

Institut: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I,
Kooperationsklinik des Universitätsklinikums Ulm
Klinik für Psychosomatik, Neurologie und Psychiatrie
Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Leitung: PD Dr. Isabel Böge

**Die Herausbildung und Entwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen
Abteilung von 1952 bis 1957 in Weissenau und Gütersloh**

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Zahnmedizin der Medizinischen
Fakultät der Universität Ulm

Eingereicht von:

Carolin Bücken

Leverkusen

2020

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Renate Schepker

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Thomas Müller

Tag der Promotion: 21. Oktober 2021

Teile dieser Dissertation wurden veröffentlicht in:

Kaufung C., Holtmann M., Boege I.: Die Entwicklung der Psychopharma-kologischen Behandlung von 1952 bis 1957 in den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken Weissenau und Gütersloh. Z Kinder Jug-Psych 1–10 (2019)

<https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000646>

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	I
1 Einleitung	1
1.1 Aktuelle Debatten	1
1.2 Ein Institutionenvergleich	3
1.3 Stand der Kinder- und Jugendpsychiatrie 1950.....	4
1.4 Wissenschaftlicher Stand der Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	5
1.5 Fragestellung.....	6
2 Material und Methoden.....	7
2.1 Ethikvotum und Anonymisierung der Daten	7
2.2 Das Patientenakten-Archiv	7
2.3 Umfang der Datenmenge	8
2.4 Materialien zur historischen Kontextanalyse	9
2.5 Analyseeinheiten und Dokumentation	9
2.6 Hypothesen	10
2.6.1 Entwicklung der Zusammensetzung der Diagnosegruppen.....	10
2.6.2 Entwicklung der Zusammensetzung der Kostenträger	13
2.6.3 Entwicklung der Anteile der verschiedenen Medikamentengruppen.	13
2.6.4 Entwicklung psychotherapeutischer Behandlungen.....	14
2.6.5 Betrachtung von Außenseitermethoden	15
2.6.6 Disziplinierungsmaßnahmen.....	15
2.7 Statistisches Verfahren	15
2.8 Zitierweise	16
3 Ergebnisse	17
3.1 Historische Rahmenbedingungen und interner Aufbau	17
3.2 Patientenzusammensetzung- Entwicklung und Institutionenvergleich	19
3.2.1 Diagnoseverteilung	19

3.2.2	Aufenthaltsdauer im Bezug zur Diagnoseentwicklung	21
3.3	Diagnostik- Entwicklung und Institutionenvergleich	24
3.3.1	Neurodiagnostik.....	24
3.3.2	Psychodiagnostik.....	25
3.4	Therapien /Behandlungsstrategien.....	30
3.4.1	Medikation	30
3.4.2	Schocktherapien	39
3.4.3	Hinweise auf Psychotherapie.....	41
3.4.4	Sonstige Therapien.....	43
4	Diskussion	54
4.1.1	Entwicklung der Zusammensetzung der Diagnosegruppen.....	54
4.1.2	Entwicklung der Zusammensetzung der Kostenträger	55
4.1.3	Entwicklung der Anteile der verschiedenen Medikamentengruppen .	57
4.1.4	Entwicklung der psychotherapeutischen Behandlung.....	62
4.1.5	Betrachtung der Außenseitermethoden	63
4.1.6	Disziplinierungsmaßnahmen.....	64
4.2	Behandlungsmethoden und Klinikstruktur	65
4.3	Beurteilung der Methodik	70
4.4	Neue Erkenntnisse	72
4.5	Neue Theoriebildung	73
4.6	Exkurs Stiftung Anerkennung und Hilfe.....	74
5	Zusammenfassung.....	76
6	Literaturverzeichnis	78
	Tabellenverzeichnis.....	88
	Abbildungsverzeichnis.....	89
	Danksagung	90
	Lebenslauf.....	91

Abkürzungsverzeichnis

Abs. absolut

AFET Allgemeiner Fürsorge-Erziehungs-Tag = Bundesverband für Erziehungshilfe

Ant. Anteil

ADHS Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung

BGH Bundesgerichtshof

BRD Bundesrepublik Deutschland

BtM Betäubungsmittel

CdS Chef der Staatskanzlei/ Chef der Senatskanzlei

Cum. h. kumulierte Häufigkeit

d Tage

DAÄGP Deutsche Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie

DDR Deutsche demokratische Republik

DGKJP Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

DM Deutsche Mark

durchschn. durchschnittlich

DVJ Deutsche Vereinigung für Jugendpsychiatrie e. V.

EEG Elektroenzephalografie

e. V. eingetragener Verein

Gü Gütersloh

HE Halbierungserlass

Inj. Injektion

ITT Intention -to- treat

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie

LWL Landschaftsverband Westfalen-Lippe

PEG Pneumenzephalographie

PLK Psychiatrisches Landeskrankenhaus

RCT Randomized controlled trial

SEE Scophedal

WE Weissenau

WS Würzburger Schlüssel

ZDF Zweites Deutsches Fernsehen

ZfP Zentrum für Psychiatrie

ZNS Zentralnervensystem

1 Einleitung

1.1 Aktuelle Debatten

In den letzten Jahren sind die Umstände der Behandlung und Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in psychiatrischen Einrichtungen in den Fokus der Medien geraten.

Die wissenschaftliche Aufarbeitung der Heimunterbringungen begann schon vorher. So präsentierte 2011 der „Runde Tisch Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren“ (RTH) dem deutschen Bundestag die Ergebnisse (Jungmann, 2016). Im Abschlussbericht des runden Tisches „Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren“ wird eingeräumt, dass noch nicht abschließend beurteilt werden kann, ob und in welchem Maße Medikamentenversuche und nicht fachgemäße Vergabe von Psychopharmaka stattfanden (Wendelin und Loerbroks, 2010). Vielmehr heißt es hier: „Ob und in welchem Umfang eine solche Praxis vorkam, kann jedoch so viele Jahre später schwer beurteilt werden. Der Medikamenteneinsatz in der Heimerziehung, das Zusammenwirken der Heimerziehung und Psychiatrie und die Beteiligung der Ärzten an solchen Versuchen sind für die 50er und 60er Jahre noch kaum erforscht und bedürfen der weiteren Aufarbeitung“ (S.29).

Die 2014 im WDR ausgestrahlte Sendung „Hölle Kinderpsychiatrie- Gewalt und Missbrauch hinter Anstaltsmauern“ trug dann auch zum Start einer Diskussion bei, bei der auch zunehmend psychiatrische Einrichtungen thematisiert wurden (Kerschewics et al., 2014).

Am 7. Mai 2015 wurde auf der CdS-Konferenz das Thema „Hilfen für Menschen, die als Kinder und Jugendliche in der Zeit von 1949 bis 1975 (BRD) bzw. von 1949 bis 1990 (DDR) in Einrichtungen der Behindertenhilfe oder stationären psychiatrischen Einrichtungen Unrecht und Leid erfahren haben“, erörtert. Daraufhin erarbeitete die Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertretern der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK), der Gesundheitsministerkonferenz (GMK), der Jugend- und Familienministerkonferenz (JFMK), des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS), des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und der Kirchen, einen Vorschlag einer Unterstützungsregelung für die Betroffenen. Neben der Forderung für

„öffentliche Anerkennungen des allen Betroffenen widerfahrenen Unrechts und Leids“ (S. 8) und „personenbezogener Geldleistungen“ (S. 8), sollen zudem „die damaligen Geschehnisse auch wissenschaftlich aufgearbeitet werden“ (S. 8). Dies solle einen wesentlichen Beitrag zur Bewältigung und Aufarbeitung des Erlebten leisten und das erlebte Leid und Unrecht öffentlich sichtbar machen (Arbeitsgruppe der Stiftung „Anerkennung und Hilfe“, 2015). Die Arbeitsgruppe (2015) betont: „Eventuell noch vorhandene Akten und/oder Mitteilungen der betreffenden Einrichtung, soweit sie heute noch existieren, können helfen, die spezifischen Leiderfahrungen der/des Betroffenen zu ermitteln und zu veranschaulichen“ (S.12).

Auch der Vorstand der DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie) beschloss am 23. Juni 2014 „sich für die Anliegen von Kindern und Jugendlichen einzusetzen, die in der Nachkriegszeit und bis in die 70er Jahre in psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland persönliches Leid erfahren haben“ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V., 2014, S. 1). Hierfür wurde zugesagt, auf Wunsch ehemaliger Patienten „damalige Befunde und Akten [...] durchzugehen und ggf. eine schriftliche Erklärung über offensichtliche Fehldiagnosen abzugeben“ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V., 2014, S. 2).

Im Februar 2016 berichtete zudem das ZDF erstmals über angebliche Medikamentenstudien in Kinder- und Jugendpsychiatrien der Nachkriegszeit. In der Reportage des ZDF schien es gegeben, dass NS-Ärzte an wehrlosen Kindern gefährliche Medikamentenstudien durchgeführt hatten. Andere Sender griffen das Thema auf, Experten äußerten Befürchtungen, massive Vorwürfe wurden erhoben (Kaufung et al., 2019).

Nachweislich waren Mitglieder der 1940 gegründeten DGKH (Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik) an „Kindereuthanasie“ beteiligt. Die DGKH wurde nach Kriegsende nicht weitergeführt (Schepker, 2015), aber nach Ende des Nationalsozialismus „war es nicht unbedingt ein neuer Anfang, denn die Protagonisten der Vorkriegs- und Nachkriegszeit lebten und beteiligten sich aktiv am Wiederaufbau und an der Verselbstständigung des Fachgebietes“ (Nissen, 2005, S. 488). „Der Gedanke der sozialen Selektion war von 1919 bis 1951 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie immer wiederzufinden“ (Castell, 2008, S. 11). Was

sich mit dem Spezialisierungsprozess in der Nachkriegszeit und der Gründung der sogenannten Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie e. V. (DVJ) 1950 genau änderte, gilt es demnach weiter zu erforschen.

Einige Einrichtungen haben ihre konkrete Geschichte aufgearbeitet, dies gibt Einblicke in Teilbereiche. Ein Gesamtbild der damaligen Geschehnisse fehle bislang (Arbeitsgruppe der Stiftung „Anerkennung und Hilfe“, 2015).

Vor dem Hintergrund der Debatte um Psychopharmakaversuche an Kindern (Schepker und Kölch, 2017) und angeblich nicht indizierter Einsätze von Medikationen in der sich herausbildenden stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie der Nachkriegszeit besteht ein Interesse daran, anhand von Originalunterlagen den Umgang mit Medikamenten, sowie die Anwendung der damaligen Behandlungsstrategien zu rekonstruieren. Eine empirische Klärung ist nur über die wenigen, weitgehend vollständig erhaltenen Krankenaktenarchive möglich. (Kaufung et al., 2019). Folgende Arbeit soll einen Teil zur Aufarbeitung beitragen und kommt somit auch der schon 2003 formulierten Forderung nach: „Die Universitäten insgesamt, aber auch die einzelnen Wissenschaftsdisziplinen sind gerade heute immer wieder gefordert, sich ihrer eigenen Geschichte zu vergewissern. Nur so kann [...] eine vertiefte Reflexion über die gesellschaftliche Relevanz einerseits und die gesellschaftliche Bedingtheit aller wissenschaftlichen Aktivitäten andererseits geleistet [...] werden“ (Castell et al., 2003, S. 9). Ähnlich wird auch von Nissen beschrieben, dass für einen Ausblick auf die mögliche zukünftige Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein Rückblick auf die Geschichte nützlich sei (Nissen, 2005).

1.2 Ein Institutionenvergleich

Auf Grund des Bestehens von unterschiedlichen Stationskonzepten wurden zwei Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie hinsichtlich Patientenzusammensetzung, Diagnostik und Behandlungsmethoden, insbesondere der Medikation und der Psychotherapie untersucht. Im Vordergrund stehen hierbei die Etablierung der Psychopharmaka und die Frage nach der Vergabe von Versuchspräparaten. Methodisch wurden 966 stationäre Akten aller Patienten der Jahrgänge 1952 und 1957 aus der KJP (Kinder- und Jugendpsychiatrie) Weissenau und der KJP Gütersloh analysiert.

Allein Gerhard und Schönberg (2016) haben in ihrer Studie über die Kinderpsychiatrie Jena 1942-1954 einen ähnlichen Ansatz gewählt. Der in dieser Arbeit untersuchte Zeitraum liegt ausschließlich in der Nachkriegszeit. Der Vergleich zweier klinischer Einrichtungen ist deswegen interessant, weil zwischen den Versorgungsaufträgen - und damit auch der Finanzierung - stationärer psychiatrischer Einrichtungen für Kinder und Jugendliche der damaligen Zeit große Unterschiede bestanden. Stand in der Abteilung in Gütersloh die Aufgabe der „Beobachtungsstation“ mit kurzfristigen diagnostischen Aufenthalten und Weiterleitung in Jugendhilfe oder Behindertenhilfe im Vordergrund (Schepker, 2015), war die Weissenau sowohl der „Beobachtung“ als auch der „Bewahrung“ mit Pflegebetten verpflichtet (K. Schepker, 2017). Grundhaltungen der leitenden Ärzte der beiden Abteilungen, der wegen ihrer Verstrickung in die Kindereuthanasie (Haack et al., 2013) bekannten Elisabeth Hecker (1895- 1986) (Kersting, 1996), leitende Ärztin in Gütersloh 1951-1961, und dem weniger bekannten Gernot Marcinowski (1919-1966) aus der Tübinger „Gaupp-Schule“ (Kretschmer, 2002), leitender Arzt in Weissenau 1951-1966, könnten, müssen aber keine Auswirkungen auf die Vorgehensweisen der Abteilungen gehabt haben. Da die Klinik in Gütersloh von vornherein keine Pflege- und Bewahrungsfälle aufnahm (Hecker, 1955), könnten Unterschiede zwischen Gütersloh und Weissenau in der Patientenzusammensetzung bestanden haben. (Kaufung et al., 2019). Manfred Kretschmer, der von 1962 bis 1989 in der Weissenau als Psychiater arbeitete, und später das Werk „Die Weissenau. Psychiatrisches Krankenhaus von 1945 bis 1990, Geschichte und Erinnerungen“ verfasste, stellt eine große Hilfe bei der Rekonstruktion der Institutionsgeschichte dar.

