem Jahre 1929 rückte die Arbeitstherapie wieder in den Fokus der therapeutischen Aufmerksamkeit, die schon zuvor in verschiedenen Formen von PINEL, CONOLLY, oder im deutschsprachigen Raum von GRIESINGER propagiert worden war. [117]

Nach Simon sollte der Kranke nicht durch unnatürliche und übertriebene Schonung in Untätigkeit, Versagensgefühle und asoziales Verhalten abdriften, sondern müsse im Gegenteil durch tätige Mitarbeit und den ständigen Anforderungen einer normalen Umwelt zur

sozialen Anpassung hingeführt und erzogen werden. [84] Die Behandlung müsse am Gesunden im Kranken ansetzen; der Kranke solle sich als verantwortlichen Menschen erleben, der in der Lage sei, ein geordnetes Leben zu führen. [117]

Dazu verfasste Simon ein aus fünf Stufen bestehendes Behandlungsschema, um den individuellen Fähigkeiten der Patienten gerecht zu werden. Das Schema reicht von der untersten Stufe der „allereinfachsten Betätigungen ohne jede Anforderung an Selbständigkeit und Aufmerksamkeit“ bis zur „vollen normalen Leistungsfähigkeit eines Gesunden aus gleichem Stand“ auf der fünften Stufe (Simon 1929, S. 24-27). [120] „Scheinleistungen“ und „beschäftigter Müßiggang“ dürften keinesfalls vorkommen (Merguet 1961, S. 80). [84] Der Nutzen der Arbeit müsse vom Patienten selbst zu erkennen sein. Bei dieser Art der Therapie ist tätiges Mitarbeiten und Anleiten durch das Pflegepersonal obligat und stellt damit neben der reinen Krankenpflege weitere Anforderungen an das Personal. [84] Isolierungen durften nur in seltenen Notfällen und nur für maximal 30 Minuten durchgeführt werden. [120]

Nach Simon lag das alleinige Augenmerk aber nicht nur auf der Arbeit, sondern auch auf Faktoren wie der Milieugestaltung, dem Umgangston etc., zusammengefasst auf der Atmosphäre, die dem Patienten die Wiedereingliederung in die Gesellschaft möglich machen soll. [84] MERGUET, ein Schüler Simons, schlug deshalb statt „Arbeitstherapie“ den Begriff „Soziotherapie“ vor (Merguet 1961, S. 84). [84]

1.3.1.3 *Psychopharmaka*

Die pharmakologische Beeinflussung von psychischen Erkrankungen beschränkte sich lange Zeit auf die dämpfende Wirkung von Opiaten. 1869 wurde die sedierende Wirkung von Chloralhydrat entdeckt, ein Hypnotikum, das bis zum heutigen Tage Verwendung findet. [78] 1882 kam Paraldehyd dazu, dass ebenfalls als Schlafmittel eingesetzt wurde. [69] Die ersten Barbiturate wurden zu Beginn des 20. Jahrhunderts synthetisiert und fanden u. a. in der Schlafkur nach KLAESI Anwendung, die von ihm mit Phenobarbital (Luminal) durchgeführt wurde. [78; 69]

Doch die moderne Psychopharmakologie beginnt 1952 mit der Entdeckung von Chlorpromazin (Megaphen, Largactil), dem ersten Neuroleptikum. [78; 58] Die Entdecker DELAY und DENIKER konnten von der antipsychotischen Wirkung des Stoffes berichten. [78] Zum ersten Mal konnten Delir, Halluzinationen und Erregungszustände medikamentös behandelt werden und machten aus Krankheiten wie der Schizophrenie, der man bis dato eher hilflos gegenübergestanden hatte, wenn auch keine heilbare, so doch eine in ihren Symptomen beeinflussbare Krankheit. [78]

Die Forschung und Entwicklung weiterer Psychopharmaka nahm danach weiter an Fahrt auf: Auf dem Gebiet der Neuroleptika folgte 1954 das Präparat Reserpin (Serpasil). Ursprünglich als Antihypertonikum entwickelt, zeigte es auch ausgeprägte sedierende Eigenschaften. [69; 58; 87] Gegen die blutdrucksenkende Wirkung wurde dem Reserpin Orphenadrin beigegeben. Diese Kombination kam unter dem Namen Phasein auf den Markt. [91] Die Firma Merck brachte 1957 Perphenazin (Decentan) heraus. [106] Mit Haloperidol (Haldol) schließlich stand seit 1958 ein weiteres Neuroleptikum zur Verfügung, das starke antipsychotische Wirkung zeigte, bei nur geringer Sedierung. [78] Die Neuroleptika wurden auch als neuroplegische Medikamente bezeichnet. [91]

Truxal (Wirkstoff Chlorprothixen) kam 1959 auf den deutschen Markt. Das Neuroleptikum mit bei niedriger Dosierung eher dämpfender und angstlösender, bei höherer Dosierung auch antipsychotischer Wirkung wird, ebenso wie Haloperidol, auch heute noch verwendet. [78] Es war in den 60er und 70er Jahren das meistverkaufte Produkt der Herstellerfirma. [80] Im selben Jahr kamen noch weitere niedrigpotente Antipsychotika dazu, u. a. Melleril (Wirkstoff Thioridazin), Neurocil (Wirkstoff Levomepromazin) und Psyquil (Wirkstoff Triflupromazin). [101]

Dieser plötzliche Anstieg an zur Auswahl stehender Psychopharmaka Ende der 50er Jahre bewirkte bei vielen Psychiatern eine regelrechte Euphorie. Nachdem es zuvor für so schwere und für Außenstehende beängstigende Erkrankungen wie Schizophrenien oder bipolare Störungen keine wirklich wirksamen Behandlungsmöglichkeiten gab, machte sich nun die Hoffnung breit, diese - und mit weiteren pharmakologischen Entdeckungen noch

viele weitere - psychische Erkrankungen behandeln zu können. [58]

Dementsprechend freigiebig wurden sie auch den Patienten verabreicht. Langzeitstudien oder Erfahrungsberichte über Nebenwirkungen, Auswirkungen auf Heranwachsende etc. standen noch nicht zur Verfügung. [44] Von behördlicher Seite gab es keine vorgeschriebenen wissenschaftlichen Tests zur Wirksamkeit von Arzneimitteln bei ihrer Marktzulassung. [10]

Besonders in den frühen 50er Jahren wurden Psychopharmaka wie Megaphen oder Reserpin in Anlehnung an die Insulin- oder Fieberkur ebenfalls in „Kuren“ gegeben. [44] MORGENTHALER beschreibt die Schlafkur mittels Megaphen und Reserpil noch 1961. [91]

Der Einsatz von Psychopharmaka wie Chlorpromazin wurde von den Psychiatern und dem Pflegepersonal zu Beginn als befreiend und als Erleichterung empfunden. Durch diese Medikamente konnte in vielen Fällen plötzlich auf bis dato übliche Zwangsmittel wie den Einsatz der Zwangsjacke verzichtet werden. [44] Patienten, die zuvor Jahre in oft geschlossenen psychiatrischen Einrichtungen verbringen mussten, konnten aus den Anstalten entlassen und Resozialisierungsmaßnahmen außerhalb der Mauern einer psychiatrischen Klinik zugeführt werden. [58]

Doch es begann sich auch Kritik an der freigiebigen Abgabe von Psychopharmaka zu regen. Walter SCHULTE, Direktor der psychiatrischen Anstalt Gütersloh, stellte 1960 fest: „Geht man heute durch die Abteilungen einer Anstalt, so ist eigentlich nicht mehr die Unruhe das Problem, sondern diese geradezu beunruhigende Ruhe der Erstarrung, Lähmung und Abstumpfung“ (Schulte 1960, S. 193). [118]

1.3.2 Stand der Therapiemöglichkeiten in den 60er Jahren

Die therapeutischen Möglichkeiten änderten sich natürlich nicht schlagartig mit dem neuen Jahrzehnt, die Übergänge waren fließend und lassen sich zeitlich nicht genau festlegen. Wesentliche Unterschiede zu den 50er Jahren sollen hier Erwähnung finden.

1.3.2.1 *Von der Arbeits- zur Beschäftigungstherapie*

Wo die Arbeitstherapie nach Simon ihr Augenmerk auf praktische, nutzbringende Tätigkeiten legte, steht für die Beschäftigungstherapie künstlerisches, gestalterisches Arbeiten im Vordergrund. [61] Obwohl 1953 die Beschäftigungstherapie staatlich anerkannt wurde und die erste Schule zur Ausbildung von Beschäftigungstherapeuten gegründet wurde, konnte sie sich in Deutschland nur langsam ausbreiten, was, neben den noch fehlenden Planstellen, u. a. auch auf die anfangs geringe Absolventenzahl zurückzuführen war. [61; 74] Im Gegensatz zu Simon, dessen eher starres Fünf-Stufen-Schema wenig Platz für kreatives Arbeiten ließ und welches er eher als Beiwerk abtat, möchte die Beschäftigungstherapie gerade diese Aspekte der menschlichen Persönlichkeit ansprechen und fördern. [61] Dadurch kann noch individueller auf die Patienten eingegangen werden. Die Übergänge zwischen diesen Therapieformen sind fließend. [61] Beide Komponenten, die auf den Nutzen ausgerichtete Arbeits- und die gestalterische Beschäftigungstherapie, werden heute unter dem Überbegriff „Ergotherapie“ zusammengefasst. Die erste Arbeitstherapeutin konnte in der Weissenau 1962, die erste Beschäftigungstherapeutin 1969 eingestellt werden, die allerdings die ganze Anstalt zu betreuen hatten. [74]

1.3.2.2 *Einsatz Elektrokrampf- und Insulinschockbehandlung*

Aufgrund der neuen Möglichkeiten, die die Neuroleptika eröffneten, gingen die Behandlungen mit Elektrokrampftherapie zurück, wobei auch der technische und juristische Aufwand eine Rolle spielte. [74] Der Einsatz von Relaxanzien verringerte die Komplikationsrate. [74] Auch Insulinkomabehandlungen kamen noch bis in die 60er zum Einsatz. [74]

1.3.2.3 Psychopharmaka

Der Schwung, den die Entwicklung von psychopharmakologisch aktiven Wirkstoffen ab Mitte der 50er Jahre aufgenommen hatte, setzte sich weiter fort:

1960 wurde Chlordiazepoxid (Librium) vorgestellt, das erste Benzodiazepin. Die Benzodiazepine machen heute einen großen Teil der verordneten angstlösenden und sedierenden Medikamente aus, wie Diazepam (Valium, eingeführt 1963), Midazolam oder Lorazepam. [58]

Allein 1961 kamen zehn neue Psychopharmaka auf den Markt. [101]

Durch die zunehmenden Behandlungsmöglichkeiten mit Psychopharmaka kam es zu vermehrten und schnelleren Entlassungen aus psychiatrischen Anstalten. Dadurch wurde in wachsendem Maße die Versorgung mit ambulanten Hilfen möglich und nötig: Einerseits konnten nun Patienten außerhalb von Anstalten versorgt und einem eher normalen Alltag zugeführt werden, andererseits waren die dafür benötigten Angebote der Außenfürsorge noch nicht bzw. nicht mehr so weit verbreitet und ausgebaut, dass eine ausreichende ambulante Versorgung zur Verfügung stand. [10] Es kam zu gehäuftem Wiederaufnahmen, der sogenannten „Drehtürpsychiatrie“, wie sie kritisch bezeichnet wurde. [117] Auch im PLK Weissenau konnte dies beobachtet werden. [38] Die Idee, antipsychotische Medikamente nicht nur als Kur für einen begrenzten Zeitraum, sondern als über den Anstaltsaufenthalt hinausgehende Dauermedikation einzusetzen, fand Verbreitung. [44]

Auf rechtlicher Ebene wurde 1961 das erste deutsche Arzneimittelgesetz beschlossen. [10] Dieses regelte aber nur die Registrierung neuer Medikamente, der Nachweis der Wirksamkeit blieb den Pharmafirmen weiter selbst überlassen. [10]

1.4 Exkurs: Klassifikation der Erkrankungen, Bezug zur Untersuchung

Über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg galt in Deutschland offiziell der „Würzburger Schlüssel“ als Klassifizierungsschema für psychiatrische Krankheiten. [21] 1933 wurde der Würzburger Schlüssel nach zwei Jahren der Testung eingeführt. [29] Er bestand aus 21 Hauptkategorien, die mithilfe weiterer Unterteilungen genauer definiert werden konnten. [86] Der Würzburger Schlüssel wurde während des Untersuchungszeitraums zur Codierung der Diagnosen in den Weissenauer Patientenakten verwendet. Er wurde in der Weissenau 1967 durch das ICD-Klassifikationssystem (damals ICD-8) ersetzt, das von der WHO vorgelegt und ständig weiterentwickelt wird. Die ICD wurde in Deutschland erst 1986 in Krankenhäusern verpflichtend eingeführt.

Für diese Arbeit von besonderem Interesse sind folgende Kategorien (zitiert nach Meyer, J. E., „Diagnostische Einteilung und Diagnoseschemata in der Psychiatrie“, 1961) [86]:

1: „Angeborene oder früh erworbene Schwachsinnszustände (Idiotie oder Imbezillität)“. In Weissenau wurde zur Feststellung des Intelligenzquotienten zuerst der Binet-Simon-Test herangezogen. Der Test setzt die Leistung eines Kindes in Vergleich zur Altersgruppe. Dadurch wird das sogenannte Intelligenzalter festgestellt. Eine Abweichung des Intelligenzalters nach oberhalb oder unterhalb des Lebensalters lässt eine Hoch- bzw. eine Minderbegabung feststellen. Dieser Test wurde in den 60ern vom HAWIK-Test (Hamburg-Wechsler-Intelligenztest) abgelöst, der den Intelligenzquotienten berechnet. Der HAWIK-Test gliedert sich in einen Verbal- und einen Handlungsteil.

2: „Psychische Störungen nach Gehirnverletzungen (Gehirnerschütterung und Gehirnuquetschung)“. Hierunter fiel auch die epileptische Wesensänderung.

4: „Psychische Störung bei Lues cerebri oder Tabes“.

5: „Encephalitis epidemica“. Es handelt sich hierbei um eine wahrscheinlich viral verursachte Encephalitis, die zu psychiatrischen Residualzuständen im Sinne von Wesensänderungen führen konnte. [85]

8: „Psychische Störungen bei anderen Hirnkrankheiten“.

9: „Psychische Störungen bei akuten Infektionen“.

12: „Psychische Störungen bei anderen Vergiftungen“. In Abgrenzung zu #10 „Alkoholismus“ und #11 „Suchten“.

13: „Epilepsie“.

14: „Schizophrener Formenkreis“.

17: „Abnorme Reaktionen“.

18: „Psychopatische Kinder und Jugendliche (bis zum vollendeten 18. Lebensjahr)“.

20: „Nervenkrankheiten ohne psychische Störungen“.

21: „Nicht nervenkrank und frei von psychischen Abweichungen“.

1.5 Zwangsmaßnahmen im heutigen Kontext: Definition und Forschungsstand

Auch wenn schon Mitte des 19. Jahrhunderts mit dem „non restraint system“ von GARDINER und CONOLLY erfolgreich weitgehend zwangsfreie Anstaltsunterbringung praktiziert wurde, werden Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie in bestimmten Situationen noch heute als nicht zu vermeiden angesehen. [117; 114] Bei Vorliegen einer Notsituation, besonders bei drohendem selbst- oder fremdverletzendem Verhalten, werden Zwangsmaßnahmen auch in der KJP gerechtfertigt und angewendet. [43] Unter Zwangsmaßnahmen werden heutzutage verstanden: Isolierung, Fixierung, Zwangsmedikation, Zwangsernährung, freiheitsbeschränkende Maßnahmen wie z. B. das Festhalten bei Kindern oder auch die sogenannte geschlossene Unterbringung, das heißt Behandlung unter freiheitsentziehenden Bedingungen. [43]

Diese Maßnahmen bedurften bis 2013 der richterlichen Genehmigung. [114] Durch ein BGH-Urteil aus dem Jahre 2013 wurde klargestellt, dass das durch § 1627 BGB geschützte Elternrecht auch die Unterbringung unter freiheitsentziehenden Maßnahmen, wie z. B. Fixierungen oder das Anbringen von Bettgittern, einschließt. [26] Dieses Urteil löste unter Fachleuten eine lebhafte Diskussion aus, die zur Einbringung einer neuen Gesetzesinitiative beitrug. [108]

Der Gesetzesentwurf der Bundesregierung sieht vor, dass unter dem Erhalt des Entscheidungsprimats der Eltern, welches durch Artikel 6 Absatz 2 Satz 1 GG geschützt ist, freiheitsentziehende Maßnahmen an Minderjährigen unter den Vorbehalt der Genehmigung durch das Familiengericht gestellt werden. [26] § 1631b BGB soll um einen zweiten Absatz erweitert werden, der dies regelt. Auch soll die Höchstdauer von freiheitsentziehenden Unterbringungen und freiheitsentziehenden Maßnahmen auf 6 Monate, bei offensichtlich langer Sicherungsbedürftigkeit auf ein Jahr herabgesetzt werden. Es wird für beide Genehmigungsverfahren nach § 1631b BGB die obligatorische Bestellung eines Verfahrensbeistands für das Kind vorgesehen. [26] Bislang lag diese Bestellung im Ermessen des

Familiengerichts. [108] Durch diese Gesetzesänderung soll u. a. eine Gleichstellung von betreuten Erwachsenen und Minderjährigen erzielt werden. [108]

Die Erforschung der Anwendung, Auswirkung und Sinnhaftigkeit von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie war und ist in der jüngeren Vergangenheit schon Gegenstand wissenschaftlicher Arbeiten gewesen. GUTHEIL untersuchte 1978 die Gründe, die von Seiten des Personals zu Zwangsmaßnahmen an Patienten psychiatrischer Einrichtungen führen, und konnte bei diesem den Wunsch, bei den Patienten angepassteres und weniger aggressives Verhalten hervorzurufen, ausmachen. [52] GOREN et. al hielten allerdings fest, dass die häufige Anwendung von Isolierung und Fixierung sich in einer Spirale aus Gewalt und Gegengewalt aufschaukeln kann, auch wenn die Ineffektivität dieser Maßnahmen feststellbar sein kann. [49] Eine US-amerikanische Studie aus dem Jahr 1990 indes kam zu dem Schluss, dass weniger Isolierungen auf einer Kinderstation mit einer vermehrten Gabe von Beruhigungsmittel verbunden ist. [6] Dies wurde 2013 von GEORGIEVA nochmals bestätigt. [48]

In neuerer Zeit konnte von FLAMMER und STEINERT 2015 festgestellt werden, dass im Zuge geänderter Gesetzgebung in Deutschland die Zahl der erwachsenen Patienten, die Zwangsmaßnahmen erlebten, deutlich gesenkt werden konnte. [45]

Mit dem EUNOMIA-Projekt, dass Daten zu Zwangsmaßnahmen aus 12 europäischen Ländern erhebt und miteinander vergleicht, oder auch mit der Konferenz der World Psychiatric Association in Dresden 2007, die unter der Überschrift „Coercive Treatment in Psychiatry“ stattfand, wurde nochmals ein deutliches Augenmerk auf das Thema gelegt. [64; 15] Doch der größte Teil der Forschung betrifft den Umgang mit erwachsenen Patienten. [43] An der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Weissenau wurden in den letzten Jahren verschiedene Aspekte von Zwangsmaßnahmen an Kindern und Jugendlichen untersucht. [43; 107; 114] Die Erforschung dieses Themas wurde fortgeführt, z. B. von CLOSSET, 2014. [20]

Das Land Baden-Württemberg führte als erstes Bundesland 2016 die landesweite Erfassung von Zwangsmaßnahmen bei allen Patienten in Psychiatrie und Kinder- und

Jugendpsychiatrie mit dem Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) verpflichtend ein. Mit veröffentlichten Ergebnissen dieser Vollerhebung ist in den nächsten Jahren zu rechnen.

1.6 Fragestellung

Ziel dieser Arbeit soll es sein, Art und Häufigkeit von Zwang und Gewalt, die gegen Patienten, die sich in den 50er und 60er Jahren auf der Kinderstation des PLK Weissenau befanden, ausgeübt wurden, zu definieren und zu quantifizieren. Wichtig ist dabei die Einordnung dieser Maßnahmen in den historischen, soziologischen und sozialpolitischen Kontext. Insbesondere sollen etwaige Risikofaktoren, die zur Anwendung von Gewalt und Zwangsmaßnahmen führten, herausgearbeitet werden. Diese Informationen werden im Sinne einer historischen Kontextanalyse in das rechtliche Gefüge und in das damals herrschende Selbstverständnis der Ärzte und Pfleger eingebettet.

Auch soll festgestellt werden, wie viele minderjährige Patienten in den Versorgungsbetrieben des PLKs unentgeltliche Arbeitsleistungen verrichteten.

1. Welche Arten von Zwangsmaßnahmen oder Gewalt wurden dokumentiert?
2. Wie häufig wurden diese angewendet?
3. An wem (Merkmale: Alter, Geschlecht, Diagnose, Aufenthaltsdauer, Kostenträger)?
4. Wie kam es zu Zwangsmaßnahmen, zu welchen Anlässen (vorangegangenes Verhalten)?
5. Wurde über die Anwendung von Zwang und Gewalt gegenüber Dritten Meldung gemacht, und wenn ja, wem?
6. Lassen sich Unterschiede im Laufe der Zeit feststellen? Welche?
7. Haben Patienten für das PLK Arbeit in dessen Versorgungsbetrieben oder in der Betreuung anderer Patienten verrichtet?
8. Wie häufig kam das vor?

9. Wie wurde das von Anstaltsseite begründet?
10. Lässt sich feststellen, ob diese Arbeit entlohnt wurde?

2 Material und Methoden

Es handelt sich um eine monozentrische retrospektive Studie, die am Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Standort Weissenau durchgeführt wurde. Es wurden die Jahrgänge 1951, 1956, 1961 und 1966 ausgewählt, um einen umfassenden Überblick über die Zustände bei stationär in einer psychiatrischen Einrichtung befindlichen Kindern und Jugendlichen in der Zeit von der Gründung der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung in Weissenau am 15. November 1950 bis zum Anschluss an die Universität Ulm als Akademisches Krankenhaus im Jahre 1967, zu gewährleisten. [34; 74]

2.1 Beschreibung der Patientenakten

Die Akten liegen in Papierform vor. Die Aktendeckel sind per Hand beschriftet, die Patientenberichte sind mit der Schreibmaschine geschrieben worden. Die Patientenakten sind im Archiv nach Entlasszeitraum und Alphabet sortiert.

Akten mit dem Entlassdatum 1940 bis 1969 bestehen aus zwei Teilen. Erstens der Patientenakte, bestehend aus dem Vorsatzblatt, auf dem mindestens Name, Geburtsdatum, Aufnahme- und Entlassdatum, Entlassort und Diagnose bzw. Diagnosen verzeichnet sind. Dazu aus den Berichten über den Patienten, ärztlichen Gutachten, Schriftverkehr mit anderen Ärzten, Kinderheimen oder dem Jugendamt, Testberichten, dem Bericht der Kindergärtnerin oder der Lehrerin, falls vorhanden; eventuell Briefe des Patienten und der Eltern an die Klinik. In drei Fällen, bei denen die Patienten auch noch im Jahr 1967 und darüber hinaus im PLK waren, sind auch die durch die Pfleger händisch ausgefüllten Pflegeberichte (in den Akten „Berichtbogen“ genannt) vorhanden, die eine Art tägliches Protokoll darstellen. Im Gegensatz dazu wurden die Patientenakten durch den Arzt geführt und bilden die Situation weniger engmaschig ab, sondern sind Zusammenfassungen eines

Zeitraums von wenigen Tagen bis einigen Monaten. Zweitens befindet sich in einem separaten Ordner mit der Aufschrift „Personalakte“ Schriftverkehr mit den Kostenträgern und mit den Eltern, wenn es sich um Fragen der Kostenübernahme handelt. In den Jahren nach 1969 befinden sich all diese Unterlagen in einer Akte.

Die Patientenakten befinden sich im Patientenarchiv des ZfP Südwürttemberg, Standort Weissenau, dem Rechtsnachfolger des PLKs Weissenau.

2.2 Patientenkollektiv

Als Referenz für die in den Jahren 1951, 1956, 1961 und 1966 in der Psychiatrie Weissenau stationär befindlichen Kinder und Jugendlichen dienten die Verpflegungsbücher dieser Jahrgänge. Dort sind all jene Patienten aufgeführt, die in dem jeweiligen Jahr Kosten generiert haben, zum Beispiel durch Verpflegung, Fahrtkosten, verabreichte Medikamente, durchgeführte Röntgen- oder Laboruntersuchungen oder Kosten für den Ersatz von Einrichtungsgegenständen oder dergleichen, wenn diese vom Patienten zerstört worden waren.

Es wurden alle Minderjährigen in die Untersuchung einbezogen, die in den untersuchten Jahrgängen aufgenommen waren. Es wurde der gesamte Aufenthaltszeitraum der korrespondierenden Aufnahme betrachtet, vom Aufnahmetag bis zur Entlassung, bzw. bis zum Erreichen der Volljährigkeit. Diese wurde in den Untersuchungszeiträumen bei Vollendung des 21. LJ (BGB § 2 Abs. 1, gültig bis 31.12.1974) erreicht. Alle Zwangsmaßnahmen und Gewalterfahrungen, die nach dem Erreichen der Volljährigkeit dokumentiert wurden, werden hier nicht berücksichtigt. Die letzten hier untersuchten Einträge stammen aus dem Jahre 1969.

2.3 Patientenanzahl

Auf Grundlage der Verpflegungs- und Krankenbücher befanden sich im Jahre 1951 insgesamt 72 Kinder und Jugendliche in stationärer Behandlung. Es konnten 60 Akten gefunden werden. Ein Patient wurde zweimal aufgenommen. Im Jahre 1956 waren es 159 Patienten; hier wurden 133 Akten gefunden. Für das Jahr 1961 sind im Verpflegungsbuch 192 aufgenommene Minderjährige erwähnt, 136 Patientenakten konnten ausgewertet werden. 131 von 167 Patientenakten aus dem Jahr 1966 wurden untersucht. Ein Patient war von 1951 an über alle Untersuchungszeiträume hinweg in Weissenau, eine Patientin von 1955 an.

Insgesamt wurden folglich 575 Kinder und Jugendliche in den vier Jahren aufgenommen. Tatsächlich ausgewertet wurden 460 Patientenakten. Diese Diskrepanz erklärt sich zum einen daraus, dass bei einem Untersuchungszeitraum, der teilweise über 70 Jahre zurückliegt, Akten verlegt oder falsch einsortiert worden sein können und zum anderen, dass Patienten, die unter einem anderen Namen später im Leben nochmal in Weissenau aufgenommen wurden, unter diesem abgelegt wurden und dadurch nicht mehr auffindbar waren.

Von den 460 Patientenakten waren 20 entweder mehrfach in Weissenau oder verweilten so lange dort, dass sie in mehr als nur einem Untersuchungsjahr vorkamen, so dass es sich um 480 Patientenaufnahmen handelt.

2.4 Ethikantrag

Es wurde ein Ethikantrag gestellt, dem stattgegeben wurde. Die Nummer des Antrags lautet 295/16.

2.5 Codierung Patientenidentität

Die Identitäten der Patienten wurden aus Datenschutzgründen verschlüsselt. Die ersten beiden Ziffern des Schlüssels bestehen aus dem Geburtsjahr, die folgenden aus der laufenden Nummer des Verpflegungsbuchs und die letzten beiden Ziffern aus dem untersuchten Jahrgang. Dies führt zu einer eindeutigen, anonymisierten Kenntlichmachung der Patientenakten.

2.6 Methode der Auswertung

Die Analyse der Akten wurde mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring vorgenommen. [83] Nach Festlegung der zu untersuchenden Fragestellungen wurden nach Transkription der wesentlichen Passagen aus der ärztlichen Verlaufsdokumentation, den Entlassberichten sowie ggf. weiteren Inhalten der Patientenakten Ankerbeispiele ausgewählt und Kategorien gebildet, anhand derer alle Textstellen primär eingeordnet wurden. Im Zuge eines Co-Ratings durch einen zweiten Rater wurde bei Nicht-Übereinstimmung jeder Einzelfall am Originaldokument geprüft, bis zur Einigung diskutiert und final eingestuft. Daraufhin wurde die Häufigkeit der relevanten Elemente festgestellt und in Beziehung zu anderen Faktoren gesetzt.

2.7 Ursprüngliche Kategorisierung

Zur Präzisierung der Definition der Zwangsmaßnahmen werden im Folgenden die vor dem zweiten Rating gewählten Kategorien und Zwangsmaßnahmen erläutert. Grundlage sind die ausgewerteten Patientenakten.

2.7.1 Zwangsmaßnahmen/Gewalt im engeren Sinne

Zwangsmaßnahmen im engeren Sinne sind Maßnahmen, die heutzutage auch als Zwangsmaßnahmen angewendet werden oder die eindeutig als Gewalterfahrung erkennbar sind.

2.7.1.1 *Isolierung*

Die Isolierung der Patienten erfolgte in verschiedenen Räumlichkeiten; der Patient konnte in ein Einzelzimmer oder in eine Zelle auf der Kinderstation gebracht werden, oder er wurde in eine Zelle auf der Erwachsenenstation gebracht. Der Patient hatte in der Isolierung keine Möglichkeit, mit anderen Patienten bzw. der Außenwelt in Kontakt zu treten. In den Akten wird die Dauer der Isolierung mit ein paar Stunden bis acht Tage angegeben. Ob der Patient, wie heute in Deutschland Standard, in der Isolierung regelmäßig überwacht wurde, und wenn ja in welchen Abständen, ist nicht bekannt. [43]

2.7.1.2 *Fixierung*

Wie Fixierungen durchgeführt wurden, ist in den Akten nicht regelhaft erwähnt. In einem Fall ist von Fixierung mittels „Drelljacke“ die Rede (Patient 54/181/61), in einem anderen wird die Fixierung auf dem Toilettenstuhl erwähnt (Patient 62/143/66). Unbekannt ist, ob Fixierungen von Kindern und Jugendlichen im Fixierbett stattfanden.

2.7.1.3 *Faradisieren*

Unter Faradisieren verstand man das Anlegen elektrischen Stroms an die Haut zur Reizung der Nerven oder ganz direkt zum Setzen eines Schmerzreizes. Aus den Patientenakten geht eindeutig hervor, dass es sich hierbei um das Zufügen von Schmerz handelte.

Bei disziplinarisch schwierigen Kindern wurde aus „erzieherischen Gründen faradisiert“ (Patient 41/61/51).

2.7.1.4 *Schläge, körperliche Gewalt*

Hierunter fallen Schläge, aber auch Beschreibungen wie „kann nur mit roher Brachialgewalt zum Folgen gebracht werden“ (Patient 40/19/51), oder „schärferes Anfassen“ (Patient 41/110/56).

2.7.1.5 *Freiheitsentzug (oft auf geschlossener Erwachsenenstation)*

In manchen Fällen wurden Kinder auf einer geschlossenen Erwachsenenabteilung untergebracht, z. B. um sie an der Flucht zu hindern. Es gab keine geschlossene Kinder- oder Jugendabteilung.

2.7.1.6 *Verabreichung von Medikamenten gegen den Willen des Patienten zur Ruhigstellung*

Dabei handelt es sich um Fälle, in denen klar dokumentiert wurde, dass das Kind sich gegen Injektionen bzw. die Gabe von Medikamenten gewehrt hat und ihm diese mit Gewalt verabreicht wurden. Dieses Vorgehen wird heute als „Zwangsmedikation“ bezeichnet. [43]

2.7.2 Zwangsmaßnahmen im weiteren Sinne

2.7.2.1 *Verabreichen von Medikamenten, damit der Patient andere Patienten nicht stört*

Hier handelte es sich immer um die Verabreichung von Schlafmitteln oder Barbituraten bei unruhigen, häufig schreienden, vor sich hinredenden Patienten, die in den Mehrbett-schlafsälen auf der Kinderstation die anderen beim Schlafen störten. Diese Medikamente wurden dem betreffenden Patienten nicht mit Gewalt verabreicht.

2.7.2.2 *Verabreichung von Medikamenten, um das Kind „erträglich“ zu halten*

In dieser Kategorie werden Fälle zusammengefasst, in denen die Medikamentengabe nicht mit der Intention stattfand, den Patienten zu heilen bzw. zu behandeln, sondern, um ihn auf Station besser führen zu können. [43] Es handelte sich in den meisten Fällen nicht um Schlafmittel, sondern um Psychopharmaka, die von den Herstellern für dieses Einsatzgebiet ausdrücklich beworben wurden. Dies hätte eventuell mit mehr Personal vermieden werden können.

2.7.2.3 *Verlegung minderjähriger Patienten auf eine Erwachsenenabteilung aus disziplinarischen Gründen*

Die Patienten wurden auf eine offene Erwachsenenstation verlegt.

2.7.3 Freiheitseinschränkende Maßnahmen

Hierbei handelt es sich um Einschränkung der Handlungsfreiheit von meist stark behinderten Patienten, um diese vor Selbstverletzungen zu schützen (z. B. Handstulpen).

2.7.4 Grauzone

Hierunter werden Maßnahmen verstanden, die auf Grund der Datenlage nicht eindeutig als Zwangsmaßnahme oder als Akt der Gewalt erkennbar sind, aber ethische Fragen aufwerfen.

2.7.4.1 Verlegung eines minderjährigen Patienten auf eine Erwachsenenabteilung aus Betreuungsgründen

Da die Kinder- und Jugendabteilung v. a. in den 60ern enorm unter Bettenmangel zu leiden hatte, wurden hin und wieder Kinder auf eine Erwachsenenstation verlegt. Den Ärzten und dem betreuenden Personal war, wie aus einigen Patientenakten vorgeht, durchaus bewusst, dass dies oft eine Zumutung für die minderjährigen Patienten war, die mit einer besonderen Gefahr für die Kinder einherging.

2.7.4.2 Arbeiten auf der Kinderabteilung

Einige Kinder, v. a. Mädchen, halfen bei der Versorgung der anderen Kinder mit. Art und Umfang dieser Betreuung wird in den Akten nicht erwähnt. Das Spektrum der Möglichkeiten ist also sehr weit, vom Spielen mit und Beschäftigen von kleineren Kindern bis zum Füttern, Waschen und Windeln wechseln fremder behinderter Kinder ist alles vorstellbar.

2.7.4.3 Betreuung bei den Pflegefällen

Das Kind ist zwar selbst nicht unbedingt ein Pflegefall, ist aber so betreuungsintensiv, dass es zusammen mit den Pflegefällen betreut wird, statt z. B. in die Schule zu gehen. Dies hätte mit mehr Personal vermieden werden können.

2.7.4.4 Medikamentenversuch

Hierunter fällt die Abgabe von Medikamenten, die keinen Handelsnamen hatten, da sie noch nicht im Handel erhältlich waren. Diese Medikamente wurden mit einer Nummer, manchmal in Verbindung mit dem Namen des Herstellers, bezeichnet.

In den Unterlagen finden sich keine Unterlagen zur ethisch gebotenen Aufklärung und Einwilligung durch die Sorgeberechtigten, zu der sich die Psychiater allgemein spätestens 1977 auf ihrem Weltkongress in Hawaii verpflichtet haben. [134]

2.7.4.5 Stillsitzen

Diese Methode findet heute noch als „stiller Stuhl“ oder „stille Treppe“ Verwendung. Dabei muss das Kind für einen definierten Zeitraum (bis 15 min) an einem sich etwas abseits befindlichen Platz still sitzen bleiben, um von Verstärkerreizen entfernt zu werden. [81] In dem in den Patientenakten erwähnten Fall musste das Kind allerdings „für einen ½ Tag“ stillsitzen.

Dies ist insofern ein Sonderfall, da die Maßnahme „Stillsitzen“ nur in einer Akte festgestellt wurde. Diese Akte ist aber nicht die des Patienten, der dieser Maßnahme unterzogen wurde, sondern die einer anderen Patientin. In dem konkreten Fall hat das Mädchen, in dessen Akte das „Stillsitzen“ vermerkt wurde, ein Spielzeug gestohlen und es auch dann nicht zugegeben, als ein anderes Kind, das des Diebstahls verdächtigt wurde, als Strafe „für einen ½ Tag stillsitzen“ musste. Über den Patienten, der tatsächlich stillsitzen musste, liegen keine Informationen vor, weil entweder diese Maßnahme in seiner Akte nicht dokumentiert oder diese Patientenakte nicht gefunden wurde.

Da aber die Anwendung dieser Möglichkeit durch das Personal des PLK Weissenau auch relevant ist, wird es hier mit aufgenommen.