1.3 Stand der Kinder- und Jugendpsychiatrie 1950

Zu Beginn der 1950er Jahre waren die Behandlungsmöglichkeiten noch wenig entwickelt. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren es vor allem analytisch orientierte Psychotherapie, Insulin- und Pyrifetherapie, und außerdem weitere Schocktherapien. Gegenüber der Röntgenbestrahlungen des Gehirns (Bussiek et al., 2003), über die Hermann Stutte (1909-1982) noch 1949 veröffentlichte, wurde auf der Gründungstagung der Fachgesellschaft 1950 in Marburg „allgemeine Skepsis“ geäußert (Castell et al., 2003, S. 96).

Pharmakotherapeutische Möglichkeiten wurden gesucht und neue Präparate (Castell et al., 2003) „erprobt“ (Häßler und Weirich, 2017). Auf den Tagungen der Fachgesellschaft wurde mehrmals (1950, 1952 und 1955) über Glutaminsäureversuche an Kindern von Heinrich Koch (1916-1999; Universität Tübingen) berichtet (Castell et al., 2003): „Koch (Tübingen) berichtete über günstige Erfahrungen mit der Glutaminsäurebehandlung kindlicher Schwachsinnszustände. [...] Er plädierte dafür, bei geistigen Entwicklungsrückständen keine therapeutische Möglichkeit außer acht zu lassen“ (Castell et al., 2003, S. 96). (Kaufung et al., 2019).

Vergleichbare Entwicklungen gab es außerdem im psychiatrischen Landeskrankenhaus (PLK) Weissenau, wo die Erwachsenenpsychiater 1952 berichteten: „Weitere Behandlungsversuche mit einem Nukleinproteinpräparat bei depressiven Zuständen brachten uns im Gegensatz zu dem anfänglichen Eindruck doch zu der Ansicht, daß damit Depressionen beeinflussbar sind. Ein abschließendes Urteil ist uns jedoch noch nicht möglich“ (Ärztlicher Jahresbericht, 1953). Auch andere neue medikamentöse therapeutische Möglichkeiten wurden aufgegriffen, so berichteten die Erwachsenenpsychiater ein Jahr später, dass nun „zur medikamentösen Behandlung der Psychosen [...] in ausgedehntem Maße das Megaphen herangezogen“ wurde, welches erst im Sommer 1953 auf den Markt gekommen war (Ärztlicher Jahresbericht, 1954). (Kaufung et al., 2019).

1.4 Wissenschaftlicher Stand der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Da sich das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Untersuchungszeitraum noch im Spezialisierungsprozess befand, gab es nur wenig fachspezifisches Lehrmaterial. Als umfassendes jüngeres Lehrbuch, welches klar das Fachgebiet abgrenzt, existierte einzig das von dem Schweizer Psychiater Moritz Tramer 1942 veröffentlichte „Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie“. Schon 1934 gründete Tramer die Fachzeitschrift „Acta paedopsychiatrica“. 1951 wurde die „Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie“ gegründet, welche sich zunächst durch psychoanalytische Orientierung auszeichnete, später zusätzlich interdisziplinäre Ansätze zeigte (Remschmidt, 2018). Die Erstausgabe erfolgte 1952. Ferner gab es die „Zeitschrift für Kinderforschung“, welche vor allem als Mitteilungsorgan des Vereins „Deutscher Verein zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen e. V.“ und der „Gesellschaft für Heilpädagogik e. V.“ (GfH) genutzt wurde (Schepker und Fangerau,

2017). Diese wurde 1944 eingestellt und erst wieder 1956 von Villinger und Stutte als „Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete“ weitergeführt, welches wiederum 1973 von der „Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie“ abgelöst wurde (Remschmidt, 2018).

1.5 Fragestellung

Das aktuelle Interesse an Aufarbeitung und die Frage nach der Entwicklung von Behandlungsstrategien in einem Fachgebiet, das zu der Zeit noch im Aufbau war und sich auf dem Weg zur eigenen Fachgesellschaft befand, führen zu diversen Fragestellungen. Zudem treffen in diesem Institutionsvergleich zwei verschiedene Konzepte aufeinander, welche zusätzlich im Fünfjahresabstand verglichen werden können.

Gezielte Hypothesen, welche unter 2.6 aufgeführt sind, wurden erst nach erster Sichtung des Aktenbestandes entwickelt, da es zunächst zu ergründen galt, welche verwertbaren Informationen und Dokumentationen die Patientenakten enthalten. Folgende Fragestellungen sollen in dieser Arbeit beantwortet werden:

-Gab es durch die verschiedenen Versorgungskonzepte der Institutionen Unterschiede in der Zusammensetzung der Patienten in Bezug auf die Diagnosen und die Finanzierung?

-Wie entwickelten sich die medikamentösen und die psychotherapeutischen Behandlungskonzepte und unterschieden sie sich in Weissenau und Gütersloh?

-Gab es besondere oder aus heutiger Sicht vielleicht obsoletere Behandlungsmethoden?

-Fanden Disziplinierungsmaßnahmen statt?

2 Material und Methoden

2.1 Ethikvotum und Anonymisierung der Daten

Am 10.10.2016 wurde der Antrag mit der Nummer 294/16- „Herausbildung der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen Weissenau und Gütersloh anhand von Verwaltungs- und Krankenunterlagen 1952 und 1957“ bei der Ethikkommission Ulm mündlich verhandelt und mit einer positiven Bewertung abgeschlossen.

Die Patientendaten wurden primär anonymisiert. Anhand der Laufnummer, beziehungsweise in Gütersloh zusätzlich mit der Archivnummer, sind die Patienten identifizierbar, um die Nachvollziehbarkeit der Forschungsergebnisse sicherzustellen. Der Zugang zum Archiv ist jeweils klar geregelt und begrenzt.

2.2 Das Patientenakten-Archiv

Die Grundlage der Datenerhebung bilden noch vorhandene Patientenakten der Kinder und Jugendlichen, die im Jahr 1952 und im Jahr 1957 in Weissenau auf der Kinder- und Jugendabteilung stationär aufgenommen wurden. Die zu untersuchenden Inhalte wurden mit den noch verfügbaren Akten der Kinder und Jugendlichen, die zwischen 03.04.1952 und 02.04.1953 und im Jahr 1957 in der KJP Gütersloh in stationärer Behandlung waren, verglichen. Grund für die leichte Abweichung des gewählten Untersuchungszeitraumes in der KJP Gütersloh ist der Umzug der Station vom St. Johannesstift Niedermarsberg nach Gütersloh im März 1952. Der Zeitraum 4/1952-3/1953 wird in folgenden Abschnitten und Abbildungen vereinfacht als Jahr 1952 beschrieben. (Kaufung et al., 2019). In Weissenau wurde die Kinderabteilung bereits im November 1950 als Pflege- und Beobachtungsabteilung eröffnet (Kretschmer, 2002).

Es wurden somit jeweils Akten eines vollständigen Jahrgangs untersucht und keine Stichprobenziehung vorgenommen, auch um aussagefähige statistische Vergleiche zu ermöglichen.

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt nicht auf dem Vergleich der Kliniken, sondern auf der zeitlichen Entwicklung.

Gewählt wurde der Jahrgang 1952 und im Fünfjahresabstand das Jahr 1957, um die Anfänge und die Herausbildung der Kinder- und Jugendpsychiatrie, sowie auch

die Entwicklung dieses Gebietes zu erfassen, das erst viel später (1967) eine eigene medizinische Gebietsbezeichnung erhielt.

Die im Weissenauer Klinikarchiv des heutigen ZfP Südwürttemberg vorhandenen Jahrbücher, die es dort jahrweise in der Kinder- und Jugendstation gab, dokumentieren nach Aufnahme datum sortiert die stationär aufgenommenen Patienten. So ließen sich die entsprechenden Akten in dem alphabetisch sortierten Klinikarchiv identifizieren. Die Patientenakten sind prinzipiell alle erhalten.

Die Akten aus der KJP Gütersloh sind im LWL-Archivamt für Westfalen in Münster eingelagert, wo sie aufgeteilt im LWL-Bestand, dem Zwischenarchiv-Bestand und der Buchstabenstichprobe liegen. Hierbei handelt es sich um komplett archivierte Jahrgänge.

2.3 Umfang der Datenmenge

Im Jahr 1952 betrug in Weissenau die Zahl der dokumentierten Aufenthalte 130 bei 126 Patienten (d.h. 4 Mehrfachaufnahmen). 23% der Akten konnten nicht gefunden werden. Ähnlich verhielt dies sich auch im Jahr 1957. Hier konnten 22,6% der Akten von 174 verzeichneten Aufenthalten bei 165 Patienten (d.h. 9 Mehrfachaufnahmen) nicht ausfindig gemacht werden. Ein Teil des Schwundes könnte durch Namensänderung, gerade weiblicher Patienten, durch spätere Heirat und spätere Wiederaufnahme erklärt werden, ein weiterer Teil durch Entlassungen am gleichen Tag. Letztlich wurden aus dem Jahr 1952 aus dem Archiv in Weissenau 96 Akten analysiert und aus dem Jahr 1957 128 Akten. (Kaufung et al., 2019).

In Gütersloh betrug die Aufnahmeanzahl im zu untersuchenden Zeitraum der Jahre 1952/1953 285 und im Jahr 1957 539. Einige Akten waren leer und nach Abzug der Mehrfachaufnahmen konnten 266 Akten aus dem Jahr 1952 und 476 Akten aus dem Jahr 1957 vollständig analysiert werden (Kaufung et al., 2019). Es ließen sich jedoch auch bei den leeren Akten durch die Aktenbeschriftung trotzdem noch Informationen zu Geschlecht, Aufenthaltsdauer- und Anzahl gewinnen.

2.4 Materialien zur historischen Kontextanalyse

Um die gewonnenen Ergebnisse im historischen Kontext einordnen zu können, wurden zusätzlich zeitgenössische Materialien verwendet. Im Rahmen der „kinderpsychiatrischen Arbeitsgruppe“ am ZfP Südwürttemberg habe ich weitere Archivmaterialien wie zum Beispiel Auszüge aus Personalakten und ärztliche Jahresberichte erhalten. Zusätzlich wurden retrospektive Analysen aus der Weissenauer und der LWL-Forschung miteinbezogen. Als weitere Quellen wurde Literatur aus der Bibliothek der Weissenau genutzt.

2.5 Analyseeinheiten und Dokumentation

Zu den Analyseeinheiten der Patientenakten gehören die dokumentierte Krankengeschichte, Arztbriefe, beigefügte Berichte der Lehrer und Stationsschwestern, Befundbögen zur organischen und neurologischen Untersuchung, psychodiagnostische Tests, „Fieberkurven“, Berichte an die einweisenden Ämter oder Ärzte sowie Berichte an Entlassorte wie Heime und Anstalten. Außerdem konnten teilweise jugendpsychiatrische Gutachten zur Auswertung mit herangezogen werden. Diese Analyseeinheiten, die meist als Freitext bestehen, wurden transkribiert in einen Excel-Datenerhebungsplan, welcher die Organ-, Neuro-, und Psychodiagnostik und ihre Befunde, durchgeführte Röntgendiagnostik, verabreichte Medikamente, weitere Therapiemaßnahmen, Empfehlungen für den weiteren Bildungsweg und die weitere Unterbringung der Kinder beinhaltet. (Kaufung et al., 2019). Hinweise zur erhaltenen Bildung während des Aufenthaltes oder anderen Organisationsstrukturen der Kliniken wurden auch dokumentiert. Im Bezug zur Aktenqualität muss an dieser Stelle gesagt werden, dass bis 1978 die Akten in der Regel nicht vollständig waren und dies nach diversen Urteilen des Bundesgerichtshofs (BGH) auch nicht zu sein brauchten. Die Akten sollten lediglich für den behandelnden Arzt eine Erinnerungshilfe darstellen (BGH, 27.06.1978 – VI ZR 183/76). Erst 1978 änderte der BGH diese Auffassung. Aus der Gesamtsicht der verschiedenen Dokumente ergeben sich teilweise noch weitere Hinweise. Viele, auch medizinische Behandlungen, wurden aber auch einfach nur benannt, ohne jeden weiteren Hinweis.

Zusätzlich zur Laufnummer wurde den Patienten in Weissenau eine Krankenummer zugeteilt, welche in den Verpflegungsregistern notiert ist. Diese wurde ebenso

aufsteigend nach Aufnahme vergeben, auch über den Jahreswechsel hinaus, jedoch gemischt mit den erwachsenen Patienten. Mit Hilfe der Krankennummer konnte somit als Analyseeinheit auch das Krankenbuch der Gesamtklinik herangezogen werden, welches Informationen über das Alter der Patienten, ihre Aufenthaltsdauer, die Diagnose, ihre Einweiser, den Entlassungsort und den Kostenträger gibt.

Eine Analyse der Grundgesamtheit im Vergleich zur Gesamtheit der gefundenen Patientenakten war im Sinne einer ITT-Analyse aus RCT-Studien nicht möglich, weil die dazu erforderlichen Informationen aus den Krankenbüchern nicht klar hervorgingen und solche Bücher in Gütersloh nicht geführt wurden bzw. nicht vorhanden waren. Demnach konnten nur die gefundenen Akten ausgewertet werden.

Anzumerken ist, dass im Kapitel zur Diagnoseverteilung nur die Diagnosen derjenigen Patienten ausgewertet wurden, deren Akten auch analysiert wurden, da zur korrekten Vergabe der Diagnosen des Würzburger Schlüssels oft noch weitere Informationen notwendig waren.

2.6 Hypothesen

Nach erster Sichtung der transkribierbaren Inhalte wurden Hypothesen für die Arbeit, nach denen ausgewertet wird, gebildet.

2.6.1 Entwicklung der Zusammensetzung der Diagnosegruppen

Um die zeitgenössischen Diagnosen eingruppiert zu können, sollte das zeitgenössische Kategoriensystem Verwendung finden. Die erteilten Diagnosen wurden von mir nach dem damals verwendeten Würzburger Schlüssel (WS) re-kategorisiert. Diese Diagnoseverschlüsselung wurde in den Jahren 1931 und 1932 aus der größeren Reichsirrenstatistik weiterentwickelt und getestet (Dörries und Vollmann, 1997). 1933 wurde der WS als Kategoriensystem von der Fachgesellschaft beschlossen und löste die seit 1901 geltende Reichsirrenstatistik ab (R. Schepker, 2017). Dies war notwendig, da neue psychiatrische Krankheitsbilder wie z. B. die Schizophrenie bekannt wurden und krankenhauseigene Statistiken eingeführt wurden (Dörries und Vollmann, 1997). Der WS wurde in der Weissenau bis 1965 für die Berichterstattung an die vorgesetzten Behörden verwendet.

Die frühen ärztlichen Jahresberichte des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau an das zuständige Ministerium zeigen zwar in der Irrenstatistik der Klinik die Verteilung und Aufnahmen der Patienten teils nach Diagnose auf, jedoch sind Kinder hier unter den Frauen gelistet, was eine genauere Analyse notwendig macht, da beispielsweise Schizophrenie im Kindesalter seltener vorkommt. Dies macht eine Re- Kategorisierung erforderlich.

Der WS umfasst 21 Kategorien, welche im Ergebnisteil aufgelistet sind.

2.6.1.1 Vorgehen der Kategorisierung des Würzburger Schlüssels

Zunächst wurde alleine die in den Akten festgelegte Diagnose betrachtet. Da dies oft alleine nicht für eine klare Einordnung reichte, wurden zusätzlich aus der Krankenakte weitere Informationen hinzugezogen. Besonders Befunde aus der Organ-, Neuro- und Psychodiagnostik sind hier von Bedeutung, aber auch festgehaltene Ursachen. Zusätzlich waren die ausführlichen Abschlussberichte / Epikrisen von Nutzen. Beispielsweise kann die Diagnose „Fehlerziehung“ zu Kategorie 17 (Abnorme Reaktion) gezählt werden, jedoch nur, wenn wirklich Auffälligkeiten vorlagen, die unter 17 gezählt werden können. Auch die Diagnose „Allgemeine Entwicklungshemmung“ verlangt genauere Betrachtung, da sie je nach Ursache zum WS 2 (Psychische Störungen nach Gehirnverletzungen) oder 8 (Psychische Störungen nach anderen Hirnkrankheiten) gezählt werden kann.

Somatische Diagnosen können im WS nicht verschlüsselt werden und fallen unter die Restkategorie. Haben sie jedoch Auswirkungen auf das Gehirn, ist die Verschlüsselung möglich.

Pro Patient wurden keine identischen Diagnosen mehrfach aufgenommen, Diagnosekombinationen sind jedoch häufig. So haben zum Beispiel intelligenzgeminderte Kinder ein deutlich höheres Risiko für weitere psychische Störungen, womit z.B. die Vergabe der Kategorie 1 (Schwachsinn) und 17 (Abnorme Reaktion) gleichzeitig gerechtfertigt wäre.

2.6.1.2 Co- Rating

Um die Entwicklung der Medikation auch innerhalb der Diagnosegruppen darzustellen, wurden die laut Aktenlage vergebenen Haupt- und Nebendiagnosen unter Anwendung eines Co-Ratings (vgl. Mayring, 2003) in den damals verwendeten WS kategorisiert, analog zu Gerhard und Schönberg (2016). (Kaufung et al., 2019).

Zunächst habe ich eine Tabelle aufgestellt mit häufig vorkommenden Diagnosen oder solchen, die mit anderen Diagnosen vergleichbar sind, und diese dem WS zugeordnet. Aber auch seltene Diagnosen wurde miteinbezogen. Hierbei wurden noch keine weiteren Akteninformationen hinzugezogen. Diese Tabelle wurde von Frau Professor Schepker gegengelesen. Anschließend wurde diskutiert, welche Diagnosen eine genauere Betrachtung der Akte benötigen. Dann wurde das oben beschriebene Vorgehen festgelegt. Alle unklaren Fälle wurden in einem Co-Rating zwischen Frau Professor Schepker und mir nochmals geprüft. Hierbei stellte ich tabellarisch die Fälle auf und fügte alle noch von Interesse bestehenden Informationen aus den Krankenakten hinzu. Beide Teilnehmer vergaben hierzu unabhängig voneinander den WS. Die Fälle, in denen es keine Übereinstimmung gab, wurden ausführlich diskutiert und anschließend der WS festgelegt. So konnte eine möglichst objektive Einteilung erzielt werden.

Eine Tendenz zu vielen Langzeitpatienten mit neuronalen Störungen und weniger psychiatrischen Erkrankungen ist sichtbar. Eine Vermutung ist, dass mit zunehmender Herausbildung des Faches sich die Zusammensetzung der Diagnosegruppen nach dem damals genutzten Würzburger Schlüssel veränderte, und zwar im Sinne einer Zunahme der Patienten mit psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen, wozu die Kategorie 14 (Schizophrener Formenkreis), 15 (Manisch-depressiver Formenkreis), 17 (Abnorme Reaktionen), 18 (Psychopathische Kinder und Jugendliche) des WS zählen und einer Abnahme der neurologisch kranken Patienten, wie z. B. Epileptiker und Patienten mit Encephalitis und Meningitis. Da die Klinik in Gütersloh nach Aussage der Direktorin von Anfang an keine Pflege- und Bewahrungsfälle aufnahm (Hecker, 1955), lässt sich annehmen, dass es Unterschiede zwischen Gütersloh und Weissenau in der Patientenzusammensetzung gab. Ergänzend zu der Diagnoseeinteilung ist anzumerken, dass Intelligenzschwäche je nach Ausprägung damals in „drei Stufen, 1. *Debilität*, 2. *Imbezillität* und 3. *Idiotie*“ 1 (Tramer, 1949, S. 379) eingeteilt wurde. In Kategorie 1 des WS (angeborene und früh erworbene

Schwachsinnzustände) wurden jedoch nur die Idiotie und die Imbezillität gelistet (Meyer, 1961).

- **Hypothese 1:** Die behandelten Diagnosegruppen unterscheiden sich in Weissenau zum einem im zeitlichen Längsschnitt hin zu eher psychiatrischen, weniger neurologischen Diagnosen, zum anderen im Vergleich zu Gütersloh primär hinsichtlich des dortigen Überwiegens rein akut-psychiatrischer Diagnosen und selteneren Intelligenzstörungen.

2.6.2 Entwicklung der Zusammensetzung der Kostenträger

Parallel zu der Entwicklung der Zusammensetzung der Diagnosegruppen würden sich Unterschiede in der Verteilung der Kostenträger finden. So müsste das Sozialamt, das eher Träger der Verwahrungs- und Pflegefälle war, gegenüber den Kassen, die oft Kostenträger der akuten Behandlungen waren, zunehmend in den Hintergrund geraten und zwar in Gütersloh schon früher als in Weissenau. War es doch so, dass durch den seit dem Jahr 1942 bestehenden Halbierungserlass (HE) zur Klärung der Finanzierung bei Einweisung geprüft werden musste, ob die Einweisung aus Gründen des öffentlichen Interesses oder des eigenen Interesses des Kranken erfolgte. Denn nur im letzteren Fall wurden die Kosten durch die Krankenkasse übernommen (R. Schepker, 2017). Im Jahr 1951 wurden im Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weissenau etwas mehr als die Hälfte durch die öffentlichen Behörden finanziert (R. Schepker, 2017).

- **Hypothese 2:** Trotz des Weiterbestehens des HEs hat durch die Entwicklung der Diagnosegruppen der Anteil der Krankenkassen als Kostenträger im Vergleichszeitraum zugenommen.

2.6.3 Entwicklung der Anteile der verschiedenen Medikamentengruppen

Bei einer Verschiebung der Diagnosegruppen ändern sich auch die Anteile der verschiedenen Medikamentengruppen. In diesem Zusammenhang müsste zum Beispiel die Verabreichung von Antiepileptika im zeitlichen Vergleich abnehmen und die Vergabe von sedierenden Medikamenten oder später auch die der Psychopharmaka zunehmen.

- **Hypothese 3:** In der KJP Weissenau nahm die Verabreichung von Antiepileptika ab, sie war in Gütersloh primär selten. 1957 fanden Psychopharmaka Eingang in die Behandlung in beiden Kliniken.

2.6.4 Entwicklung psychotherapeutischer Behandlungen

Nach erstem Sichten der Akten konnte festgestellt werden, dass die Psychotherapie nur langsam und unsystematisch Teil der Beobachtungsstationen wurde.

Hierzu müssen die Entwicklungen der Methoden wie die Elternberatung, sowie die Einzel-, Spiel- und Gruppentherapien genauer untersucht werden. 1959 wird die kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung in Weissenau im Heimverzeichnis der allgemeinen Fürsorgeerziehung (AFET) wie folgt beschrieben: „[...] Klinisches Beob.- Heim, Behandlung aller Erkrankungszustände aus dem Gebiet der Jugendpsychiatrie einschließlich cerebraler Anfallsleiden und kindlicher Psychosen [...]“ (AFET, 1959). Es steht aus, zu untersuchen inwiefern die Behandlung bis hierher psychotherapeutische Ansätze enthielt und inwieweit auch Kinder mit neurotischen Störungen aufgenommen und behandelt wurden. Psychotherapie ist auch während des Nationalsozialismus weiterhin Teil des Behandlungsspektrums geblieben. Die Tagung der Deutschen Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie (DAÄGP) fand 1940 im direkten Anschluss an die Gründungsversammlung der DGKH in Wien statt, die Teilnahmegebühren galten auch für die jeweils andere Tagung (Schepker und Fangerau, 2017). Die DAÄGP zeigte stets Interesse an Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Göring, der Vorsitzende, berichtete 1940 über die Ausgründung einer Kinderabteilung im Institut und setzte sich für die Gründung von psychotherapeutischen Beratungsstellen bundesweit ein, welche letztendlich durch Emigration und Gleichschaltung stark geschwächt wurden (Schepker und Fangerau, 2017).

- **Hypothese 4:** Innerhalb des zu vergleichenden Zeitraumes stieg die Zahl der Anwendung und die Bandbreite psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen in beiden Kliniken an.

2.6.5 Betrachtung von Außenseitermethoden

Auch seltene oder später verlassene Therapieverfahren wie zum Beispiel die Frischzelltherapie oder die Röntgentherapie wurden in den Akten gesichtet. Diese müssen auch betrachtet werden und in dem historischen Kontext aufgeführt werden.

- **Hypothese 5:** Therapieverfahren, die selten angewandt wurden und heute als veraltet gelten, wurden sowohl in Weissenau als auch in Gütersloh in beiden zu untersuchenden Jahrgängen praktiziert.

2.6.6 Disziplinierungsmaßnahmen

Der Vorstand der DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie) beschloss am 23. Juni 2014 „sich für die Anliegen von Kindern und Jugendlichen einzusetzen, die in der Nachkriegszeit und bis in die 70er Jahre in psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland persönliches Leid erfahren haben“ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V., 2014, S. 1).

Auch am 7. Mai 2015 wurde auf der CdS-Konferenz das Thema „Hilfen für Menschen, die als Kinder und Jugendliche in der Zeit von 1949 bis 1975 (BRD) bzw. von 1949 bis 1990 (DDR) in Einrichtungen der Behindertenhilfe oder stationären psychiatrischen Einrichtungen Unrecht und Leid erfahren haben“, erörtert. Diese aktuellen Diskussionen zeigen, dass es durchaus möglich ist, in den Akten Hinweise zu Disziplinierungsmaßnahmen zu finden.