2.7.5 Arbeitstherapie

Arbeiten z. B. in der Gärtnerei, der Bäckerei, oder dem Nähsaal: Hierbei wird Arbeit als therapeutisches Mittel eingesetzt. Die Patienten sollen dadurch an Verantwortungsgefühl und Selbstwert gewinnen (im Sinne Hermann Simons, siehe Kapitel 1.3.1.2).

2.7.6 Heilbehandlung

2.7.6.1 *Dämpfende Medikamente als Dauermedikation*

Verabreichen dämpfender Medikamente, v. a. Neuroleptika, als Dauermedikation, bei Patienten mit schwerer Intelligenzminderung oder Hirnschäden, die auch nach Entlassung aus dem PLK Weissenau weiter gegeben werden sollten. Diese Psychopharmaka wurden von den Pharmafirmen explizit zur Behandlung von Behinderten angeboten.

2.7.6.2 *Elektroschock- oder Insulinschockbehandlung bei Schizophrenie oder Depression*

„State of the art“-Behandlung bei Schizophrenie bzw. Depression in Ermangelung anderer therapeutischer Möglichkeiten, v. a. in den 50ern angewendet (siehe Kapitel 1.3.1.1).

2.7.6.3 *Schlafkur (auch als Serpasilkur bezeichnet)*

Tage- oder wochenlange Sedierung mit dem zentral dämpfenden Medikament Serpasil zur Verbesserung der Anpassungsfähigkeit bei hirnorganisch gestörten Kindern. Dies war in den 50ern ein normales Therapiemittel (siehe Kapitel 1.3.1.2).

2.7.7 Pädagogik

An pädagogischen Maßnahmen kamen nachweislich zum Einsatz:

2.7.7.1 *Helfen im Haushalt*

Z. B. Botengänge für das Personal, Geschirr abtrocknen, Tisch decken.

2.7.7.2 Ausgangssperre

Der betroffene Patient durfte das Gebäude des PLK Weissenau nicht verlassen. Diese Maßnahme wurde meist als Reaktion auf ein Fehlverhalten beim Ausgang verhängt.

2.8 Ergebnis der Ratingsitzung vom 01.11.16

Im Zuge der Ratingsitzung mit Frau Prof. Renate Schepker mussten an der Kategorisierung noch Änderungen bzw. Differenzierungen vorgenommen werden.

1. Zusammenfassung der Kategorien „Verlegung auf Erwachsenenstation aus disziplinarischen Gründen“ und „Verlegung auf Erwachsenenstation aus Betreuungsgründen“ zu einer Kategorie:

Da die Unterscheidung aufgrund der Datenlage nicht eindeutig trennscharf erfolgen konnte, wurden diese beiden Kategorien zusammengelegt. Die Abgrenzung zur Kategorie „Freiheitsentzug (oft auf geschlossener Erwachsenenabteilung)“ bleibt bestehen. Entscheidend für diese Kategorie ist die Einschränkung der Bewegungsfreiheit des Patienten durch verschlossene Türen, vergitterte Fenster etc.

2. Erweiterung der Kategorie „Freiheitsentzug (oft auf geschlossener Erwachsenenabteilung)“:

Es werden auch Fälle, in denen das Kind nicht in einem abgeschlossenen Raum oder einer abgeschlossenen Abteilung untergebracht war, sich aber immer in Reichweite des Pflegepersonals halten musste, in diese Kategorie eingeordnet.

3. Änderung der übergeordneten Kategorie „Arbeitstherapie“ in „Arbeit“:

Im Zuge der Ratingsitzung kristallisierte sich heraus, dass es sich bei den in den Patientenakten beschriebenen Maßnahmen nicht eindeutig um therapeutische Maßnahmen zur beispielsweise Stärkung des Selbstwertgefühls unter der Betreuung eines Therapeuten gehandelt hatte, sondern um unbezahlte Arbeit, die zur Produktion für die Nutzung durch das PLK Weissenau diente. Alle Fälle, in denen nicht ausdrücklich die Betreuung durch eine Pflegekraft dokumentiert ist, werden unter der Kategorie „Arbeit“ erfasst.

Aus der Anstalt Marsberg ist bekannt, dass Patienten nicht entlassen wurden, weil sie als für die Produktion unentbehrlich gehalten wurden. [66] Dies ist eine unzulässige Freiheitsberaubung. Es wird der Frage nachgegangen, ob diese Praxis auch in der Kinderabteilung in der Weissenau Anwendung fand.

4. Zusammenfassung der Kategorie „Arbeiten auf der Kinderabteilung (Betreuung anderer Kinder)“ und der Kategorie „Arbeit in Gärtnerei, Bäckerei, Nähsaal“ in der Kategorie „Arbeit“:

Die Betreuung anderer Kinder durch minderjährige Patienten stellt eine Parentifizierung dar, die heutzutage von den ehemaligen Patienten beklagt wird. Diese Arbeit wurde nicht entlohnt, ebenso wenig wie die Arbeit in einem der Betriebe des PLK Weissenau. [74]

5. Hinzufügen der Kategorie „Strafen, Zwänge“ unter der Überkategorie „Grauzone“:

In einigen Akten wurden Bestrafungen und Zwänge erwähnt, allerdings ohne weitere Erläuterungen. Da man nicht wissen kann, was darunter zu verstehen war, werden diese unter der Überkategorie „Grauzone“ zusammengefasst.

6. Hinzufügen der Kategorie „Beschäftigung“ unter der Überkategorie „Pädagogik“:

In Abgrenzung zur Kategorie „Arbeit“ werden hier Fälle von eindeutiger Beschäftigungstherapie aufgezählt, bei der die minderjährigen Patienten etwas für sich unter therapeutischer Begleitung herstellten.

7. Konkretisierung der Kategorie „Helfen im Haushalt“:

Hierbei handelt es sich um kleinere Arbeiten in Zusammenarbeit mit einer Pflegekraft.

8. Hinzufügen der Kategorie „Niedrigdosierte dämpfende Medikamente bei Hyperaktivität und motorischer Umtriebigkeit“ unter der Überkategorie „Heilbehandlung“:

Es handelt sich hier um nicht intelligenzgeminderte oder hirngeschädigte Kinder, die geringe Dosen dämpfender Medikamente, meist Truxal, als Dauermedikation erhielten.

9. Einfügung der Kategorie „Übergriffe durch Mitarbeiter oder erwachsene Mitpatienten“:

In einigen Fällen wurden in den Patientenakten Bedenken bezüglich der Sicherheit von minderjährigen, zuvor auf die Erwachsenenstation verlegten Patienten geäußert. Die Kinder wurden dann zu ihrem Schutz auf eine andere Abteilung verlegt. In einem Fall wurden sexuelle Handlungen zwischen einem minderjährigen und einem erwachsenen Patienten beobachtet.

10. Hinzufügen der Kategorie „Restkategorie“:

Hierunter werden Situationen zusammengefasst, die aufgrund der Aktenlage keiner der Kategorien eindeutig zuzuordnen sind.

2.8.1 Diskussion der Kategorisierung in der Ratingsitzung

Vor allem die Fälle, die mit Arbeit oder mit Medikation zu tun haben, gaben Anlass zur Diskussion. Der Dokumentation war in diesen Fällen nicht immer zweifelsfrei zu entnehmen, mit welcher Intention ein Medikament gegeben oder zu welchem Zweck einem Kind eine Tätigkeit zugewiesen wurde. Im Zuge dessen wurden die Kategorien geringfügig geändert und angepasst.

Nach den Änderungen lag die Interrater-Reliabilität bei 100%.

(Anhang 1: Endgültige Kategorien und Ankerbeispiele)

3 Ergebnisse

3.1 Güte der Dokumentation

Rahmeninformationen wie Name, Geburtsdatum, Geburtsort, Adresse vor Unterbringung im PLK und Entlassadresse lagen immer vor. Die Diagnosen nach dem Würzburger Schlüssel waren nur für das Untersuchungsjahr 1951 durchgängig angegeben. In den Folgejahren waren sowohl Akten mit als auch Akten ohne codierte Diagnose vorhanden. Die schriftlich niedergelegte Diagnose ließ sich nicht immer der Patientenakte entnehmen; es kam auch vor, dass sie nur im Krankenbuch notiert war. In zwei Fällen aus dem Jahr 1961 ist keine Diagnose auf dem Aktendeckel oder im Krankenbuch dokumentiert, aus den Akten lässt sich aber ableiten, dass es sich um Sprachheilschüler handelte, die wegen Stotterns in der Weissenau waren.

Bei Patient 36/43/51 wird in der Akte erwähnt, dass ein anderes Kind, das in der Akte mit Vornamen benannt wird, eingesperrt worden sei. Der Vergleich mit den anderen Patienten zeigt, dass im Aufenthaltszeitraum von Patient 36/43/51 zwei Kinder mit dem erwähnten Vornamen aufgenommen waren. Beide Akten liegen vor; bei beiden wurde keine Isolierung dokumentiert.

Bei 20 Akten aus den 60er Jahren (5 aus 1961, 15 aus 1966) fällt die ausgesprochen spärliche Dokumentation auf. Bei sieben dieser Patienten sind die beigelegten Arztbriefe ausführlich, was den damals mangelhaften Dokumentationspflichten geschuldet ist, nach denen eine Patientenakte lediglich eine Gedankenstütze des Arztes war. Bei vier Patienten sind gar keine Akteneinträge gemacht worden. Anhand der beiliegenden Korrespondenz mit den Eltern kann man ableiten, dass es sich hier wohl auch um Sprachheilschüler handelte. Allerdings wurde auch bei einem Kind, welches mit der Diagnose „Debilität“ drei Jahre in der Weissenau blieb, in der Akte exakt ein Satz notiert (Patient 60/18/66).

Bei drei Akten aus dem Untersuchungsjahr 1966 sind „Pflegeberichte“ beigelegt, die in einer Art täglichem Protokoll alle Besonderheiten dokumentieren. Hier konnte eine grobe Diskrepanz zwischen den zusammengefassten ärztlichen Patientenberichten und den Pflegeprotokollen festgestellt werden, auch und gerade in Bezug auf durchgeführte Zwangsmaßnahmen. Bei einem dieser drei Patienten wurde im Pflegebericht dokumentiert, dass der Patient mehrfach isoliert wurde, jedoch findet sich in den Notizen des Arztes kein Wort davon.

Es muss aufgrund der unvollständigen Dokumentation also von einer gewissen Dunkelziffer ausgegangen werden. „Pflegeberichte“ wurden den Akten nicht regelmäßig beigelegt und die sogenannten „Stationsbücher“, die der Schichtübergabe dienten, wurden vernichtet.

3.2 Einverständnis der Sorgeberechtigten

Generell lässt sich feststellen, dass in keinem Fall von Zwang oder Gewalt Dokumente vorliegen, die beweisen, dass die Eltern oder das Jugendamt/Vormünder als Sorgeberechtigte vorweg um Erlaubnis gefragt oder im Nachhinein informiert worden wären.

Man kann auf der anderen Seite nachvollziehen, dass bei geplanten invasiven diagnostischen Maßnahmen, wie dem Luftencephalogramm und der Lumbalpunktion, die Eltern nach ihrer Erlaubnis gefragt wurden. Dies war seit dem sogenannten „Elektroschockurteil“ von 1954 (BGH, 10.07.1954, VI-ZR-45–54), das besagt, dass für invasive Maßnahmen die Einwilligung des Patienten bzw. der Sorgeberechtigten vorliegen muss, Standardvorgehen, wurde im PLK aber schon 1951 nachweislich so gehandhabt. Wie die Aufklärung über diese Maßnahmen stattfand, lässt sich nicht regelhaft nachvollziehen. Nur in einem Fall liegt ein Brief von einem Anstaltsarzt an die Mutter eines Patienten vor. Der Brief ist aus dem Jahre 1966 mit der Bitte um Erlaubnis zur Lumbalpunktion. Darin wird erklärt, dass „die Untersuchung [...] selbstverständlich in Narkose durchgeführt“ werde,

„sodass [das Kind] keine Schmerzen dabei“ habe. „Eine besondere Gefährlichkeit ist mit dieser Lumbalpunktion nicht verbunden.“ [5]

Die Dokumentation der Erlaubnis zu invasiven diagnostischen Maßnahmen konnte entweder als Akteneintrag erfolgen mit dem Wortlaut „Die Eltern/Die Mutter/Der Vater sind/ist mit allen notwendigen Untersuchungen (einschließlich Ence[phalogramm]/Lumbalpunktion) einverstanden“ ohne Unterschrift der Eltern, oder als zusätzliches Dokument mit demselben Wortlaut und der Unterschrift eines der Elternteile. [5] Lag keine Einwilligungserklärung der Eltern vor oder wurde von deren Seite ausdrücklich verboten, invasive Maßnahmen vorzunehmen, wurde sich daran auch gehalten. Bei Kindern, bei denen das Sorgerecht beim Jugendamt lag, wurde keine gesonderte Einwilligung eingefordert.

Zumindest die Vornahme eines Luftencephalogramms war nicht ganz so risikofrei.

Pat. 45/72/51 verstarb kurz nach Vornahme eines Luftencephalogramms an dessen Folgen, die Nebenwirkungen waren damals bekannt, doch es gab bis in die 70er Jahre hinein keine weniger invasive Diagnostik zum Ausschluss intracerebraler Prozesse. [73]

3.3 Übersicht über alle Patienten

3.3.1 Demografische Rahmendaten

Im Jahr 1951 befanden sich 45 männliche und 16 weibliche Kinder und Jugendliche in Behandlung. Die jüngsten Patienten waren nicht ganz zwei Jahre alt, die älteste Patientin war eine fast zwanzigjährige geistig Behinderte. Das Durchschnittsalter lag bei 9,1 Jahren.

1956 konnten die Akten von 83 Jungen und 53 Mädchen untersucht werden. Hier war das jüngste Kind knapp unter einem Jahr alt, am ältesten war eine 17-jährige Epileptikerin. Der Altersdurchschnitt lag hier bei 9,4 Jahren.

Auch 1961 waren mit 91 Jungen und 53 Mädchen mehr männliche Patienten in Weissenau. Hier reichte die Spanne in der Altersverteilung von einem Einjährigen mit cerebralen Krampfanfällen bei Hydrocephalus bis zu einer 17-jährigen mongoloiden Jugendlichen. Im Durchschnitt waren die Patienten 9,9 Jahre alt.

Mit 98 männlichen und 41 weiblichen Patienten befanden sich auch 1966 deutlich mehr Jungen im untersuchten Patientenkollektiv. Hier war das jüngste Kind 2 Jahre alt. Der Älteste war ein 16-jähriger Junge, der zur Sprachtherapie wegen Stotterns in Weissenau war. Der Durchschnitt lag hier bei 9,5 Jahren.

Mit insgesamt 317 männlichen Patienten von 480 befinden sich also mit 66% deutlich mehr Jungen als Mädchen in psychiatrischer oder neurologischer Behandlung. Im Durchschnitt waren die Kinder bei Aufnahme zwischen 9 und 10 Jahren alt, bei einer großen Varianzbreite. Der Median lag bei 9,6 Jahren bei Aufnahme.

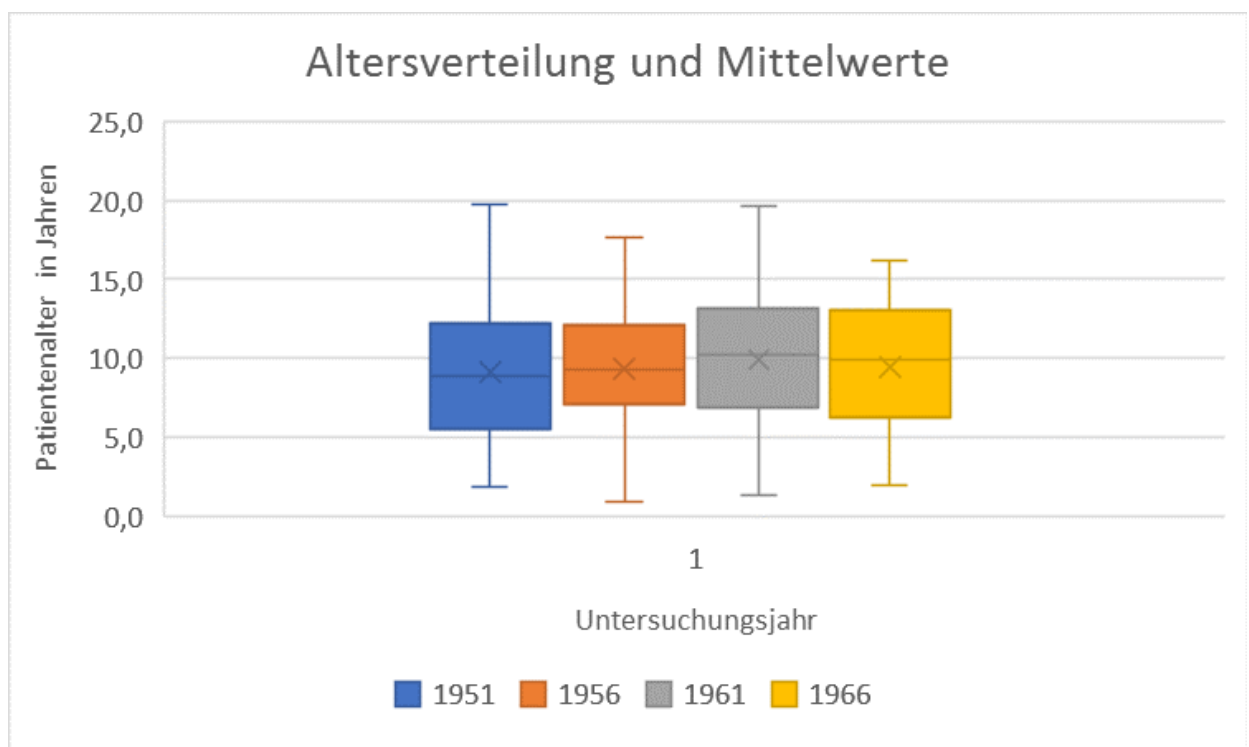


Abbildung 1. Altersverteilung in den untersuchten Jahrgängen der aufgenommenen Kinder und Jugendlichen im Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weissenau.

Diese Geschlechterverteilung bildet nicht die gesamtgesellschaftliche Verteilung zum Untersuchungszeitraum ab. Die Geburtenraten von Mädchen und Jungen lagen in den Jahren 1950 bis 1966 bei jeweils ungefähr 50 %. [121] Allerdings findet sich diese Geschlechterverteilung bei den unter 12-14jährigen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bis heute. Auch in heutiger Zeit lässt sich feststellen, dass Jungen bis zum Beginn der Pubertät häufiger als Mädchen von psychischen Störungen betroffen sind. Dies lässt sich „überwiegend auf die größere körperliche und entwicklungsneurologische Stabilität der Mädchen“ (Rohde u. Marneros 2007, S. 299) zurückführen. [102] Zudem reagieren Jungen anscheinend anders auf psychosoziale Stressoren als Mädchen. Wo Mädchen eher zu emotionalen Störungen neigen, reagieren Jungen eher mit expansiven Störungen und fallen dadurch stärker auf. [102]

3.3.2 Verweildauer

Die Verweildauer im PLK Weissenau lässt sich in drei Abschnitte unterteilen:

1. Kurzzeitaufnahmen bis einschließlich 42 Tage. Hierunter fallen unter anderem kurzzeitige Beobachtungen von Kindern zur Feststellung der Schulfähigkeit, Aufnahmen zur medikamentösen Einstellung von Epileptikern, Aufnahmen zur Anfertigung eines EEGs, welches 1954 angeschafft wurde und lange Zeit das einzige Gerät in weitem Umkreis war. [74] Dann gab es noch die sechswöchige „Bettnässerkur“ bei Enuresis und der ebenfalls sechswöchige Aufenthalt zur Sprachheilbehandlung bei Stotterern. Nach § 65 Abs. 4 RJWG konnte die Unterbringung zur Beobachtung, die zur Feststellung der Schulfähigkeit bzw. Erziehbarkeit dienen sollte, ebenfalls maximal sechs Wochen dauern. [128]
2. mittelfristige Aufenthalte von 43 bis einschließlich 364 Tage.
3. Langzeitaufenthalte ab 365 Tage. Es handelte sich hierbei meist um geistig behinderte Patienten, die sonst nirgends Aufnahme fanden. Besonders in den 60er Jahren wird in den Patientenakten deutlich, dass für einige Patienten trotz intensiver

Bemühungen des Weissenauer Personals von den Jugend- und Sozialämtern keine Heimplätze bereitgestellt werden konnten. Exemplarisch seien hier genannt Pat. 60/8/66, der fast 4 ½ Jahre in Weissenau blieb, obwohl er längst hätte verlegt werden sollen, genauso Pat. 56/4/66, der etwas mehr als 2 Jahre im PLK verbrachte, oder 56/10/61, der erst nach fast 2 ½ Jahren im PLK verlegt werden konnte.

(Anhang 2: Liste der Patienten, die laut Akte schon lange hätten verlegt werden sollen, aber keine Heimplätze zur Verfügung standen)

8 Patienten blieben deutlich über das 21. LJ hinaus in Weissenau, in einem Fall sogar bis zum 59. LJ, da die Mutter des Patienten zeitlebens darauf bestand, dass ihr Sohn nicht verlegt wird, weil sie der Überzeugung war, ihrem Sohn ginge es dort sehr gut (Pat. 36/70/51). Hier wird sich auf den Gesamtaufenthalt in Weissenau bezogen, nicht auf den Aufenthalt auf der Kinderabteilung.

Die kürzeste Unterbringung lag bei einer Nacht, die längste bei über 44 Jahren (Pat. 36/70/51). Die Verlegung auf eine Erwachsenenstation aus Altersgründen verlief nicht streng nach dem Alter des Patienten, sondern in Abhängigkeit vom Entwicklungsstand, aber auch von der Pflegebedürftigkeit, da auf der Kinderstation nur weibliche Pflegekräfte beschäftigt waren. So befand sich ein 13-jähriges Mädchen von Anfang an auf einer Erwachsenenstation, weil sie erstens wegen Suizidversuchen als sehr betreuungintensiv galt und zweitens als für „zu unruhig“ für die Kinderstation befunden wurde (Pat. 48/194/61).

Aus den Patientenakten lässt sich nicht für alle Patienten genau ermitteln, wann sie endgültig auf eine Erwachsenenstation verlegt wurden. Der eher zusammenfassende Charakter der Dokumentation lässt das nicht zu. Deshalb wird hier das Erreichen des 21. LJ als rechnerisches „Entlassdatum“ von der Kinderstation verwendet.

Wenn man den Mittelwert aller Aufenthalte bis zur Entlassung berechnet, liegt dieser bei 284 Tagen, der Median liegt allerdings bei nur 40 Tagen. Nimmt man das Erreichen der

Volljährigkeit als Grundlage, dann liegt der Mittelwert bei 212 Tagen, der Median bei 39 Tagen.

Die meisten Aufenthalte auf der Kinder- und Jugendstation lagen demzufolge mehr im kurz- bzw. mittelfristigen Bereich, so, wie man es für eine Station, die in erster Linie der Beobachtung und Behandlung dient, erwarten würde, aber mit einer Gruppe von Langzeitpatienten, die über Jahre hinweg in der Anstalt geblieben sind, wofür die sogenannten „Pflegebetten“ zur Verfügung standen.

Tabelle 1. Aufenthaltsdauer der Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau aus den untersuchten Jahrgängen 1951, 1956, 1961 und 1966 bis zum Erreichen des 21. Lebensjahres, mit Überlappungen durch wiederholte oder mehrjährige Aufenthalte

Aufenthaltsdauer (ggf. bis zur endgültigen Verlegung auf eine Erwachsenenstation aus Altersgründen)	Anzahl aller Patientenaufnahmen	1951	1956	1961	1966
Kurzzeitaufenthalt bis einschließlich 42 Tage	271	27	83	82	79
43 bis 364 Tage	149	18	39	46	45
Langzeitaufenthalt ab 365 Tage	60	16	14	15	15
Gesamt	480	61	136	144	139

3.4 Diagnosen

Hier wird auf die Hauptdiagnose Bezug genommen. Bei mehreren Diagnosen wurde anhand der Aktenlage die Hauptdiagnose ermittelt. Die Dokumentation des Würzburger Schlüssels wurde bei den Patientenakten in der Weissenau nicht konsequent durchgeführt und fehlt größtenteils. In wenigen Fällen ist die Vergabe falsch, z. B. wurde einem

minderjährigen Psychopathen die #16 zugeordnet, welche für erwachsene Psychopathen steht. Korrekt wäre die #18 gewesen. Bei Patienten, bei denen die Zuordnung fehlte oder offensichtlich falsch war, wurde in Absprache mit der Co-Raterin nachcodiert.

Codiert wurde nach folgenden Regeln:

- Der jetzige Behandlungsanlass gilt als Hauptdiagnose.
- Die erstgenannte Diagnose gilt als führende, es sei denn, diese ist nur die Erklärung für den jetzigen Behandlungsanlass.
- Ein Geburtstrauma kann auch unter #2 verschlüsselt werden, vor allem bei hinweisenden Begleiterkrankungen.
- Bei der Formulierung „Verdacht auf ...“ wird unter der vermuteten Krankheit verschlüsselt.
- Die Formulierung „frühkindlicher Hirnschaden“ wird mit #1 belegt, wenn aus der Akte eine Intelligenzminderung im Sinne einer „Idiotie oder Imbezillität“ hervorgeht. [86]
- Da als eine häufige Diagnose „Debilität“ oder die Kombination „frühkindlicher Hirnschaden, Debilität“ angegeben wurde, passt es in dieser Formulierung weder zur #1 (Kapitel 1.4, „Klassifikation der Erkrankungen, Bezug zur Untersuchung“) noch zu einer anderen Verschlüsselung. Deshalb wird hierfür die #1a eingeführt.
- Die #5 steht zwar für Fälle von Encephalitis epidemica, wurde aber vom Personal in Weissenau für alle Fälle von Encephalitis, z. B. nach Impfung, verwendet. Diese Codierung wird so beibehalten.

- Die Diagnosen „Wesensänderung“ und „Wesensänderung nach frühkindlichem Hirnschaden“ bei normalem HAWIK wird, der Handhabung in Weissenau zur damaligen Zeit entsprechend, unter der #8 codiert.
- Die #9 kommt ausschließlich bei akuten hirnorganischen Prozessen zur Anwendung.
- Psychomotorische Epilepsie wird als Unterform der Anfallskrankheiten mit #13 codiert.
- Depression wird nur dann unter #15 verschlüsselt, wenn kein Anlass beschrieben wird.
- Funktionelle Störungen wie Stottern, Enuresis, Anorexie fallen unter #17, aber auch Milieuschädigungen und Erziehungsschwierigkeiten.
- Entwicklungsstörungen bei Schwachsinn, wie z. B. Bettnässen, sind diesem untergeordnet.
- Nicht klassifizierbar sind Fälle, in denen die Diagnose nicht sicher einzuordnen ist und sich aus der Akte auch keine Klassifikation ergibt, z. B. wenn wichtige Informationen wie der HAWIK nicht angegeben wurden bzw. nicht angegeben werden konnten.

3.4.1 Verteilung der Diagnosen über den Untersuchungszeitraum

Tabelle 2. Verteilung der Diagnosen nach dem Würzburger Schlüssel für Patienten, die im Jahre 1951 auf der Kinder- und Jugendstation des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau stationär aufgenommen worden waren, aufgeschlüsselt nach Häufigkeit der Diagnosen und Aufenthaltsdauer. Bei etwaigen Mehrfachdiagnosen wurde die Hauptdiagnose verwendet.

Diagnose Würzburger Schlüssel	Bis einschließ- lich 42 Tage Aufenthalt	43 bis 364 Tage Aufent- halt	Ab 365 Tagen Aufenthalt	Gesamt
1	9	4	9	22
1a	0	1	2	3
2	3	2	0	5
5	2	1	0	3
8	1	0	0	1
12	1	0	0	1
13	3	1	2	6
14	0	0	1	1
17	4	6	0	10
18	3	1	1	5
20	1	1	1	3
21	0	1	0	1

Tabelle 3. Verteilung der Diagnosen nach dem Würzburger Schlüssel für Patienten, die im Jahre 1956 auf der Kinder- und Jugendstation des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau stationär aufgenommen worden waren, aufgeschlüsselt nach Häufigkeit der Diagnosen und Aufenthaltsdauer. Bei etwaigen Mehrfachdiagnosen wurde die Hauptdiagnose verwendet.

Diagnose Würzburger Schlüssel	Bis einschließ- lich 42 Tage Aufenthalt	43 bis 364 Tage Aufent- halt	Ab 365 Tagen Aufenthalt	Gesamt
1	15	12	1	33
1a	8	6	1	15
2	6	1	0	7
4	0	0	1	1
5	3	2	0	5
8	4	1	0	5
9	1	0	0	1
13	22	3	3	28
14	0	0	1	1
17	14	8	1	23
18	0	4	0	4
20	6	3	0	9
21	1	0	0	1
Nicht klassifi- zierbar	3	0	0	3

Tabelle 4. Verteilung der Diagnosen nach dem Würzburger Schlüssel für Patienten, die im Jahre 1961 auf der Kinder- und Jugendstation des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau stationär aufgenommen worden waren, aufgeschlüsselt nach Häufigkeit der Diagnosen und Aufenthaltsdauer. Bei etwaigen Mehrfachdiagnosen wurde die Hauptdiagnose verwendet.

Diagnose Würzburger Schlüssel	Bis einschließ- lich 42 Tage Aufenthalt	43 bis 364 Tage Aufent- halt	Ab 365 Tagen Aufenthalt	Gesamt
1	15	11	8	34
1a	4	4	3	11
2	3	0	0	3
5	2	1	1	4
8	5	8	1	14
13	22	2	1	25
14	0	0	1	1
17	27	18	0	45
18	1	0	0	1
20	2	2	1	5
21	1	0	0	1

Tabelle 5. Verteilung der Diagnosen nach dem Würzburger Schlüssel für Patienten, die im Jahre 1966 auf der Kinder- und Jugendstation des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau stationär aufgenommen worden waren, aufgeschlüsselt nach Häufigkeit der Diagnosen und Aufenthaltsdauer. Bei etwaigen Mehrfachdiagnosen wurde die Hauptdiagnose verwendet.

Diagnose Würzburger Schlüssel	Bis einschließ- lich 42 Tage Aufenthalt	43 bis 364 Tage Aufent- halt	Ab 365 Tagen Aufenthalt	Gesamt
1	16	13	10	39
1a	3	5	5	13
2	1	1	0	2
5	1	0	1	2
8	2	5	0	7
13	11	4	0	15
17	41	15	0	56
18	0	2	0	2
20	1	0	0	1
Nicht klassifi- zierbar	3	0	0	3

Tabelle 6. Verteilung der Diagnosen nach dem Würzburger Schlüssel für Patienten, die in den Jahren 1951, 1956, 1961 und 1966 auf der Kinder- und Jugendstation des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau stationär aufgenommen worden waren, aufgeschlüsselt nach Häufigkeit der Diagnosen und Aufenthaltsdauer. Bei etwaigen Mehrfachdiagnosen wurde die Hauptdiagnose verwendet.

Diagnosen Würzburger Schlüssel Alle Patienten, alle Jahrgänge	Bis einschl. 42 Tage Aufent- halt	43 bis 364 Tage Aufent- halt	Ab 365 Tage Aufenthalt	Gesamt
1	55	40	32	127
1a	15	16	11	42
2	13	4	0	17
4	0	0	1	1
5	8	4	2	14
8	12	14	1	27
9	1	0	0	1
12	1	0	0	1
13	58	10	6	74
14	0	0	3	3
17	86	47	1	134
18	4	7	1	12
20	10	6	2	18
21	2	1	0	3
Nicht klassifizier- bar	6	0	0	6

Zwischen 23,6% (1961) und 36% (1951) der Kinder war intelligenzgemindert (#1). Dies ist eine Mindestangabe, da intelligenzgeminderte Patienten, deren Aufnahmegrund ein anderer war, z. B. Epilepsie, nicht unter #1 codiert sind.

Schließt man die Fälle, die unter #1a verschlüsselt sind, mit ein, steigt der Anteil auf 31,3% (1961) bis 41% (1951).

Der Anstieg der #17 in den Jahren 1961 und 1966 hängt mit der Einrichtung der Sprachheilschule zusammen. 1961 waren 46,7% der unter #17 codierten Fälle Sprachheilschüler, 1966 waren es 50%, während 1956 nur 2 Kinder zur Sprachtherapie in Weissenau waren.

Da die Weissenau lange Zeit das einzige Krankenhaus im Umkreis war, welches über ein EEG verfügte, wurden viele Epileptiker dorthin überwiesen, was die Häufigkeit der #13 erklärt. [74]

3.4.2 Kostenträger

In den Verpflegungsbüchern sind die jeweiligen Kostenträger vermerkt. Als mögliche Kostenträger kamen in Betracht: Die Krankenkassen, die Eltern, diverse Ämter wie Sozial-, Jugend- und Landesfürsorgeamt oder eine Kombination aus jeweils zwei dieser Möglichkeiten. In manchen Fällen teilten sich die Krankenkassen die Kosten mit den Eltern oder einem der Ämter im Verhältnis 80/20. Bei zwei Fällen aus dem Jahre 1956 wird die Leiterin des Kinderheims, in dem die beiden Kinder untergebracht waren, als Kostenträgerin genannt; dies wird hier als Kostenübernahme durch ein Amt betrachtet. Auch der Wechsel von einem Kostenträger zum anderen war möglich.

Tabelle 7. Kostenträger bei stationären Aufenthalten aus den Jahren 1951, 1956, 1961 und 1966 auf der kinder- und jugendpsychiatrischen Station des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau bei verschiedenen Aufenthaltsdauern. Von 460 Patienten wurden 20 Kinder mehrfach aufgenommen, was zu 480 hier zu betrachtenden Aufenthalten führt (Daten basierend auf: Afschar-Hamdi, Sima; Schepker, Klaus: Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Nachkriegszeit am Beispiel der Pflege- und Beobachtungsstation des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau (1951-1966). *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*: S. 526–542 (2017)).

<i>Aufenthaltsdauer (ggf. bis zur endgültigen Verlegung auf eine Erwachsenenstation aus Altersgründen)</i>	<i>Anzahl Patienten</i>	<i>Kostenträger Amt</i>	<i>Kostenträger- wechsel</i>	<i>Krankenkassen + Eltern</i>
<i>Kurzzeitaufenthalt bis einschließlich 42 Tage</i>	271	44	6	214
<i>43 bis 364 Tage</i>	149	60	18	71
<i>Langzeitaufenthalt ab 365 Tage</i>	60	54	3	3
<i>Gesamt</i>	480	165	27	288
<i>Anteil in Prozent</i>	100	34,4	5,6	60

Die Aufenthaltsdauer korreliert mit der Art des Kostenträgers: Je länger Patienten in der Weissenau waren, desto eher war ein Amt der Kostenträger.

3.5 Die Maßnahmen im Einzelnen

3.5.1 Zwangsmaßnahmen im engeren Sinne

Es wurden 49 Fälle von Zwangsmaßnahmen im engeren Sinne gefunden. An 3 Patienten kamen besonders viele Zwangsmaßnahmen zur Anwendung (mindestens drei verschiedene).

37 Patienten waren von diesen Maßnahmen betroffen, was bedeutet, dass bei 7,7% aller Patientenaufnahmen Zwangsmaßnahmen im engeren Sinne angewendet wurden. Es waren Patienten aus folgenden Diagnosegruppen betroffen: bei 9 Patienten wurde die Diagnose #1 vergeben, 5 Patienten erhielten die Diagnose #1a. In jeweils 7 Fällen bekamen die Kinder die Diagnose „Abnorme Reaktionen“ wie z. B. „Erziehungsschwierigkeiten“ (#17) und „psychische Störungen bei anderen Hirnerkrankungen“ (#8). Bei vier Kindern wurde Psychopathie (#18) festgestellt. Bei je einem Kind wurde eine Erkrankung des „Schizophrenen Formenkreises“ (#14) diagnostiziert, eine encephalitische Erkrankung (#5) und „Epilepsie“ (#13). Männliche Patienten waren in absoluten Zahlen mehr als viermal so häufig betroffen wie weibliche.