- **Hypothese 6:** Disziplinierungsmaßnahmen kamen vereinzelt in beiden Kliniken im Jahr 1952 und im Jahr 1957 vor. Mit zunehmender Herausbildung des Faches werden vermutlich erzieherische Maßnahmen langsam und unsystematisch den therapeutischen Ansätzen weichen.

2.7 Statistisches Verfahren

Es handelt sich um eine retrospektive Datenerhebung auf Grundlage der oben beschriebenen Akten. Die Angaben aus den Patientenakten wurden in einem Arbeitsblatt dokumentiert. Zu numerischen Daten wurde bezüglich der Diagnoseverteilung, der Finanzierungsverteilung, der Neurodiagnostik, der Psychoanalyse, der Aufenthaltsdauer und der Zusammensetzung der Medikamentengruppen eine deskriptive

Statistik erstellt. Daneben wurde zur Frage der Anteile der Patienten, die allgemein mediziert wurden und die Psychopharmaka erhielten ein Gruppenvergleich mittels Chi-Quadrat-Test durchgeführt. (Kaufung et al., 2019).

2.8 Zitierweise

Für die Bestände des Archivs des Landesverbandes Westfalen-Lippe (LWL) wurde wie folgt zitiert: Archiv/Bestand/ Aktenidentifikationsnummer. Das Archiv wird in Folgenden mit LWL gekürzt, der Bestand lautet für alle untersuchten Akten dieses Archives 665. So ist eine eindeutige Zuordnung möglich. Für die Akten aus Weissenau wurde folgende Zitierweise gewählt: Jahrgang/Laufnummer. Mit Hilfe der archivierten Jahrbücher ist somit auch hier eine eindeutige Zuordnung gegeben.

3 Ergebnisse

3.1 Historische Rahmenbedingungen und interner Aufbau

Die im Kongress in Wien am 5. September 1940 gegründete „Deutsche Fachgesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik“ (DGKH), die als erste Abgrenzung zur Erwachsenenpsychiatrie galt, wurde nach dem Krieg organisatorisch nicht weitergeführt.

Im Jahre 1950 fand das erste Nachkriegssymposium der Kinderpsychiater in Marburg statt (Topp, 2017).

Dort wurde auch der Verein für Jugendpsychiatrie, Heilpädagogik und Jugendpsychologie e. V. gegründet, welcher kurze Zeit später in „Deutsche Vereinigung für Jugendpsychiatrie“ umbenannt wurde und ab da einem reinen Medizinerverband entsprach (Topp, 2017). Ein Ziel der AFET 1951 war die Intensivierung der Heilpädagogik in Jugendheimen. Dieses Konzept zeigte sich in Gütersloh schon 1950, wo die Diagnostik mit anschließender Selektierung und Zuweisungen in oft heilpädagogische Heime im Fokus stand (Schepker, 2015). Das Vorgehen entsprach dem damaligen Konzept der „Beobachtungsstation“ wie es von Stutte (Stutte, 1966) zusammenfassend und rückblickend für die Gründungszeit der KJPP beschrieben wurde. Stutte und Villinger teilten zu der Zeit die Auffassung, dass Verhaltensauffälligkeiten kaum durch sozialpädagogische und psychotherapeutische Interventionen beeinflussbar waren, vielmehr sollte aus ökonomischen Gründen eine schnelle Diagnostik und bei erblichen oder körperlichen Gegebenheiten eine anschließende Einweisung in entsprechenden „Bewahr“- Anstalten erfolgen (Roelcke, 2017). Das erste Extraordinariat für Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde 1954 in Marburg eingerichtet und mit Herrmann Stutte besetzt.

Stutte und Villinger verwendeten in der frühen Nachkriegszeit weiter wissenschaftliche Wertvorstellungen aus der eugenisch-rassenhygienischen „Erbgesundheitspolitik“ des Nationalsozialismus. Eugenisch-genetische Ursachen von vielen psychischen Störungen, u.a. von Dissozialität standen weiterhin im Fokus, weniger psycho- und soziogenetische Interpretationen. Erst im Laufe der 1960er Jahre verlor sich diese als Anpassung an internationale Standards. (Roelcke, 2017).

Bei Betrachtung der historischen Rahmenbedingungen darf das Finanzierungssystem der Krankenhausbehandlung nicht außer Acht gelassen werden, da dies über die damalige gesellschaftliche Grundhaltung Aufschluss gibt (R. Schepker, 2017). Im Untersuchungszeitraum wirkte der am 05.11.1942 beschlossene Halbierungserlass (HE) (Reichsarbeitsministerium, 1942) bis zu seiner Aufhebung im Jahr 1981 weiter. Er besagt, dass die Kosten der versicherten Geisteskranken bei Einweisung in Heil- und Pflegeanstalten, sofern diese durch eine andere Stelle als den Träger der gesetzlichen Krankenversicherung geschieht, je zur Hälfte von dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und dem Fürsorgeverband zu tragen sind. Lediglich erhalten die Fürsorgeverbände Ersatzanspruch wenn die Unterbringung des Versicherten aus Gründen der öffentlichen Sicherheit erfolgte (Reichsarbeitsministerium, 1942). Dies sollte offiziell primär der Verwaltungsvereinfachung dienen und weniger als Sparmaßnahme. Somit grenzte sich die Versorgung psychisch Kranker von der Versorgung somatisch Kranker, bei denen die Kosten vollständig von den Versicherungen übernommen wurden, ab. Kosten wurden teilweise auf Eltern und Angehörige abgewälzt und es kam insgesamt zu einer Reduktion der Ausgaben von Krankenkassen und Fürsorgebehörden für psychisch kranke Kinder und Jugendliche (R. Schepker, 2017). Man kann vermuten, dass dies Einfluss auf die Diagnosestellungen zur Entlastung der Krankenhausfinanzierung gehabt hat (R. Schepker, 2017).

Die häufigen Diagnosen wie Intelligenzminderungen und abnorme Verhaltensweisen wurden nicht als Geisteskrankheit gelistet und waren somit nicht im Zuständigkeitsgebiet der Krankenkassen. Eine ähnliche Auffassung hierzu zeigt die Aussage Elisabeth Heckers: „Die Frage, ob die Neurose eine Erkrankung im Sinne der RVO ist, weil sie episodisch und behandelbar ist und einen beschwerdemachenden Zustand verursacht, wird meist positiv von den Kassen entschieden. Man kann in keinem Fall von einer RVO-Kasse verlangen, daß sie für eine Psychopathie die Kosten eines stationären Aufenthaltes übernimmt. Abartigkeit ist keine Krankheit“ (Hecker, 1955, S. 432). Ebenfalls zeigt die von R. Schepker 2017 herausgearbeitete Finanzierung der aufgenommenen Kinder und Jugendlichen in der KJP Weissenau 1951, dass die Vergabe der Diagnose „psychopathischer“ Kinder ganz überwiegend den Ausschluss von der Krankenkassenfinanzierung nach sich zog (R. Schepker, 2017).

3.2 Patientenzusammensetzung- Entwicklung und Institutionenvergleich

3.2.1 Diagnoseverteilung

Zwar hat sich in Weissenau die Anzahl der Kinder mit schweren Intelligenzminderungen und somit auch wahrscheinlich die Anzahl der Pflegebedürftigen im Verhältnis verringert, eine Zunahme der Diagnosen 14 (Schizophrener Formenkreis), 15 (manisch- depressiver Formenkreis), 17 (Abnorme Reaktionen), 18 (Psychopathische Kinder und Jugendliche) („psychiatrische“ Diagnosen i.e.S.) konnte aber statistisch nicht belegt werden. Auch die Annahme, dass in Gütersloh weniger Aufnahmen von Pflegefällen und somit eine niedrigere Zahl an Patienten mit der Diagnose „Schwachsinn“ bestanden, kann nicht bestätigt werden. In Gütersloh war allein der Patientenanteil der Epileptiker (WS 13) niedriger als in Weissenau, der Anteil mit abnormen Reaktionen (WS 17) jedoch höher. (Kaufung et al., 2019).

Tabelle 1 Diagnoseverteilung nach dem Würzburger Schlüssel (WS) in beiden Jahrgängen im Institutionsvergleich

Anmerkung. *n* (absolute Zahl der Aufnahmen), *h* (Häufigkeit (%)). Es wurde auf ganze Zahlen gerundet. Kodierung des WS: 1 (Angeborene und früh erworbene Schwachsinnszustände), 2 (Psychische Störungen nach Gehirnverletzungen), 3 (Progressive Paralyse), 4 (Psychische Störung bei Lues Cerebri & Tabes), 8 (Psychische Störungen bei anderen Hirnkrankheiten), 9 (Psychische Störungen bei akuten Infektionen (Erkrankung innerer Organe, Allgemeinerkrankungen)), 12 (Psychische Störungen bei anderen Vergiftungen), 13 (Epilepsie), 14 (Schizophrener Formenkreis), 15 (Manisch-depressiver Formenkreis), 17 (Abnorme Reaktionen), 18 (Psychopathische Kinder & Jugendliche), 19 (Ungeklärte Fälle), 20 (Nervenkrankheiten ohne psychische Störungen), 21 (Nicht nervenkrank und frei von psychischen Abweichungen), Die Diagnosen 5-7 (Encephalitis epidemica, Psychische Störung des höheren Lebensalters, Huntingdon Chorea) sowie 10-11 (Alkoholismus, Suchten) und 16 (Psychopathische Persönlichkeiten -Erwachsene) wurden keinmal vergeben und somit nicht mitaufgeführt.

	Weissenau				Gütersloh			
	1952		1957		1952		1957	
WS	n	h	n	h	n	h	n	h
1	25	21%	19	13%	52	17%	99	19%
2	0	0%	1	1%	3	1%	3	1%
3	1	1%	1	1%	0	0%	0	0%
4	1	1%	3	2%	0	0%	1	0%
8	7	6%	27	18%	30	10%	42	8%
9	5	4%	1	1%	2	1%	9	2%
12	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%
13	22	18%	33	23%	15	5%	17	3%
14	2	2%	0	0%	5	2%	4	1%
15	0	0%	0	0%	12	4%	5	1%
17	27	22%	31	21%	102	33%	190	37%
18	5	4%	5	3%	53	17%	29	6%
19	2	2%	3	2%	8	3%	28	5%
20	20	17%	12	8%	6	2%	16	3%
21	1	1%	1	1%	10	3%	38	7%
Ohne	3	2%	9	6%	9	3%	36	7%
Total	121		146		307		518	

Tabelle 1 bereits veröffentlicht (Kaufung et al., 2019). Mit freundlicher Genehmigung des Hogrefe Verlags.

Damit überprüft werden kann, ob es trotz der geringen Veränderungen der Aufnahmen von Patienten der Gruppe 1 Unterschiede in der Behandlung der „Schwachsinnigen“ gab, muss die Auswertung der Aufnahmezeiten hinzugezogen werden. Durch eine höhere Anzahl an Betten für Langzeitpatienten kann die Patientenzusammensetzung sehr wohl anders ausfallen.

3.2.2 Aufenthaltsdauer im Bezug zur Diagnoseentwicklung

Die Konzeptunterschiede der Kinderabteilung in Weissenau und der in Gütersloh lassen vermuten, dass es Unterschiede in der Aufenthaltsdauer der Patienten gab. Sah sich doch die Kinderabteilung in Weissenau als „Pflege- und Beobachtungsstation“ (Ärztlicher Jahresbericht, 1952), wohingegen sich die Kinder- und Jugendabteilung Gütersloh schon früh zum Ziel gesetzt hat, Pflegefälle in andere Einrichtungen zu verteilen und Patienten mit Therapiebedarf nur sehr selektiv länger aufzunehmen. „Zur Therapie behalten wir praktisch nur die Neurotiker; die bleiben dann naturgemäß länger bei uns“ (Hecker, 1955, S. 434). „Pflege- oder Bewahrungsfälle nimmt die Klinik nicht auf“ (Hecker, 1955, S. 432).

Die Aufenthaltsdauern zeigen, dass der Patientenanteil mit über hundert Tagen Verweildauer in Weissenau deutlich höher liegt (Kaufung et al., 2019).

Tabelle 2 Prozentuale Aufenthaltsdauer in Tagen nach Klinik

Anmerkung: h (Häufigkeit (%)), d (Aufenthaltsdauer in Tage), n (Anzahl der Patienten), cum. h (kumulierte Häufigkeit).

Institution	d	n	h	cum. h
Gütersloh	0 – 10	50	7%	7%
	11 – 20	65	9%	16%
	21 – 30	117	16%	32%
	31 – 42	200	27%	59%
	43 – 100	263	35%	94%
	>100	47	6%	100%
	Total	742		
Weissenau	0 – 10	32	14%	14%
	11 – 20	37	17%	31%
	21 – 30	29	13%	44%
	31 – 42	21	9%	53%
	43 – 100	40	18%	71%
	>100	65	29%	100%
	Total	224		

Tabelle 2 bereits veröffentlicht (Kaufung et al., 2019). Mit freundlicher Genehmigung des Hogrefe Verlags.