3.5.1.1 *Isolierung*

Isolierung war mit Eintragungen bei 18 Patienten die am häufigsten dokumentierte Maßnahme. 7 Patienten wurden nachweislich mehr als einmal isoliert. Isolierung kam 1951 mit dokumentierten Maßnahmen in fünf Patientenakten relativ häufig vor, ebenso 1966 mit vier dokumentierten Fällen. Die letzten Fälle im Betrachtungszeitraum sind für das

Jahr 1968 dokumentiert. Die Dauer bewegte sich zwischen einigen Stunden bis 8 Tagen, in den meisten Fällen wurde die Dauer der Isolierung nicht dokumentiert. Aggressives Verhalten gegen andere Kinder oder das Personal wurde bei 7 Patienten angegeben und war damit der Hauptgrund für Isolierungen. Aber auch Verhalten, dass als „patzig“, „distanzlos“ und „oppositionell“ bezeichnet wurde, konnte dazu führen. Die lange Isolierungszeit von acht Tagen wurde als Bestrafung für das mutwillige Zerstören von Gegenständen angewendet, so z. B. das Zerschlagen von Fensterscheiben, oder für das Weglaufen aus dem PLK. Isolierungen waren aber nicht regelhaft als Reaktion auf Weglaufen dokumentiert. Isolierungen konnte im eigenen Zimmer stattfinden, in einer speziellen Zelle teils im Erwachsenenbereich oder einmal per Bettnetz (Pat. 36/50/51). Ein Kind, das sich zur Bettnässertherapie im PLK befand, wurde jede Nacht in sein Zimmer eingeschlossen und zweimal pro Nacht für den Toilettengang geweckt (Pat. 52/140/66). Ein Junge, der zuvor auf der Erwachsenenabteilung untergebracht war, wurde auf der Kinderabteilung in einem Einzelzimmer untergebracht, „damit er keinen Kontakt zu den anderen Kindern aufnehmen“ konnte (Pat. 42/19/56).

Von den 18 isolierten Patienten waren 13, von den 7 mehrfach isolierten 6 männlich. Dies bedeutet eine Geschlechterverteilung von 72,2 % männlichen und 27,8 % weiblichen Patienten. Das durchschnittliche Alter bei Durchführung von Isolierungen lag bei 13,4 Jahren, wobei dies aufgrund der wenig genauen Dokumentation nur ein Näherungswert sein kann. 6 der Patienten gehörten zur Kategorie der Langzeitaufnahmen. 5 Patienten waren stärker intelligenzgemindert (#1), 4 Patienten bekamen die Diagnose #1a. 4 weitere Patienten erhielten die Diagnose #8, zweimal wurde die #17 vergeben. Je einmal erhielten Kinder die Diagnosen #13, #14 und #18.

3.5.1.2 *Fixierung*

Fixierung wurde in 6 Fällen dokumentiert. Hier ließen sich keine Auffälligkeiten in der Verteilungshäufigkeit feststellen. Bei Pat. 54/181/61 ist „die Drelljacke“ zur Fixierung erwähnt, die dem Patienten mehrfach angelegt wurde. Der Verdacht liegt nahe, dass es sich hierbei um eine Zwangsjacke handelte, dies lässt sich aber nicht nachweisen.

Ein vierjähriges, geistig behindertes Kind wurde auf dem Toilettenstuhl fixiert, da es sonst mit Kot schmierte (Pat. 62/143/66). In den anderen Fällen wird selbstverletzendes Verhalten oder das Zerreißen der Kleidung als Grund genannt. Nur einer der betroffenen Patienten war nicht schwer intelligenzgemindert; dieser wurde bei einem schweren Erregungsanfall mit autoaggressivem Verhalten fixiert (Pat. 48/69/61). 3 der Kinder erhielten die Hauptdiagnose #1, jeweils einmal wurden die #5, die #8 und die #13 vergeben. Doppelt so viele männliche wie weibliche Patienten erlebten Fixierungen. Das Durchschnittsalter bei Durchführung der Maßnahme lag bei 12,5 Jahren. 4 der Patienten blieben über Jahre im PLK und fallen damit unter die Langzeitaufenthalte.

3.5.1.3 Faradisierung

Diese Maßnahme kam nur im Jahre 1951 und nur bei Jungen zur Anwendung. Als Begründung wurde in den Akten aggressives und unfolgsames Verhalten genannt. Ein Patient wurde nachweislich mehrfach faradisiert, er war auch der einzige dieser Gruppe, der länger als ein Jahr in der Weissenau blieb (Pat. 40/19/51). Die Diagnose der Betroffenen lautete in drei Fällen „Erziehungsschwierigkeiten“ als eine Form der „Abnormen Reaktion“ (#17), einer erhielt mit Epilepsie (#13) eine andere Diagnose, ein anderes Kind wurde als „jugendlicher Psychopath“ (#18) geführt. Insgesamt waren 5 Patienten betroffen. Die Jungen waren alle zwischen 10 und 12 Jahre alt, der Mittelwert liegt bei 10,9 Jahren.

3.5.1.4 Körperliche Gewalt

Bei 9 Patienten wurde der Einsatz körperlicher Gewalt dokumentiert. Dreimal wurde dies 1951 erwähnt, danach nur noch vereinzelt, zuletzt aber 1969. Auch bei dieser Maßnahme waren Jungen doppelt so häufig betroffen wie Mädchen, was sich aber im Hinblick darauf, dass insgesamt doppelt so viele Jungen wie Mädchen aufgenommen waren, relativiert.

Als Gründe wurden Unfolgsamkeit und Aggressivität vorgebracht. Aber auch ein Kind, das viel jammerte, weil es nach Hause zu seiner Großmutter wollte, wurde „schärfer angefasst“.

Das Durchschnittsalter lag bei 13 Jahren, das jüngste Kind war zum Zeitpunkt des dokumentierten Gewalteinsatzes 4 Jahre alt (Pat. 47/73/51). In zwei Fällen wurden die Kinder von einer Lehrerin geschlagen. (Pat. 47/73/51, 37/8/51). 6 Betroffene waren intelligenzgemindert. Die Diagnosen verteilten sich wie folgt: viermal #1, zweimal #17 und je einmal #1a, #8 und #13. 6 der Kinder waren länger als ein Jahr im PLK, eines nur für 15 Tage (Pat. 47/73/51).

3.5.1.5 *Freiheitsentzug (oft auf geschlossener Erwachsenenstation)*

Dies wurde bei 9 Jungen und einem Mädchen dokumentiert. Freiheitsentzug wurde vor allem in den 60ern angewendet, so viermal 1961 und zweimal 1962. Für Aufnahmen aus dem Jahr 1956 ist er gar nicht dokumentiert. In einem Fall musste sich das Kind „immer in der Greifweite des Personals“ halten (Pat. 52/137/61), in allen übrigen Fällen bedeutete die geschlossene Unterbringung auch immer die Verlegung auf eine Erwachsenenstation. Es lässt sich nicht regelhaft feststellen, wie lange die betroffenen Kinder geschlossen untergebracht waren. Im Durchschnitt waren die Kinder 14 Jahre alt, während das jüngste Kind erst 9 Jahre alt war. Als Begründung wurden Aggressivität und „Untragbarkeit“ oder die Verhütung von (erneuten) Fluchtversuchen vorgebracht. 2 der Patienten wurden als „angeborene oder früh erworbene Schwachsinnszustände“ (#1) geführt. 2 weitere erhielten die Diagnose #1a. Je 3 Patienten hatten die Diagnose „jugendlicher Psychopath“ (#18) bzw. „psychische Störungen bei anderen Hirnerkrankungen“ (#8) erhalten. Die Aufenthaltsdauer zweier Patienten lag bei unter 42 Tagen, 4 der betroffenen Patienten waren mehrere Jahre in Weissenau.

3.5.1.6 *Medikamentengabe gegen den Willen des Patienten*

Das Verabreichen von Medikamenten an ein Kind, das sich gegen die Einnahme oder Spritzen gewehrt hat, ist einmal 1951 und einmal 1956 dokumentiert. Es handelt sich um zwei Jungen im Alter von 7,8 und 9,3 Jahren. Beide Fälle gehörten zu den mittelfristigen Aufenthalten. In einem Fall fand dies nur im Arztbrief Erwähnung, nicht in der Patientenakte. Einer der Jungen wurde wegen „neurotischer Sprachhemmung“ (Pat. 43/44/51)

unter der Diagnosenummer 17 geführt, der anderen Junge erhielt als „frühkindlicher Hirnschaden“ (Pat. 47/120/56) die #1.

3.5.1.7 Kostenträger

Tabelle 8. Kostenträger für die Patienten aus den Jahren 1951, 1956, 1961 und 1966, die auf der kinder- und jugendpsychiatrischen Station des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau Zwangsmaßnahmen im engeren Sinne erfahren haben, bei verschiedenen Aufenthaltsdauern (Erstveröffentlichung in: Afschar-Hamdi, Sima; Schepker, Klaus: Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Nachkriegszeit am Beispiel der Pflege- und Beobachtungsstation des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau (1951-1966). Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie: S. 526–542 (2017)).

Aufenthaltsdauer (ggf. bis zur endgültigen Verlegung auf eine Erwachsenenstation aus Altersgründen)	Anzahl Patienten	Kostenträger Amt	Kostenträgerwechsel	Krankenkassen + Eltern
Kurzzeitaufenthalt bis einschließlich 42 Tage	6	1	0	5
43 bis 364 Tage	19	12	1	6
Langzeitaufenthalt ab 365 Tage	12	9	2	1

Bei den Patienten, die Zwangsmaßnahmen im engeren Sinne erfahren, lässt sich bei Langzeitaufenthalten ein deutliches Übergewicht der Ämter als Träger erkennen.

3.5.2 Zwangsmaßnahmen im weiteren Sinne

In 38 Fällen wurden dokumentierte Zwangsmaßnahmen im weiteren Sinne festgestellt. Diese Maßnahmen verteilten sich auf 31 Patienten, damit waren 6,5% aller Aufnahmen betroffen. Mit 19 Betroffenen waren Jungen deutlich häufiger vertreten, dies ergibt einen Anteil von 61,3%. Bei 13 Fällen handelt es sich um Langzeitaufenthalte, teilweise von mehreren Jahren.

Elfmal wurde hier die Diagnose #1 vergeben, fünfmal die #18 und viermal die #8. Vier Kinder waren wegen epileptischer Anfälle (#13) in Weissenau, wovon zwei intelligenzgemindert waren. Drei Patienten waren wegen „abnormer Reaktionen“ (#17) aufgenommen worden, wobei ein Junge zusätzlich intelligenzgemindert war. Drei weitere erhielten die Diagnose #1a, ein Mädchen wurde dem „schizophrenen Formenkreis“ (#14) zugeordnet.

3.5.2.1 Schlafmittel, weil die anderen Patienten gestört werden („chemische Zwangsjacke“)

5 Patienten erhielten Schlafmittel ohne therapeutischen Hintergrund. Davon waren 3 weiblich. Alle Patienten waren schwer geistig behindert und jahrelang in der Weissenau (#1, 566 bis 2581 Tage Aufenthalt). Die zeitliche Verteilung ließ keine besonderen Schlüsse zu. Im Durchschnitt waren die Kinder 13,2 Jahre alt, bei einer Spanne von 5,5 bis 19,7 Jahren.

3.5.2.2 Medikamente, um Kind „erträglich“ zu halten („chemische Zwangsjacke 2“)

Es waren 11 Kinder betroffen, davon waren 6 in unterschiedlichen Graden intelligenzgemindert (je dreimal #1 und #1a). Drei Kinder erhielten die #8 nach dem Würzburger Schlüssel, zwei Patienten wurden als „jugendliche Psychopathen“ (#18) geführt. Auch hier lag das Übergewicht auf männlichen Patienten, mit einer Verteilung von 8 zu 3. Ein vierjähriges geistig behindertes Kind aus dem Jahre 1951 bekam Sedativa, weil es viel weinte. Bei einem Patienten, der die Diagnose #18 erhalten hatte, wurde 1956 „aus pädagogischen Gründen“ eine Serpasilkur durchgeführt (Pat. 43/135/56); alle anderen Fälle sind aus den 60er Jahren, mit einer deutlichen Häufung ab 1965 mit 6 betroffenen Patienten. Als Grund wurden in den meisten Fällen Affektausbrüche angegeben, aber auch Kinder, die als „störend“ bezeichnet wurden, bekamen Medikamente. Ein Kind musste wg. Verdachts auf Hepatitis in der Krankenstation untergebracht werden, dort langweilte es sich und bekam deshalb Valium (Pat. 58/7/66). 4 Patienten befanden sich über Jahre im PLK (jeweils über 1200 Tage Aufenthalt). Diese erhielten in 3 Fällen die Diagnose #1a und

einmal die #1. Hier muss nochmals auf die in der damaligen Zeit übliche Ungenauigkeit der Dokumentation hingewiesen werden, da bei zwei langjährigen Patienten in der Patientenakte nichts dokumentiert ist, während im Pflegeprotokoll ab 1967 mehrfach Medikamentengaben verzeichnet sind. Die Altersverteilung reichte von 4 bis fast 16 Jahren.

Es fällt auf, dass dieselben Gründe, die zu Beginn der 50er Jahre zu Isolierungen geführt hatten, hier wieder Erwähnung finden, während Isolierungen in den 60er Jahren seltener vorkommen.

3.5.2.3 *Verlegung auf eine Erwachsenenstation*

Bei 21 Patienten waren Verlegungen auf eine Erwachsenenstation dokumentiert. 6 Patienten wurden mehrfach verlegt. Ein sechzehnjähriger Junge, der im Jahre 1956 aufgenommen worden war, verbrachte die ersten 4 Wochen auf einer Erwachsenenstation, da auf der Kinderabteilung kein Bett frei war (Pat. 38/30/56). Ein Junge wurde „aus Platzgründen“ auf eine Erwachsenenstation verlegt (Pat. 23/65/51). Ein neunjähriger Junge wurde 1951 auf eine Frauenstation verlegt. In 7 Fällen lautete die Diagnose „Debilität“ (zweimal, #1a) oder „Imbezillität“ (fünfmal, #1). 4 Kinder wurden als „jugendliche Psychopathen“ diagnostiziert. 4 weitere Kinder waren wegen „symptomatischer Epilepsie“ (#13) in Weissenau, wobei zwei davon zusätzlich intelligenzgemindert waren. 3 Kinder erhielten wegen „abnormer Reaktionen“ die #17, hier war ein Junge ebenfalls intelligenzgemindert. Zwei Jungen erhielten mit der Diagnose „hirnorganisch bedingte Wesensänderung“ die #8.

Es lässt sich kein Unterschied zwischen den 50er und 60er Jahren feststellen. 8 Mädchen und 13 Jungen waren betroffen. Die Gründe für diese Verlegungen sind nicht immer dokumentiert. Platzgründe, unzureichende Betreuung auf der Kinderstation durch das rein weibliche Pflegepersonal (so dokumentiert bei Pat. 42/19/56) z. B. bei körperlich weit entwickelten geistig behinderten Jugendlichen, aber auch als „heilsamer Schock“ (Pat. 50/89/66) oder zur Strafe bei Diebstahl (Pat. 49/6/61) sind dokumentiert. Patienten, die immer wieder aggressiv gegen andere Kinder waren, wurden auch häufig auf

Erwachsenenstationen verlegt. Ein Mädchen wurde wegen „Verdachts auf sexuelle Spielereien“ (Pat. 45/1/56) von der gemischtgeschlechtlichen Kinderstation weg verlegt, ebenso ein Junge (Pat. 49/6/61). Derselbe Junge wurde auch „als reine Erziehungsmaßnahme“ wegen „frechen Benehmens [...] vorübergehend für ein paar Tage“ auf eine geschlossene Abteilung verlegt. Die Unterbringung auf einer geschlossenen Station hing meist mit Aggressivität oder Fluchtgefahr zusammen (siehe Kapitel 3.4.1.5). Eine 13-Jährige war während ihres sechswöchigen Aufenthalts in der Weissenau von Anfang an auf einer Erwachsenenstation untergebracht (Pat. 48/149/61). 6 Patienten blieben länger als ein Jahr im PLK. Genaue Angaben über die Aufenthaltsdauer auf den Erwachsenenstationen sind aufgrund der zusammenfassenden Art der Dokumentation nicht möglich.

Bei Patient 52/76/66 wird im Arztbrief „dem Vormundschaftsgericht [...] empfohlen, die weitere Unterbringung auf einer geschlossenen psychiatrischen Abteilung im Interesse des Jungen für nicht zulässig zu erklären.“ „Die weitere Verwahrung des erst 14jährigen auf der geschlossenen Abteilung ist seiner weiteren Entwicklung nicht förderlich. Wir können deshalb die Weigerung des Heimes, J. wieder aufzunehmen, weder verstehen noch gutheißen.“ In der Patientenakte selber ist allerdings nichts über die Unterbringung auf einer geschlossenen Station vermerkt.

3.5.2.4 Kostenträger

Auch hier lässt sich feststellen, dass bei Patienten, die Zwangsmaßnahmen im weiteren Sinne erfuhren, mit längerer Aufenthaltsdauer die Anzahl der Ämter als Kostenträger zunimmt.

Tabelle 9. Kostenträger für die Patienten aus den Jahren 1951, 1956, 1961 und 1966, die auf der kinder- und jugendpsychiatrischen Station des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau Zwangsmaßnahmen im engeren Sinne erfahren haben, bei verschiedenen Aufenthaltsdauern.

<i>Aufenthaltsdauer (ggf. bis zur endgültigen Verlegung auf eine Erwachsenen- station aus Alters- gründen)</i>	<i>Anzahl Pati- enten</i>	<i>Kostenträ- ger Amt</i>	<i>Kostenträ- ger- wechsel</i>	<i>Krankenkassen + Eltern</i>
<i>Kurzzeitaufenthalt bis einschließlich 42 Tage</i>	3	1	1	1
<i>43 bis 364 Tage</i>	15	9	3	3
<i>Langzeitaufenthalt ab 365 Tage</i>	13	13	0	0

3.5.3 Freiheitseinschränkende Maßnahmen

Diese wurden nur bei zwei schwer behinderten Patienten dokumentiert (#1). Ein Mädchen im Alter von 9 Jahren bekam Handmanschetten im Jahre 1956, weil sie sich die Fingernägel abriss; ein siebenjähriger Junge fügte sich selbst eitrige Bisswunden an der Unterlippe zu und bekam deshalb 1961 eine Metallkappe über die Zähne. Beide gehörten zu den Langzeitaufenthalten von über einem Jahr. Kostenträger war hier in beiden Fällen das Kreissozialamt.

3.5.4 Grauzone

In 19 Patientenakten wurden Auffälligkeiten dieser Kategorie gefunden. Dabei handelt es sich um 14 männliche und 5 weibliche Patienten. Nur zwei weibliche Minderjährige hielten sich weniger als 43 Tage in der Weissenau auf. 5 Patienten blieben bis zu einem Jahr, 12 Patienten waren teilweise jahrelang dort und gehören damit zu den Langzeitaufenthalten (373 bis 13024 Tage). In 6 Fällen wurde die Diagnose nach dem Würzburger Schlüssel #1 vergeben, in 4 Fällen die #1a. Drei Patienten waren wegen Epilepsie aufgenommen worden (#13), zwei weitere mit „abnormen Reaktionen“ (#17). Die Diagnosen „psychische Störungen nach Gehirnverletzungen“ (#2), „psychische Störungen bei anderen Hirnkrankheiten“ (#8), „Schizophrener Formenkreis“ (#14) und „Psychopathie“ (#18) wurden jeweils einmal gestellt.

3.5.4.1 *Betreuung eines Patienten bei den Pflegefällen*

7 Jungen wurden bei den Pflegefällen betreut. Bis auf einen Fall handelte es sich immer um Langzeitaufnahmen. 6 Patienten waren in verschiedenem Grade intelligenzgemindert (dreimal #1, dreimal #1a). Ein Patient erhielt mit „Wesensänderung“ die #8. Der jüngste war 4, der älteste 16 Jahre alt. Nach 1962 ist dies nicht mehr dokumentiert. Bei den Kindern im Schulalter ist vermerkt, dass sie zu affektgesteuert und störend in der Schulgruppe waren und deshalb bei den Pflegefällen versorgt werden mussten. Eine alternative Betreuungsmöglichkeit schien es nicht zu geben.

3.5.4.2 *Medikamentenversuch*

Bei 3 Jungen und 3 Mädchen wurde die Abgabe von Medikamenten ohne Handelsnamen dokumentiert. Dieses Vorgehen wurden nur in den 50er Jahren dokumentiert, mit drei Fällen im Jahre 1956. Drei Kinder hatten die Diagnose #13 nach dem Würzburger Schlüssel bekommen, wobei zwei davon gleichzeitig geistig behindert waren. Je ein Kind wurde mit der #1 diagnostiziert, eines mit der #14 und eines mit der #17. 4 Patienten waren mit Aufhalten von 458 bis 13024 Tagen deutlich länger als ein Jahr in Weissenau. In 4 Fällen sollte das Versuchspräparat antiepileptisch wirken, in 2 Fällen scheint es sich der in

der Patientenakte beschriebenen Wirkung zufolge um ein Neuroleptikum gehandelt zu haben. Die Medikamente wurden in der laufenden Heilbehandlung den therapeutischen Anforderungen entsprechend eingesetzt. In keinem Fall konnte eine Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten gefunden werden; auch, ob diese überhaupt informiert wurden, lässt sich anhand der Patientenakten nicht feststellen. Nur bei einem Kind wurde der Aufenthalt im PLK von seinen Eltern finanziert, bei den anderen fünf Kindern lag die Kostenübernahme bei einem Amt.

Tabelle 10. Bezeichnung der Versuchspräparate, die in den Patientenakten der stationär aufgenommenen Patienten der Kinder- und Jugendstation des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau aus den Jahren 1951, 1956, 1961 und 1966 dokumentiert sind, und ihre angenommene Wirkung

<i>Patient</i>	<i>Kostenträger</i>	<i>Abgabe wann dokumentiert</i>	<i>Bezeichnung des Präparats in der Akte</i>	<i>Wahrscheinliches Einsatzspektrum bzw. in der Akte dokumentierter Effekt</i>
<i>45/13/56</i>	Amt	1958	„Versuchspräparat 947 von Ciba“	Epilepsie/beide Medikamente ohne Einfluss auf Anfallshäufigkeit
		1959	„Versuchsweise Präparat 1917“, Fa. Casalla	
<i>40/19/51</i>	Amt	1952	„Versuchspräparat 282 F“	Bekam zuvor hohe Dosen Comital und Luminal, nach Umstellung „angepassteres Verhalten“
<i>38/30/56</i>	Amt	1955	„3x tägl. 201 A“	Epilepsie
<i>43/33/56</i>	Amt	1956	„Megaphenähnliches Präparat 338 ‚Knoll‘“	Bekommt Patientin 5 Monate später immer noch, scheint zu wirken
<i>39/88/56</i>	Eltern	1956	„Neues Bacrosinpräparat 201 A“	Epilepsie
<i>46/10/56</i>	Amt	1956	„Präparat 1917, Fa. Casalla“	Epilepsie

Genauere Informationen über die Präparate ließen sich den Akten nicht entnehmen. Das Pharmaunternehmen Ciba, 1895 in der Schweiz gegründet, fusionierte mit den Firmen Geigy und Sandoz zu Novartis. [95] Die Firmenarchive von Novartis und seiner Vorgängerunternehmen sind noch nicht vollständig erschlossen. [23] Eine vom Kanton Thurgau eingesetzte Forschergruppe untersucht seit 2016 die Medikamentenversuche, die in den 50er- bis 70er-Jahren an der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen durchgeführt wurden. [133] Novartis will bei der auf drei Jahre angelegten Untersuchung vollumfänglich zusammenarbeiten. [23; 133] Noch liegen keine Daten vor, die eventuell Aufschluss über Verbindungen zum PLK geben könnten.

Die Firma Knoll hatte ihren Standort in Ludwigsburg und heißt jetzt AbbVie. [2] Bei Präparat 338 handelte es sich laut Firmenarchiv um ein Phenothiazin, also um ein Neuroleptikum ähnlich dem Chlorpromazin. [8] Weiterführende Unterlagen, wie Studiendokumentationen oder Ergebnisprotokolle, ließen sich nicht finden. [8] Über Verbindungen zum PLK Weissenau oder zu seinen Ärzten liegen ebenfalls keine Informationen vor. [8]

Mit der „Fa. Casalla“ wird sehr wahrscheinlich die Cassella Farbwerke Mainkur AG gemeint gewesen sein, die 1996 mit der Hoechst AG verschmolz. [132] Im historischen Hoechst-Archiv konnten keine Informationen zum Präparat „1917“ von Cassella gefunden werden, auch auf Geschäftsbeziehungen zum oder Lieferungen an das Psychiatrische Landeskrankenhaus Weissenau gab es keine Hinweise. [28]

3.5.4.3 *Stillsitzen*

Wie in Kapitel 2.7.4.5 erwähnt, fällt diese Maßnahme etwas aus dem Rahmen, da keine Informationen über das betroffene Kind vorliegen. Über Alter, Geschlecht, Diagnose und Aufenthaltsdauer kann keine Aussage getroffen werden. Der Vorfall mit dem gestohlenen Gegenstand ereignete sich 1956.

3.5.4.4 „Strafen, Zwänge“ ohne weitere Erläuterungen in der Akte

Dies wurde bei Mädchen und Jungen gleich häufig erwähnt. Bei insgesamt 4 Kindern, drei davon im Jahr 1951, wurden Strafen und Zwänge erwähnt, ohne genauer ausgeführt zu werden. Ein Fall war aus dem Jahre 1956. Die Diagnosen verteilten sich auf zwei Fälle mit der #17 nach dem Würzburger Schlüssel und je einen Fall mit der #1a und der #13. Es handelte sich um einen kurzzeitigen, zwei mittelfristige und einen langfristigen Aufenthalt. Das Durchschnittsalter bei Aufnahme lag bei 9 Jahren. Wann genau die in den Akten erwähnten Vorfälle stattgefunden haben und warum es überhaupt zu Bestrafungen kam lässt sich aufgrund der lückigen Dokumentation nicht rekonstruieren.

3.5.4.5 Übergriffe durch Mitarbeiter oder erwachsene Mitpatientenarbeit

In vier Akten sind sexuelle Übergriffe dokumentiert. Es handelt sich ausschließlich um Jungen im Alter zwischen 11 und 15 Jahren. Zwei der betroffenen Jungen hatten die Diagnose #1a erhalten, die beiden anderen jeweils die Diagnosen #8 und #18. Es handelt sich um zwei mittelfristige und zwei langfristige Aufenthalte. In allen Fällen befanden sich die Kinder zum Zeitpunkt des tatsächlichen oder vermuteten Übergriffes auf einer Männerstation. In drei Fällen ging die Gefährdung von Mitpatienten aus, einmal wurde ein Pfleger verdächtigt, ein „besonderes Verhältnis“ zu einem der Patienten gehabt zu haben (Pat. 42/19/56). Der Junge wurde daraufhin auf eine andere Station verlegt; was mit dem Pfleger geschah, wird nicht erwähnt. In der Akte eines Patienten sind mehrere Übergriffe bzw. Gefahrensituationen von verschiedenen erwachsenen Mitpatienten in verschiedenen Situationen dokumentiert (Pat. 49/6/61). Der Junge wurde in diesen Fällen dann von einer Erwachsenenstation auf eine andere verlegt.

Ein Patient wurde auf dem Weg zum Schlachthaus von einem anderen Patienten überfallen. Der andere Patient habe ihn in einem der Wirtschaftsgebäude angebunden, ihm die Hose ausgezogen und im Genitalbereich berührt. Der Jugendliche habe sich gewehrt und sei losgebunden worden, als er seinem Angreifer damit drohte, dass er alles dem Arzt erzählen werde (Pat. 53/94/66). Dies wurde im Sommer 1968 in der Patientenakte dokumentiert, der Junge war zu diesem Zeitpunkt 15 Jahre alt.

Die Gefahr sexuellen Missbrauchs, die mit Unterbringung auf einer Erwachsenenstation einherging, war den Ärzten und dem Pflegepersonal bekannt: „Was zu erwarten war, trat ein: der 13-jährige Junge wirkte sich unter den zahlreichen psychosexuell infantilen Patienten der Abteilung mehr und mehr als eine Art Sexbombe aus, insbesondere bei den einschlägig Vorbestraften. Da auf MNB II nachts eine ungenügende Bewachung gewährleistet ist (nur 1 Nachtpfleger) wurde der Junge heute verlegt um das sich anbahnende, situationsbedingte Strichjungentum keine grösseren Ausmaße annehmen zu lassen“ (Pat. 49/6/61).

In zwei Patientenakten wird Bezug darauf genommen, dass sich auf den Männerabteilungen, auf denen die Jugendlichen untergebracht waren, auch als homosexuell bekannte Patienten befanden (Pat. 48/69/61, Pat. 49/6/61). Homosexualität wurde bis zur Ausgabe des ICD-10 im Jahre 1992 durch die WHO als psychiatrische Erkrankung betrachtet.

3.5.5 Arbeit

Bei 18 Patienten ist vermerkt, dass sie im PLK arbeiteten. Der hier verwendete Arbeitsbegriff umfasst alle von den Kindern verrichteten Arbeiten, bei denen keine eindeutig therapeutische Intention erkennbar war, unabhängig von z. B. der Dauer der Arbeit oder ob diese Arbeit vom jeweiligen Patienten eventuell gerne verrichtet wurde.

In der zeitlichen Verteilung fanden sich keine Auffälligkeiten, minderjährige Patienten wurde im gesamten Untersuchungszeitraum zur Arbeit herangezogen. In den Akten werden keine Erklärungen dafür angeboten, warum gerade diese Patienten zu Arbeiten herangezogen wurden. Wieviel Zeit die Kinder für die ihnen zugewiesene Arbeit aufzubringen hatten und ob und wie diese Arbeit mit dem angebotenen Schulbesuch und den Hausaufgaben in Einklang gebracht wurde, lässt sich anhand der Patientenakten nicht feststellen.

Mädchen arbeiteten in erster Linie in der Kinderbetreuung oder im Haushalt (5 Patientinnen). Ansonsten arbeiteten sie im Nähsaal (stricken, Wolle zupfen) oder bei „Heimarbeiten“ (2 Patientinnen). Auch in der nicht näher beschriebenen „Arbeitsgruppe“ bei der

„Arbeitstherapie“ kamen sie zum Einsatz (1 Patientin). Die 10 Jungen wurden in der „Gartentruppe“, dem „Straßenreinigungskommando“, der „Arbeitstherapie“ oder in einem der Betriebe des PLKs beschäftigt, halfen aber wohl auch auf der Abteilung mit (Pat. 41/10/61).

Auch Patienten, die nur kurze Zeit in Weissenau waren, wurden zu Arbeiten herangezogen. In manchen Fällen wurde festgehalten, dass die Patienten gerne zur Arbeit gingen. Einem Patienten wurde angeboten, eine Lehre zum Elektriker im PLK zu machen (Pat. 47/101/61, 14 Jahre alt).

Die Arbeit in der Korbmacherei wird in den Akten als „Beschäftigungstherapie“ bezeichnet, dies ist für das Jahr 1968 dokumentiert. Das Altersmittel lag bei 13 Jahren; das jüngste Kind war ein Mädchen, das im Alter von 8 Jahren „gerne und zuverlässig“ bei der Kinderbetreuung half (Pat. 58/144/66).

In zwei Fällen wurde vermerkt, dass die Patientinnen beim Füttern der anderen Kinder halfen. Darüber hinaus wurde die Betreuung anderer Kinder nicht näher beschrieben. Schwer geistig behinderte Patienten wurden beim Wolle zupfen oder beim Kleben von Weihnachtssternen beschäftigt. Es gibt keine Hinweise darauf, dass minderjährige Patienten länger als nötig in Weissenau behalten wurden, um ihre Arbeitskraft nicht zu verlieren, vielleicht, weil sich bis auf Pat. 47/101/61 keiner bei der Arbeit besonders hervortat. Bei Pat. 49/6/61 wurde notiert, dass „man viele Medikamente einsparen [könne], wenn man ihn sich möglichst viel im Freien betätigen lässt“. Dieser Patient wurde viel zur Arbeit, u. a. in der Gartentruppe, herangezogen. 6 Patienten kamen nachweisbar in einem der Betriebe des PLKs zum Einsatz. Eine alternative Tagesbeschäftigung, außer zu arbeiten oder ohne besondere Beschäftigung auf Station zu sein, schien es nicht zu geben. Angaben zur Vergütung der geleisteten Arbeit lassen sich in den Patientenakten nicht finden.

5 Kinder wurden unter der Diagnose #17 geführt. Viermal wurde die #1a vergeben, dreimal die #8. Zwei Kinder waren wegen Epilepsie (#13) in Weissenau, je ein Kind hatte die Diagnose #1, #14 und #18 erhalten. Zwei Kinder waren weniger als 43 Tage stationär aufgenommen, die beiden Mädchen im Alter von 8 und 14 Jahren halfen bei der

Kinderbetreuung und in der Küche. 7 Patienten befanden sich mittelfristig in Weissenau, wobei 3 Patienten mit Aufenthalten von 43 bzw. 44 Tagen noch knapp zu dieser Kategorie gezählt werden. Die Patienten mit mittelfristigen Aufenthaltsdauern wurden in allen Bereichen eingesetzt, im Haushalt, in der Gartentruppe oder in einem Betrieb. 9 der Kinder bleiben mehrere Jahre dort (832 bis 13024 Tage). 2 von ihnen konnten dauerhaft in einem Betrieb beschäftigt werden.

5 dieser 18 Patienten (27,8%) befinden sich auch auf der Liste der Patienten, für die kein Heimplatz gefunden werden konnte, obwohl sie schon lange hätten verlegt werden sollen (Tabelle 14, Anhang).

3.5.5.1 Kostenträger

Tabelle 11. Kostenträger für die Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau aus den Jahren 1951, 1956, 1961 und 1966, die Arbeiten verrichtet haben, bei verschiedenen Aufenthaltsdauern.

Aufenthaltsdauer	Anzahl Patienten	Kostenträger Amt	Kostenträgerwechsel	Krankenkassen + Eltern
<i>Kurzzeitaufenthalt bis einschließlich 42 Tage</i>	2	0	0	2
<i>43 bis 364 Tage</i>	8	5	1	2
<i>Langzeitaufenthalt ab 365 Tage</i>	8	8	0	0

Hier zeigt sich wieder das gleiche Bild wie zuvor. Das deutliche Übergewicht liegt bei Langzeitaufenthalten und der Übernahme der Behandlungskosten durch ein Amt.

3.5.6 Pädagogik

3.5.6.1 *Helpen im Haushalt*

11 Kinder durften den Pflegerinnen auf Station helfen, soweit dokumentiert. Es wurden Botengänge für das Personal, beim Wäscheholen helfen, Geschirr abräumen oder Hilfe bei Putzarbeiten dokumentiert. Es wurde notiert, dass so manches Kind „ein fleißiger Hausbursche“ war (Pat. 52/24/66), welches „gern auf Station“ half (Pat. 40/19/51), und seine Vertrauensposition „eifersüchtig bewacht[e]“ (Pat. 52/21/66). Es handelte sich dabei um 8 Jungen und 3 Mädchen. Die Kinder waren zwischen 10 und 14 Jahren alt, bei einem Median von 12 Jahren. Ein Patientenfall ist aus dem Jahre 1951, alle anderen sind aus den 60er Jahren. Man kann sich gut vorstellen, dass sich die Kinder über die Aufmerksamkeit und das ein oder andere Lob der Erwachsenen, die mit der Zeit eine Art Elternrolle übernahmen, freuten. 6 Patienten waren länger als ein Jahr im PLK, die kürzeste Unterbringungszeit lag bei 64 Tagen.

Die Diagnose #1a wurde viermal vergeben, die #1, die #8 und die #17 je zweimal. Ein Kind war wegen epileptischer Anfälle (#13) in Weissenau.

3.5.6.2 *Ausgangssperre*

Eine Ausgangssperre wurde gegen 7 Kinder verhängt. 2 Mädchen und 5 Jungen waren betroffen, bei einem Altersmittel von 13 Jahren. 4 Kinder waren deutlich länger als ein Jahr in Weissenau (zweimal #1a, je einmal #1 und #13), ein Kind wurde als „jugendlicher Psychopath“ (#18) geführt, zwei bekamen die Diagnose „abnorme Reaktionen“ (#17).

Ein elfjähriger Junge wurde 1951 nicht mehr mit in den Garten genommen, weil er, nachdem er schon einmal entwichen war, „wieder vom Abhauen redete“ (Pat. 40/19/51). Sonst wurde diese Maßnahme nur in den 60ern angewendet. Ein anderer Junge musste, nachdem er „mal wieder entwichen“ war „fürs erste Lazarettkleidung“ tragen und durfte die Abteilung nicht mehr verlassen (Pat. 49/6/61). Nach 2 Monaten wurde notiert, dass er

„seit einiger Zeit“ die Abteilung wieder verlassen durfte. Das Tragen der Lazarettkleidung kann als pädagogisch bedenkliche Stigmatisierung betrachtet werden und wurde in keinem weiteren Fall dokumentiert. Fluchtversuch, Betteln und Diebstahl bei Ausgang oder der Konsum von Alkohol und Zigaretten konnten eine Ausgangssperre zur Folge haben. In einem Fall aus dem Jahre 1967 wurde die Ausgangssperre verhängt, weil der Patient aggressiv war und in der Arbeitstherapie schlief. Aggressivität gehört zu den Verhaltensweisen, die in Akten aus früheren Jahren als Grund für Isolierungen angeführt wurden. Über die Dauer der Ausgangssperre lässt sich der Akte nichts entnehmen. Das Verhängen einer Ausgangssperre in diesem Fall befindet sich im Spannungsfeld von Hausarrest als relativ üblicher erzieherischer Maßnahme und Freiheitsentzug.

3.5.6.3 *Beschäftigung*

Bei drei Jungen im Alter zwischen 10 und 12 Jahren kam Beschäftigungstherapie zum Einsatz. Alle waren intelligenzgemindert (zweimal #1a, einmal #1) und mehr als ein Jahr im PLK. Diese ausdrücklich als Beschäftigungstherapie bezeichneten und erkennbaren Tätigkeiten sind erst ab 1963 vermerkt. Die Kinder bastelten Tablettts, Puppenhäuser oder Kipplaster.

3.5.7 Heilbehandlung

3.5.7.1 *Niedrigdosierte Medikamente zur Dämpfung der Hyperaktivität und motorischen Umtriebigkeit*

In 22 Fällen wurden Medikamente zu diesem Zweck verabreicht. Ein 11-jähriger Junge bekam 1951 niedrig dosiert Fersedon, ein Sedativum. Ein 8-jähriges Mädchen bekam 1956 das reserpinähnliche Präparat Belcaloid der Firma Thomae (Biberach a. d. Riß) zur Dämpfung ihrer Unruhe und ihres Tremors. Sie gab selbst an, „dass ihr die Dragees guttun“ (Pat. 47/43/56). Alle weiteren dokumentierten Fälle beginnen mit dem Jahr 1959, mit elf

Fällen aus dem Jahre 1961. Truxal wurde besonders häufig in der Zeit von 1961 bis 1965 verordnet, mit elf von 12 dokumentierten Anwendungen. Achtmal wurde die Dosierung mit 3x täglich 15 mg angegeben. Ein Kind bekam 3x täglich 50 mg, ein anderes Kind morgens 25 mg, mittags und abends 50 mg Truxal. Beide Kinder waren zwischen 11 und 12 Jahren alt. In einem Fall ist keine Dosierung angegeben. In einem anderen Behandlungsfall aus diesem Zeitraum wurde 2x täglich 10 mg Psyquil verabreicht.

Die Arzneiverordnung von 1967 empfiehlt bei Psyquil als Tagesdosis für Erwachsene „ambulant 30-75 mg oral“, somit sind insgesamt 20 mg pro Tag eher niedrig dosiert (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 1967, S. 168). [27] Die Indikationen betreffend wird auf den Eintrag zu Chlorpromazin verwiesen. Als mögliche Einsatzgebiete werden u. a. „Dämpfung psychomotorischer Erregungen“ und „affektive Verstimmungen bei vegetativer Übererregbarkeit“ angegeben (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 1967, S. 167). [27]

Für Truxal werden als „Erhaltungsdosis“ 2 bis 4 mal täglich „15-30-50 mg“ empfohlen (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 1967, S. 174) [27] Zwei Kinder von 11 und 12 Jahren erhielten Dosen von 25-50-50 mg bzw. 3x 50 mg täglich. Die Arzneiverordnung zählt Kinder ab dem 13. LJ schon zu den Erwachsenen. [27] Truxal wird als „Breitband-Neurolepticum“ mit rasch einsetzender, intensiver, langanhaltender Dämpfungswirkung“ mit „geringe[r] Toxizität und relativ geringe[n] Nebenwirkungen“ beschrieben (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 1967, S. 174). [27] „Unruhe- und Erregungszustände mit Angst“ oder „innere Spannung“ sind laut Arzneiverordnung mögliche Verordnungsgründe.

Ab 1966 werden nur noch Melleril und Valium erwähnt. Ein Kind bekam 1-2x täglich 25 mg, ein anderes dreimal täglich 25 mg, und ein weiteres Kind im Alter von 6 Jahren bekam mit der Diagnose „Grand-mal-Epilepsie (#13) 3x täglich 50 mg. Für Melleril empfiehlt die Arzneiverordnung 1-3x 25 mg pro Tag für Kinder ab dem ersten Lebensjahr. Für die Indikation wird auch hier auf den Eintrag zu Chlorpromazin verwiesen, Melleril sei „nur schwächer“ (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 1967, S. 169). [27] Bei Valium wurden 3x täglich 2 mg gegeben, einmal ist bei Valium keine Dosierung notiert. Als Empfehlung für Kinder gibt hier die Arzneiverordnung „2-5 mg/die in 2-4 Einzelgaben“ an (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 1967, S. 184). [27] Hier wird bei den Indikationen auf Chlordiazepoxid verwiesen. Es werden u. a. „nichtpsychotische

Angst-, Spannungs- und Unruhezustände“ und „Verhaltens- und Anpassungsstörungen bei Kindern“ erwähnt (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 1967, S. 183). [27]

Für die Verordnungen typische Gründe waren „umtriebige Art“, „Übererregbarkeit“ und „motorische Unruhe“, womit die Medikamente nach damaliger Auffassung indikationsgerecht zum Einsatz kamen. 8 Kinder erhielten die Diagnose „abnorme Reaktionen“ (#17). In drei Fällen wurde wegen „Wesensänderung“ die #8 vergeben. Je drei Kinder erhielten die Diagnosen #1 und #1a. Je zwei Kinder fielen als „jugendliche Psychopathen“ unter die #18 bzw. mit „Epilepsie“ unter die #13. Einem Fall wurde wegen „postencephalitischer Wesensänderung“ die #5 gegeben.

Anhand der Beschreibungen in den Akten wäre auch denkbar, dass es sich in einigen Fällen, besonders bei den nicht intelligenzgeminderten Kindern, um eine nicht diagnostizierte ADHS gehandelt haben mag.

3.5.7.2 Dämpfende Medikamente als Dauermedikation zur Behandlung sonst schwer zugänglicher Intelligenzgeminderter oder hirnorganisch Geschädigter

53 Kinder bekamen höher dosiert dämpfende Medikamente. 29 Kinder wurden als „früh erworbener oder angeborener Schwachsinn“ (#1) diagnostiziert. 11 Kinder erhielten die Diagnose #1a und waren damit weniger stark intelligenzgemindert. 5 Patienten erhielten die #8 nach dem Würzburger Schlüssel. Zwei intelligenzgeminderte Kinder erhielten die Diagnose #5, da ihr Zustand auf eine vorangegangene Encephalitis zurückgeführt wurde. Eine Patientin war schizophren (#14), ein anderes Mädchen war mit der Diagnose #18 in der Weissenau. Zwei Kinder waren wegen Epilepsie (#13) aufgenommen worden, wobei beide in ihrer Intelligenz gemindert waren.

71,2% der Patienten waren männlich. 11 Kinder waren kürzer als 43 Tage in der Weissenau, 24 Kinder waren für einen mittleren Zeitraum aufgenommen worden und 18 Patienten gehörten mit Aufenthalten über 365 Tagen zu den Langzeitaufenthalten. 32 der

betroffenen Patienten kamen entweder aus einer Heimunterbringung oder wurden nach ihrer Behandlung im PLK in ein Heim verlegt.

1951 und 1955 wurde jeweils nur eine Medikamentengabe an schwer behinderte Patienten verzeichnet. Ab 1956 werden immer häufiger Medikamente verabreicht, allein an 21 Patienten im Jahre 1966.

3.5.7.3 *Kostenträger*

Tabelle 12. Kostenträger für die Patienten aus den Jahren 1951, 1956, 1961 und 1966, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau dämpfende Medikamente als Dauermedikation zur Behandlung sonst schwer zugänglicher Intelligenzgeminderter o. hirnnorganisch Geschädigter erhalten haben, bei verschiedenen Aufenthaltsdauern.

Aufenthaltsdauer (ggf. bis zur endgültigen Verlegung auf eine Erwachsenenstation aus Altersgründen)	Anzahl Patienten	Kostenträger Amt	Kostenträgerwechsel	Krankenkassen + Eltern
Kurzzeitaufenthalt bis einschließlich 42 Tage	11	4	0	7
43 bis 364 Tage	24	14	4	6
Langzeitaufenthalt ab 365 Tage	18	15	2	1

Auch hier lässt sich wieder feststellen, dass bei längerer Aufenthaltsdauer die zuständigen Ämter vermehrt als Kostenträger in Erscheinung treten, während die Zahl der Eltern und Krankenkassen als Kostenträger abnimmt.

3.5.7.4 *Elektroschocks und Insulinschocks bei Schizophrenie*

Dies wurde laut Patientenakten bei drei schizophrenen (#14) Patientinnen durchgeführt. Zwei der Mädchen waren zum Zeitpunkt der Kur 15 Jahre alt, eines war 12 Jahre alt. Bei

einer der 15-Jährigen (Pat. 36/50/51) wurde bei Misserfolg der Insulinkur anschließend eine Elektroschockbehandlung durchgeführt. Alle drei gehörten zu den Langzeitaufenthalten und blieben jahrelang in der Weissenau. Die Kuren kamen in den Jahren 1951, 1955 und 1958 zur Anwendung.

3.5.7.5 *Schlafkur (Serpasilkur)*

Diese Behandlungsmethode ist nur für das Jahr 1956 dokumentiert. Sie wurde für so unterschiedliche Störungsbilder wie Psychopathie (#18, 2 Fälle), reaktive Depression bei Schwachsinn (#1, 1 Fall), frühkindlichem Hirnschaden (#1, 2 Fälle), Schizophrenie (#14, 1 Fall), Chorea minor (#20, 1 Fall) und Encephalitis (#5, 1 Fall) angewendet. Insgesamt kam sie bei 8 Patienten im Alter zwischen 9 und 15 Jahren zum Einsatz. Die Dauer und der genaue Ablauf der Behandlung, so, wie sie in Weissenau angewandt wurde, kann den Patientenakten nicht entnommen werden. In einem Fall ist im Arztbrief die „ca. ¼-jährige Behandlung“ notiert (Pat. 42/19/56).

3.5.8 Restkategorie

Bei einem fast zehnjährigen Jungen mit der Diagnose „Erziehungsschwierigkeiten“ (#17) wurde in der Akte notiert, dass der Patient „erzieherisch sehr schwierig“ sei. Ob das irgendwelche Folgen hatte, ist nicht dokumentiert. Der Junge war 22 Tage in der Weissenau (Pat. 41/53/51). Formulierungen wie „erzieherisch sehr schwierig“ wurden auch bei Patienten verwendet, bei denen aufgrund dessen Zwangsmaßnahmen wie z. B. Faradisieren (Pat. 41/61/51: „macht große Schwierigkeiten“) oder Isolierung (Pat. 48/69/61: „Mit H. hat es erneut Schwierigkeiten gegeben“) angewendet wurden.

Der Patient 53/94/66 war mit der Diagnose „Debilität, Aggressivität“ (#1a) mehrere Jahre in der Weissenau. In der Patientenakte wurde festgehalten, dass er seine Medikamente wieder ausspuckte. Ob das einfach hingenommen wurde oder man ihn mit Gewalt zur

Einnahme gezwungen bzw. ihn dafür bestraft hat, wurde nicht festgehalten und kann deshalb nicht der Kategorie „Zwangsmedikation“ zugeordnet werden.

Einem debilen Jungen (Pat. 49/6/61), der ebenfalls mehrere Jahre in der Weissenau blieb, wurde mit einer „längeren Serpasilkur“ gedroht, sollte er nicht ordentlich in der Gartentruppe mitarbeiten. Der Patient wählte letzteres und umging damit die Serpasilkur.

Die Stigmatisierung mittels „Lazarettkleidung“ wegen wiederholten Weglaufens wird ebenfalls dieser Kategorie zugeordnet (siehe Kapitel. 3.5.6.2).

3.6. Zeitlicher Verlauf der angewendeten Zwangsmaßnahmen

Die Aufstellung eines genauen zeitlichen Verlaufs lässt die damals übliche und auch rechtmäßige Dokumentationspraxis nicht zu. Es kann nicht nach der Häufigkeit einer Maßnahme pro Patient pro Jahr aufgeschlüsselt werden. Diverse Einschränkungen sind zu machen, z. B. kann bei Patienten, deren eigentliche Patientenakten nur wenige Informationen enthielten, die Arztbriefe jedoch genaue Medikamentenangaben machten, nicht nachvollzogen werden, wann genau mit der Medikamentengabe begonnen wurde. Es wird deshalb als Arbeitshypothese davon ausgegangen, dass diese Kinder die Medikamente von Beginn an und bis zum Ende ihres Aufenthalts in der Weissenau erhielten. Die hier verwendeten Zahlen können deshalb nicht genau die tatsächlichen Verhältnisse abbilden. Die Nachverfolgung gröberer Unterschiede und Tendenzen ist aber trotzdem möglich.

Manche Maßnahmen sind nur für einzelne Jahre nachzuweisen. So kommt Faradisierung nur im Jahre 1951 dokumentiert vor, die Anwendung der Schlafkur findet nur im Jahre 1956 Erwähnung.

Medikamente zur Heilbehandlung schwer behinderter Patienten (Heilbehandlung,

Kategorie Nr. 21) und zur Behandlung leichterer Störungen (Heilbehandlung, Kategorie Nr. 20) werden ab 1961 deutlich häufiger angewendet. Während im Zeitraum von 1951 bis 1960 bei 13 schwer behinderten Kindern Medikamentengaben verzeichnet wurden, sind es in der Zeit vom 1961 bis 1968 58 Kinder. Bei nicht intelligenzgeminderten Patienten stieg die Verordnungshäufigkeit von 3 Fällen in den Jahren von 1951 bis 1960 auf 17 Fälle im Zeitraum vom 1961 bis 1966 an. Dies mag an der größeren Menge verfügbarer Psychopharmaka liegen (siehe Kapitel 1.3.2.3), aber auch das erhöhte Patientenaufkommen mag dazu beigetragen haben. Die Anwendung von Elektroschock- und Insulinkur hingegen wird nach 1955 nicht mehr notiert.

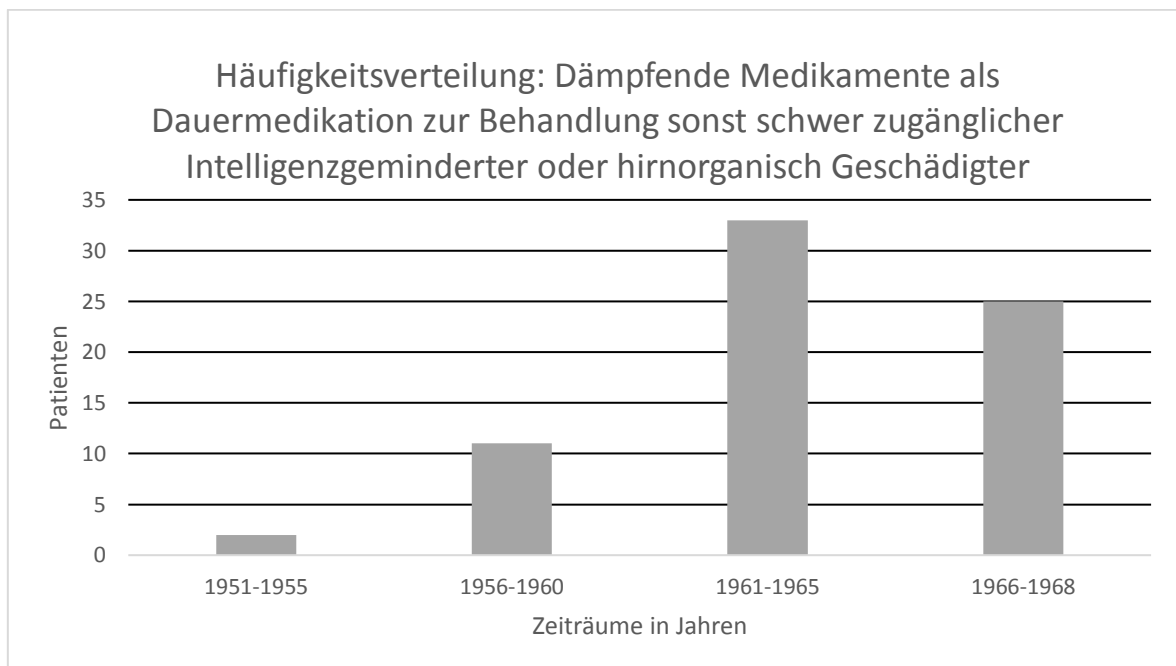


Abbildung 2. Häufigkeitsverteilung der Abgabe dämpfender Medikamente als Dauermedikation zur Behandlung sonst schwer zugänglicher Intelligenzgeminderter oder hirnorganisch Geschädigter im Laufe der Zeit auf der Kinder- und Jugendstation im Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weissenau. Es ist zu beachten, dass der letzte Zeitraum nur drei Jahre umfasst, wohingegen die anderen Zeiträume jeweils fünf Jahre umfassen.

Verlegungen auf die Erwachsenenstation kommen in den Jahren ab 1956 etwas häufiger vor, die Unterschiede in der Verteilung sind aber zu gering, um einen Trend erkennen zu lassen. Vermutlich ist der Anstieg der höheren Patientenzahl geschuldet. Die Anwendung körperlicher Gewalt (ZM im engeren Sinne, Kategorie 4) nimmt im Vergleich dazu im Laufe der Zeit ab, trotz der höheren Patientenzahl. Wurden Gewaltanwendungen vor

1960 noch in 6 Fällen dokumentiert, kommt sie im Zeitraum von 1960 bis 1969 nur noch viermal vor. Die unspezifische Erwähnung von „Strafen“ und „Ermahnungen“ (Grauzone, Kategorie 14) ist nur bis 1956 dokumentiert.

Die pädagogische Maßnahme der Ausgangssperre hingegen wird vor 1960 nur bei einem Patienten erwähnt, danach bei zehn. Insgesamt lässt sich feststellen, dass pädagogische Maßnahmen (Kategorien 17, 18 und 19) im Laufe der Zeit vermehrt zur Anwendung kommen.

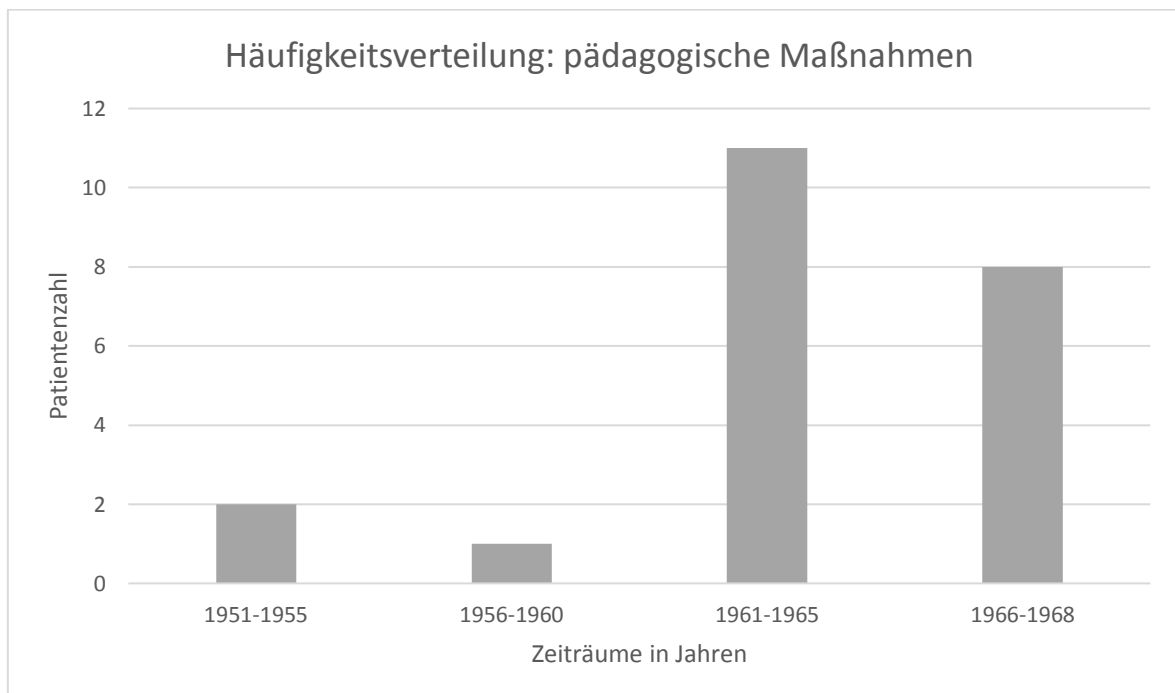


Abbildung 3. Häufigkeitsverteilung der Anwendung pädagogischer Maßnahmen im Laufe der Zeit auf der Kinder- und Jugendstation im Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weissenau. Es ist auch hier zu beachten, dass der letzte Zeitraum nur drei Jahre umfasst, wohingegen die anderen Zeiträume jeweils fünf Jahre umfassen.

Wenn man betrachtet, wie häufig ZM im engeren Sinne im Untersuchungszeitraum dokumentiert wurden, kann man feststellen, dass diese tendenziell abnahmen, auch hier vor dem Hintergrund gestiegener Patientenzahlen.

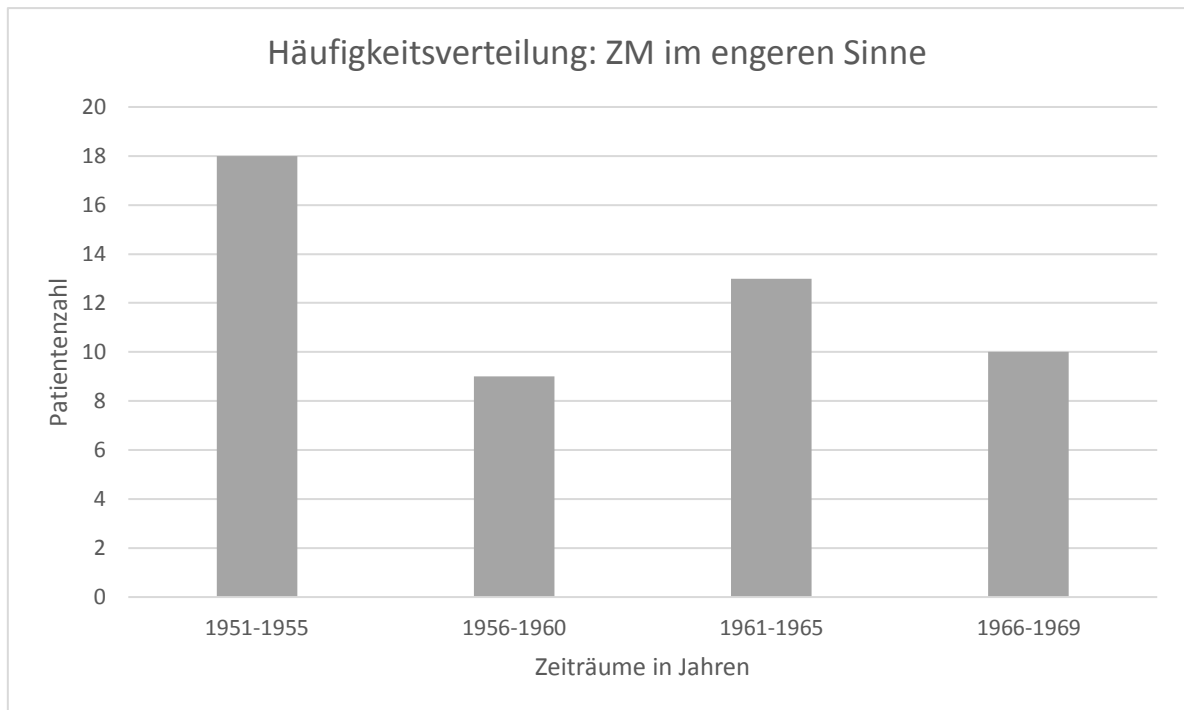


Abbildung 4. Häufigkeitsverteilung der Zwangsmaßnahmen (ZM) im engeren Sinne im Laufe der Zeit auf der Kinder- und Jugendstation im Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weissenau. Der letzte Zeitraum umfasst nur vier Jahre, wohingegen die anderen Zeiträume jeweils fünf Jahre umfassen.

Die Zahl der ZM im weiteren Sinne steigt leicht im Verlauf der Zeit, doch dies relativiert sich etwas vor dem Hintergrund des höheren Patientenaufkommens.

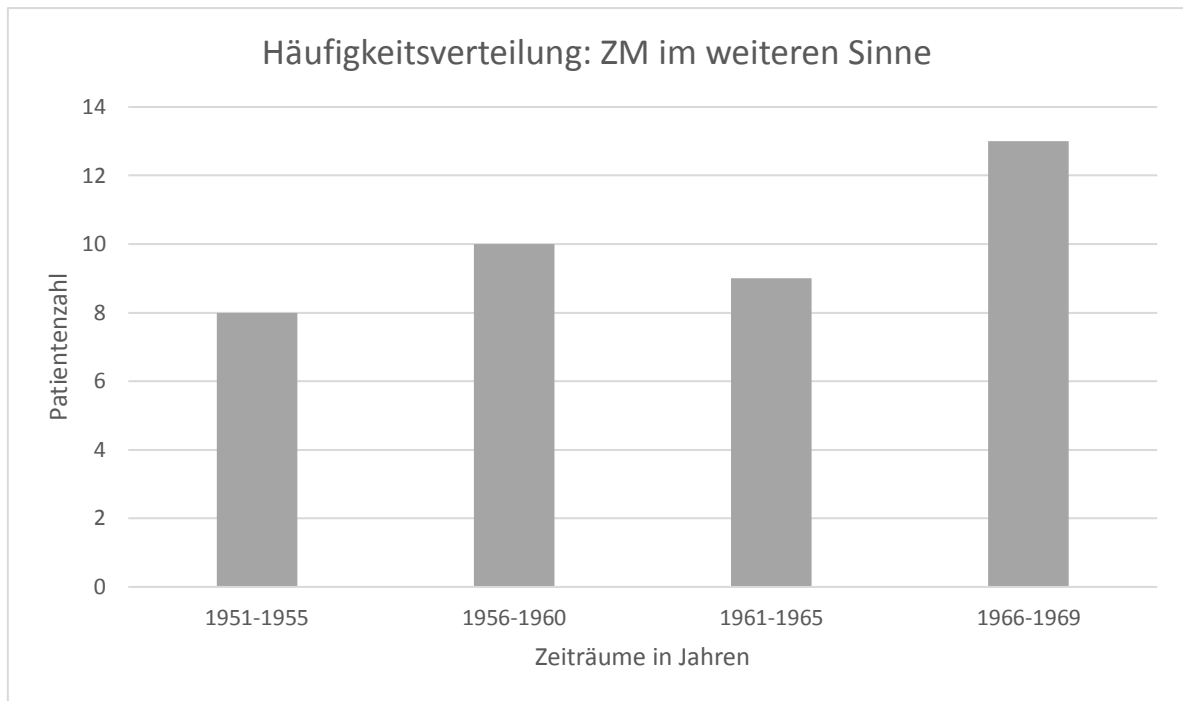


Abbildung 5. Häufigkeitsverteilung der Zwangsmaßnahmen (ZM) im weiteren Sinne im Laufe der Zeit auf der Kinder- und Jugendstation im Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weissenau. Der letzte Zeitraum umfasst nur vier Jahre, wohingegen die anderen Zeiträume jeweils fünf Jahre umfassen.

ZM im weiteren Sinne, die auch zwei Kategorien (Nr. 7 und 8) enthalten, die Medikamentengaben umfassen, nehmen etwas zu; auch die Gabe von Medikamenten, die zur Heilbehandlung verabreicht werden, steigt in den 60er Jahren deutlich an. Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass offensichtliche Gewaltanwendungen im Laufe der Zeit abnahmen, wohingegen pädagogische Maßnahmen und Medikamentengaben zunahmen.

3.7 Zusammenfassung der Ergebnisse

7,7% aller Patienten erfuhren Zwangsmaßnahmen im engeren Sinne, 6,5% aller Patienten ZM im weiteren Sinne. [4] Zwei Patienten erlebten freiheitsbeschränkende Maßnahmen. Männliche und weibliche Patienten waren davon nahezu gleich häufig betroffen, wenn man in Betracht zieht, dass im Untersuchungszeitraum doppelt so viele Jungen aufgenommen wurden: Von 53 Patienten mit Zwangsmaßnahmen im engeren u. weiteren Sinne

und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen waren 35 männlich und 18 weiblich. Davon bekamen 23 Patienten eine Intelligenzminderung als Hauptdiagnose (zwanzigmal die #1 nach dem Würzburger Schlüssel, dreimal die #1a). Damit waren 43,4% aller von diesen ZM betroffenen Patienten intelligenzgemindert. Von den 19 Patienten, die Situationen der Kategorie „Grauzone“ erlebten, waren 57,9% intelligenzgemindert (sechsmal #1, viermal #1a). Die häufigste Zwangsmaßnahme war die Verlegung auf eine Erwachsenenstation, die bei 4,6% aller Patienten erfolgte. Isolierungen stehen mit 3,9% an zweiter Stelle.

Im Hinblick auf den zeitlichen Verlauf lässt sich feststellen, dass Gründe, die in den 50er Jahren eher zur Isolierung des Patienten geführt hätten, in den 60ern eher eine Medikamentengabe zur Folge hatten. Da nur in zwei Akten ausdrücklich vermerkt wurde, dass die Medikamentengabe gegen den Willen des Patienten geschah, kann ansonsten nicht von Zwangsmedikation gesprochen werden. Die Anwendung von Gewalt nimmt im Laufe der Zeit tendenziell ab, wohingegen pädagogische Maßnahmen zunehmend eingesetzt werden.

Typische Gründe, mit denen in den Akten die Anwendung von Zwangsmaßnahmen gerechtfertigt wurde, waren Aggressivität gegen sich selbst oder andere, das Zerstören von Kleidung oder Einrichtung und trotziges, oppositionelles Verhalten. Bei Verlegung auf eine Erwachsenenstation wurde am häufigsten angegeben, dass der Patient für die Kinderstation „nicht tragbar“ sei. Genau quantifizieren lässt sich das aufgrund der Art der Dokumentation nicht. Ebenso wenig lässt sich exakt abgrenzen, was genau unter „nicht tragbar“ verstanden wurde.

Inwiefern medikamentöse Behandlungen wie die Serpasilkur oder die Abgabe von Beruhigungsmitteln nach damaligem Stand wirklich medizinisch zur individuellen Behandlung indiziert waren oder, ebenfalls gemäß Herstellerangaben, dazu dienten, ungezogene oder störende Patienten ruhigzustellen, lässt sich der Dokumentation nicht immer sicher entnehmen. Pat. 58/7/66 bekam Valium, weil er sich auf der Krankenstation langweilte, Pat. 49/6/61 wurde „eine längere Schlafkur“ angedroht, wenn er in der Arbeitstherapie nicht ordentlich mitmache.

Als Risikofaktoren für die Erfahrung von Zwang und Gewalt konnten geistige Behinderung (#1) und lange Aufenthaltsdauer (ab 365 Tagen) identifiziert werden. Patienten mit der Diagnose #1 machen mit 53,3% aller Aufnahmen mehr als die Hälfte aller Langzeitaufenthalte im Untersuchungszeitraum aus.

Je länger ein Patient im PLK blieb, desto eher wurde sein Aufenthalt von einem Amt bezahlt. Es konnte nicht nachgewiesen werden, dass die Kostenträgerschaft noch einen eigenen zusätzlichen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, einer Zwangsmaßnahme zu unterliegen, hatte, insbesondere, wenn man die Aufenthaltsdauer einbezieht.

Die Verordnung von Medikamenten zur Heilbehandlung oder für schwer zugängliche Intelligenzgeminderte nimmt in den 60er Jahren deutlich zu, parallel dazu nehmen dokumentierte Isolierungen ab. Während in den 50er Jahren nur in 12 Fällen Medikamente für die genannten Indikationen verordnet wurden (16%), handelt es sich in den 60er Jahren um 63 Fälle (84%).

3,9% der 460 Patienten arbeiteten zumindest für einige Stunden ihres Klinikaufenthalts in den Betrieben des PLK Weissenau oder bei der Kinderbetreuung, ohne dass ein pädagogischer Kontext oder ein therapeutischer Rahmen erkennbar waren. Wie dies vergütet wurde, lässt sich anhand der Akten nicht feststellen. In den Akten der betroffenen Patienten gibt es keinerlei Hinweise darauf, dass man eigentlich entlassfähige Patienten absichtlich zurückgehalten hätte, um ihre Arbeitskraft für das PLK zu erhalten.

3.8 Fallbeispiele

Fallvignette 1 (40/19/51)

Der Patient kam als präpubertärer Jugendlicher aus einem Erziehungsheim. Dort hatte er „von Anfang an starke Schwierigkeiten gemacht“, „reagiere weder auf Güte, Lob und

Ansporn, noch auf Strenge“ und „störe sehr in der Gemeinschaft“. Neben „Zerstörungstrieb“ fiel auch sein „fast tierisches“ Verhalten auf, z. B., dass er aus der Hundeschüssel gegessen und Blumenwasser getrunken hatte. Die vorläufige Diagnose: „Epileptiforme Anfälle mit Wesensänderung im Sinne einer abnormen Triebhaftigkeit. Debilität. Ätiologisch neben dem Anlagefaktor nach dem konstitutionellen Befund frühkindliche Hirnschädigung wahrscheinlich“ wurde gestellt.

Schon eine Woche nach Aufnahme versuchte er wegzulaufen. Diese Neigung war aus dem Heimaufenthalt schon bekannt. Bei den ersten „Fluchtversuchen“ ist in der Akte keine daraufhin durchgeführte Maßnahme vermerkt. Später „wurde er aber [...] nicht in den Garten mitgenommen, da er inzwischen öfters wieder vom Ausreissen gesprochen hatte.“ Sein Verhalten wurde 5 Wochen nach Aufnahme als sehr wechselhaft beschrieben, einerseits helfe er gerne auf der Station, „räumt das Geschirr ab, hilft beim Spülen und will dafür gelobt werden“, andererseits sei er „in der Kindergemeinschaft sehr unerträglich und störend. Er lässt sich durch Ermahnungen und Strafen in keiner Weise beeinflussen. Jeder Tadel gleitet einfach an ihm ab“. Als er mehrere Fensterscheiben eingeschlagen hatte, wurde er „in der Zelle isoliert, tobt, schreit und singt [...] laut, schlägt an die Scheiben und an die Tür, zerkratzt die Wände usw. Die Zellenlampe hat er mit den Schuhen heruntergeworfen. [...] Auch nach drastischen Massnahmen, wie Faradisieren, ist er nur für kurze Zeit ruhig zu halten.“ „Stets ist er rauflustig, jeden Tag kommt es zu Schlägereien mit den anderen Jungen, von denen er abgelehnt wird.“ Nach 2 Monaten wurde er, „als er [...] eine ganze Reihe von Fenstern [...] eingeschlagen hatte, [...] 8 Tage lang in der Zelle isoliert, was auf sein Verhalten danach aber fast ohne Einfluss blieb.“ Der Arzt fasst zusammen: „Nur durch rohe Brachialgewalt kann er zum Folgen gebracht werden. Wiederholt musste er deshalb faradisiert werden.“

Nach 4,5 Monaten schaukelt sich die Gewalt weiter auf. „Was er in die Finger bekommt, hat er nach kurzer Zeit zerstört.“ Er hatte „einige Schulhefte“ von Mitpatienten „in kleine Fetzen zerrissen und aus dem Fenster gesträut.“ „Als er am gestrigen Sonntag wieder in der Zelle isoliert werden musste, hat er die Klinke abgerissen, damit die Zellenfenster eingeschlagen und sie nach der eingreifenden Pflegerin geworfen. Da er in seinem Zustand

für die Kinderstation nicht länger tragbar erscheint, wird er in den Männerneubau verlegt.“ Dies führt zu einer zweiwöchigen Phase des Wohlverhaltens, dann fing er erneut damit an „auch wieder Kleidungsstücke“ zu zerreißen. Es erfolgte die Verlegung auf die Frauenabteilung. Dort „fügte er sich in den letzten Wochen verhältnismässig gut auf der Abt. ein“, auch weil „einzelne geordnete Pat. [...] sich seiner“ annahmen. Doch nach einer Eingewöhnungszeit sei er dort nicht mehr tragbar gewesen, auch aufgrund sexueller Enthemmung in einem gemeinsamen Zimmer mit zwei Frauen. Er wurde auf eine Männerabteilung verlegt. Nach 15 Monaten im PLK wurde der Patient als „gebessert“, also medikamentös besser eingestellt, in eine Behinderteneinrichtung entlassen, da der letzte Aufenthalt auf der Männerstation vom Milieu her für den Jungen als „auf die Dauer zu gefährlich“ anzusehen sei.