3.2.3 Kostenträger

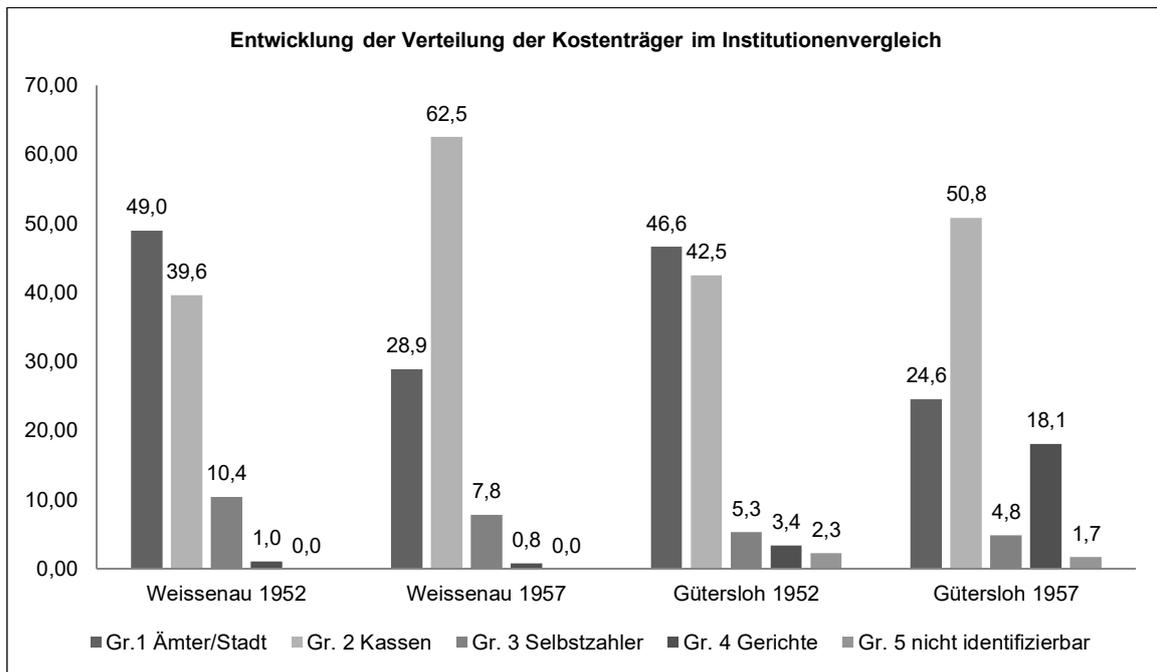


Abbildung 1 Entwicklung der Verteilung der Kostenträger im Institutionenvergleich

Anmerkung: Ausgewertet wurde der Kostenträger zum Zeitpunkt der Aufnahme. Spätere Wechsel wurden nicht miteinbezogen. Wurden die Kosten von verschiedenen Kostenträgern übernommen, wurde es zu dem mit dem größten Anteil gezahlt.

Die Graphik zeigt, dass in beiden Kliniken der Anteil der Aufnahmen, die von Ämtern finanziert wurden, im Zeitverlauf deutlich an Bedeutung verliert und im Gegensatz hierzu der Anteil der Kassen als Kostenträger deutlich zunimmt. Auffällig ist zudem, dass im Jahr 1957 annähernd ein Fünftel der Aufnahmen in Gütersloh durch Gerichte veranlasst und finanziert wurde.

Die Entwicklung der Kostenträger geht einher mit der Veränderung der Zuweiser. So war in Gütersloh schon in den Anfängen das Ziel gesetzt worden, dass mehr Einweisungen durch Hausärzte und Erziehungsberechtigte getätigt werden:

„Der Erfolg hat uns eindeutig bestätigt: während im ersten Jahr des Bestehens der Klinik 80% von behördlicher Seite eingewiesen wurden, war das Verhältnis im zweiten Jahr umgekehrt- 75% der Einweisungen wurden durch die Eltern oder Hausärzte getätigt; der Rest verteilte sich auf die behördlichen Einweisungen, in wachsendem Maße auf forensische“ (Hecker, 1955, S. 431).

3.3 Diagnostik- Entwicklung und Institutionenvergleich

3.3.1 Neurodiagnostik

Die Pneumenzephalographie (PEG) zählte seit Anfang des 20. Jahrhunderts zu den gängigen röntgenologisch-diagnostischen Verfahren. Hier wurde nach Ablass von Liquor, meist aus dem lumbalen Bereich, Luft als Kontrastmittel in die Liquorräume des Ventrikelsystems gegeben, um dieses röntgenologisch darzustellen. Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen und Erbrechen gingen meist mit einher. In beiden Kliniken wurde hierzu die Erlaubnis eines Erziehungsberechtigten eingeholt.

Erst in den 80er Jahren wurde die Methode durch die Computertomographie vollständig abgelöst. Die Universität Frankfurt verfügte 1975 über ein erstes CT in Deutschland (Zenger, 2018). Da die Geräte damals sehr teuer waren, dauerte es noch einige Jahre bis sie überall verfügbar waren.

In Weissenau blieb die Anzahl der durchgeführten Pneumenzephalographien im Verhältnis der aufgenommenen Patienten im Vergleichszeitraum fast unverändert, auch wenn im Jahr 1957 zusätzlich bei fast 80% der Patienten eine Elektroenzephalographie (EEG) durchgeführt wurde.

In Gütersloh wurden auch schon im Jahr 1952 deutlich weniger Enzephalographien gemacht und das Verfahren verschwand fast vollständig bis 1957. Anders als in Weissenau besaß die Kinder- und Jugendpsychiatrie auch im Jahr 1957 noch kein eigenes EEG, jedoch beauftragten die Ärzte zunehmend das physiologische Institut Münster damit und ließen zunehmend dort EEGs anfertigen.

Tabelle 3 Entwicklung der Anwendungshäufigkeit von Pneumenzephalographien und Elektroenzephalographien in Weissenau und Gütersloh

Anmerkung: Abs. (Absolute Anzahl der Patienten), Ant. (Anteil der Patienten an den Gesamtaufnahmen im jeweiligen Jahr), PEG (Pneumenzephalographie), EEG (Elektroenzephalographie), tot. (total)

	Weissenau				Gütersloh			
	1952		1957		1952		1957	
	Abs.	% Ant.	Abs.	% Ant.	Abs.	% Ant.	Abs.	% Ant.
PEG	32	33,3%	49	38,3%	62	23,3%	13	2,7%
EEG	0	0%	100	78,1%	5	1,9%	210	44,1%
Akten tot.	96		128		266		476	

3.3.2 Psychodiagnostik

Betrachtet man in zeitgenössischen Lehrbüchern die Methoden der Psychodiagnostik, zeigt sich, dass hierzu schon deutlich mehr Varianten bekannt waren als zumindest in Weissenau praktisch umgesetzt wurden. So wurden neben der Anamnese, der Intelligenzprüfung und der Untersuchung von Schriftformen auch Möglichkeiten der folgenden Untersuchungsmethoden aufgezeigt: Exploration, Phantasieprüfung, Suggestibilitätsprüfung, Ermüdbarkeitsprüfung, Komplexprüfung, Interessensprüfung, Sittlichkeitsprüfung (Tramer, 1949). Innerhalb der projektiven Verfahren kamen in Weissenau aber hauptsächlich der Szeno,- Baum,- und Warteggtest zum Einsatz. Jedoch ist es nicht verwunderlich, dass bezüglich der Intelligenzprüfung 1952 nur der Binetttest genutzt wurde, wird dieser doch im Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie aus dem Jahr 1949 als einziger Test beschrieben. Lediglich „Schulerfolge sind [...] eine Ergänzung. Dann aber erlaubt uns auch die Exploration [...] Schluß auf die Intelligenz. Ferner ergeben sich Schlüsse aus der Anamnese und dem <<Lebenslauf>> [...], wozu noch die Beurteilung der Schrift [...] hinzukommt“ (Tramer, 1949, S. 136). Außerdem sei die Zeichnung einer Menschenfigur noch aussagekräftig (Tramer, 1949).

Fasst man unter dem Begriff Psychodiagnostik jegliche Intelligenz- und Persönlichkeitstests zusammen, so wurde in der KJP Weissenau bei 51 Patienten, die sich im Jahr 1952 dort aufhielten, Psychodiagnostik betrieben. Anzumerken ist, dass vereinzelt die Tests im Jahr 1951 oder im Jahr 1953 durchgeführt wurden. Im Jahr 1957 waren es 66 Patienten. Bezogen auf die gesichteten Akten sind dies 53% und 52% der aufgenommenen Kinder. Demnach blieb der Anteil der getesteten Kinder im Vergleichszeitraum nahezu identisch. Auch die durchschnittliche Anzahl der Testverfahren pro psychodiagnostiziertem Kind veränderte sich kaum.

In Gütersloh ist zwar auch nur ein Anstieg von fünf Prozentpunkten der getesteten Kinder zu vermerken, jedoch lag hier schon im Jahr 1952 der Anteil bei 91%. Die durchschnittliche Anzahl an durchgeführten Verfahren der getesteten Kinder stieg im gleichen Zeitraum von 4,1 auf 7,5 je Kind an.

Tabelle 4 Die Entwicklung der Anzahl der Kinder und Jugendlichen, bei denen mindestens ein Test (auch: ein projektives Verfahren) durchgeführt wurde und die durchschnittliche Testanzahl dieser im Institutionenvergleich

Anmerkung: *Durchschn. (durchschnittliche)*

	Weissenau		Gütersloh	
	1952	1957	1952	1957
Kinder mit Test	51	66	242	457
Prozentualer Anteil Kinder mit Test	53%	52%	91%	96%
Durchschn. Testanzahl / Kind mit Test	1,80	1,52	4,12	7,51

Das Spektrum der projektiven Verfahren hat sich in Weissenau nicht vergrößert. Bei den Leistungstests kam der Wechsler test hinzu, welcher jedoch nicht ergänzend genutzt wurde, sondern fast ausschließlich als alleiniger Leistungstest gewählt wurde.

Tabelle 5 Methoden der Psychodiagnostik im Jahr 1952 und 1957 und deren Häufigkeit der Anwendung in der KJP Weissenau

Dargestellt sind die absoluten Zahlen der durchgeführten Diagnostikmethode, so wie der prozentuale Anteil der Patienten welche jeweilige erfuhren, bezogen auf die Gesamtzahl der ausgewerteten Akten. Abs. (Absolut).

Weissenau	1952		1957	
	Abs.	% der Kinder mit Test	Abs.	% der Kinder mit Test
Leistungstest				
Binet	47	48%	4	3%
Binet-Simon-Kramer	0	0%	28	22%
Intelligenztest unbekannt	0	0%	1	1%
Scholltest	0	0%	4	3%
Wechsler	0	0%	33	25%
Projektive Verfahren				
Baum	8	8%	12	9%
Despert-Fabeln	1	1%	0	0%
Rosenzweig Picture Frustration	1	1%	0	0%
Rorschach	4	4%	0	0%
Szeno	16	17%	7	5%
Thematischer Apperzeptionstest	2	2%	0	0%
Wartegg	8	8%	7	5%
Motodiagnostik, Gestaltauffassung, Kreativität				
Zeichnungen	1	1%	0	0%
Sonstige				
Bildbeschreibung	1	1%	0	0%
Dinge und Farben benennen	1	1%	0	0%
graphische Tests	0	0%	1	1%
Mosaiktest	0	0%	1	1%
Nachsprechen	1	1%	0	0%
Symboltest	0	0%	1	1%
Zählen lassen	1	1%	0	0%
Zusammensetz-Test	0	0%	1	1%
Kein Test				
Kein Test	45	47%	62	48%

Im Gegensatz zur KJP Weissenau zeigt die KJP Gütersloh in beiden Jahrgängen eine deutlich intensivere Psychodiagnostik auf. Wurde 1952 hauptsächlich der schon 1932 veröffentlichte Bühler-Hetzer-Test verwendet (Schneider und Margraf, 2009), war es 1957 die Regel, dass mehr als ein Leistungstest pro Patient vollzogen wurde. Auch bedienten die Behandler sich damals aktueller Methoden, denn der Intelligenz-Struktur-Test von Rudolf Amthauer wurde erst 1953 veröffentlicht (Amthauer, 1953). Auch der Hamburg-Wechsler-Test für Kinder erschien erst 1956 in Deutschland (Rauchfleisch, 2001) und wurde im Jahr 1957 in Weissenau nur sehr

vereinzelt und in Gütersloh aber schon verbreitet angewandt. Die projektiven Verfahren wurden bis 1957 vielfältiger und umfangreicher genutzt, wobei der Baum- und Warteggtest nach wie vor die häufigsten genutzten Methoden waren. Hinzu kamen vor allem die Duess-Fabeln, der Zulliger-Tafeln-Test und der Picture-Frustration-Test. Deutlich intensiviert wurden die Exploration und die Analyse der Schriftprobe aus dem Lebenslauf, aber auch der Assoziationstest, der Farbpyramidentest, der Heuyer-Charakterstrukturtest und - als einziges Verfahren mit Aufschluss zu hirnorganischen Funktionen - der Bender-Gestalt-Test. Des Weiteren wurden in Gütersloh bis 1957 bereits Untersuchungsverfahren zur Erfassung von Teilleistungsstörungen eingeführt, wie der Konzentrationstest oder der Oseretzkytest.