Das örtliche Jugendamt trug die Kosten des stationären Aufenthalts, welches vermutlich auch das Sorgerecht innehatte. In der Patientenakte ließen sich keine Dokumente zur Aufklärung oder Einwilligung des zuständigen Amtes oder Vormunds finden. Dies gilt gleichermaßen für alle Patienten, die unter staatlicher Fürsorge standen.

Fallvignette 2 (49/6/61)

Der Junge wurde von seiner Mutter in das PLK gebracht, befand sich aber zu diesem Zeitpunkt bereits in Fürsorgeerziehung. Diagnostiziert wurde eine Wesensänderung nach organischem Hirnschaden. Er befand sich bis zum folgenden Jahr in der Kinderabteilung und wurde dann in ein Fürsorgeheim entlassen.

Das Kind erhielt Truxal, war aber „trotzdem in der Gruppe nur schwierig zu halten. Wiederholt auch gegen das Personal aggressiv“. Nachdem er sich eine Weile lang angepasster verhielt kam es „wieder [zu] ständigen Trotz- und Oppositionsszenen, sodass [er] wiederholt in einem Einzelzimmer isoliert werden muss[te]“. Nach zwei Monaten in Weissenau wurde dokumentiert, dass der Patient „in den letzten Wochen so schwierig [gewesen sei], dass er vorübergehend in den Männerbau verlegt werden musste. Hatte sich in der Zelle

verbarrikadiert, indem er das Schlüsselloch mit Papier zustopfte, öffnete mit einem Draht das Türchen des verschlossenen Steckkontakts und wollte den Draht in den Steckkontakt stecken. Hat trotz seines normalen Intelligenzniveaus [102 Punkte im HAWIK-Test, die Verf.] keinerlei Kritik und Gefühl dafür, dass er sich selbst gefährdet. Nach Rückkehr aus dem Neubau z. Zt. wieder unter 3x100 mg Truxal relativ angepasstes Verhalten“. Drei Wochen später wurde der Junge „mit Gewalt in ein Einzelzimmer geschleppt [...], wo er alles demolierte, was ihm in die Finger kam“, weil er gegen andere Kinder und das Pflegepersonal gewalttätig war. Erst nachdem eine Lumbalpunktion wegen Meningismus durchgeführt worden war erhielt er ein Bett in die Zelle. Zuvor hatte der zuständige Arzt angeordnet, dass im Zimmer nur Matratzen sein dürften.

Erst nach sieben Tagen in der Zelle wurde „H. unter Aufsicht 2 mal am Tag für 1 Stunde auf die Abtl. gelassen. Gestern und heute bekam der Junge einen Erregungszustand, in der er die Fenster seiner Zelle so zuschlug, dass das Glas zerbrach. Er musste auch zeitweise angebunden werden, da er sehr heftig mit dem Kopf gegen die Wand schlug“. Sein Verhalten hatte sich trotz Medikamentengabe in den folgenden zehn Tagen kaum geändert, er hatte „immer wieder kleinere Erregungszustände, manchmal ohne Grund, manchmal, wenn etwas nicht nach seinem Kopf geht. Er brüllt [...] ziemlich hemmungslos dabei und versucht mit dem Kopf an die Wand zu schlagen.“ Bei einem Gespräch über die Vorgänge auf der Kinderabteilung antwortete das Kind auf die Frage, was er später beruflich machen möchte, dass er Pfleger werden möchte, „damit er ‚hinschlagen‘ könne“. Nach drei Wochen im Männerneubau wird er auf die Kinderabteilung zurückverlegt. Mitte Dezember wird erneut festgehalten, dass er „vorübergehend immer wieder auf der Männerstation K II isoliert werden“ musste.

Seine Mutter berichtete nach der Weihnachtsbeurlaubung, dass er sich „einigermaßen zusammengekommen und keine gröberen Streiche angestellt“ hätte, allerdings stand er unter der ständigen Aufsicht durch Verwandte. Der Patient wird Ende Februar wieder auf eine Männerstation verlegt, weil er „auf der Kinderabteilung nicht mehr tragbar war“. Schon zuvor war in der Akte dokumentiert worden, dass der Patient „immer wieder auf der Männerstation K II isoliert werden“ musste. Dies führte keine Verhaltensänderung

herbei, er „ärgert die anderen Patienten und macht sich auch nichts daraus, wenn er einmal Hiebe bezieht“. Auf der Männerabteilung war „es leider nicht zu vermeiden, daß er ständig Kontakt mit als homosexuell bekannten Pat. sucht. Wurde auch einmal dabei erwischt, als er einem anderen Pat. am Genitale herum machte“.

Der Junge wurde „auf seinen eigenen Wunsch“ zur Gartentruppe eingeteilt, damit er nicht ständig auf der Abteilung störte, und bald darauf entlassen. „Die Unterbringung des erst 12-jähr. in Erwachsenen-Psych.-Abteilungen konnte nicht mehr länger verantwortet werden“.

Wie bei allen Patienten, die unter Fürsorgeerziehung standen, ließen sich auch hier in der Patientenakte keine Dokumente zur Aufklärung oder Einwilligung des zuständigen Vormunds finden. Auch zur Lumbalpunktion liegt keine Einwilligung vor.

Zu beiden Fallvignetten siehe auch Afschar-Hamdi, Sima; Schepker, Klaus: Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Nachkriegszeit am Beispiel der Pflege- und Beobachtungsstation des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau (1951-1966), 2017. [4]

4 Diskussion

4.1 Umfeld und allgemeine Situation in der Weissenau

4.1.1 Räumlichkeiten, Pflegesituation

Die Nachkriegssituation in allen deutschen psychiatrischen Kliniken war verheerend. Zerstörte oder von den Besatzungsmächten okkupierte Gebäude, kaum Personal, kaum Gegenstände des täglichen Bedarfs und Nahrungsmittelmangel bestimmten deutschlandweit das Bild. [53] Um die psychisch Kranken war es in den Hungerjahren direkt nach dem Krieg besonders schlecht bestellt, da sie im Gegensatz zur restlichen Bevölkerung keine Möglichkeit hatten, sich auf dem Schwarzmarkt zu versorgen. [53] Die Sterberate stieg aufgrund von Mangelernährung nach dem Krieg erst einmal an. [53]

Auch wenn sich die Versorgungslage nach der Währungsreform 1948 besserte, hatten die psychiatrischen Kliniken mit gravierenden finanziellen Problemen zu kämpfen. Die vom Land Baden-Württemberg erlassene Pflegesatzordnung wurde nach dem Preisbindungsgesetz so festgesetzt, dass nur die laufenden Kosten abgedeckt werden sollten. [12] Teure Vorhaben, wie Neu- und Umbauten der Gebäude, konnten nicht angegangen werden. Schon notwendigste Reparaturen des Baubestandes waren beim Land nur schwer durchzusetzen. So beschwerte sich Prof. Degkwitz, von 1967 bis 1968 Direktor des PLK Weissenau, vehement über die unmöglichen Zustände im PLK. Im ärztlichen Jahresbericht für das Jahr 1967 an seine vorgesetzte Dienstbehörde heißt es: „Die Baracke I, in der ein wesentlicher Teil der Arbeitstherapie für Männer untergebracht ist, ist halb verfallen. Die Schornsteinaufsätze sind so verrostet, dass es hineinregnet. Das Dach über der Eingangstür wurde im November 1966 durch einen herabfallenden Baumast stark beschädigt und ist seither nicht repariert. Die Wände innen sind grau-schwarz verfärbt. Die Öfen heizen wegen der mangelhaften Schornsteine schlecht. In dem ehemaligen Badezimmer ist die

Wand fast durchgefault“ (Degkwitz 1968, S. 4). [22] Von den schlimmsten Missständen machte er Fotos und schickte sie an das Ministerium, was aber kaum Folgen zeitigte. [74] Prof. Degkwitz blieb nur ein Jahr in der Weissenau.

Wo sein Vorgänger, Prof. Ederle, noch bemüht war, Verständnis für die zuständigen Behörden zu zeigen, war Prof. Degkwitz nicht mehr gewillt, die Situation stillschweigend hinzunehmen. [74] So mahnte er im selben Bericht auch an: „Im Küchengebäude ist seit mindestens 6 Jahren der Aufzug zum Transport größerer Lasten vom Keller in den ersten Stock kaputt. [...] Da der Aufzug nicht funktioniert, müssen die Kranken täglich 400-800 kg (!) Kartoffeln und Gemüse aus dem Keller heraufschleppen“ (Degkwitz 1968, S. 4). [22]

Dr. Manfred Kretschmer kam zwar erst 1962 nach Weissenau, doch was er über die Räumlichkeiten beschreibt, galt in den Jahren davor erst recht, war „das Krankenhaus doch in seiner Struktur und seiner Bausubstanz noch fast unverändert die alte Heilanstalt“ (Kretschmer 2002, S. 32). [74]

Andere psychiatrische Einrichtungen hatten dieselbe Situation zu beklagen. Im St. Johannes-Stift in Marsberg z. B., einer Anstalt für angeblich schwachsinnige Kinder- und Jugendliche, wurde „die Behandlung und Förderung der jugendlichen Patienten [...] erschwert durch veraltete übergroße Schlafsäle, unzulängliche Versorgungseinrichtungen, vor allem aber auch durch einen Mangel an Räumen für Schule und Ausbildung“ (Kersting u. Schmuhl 2017, S. 8). [66]

In der Weissenau wurde 1961 mit dem Neubau der Kinder- und Jugendabteilung begonnen. [38] Dieser wurde 1965 abgeschlossen, war aber laut Jahresbericht von 1967 von Beginn an mit Beanstandungen verbunden, die bis zur Erstellung dieses Jahresberichts noch nicht behoben waren. [22] Welcher Art diese Beanstandungen waren, wird darin nicht erwähnt. Bis zum Neubau war die KuJ-Station „in einem Pavillon untergebracht, der sich an sich nicht eignet für die Beobachtung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen. Die

hohen und großen Säle können nur schwer unterteilt werden, sodaß in den Aufenthaltsräumen ein erheblicher Krach herrscht“ (Boeckh 1956, S. 6). [30]

Die Probleme, die die marode Bausubstanz mit sich brachten, wurden durch Überbelegung noch verstärkt. Der ärztliche Jahresbericht für das Jahr 1952 erwähnt insgesamt 850 Patienten, die am 31.12.1952 in Weissenau waren. Kinder wurden in den Berichten nicht gesondert aufgeführt, sondern wurden bei den Frauen mitgezählt. Für das Vorjahr werden 767 Patienten angegeben. [33]

Der Jahresbericht für das Jahr 1956 verzeichnet schon 904 Patienten. Im Jahre 1961 waren es 1033. Im Jahresbericht für 1967 sagt Prof. Degkwitz ganz deutlich: „Von besonderer Bedeutung ist die zunehmende Überfüllung. In den letzten 10 Jahren hat sich der Krankenstand von 923 auf 1101 Patienten erhöht und ist im letzten Jahr wieder um 22 gestiegen. Die Überfüllung ist ein zunehmendes Problem. Auf den Stationen reichen weder Schränke noch Sitzgelegenheiten aus, Betten müssen unmittelbar nebeneinandergestellt werden und für die Patienten ist kein genügender Lebensraum mehr vorhanden“ (Degkwitz 1968, S. 9). [22] Auch wenn sich der Autor hier auf die Gesamtsituation in der Weissenau bezieht, betraf dies auch die Kinder- und Jugendstation. Dies lässt sich z. B. daran festmachen, dass Patient 38/30/56 die ersten vier Wochen seines Aufenthalts in der Weissenau auf einer Männerstation untergebracht werden musste, da auf der Kinderstation kein Bett frei war. [5] Trotz der immer höheren Belegungszahlen gab es keine An- oder Neubauten, dass massiv gestiegene Patientenaufkommen musste mit den vorhandenen Räumlichkeiten bewältigt werden. Erschwerend kam die Bettenbelegung mit „Dauerfällen“ hinzu, die schon 1956 „25-30%“ der Patienten der Kinderabteilung ausmachten, was zu einer „großen[n] Anzahl nicht zu befriedigender Anfragen nach Aufnahmemöglichkeit“ führte (Boeckh 1956, S. 6). [30] 25-30% „Dauerfälle“ heißt in konkreten Zahlen, dass 10-12 der insgesamt 40 Betten mit Langzeitpatienten belegt waren.

HANRATH beschreibt in ihrem Vergleich der Anstalten Gütersloh und Brandenburg-Görden ebenfalls, dass Überbelegungen und veraltete und durch den Krieg stark in Mitleidenschaft gezogener Bausubstanz auch für andere Anstalten Gültigkeit hatten. [53]

Der großen Anzahl an Patienten stand zu wenig und zu schlecht ausgebildetes Personal gegenüber. Die Personalsituation war über alle betrachteten Jahre hinweg ungenügend. Dies lag aber auch darin begründet, dass das zuständige Regierungspräsidium die vonseiten des PLKs gewünschte Anzahl an Stellen nicht schuf. Noch für das Jahr 1969 wird berichtet: „Am Beispiel der Kinder- und Jugendpsychiatrie läßt sich das besonders klar aufzeigen. Seit Jahren waren wiederholt neue Stellen und Stellenanhebungen für diese Abteilung unseres Krankenhauses, die im Lande Baden-Württemberg wichtige Aufgaben wahrzunehmen hat, sie aber infolge Personalmangels nicht wahrnehmen kann, ebenso dringend wie erfolglos beantragt worden“ (Bericht des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau - Akademisches Krankenhaus der Universität Ulm - über das Kalenderjahr 1969, S. 6). [124] Dies hatte direkt zur Folge, dass Dr. Schulz, der nach dem Tode Dr. Marcinowskis im Jahre 1966 die Leitung der Kinderabteilung übernommen hatte, 1969 den Dienst quittierte. [124]

Auch die Geisteshaltung den Patienten gegenüber war vor allem in den frühen Jahren problematisch. Direkt nach dem Krieg wurden zwar Entnazifizierungsbemühungen gemacht, doch die französischen Besatzer mussten in vielen Bereichen schnell erkennen, dass außer dem schon vorhandenen Personal wenig Alternativen zur Verfügung standen. [32] Dem gleichen Problem stand man in den anderen Besatzungszonen ebenfalls gegenüber. [53] Einige Pfleger des PLKs, die in den 50er und 60er Jahren Dienst taten, hatten ihre Arbeit in Vorkriegs- und Kriegszeiten begonnen und waren „vielfach von Militär und Parteiorganisationen geprägt worden“ (Kretschmer 2002, S. 36). [74]

Eine staatlich organisierte Ausbildung hatte es nicht gegeben und wurde erst nach dem Krieg angeregt. [53] Stattdessen führten die Kliniken eigene Pflegekurse durch, ebenso die Weissenau. [100; 53] In der Weissenau wurde eine staatlich anerkannte Krankenpflegeschule eröffnet, deren erste Absolventen 1962 ihre Ausbildung mit der Ablegung der Krankenpflegeprüfung abschlossen. [74] So wertvoll diese Kurse auch waren, banden diese aber die Zeit der Pflegekräfte, wodurch sie wieder auf den Stationen fehlten, da dies in der Personalplanung des Landes nicht bedacht worden war. [22] Prof. Ederle erwähnt im ärztlichen Jahresbericht von 1961 den Mangel an Pflegekräften, Kretschmer tut dies schon für die Zeit um 1958. [38; 74]

Auf der Kinder- und Jugendstation waren laut Eintrag in einer der Patientenakten nur weibliche Pflegekräfte beschäftigt (Pat. 42/19/56). [5] Laut den Jahresberichten war der Krankenstand bei den Pflegerinnen deutlich höher als bei den Pflegern, wobei auch schwangerschaftsbedingte Ausfälle eine Rolle spielten. Degkwitz erwähnt in diesem Zusammenhang die „sehr pflegeintensive Kinder- und Jugendabteilung“, die das Personal anderer Stationen mit binden würde (Degkwitz 1968, S. 9). [22] Auch Dr. Bischoff spricht im Vorjahresbericht davon, dass die Kinder- und Jugendstation „eine intensive ärztliche Zuwendung und Inanspruchnahme aller Hilfskräfte (Labor, Röntgen, EEG)“ erfordere (Bischoff 1966, S. 4). [14] Die Fluktuation vor allem beim weiblichen Personal war aufgrund von Heirat, aber auch durch bessere Arbeitsmöglichkeiten anderswo, sehr hoch. [74] Das Fehlen bindungsrelevanter Beziehungen kann bei Kindern und Jugendlichen gleichermaßen schädliche Folgen für ihre psychosoziale Entwicklung haben. [111] 12% aller Kinder blieben länger als ein Jahr in der Weissenau.

Heime und psychiatrische Einrichtungen hatten allgemein große Schwierigkeiten, neues Personal zu rekrutieren. Der Beruf des Pflegers genoss wenig Ansehen und wurde nicht angemessen bezahlt. [53] Oftmals bestand für das Pflegepersonal die Pflicht, auf dem Anstaltsgelände zu wohnen, was für verheiratetes Personal umständlich oder schlicht nicht möglich war. [53] Im Zuge des Wirtschaftswunders und der sich daraus ergebenden niedrigen Arbeitslosigkeit waren nur wenige gewillt, diese unattraktive Arbeit anzutreten. [131]

Die Folgen dieser Situation waren Überbelastung und Überforderung des ohnehin nur angelernten Pflegepersonals. Der Machbarkeitsbericht von Jungmann nennt dies als einen der wesentlichen Faktoren für „die ungemessene Erziehungspraxis, überbordende Gewaltanwendung und geringe Betreuung im Sinne von pädagogischer Begleitung und Fürsorge“, die in den psychiatrischen Anstalten und Behindertenheimen an der Tagesordnung waren (Jungmann 2016, S. 21). [63] Nicht zu unterschätzen ist hierbei auch, dass die Wochenarbeitszeit eines psychiatrischen Pflegers bei 60 Stunden lag. [100] Diese wurde im Jahre 1954 auf 54 Stunden reduziert, im Jahre 1961 erfolgte eine weitere Reduktion auf 48 Stunden. [100] Zu den Aufgaben des Pflegepersonals in der Weissenau gehörte

aber nicht nur die Betreuung der Patienten, sondern auch das Putzen und Sauberhalten der Stationen, einen eigenen Reinigungsdienst gab es erst ab 1973. [100] Dies band Arbeitszeit und Kapazitäten, welche dann bei der Betreuung der Kinder fehlten.

Heute besteht kein Zweifel mehr daran, dass es einen deutlichen Zusammenhang zwischen struktureller Gewalt und schlechten Betreuungsschlüsseln gibt. [71] Auch ein niedriges Ausbildungsniveau trägt zur vermehrten Anwendung von Zwangsmaßnahmen bei. Dr. Boeckh notierte im Besichtigungsbericht aus dem Jahre 1956 im Abschnitt über die Pflegekräfte: „Qualitativ ist der Nachwuchs offenbar nicht sehr befriedigend“ (Boeckh 1956, S. 3). [30] Der Bericht über die KuJ-Abteilung von deren Leiter Dr. Schulz aus dem Jahre 1968 erwähnt hierzu: „Die Schwestern und Pfleger, die sich auf der [Kinder- und Jugend]Abteilung befinden, sind ausnahmslos entweder nur in der Erwachsenen-Psychiatrie ausgebildet oder – dies betrifft besonders die kinderpsychiatrische Abteilung – sie befinden sich noch in der Ausbildung zu Krankenschwestern oder Krankenpflegehelferinnen“ (Schulz 1968, S. 6). [31] Dazu kam noch, dass „unter dem ausgebildeten Personal (maximal 66% der Schwestern der kinderpsychiatrischen Abteilung) wiederum die Hälfte nur das hauseigene Examen hat, das heute dem der Krankenpflegehelferin gleich erachtet wird. Die Zahl der Schwestern auf der kinderpsychiatrischen Abteilung, die das große Krankenpflegexamen abgelegt hatte, betrug also zu keiner Zeit mehr als 33%“ (Schulz 1968, S. 6). [31]

Laut Jahresbericht des Jahres 1952 betrug das Verhältnis von Pflegepersonal (inklusive eines Oberpflegers; wie viele es tatsächlich gab, wurde nicht verzeichnet) zu Patient 1:7,5. In den Jahren 1956, 1957 und 1961 betrug das Verhältnis 1:5,4 einschließlich des Oberpflegepersonals. Der Jahresbericht für das Jahr 1967 enthält keine Angabe zur Zahl der Pfleger. [33; 35; 38; 22] Der Bericht über die Besichtigung des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau aus dem Jahre 1956 fordert für die Kinderabteilung einen „Sonderschlüssel“ von „wenigstens 1:4“ (Boeckh 1956, S. 3). [30] Ob dieser erreicht wurde, konnte anhand der untersuchten Quellen nicht festgestellt werden.

In allen Jahresberichten wird gleichermaßen das Fehlen von geeignetem Personal beklagt. Degkwitz gibt an, dass 1967 33 Pfleger gefehlt haben. [22] Diese Zahlen gelten für das gesamte PLK, über die Kinder- und Jugendstation wird keine gesonderte Aussage gemacht. Laut Jahresbericht 1967 banden „die sehr pflegeintensive Kinder- und Jugendstation sowie die neurologischen Stationen“ einen größeren Teil der Pflegekräfte als die anderen Stationen (Degkwitz 1968, S. 9). [22] Was das konkret in Zahlen bedeutet, lässt sich nicht nachvollziehen.

Auch Kretschmer schildert eindringlich den Mangel an geeignetem Personal und dessen Folgen: „Die Aufgabe der Pfleger bestand ganz überwiegend darin, für Ruhe, Ordnung und Sauberkeit zu sorgen. Für mehr blieb kaum Zeit. Der Unruhe konnte man meist mit den neuen Medikamenten Herr werden. Auf Störungen der Ordnung war man gewohnt, in erster Linie mit restriktiven Maßnahmen zu reagieren“ (Kretschmer 2002, S. 34). [74] Zeit für persönliche Ansprache, für wirkliche Beschäftigung mit den Patienten war ein rares Gut: „Und wenn sich Pfleger einmal die Zeit nahm, mit dem Patienten ein Spiel zu machen, dann hieß es leicht: Der ist immer da, wo die Arbeit schon gemacht ist“ (Kretschmer 2002, S. 35). [74] Auch von anderen Einrichtungen, so z. B. in Marsberg, wird ähnliches berichtet: „[...] galt doch die Beschäftigung mit den Bewohnerinnen und Bewohnern als „freiwilliger Sonderdienst“, den man aber mit Blick auf die personelle Unterbesetzung, die insgesamt hohe Arbeitsbelastung und die langen Arbeitszeiten offenkundig nicht zu leisten bereit war“ (Kersting u. Schmuhl 2017, S. 28). [66] Marsberg hatte allerdings eine andere Ausrichtung, im Gegensatz zur Weissenau, deren KuJ-Abteilung auf „beobachten und pflegen“ ausgerichtet war, war Marsberg trotz seines Titels „Fachkrankenhaus für Jugendpsychiatrie“ ab 1962 als „Verwahranstalt“ konzipiert. [105; 67] In derartigen Anstalten wurden z. B. die „Dauerfälle“ untergebracht, die als nicht bzw. nicht mehr zu therapieren galten und in der Weissenau als nicht tragbar eingestuft wurden.

Als ein weiteres Beispiel dient eine aktuelle Untersuchung zu einer Einrichtung der Behindertenbetreuung. Für die v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel wurde festgestellt, dass die Hauptaufgabe des dort beschäftigten Pflegepersonals in der Aufrechterhaltung des laufenden Betriebs bestand, d. h. putzen, sich um die Körperhygiene der Patienten kümmern, Zimmer aufräumen etc. [112] Darüber hinausgehende Beschäftigung mit den Patienten, spielen, plaudern, spazieren gehen, wird vom Pflegepersonal erledigt, „wenn gerade nichts zu tun ist“ (Schmuhl & Winkler 2018, S. 115). [112]

Einen Hinweis auf die allgemeine Betreuungssituation auf der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung in der Weissenau gibt der Bericht über diese Abteilung aus dem Jahr 1968: „Darüber hinaus ist aber zu berücksichtigen, dass vor allem das ältere Personal durch die Erfahrungen in der Erwachsenen-Psychiatrie geprägt ist, die ganz anderen Bedürfnisse und Erfordernisse jugendpsychiatrischer Arbeit werden von ihnen kaum akzeptiert“ (Schulz 1968, S. 7). [31] Schulz spricht auch von „erheblichen Rückschlägen“, die der unbefriedigenden Personalsituation geschuldet seien. [31] Er geht im weiteren Text nicht darauf ein, was damit konkret gemeint war.

Die ersten frischexaminierten Krankenpfleger der staatlichen Pflegeschule traten ihren Dienst 1962 an. Das Sagen hatten aber noch die älteren, erfahreneren Pfleger, die aus einer anderen Tradition und Denkungsart stammten und Neuerungen gegenüber skeptisch gegenübertraten. [31; 74] Kretschmer dazu: „Wenn ein Patient beispielsweise einem unbeliebten Pfleger das Medikamententablett aus der Hand schlug, [...] dann wurde er eben ins Bett gebracht und bekam eine Spritze. [...] Es war auch üblich, nach jeder Entweichung [...] 100 mg Truxal intramuskulär zu verabreichen, sozusagen vorbeugend, auch ein bisschen strafend. Die Pfleger waren gewohnt, diese Spritze routinemäßig zu geben, ohne individuelle ärztliche Anordnung“ (Kretschmer 2002, S. 35). [74] Es handelt sich hier allerdings um eine Beschreibung aus einer Erwachsenenabteilung, es war anhand der recherchierten Materialien nicht zu klären, ob die analoge Praxis auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie angewendet wurde. Berichte zur Ruhigstellung mittels Medikation, ohne ärztliche Anordnung, existieren auch aus anderen Einrichtungen. Das St. Johannes-Stift in Marsberg, vom Konzept her eine Langzeit-Pflegeeinrichtung für Kinder und Jugendliche, scheint einen ähnlichen Umgang mit Medikationen gepflegt zu haben wie oben geschildert. So wird berichtet, dass Patienten – im Fall von Marsberg im Gegensatz zur Beschreibung von Dr. Kretschmer sicher Minderjährige – mittels Spritzen ruhiggestellt wurden. [66] In der Untersuchung von SCHMUHL und WINKLER 2018 über die v. Bodelschwinghschen Anstalten Bethel konnten auch Fälle gefunden werden, bei denen Patienten mittels Medikamentengabe ruhiggestellt wurden, so z. B. geschildert von einem ehemaligen Patienten, der zum Zeitpunkt des bewussten Ereignisses zehn Jahre alt war. [112] Andere Autoren stellten ebenfalls fest, dass „[d]ie traditionell kustodiale, verwahrende Funktion der häufig überfüllten und unzureichend ausgestatteten Anstalten [...] die

Verwendung der Medikamente als Beruhigungs- und Disziplinierungsmittel“ begünstigte (Brückner 2010, S. 134). [17] SCHULTE warnte Ende der sechziger Jahre davor, dass die Möglichkeiten, die die Pharmakotherapie eröffnete, aufgrund ihrer „Bequemlichkeit und Handlichkeit“ nicht zu einer übermäßigen Medikamentengabe führen dürfe (Schulte 1967, S. 61). [119]

In der hier vorliegenden Untersuchung gab es Fälle, in denen Kinder, aus heutiger Sicht ohne medizinische Notwendigkeit, Beruhigungsmittel oder Neuroleptika verabreicht bekommen haben, bzw. dass ihnen mit der Anwendung dieser Maßnahme gedroht wurde. Dieses Vorgehen war also auch auf der Kinderstation in Weissenau nicht unüblich. Zu beachten ist, dass Psychopharmaka von den Herstellern durchaus mit der Indikation der besseren Führbarkeit bzw. besseren Anpasstheit vertrieben wurden. [27]

Von Medikamentengabe gegen den Willen des Patienten (Zwangsmaßnahme im engeren Sinne, Kategorie 6) kann aufgrund der Dokumentationsart nur in zwei Fällen gesprochen werden (siehe Kapitel 3.1, „Güte der Dokumentation“). Wie oft Medikamente tatsächlich gegen den Willen des Patienten verabreicht wurden, lässt sich in dieser Art Studie, die sich auf von Ärzten und Pflegeern verfasste Berichte stützt, nicht nachweisen. Wie schon erwähnt, bestand im Untersuchungszeitraum auch keine Pflicht zur ausführlichen Dokumentation.

Die schwierige Personalsituation verschlechterte sich in den sechziger Jahren noch mehr. Neben dem Pflegepersonalmangel gesellten sich nun auch Probleme bei der Rekrutierung des ärztlichen Nachwuchses hinzu, nachdem 1960 die ärztliche Niederlassungsfreiheit durchgesetzt wurde. [53] Verschärft wurde die ohnehin angespannte Situation in Weissenau dadurch, dass die Ärzte ihr Gehalt teilweise mit monatelanger Verzögerung erhielten. [22] Degkwitz beklagt im Jahresbericht 1968 mit deutlichen Worten die finanzielle und personelle Situation und wundert sich nicht darüber, dass junge Ärzte, denen überall zu deutlich besseren Konditionen alle Türen offen stünden, nicht gewillt seien, solche Bedingungen hinzunehmen. [22]

Die Psychiatrie-Enquête aus dem Jahre 1975 gibt für Westdeutschland eine Relation Ärzte/Betten von 1:40,9 für Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie an. [127] Die Kinder- und Jugendabteilung in der Weissenau bestand im Untersuchungszeitraum aus 40 Betten. Zu Beginn war nur ein Arzt, Dr. Marcinowski, auf der KuJ-Abteilung tätig. Damit lag der Verteilungsschlüssel zumindest zu Beginn ziemlich genau im bundesdeutschen Durchschnitt. Ab 1956 machen auch andere Ärzte Eintragungen in die Patientenakten, wobei Dr. Marcinowski der Leiter der Abteilung blieb. Nach seinem Tod 1966 wurde die Leitung von Dr. Schulz übernommen. Wie viele Ärzte in späteren Jahren hauptamtlich auf der KuJ-Abteilung Dienst taten, ließ sich anhand der Patientenakten nicht nachvollziehen. Ein Erfahrungsbericht von Dr. Schulz an das Innenministerium Stuttgart aus dem Jahre 1968 über die Jugendabteilung des PLKs befindet sich im Archiv Weissenau, dort werden die „beiden Ärzte der Jugendklinik“ erwähnt, die „gemeinsam mit dem Psychologen“ tätig seien (Schulz 1968, S. 4). [31] „Die Besetzung der Abteilung mit drei Ärzten, wie sie auch von Prof. Degkwitz vorgesehen wurde, ist jugendpsychiatrischerseits als Minimalforderung anzusehen. Erst dann könnten Krankheiten, Urlaub oder Abordnungen einzelner Ärzte in einem gerade noch zu vertretendem [sic] Maße kompensiert werden“ (Schulz 1968, S. 2). [31] Aufgrund der Personalnot bliebe zu wenig Zeit für heilpädagogische Maßnahmen, die Ärzte seien in erster Linie mit diagnostischen Tätigkeiten beschäftigt (Schulz 1968). [31] Bei zwei Ärzten, die für 40 Betten zuständig sind, liegt der Betreuungsschlüssel bei 1:20, zählt man den Psychologen dazu, dann bei 1:13. Dabei ist zu beachten, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie erst 1968 den Status eines eigenen medizinischen Fachgebiets erlangte. [129]

Trotz der schwierigen Situation fanden sich auch Einträge, die tatsächliches Interesse am Kind verdeutlichen. Bei Pat. 59/161/66, der aus schlechten familiären Verhältnissen zur Klärung der Schulfähigkeit in der Weissenau aufgenommen worden war, wurde notiert: „es tat uns allen Leid, dass er wieder zu seiner unfähigen Mutter zurück musste.“ [5] Ein anderes Kind (Pat. 46/17/51) wurde als sehr lieb beschrieben, ein weiteres (Pat. 61/19/66) als „fröhlich und leicht zu leiten“. [5]

4.1.2 Patienten

Zwischen 23,6% und 36% der Kinder, die in der Weissenau stationär aufgenommen wurden, waren mit der #1 nach dem Würzburger Schlüssel codiert und damit geistig behindert. Schließt man die „Grenzfälle“ mit der Diagnose #1a mit ein, steigen diese Zahlen auf 31,3% bis 41%.

Geistig behinderte Patienten machten in vielen Einrichtungen einen Großteil der Patienten aus. Die Psychiatrie-Enquête stellte fest, „daß [...] nur 53% aller geistig Behinderten in Heimen untergebracht waren, während sich die übrigen 47% geistig Behinderten in Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie befanden“ (Psychiatrie-Enquete 1975, S. 109). [127] In Bezug auf Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie konnten noch größere Zahlen von im Schnitt 73,4% geistig behinderter Kinder festgestellt werden. [127] Diese Zahl wurde in der Weissenau deutlich unterschritten, wobei in der Psychiatrie-Enquête als mögliche Erklärung für den hohen Anteil geistig behinderter Kinder sehr große Krankenhäuser mit sehr vielen Patienten angeführt werden, die das Ergebnis vielleicht etwas verzerrt haben mögen. [127] Überdies mag die Konzentration von Epileptikern und Sprachheilschülern in Weissenau und der Aufnahmestopp ab 1965 (siehe unten) zu dieser statistischen Verschiebung geführt haben. Die Trennung von psychiatrischen, neurologischen und geistig behinderten Patienten war lange Zeit nicht nur in der Weissenau unüblich. Die Versorgung geistig behinderter Kinder und Erwachsener oblag oft psychiatrischen Einrichtungen.

Menschen mit einer geistigen Behinderung erkrankten mindestens 3 – 4mal häufiger psychiatrisch als nicht geistig Behinderte. [62] Mit dem Schweregrad der Intelligenzminderung steigt die Häufigkeit und Intensität der psychischen Beeinträchtigung an. [62] Herausforderndes Verhalten, wie auto- oder fremdaggressives Verhalten sind bei geistig behinderten Minderjährigen deutlich häufiger als bei nicht geistig behinderten. [62] Die Prävalenzangaben liegen bei fremdaggressivem Verhalten zwischen 20 bis 60% und bei auto-aggressivem Verhalten zwischen 20 bis 25%. [57] Auto- und fremdaggressives Verhalten ließen sich auch in dieser Arbeit als Hauptgründe für Zwangsmaßnahmen wie Isolierung,

Fixierung etc. feststellen. Intelligenzgeminderte Patienten (#1 und #1a nach dem Würzburger Schlüssel) waren von Zwangsmaßnahmen am häufigsten betroffen.

Vor diesem Hintergrund muss die Betreuungssituation nochmals genauer betrachtet werden. Geistig behinderte Kinder und Jugendliche stellen deutlich höhere Anforderungen an die Geduld, Aufmerksamkeit und erzieherischen Fähigkeiten all derer, die für sie verantwortlich sind. In Anbetracht dessen ist es besonders tragisch, dass die vom Land festgelegten Pflegesätze für Kinder und Jugendliche niedriger waren als für Erwachsene, und dass diese bei längeren Aufenthalten (ab der 27. Woche) noch weiter herabgesetzt wurden. [12] Der niedrigere Pflegesatz für Kinder wurde erst 1965 abgeschafft. [89]

Der Personalmangel begünstigte schnelle Lösungen, die wenig Personal banden, wie die Gabe von beruhigenden Medikamenten an weinende oder schreiende Kinder, das Festbinden bei sich unkontrolliert bewegendem Patienten oder die Verlegung auf eine geschlossene (Erwachsenen-)Station bei Fluchtgefahr.

Auch dass dem debilen Patienten 49/6/61 mit einer „längeren Schlafkur“ gedroht wurde, sollte er nicht „ordentlich in der Gartentruppe arbeiten“, fällt in diese Kategorie. [5] Ebenso kann vorgebracht werden, dass die Betreuung von störenden oder schwierigen Patienten bei den Pflegefällen, obwohl sie tatsächlich keine Pflegefälle waren, der schlechten Personalsituation geschuldet war (Grauzone, Kategorie 11).

Die Verlegung von geistig behinderten Patienten in geeignete Heime gestaltete sich schwierig, da es nicht genug Heimplätze gab. Es wurden auch Fälle gefunden, in denen die Heime sich weigerten, einen Patienten wieder aufzunehmen, nachdem dieser ins PLK verlegt worden war. Bei 26 Patienten wurde explizit dokumentiert, dass sie austherapiert seien und nicht mehr zum Klientel einer Beobachtungsstation gehörten, sich aber kein Heimplatz für sie finden ließ. Der Jahresbericht über das Jahr 1965 enthält im Gegensatz zu den anderen vorliegenden Jahresberichten aus den Vorjahren einen Sonderbericht über die KuJ-Abteilung, verfasst von deren Leiter, Dr. Marcinowski: „Im Laufe der letzten Zeit ist es praktisch unmöglich geworden, nicht bildungsfähige Kinder in Pflegeanstalten zu verlegen, da alle entsprechenden Anstalten auf absehbare Zeit hinaus überbelegt sind. Dadurch sind verschiedentlich Kinder, die zunächst nur zur kurzfristigen diagnostischen

Klärung aufgenommen werden sollten, als Dauerpatienten hier geblieben und blockieren Betten für Neuzugänge“ (Marcinowski in Bischoff 1965, S. 9). [14] Auch die Enquête-Kommission merkte an, dass die andauernde Betreuung geistig Behinderter nicht zur primären Aufgabe eines Krankenhauses gehöre und zur Entlastung geeignete ambulante und extramurale Unterbringungs- und Betreuungsmöglichkeiten einzurichten seien. [127] Nachdem sich das PLK Weissenau mit der Problematik der Bettenblockade durch Dauerpatienten an das Regierungspräsidium gewandt hatte, wurden die staatlichen Gesundheits- und Landratsämter durch Erlass vom 04.08.1965 angewiesen, „keine weiteren Pflege- und Verwahrfälle mehr einzuweisen“ (Marcinowski in Bischoff 1966, S. 9). [14]

Der hohe Anteil geistig Behinderter bedeutete auch, dass nicht geistig behinderte Patienten in den damals üblichen Mehrbettzimmern mit teilweise schwerstbehinderten Patienten zusammen untergebracht und ihrer verminderten Impulskontrolle ausgesetzt waren. In den Patientenakten wird auch mehrfach erwähnt, dass manche Minderjährige andere Patienten schlugen, an den Haaren zogen oder versuchten sie zu würgen.

Trotz der traditionellen, wenn auch nicht klar abgegrenzten Unterscheidung von „Schwachsinnigen“ und „Geisteskranken“ waren psychiatrische Kliniken dennoch für beide Gruppen zuständig. [53] Die durch die Vermischung von geistig Behinderten und psychisch Kranken entstehenden Schwierigkeiten waren den Anstaltspsychiatern bewusst. 1963 z. B. eröffnete die Anstalt Gütersloh eine eigene Abteilung für „Schwachsinnige“, um „künftig die gegenseitige Störung der beiden Patientengruppen zu vermeiden“ (Hanrath 2002, S. 341). [53]

Ein gesunder Fünfjähriger, dessen Mutter unter Schizophrenie litt und in der Weissenau aufgenommen worden war, verbrachte 1951 drei Monate auf der Kinderabteilung, weil sich kein Verwandter fand, bei dem er untergebracht werden konnte und wohl eine Zuständigkeit in der Jugendhilfe nicht gesehen wurde. Es kann für ein kleines Kind nicht förderlich sein, zusammen mit vielen vollkommen fremden Kindern, viele davon behindert oder hirngeschädigt, ohne feste Bezugsperson zusammen untergebracht zu werden. [111; 79]

In den 60er Jahren nahmen die Aufnahmen zur sechswöchigen Sprachtherapie bei Stotterern zu. Die Kinder- und Jugendabteilung bestand zu Beginn laut Aussage einer ehemaligen Mitarbeiterin der Weissenau aus Zimmern zu 20 Betten. [110] Nach einem Umzug soll es sich dann um Zimmer mit 8 Betten gehandelt haben. [110] Der einzige Umzug, der festgestellt werden konnte, war der Bezug des neu gebauten Gebäudes für die Unterbringung Kinder und Jugendlicher Ende 1965. [14] Das heißt, dass es sich den Großteil des Untersuchungszeitraums hinweg um zwei große Schlafsäle à 20 Betten gehandelt haben muss und nur für das letzte untersuchte Jahr, 1966, die verringerte Bettenzahl relevant ist. Allerdings fielen in den Akten aus diesem Jahr keine Bemerkungen zu einer veränderten, gebesserten Raumsituation auf.

Bei einem Sprachheilschüler aus der Pfalz wurde vermerkt, dass er zur Therapie nach Weissenau kam, weil es sich dort um eine Sprachheilschule „mit Internat“ handelte (Pat. 56/136/66). Diese Formulierung findet sich in keiner anderen Akte. Es ist unklar, welche Unterbringungsart damit konkret gemeint war, legt aber den Schluss nahe, dass zumindest Ende der 60er Jahre Sprachheilschüler von den anderen Patienten räumlich getrennt untergebracht waren. Es liegen jedoch keine Informationen vor, die diese Behauptung stützen oder widerlegen könnten.

4.2 Einordnung der Zwangsmaßnahmen in der Weissenau

Wie schon erläutert war die Gabe von dämpfenden oder sogenannten neuroplegischen Medikamenten zur Ruhigstellung der minderjährigen Patienten in Weissenau und in anderen Einrichtungen der Kinder- und Jugend-, sowie der Erwachsenenpsychiatrie in Deutschland üblich und ging auch konform mit den von den Pharmafirmen angegebenen Indikationen. Die Zwangsmaßnahmen im weiteren Sinne aus den Kategorien 7 (Schlafmittel, weil die anderen Patienten gestört werden) und 8 (Medikamente, um Kind „erträglich“ zu halten) entsprachen dem angegebenen Indikationsbereich der verabreichten Medikamente. Nach der Arzneiverordnung aus dem Jahre 1967 wurden Kinder ab dem 13. LJ zu den Erwachsenen gezählt, was die Medikamentendosis betraf. [27] Bemerkenswert

sind hier die „Allgemeinen Grundsätze“, die ein unbekannter Autor (Unterschrift nicht lesbar) für das PLK Weissenau niedergelegt hat. Das Jahr der Niederschrift ist nicht bekannt. Der Autor notierte: „Für die Anordnung der Schlafmittel gilt vor Allem, nicht ohne strenge Indikation verordnen“ (Allgemeine Grundsätze, Jahr unbekannt, S. 9). [123] Aber er sagt auch: „Vielfach sind sie auch bei vorübergehend erregten oder verstimmtten Kranken nicht zu umgehen, um diesen und ihrer Umgebung Ruhe zu verschaffen“ (Allgemeine Grundsätze, Jahr unbekannt, S. 9). [123]

Das „Faradisieren“ (Zwangsmaßnahme im engeren Sinne, Kategorie 3), also die Gabe von Elektroschocks zur Strafe und Disziplinierung, war ebenso keine Erfindung der Weissenau. Die ehemaligen Patienten des St. Johannes-Stift in Marsberg berichteten in Interviews ebenfalls von Elektroschocks als Bestrafung. [66]

Auch außerhalb der Psychiatrie scheint Faradisieren in den 50er Jahren unter Ärzten angewendet worden zu sein: In der Niederschrift eines Anamnesegesprächs ging es um ein Mädchen, das im Unterricht onanierte (Pat. 44/51/56). Die Mutter teilte mit, dass sie mit ihrer Tochter deshalb schon beim Hausarzt war. Dieser wusste laut Aussage der Mutter auch nicht so genau, was er da tun sollte und bot an, das Mädchen zu faradisieren. Darauf gab die Mutter angeblich zurück, dass sie selber einen Teppichklopfer habe und sich das Geld für den Arzt somit lieber sparen würde. [4]

In Marsberg kam es zur strafweisen Verlegung von minderjährigen Patienten auf eine Station mit Schwerstbehinderten. „All diese Strafen [Elektroschocks und Verlegung auf eine Schwerbehindertenstation, die Verf.] sind so schlimm und die Angst davor so groß, wenn man sie einmal mitgemacht hat, dass man nur aus Angst alles tut, was von einem verlangt wird“ (Kersting u. Schmuhl 2017, S. 34). [[77], in [66]]

Die Verlegung von Kindern auf Erwachsenenstationen (ZM im weiteren Sinne, Kategorie 9 bzw. ZM im engeren Sinne (Freiheitsentzug), Kategorie 5) kam in der Weissenau auch vor, scheint aber, soweit es anhand der Patientenakten nachvollziehbar ist, nicht regelhaft als Bestrafung eingesetzt worden zu sein. In der Weissenau gab es keine Abteilung für

schwerbehinderte Erwachsene. [109]

Patientin 50/89/66, eine jugendliche Psychopathin, wurde wegen selbstgefährdendem Verhalten auf eine geschlossene Erwachsenenstation verlegt (Neubau I). Nachdem sie sich dort ruhig verhalten hatte, wurde sie wieder zurückverlegt, „in der Hoffnung, dass der Aufenthalt im Wachsaal für sie einen heilsamen Schock bedeutete“. [5]

Als Reaktion auf Diebstahl wurde der damals zwölfjährige debile Patient 49/6/61 im Jahre 1961 für „ein paar Tage auf K II [geschlossene Erwachsenenabteilung, die Verf.] verlegt“. [5] Später wurde dasselbe Kind wegen „frechen Benehmens“ als „reine Erziehungsmaßnahme“ auf eine geschlossene Erwachsenenstation verlegt.

Bei den anderen Kindern, die auf geschlossene Erwachsenenstationen verlegt wurden, lässt sich aus den Akten nicht entnehmen, ob diese Verlegungen zur Bestrafung dienen sollten. Über die tatsächliche Intention dahinter sagt das natürlich nichts aus. Die KuJ-Abteilung im PLK Weissenau verfügte über keine eigene Möglichkeit der geschlossenen Unterbringung.

Die Vergleichsmöglichkeiten mit Marsberg sind wie schon erwähnt insofern eingeschränkt, als dass es sich bei Marsberg um eine „Anstalt für geistig behinderte Kinder und Jugendliche“ gehandelt hat, im Gegensatz zur Pflege- und Beobachtungsstation in der Weissenau. [66] Momentan liegen keine längeren ausführlichen Berichte anderer Einrichtungen der KuJ-Psychiatrie aus der Nachkriegszeit vor, die besser geeignet wären, einen Vergleich vorzunehmen.

FEHLEMANN et al. berichten ebenfalls von der Unterbringung Minderjähriger auf Erwachsenenstationen in der Rheinischen Landesklinik für Jugendpsychiatrie in Bonn, ohne allerdings den strafenden Charakter dieser Maßnahme zu erwähnen. [42] Sie berichten jedoch von sexuellen Gewalterfahrungen dort. [42]

Bei vier der auf Erwachsenenstationen verlegten Patienten des PLK wurden sexuelle Übergriffe dokumentiert (Grauzone, Kategorie 15). Das entspricht weniger als einem Prozent der untersuchten Patientenakten. In Anbetracht der Verlegung Minderjähriger auf geschlossene Erwachsenenstationen und der unzureichenden Aufsicht auf diesen

Stationen kann davon ausgegangen werden, dass sexuelle Übergriffe gegen Minderjährige häufiger als dokumentiert vorkamen.

Personen konnten wegen homosexueller Handlungen bis ins Jahr 1994 nach § 175 StGB zu einer Gefängnisstrafe verurteilt werden. Bei verminderter Zurechnungsfähigkeit oder Zurechnungsunfähigkeit wurde nach § 42b StGB die Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt angeordnet, so auch im PLK Weissenau. [46; 82]

Auf der Seite der Opfer sind geistige Behinderung, psychische Probleme und niedrige verbale Intelligenz bekannte Risikofaktoren für sexuelle Gewalt gegen Kinder. [56] FEGERT et al stellten fest, dass 1,3% der minderjährigen Patienten im „medizinisch-therapeutischen Setting“ sexuelle Gewalt erfahren haben. [41] Wenn man diese Zahl, die Risikofaktoren, die unzureichende Überwachung durch zu wenig Personal und die Tatsache, dass im Untersuchungszeitraum in der Weissenau Minderjährige auf Erwachsenenstationen verlegt worden sind in Betracht zieht, muss man davon ausgehen, dass realiter mehr Kinder und Jugendliche sexuellen Missbrauch erfahren haben, als dokumentiert wurde. Positiv fällt auf, dass Pat. 53/94/66 seinem Angreifer, der ebenfalls Patient in der Weissenau war, damit drohte, den sexuellen Übergriff einem Arzt zu melden. Anscheinend vertraute der Patient darauf, Hilfe und Schutz durch den Arzt zu erhalten. In der Patientenakte des Opfers wurde nicht notiert, welche Folgen dies nach sich zog.

Körperliche Gewalt konnte nicht nur vom Pflegepersonal, sondern auch von den Lehrerinnen ausgehen (ZM im engeren Sinne, Kategorie 4). Ob auch die Ärzte körperliche Gewalt einsetzen, kann anhand der Akten weder verneint noch bestätigt werden. Lehrer durften ihre Schüler offiziell bis 1973 körperlich züchtigen (siehe Kapitel 4.4, „Rechtslage“). Der letzte hier untersuchte Fall von Gewaltanwendung stammt aus dem Jahre 1969. Dabei schildert ein Pfleger im Beobachtungsbericht, wie er einen Patienten ohrfeigen wollte, dabei aber versehentlich einen anderen Patienten traf. [5] Der Vorfall wird sachlich und knapp vorgebracht und scheint keine Ausnahmeerscheinung gewesen zu sein.

4.3 Arbeit

Wie in der Einleitung (Kapitel 1.3.1.2) erläutert, war es seit Anfang des 20. Jahrhunderts üblich, Psychatriepatienten zu Arbeiten einzusetzen, was durchaus zu therapeutischen Erfolgen führen konnte. [120] Gerade zu einer Zeit, als nur wenige andere Interventionsmöglichkeiten bekannt waren und der Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik mit Langeweile, Monotonie und Fremdbestimmung verbunden war.

Auf der anderen Seite muss man sich vor Augen halten, dass der Wert eines Menschen lange Zeit mit seiner Arbeitsfähigkeit eng verknüpft war, was seinen traurigen Höhepunkt im NS-Regime und der versuchten Ausmerzungen von „unwertem“ Leben fand. [11] Gerade zur Zeit des Nationalsozialismus wurden psychisch Kranke vermehrt zur Arbeit verpflichtet. Dies geschah in immer stärkerem Maße nicht im Sinne einer tatsächlichen „Arbeits-therapie“, sondern in erster Linie, um den Anstalten Geld zu sparen. [53] Von Patienten ausgeführte Arbeiten in den Betrieben des PLK, im Haushalt oder bei der Betreuung anderer Patienten konnte auch für die Kinder und Jugendlichen in der Weissenau im gesamten Untersuchungszeitraum belegt werden. Zumindest in einem dokumentierten Fall stand auch der Gedanke im Vordergrund, einen jugendlichen Patienten in ein reguläres Ausbildungs- oder Anstellungsverhältnis innerhalb oder außerhalb des PLK zu bringen. [35] Es gibt keine Hinweise darauf, dass Jugendliche länger als nötig in der Weissenau behalten wurden, um dem PLK ihre Arbeitskraft zu erhalten, wie es z. B. in Marsberg bei Minderjährigen oder in Gütersloh bei Erwachsenen geschehen ist. [66; 53] In der Rheinischen Landesklinik für Jugendpsychiatrie, die sich aufgrund ihrer Ausrichtung besser als Marsberg mit der PLK Weissenau vergleichen lässt, wurden Kinder und Jugendliche ebenfalls zur Mitarbeit auf der Station, z. B. beim Kochen, Waschen und Putzen, eingesetzt. [42]

Dabei muss berücksichtigt werden, dass Kinder in den 50er und 60er Jahren auch in ihren Familien zu Arbeitsleistungen verpflichtet wurden, etwa bei der Betreuung der Geschwister, in der Landwirtschaft und in Familienbetrieben. [128] In den 50ern war man mehrheitlich der Auffassung, dass es sich bei Arbeitsleistungen im Heim um erzieherische Maßnahmen handelte und deshalb keine Sozialversicherungspflicht bestand. [128]

1975 wurde dies auch vom Bundessozialgerichtshof bestätigt. [128] Arbeit in Gemeinschaft diente einerseits als Erziehungsmittel gegen „Verwahrlosung“, andererseits als Berufsvorbereitung. [76] Mädchen wurden in erster Linie im Haushalt und bei der Kinderbetreuung eingesetzt, während Jungen körperliche und handwerkliche Arbeit verrichteten. [76]

Aufgrund des Personalmangels verließ sich das PLK auch auf die Arbeitskraft von Minderjährigen. Das PLK berichtete an das Regierungspräsidium Südwürttemberg-Hohenzollern zum Anlass der neu errichteten Kinder- und Jugendabteilung: „Die Kinderabteilung mit 40 Betten ist inzwischen voll belegt, auch die Abteilung für männliche Jugendliche ist [...] nahezu voll belegt, jedoch personell noch nicht voll ausgestattet. Die Abteilung für weibliche Jugendliche ist noch nicht in vollem Betrieb. Sie ist [...] zunächst mit drei Patientinnen belegt worden, die [...] zur Arbeit auf der Kinderabteilung mit herangezogen werden können. Es ist dies im wesentlichen ein Personalproblem“ (Bericht an das Regierungspräsidium Südwürttemberg-Hohenzollern, 1966). [125]

Entlohnt wurde die von den Patienten in der Weissenau geleistete Arbeit nicht. Es gab für Erwachsene ein „Taschengeld“ in Höhe von 5 DM pro Monat, ab 1967 von 15 DM pro Monat. [22] Viele Patienten erhielten allerdings nicht einmal das, obwohl sie Anspruch darauf hatten. [74] Ob die Taschengeldregelung auch für Minderjährige galt, lässt sich anhand der vorliegenden Unterlagen nicht feststellen. Laut Chefarzt Prof. Degkwitz wurden „die arbeitsfähigen Kranken [...] ohnehin in einer nicht vertretbaren Weise ausgenutzt“. Er rechnet im Weiteren vor, dass „bei Ausfall der Kranken 5 volle Kräfte eingestellt“ werden müssten, deren Gehälter bei „rund DM 50.000,- im Jahr“ läge (Degkwitz 1968, S. 11). [22] Das heißt, dass ein normaler Arbeiter ca. 10.000 DM im Jahr erhielt, während ein arbeitender Kranker 60 bzw. 180 DM bekam. Selbst wenn man die Kosten für Wohnung und Lebensmittel abzieht, die ein normaler Arbeiter hat, und beachtet, dass ein arbeitender Kranker nicht die gleiche Leistung erbringt wie ein gesunder Arbeiter, kann man bei diesen geringen Summen nicht von einer angemessenen Vergütung sprechen. Die von arbeitenden Patienten generierten Einnahmen mussten auch deshalb zum Unterhalt des PLKs beitragen, weil vom Land als Krankenhausträger keine planmäßigen Mittel für Reparaturen und Renovierungen bereitgestellt wurden.

In einigen Fällen bestanden normale Ausbildungsverhältnisse zwischen dem PLK und den Patienten. [35] Alle 18 identifizierten minderjährigen Patienten, die im PLK gearbeitet haben, taten dies in unregelmäßigen Arbeitsverhältnissen und waren in den Handwerksbetrieben des PLKs oder dem Stationsalltag beschäftigt.

Richtige Ausbildungsverhältnisse waren aber durchaus möglich. Einem 14-jährigen Jugendlichen wurde eine Lehrstelle als Elektriker angeboten. Im ärztlichen Jahresbericht für das Jahr 1956 wurde notiert, dass „es in den letzten Jahren mit Genehmigung der Handwerkskammer“ zweimal gelang, „in der Bäckerei und Gärtnerei ein Lehrverhältnis für Patienten mit bestandener Gesellenprüfung abzuschließen“ (Ederle 1957, S. 7). [35] Das Alter dieser Patienten ist dort nicht vermerkt. Ein als „Zucht- und Lehrbetrieb anerkannter Geflügelhof“ gehörte auch zum PLK (Ederle 1957, S. 7). [35]

Eine trennscharfe Unterscheidung zwischen Arbeit und Arbeitstherapie war anhand der Patientenakten nicht möglich. Die ursprünglich angedachte Unterteilung in die Kategorien „Arbeit“ und „Arbeitstherapie“ ließ sich nicht umsetzen. Die Grenzen zwischen Arbeit als Therapiemittel und als Produktion für das PLK waren fließend, und mit hoher Wahrscheinlichkeit wurden auch oft ganz bewusst beide Ziele gleichermaßen verfolgt: Der Patient wird im Sinne einer Arbeitstherapie eingesetzt und verrichtet dabei unbezahlt Arbeiten, die von Nutzen und von finanziellem Vorteil für das PLK sind. Ein Konflikt wurde darin nicht gesehen. Arbeit, z. B. in betreuten Werkstätten, kommt auch heute als mögliches Therapiemittel zum Einsatz, ist aber sozialversicherungspflichtig und wird entlohnt.

4.4 Rechtslage

4.4.1 Zwangsmaßnahmen

Mit Inkrafttreten des Grundgesetzes im Mai 1949 mussten neue Gesetze und Verordnungen zur Unterbringung psychisch Kranker entwickelt werden. In Erinnerung an die

Verbrechen der Nazi-Diktatur wurde Artikel 2 Absatz 2 geschaffen, der besagt, dass „die Freiheit der Person unverletzlich“ sei und in dieses Recht „nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden“ dürfe. Laut Artikel 104 GG kann die Freiheit einer Person nur aufgrund eines förmlichen Gesetzes beschränkt werden. Dies führte zu regen Diskussionen über die Anwendbarkeit dieses Gesetzes auf psychisch Kranke und über die Rechtssicherheit für Ärzte, an denen sich die Vertreter der etablierten Psychiatrie aktiv beteiligten. [16; 53] Während die eine Seite auf die Anwendbarkeit des Grundgesetzes auf psychisch Kranke bestand und verlangte, dass, wie in Art. 104 GG gefordert, ein Richter über die Zwangseinweisung zu entscheiden habe, fühlte sich ein Großteil der Psychiater unrechtmäßig bevormundet und gab zu bedenken, dass das Einschalten eines Richters das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient stören würde. [51] Außerdem sprachen sie den Richtern die Fähigkeit ab, über die Gemeingefährlichkeit eines Kranken urteilen zu können und stellten infrage, ob ein psychisch Kranker überhaupt über „wahre, innere Freiheit“ verfüge, die man ihm entziehen könne (Ehrhardt u. Villinger 1954, S. 40). [39; 51] Erst nach der Verabschiedung der Landes-Unterbringungsgesetze, die bis 1958 in 11 Bundesländern erfolgte, entschieden nur noch Richter über die Anordnung und Dauer einer Freiheitsentziehung. [16]

Minderjährige standen allerdings ohnehin unter elterlicher Gewalt oder unter Vormundschaft. Rechtsmittel gegen ihre Unterbringung konnten sie erst mit Vollendung des 14. Lebensjahrs einlegen. [128] 1952 schlug der Bundesrat zwar vor, dass auch vor der Unterbringung von Minderjährigen in einer Anstalt die Genehmigung des Amtsgerichts vorzuliegen hatte, konnte sich damit aber nicht durchsetzen. [16] Diese Regelung wurde für Kinder erst 1979 geändert. [16] Erst im Jahr 2000 wurde mit dem § 1631b BGB beschlossen, dass auch bei Kindern, deren Eltern das Sorgerecht innehaben, eine geschlossene Unterbringung einer gerichtlichen Genehmigungspflicht bedarf. [4]

Fürsorgeerziehung konnte laut Reichsjugendwohlfahrtsgesetz § 62 für „verwahrloste“ Jugendliche an „alle Anstalten, in denen Erziehungsarbeit geleistet wird“ übertragen werden (Muthesius 1950, S. 89). [92] Darunter fielen auch „Krankenanstalten aller Art“; das Gesetz war von 1922 bis 1961 in Kraft (Muthesius 1950, S. 89). [92] Kinder konnten auch

von „Kinderabteilungen in Krankenhäusern“ in Pflege genommen werden (Muthesius 1950, S. 52). [92]

Mit der Fürsorgeerziehung gingen die Aufsichtsbefugnisse für das „gesundheitliche und sittliche Gedeihen des Kindes“ an das Jugendamt (Muthesius 1950, S. 45). [92] Die von den Jugendämtern finanzierte Unterbringung auf einer Pflege- und Beobachtungsstation galt als „öffentlich-rechtliche Leistung, [die] rechtlich unabhängig vom Willen des Erziehungsberechtigten und des Minderjährigen ist und die Erziehung durch die privatrechtlich Erziehungsberechtigten ersetzt“ (Muthesius 1950, S. 89). [92]

Bei Kindern, die aus dem Elternhaus aufgenommen wurden, gingen ebenfalls umfangreiche Rechte an das Krankenhaus über. Das Aufenthaltsbestimmungsrecht, die Erziehung, Beaufsichtigung und die Personenfürsorge wurden für die Dauer des Krankenhausaufenthalts an die Ärzte und Pfleger übertragen – so, wie diese Rechte und Pflichten auch auf Lehrer in Schulen oder auf das Personal von Kinderheimen übertragen werden konnte. Damit lag die Anwendung von Zwangsmaßnahmen, wie Isolierung und Fixierung, im Ermessen der Mitarbeiter des PLK, denn bei einer Ersatzerziehung war es auch möglich, „angemessene Zuchtmittel gegen das Kind anzuwenden“ (Muthesius 1950, S. 72). [92] Dies umfasste auch Kontaktverbote und Arreststrafen. [128]

Diese Maßnahmen waren zwar „im Rahmen des besonderen Gewaltverhältnisses unmittelbar aus dem Erziehungszweck“ heraus gerechtfertigt, durften aber nur in erzieherischem Rahmen zur Anwendung kommen und mussten in einem sinnvollen Verhältnis zum Anlass stehen (Wapler 2010, S. 67). [128] Die Menschenwürde musste gewahrt bleiben. [128]

Verhältnismäßigkeit und Menschenwürde schienen aber im PLK Weissenau nicht immer beachtet worden zu sein. So wurde 1961 ein Mädchen isoliert, weil es die Lehrerin und die Pflegerinnen „Hexe Nr. 1, 2 und 3“ nannte. [5] Ein anderer Patient wurde 1960 in einer Zelle isoliert, in der auf ausdrückliche Anordnung des Arztes nur eine Matratze auf dem Boden lag. Somit wurde der Patient ohne Beschäftigungsmöglichkeit in einer kahlen Isolierzelle gehalten.

In zwei Fällen aus dem Jahr 1952 wurden Schläge durch die Lehrerin dokumentiert. Vermutlich handelte es sich hierbei um dieselbe Lehrerin. Mit § 1631 Abs. 2 wurde 1900 im Bürgerlichen Gesetzbuch das väterliche Recht, seine Kinder körperlich zu züchtigen, aufgenommen, das vorher schon als Gewohnheitsrecht bestand. Im Zuge der Gleichberechtigung von Mann und Frau erhielt 1958 auch die Mutter dieses Recht. Körperliche Züchtigung durfte jedoch nur als Reaktion auf ein konkretes Fehlverhalten zur Anwendung kommen, sie musste in einem angemessenen Verhältnis zum Auslöser stehen, für das Erreichen des Erziehungsziels notwendig sein und der Erzieher musste mit Erziehungswillen handeln. [128] Laut eines BGH-Urteils von 1957 (BGH-Urteil vom 23.10.1957 – 2 StR 458/56) reichten für Körperstrafen durch die Lehrkraft „Frechheit, Ungehorsam und vorsätzliche Störungen des Unterrichts“ aus (Wapler 2010, S. 66). [128] Erst 1973 wurde die Züchtigung durch Lehrer und Erziehung offiziell verboten, zuvor wurde ihnen ein gewohnheitsmäßiges Züchtigungsrecht grundsätzlich zugestanden. [128]

Es konnten sich in keinem Fall Unterlagen in den Akten finden lassen, die zeigten, dass die Sorgeberechtigten über angewendete Zwangsmaßnahmen informiert worden wären.

4.4.2 Aufklärung und Dokumentation, Versuchsmedikation

Bei invasiven medizinischen Maßnahmen wurde zumindest das Einverständnis der Eltern eingeholt, lag das Sorgerecht beim Jugendamt, wurde auf das Einholen des Einverständnisses verzichtet bzw. das Erteilen stillschweigend angenommen. Obwohl die Aufklärung grundsätzlich geboten war, war sie nicht zwingend erforderlich. [93; 4] Wie die Aufklärung durchzuführen und zu dokumentieren war, war nicht festgelegt. [4] Welche Informationen den Eltern über invasive Maßnahmen genau gegeben wurden, lässt sich anhand der Dokumentation in den Patientenakten nicht nachvollziehen. Nur in einem Fall aus dem Jahre 1966 liegt eine schriftliche Aufklärung zur Lumbalpunktion vor, welche nach heutiger Auffassung völlig unzureichend wäre, z. B. werden keine möglichen Folgen der Maßnahme angesprochen.

Nach damaliger Rechtsauffassung sollten Patienten und ihre Angehörigen zwar durchaus über „nicht harmlose Eingriffe“ aufgeklärt werden, „es sei aber nicht immer eine volle, bis in alle Einzelheiten gehende Aufklärung erforderlich“ (BGH-Urteil vom 10.07.1954, VI-ZR-45-54). [4] Vor allem sollte das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient und damit der Heilungsverlauf nicht durch eine umfassende Aufklärung beeinträchtigt werden, z. B. in dem der Patient aus Angst vor den Folgen nicht in die Behandlung einwilligt. [116]

Es ließ sich in dieser Untersuchung darlegen, dass die Dokumentation in Bezug auf erfolgte Zwangsmaßnahmen oft unvollständig war. Eine vollständige Patientendokumentation wurde von Gesetzesseite auch nicht gefordert. Laut einem BGH-Urteil von 1962 dienten die Aufzeichnungen des Arztes nur als „Gedächtnisstütze“ und hatten eine „interne Hilfsfunktion“ (BGH-Urteil vom 04.12.1962 - VI ZR 101/62). Ebenso hatte der Patient kein Anrecht auf Einsicht oder Herausgabe der Patientenakte (BGH-Urteil vom 6.11.1962 – VI ZR 29/62). Erst 1978 nahm der Bundesgerichtshof seine Einschätzung diesbezüglich zurück und forderte die „ausführliche, sorgfältige, richtige und vollständige Dokumentation der ärztlichen Behandlung und der Pflegemaßnahmen“ (Ratzel u. Luxenburger 2008, S. 748). [99]

In 6 Fällen wurden Medikamente ohne Handelsnamen an Kinder abgegeben, was den Schluss nahelegt, dass diese Medikamente noch nicht auf dem Markt waren. Zweimal wurden diese Medikamente konkret als „Versuchspräparate“ bezeichnet (Grauzone, „Medikamentenversuch“, Kategorie 12).

Nach dem Nürnberger Kodex von 1947 hätten die Versuchspersonen aufgeklärt werden sollen. Erst nach erfolgter Aufklärung könne die Versuchsperson ihre gültige Zustimmung zur Versuchsdurchführung geben (informed consent). [88] Die Deklaration von Helsinki (1964) verlangt dies ebenfalls. [130] Beides hatte im Untersuchungszeitraum keine Rechtsverbindlichkeit in Deutschland und wurde eher als allgemeiner Appell an die Ärzteschaft verstanden. [47] Darüber hinaus gab es keine klaren gesetzlichen Richtlinien, deren Nichteinhaltung Sanktionen zur Folge gehabt hätten. Für Psychiater eröffnete die Deklaration von Helsinki auch noch einen Sonderweg, der besagt, dass die Aufklärung „wenn

möglich“ und in „Übereinstimmung mit der Psychologie des Patienten“ erfolgen solle und der Arzt „das abzugebende Einverständnis einholen solle“ (Deklaration von Helsinki, 1964). [130] Bestünde die rechtliche Unfähigkeit zur Einwilligung, „sollte das Einverständnis auch vom rechtmäßigen Vormund eingeholt werden“ (Deklaration von Helsinki, 1964). [130] Die Formulierung im Konjunktiv lässt es dem Arzt in letzter Instanz frei, ob und in welchem Umfang er aufklärt. Auch die Einwilligung des Patienten bzw. seines Vormundes wird so nicht explizit verlangt.

Forschung an Kindern ist laut der Deklaration von Helsinki nur dann zulässig, „wenn ein direkter Nutzen für die Versuchsperson zu erwarten ist“ (Groß 2010, S. 422). [50] Die geringe Zahl der mit Versuchspräparaten behandelten Kinder und die Vergabe im konkreten Zusammenhang mit einer Erkrankung oder Störung gibt einen Hinweis darauf, dass es sich hier um therapeutische Versuche zur Behandlung einer Krankheit handelte, von der man sich eben diesen „direkten Nutzen für die Versuchsperson“ erhoffte.

Aufklärung der Patienten oder der Sorgeberechtigten, oder Einwilligung durch die Sorgeberechtigten konnten in den Akten nicht nachgewiesen werden, was, wie schon erläutert, auch nicht gesetzlich gefordert war.

4.5 Erziehungsvorstellungen in der Nachkriegszeit, Lehrmeinungen in der Pflege

Körperstrafen waren, wie zuvor dargelegt (siehe Kapitel 4.4., „Rechtslage“) im gesamten Untersuchungszeitraum prinzipiell erlaubt und gesellschaftlich akzeptiert. Auch andere Autoren stellten fest, dass in der Nachkriegsgesellschaft „häusliche Gewalt an der Tagesordnung“ war (Fehleemann, Sparing et al. 2017, S. 550) [42] KUHLMANN beschreibt, dass noch 1964 50% der in einer Studie befragten Studenten angaben, dass „eine richtige Tracht Prügel niemandem schadet“ (Kuhlmann 2010, S. 57). [76] Eine Studie aus dem selben Jahr zum Thema körperliche Züchtigung kam zu dem Ergebnis, dass im Zeitraum vom

1954 bis 1962 nur 20% der befragten Familien ihre Kinder angeblich gar nicht schlugen, während 35% weiterhin mit dem Rohrstock züchtigen würden. [54] Arreststrafen und Essensentzug gehörten seinerzeit auch zu den möglichen Züchtigungen, die von Eltern angewendet wurden und demzufolge auch bei Heimunterbringungen möglich waren. [128] In der pädagogischen Literatur der 50er Jahre werden Körperstrafen durchaus kontrovers diskutiert und teilweise auch vollständig abgelehnt. [76; 131] In der breiten Bevölkerung wurde diese Diskussion jedoch nicht rezipiert. Körperliche Züchtigung wurde als notwendig angesehen. [76; 131] Bis in die 60er Jahre prägte das Streben nach Gehorsam und Einordnung die Erziehungsvorstellung. Dies änderte sich erst im Laufe der 60er und 70er Jahre. [76] Es ließ sich in dieser Untersuchung eine im Laufe der Zeit abnehmende Tendenz bei der Anwendung von Zwangsmaßnahmen im engeren Sinne feststellen. Möglicherweise ist diese Tendenz u. a. einer geänderten Haltung gegenüber Kindern und geänderten Vorstellungen zur Kindererziehung geschuldet.

Die gesichteten Handbücher über psychiatrische Pflege aus der damaligen Zeit zeigen eine grundsätzlich ablehnende Haltung gegenüber Zwangsmaßnahmen, wie Isolierungen, Fixierungen etc. Großen Wert wird auf den Charakter des Pflegers gelegt: „Unablässig muß man sich zu einer absoluten Selbstdisziplin erziehen. [...] Weder äußere Einflüsse (Aufregung der Umgebung, Versuche zur Beeinflussung, Verführung usw.) noch innere Verstimmungen (Laune, Depression, Ärger, Langeweile) sollen uns im geringsten von dem, was wir als richtig erkannt haben, ab- oder überhaupt aus dem inneren Gleichgewicht bringen können“ (Morgenthaler 1961, S. 32). [91] „Ruhe und Selbstbeherrschung“ sind das Ziel, „läßt [der Pfleger] sich zu Widerworten oder gar zur Erwiderung eines Schläges hinreißen, so taugt er für seinen Beruf nicht“ (Scholz 1950, S. 127). [115] Geduld, Einfühlsamkeit und Gleichmut sind die höchsten Tugenden eines guten Pflegers, MORGENTHALER z. B. legt viel Wert auf die charakterliche Eignung des Pflegers und betont wiederholt, wie wichtig es sei, sich nicht provozieren zu lassen und den Psychiatriepatienten als Kranken zu begreifen. [90; 91; 115]

Konkret bei MORGENTHALER z. B. ist nachzulesen, dass man sich im Umgang mit „Zerstörungssüchtigen“, die ihre Kleidung zerreißen, früher zwar dadurch behalf, „daß man

solche Kranke einfach mit Lederhandschuhen versah und in feste Kleidung oder Zwangsjacken steckte“, solche „Gewaltmaßnahmen“ heutzutage aber zu umgehen seien (Morgenthaler 1931, S. 180). [90] Hinweise darauf, wie diese erstrebenswerten Eigenschaften vor dem personellen, finanziellen und strukturellen Hintergrund zu erreichen seien, geben die Handbücher nicht.