Das führte dazu, dass im Jahr 1957 nur 4 % der Gütersloher Patienten, aber 48 % der Weissenauer Patienten ohne ein spezifisches psychodiagnostisches Verfahren stationiert und entlassen wurden.

Tabelle 6 Methoden der Psychodiagnostik im Jahr 1952 und 1957 und deren Häufigkeit der Anwendung in der KJP Gütersloh

Dargestellt sind die absoluten Zahlen der durchgeführten Diagnostikmethode, so wie der prozentuale Anteil der Patienten welche jeweilige erfuhren bezogen auf die Gesamtzahl der ausgewerteten Akten.

Gütersloh	1952		1957	
	Abs.	% der Kinder mit Test	Abs.	% der Kinder mit Test
Leistungstest				
Amthauer	0	0	181	38
Binet	0	0	334	69
Binet- Simon- Kramer	0	0	1	0
Begabungstestsystem	0	0	3	1
Debilentest	0	0	7	1
Figure- Reasoning- Test	0	0	4	1
Hetzer	158	59	195	41
Intelligenzprüfung Kloos	0	0	26	5
Intelligenztest unbekannt	62	23	84	18
Konzentrationstest	0	0	16	3
Pauli	0	0	48	10
Rechenproben	0	0	6	1
Wechsler	0	0	202	42
Wilde	0	0	5	1
Projektive Verfahren				
Assoziation	5	2	87	18
Baum	231	81	409	85
Behn- Rorschach	1	0	82	17
Children's Apperception Test	0	0	6	1
Düss- Fabeltest	0	0	28	6
Farbpyramidentest	0	0	106	21
Picture Frustration Test	0	0	20	4
Projektionstest	1	0	0	0
Rorschach	146	55	117	24
Szeno	133	39	132	25
Thematischer Apperzeptionstest	1	0	56	11
Wartegg	194	71	395	82
Zulliger- Tafeln- Test	0	0	12	2
Charaktertest				
Heuyer	0	0	68	14
Kinderstreiche	0	0	1	0
Listen	0	0	3	1
Pigmen	0	0	41	8
Suggestibilitätsprüfung	0	0	5	1

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle 6

Gütersloh	1952		1957	
	Abs.	% der Kinder mit Test	Abs.	% der Kinder mit Test
Motodiagnostik, Gestalterfassung, Kreativität				
Bender	0	0	51	11
Geschicklichkeitsprüfung	0	0	1	0
Geschicklichkeitsprüfung Baumgarten	1	0	0	0
Kneten mit Plastilin	1	0	0	0
Oseretzkytest	0	0	1	0
Zeichnungen	1	0	21	4
Sonstige				
3 Wünsche	0	0	2	0
Briefe	0	0	38	8
Buchtest	7	3	0	0
Einfalltest nach Butemann	0	0	1	0
Exploration	35	13	260	47
Generationstest	0	0	2	0
Kasperle	0	0	1	0
Lebenslauf	15	6	60	13
Meili auditiv	0	0	3	1
Nachsprechen	0	0	1	0
Narkoanalyse	1	0	0	0
Prüfung auf ethische Vorstellung	1	0	0	0
Rakete	0	0	1	0
schönstes/schlechtestes Erlebnis	1	0	0	0
Schriftprobe	1	0	308	64
Tagebuch	0	0	1	0
Träume	1	0	0	0
Tsedek- Gesinnungstest	0	0	1	0
Kein Test				
Kein Test	24	9	19	4

3.4 Therapien /Behandlungsstrategien

3.4.1 Medikation

3.4.1.1 Entwicklung der prozentualen Anteile der Medikamentenklassen

Der Übersicht halber wurden alle Medikamentengruppen, von denen nicht mehr als drei Vergaben erfolgten, zur Kategorie Sonstige gezählt. Die Gruppe für sedativ wirkende Präparate wurde zusammengefasst. Hierzu gehören Mischpräparate wie das

BtM-pflichtige Scophedal/SEE und Bella Sanol, Barbiturate, Paraldehyde, Hypnotika, Bromide, Antihistaminika, aber auch pflanzliche Substanzen wie Valeriana. Sofern im Folgenden Handelsnamen aufgeführt werden, wird auf ® verzichtet. Das Luminal enthält ein Barbiturat, es wurde je nach Anwendung als Antiepileptikum oder Beruhigungsmittel entweder der Gruppe der Antikonvulsiva oder der der sedierenden Substanzen zugeordnet. Jedes Präparat wurde auch bei mehrmaliger Verabreichung nur einmal gezählt. Wurde jedoch zum Beispiel einem Patienten Somnifen und Luminal verabreicht, wurde dies zweimal zu den Barbituraten gezählt, egal ob dies gleichzeitig geschah oder zu einem späteren Zeitpunkt. (Kaufung et al., 2019).

Tabelle 7 Zusammensetzung der Arzneimittelgruppen in den jeweiligen Kliniken in beiden Jahrgängen

Anmerkung: Aufgeführt sind zum einen absolute Zahlen (n) der Vergabe der jeweiligen Medikamentengruppierung und deren prozentualer Anteil (h), NI Medikamente (nicht identifizierte Medikamente).

Medikamentenklasse	Weissenau				Gütersloh			
	1952		1957		1952		1957	
	n	h	n	h	n	h	n	h
Sedativa	18	19%	25	12%	62	40%	92	21%
Antikonvulsiva	22	23%	51	25%	6	4%	30	7%
Neuroleptika	0	0%	32	16%	0	0%	75	17%
Antibiotika, Salicylate	9	10%	11	5%	5	3%	21	5%
Parasympatholytika	3	3%	2	1%	11	7%	29	7%
Insulin	3	3%	1	0%	13	8%	22	5%
Nahrungsergänzungsmittel	2	2%	11	5%	2	1%	19	4%
Sympathomimetika	1	1%	6	3%	6	4%	18	4%
Analgetika	5	5%	10	5%	7	5%	4	1%
Stimulanzien	0	0%	4	2%	3	2%	17	4%
Kreislaufanregende Mittel	1	1%	6	3%	6	4%	7	2%
Fieberauslösende Mittel	3	3%	1	0%	4	3%	10	2%
Betablocker	1	1%	0	0%	0	0%	11	3%
Glutamat	3	3%	0	0%	2	1%	4	1%
Versuchspräparate	0	0%	5	2%	0	0%	4	1%
Schilddrüsenpräparate	3	3%	1	0%	4	3%	0	0%
Herzglykoside	2	2%	1	0%	0	0%	1	0%
Sonstige	12	13%	21	10%	6	4%	15	3%
NI Medikamente	6	6%	15	7%	18	12%	51	12%
Total	94		203		155		430	

Tabelle 7 wurde bereits veröffentlicht (Kaufung et al., 2019). Mit freundlicher Genehmigung des Hogrefe Verlags.

Tabelle 8 Anteil der Patienten, die allgemein mediziert wurden und die Psychopharmaka erhielten, im Jahr 1952 und 1957 im Institutionsvergleich

Anmerkung. Auf ganze Zahlen gerundet, n (Absolute Anzahl der Kinder), h (Häufigkeit (%)).

	Weissenau				Gütersloh			
	1952		1957		1952		1957	
	n	h	n	h	n	h	n	h
Psychopharmaka	13	27%	39	48%	36	43%	130	70%
Andere Medikamente	36	73%	42	52%	47	57%	56	30%
χ^2 P-Wert	5,945 0,015				17,081 0,000			
Mediziert insgesamt	49	51%	81	63%	83	31%	186	39%
Nicht mediziert	47	49%	47	37%	183	69%	290	61%
χ^2 P-Wert	3,374 0,066				4,576 0,032			

Tabelle 8 wurde bereits veröffentlicht (Kaufung et al., 2019). Mit freundlicher Genehmigung des Hogrefe Verlags.

Im Vergleichszeitraum fand in beiden Kliniken eine Zunahme der Medikamentenverordnungen im Verhältnis zu den aufgenommenen Patienten statt. In Weissenau kann man von einem tendenziellen Anstieg der medizierten Patienten zwischen 1952 und 1957 sprechen, wohingegen es in Gütersloh einen signifikanten Anstieg der medizierten Patienten gab. (Kaufung et al., 2019).

Analog zu den häufigeren Aufnahmen von Epilepsiepatienten in Weissenau, war auch der Anteil der Verabreichung von Antikonvulsiva hier höher. Neuroleptika, welche im Jahr 1952 noch nicht auf dem Markt waren, wurden im Jahr 1957 nun verabreicht, und zwar in beiden Kliniken zu ähnlichen Anteilen. Tabelle 7 zeigt, dass, wenn auch zu geringen Anteilen, es zur Vergabe von Insulin kam. Es war im gesamten Aktenbestand kein Kind mit diagnostiziertem Diabetes dabei. Die Aktenanalyse brachte hervor, dass noch 1957 die Insulinschocktherapie eingesetzt wurde. Bei dem Fieber auslösenden Mittel handelte es sich ausschließlich um Pyrifera, welches attenuierte Coli- Stämme enthält und auch noch 1957 zur Induktion von Fieber eingesetzt wurde. Laut Arzneiverordnung von 1952 war es auch zur Behandlung

von Tabes Dorsalis und Lues geeignet. Diese Indikationen konnten jedoch nicht ausfindig gemacht werden. (Kaufung et al., 2019).

3.4.1.2 Betrachtung der frühen Psychopharmaka

Zu den frühen Psychopharmaka zählen neben den Neuroleptika und den Stimulanzien auch die gesamten sedativ wirkenden Medikamente. Antidepressiva kamen nicht vor. Sowohl in Weissenau als auch in Gütersloh nahm der Anteil der Kinder mit mindestens einem verabreichten psychopharmakologisch wirkenden Medikament relativ zu den Gesamtaufnahmen zu. Ebenfalls stieg der Anteil der Verabreichungen von Psychopharmaka insgesamt im Verhältnis zu der Gesamtzahl der Vergaben von Präparaten, er lag generell in Gütersloh höher. Diese Entwicklung ist vor allem auf das Hinzukommen der Neuroleptika zurückzuführen, die Sedativa erfuhren für sich betrachtet keinen Zuwachs und die Stimulanzien nur einen sehr geringen. Hier wurde in beiden Kliniken das Megaphen bevorzugt vergeben, etwas weniger Reserpine wie Serpasil, Sedaraupin und Phasein. Außerdem kam in Gütersloh Atosil vor. An Stimulanzien wurde in Gütersloh 1952 nur Pervitin verzeichnet. Im Jahr 1957 wurde dann hauptsächlich Ritalin verabreicht, aber auch Preludin und einmalig auch wieder Pervitin. In Weissenau wurden 1957 Esanin und Preludin vergeben, 1952 wurden noch keine Stimulanzien verzeichnet. (Kaufung et al., 2019).

3.4.1.3 Entwicklung der medikamentösen Behandlung innerhalb der Diagnosegruppen

3.4.1.3.1 Diagnosegruppe 1 „Schwachsinn“

Die Kinder mit der Diagnose „Schwachsinn“ wurden in der KJP Weissenau im Jahr 1952 am häufigsten mit barbiturathaltigen Schlafmitteln behandelt, auch wenn keine Epilepsie vorlag. Hier ließen sich die Verabreichung von Luminal, Evipan und auch von Medinal nachweisen. Zusätzlich wurde ein Hypnotikum (Persedon), sowie das Bromid Calcibronat verabreicht. Das Präparat Scophedal (SEE) ließ sich in zwei Akten finden. Am zweithäufigsten wurde bei gleichzeitiger Epilepsie die Vergabe von Antiepileptika dokumentiert mit den Präparaten Antisacer, Luminal, Comital und Zentropil. Im selben Jahr in Gütersloh wurden diese Patienten ebenfalls am häufigsten mit sedierenden Medikamenten behandelt, hier jedoch hauptsächlich mit

Scophedal (SEE) und Luminal. Es kamen zudem Bellasanol hinzu, sowie mit Valeriana auch ein pflanzliches Präparat. Auch Skopolamin wurde verabreicht. Außer mit Luminal wurde hier mit keinem Antikonvulsivum behandelt. Glutaminsäure, Anfang der 50er Jahre mit vielen Hoffnungen erforscht (Häßler und Weirich, 2017), findet sich in beiden Kliniken in diesem Jahr in dieser Diagnosegruppe jeweils nur einmal. (Kaufung et al., 2019).

Durch das gleichzeitige Vorliegen der Diagnosegruppe 13 waren es im Jahr 1957 in Weissenau die Antikonvulsiva, mit denen die Kinder aus der Diagnosegruppe 1 am öftesten behandelt worden sind. Neben Antisacer und Luminal wurden nun auch die Präparate Bagrosin, Mylepsin und Akineton dokumentiert. Außer Luminal, wurde aus der Medikamentengruppe der Sedativa noch das Bromid Neolubrokal dreimal verwendet. In wenigen Fällen kam nun ein Neuroleptikum, das Megaphen hinzu. Das Schilddrüsenpräparat Thyreoidin und auch die Glutaminsäure ließen sich nicht mehr finden, jedoch diverse andere Nahrungsergänzungsmittel. (Kaufung et al., 2019).