Spezielle Kapitel zum Umgang mit Kindern und Jugendlichen sind in keinem der Lehrbücher zu finden. Die Lehrbücher propagieren allgemein eine eher distanzierte, unverbindliche Haltung den Patienten gegenüber, was der Entwicklung von Kindern, die teils Jahre ohne Nähe zu den klassischen Bezugspersonen wie Eltern, Geschwister etc. verbringen, und teilweise sogar noch gar keine verlässlichen Beziehungen erlebt hatten, nicht förderlich ist und zu Beeinträchtigungen auf emotionaler, sozialer und kognitiver Ebene führen kann. [111; 79] In den Patientenakten wird kaum von den Besuchen durch Familienangehörige gesprochen. Ob das der Art der Dokumentation geschuldet ist oder ob es im Aufenthaltszeitraum tatsächlich kaum Kontakt zu Familienangehörigen gab, ließ sich hier nicht feststellen. Prof. Ederle erwähnt in einem Brief an das staatliche Hochbauamt Ravensburg, dass „die Besucherzahl [auf der KuJ-Abteilung, die Verf.] erfahrungsgemäss nicht sehr gross“ sei (Ederle 1959, S. 2). [37]

4.6 Darstellung und Vergleich mit der heutigen Situation auf der KuJ-Psychiatrie in der Weissenau

Der derzeitige Umgang mit ZM auf der KuJ-Abteilung in Weissenau unterscheidet sich naturgemäß auf viele Arten zu dem in der Nachkriegszeit. Unterschiede und Gemeinsamkeiten sollen hier, soweit möglich, herausgearbeitet werden. Hierzu bietet sich die Arbeit von CLOSSET (2014) als aktuellste Studie zu diesem Thema als Vergleich an. [20]

Zwangsmaßnahmen lassen sich auch heute nicht in Gänze vermeiden. Für das Personal bedrohliche Situationen und selbst- oder fremdverletzendes Verhalten kommen bei

Patienten in psychischen Ausnahmefällen damals wie heute vor, und auch heutzutage gibt es Ereignisse, die den Einsatz von Zwangsmaßnahmen wie Isolierung, Fixierung oder Zwangsmedikation erforderlich machen.

Indikation und Durchführung von Zwangsmaßnahmen sind heutzutage in der Weissenau in Hausleitlinien schriftlich niedergelegt, welche regelmäßig überarbeitet werden. [20] Diese Hausleitlinien verlangen u. a. „die schriftliche Anordnung durch einen Arzt oder Therapeuten“ und „immer eine Benachrichtigung von Eltern/Sorgeberechtigten“ (Closset 2014, S. 4-5). [20] Die Zwangsmaßnahmen müssen dokumentiert werden, und bevor es überhaupt zum Einsatz einer Zwangsmaßnahme kommt, müssen erst alle zur Verfügung stehenden deeskalierenden Maßnahmen ausgeschöpft worden sein. [20] Des Weiteren wurde 2014 ein Baden-Württemberg-weites Zwangsmaßnahmenregister eingeführt, das auch Vergleiche zwischen verschiedenen Kliniken möglich macht. [98]

Sollte es in der Nachkriegszeit ebenfalls schon hausinterne Leitlinien oder Dienstanweisungen gegeben haben, nach denen das Pflegepersonal handeln sollte, konnte dies anhand der Patientendokumentation nicht nachvollzogen werden. Dies ist auch nicht zu erwarten, hierzu wären Verwaltungsakten von damals nötig, die bisher nicht systematisch erschlossen sind. Es liegen jedoch die „Allgemeinen Grundsätze“ vor, die im Sinne einer Leitlinie interpretierbar sind. Dort heißt es unter anderem: „Disziplinierungen von Kranken sind nicht gestattet. Keine ärztliche Massnahme [...] darf den Anschein von Disziplinierung erwecken oder gar aus disziplinären Gründen oder zur Abschreckung getroffen werden. Lediglich ärztliche Indikationen sollen massgebend sein. Isolierungen sind tunlichst, jedoch nicht grundsätzlich zu vermeiden. [...] Zwangsmassregeln dürfen nur in ausserordentlichen Notfällen angewendet werden“ (Allgemeine Grundsätze, Jahr unbekannt, S. 9). [123] Des Weiteren gab es Empfehlungen für den Umgang mit „unruhigen und gewalttätigen Kranken“ in der Fachliteratur der damaligen Zeit (Scholz 1950, S. 152). [115] Im „Leitfaden für Geisteskrankenpfleger“ aus dem Jahre 1950 werden Selbstbeherrschung und deeskalierende Maßnahmen im Umgang mit erregten Patienten empfohlen: „Wird aber der Pfleger selbst heftig, so schürt er nur das Feuer [...] Nicht selten reicht eine geschickte Bemerkung aus, um beginnende Erregung im Keim zu ersticken. In anderen

Fällen tut die Ablenkung durch irgendeine Beschäftigung gute Dienste [...]“ (Scholz 1950, S. 152). [115] Der „Leitfaden“ vermerkt weiter zum Thema Isolierungen: „[...] jedenfalls wiegt der augenblickliche Vorteil der Isolierung den nachhaltigen Schaden nicht auf. Daher besteht auch in den meisten Anstalten die Vorschrift, daß der Pfleger nur im dringenden Notfall aus eigenem Antrieb isolieren darf und dann sofort den Arzt von dem Geschehenen in Kenntnis zu setzen hat“ (Scholz 1950, S. 153-154). [115] MORGENTHALER geht in seinem Werk in die gleiche Richtung. [90; 91] Zur Gabe von beruhigenden oder sedierenden Medikamenten gibt es auch Empfehlungen im „Leitfaden“ von SCHOLZ: „Für die medikamentöse Bekämpfung von Unruhe und Erregung bei den Kranken der Heil- und Pflegeanstalten gibt es zahlreiche Arzneimittel, die alle aber mehr oder weniger giftig sind und daher nur auf ärztliche Verordnung in genauer Dosierung gegeben werden dürfen“ (Scholz 1950, S. 154). [115]

Schriftliche Anordnungen der Zwangsmaßnahmen durch einen Arzt waren nur in einem Fall den Patientenakten zu entnehmen. Die Benachrichtigung von Eltern und Sorgeberechtigten war anhand der verfügbaren Quellen nicht feststellbar. Ob deeskalierende Maßnahmen vorweg zum Einsatz kamen, kann aufgrund der Art der Dokumentation weder generell verneint noch bestätigt werden, in einer Patientenakte aus dem Jahre 1951 wurde allerdings notiert, dass bei einem fast sechsjährigen Patienten (45/7/51), der mit der Verdachtsdiagnose Psychopathie in der Weissenau aufgenommen worden war, „gutes Zureden“ bei Wutanfällen half. [5] Versuche, ohne Gewaltanwendung angepassteres Verhalten zu erreichen, wurden demzufolge durchaus gemacht und konnten auch zum Erfolg führen.

Quantitative Vergleiche können nur sehr vorsichtig gemacht werden. Während in der Gegenwart die explizite Dokumentation von Zwangsmaßnahmen gefordert wird, war die Dokumentation in den hier untersuchten Akten, konform zu damals geltendem Recht, eher ungenau und häufig von zusammenfassendem Charakter.

Bei Closset war die Isolierung ebenfalls die häufigste Form der Zwangsmaßnahme. [20] Des Weiteren sind die Ergebnisse im Konkreten nicht vergleichbar. Die geschlossene Unterbringung auf der KuJ-Abteilung ist heutzutage möglich, mit der Einschränkung, dass auf der Station, auf der die geschlossene Unterbringung durchgeführt werden soll, auch

Patienten, die weiterhin offen untergebracht werden sollen, ebenfalls eingeschlossen werden, die Station aber verlassen können („fakultativ geschlossene Station“). Die KuJ-Abteilung verfügt über 3 Stationen. [20] In dem hier untersuchten Zeitraum wurden Minderjährige, in Ermangelung einer geschlossenen KuJ-Station, im Falle einer geschlossenen Unterbringung auf eine Erwachsenenstation verlegt, was heute rechtswidrig ist. [126]

Ein großer Unterschied zu damals liegt in der Patientenzusammensetzung. Während in der Nachkriegszeit zwischen 24% und 41% der Minderjährigen mit der Hauptdiagnose einer Intelligenzminderung (#1 und #1a des Würzburger Schlüssels) in der Weissenau aufgenommen worden waren, gab es in der Untersuchung von Closset nur einen Patienten mit der Hauptdiagnose Intelligenzminderung (F7 der aktuell geltenden ICD-10-Klassifikation der WHO). [20] Dies ist der Versorgungsstruktur in der Region geschuldet. Patienten mit schweren Intelligenzminderungen werden heutzutage in der Lukasklinik Meckenbeuren aufgenommen. [20] Closset konnte keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Intelligenzquotient und Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen feststellen. [20] In der hier vorliegenden Untersuchung ist allerdings ein deutlicher Zusammenhang zwischen Intelligenzminderung und der Wahrscheinlichkeit, Zwang und Gewalt zu erfahren, erkennbar, wahrscheinlich aber auch moderiert durch die längere Verweildauer dieser Patientengruppe.

Auch finden sich bei Closset keine neurologischen Fälle, da auch sie heutzutage nicht mehr zum Patientenkontext des ZfP Südwürttemberg, Standort Weissenau, gehören.

Seit Einführung des elterlichen Züchtigungsverbots in das Bürgerliche Gesetzbuch haben Erziehungspraktiken mit Schlägen oder Faradisierung auch in Institutionen keinen Raum mehr. Nichts davon fällt heute unter den Begriff der Zwangsmaßnahme. Seit dem Neubau der Stationen für Kinder und Jugendliche 1965 kommen Verlegungen auf eine Erwachsenenstation nur in extremen Ausnahmefällen vor und dann auch nur in Begleitung von im Umgang mit Jugendlichen geschultem Personal. Die geschlossene Unterbringung von Minderjährigen zusammen mit Erwachsenen widerspricht überdies der UN-Kinderrechtskonvention Artikel 37 c. [126]

Der Einsatz von Arbeit, ob als Therapiemittel oder nicht, wurde von Closset nicht untersucht. In der KuJ-Psychiatrie in der Weissenau wird Kreativtherapie angeboten, auch gemeinsames Kochen und Hauswirtschaftstraining im Sinne einer Beschäftigung und zur Förderung von „Selbständigkeit, Planungsfähigkeit und Verantwortungsübernahme“ bei Jugendlichen (Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters 2012, S. 2-3). [3] Für den Unterricht steht eine Klinikschule (Staatliche Schule für Kranke) zur Verfügung. [3]

Betreute oder beschützte Werkstätten sind heute ein normaler Bestandteil der Versorgung geistig oder psychisch behinderter Menschen, sei es als Weg zur beruflichen Rehabilitation oder als reguläre Arbeitsstätte. Es besteht Sozialversicherungspflicht, ebenso ein Anrecht auf Arbeitsentgelt, wenn auch nur in geringer Höhe. [25] Jugendliche können heute nach therapeutischer Indikation an der Arbeitstherapie des Erwachsenenbereiches in den Weissenauer Werkstätten teilnehmen, sollten die Angebote der abteilungsspezifischen Ergotherapie nicht ausreichen. Auch das Ableisten von gerichtlich auferlegten Sozialstunden ist dort möglich. [96]

4.7 Methodendiskussion

Stärken dieser Arbeit sind, dass die Patientenakten noch vorhanden sind und dass eine repräsentative Zahl ausgewertet wurde. 460 von insgesamt 575 Akten lagen vor und konnten ausgewertet werden. Auf eine Stichprobenziehung, wie bei Fehlemann et al. (2017) wurde hier bewusst verzichtet, um eine möglichst breite Datenbasis erfassen zu können. [40] Durch die Untersuchung ganzer Akten konnten erstmals wichtige Informationen zur Erstellung einer fundierten historischen Kontextanalyse gesammelt und ein repräsentativer Querschnitt des Patientenguts untersucht werden. Zudem wurde sich durch die Verwendung des damals gültigen Würzburger Schlüssels an die damals übliche Klassifikation von Diagnosen mit den dahinterstehenden ätiologischen Überzeugungen gehalten, wodurch die Arbeit von vornherein in den historischen Kontext gestellt wird und das Forschungsvorgehen transparent macht.

In dieser Untersuchung wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring verwendet. [83] Dazu wurden die noch auffindbaren Patientenakten aus dem Untersuchungszeitraum entsprechend der Fragestellung exzipiert und wichtige Passagen mit Informationen zum Forschungsgegenstand wörtlich transkribiert. Die relevanten Inhalte zur Fragestellung dieser Arbeit wurden in einem Ratingverfahren in Kategorien eingeordnet und ausgewertet (siehe Kapitel 2, „Material und Methoden“).

Durch dieses systematische Verfahren mit zwei Ratern wird eine objektivere Einschätzung der vorhandenen Daten erreicht. Kategorienbildung, Darstellung der Ankerbeispiele und Diskussion der Kategorien einschließlich ihrer Überarbeitung lassen das Forschungsvorgehen sehr gut nachvollziehbar werden. Dadurch unterscheidet sich das Vorgehen hier stark von Arbeiten wie z. B. Fehleemann et al. (2017) oder Kersting u. Schmuhl (2018). [42; 67]

Dennoch hat diese Vorgehensweise ihre Einschränkungen. Die Transkription und Kategorienbildung kann eine Fehlerquelle sein. Es handelt sich dabei immer um eine Interpretation des Gelesenen, welche auf der persönlichen Erfahrung der Rater/Raterinnen basiert. Der nicht unerhebliche zeitliche Abstand von bis zu 70 Jahren und die im Vergleich zu heute deutlich andere Diktion in den Dokumentationen begünstigen mögliche Fehlinterpretationen, wobei diese Problematik durch das Co-Rating und die Hinzuziehung weiterer Quellen wie Jahresberichte, Lehrbücher, Anweisungen etc. reduziert wird. Interviews mit ehemaligen Patienten und Mitarbeitern hätten hier helfen können, zu einer noch besseren Einschätzung der damaligen Situation zu gelangen. Im Interview sind aber zusätzliche relevante Limitierungen zu beachten, so z. B. verzerrende persönliche Motive der Interviewpartner, ungenaue Erinnerung aufgrund der weit zurückliegenden Ereignisse, das Alter der zu Befragenden etc. Hier hat wiederum die Aktenrecherche den Vorteil, dass eine so große Anzahl an Patientendaten, wie hier ausgewertet wurden, über Interviews nicht zu gewinnen gewesen wäre.

Belastbare quantitative Aussagen waren möglich bezogen auf Basisdaten wie Geschlecht, Alter und Aufenthaltsdauer. Kostenträger, Diagnosen und eingesetzte Medikation waren gut nachvollziehbar. Für ebenfalls interessante Fragestellungen, wie Besuche von Angehörigen, war die Dokumentationsqualität nicht gegeben. Bezüglich der Zwangsmaßnahmen

waren die möglichen Aussagen quantitativer Art aufgrund der damals inexistenten Vorgaben zur Dokumentation beschränkt. So kann z. B. nicht genau definiert werden, welches Verhalten konkret welche ZM nach sich zog und ebenso wenig kann quantifiziert werden, wie lange Isolierungen und Fixierungen andauerten. Selbst die genaue Zahl dieser und anderer Maßnahmen konnte nicht festgestellt werden, da sie, den damals rechtmäßigen Dokumentationsvorgaben entsprechend, nicht jeweils einzeln dokumentiert wurden. Daher ist von einer unklaren Anzahl nicht dokumentierter Ereignisse auszugehen. Statistische Berechnungen wären aufgrund der Datenqualität und Datenlage nicht zielführend gewesen.

Die Gründe dafür liegen in der Art der untersuchten Dokumentation und der diesbezüglich damals gültigen Rechtslage. Formulierungen wurden nicht einheitlich verwendet. Der Fließtext als Dokumentationsform bietet nur eingeschränkte Möglichkeiten der Vergleichbarkeit der einzelnen Fälle und Situationen, wohingegen z. B. auszufüllende Formulare durch ihre starre Form besser zu vergleichen gewesen wären. Im vorliegenden Material der Patientenakten waren ungenaue Formulierungen wie „nicht tragbar“, „schärferes Anfassen“, „Strafen und Ermahnungen“ etc. nicht dazu geeignet, ein klares Bild von Anlass und Art der Zwangsmaßnahme zu liefern. Eine konkretere Dokumentation von Anlass, Art und Dauer von Zwangsmaßnahmen war laut der damaligen Rechtslage nicht geboten.

Heutzutage liegt die Aufbewahrungsfrist von Patientenakten bei mindestens 10 Jahren, und da etwaige Schadensersatzansprüche der Patienten nach 30 Jahren verjähren (§ 199 Abs. 2 des BGB) bestand bis vor kurzem keine Veranlassung, die Akten über diesen Zeitpunkt hinaus aufzubewahren. [24] Erst 2016 hat das Bundesministerium für Gesundheit im Zuge der historischen Aufarbeitung im Rahmen der Stiftung „Anerkennung und Hilfe“ die verschiedenen Einrichtungen darum gebeten, keine weiteren Akten von psychiatrisch behandelten Kindern und Jugendlichen zu vernichten. [4] Es müsste geprüft werden, welche anderen „Anstalten“ und Kliniken ebenfalls noch über Akten von damals verfügen. Vergleiche zwischen den Institutionen werden dadurch die zwischenzeitlich erfolgten Aktenvernichtungen erschwert, sind aber geboten. Die Einbettung in den zeitgeschichtlichen Kontext stellte sich dadurch schwierig dar, dass bis jetzt noch keine vergleichbaren Untersuchungen für ähnliche Anstalten veröffentlicht wurden. Zwar liegen Ausarbeitungen zu Klingenmünster (Rotzoll in Fangerau et al, 2017) und Bonn (Fehle

in Fangerau et al, 2017) vor, allerdings zu sehr viel kleineren Patientenzahlen und weitgehend ohne historische Kontextanalyse. [103; 42] Ausführliche Schriften zur Erwachsenenpsychiatrie sind mit Hanrath (2002), Kretschmer (2002) und anderen vorhanden, in wie weit deren Ergebnisse und Erinnerungen auf die KuJ-Psychiatrie übertragbar sind, ist fraglich.

In dieser Arbeit wurden für die Interpretation der Ergebnisse diverse noch vorfindbare Materialien (Besuchsberichte, Jahresberichte, Briefe an den Krankenhausträger, Anweisungen, Patienten- und Pflegesatzstatistiken, Lehrbücher, rechtliche und gesetzliche Vorgaben) beigezogen. Eine Validierung dieser Interpretation durch Zeitzeugeninterviews wurde als möglicher letzter Schritt nicht mehr durchgeführt, findet sich aber in diesem umfassenden Maße auch in keiner anderen bisher veröffentlichten Arbeit. Dennoch sollten im Rahmen weiter gehender Forschungen trotz der vorgenannten Einschränkungen bei Zeitzeugeninterviews eine Befragung der damaligen Patienten angestrebt werden. Dies sollte bald geschehen, da gerade die Patienten aus den 50er Jahren heute schon im Rentenalter bzw. möglicherweise schon verstorben sind. Sollte es auch noch Pflegepersonal geben, dass man interviewen könnte, wäre das ebenfalls ein hilfreiches Mittel, um die Situation der KuJ-Psychiatrie in der Nachkriegszeit besser zu beleuchten. Eine Arbeit auf Basis berufsbiografischer Interviews aus dem Jahre 1985 liegt zwar vor, doch wurde dabei keine Unterscheidung zwischen Erwachsenen- und KuJ-Psychiatrie gemacht. [72]

5 Zusammenfassung

460 Patientenakten von insgesamt 575 dokumentierten Aufnahmen von Minderjährigen, die in den Jahren 1951, 1956, 1961 und 1966 stationär in der Weissenau aufgenommen waren, wurden mit Hinblick auf dokumentierte Zwangsmaßnahmen (ZM) mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Aufgrund von Mehrfachaufnahmen handelt es sich um 480 Patientenaufnahmen. Die Aufenthaltsdauer lag im Median bei 39 Tagen bis zum Erreichen der Volljährigkeit, bei einer großen Varianzbreite. Die Kinder waren bei ihrer Einweisung im Schnitt 9,6 Jahre alt, auch hier gab es große Schwankungen.

37 Patienten erfuhren Zwangsmaßnahmen im engeren Sinne, wobei die Isolierung dabei am häufigsten Anwendung fand. Bei 31 Patienten konnten dokumentierte ZM im weiteren Sinne belegt werden. 19 Patienten erlebten Situationen der Kategorie „Grauzone“, 2 Patienten erfuhren freiheitsentziehende Maßnahmen.

Die meisten ZM wurden an intelligenzgeminderten Patienten (#1 des Würzburger Schlüssels) angewendet, die 26,5% aller aufgenommenen Patienten ausmachten. Nimmt man die als „debil“ bezeichneten Patienten (#1a) dazu, erhöht sich diese Zahl auf 35,2%, diese Gruppen erfuhren jedoch 43,4% aller ZM im engeren und im weiteren Sinne und der freiheitseinschränkenden Maßnahmen. Die insgesamt am häufigsten dokumentierte Zwangsmaßnahme war die Verlegung auf eine Erwachsenenstation, gefolgt von der Isolierung. Je länger ein Patient in der Weissenau verblieb, desto eher war ein Amt der Kostenträger. Es besteht eine positive Korrelation zwischen der Aufenthaltsdauer und der Wahrscheinlichkeit, einer ZM zu unterliegen. Eine gesonderte Korrelation zwischen der Kostenübernahme durch ein Amt und der Wahrscheinlichkeit von ZM ließ sich nicht nachweisen. Die Zahl der dokumentierten ZM im engeren Sinne ging über die untersuchten Jahrgänge zurück.

Wenn Gründe für ZM angegeben waren, wurden am häufigsten Fremd- oder Autoaggression, Zerstören von Anstaltseigentum oder „trotziges, oppositionelles“ Verhalten angeführt. Es wurden auch Kinder, die störten oder pflegerisch aufwendig waren, mit Schlafmitteln oder Psychopharmaka ruhiggestellt, wie es den vorgegebenen Indikationen durch die Pharmaunternehmen entsprach.

In keinem Fall konnte anhand der Patientenakten gezeigt werden, dass die Eltern oder die sorgeberechtigten Ämter über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen informiert wurden bzw. vorweg ihre Erlaubnis eingeholt wurde. Dies war nicht vorgeschrieben. Mit dem Eintritt in eine Anstalt ging das Erziehungsrecht der Sorgeberechtigten bis zu einem gewissen Grad an die Ärzte und Pfleger der Anstalt über, worunter auch das elterliche Züchtigungsrecht und die Anwendung von Arreststrafen fiel. Auch die Aufklärung über und Einwilligung in die Abgabe von Versuchsmedikamenten war nicht gesetzlich gefordert.

3,9% der Minderjährigen arbeiteten im gesamten Untersuchungszeitraum im Haushalt, bei der Kinderbetreuung, im Garten oder in einem der Handwerksbetriebe des PLKs mit. Explizit begründet wurde dies kaum, in einem Fall wurde es als Arbeitstherapie bezeichnet, was damals eine durchaus gängige Therapieform war. Eine Vergütung konnte nicht nachgewiesen werden, was nach damaliger Rechtsprechung auch nicht als notwendig erachtet wurde. Ebenso wenig konnte nachgewiesen werden, dass Patienten zu Unrecht länger als nötig in der Anstalt behalten wurden, um dem PLK ihre Arbeitskraft zu erhalten.

Dokumentationslücken legen den Schluss nahe, dass es im Hinblick auf tatsächlich eingesetzten Zwang und Gewalt eine gewisse Dunkelziffer geben muss. Eine umfassende Dokumentation wurde auch bis zur Rechtsprechungsänderung des Bundesgerichtshofs im Jahre 1978 nicht gefordert.

Zwang und Gewalt waren vor dem Hintergrund gesamtgesellschaftlich eher repressiven Erziehungsvorstellungen üblich und legitimiert. Mangelnde Finanzierung, Überbelegung, Personalmangel und mangelnde Qualifikation des eingesetzten Personals im untersuchten Zeitraum trugen zur Verstärkung repressiver Erziehungsmethoden bei und sind durch weitere beigezogene Materialien der untersuchten Institution hinreichend belegt. Aufgrund der unvollständigen Dokumentation können manche Sachverhalte nicht vollumfänglich aufgeklärt werden. Über das Vorliegende hinaus gehende quantitative Aussagen gestalten sich deshalb schwierig. Weitere Forschung ist nötig, um ein vollständigeres Bild von der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Nachkriegszeit zu erlangen.

6 Literaturverzeichnis

[1] 50 Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie. Schwäbische Zeitung, Ausgabe Ravensburg (01.07.2000).

[2] abbvie: 130 Jahre Pharma-Forschung und Herstellung in Ludwigshafen – mit Blick in die Zukunft! <http://www.abbvie.de/about-us/abbvie-in-deutschland/neuigkeiten/130-jahre-pharma-forschung-160921.html>. Abgerufen am 17.05.2018.

[3] Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters: Flyer Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie Weissenau, 2012. https://www.zfp-web.de/fileadmin/Freigabe_ZfP_Suedwuerttemberg/Dokumente/Folder_und_Broschueren/Folder_Kinder_Jugend_April12.pdf. Abgerufen am 07.02.2018.

[4] Afschar-Hamdi, S.; Schepker, K.: Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Nachkriegszeit am Beispiel der Pflege- und Beobachtungsstation des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau (1951-1966). Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie: S. 526–542 (2017).

[5] Akteneintrag: Patientenakte. Archiv ZfP Südwürttemberg, Standort Weissenau.

[6] Antoinette, T.; Iyengar, S.; Puig-Antich, J.: Is locked seclusion necessary for children under the age of 14? American Journal of Psychiatry 147: S. 1283–1289 (1990).

[7] Arbeitsgruppe "Stiftung Anerkennung und Hilfe": Vorschlag an die Chefin und Chefs der Staats- und Senatskanzleien der Länder und den Chef des Bundeskanzleramtes (CdS-Konferenz), übermittelt durch das Vorsitzland der ASMK, Thüringen und an die Evangelische Kirche sowie die Katholische Kirche in Deutschland, übermittelt durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, für ein Hilfesystem für Menschen, die als Kinder und Jugendliche in der Zeit von 1949 bis 1975 (Bundesrepublik Deutschland) bzw. 1949 bis 1990

(DDR) in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. stationären psychiatrischen Einrichtungen Unrecht und Leid erfahren haben, 31.08.2015. http://www.veh-ev.eu/home/vehevinf/public_html/wp-content/uploads/2015/10/31.08.2015_Vorschlag-an-die-CdS-Konferenz.pdf. Abgerufen am 17.05.2018.

[8] Arnold, A.: Anfrage beim Firmenarchiv von AbbVie zum "megaphenähnlichen Präparat 338, Knoll". Persönliche Mitteilung, 14.11.2017.

[9] Baeyer, W. Ritter von: Die moderne psychiatrische Schockbehandlung. Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart (1950).

[10] Balz, V.: Zwischen Wirkung und Erfahrung - eine Geschichte der Psychopharmaka. Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland, 1950-1980. transcript, Bielefeld (2010).

[11] Baumann, R.; Grolle, I.: Arbeitsfähig oder unbrauchbar? Mabuse-Verlag, Hamburg (1993).

[12] Bekanntmachung des Innenministeriums über die Pflegesätze in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern (1956).

[13] Bischoff, A.: Ärztlicher Jahresbericht für das Jahr 1950, 22.03.1951. Archiv ZfP Südwürttemberg, Standort Weissenau.

[14] Bischoff, A.: Ärztlicher Jahresbericht für das Jahr 1965, April 1966. Archiv ZfP Südwürttemberg, Standort Weissenau.

[15] BMC Psychiatry: World Psychiatric Association (WPA) Thematic Conference. Coercive Treatment in Psychiatry: A Comprehensive Review, 2007. Abgerufen am 19.03.2017.

[16] Brink, C.: Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860 - 1980. Wallstein-Verlag, Göttingen (2010).

[17] Brückner, B.: Basiswissen: Geschichte der Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn (2010).

[18] Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Ergebnisprotokoll der Anhörung von 09. September 2015 zum Thema: Hilfen für Kinder und Jugendliche, die in der Zeit von 1949 bis 1975 (Bundesrepublik Deutschland) bzw. von 1949 bis 1990 (DDR) in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. stationären psychiatrischen Einrichtungen Unrecht und Leid erfahren haben., Berlin, 10.09.2015. Abgerufen am 19.02.2017.

[19] Bundesministerium für Arbeit und Soziales: BMAS - Stiftung Anerkennung und Hilfe. <http://www.bmas.de/DE/Themen/Teilhabe-Inklusion/Stiftung-Anerkennung-und-Hilfe/stiftung-erkennung-und-hilfe-artikel.html>. Abgerufen am 17.05.2018.

[20] Closset, J. C.: Zwangsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen: Eine Analyse von Entwicklung, Zeitverlauf und Diagnoseverteilung von Zwangsmaßnahmen, sowie Untersuchung von Patientencharakteristika. Dissertation. Universität, Ulm (2014).

[21] Coché, S.: Psychiatrie und Gesellschaft. Die psychiatrische Einweisungspraxis in Nationalsozialismus, DDR und BRD (1941-1963). Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen (2017).

[22] Degkwitz, R.: Bericht des Psychiatrischen Krankenhauses Weissenau über das Kalenderjahr 1967, März 1968. Archiv ZfP Südwürttemberg, Standort Weissenau.

[23] Dettwiler, W.: Anfrage beim Firmenarchiv von Novartis zu "Versuchspräparat 947". Persönliche Mitteilung, 07.11.2017.

[24] Deutsche Krankenhausgesellschaft: Aktualisierter DKG-Leitfaden Aufbewahrungspflichten und –fristen von Dokumenten im Krankenhaus. Stand: Mai 2011, 2011. http://www.dkgev.de/media/file/9599.RS194%E2%80%93311_Anlage.pdf. Abgerufen am 06.02.2018.

[25] Deutscher Bundestag: Vergütung und rentenrechtliche Absicherung für Beschäftigte in Werkstätten für behinderte Menschen. Rechtslage in ausgewählten EU-Mitgliedsstaaten. Aktenzeichen WD 6-3000-137/16, 16.02.2017. <https://www.bundestag.de/blob/497914/80c90c84fbd03f105b6076e683a161cf/wd-6-137-16-pdf-data.pdf>. Abgerufen am 07.02.2018.

- [26] Die Bundesregierung der Republik Deutschland: Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines familiengerichtlichen Genehmigungsvorbehaltes für freiheitsentziehende Maßnahmen bei Kindern, Berlin, 22.02.2017. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/112/1811278.pdf>. Abgerufen am 01.05.2017.
- [27] Die Mitglieder der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Arzneiverordnungen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, Berlin (1967).
- [28] Dinges, Stephan: Anfrage an das historische Hoechst-Firmenarchiv, jetzt das Firmenarchiv von Sanofi zum "Präparat 1917 von Cassella". Persönliche Mitteilung, 10.11.2017.
- [29] Dörries, A.; Vollmann, J.: Medizinische und ethische Probleme der Klassifikation psychischer Störungen. Dargestellt am Beispiel des "Würzburger Schlüssels" von 1933. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie 65: S. 550–554 (1997).
- [30] Dr. Boeckh: Besichtigung des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau am 20. Juni 1956, 01.07.1956. Archiv ZfP Südwürttemberg, Standort Weissenau.
- [31] Dr. Schulz: Bericht über die Kinder- und Jugendabteilung an das Innenministerium Stuttgart, 28.05.1968. Archiv ZfP Südwürttemberg, Standort Weissenau.
- [32] Düwell, K.; Matheus, M.: Geschichtliche Landeskunde. Franz Steiner, Stuttgart (1997).
- [33] Ederle, W.: Ärztlicher Jahresbericht über das Jahr 1952, 30.12.1953. Archiv ZfP Südwürttemberg, Standort Weissenau.
- [34] Ederle, W.: Brief an das Regierungspräsidium Südwürttemberg-Hohenzollern, 06.07.1956. Archiv ZfP Südwürttemberg, Standort Weissenau.
- [35] Ederle, W.: Ärztlicher Jahresbericht über das Jahr 1956, 26.02.1957. Archiv ZfP Südwürttemberg, Standort Weissenau.

- [36] Ederle, W.: Ärztlicher Jahresbericht für das Jahr 1957, 01.03.1958. Archiv ZfP Südwürttemberg, Standort Weissenau.
- [37] Ederle, W.: Brief an das staatliche Hochbauamt Ravensburg, 22. 07. 1959. Archiv ZfP Südwürttemberg, Standort Weissenau.
- [38] Ederle, W.: Ärztlicher Jahresbericht über das Jahr 1961, März 1962. Archiv ZfP Südwürttemberg, Standort Weissenau.
- [39] Ehrhardt, H.; Villinger, W.: Rechtssicherheit und Gesundheitsschutz bei Geisteskranken. *Der Nervenarzt* 25: S. 37–42 (1954).
- [40] Fangerau, H.; Topp, S.; Schepker, K.: *Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit*. Springer, Berlin, Heidelberg (2017).
- [41] Fegert, J. M.; Rassenhofer, M.; Schneider, T.; Seitz, A.; Spröber, N.: *Sexueller Kindesmissbrauch – Zeugnisse, Botschaften, Konsequenzen*. Beltz Juventa, Weinheim (2013).
- [42] Fehlemann, S.; Sparing, F.; Vögele, J.: Kindheit, Krankheit, Krieg. Kinder und Jugendliche in psychiatrischen Einrichtungen des Rheinlandes nach 1945. In: Fangerau, H.; Topp, S.; Schepker, K. *Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit*: S. 538–555. Springer, Berlin, Heidelberg (2017).
- [43] Fetzner, A.; Steinert, T.; Metzger, W.: Eine prospektive Untersuchung von Zwangsmaßnahmen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 55: S. 754–766 (2006). http://psydok.psycharchiv.de/jspui/bitstream/20.500.11780/2949/1/55.200610_2_47013.pdf_new.pdf. Abgerufen am 20.02.2018.
- [44] Finzen, A.: Der Zeitgeist ist nicht doppelblind. *Sozialpsychiatrische Informationen*: S. 2–8 (2008). <http://www.finzen.de/pdf-dateien/zeitgeist.pdf>. Abgerufen am 21.02.2018.

- [45] Flammer, E.; Steinert, T.: Involuntary Medication, Seclusion, and Restraint in German Psychiatric Hospitals after the Adoption of Legislation in 2013. *Frontiers in Psychiatry* 6: S. 1–5 (2015).
- [46] Frank, U.; Asnina, T.: Die Unterbringung psychisch kranker Rechtbrecher als Aufgabe der Psychiatrie von 1933 bis 1945. In: Müller, T.; Reichelt, B.; Kanis-Seyfried, U. *Psychiatrie in Oberschwaben: S. 197–207. Psychiatrie und Geschichte, Zwiefalten* (2017).
- [47] Fuchs, C.; Gerst, T.: Medizinethik in der Berufsordnung. Entwicklungen der Muster-Berufsordnung. <http://www.bundesaerztekammer.de/recht/berufsrecht/muster-berufsordnung-aerzte/medizinethik-in-der-berufsordnung/>. Abgerufen am 17.05.2018.
- [48] Georgieva, I.; Mulder, C. L.; Noorthoorn, E.: Reducing seclusion through involuntary medication. *Psychiatry research* 205: S. 48–53 (2013).
- [49] Goren, S.; Singh, N. N.; Best, Al M.: The aggression-coercion cycle: Use of seclusion and restraint in a child psychiatric hospital. *Journal of Child and Family Studies*: S. 61–73 (1993).
- [50] Groß, D.: Ethische Grenzen humanmedizinischer Forschung. In: Schumpelick, V.; Vogel, B. *Innovationen in Medizin und Gesundheitswesen*: S. 415–439. Herder, Freiburg im Breisgau (2010).
- [51] Gruhle, Hans W.: Unterbringung eines Kranken gegen seinen Willen in der geschlossenen Abteilung einer Heilanstalt. *Der Nervenarzt* 22: S. 271–273 (1951).
- [52] Gutheil, T.: Observations on the theoretical bases for seclusion of the psychiatric inpatient. *American Journal of Psychiatry* 135: S. 325–328 (1978).
- [53] Hanrath, S.: Zwischen "Euthanasie" und Psychiatriereform. *Anstaltspsychiatrie in Westphalen und Brandenburg: Ein deutsch-deutscher Vergleich (1945-1964)*. Ferdinand Schöningh, Paderborn, München, Wien, Zürich (2002).

- [54] Hävernich, W.: Schläge als Strafe. Hamburger Museumsverein e. V., Hamburg (1964).
- [55] Heinemann, M.: Gewalt und Erziehung. Einleitung in das Thema. Bildung und Erziehung 64: S. 127–132 (2011). <https://www.degruyter.com/view/j/bue.2011.64.issue-2/bue.2011.64.2.127/bue.2011.64.2.127.xml>. Abgerufen am 10.03.2017.
- [56] Helming, E.; Kindler, H.; Langemeyer, A.; Mayer, M.; Mosser, P.; Entleitner, C.; Schutter, S.; Wolff, M.: Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Institutionen. Abschlussbericht des DJI-Projekts im Auftrag der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann, 2011. https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/DJIAbschlussbericht_Sexuelle_Gewalt.pdf. Abgerufen am 29.04.2018.
- [57] Hennicke, K., Buscher, M., Häßler, F. & Roosen-Runge, G.: Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung. Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin (2009).
- [58] Herz, A.; Hippus, H.; Spann, W.: Psychopharmaka heute. Springer, Berlin, Heidelberg, New York (1990).
- [59] Jachertz, N.: Heroische Therapien, ausgelieferte Patienten. Deutsches Ärzteblatt 106: S. 1868–1870 (2012). Abgerufen am 12.03.2017.
- [60] Jaspersen, K.: Lehrbuch der Geistes- und Nervenkrankenpflege. Deutscher-Heimat-Verlag, Bielefeld (1952).
- [61] Jentschura, G.: Beschäftigungstherapie. Thieme, Stuttgart (1959).
- [62] Jungmann, J.: Ermittlung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Jahren 1949 bis 1990 in der Deutschen Demokratischen Republik in Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. stationären psychiatrischen Einrichtungen Unrecht und Leid erfahren haben.

Machbarkeitsstudie - Zwischenbericht, 2015. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-46998-8>. Abgerufen am 17.05.2018.

[63] Jungmann, J.: Ermittlung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Jahren 1949 bis 1990 in der Deutschen Demokratischen Republik in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie Leid und Unrecht erfahren haben. Abschlussbericht, 2016. <http://bvkm.de/wp-content/uploads/Forschungsbericht-Leid-und-Unrecht.pdf>. Abgerufen am 17.05.2018.

[64] Kallert, T. W.; Glöckner, M.; Onchev, G.; Raboch, J.; Karastergiuo, A.; Solomon, Z.; Magliano, L.; Dembinskas, A.; Kienja, A.; Nawka, P.; Torres-González, F.; Priebe, S.; Kjellin, L.: The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data. *World Psychiatry* 3: S. 168–172 (2005). <http://webpace.qmul.ac.uk/spriebe/publications/pub%20by%20year/2005/2005%20-%20The%20EUNOMIA%20project%20on%20coercion%20in%20psychiatry%20-%20study%20design%20and%20preliminary%20date%20-%20World%20Psychiatry%204.3%20Oct%20REAL%20PDF.pdf>. Abgerufen am 13.05.2018.

[65] Kerschewicz, N.; Kynast, A.; Suckow, M.: Hölle Kinderpsychiatrie - Gewalt und Missbrauch hinter Anstaltsmauern. WDR, 01.04.2014.

[66] Kersting, F.-W.; Schmuhl, H.-W.: Psychiatrie- und Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im St. Johannes-Stift in Marsberg (1945 – 1980), 09.02.2017. <http://www.lwl.org/pressemitteilungen/daten/anlagen/013000/13510.pdf>. Abgerufen am 13.05.2018.

[67] Kersting, F.-W.; Schmuhl, H.-W.: Psychiatrie- und Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im St. Johannes-Stift in Marsberg (1945-1980). Anstaltsalltag, individuelle Erinnerung, biographische Verarbeitung. Ardey-Verlag, Münster (2018).

[68] Klee, E.: "Euthanasie" im NS-Staat. Die "Vernichtung lebensunwerten Lebens". Fischer, Frankfurt am Main (1983).

[69] Koch, H. J.: Psychopharmaka - Zufall und Forschung. Pharmazeutische Zeitung online (2009). <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=17597>. Abgerufen am 21.04.2018.

[70] Köhler, K.: Hermann Simon und die Folgen. Klinische Psychiatrie und das Thema Arbeit. Ein Beitrag aus der Tagung: Wirksame Rehabilitation für psychisch kranke Menschen, Bad Boll, 2006. <http://www.ev-akademie-boll.de/fileadmin/res/otg/411006-Koehler.pdf>. Abgerufen am 13.05.2018.

[71] Konrad, K.; Fegert, J. M.; Flechtner, H.-H.: "Hölle Kinderpsychiatrie?" Deutsche Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Nachkriegszeit. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 43: S. 5–7 (2015).

[72] Konrad, M.: Bändigen, pflegen, therapieren: Die psychiatrische Krankenpflege seit 1945 anhand berufsbiographischer Interviews. Campus Forschung, Frankfurt a.M. u. a. (1985).

[73] Korth, R.: Strahlentherapeutische Behandlungsansätze in der Tübinger Nervenlinik bei Kindern und Jugendlichen mit Epilepsie, Hydrocephalus oder "Schwachsinn" in den Jahren 1940-1946. Dissertation. Universität Ulm, Ulm (2016).

[74] Kretschmer, M.: Die Weissenau. Psychiatrisches Krankenhaus von 1945 bis 1990; Geschichte und Erinnerungen. Psychiatrie und Geschichte, Zwiefalten (2002).

[75] Kuhlmann, C.: "So erzieht man keinen Menschen!". Lebens- und Berufserinnerungen aus der Heimerziehung der 50er und 60er Jahre. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden (2008).

[76] Kuhlmann, C.: Erziehungsvorstellungen in der Heimerziehung der 50er und 60er Jahre. Maßstäbe für angemessenes Erziehungsverhalten und für Grenzen ausgeübter Erziehungs- und Anstaltsgewalt, Bochum, 2010. http://www.rundertisch-heimerziehung.de/documents/RTH_Expertise_Erziehungsvorstellungen.pdf. Abgerufen am 30.10.2016.

- [77] Kurzrock, H.: Bericht eines ehemaligen Patienten des Landeskrankenhauses Niedermarsberg, St. Johannesstift – Psychiatrische Jugendanstalt. In: Kersting, F.-W.; Schmuhl, H.-W. *Psychiatrie- und Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im St. Johannesstift in Marsberg (1945 – 1980)*: S. 33.
- [78] Laux, G.; Dietmaier, O., König, W.: *Pharmakopsychiatrie*. Urban & Fischer, München, Jena (2001).
- [79] Lohaus, A., Vierhaus, M.: *Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für Bachelor*. Springer, Berlin, Heidelberg (2015).
- [80] Lundbeck - unsere Geschichte. <http://www.lundbeck.com/at/ueber-uns/fakten-und-hintergrunde/meilensteine>. Abgerufen am 17.05.2018.
- [81] Markie-Dadds, C.; Sanders, M. R.; Turner, K. M. T.: *Das Triple P-Elternarbeitsbuch. Der Ratgeber zur positiven Erziehung mit praktischen Übungen*. PAG Inst. für Psychologie, Münster (2009).
- [82] Marquardt, H.: *Dogmatische und kriminologische Aspekte des Vikariierens von Strafe und Maßregel. Eine Untersuchung auf der Grundlage des § 67 StGB in der Fassung des Zweiten Gesetzes zur Reform des Strafrechts (2. StrRG) vom 4. Juli 1969*. Duncker & Humblot, Bd 9, Berlin (1972).
- [83] Mayring, P.: *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Beltz, Weinheim, Basel (2003).
- [84] Merguet, H.: *Psychiatrische Anstaltsorganisation*. In: Gruhle, H. W.; Jung, R.; Mayer-Gross, W. *Psychiatrie der Gegenwart*: S. 75–110. Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg (1961).
- [85] Meyer, J. E.: *Untersuchungen über die Charakterveränderungen nach Encephalitis epidemica*. *Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift Neurologie* (*Archiv für Psychiatrie und*

Nervenkrankheiten. Vereinigt mit Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie) 72: S. 552–609 (1925).

[86] Meyer, J. E.: Diagnostische Einteilung und Diagnoseschemata in der Psychiatrie. In: Gruhle, H. W.; Jung, R.; Mayer-Gross, W. Psychiatrie der Gegenwart: S. 130–180. Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg (1961).

[87] Mielke, F. A.: Über das Rauwolfia-Alkaloid Reserpin (Serpasil) in der Psychiatrie. Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift Neurologie (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten Vereinigt mit Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie) 194: S. 263–288 (1956).

[88] Mitscherlich, A.; Mielke, F.: Medizin ohne Menschlichkeit. Fischer, Frankfurt a.M. (1987).

[89] Mitteilungen BWKG Heft 2/65, laufende Nummer 106: Wegfall der Kinderpflegesätze, 26.02.1965. Archiv ZfP Südwürttemberg, Standort Weissenau.

[90] Morgenthaler, W.: Die Pflege der Gemüts- und Geisteskranken. Hans Huber, Bern, Berlin (1931).

[91] Morgenthaler, W.: Die Pflege der Gemüts- und Geisteskranken. Medizinischer Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart (1961).

[92] Muthesius, H.: Reichsjugendwohlfahrtsgesetz. Kohlhammer, Stuttgart (1950).

[93] Noack, T.; Fangerau, H.: Zur Geschichte des Verhältnisses von Arzt und Patient in Deutschland. In: Schulz, S.; Steigleder, K.; Fangerau, H.; Paul, N. W. Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin: S. 77–93. Suhrkamp, Frankfurt a.M. (2006).

[94] Nordmann, E.: Kurze Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Weissenau. Unveröffentlichtes Manuskript.

[95] Novartis: Die Novartis Geschichte. <https://www.novartis.ch/de/ueber-uns/die-novartis-geschichte>. Abgerufen am 17.05.2018.

[96] Böge, I.: Teilnahme Jugendlicher an der Arbeitstherapie des Erwachsenenbereiches. Persönliche Mitteilung, Mai 2018.

[97] Petitionsausschuss des deutschen Bundestags: Empfehlung des Petitionsausschusses in seiner Sitzung am 26. November 2008 zur Petition die Situation von Kindern und Jugendlichen in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland in verschiedenen öffentlichen Erziehungsheimen betreffend, Berlin, 2008. http://www.rundertisch-heimerziehung.de/download/Empfehlung_Petitionsausschuss.pdf. Abgerufen am 19.02.2017.

[98] Rabe, S. C.; Fegert, J. M.; Krüger, U.; Kölch, M.: Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 66: S. 26–46 (2017).

[99] Ratzel, R.; Luxenburger, B.: Handbuch Medizinrecht. Deutscher Anwaltverlag, Bonn (2008).

[100] Reichelt, B.: Von der Verwahrung zur Fürsorge. In: Müller, T.; Kanis-Seyfried, U.; Reichelt, B.; Schepker, R. Psychiatrie in Oberschwaben: S. 61–104. Psychiatrie und Geschichte, Zwiefalten (2017).

[101] Riederer, P.; Laux, G.; Pöldinger, W.: Neuro-Psychopharmaka, Bd 1. Springer, Wien, New York (1992).

[102] Rohde, A.; Marneros, A.: Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie. W. Kohlhammer, Stuttgart (2007).

[103] Rotzoll, M.: "Ein dringendes Erfordernis unserer Zeit". Zur Entwicklung der pfälzischen Kinder- und Jugendpsychiatrie 1945-1986. In: Fangerau, H.; Topp, S.; Schepker, K.

Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit: S. 513–532. Springer, Berlin, Heidelberg (2017).

[104] Runder Tisch - Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren. Abschlussbericht, Berlin. http://www.rundertisch-heimerziehung.de/documents/RTH_Abschlussbericht.pdf. Abgerufen am 19.02.2017.

[105] Schepker, K.: Beobachten, Behandeln, Pflegen. In: Müller, T.; Kanis-Seyfried, U.; Reichelt, B.; Schepker, R. Psychiatrie in Oberschwaben: S. 281–298. Psychiatrie und Geschichte, Zwiefalten (2017).

[106] Schepker, K.; Kölch, M.: Psychopharmaka in den 1950ern – zur Verwissenschaftlichung einer Debatte. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 45: S. 1–8 (2017). Abgerufen am 12.08.2017.

[107] Schepker, R.; Steinert, T.; Jungmann, J.; Bergmann, F.; Fegert, J. M.: Qualitätsmerkmale freiheitseinschränkender Maßnahmen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 55: S. 802–813 (2006). Abgerufen am 19.03.2017.

[108] Schepker, R.; Brünger, M.: Freiheitsentziehung und Freiheitsbeschränkung - der Gesetzentwurf zum § 1631b BGB. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 45: S. 160–162 (2017). Abgerufen am 30.04.2017.

[109] Schepker, R.: Persönliche Mitteilung, 10.03.2017.

[110] Schepker, R.: Bettenanzahl pro Zimmer auf der Kinderstation der Weissenau. Persönliche Mitteilung, 13.12.2017.

[111] Schleiffer, R.; Müller, S.: Die Bindungsrepräsentation von Jugendlichen in Heimerziehung. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51: S. 747–765 (2002). Abgerufen am 03.02.2018.

- [112] Schmuhl, H.-W.; Winkler, U.: Aufbrüche und Umbrüche. Lebensbedingungen und Lebenslagen behinderter Menschen in den v. Bodeschwingschen Anstalten Bethel von den 1960er bis zu den 1980er Jahren. Verlag für Regionalgeschichte, Bielefeld (2018).
- [113] Schneider, T.: Informationen zur Stiftung "Anerkennung und Hilfe", Berlin, 13.01.2017. <https://www.diakonie-wissen.de/documents/10179/1196292/2017-01-13+Informationen+zur+Stiftung+Anerkennung+und+Hilfe.pdf/87e9d93f-8f6e-4ab5-879d-5b6c52c44689?version=1.3>. Abgerufen am 10.03.2017.
- [114] Schnoor, K.; Schepker, R.; Fegert, J. M.: Rechtliche Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 55: S. 814–837 (2006).
- [115] Scholz, L.: Leitfaden für Geisteskrankenpfleger. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. (1950).
- [116] Schöнке, A.: Juristische Fragen der psychiatrischen Praxis. Der Nervenarzt 22: S. 161–162 (1951).
- [117] Schott, H.; Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. C. H. Beck, München (2006).
- [118] Schulte, W.: Der chronisch Anstaltskranke als Problem für Forschung und Therapie. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie: S. 190–200 (1960).
- [119] Schulte, W.: Gefahren extremer Pharmakotherapie in der Psychiatrie. In: Kranz; K. H. Psychopharmakopsychiatrie und Psychopathologie. Thieme, Stuttgart (1967).
- [120] Simon, H.: Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. W. de Gruyter, Berlin (1929).

[121] Statistisches Bundesamt: 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung.
<https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/#!y=1950&v=2>. Abgerufen am 07.03.2017.

[122] Steinert, T.: Die Geschichte des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weißenau. Darstellung der Anstalts-Geschichte von 1888 bis 1945 im ideengeschichtlichen und sozio-ökonomischen Kontext. Weissenhof-Verlag Kunow, Winsberg (1985).

[123] unbekannter Autor: Allgemeine Grundsätze, Jahr unbekannt. Archiv ZfP Südwürttemberg, Standort Weissenau.

[124] unbekannter Autor: Bericht des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau - Akademisches Krankenhaus der Universität Ulm - über das Kalenderjahr 1969. Archiv ZfP Südwürttemberg, Standort Weissenau.

[125] unbekannter Autor: Bericht an das Regierungspräsidium Südwürttemberg-Hohenzollern, 21.02.1966. Archiv ZfP Südwürttemberg, Standort Weissenau.

[126] Unicef: Konvention über die Rechte des Kindes, 20.11.1989.
<https://www.unicef.de/blob/9364/a1bbed70474053cc61d1c64d4f82d604/d0006-kinderkonvention-pdf-data.pdf>. Abgerufen am 17.05.2018.

[127] Unterrichtung durch die Bundesregierung Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland — Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung — Psychiatrie-Enquete. Drucksache 7/4200, Bonn, September 1975.

[128] Wapler, F.: Expertise zu Rechtsfragen der Heimerziehung der 50er und 60er Jahre. Gutachten im Auftrag des "Runden Tisch Heimerziehung", Göttingen, 2010.
http://www.rundertisch-heimerziehung.de/documents/RTH_Expertise_Rechtsfragen.pdf. Abgerufen am 22.11.2016.

[129] Warnke, A.; Lehmkuhl, G.: Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. Schattauer, Stuttgart (2011).

[130] Weltärztebund: WMA Deklaration von Helsinki. Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen, 1964. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/Deklaration_von_Helsinki_2013_DE.pdf. Abgerufen am 17.05.2018.

[131] Wendelin, H.: Runder Tisch - Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren. Zwischenbericht. http://www.rundertisch-heimerziehung.de/documents/RTH_Zwischenbericht_000.pdf. Abgerufen am 30.12.2017.

[132] WeylChem International GmbH: Allessa GmbH. <http://www.weylchem.com/allessa-gmbh-403.html>. Abgerufen am 17.05.2018.

[133] Widmer, C.: Die Aufarbeitung kann beginnen. Thurgauer Zeitung: S. 7 (23.12.2015). <http://www.tagblatt.ch/ostschweiz/thurgau/kanton/Die-Aufarbeitung-kann-beginnen;art123841,4469991>.

[134] World Psychiatric Association: The Declaration of Hawaii. <http://www.co-dex.vr.se/texts/hawaii.html>. Abgerufen am 13.06.2018.

7 Anhang

7.1 Endgültige Kategorien und Ankerbeispiele

Tabelle 13. Endgültige Kategorien und Ankerbeispiele, die anhand der Patientenakten der Kinder- und Jugendabteilung des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau der Jahrgänge 1951, 1956, 1961 und 1966 erstellt wurden.

Nr.	Kategorie	Ankerbeispiel
Zwangsmaßnahmen im engeren Sinne		
1	Isolierung	40/19/51; 12.7.51: „Als er vor kurzem gemeinsam mit anderen eine ganze Reihe von Fenstern an der gegenüberliegenden Baracke eingeschlagen hatte, wurde er 8 Tage lang in einer Zelle isoliert, was auf sein Verhalten danach aber fast ohne Einfluß blieb.“
2	Fixierung	51/3/61; 10.7.62: „Zerreißt of seine Kleidung und muss dann fixiert werden.“
3	Faradisieren	41/61/51; 12.10.51: „R. macht große Schwierigkeiten, folgt in keiner Weise, ist patzig und distanzlos gegenüber den Pflegerinnen und hat dauernd Streit mit den anderen Kindern. Aus disziplinarischen Gründen wird er deshalb faradisiert.“
4	Körperliche Gewalt (Festhalten), Schlagen	37/8/51; Bericht der Lehrerin, April 1952: „Schlagen auf den Mund nützt nichts, verschlimmert es sogar noch.“
5	Freiheitsentzug (oft auf geschlossener Erwachsenenabteilung)	45/2/61; April 61: „...wird deshalb zur Vermeidung weiterer Fluchtgefahr in den Männerbau I verlegt.“ 52/137/61: „Der Junge hat wiederholt versucht zu entweichen und muß praktisch dauernd in Reichweite des Personals gehalten werden.“

6	Zwangsweises Verabreichen von Medikamenten	47/120/56; Arztbrief: „So konnten ihm Spritzen nur gegeben werden, wenn ihn wenigsten 2 oder 3 Erwachsene festhielten.“
Zwangsmaßnahmen im weiteren Sinne		
7	Schlafmittel, weil die anderen Patienten gestört werden („chem. Zwangsjacke“)	31/5/51: „Nachts singt sie oft stundenlang vor sich hin, stört dadurch die anderen Kinder und bekommt deswegen gelegentlich Luminal.“
8	Medikamente, um Kind „erträglich“ zu halten („chem. Zwangsjacke 2“)	58/9/66; Arztbrief: „... und haben während des stationären Aufenthalts ständig, um den Jungen innerhalb der Abteilung erträglich zu halten, eine neuroplegische Dauerbehandlung durchführen müssen.“
9	Verlegung auf Erwachsenenstation aus disziplinarischen oder aus Gründen der Betreuung	34/13/51: „Pat hat sich bis jetzt auf der Kirchenabteilung recht ruhig verhalten, sichtlich durch die Umgebung beeindruckt. Täglich bittet sie um Rückverlegung auf die Kinderabteilung. Es wird ihr gesagt, dass sie erst nach einer Bewährungsprobe von 8 Tagen auf E. verlegt werde und von dort aus dann auf der Kinderabteilung arbeiten könne.“ 40/19/51: „Als er am gestrigen Sonntag wieder in der Zelle isoliert werden musste, hat der die Klinke abgerissen, damit die Zellenfenster eingeschlagen und sie nach der eingreifenden Pflegerin geworfen. Da er in seinem Zustand für die Kinderstation nicht mehr tragbar erscheint, wird er in den Männerneubau verlegt.“ 23/65/51; 12.5.52: „Der Junge musste heute aus Platzgründen auf den Männerneubau I verlegt werden.“

Freiheitseinschränkende Maßnahmen		
10	Metallkappe über Zähne gegen Lippenbeißen; Handmanschetten wegen Fingernägelabreißen	54/15/66: „Um diese stark eiternde Lippenwunde, die zu einem Abfaulen der Unterlippe führen kann endlich zum Abheilen zu bringen, erscheint es notwendig, die Unterkieferzähne teilweise mit einer Metallkappe zu überdecken um den Kiefer offenzuhalten und dadurch ein weiteres Abbeißen der Lippe zu vermeiden.“
Grauzone		
11	Betreuung eines Patienten bei den Pflegefällen	49/1/61; 30.09.61: „Manchmal derart störend in der Schulgruppe, besonders wenn mehrere Neuzugänge gekommen sind, und er sich in seiner Mittelpunktrolle gestört fühlt. Muß deswegen jetzt meist zusammen mit den Pflegefällen versorgt werden.“
12	Medikamentenversuch	43/33/56; 23.10.56: „Pat. erwies sich auch in der letzten Zeit unter der Behandlung mit dem megaphen-ähnlichen Präparat 338 „Knoll“ als umtriebig und unbeeinflussbar.“
13	Stillsitzen	48/133/56; 22.11.56: „Sie hat am nächsten Tag mit angesehen, wie ein anderes Kind für das Fehlen der Kugel ½ Tag still sitzen musste.“
14	„Strafen, Zwänge“ ohne weitere Erläuterungen in der Akte	41/2/51; 27.02.51: „Trotz seiner wiederholten Versprechungen kommt er am Abend nach dem Spiel unpünktlich auf die Abt. und schwänzt die Schule, meist allerdings nur aus Angst vor einer Strafe.“
15	Übergriffe durch Mitarbeiter oder erwachsene Mitpatienten	42/19/56: „Außerdem hat es zwischen ihm und dem Pfleger K. offenbar ein besonderes „Verhältnis“ gegeben.“
Arbeit		
16	Arbeiten in der Produktion oder bei der Betreuung der anderen Kinder	43/33/56 Sept. 56: „Gelegentlich konnte sie von der Nähsaalpflegerin dazu angehalten werden, Waschlappen zu stricken,

		nachdem ihr das Stricken beigebracht worden war und dies tat sie dann eine zeitlang mit einer gewissen Freude, jedoch nicht anhaltend.“ 34/13/51: „Patient hat bisher von E. aus auf der Kinderabteilung gearbeitet und sich dabei leidlich gehalten.“
Pädagogik		
17	Helfen im Haushalt	40/19/51; 16.06.51: „Andererseits ist er sehr hilfsbereit und arbeitet gerne auf Station mit, räumt das Geschirr ab, hilft beim spülen und will dafür gelobt werden.“
18	Ausgangssperre	49/125/61; „Hat am Wochenende beim freien Ausgang gemeinsam mit einem anderen Kursteilnehmer (W. N.) in der Kirche Ansichtskarten gestohlen. N. hat sie dann verkauft. Beide bekommen nun keinen Ausgang mehr.“
19	Beschäftigung	52/24/66; „Hat in der Beschäftigungstherapie ein sehr nettes Puppenhaus gebaut und ist auf diese selbständige Leistung mit Recht stolz.“
Heilbehandlung		
20	Niedrigdosierte Medikamente zur Dämpfung der Hyperaktivität und motorischen Umtriebigkeit	59/98/66; Arztbrief: „Gleichzeitig gaben wir zur Dämpfung seiner allgemeinen Unruhe und Übererregbarkeit 3x täglich 1 bis 2 Tabletten Melleril zu 25 mg. Auch diese medikamentöse Behandlung wirkte sich in den letzten Wochen sehr günstig auf das Verhalten von M. aus, der sich jetzt in unserer Vorschulgruppe besser einordnen ließ und auch bei Beschäftigung mehr Ausdauer zeigte.“
21	Dämpfende Medikamente als Dauermedikation zur Behandlung sonst schwer zugänglicher	59/28/66; Arztbrief: „Während des stationären Aufenthaltes war ständig neuroplegische Behandlung notwendig. Zuletzt erhielt der Junge 3 x 1 Tbl. Neurocil, 2 x 25 mg

	Intelligenzgeminderter oder hirnor- ganisch Geschädigter	Atosil, 3 x ½ Tbl. Akineton u. abends nach Bedarf 1 Chloralhydrat-Recticle bzw. Lagu- nalsaft.“
22	Elektroschocks, Insulinschocks bei Schizophrenie	50/51: „Insulinkur inzwischen begonnen. Pat. hat heute den 2. Vollschock erhalten. Psychisch völlig zerfahrener Gedankengang mit lebhaftem Grimassieren, katatonen Be- wegungsmechanismen und Stereotypien wie ununterbrochenem auf die Bettdecke schlagen usw.“
23	Schlafkur (Serpasilkur)	47/120/56; 26.11.56: „Da der Junge doch in der Gemeinschaft recht schwierig ist und störend wirkt, wird bei ihm jetzt eine große Serpasilkur eingeleitet, da in der Literatur beschrieben wird, dass hirnorganisch ge- störte psychopathische Kinder dadurch bes- ser anpassungsfähig würden. Er erhält jetzt 2 x 2,5 mg i. m.“
nicht zu entscheiden		
24	Restkategorie	49/6/61; 08.01.1965: „Soll vorerst Lazarett- kleidung tragen und die Abteilung nicht mehr verlassen.“

7.2 Liste der Patienten, die laut Akte schon lange hätten verlegt werden sollen, aber keine Heimplätze zur Verfügung standen

Tabelle 14. Aufstellung aller Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Psychiatrischen Landeskrankenhauses (PLK) Weissenau der Jahrgänge 1951, 1956, 1961 und 1966, die laut Akteneintrag oder Arztbrief schon lange in eine Einrichtung der Behindertenbetreuung hätten verlegt werden sollen, aber aufgrund fehlender Heimplätze weiterhin im PLK blieben

Patienten-nummer	Geschlecht	Alter bei Aufnahme	Aufent-haltsdauer in Tagen	Diagnose Würzburger Schlüs-sel	Kostenträger
47/40/51	M	3,6	3145	1	Kreissozialamt
41/159/56	W	15,5	247	17	AOK/Kreissozial- amt
42/19/56	M	13,6	352	18	Stadtjugendamt, Abteilung Erzie- hungsfürsorge
42/41/56	W	13,9	831	13	Kreissozialamt
41/25/56	M	13,5	1127	4	Kreissozialamt
51/12/56	M	1,9	2058	1	Kreissozialamt
51/41/61	W	10,3	364	1	Krankenkasse
49/1/61	M	11,8	435	8	Landesfürsorgebe- hörde
52/192/61	M	9,9	562	1	AOK/Jugendamt
48/7/61	M	12,2	565	1	Stadtjugendamt
55/12/61	M	4,0	571	1	Städt. Sozialamt
58/187/61	M	3,7	603	1	Kreissozialamt
59/13/61	M	10,0	733	1	Kreissozialamt
55/21/61	M	5,2	752	1	Kreissozialamt
56/10/61	M	3,3	876	13	Landratsamt
43/16/61	W	15,2	939	14	Kreissozialamt
49/6/61	M	11,6	1833	1	Landesfürsorgebe- hörde
54/181/61	M	7,2	3261	1	Kreissozialamt/KK
51/3/61	M	9,1	4985	5	Kreissozialamt
56/14/66	M	8,9	175	17	Krankenkasse
52/76/66	M	13,7	296	8	KK/Stadtjugend- amt
52/24/66	M	12,5	417	1	Städt. Sozialamt
56/4/66	M	7,9	743	1	Städt. Sozialamt
54/1/66	M	10,1	877	1	Kreissozialamt
59/16/66	W	3,0	1448	1	Kreissozialamt
60/8/66	M	2,3	1625	1	Kreisjugendamt

7.3 Bilder

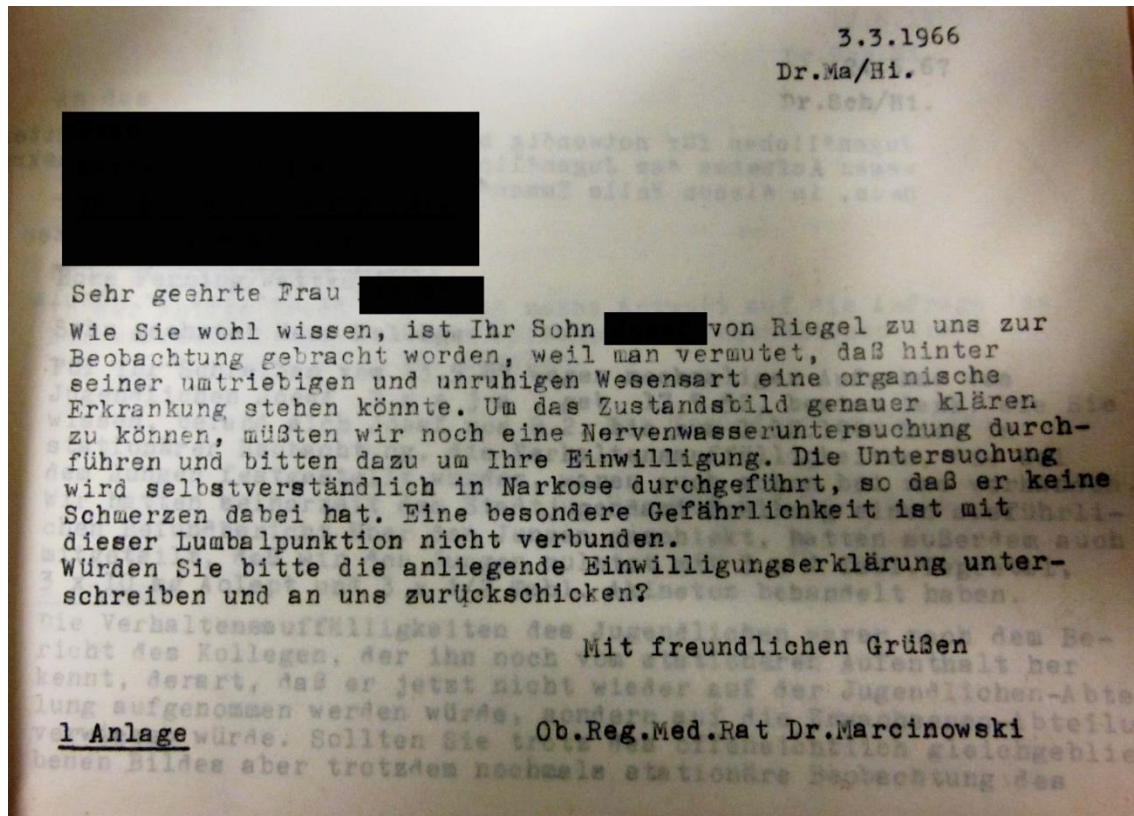


Abbildung 6. Schriftliche Aufklärung zur Lumbalpunktion bei einem Patienten der Kinder- und Jugendabteilung des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau aus dem Jahre 1966, Pat. 52/76/66 [5]

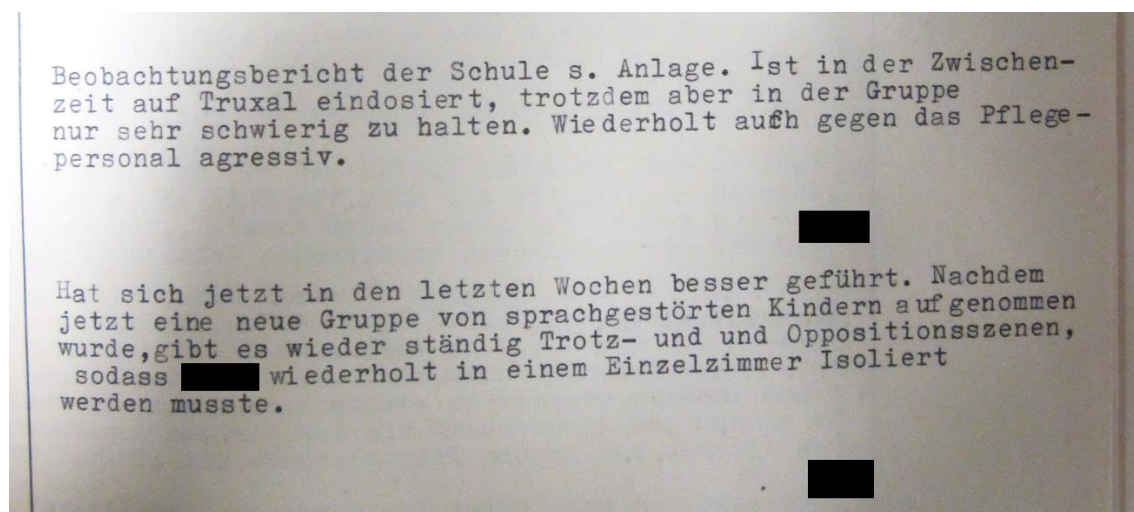


Abbildung 7. Repräsentatives Dokumentationsbeispiel aus einer Patientenakte der Kinder- und Jugendabteilung des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau aus dem Jahre 1961, Pat. 48/69/61 [5]

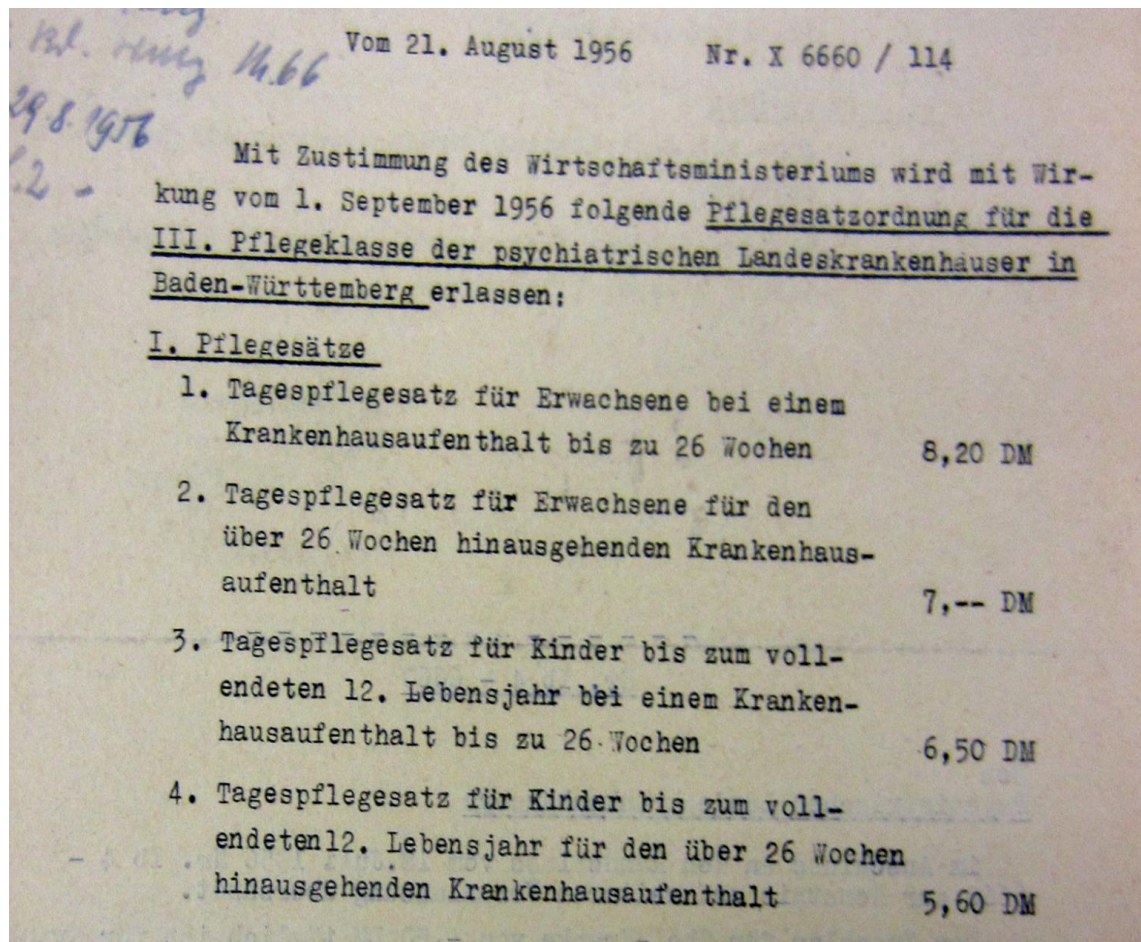


Abbildung 8. Pflegesatzordnung für Patienten der psychiatrischen Landeskrankenhäuser in Baden-Württemberg von 1956 [12]

8 Danksagung

Mein Dank gilt Frau Prof. Dr. Renate Schepker für die intensive Betreuung, Herrn Dr. Klaus Schepker für die Informationen zur Rechtslage und die gute Zusammenarbeit und meiner Familie für ihre Unterstützung.

9 Lebenslauf

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.