Ebenso fanden in Gütersloh die Neuroleptika Einzug in die Behandlung der „Schwachsinnigen“. Neben Megaphen wurden auch Reserpin und Atosil hinzugezogen. Noch etwas häufiger wurde klassisch sedativ gearbeitet. Neben Atosil, Scophedal und Luminal kamen das Hypnotikum Doriden, die Barbiturate Lubrokal und Somnifen, sowie das Bromid Mixtura nervina hinzu. (Kaufung et al., 2019).

Ähnlichkeiten ergeben sich bei der Betrachtung der Patienten, die auf Grund der Diagnosegruppe 13 des WS (Epilepsie) in Behandlung waren. Auch hier finden wir 1957 in Weissenau das Neuroleptikum Megaphen und in Gütersloh neben dem Megaphen auch Atosil und das Reserpin Sedaraupin. An Antiepileptika wurden 1957 noch Apydan und Petidiol verabreicht.

3.4.1.3.2 Diagnosegruppe 17 „abnorme Reaktionen“

Bei Kindern mit der unspezifischen Diagnosegruppe „abnormen Reaktionen“ (WS17), stieg in beiden Kliniken die Zahl der medikamentös behandelten Patienten im Verhältnis an. In Weissenau ließen sich 1952 keine auffälligen Häufungen einzelner Medikamentengruppen feststellen. Von sechs vergebenen Präparaten waren zwei nicht identifizierbar. Ansonsten waren SEE/Scophedal als Sedativum,

ein Vitaminpräparat, ein gonadotropes Hormon und Insulin vertreten. Fünf Jahre später wurden dieser Diagnosegruppe außerdem Neuroleptika, Antikonvulsiva, Antihistaminika, miktionsbeeinflussende Medikamente, Stimulanzien, Antibiotika, kreislaufanregende Präparate, Spasmolytika, Sympathomimetika und Parasympatholytika verabreicht. (Kaufung et al., 2019).

Einige Medikamente, die im Jahr 1952 noch nicht auf dem Markt waren, wurden 1957 verordnet. In Weissenau waren dies das Neuroleptikum Phasein bzw. Phasein forte, das Stimulans Preludin, das Mischpräparat Neoluprogal, Noxenur, sowie das Antiepileptikum Anirrit. (Kaufung et al., 2019).

In Gütersloh wurde 1952 die Gruppe 17 am häufigsten sedativ behandelt. Aber auch Parasympatholytika, Sympathomimetika und die Insulintherapie wurden verwendet. Im Vergleichsjahr wurde immer noch am öftesten sedativ gearbeitet. Hier kamen mit Valdispert und Baldrian auch zwei pflanzliche Mittel zum Einsatz. Am zweithäufigsten wurden nun Neuroleptika verwendet, die 1952 in dieser Diagnosegruppe noch gar nicht zum Einsatz kamen (und auch noch nicht am Markt verfügbar waren). Auch bei Sympatol und Atropin ließen sich Häufungen feststellen. Neu hinzu kam, anders als in der Weissenau, Ritalin, das acht Patienten dieser Diagnosegruppe verabreicht worden ist. (Kaufung et al., 2019).

3.4.1.3.3 Diagnosegruppe 13 („Epilepsie“)

Ähnlichkeiten fanden sich bei der Betrachtung der Patienten, die auf Grund der Diagnosegruppe 13 des WS („Epilepsie“) in Behandlung waren. Hier wurde 1957 in Weissenau das Neuroleptikum Megaphen und in Gütersloh neben Megaphen auch Atosil und das Reserpin Sedaraupin verwendet. An Antiepileptika wurden 1957 Apydan und Petidiol eingesetzt. (Kaufung et al., 2019).

3.4.1.4 Versuchspräparate

Im gesamten analysierten Aktenbestand wurde neunmal die Verabreichung eines Versuchspräparates verzeichnet. Davon fanden fünf in Weissenau und vier in Gütersloh statt, jeweils im Jahr 1957. Hinweise auf systematisch durchgeführte Studien wurden nicht gefunden. Es fanden lediglich Einzelerprobungen, so der damals übliche Begriff, statt. In Weissenau handelte es sich hierbei um die Präparate WS 2434, Ha 242 und um 947, welches als ein carbamazepinhaltiges Anfallsmedikament der

Firma CIBA identifiziert werden konnte. Dieses wurde jedoch nach mehrmonatiger Einnahme auf Grund einer Verschlechterung des Anfallsleidens wieder abgesetzt. Ha 242 gilt als relaxierendes Beruhigungsmittel (Fernandez Marcos und Sanchez Duenas, 1961) und wurde einem „schwachsinnigen“ Patienten im Zuge einer Sedativbehandlung gegen Unruhezustände gegeben (1957/ 149). WS 2434 wurde drei Patienten verabreicht, allen in Kombination mit Serpasil. In zwei der Akten wurde es als Versuchspräparat der Firma Boehringer bezeichnet, welches „Turbulenzerscheinungen abfangen“ (1957/ 8, 1957/ 75) sollte, die manchmal bei der Serpasiltherapie auftraten. Hier wurde zwar bei einem Patienten nur das Kürzel WS verwendet (derselbe Patient der auch 947 erhielt), jedoch lässt die sehr ähnliche Beschreibung des Medikamentes vermuten, dass es sich hier ebenfalls um WS 2434 handelt. In einer weiteren Akte wurde das Versuchspräparat 282, scheinbar ein Antiepileptikum, gesichtet, welches aber im Jahr 1951 verabreicht worden ist, und somit nicht in die Auswertung fällt. Es wurde auf Grund einer Wesensänderung nach hochdosierter Comital - und Luminaltherapie gegeben, worauf der Patient laut Akte ein viel angepassteres Wesen zeigte (1952/ 38). Es konnte noch nicht identifiziert werden. (Kaufung et al., 2019).

In Gütersloh wurde in 4 Fällen das noch nicht zugelassene Präparat F156, ein Hexobarbital (Hähner-Rombach und Hartig, 2019) an Patienten aus den Diagnosegruppen 17 („Abnorme Reaktionen“), 18 („Psychopathische Kinder und Jugendliche“) und 8 („Hirnkrankheiten“) verabreicht. Bei einem „psychopathischen“ Mädchen wurde beschrieben, dass das Präparat wieder abgesetzt wurde, da das Mädchen bemerkt habe, es werde ihr danach immer „kribbelig“ (LWL/ 665/ 2630). (Kaufung et al., 2019).

3.4.1.5 Insulintherapie

Insulinschocks wurden zur Behandlung noch 1957 eingesetzt, mehr in Gütersloh als in Weissenau. Durch Koma- und Krampfanfallinduktion sollte analog der späteren Elektrokrampftherapie eine Neuausrichtung der Gehirnaktivität erfolgen. Die Indikationsstellung für eine „Insulinkur“ unterschied sich deutlich zwischen den beiden Kliniken. In der KJP Weissenau wurde sie 1952 dreimal angewendet, bei zwei Patienten mit der Indikation der Appetitlosigkeit, ein weiteres Mal bei einem Schizophreniepatienten. Außerdem erfuhr noch ein Patient im Jahr 1957 der Gruppe 19

(Ungeklärte Fälle) eine Insulinkur. Hier wurde jedoch keine ausführliche Dokumentation angefertigt. (Kaufung et al., 2019).

Die Indikationen der Anwendung einer Insulintherapie waren im Jahr 1952 in Gütersloh oft (schwankende) Stimmungszustände und Stimmungs labilität. Zusätzlich wurden Depressivität, Haltlosigkeit oder Geltungssucht angegeben. Bei 12 Patienten wurde diese Therapie angewendet. Die Diagnosegruppen waren wie folgt vertreten: 4x15 (Manisch-depressiver Formenkreis), 7x18 (Psychopathische Kinder und Jugendliche), 5x17 (Abnorme Reaktionen), 1x14 (Schizophrener Formenkreis) (mit Mehrfachdiagnosen). Einmalig wurde von einem Kollaps mit Erbrechen berichtet. In vier der 12 Fälle wurde eine sogenannte modifizierte Insulinkur durchgeführt, bei der laut Aktenklärung das Koma vermieden wird und die von der leitenden Ärztin Frau Hecker in der Patientenakte als nicht sehr nützlich gewertet wurde (LWL/ 665/ 142). (Kaufung et al., 2019).

Im Jahr 1957 konnte in 22 Akten nachvollzogen werden, dass eine Insulinkur stattfand. Auffällig ist, dass hier auch fünfmal die Diagnosegruppe 8 (Psychische Störungen bei anderen Hirnkrankheiten) und dreimal die Gruppe 1 (Schwachsinnzustände) bestand. Ansonsten waren, wie zuvor auch schon, die Gruppen 18 (3), 17(13), 15 (2), 14 (2), 19 (1) vertreten. Die Insulinkur wurde nicht nur therapeutisch, sondern auch diagnostisch verwendet. So heißt es in einer Akte, dass eine Insulinkur bis 40 Einheiten angesetzt wurde, um auf diese Weise herauszubringen „ob etwas praepsychotisches dabei“ (LWL/ 665/ 2148) sei. Die Bezeichnung der modifizierten Insulinbehandlung lässt sich nicht mehr auffinden. (Kaufung et al., 2019).

3.4.1.6 Pyrifetherapie

Die „Fiebertherapie“ mittels Pyrifer sollte die Immunabwehr stimulieren, indem durch Gabe von Colistämmen eine Fieberreaktion induziert wurde. Die Indikation der Pyrifetherapie unterschied sich innerhalb der zu vergleichenden Kliniken. Im Jahr 1952 wurden in Weissenau drei Pyriferkuren vollzogen. Die Diagnosegruppen 20 (10 Fieberzacken bis 100E), 13/8 (wöchentlich zwei Fieberzacken) und 3 waren vertreten. Im Jahr 1957 wurde sie nur noch einmal angewandt und zwar innerhalb der Gruppe 20 (Nervenkrankheiten ohne psychische Störungen). In Gütersloh wurde 1952 viermal die Verabreichung von Pyrifer dokumentiert. Aus zwei der Falldokumentationen geht hervor, dass hiermit der Enuresis Abhilfe geschaffen werden

sollte. Beide Patienten ließen sich der Gruppe 17 zuordnen. Bei den beiden anderen Patienten wurde die genaue Indikation nicht notiert, die Patienten gehörten zur Gruppe 18, jedoch ließ sich der Akte entnehmen, dass auch diese Kinder unter Enuresis litten. Fünf Jahre später wurden zehn Patienten mit Pyrifin behandelt. Fieberspitzen als erwünschter Therapieeffekt sind nicht in allen Akten dokumentiert worden. Bei zwei Patienten erfolgte nur eine einmalige Gabe, da der eine mit vier Tagen Fieber reagierte und der andere nach der Verabreichung sehr angeschlagen und kurzatmig war. Folgende Diagnoseverteilung lag hier vor: 17 (7), 13 (1), 19 (1), 8 (1). Aus den Akten geht hervor, dass die Indikation bei allen zehn Patienten Enuresis oder Enkopresis war. (Kaufung et al., 2019).

3.4.2 Schocktherapien

3.4.2.1 Elektrotherapie

Abgegrenzt werden in diesem Unterkapitel die Elektrokrampftherapie, sprich das Anlegen von Elektroden am Gehirn zur Auslösung eines Krampfes, von der Faradisierung, den schmerzhaften Stromstößen, bei denen die Elektroden irgendwo am Körper angelegt werden. Neben der Schizophreniebehandlung wurden auch Patienten mit Bewegungsdefiziten mit einer Elektrotherapie behandelt.

Im Jahr 1952 wurde in der KJP in sieben Fällen Induktionsstrom angewendet. Eine Elektroschocktherapie wurde bei zwei Patienten der Diagnosegruppe 14 (schizophrener Formenkreis) angewandt. Ein Patient der Diagnosegruppe 8 und 17 wurde mit einer „Konvulsivbehandlung“ (1952/ 88) therapiert. Bei einem Patienten mit progressiver Paralyse wurde in der Akte lediglich „elektrisieren“ (1952/ 123) dokumentiert. Eine „mediko- mechanische Behandlung mit Elektrisieren und Bewegungstherapie“ (1952/ 12) wurde bei einem Patienten der Gruppe 20 durchgeführt. Des Weiteren wurde ein Patient, zugehörig dem WS 17, mit einer „Suggestivbehandlung mit elektrischem Strom“ (1952/ 129) behandelt. Die Faradisierung wurde einmalig benannt. Ein Junge der Diagnosegruppe 19, der als „Anstifter und Unruheherd“ Schwierigkeiten machte, wurde „Zur Stärkung seiner Willenskraft und seiner Nerven“ faradisiert. Weiter wurde dokumentiert: „Davor hat er großen Respekt und verspricht dann hoch und heilig, dass er jetzt sich zusammennehmen wolle“ (1952/ 4).

Im Jahr 1957 wurden nur noch in drei Akten Hinweise der Elektrotherapie als Behandlungsmaßnahme gefunden. In den drei Patientenakten wurde dies jedoch lediglich als „Elektrisieren“ dokumentiert und nicht weiter ausgeführt (1957/ 23, 1957/ 33, 1957/ 122). Auch hier waren wieder die Diagnosegruppen 20 zweimalig und 3 einmalig vertreten. Bei zweien hiervon lässt die restliche Dokumentation vermuten, dass es sich um die Behandlung von Bewegungsstörungen handelt. Abschließend lässt sich, durch die nicht expliziten Dokumentationen bedingt, eine Faradisierung nicht mit Sicherheit ausschließen.

In Gütersloh wurde 1952 bei einem Schizophreniepatienten an zwei Tagen ein „Elektrokrampf“ durchgeführt (LWL/ 665/ 279). Ein weiterer Patient dieser Diagnosegruppe wurde mit „Elektroschock“ behandelt (LWL/ 665/ 264), ein anderer wurde für eine Schockbehandlung in eine Heil- und Pflegeanstalt (LWL/ 665/ 60) gebracht. Eine „Elektroschockkur“ erhielt ein Patient mit dem WS 15 (LWL/ 665/ 274). Außerdem wurde bei einem Patienten (WS 15, 18) in der Akte der „Elektroschock“ vermerkt (LWL/ 665/ 150). Eine „elektrische Behandlung“, einmal des Gesichtsnervs und ein anderes Mal zur Behandlung von Zuckungen konnte gesichtet werden (LWL/ 665/ 69, LWL/ 665/ 306).

Im Jahr 1957 wurden in keiner Akte Hinweise auf die Verwendung der Elektrotherapie gefunden. Die Direktorin E. Hecker äußerte sich in einer Akte zu der geplanten Verlegung eines Patienten in die Heilanstalt Bethel: „Soll nach Rat von Bielefeld nach Bethel. Ich habe nicht widersprochen, obwohl die Schockerei in Bethel nicht meine Sache ist.“ (LWL/ 665/ 2492). Vermutlicherweise könnte dies ein Hinweis darauf sein, dass sie sich von dieser Behandlungsmethode distanzierte.

3.4.2.2 Cardiazolschock

Das Kreislaufstimulans Cardiazol, das in höherer Dosierung Krampfanfälle auslöst, wurde in Weissenau nicht verabreicht. In Gütersloh wurde es im Jahr 1952 sieben Patienten gegeben. Davon war bei fünf Patienten der Zustand des Schocks gewollt. In der Akte einer Patientin, die wegen „Unverträglichkeit und Verstimmungszuständen“ aufgenommen wurde, wurde im Gutachten dokumentiert, dass die demonstrativen Erregungen so stark waren, dass ein Cardiazolschock durchgeführt werden musste. In der Legende dieser Akte hieß es, dass trotz Elektroschock und Cardiazolschock immer nur vorübergehend Beruhigung erzielt wurde (LWL/ 665/ 150). Bei

einer anderen Patientin die auf Grund der Diagnose „Epileptoider Charakter. Primitivpersönlichkeit mit hysteriformen Reaktionen. Debilität Ressentimentbehaftet“ aufgenommen wurde, wurden drei Cardiazolschocks dokumentiert, jedoch die Indikation nicht weiter beschrieben (LWL/ 665/ 152). Die Aussage „ihre jähzornigen Ausbrüche sind nach wie vor gefürchtet und machen sie nicht tragbar für uns“, lässt vermuten, dass hier ebenfalls eine Beruhigung erzielt werden sollte. Bei einer weiteren Patientin, die wegen „Trotzzuständen und gemeinschaftsstörendem Verhalten“ aufgenommen worden ist, wurde ein Cardiazolschock dokumentiert. Am darauffolgenden Tag wurde dieser in der Legende wie folgt bewertet: „ist fügsamer, hat aber immer noch etwas Lärmendes, Läppisches an sich“ (LWL/ 665/ 190).

Bei zwei anderen Patienten wurde mit Cardiazol ein Krampf ausgelöst zur neurologischen Diagnostik.

„mit 2ccm Cardiazol. Begann etwa eine Minute nach Injektion mit Bewusstseinsstörungen langsam einsetzenden tonisch-klonischen Zuckungen, zunächst an den Armen, dann an den Beinen schließlich am ganzen Körper. Cyanose, reaktionslose Pupillen. Der Anfall dauert etwa 5 Minuten. Anschließend großes Schlafbedürfnis... An der Echtheit des epileptiformen Charakters war kein Zweifel“ (LWL/ 665/ 276).

Auch bei dem zweiten Patienten wurde ein Krampf zur Diagnosestellung des epileptoiden Charakters seiner anfallsverdächtigen Zustände vollzogen:

„Daraufhin wird ein Krampfanfall ausgelöst Dieser Krampfanfall ist bei 2 ccm Cardiazol schwer und eindrucksvoll ein epileptiformer. [...] Während man sonst 3 und mehr ccm braucht und dann auch nicht gleich solche klassischen Anfälle sieht“ (LWL/ 665/ 271).

Im Jahr 1957 wurden auch sieben Patienten mit Cardiazol behandelt. Cardiazolschocks oder Krämpfe wurden jedoch nicht mehr dokumentiert.

3.4.3 Hinweise auf Psychotherapie

In beiden Jahrgängen wurden bereits einige verschiedene Verfahren zur Psychodiagnostik verwendet. Besonders die projektiven Verfahren kamen zum Einsatz und waren gut dokumentiert in den Akten auffindbar. Zur eigentlichen Psychotherapie jedoch ließen sich nur wenige vereinzelte Hinweise finden. Im Jahr 1952 wurde in

Weissenau zweimal die Arbeitstherapie (Kleben von Kartonagen) „zur Nachreifung“ erwähnt (1952/ 129). Einmalig wurde die Spieltherapie mit Szenomaterialien „zum Abreagieren der seelischen Konflikte und Spannungen“ (1952/ 75) dokumentiert. Ebenfalls nur einmal wurde die „psychagogische Aussprache“ (1952/ 129) genannt. In vier Fällen wurden Eltern erzieherisch beraten oder Konfliktsituationen nochmals besprochen. Bis zum Jahr 1957 hat sich hier im Bereich der Psychotherapie nur wenig verändert. Vier Patienten erhielten Spieltherapie. Fünf Patienten machten Atem-, Sprach- und Stimmbandübungen. Bei einem Patienten wurde „als therapeutische Maßnahme zur allgemeinen Selbstwerthebung und Bestätigung Wert daraufgelegt, dass er täglich im Anstaltsgelände 1/2 Stunde Fahrrad fahren lernte“ (1957/ 136).

In der KJP Gütersloh ist im Jahr 1952 viermal in den Akten „Psychotherapie“ oder auch „gezielte Psychotherapie“ schriftlich festgehalten worden, jedoch gibt es hierzu keine weiteren Angaben. Auch die einmalig verwendete Bezeichnung „entsprechende seelische Behandlung“ (LWL/ 665/ 137) lässt offen, welche Form von Therapie hier vollzogen wurde. In einem weiteren Fall wird die Form der Psychotherapie als wiederholende Szenotests beschrieben. Weitere Therapieformen werden jeweils einmal in den Akten erwähnt: Autogenes Training, Mobilisierung durch Arbeit, Spieltherapie, Bewegungsspiele. 1957 wurde in Gütersloh zwar eine intensivere und umfangreichere Psychodiagnostik betrieben, doch auch hier hat sich die Psychotherapie kaum weiterentwickelt. In acht Akten wurden Atemübungen mit einem Baligerät dokumentiert, zweimal Sprechübungen. Es wurden in drei Akten Belege gefunden, dass eine psychomotorische Behandlung angeboten wurde. In einer Patientenakte wurden „wiederholte pädagogische Gespräche“ (LWL/ 665/ 2566) erwähnt. In sieben Fällen wurden Erziehungsberechtigte in der Erziehung belehrt. In einer Akte wurde beschrieben, dass versucht worden ist, die Konflikte und Spannungen durch Spiele (Kasperle) zu lösen (LWL/ 665/ 2555). In drei Akten aus der KJP Gütersloh ließen sich Aussagen dazu finden, warum gerade keine Psychotherapie angewandt wurde, 1952: Psychotherapie sei wegen degenerativem Schwachsinn nicht angebracht (LWL/ 665/ 270). Bei einem anderen Patienten hieß es, dass er für eine Psychotherapie zu dumm sei (LWL/ 665/ 247). Auch im Jahr 1957 wurde in einer Patientenakte vermerkt, dass einer Psychotherapie ja die Debität entgegenstehe (LWL/ 665/ 2409).

3.4.4 Sonstige Therapien

3.4.4.1 Schlafkur

Nimmt in der KJP Weissenau in dem zu untersuchenden Zeitraum die Zahl der Patienten, die mit einer Schlafkur behandelt worden sind von null auf drei zu, so nimmt die Zahl in Gütersloh von dreizehn auf eins ab. Die drei Patienten aus Weissenau die mit einer Schlafkur behandelt worden sind, gehörten den Diagnosegruppen 17, 18 und 8 an. Bei einem dreizehnjährigen Jungen der Diagnosegruppe 17 wurde die Schlafkur drei Wochen lang mit Serpasil und WS 2434 durchgeführt. Bei einem ebenfalls dreizehnjährigen Jungen der Diagnosegruppe 8 ist dem Aktenbestand zu entnehmen, dass die Kur für mindestens elf Tage vollzogen wurde. Es wurde hier Megaphen und Phasein verordnet. Bei einem vierzehnjährigen Jungen der Gruppe 18 wurde Serpasil in Kombination mit Megaphen verwendet. Die Dauer der Schlafkur ist hier unbekannt.

In Gütersloh waren alle Patienten, die 1952 mit einer Schlafkur behandelt worden sind, weiblich und überwiegend zwischen zwölf und neunzehn Jahre alt. Ein Mädchen war fünf Jahre alt. Die Diagnosegruppen setzten sich wie folgt zusammen: 5x WS17, 5x WS18, 2x WS15, 2x WS1, 1x WS14. In wenigen Fällen wurde die Dauer der Therapie aufgezeichnet. Diese betrug zwischen zwei und sieben Tagen. In drei Fällen wurde als Indikation „störend“ oder „aufsässig“ vermerkt. In einer Akte wurde die Schlaftherapie nach einem Angstzustand eingeleitet. Die hierzu dokumentierten Medikamente waren Evipan, SEE oder auch Luminal in Kombination mit Evipan oder Veronal und SEE. Auch die Kombination von Somnifen mit Luminal ließ sich einmal finden.

Im Jahr 1957 konnte in den Akten nur noch ein einziges Mal bei einem achtzehnjährigen Jungen die Anwendung einer Schlaftherapie durch Megaphen und Somnifen gesichtet werden.

3.4.4.2 Röntgenbestrahlung des Gehirns

Eine Röntgentherapie kann immunologisch dämpfend, antientzündlich wie auch antiproliferativ wirken. Im gesamten Aktenbestand ließ sich fünfmal eine Empfehlung für eine Röntgenbestrahlungstherapie finden. In den jeweiligen Kliniken wurden sie

jedoch nicht selbst ausgeführt. Bei zwei Patienten ließ sich die Durchführung der Röntgenbestrahlung durch Arztbriefe bestätigen.

In der KJP Weissenau wurde 1952 bei einem knapp zwölfjährigen Jungen aus der Diagnosegruppe 1, 17 und 20 wegen passagerer Liquorzirkulationsstörung Röntgenbestrahlung angeraten. Ein eigentlicher Hydrocephalus occlusus wurde zuvor durch das Enzephalogramm ausgeschlossen, wodurch die Annahme vorübergehender Stauungszustände entstand. In dem Arztbrief aus Ravensburg heißt es: „... wurden die Ventrikel von 4 Feldern aus in 14 Sitzungen mit insgesamt 1075 r bestrahlt. Die Eltern des Kindes glauben bereits jetzt eine Besserung feststellen zu können. Das Kind erscheine aufgeschlossener, auch ruhiger und klage vor allem nicht mehr über Kopfschmerzen. Ich habe den Eindruck, dass der Junge etwas "vernünftiger" geworden ist.“ (1952/ 66)

Ebenfalls ließ sich in Weissenau 1952 eine Durchführung der Röntgentherapie bei einem zweijährigen Jungen der Diagnosegruppe 20 und 13 feststellen. Die Röntgenbestrahlung des Hydrocephalus in Ravensburg sollte den Krampfanfällen Abhilfe schaffen. Auch hier ließ sich ein Arztbrief aus Ravensburg finden: „[...] ist an sechs verschiedenen Tagen mit zusammen 300 r bestrahlt worden. Die Mutter berichtet von einer auffallenden Besserung, da das Kind wieder zu sprechen begann und die Krämpfe sistieren. Nun plötzlich neue Krämpfe. Vereinbart das Kind zu Ihnen zu schicken evtl. zur Entlastungspunktion und möchte in acht-vierzehn Tagen mit der Bestrahlung fortfahren, da sie anscheinend doch nicht ohne günstigen Einfluss ist.“ (1952/ 82)

Im selben Jahr und selbiger Klinik wurde zunächst bei einem eineinhalbjährigen Mädchen noch völlig säuglinghaftes Verhalten festgestellt. Außerdem wurde eine auffallende Schädelform bei blasiger hydrocephaler Stirnbildung, sowie eine eingesunkene Schläfenpartie und ein abgeflachtes Hinterhaupt notiert. Der Liquorbefund war leicht pathologisch und gab Verdacht auf chronische encephalitische Prozesse. Die neurologische Diagnostik ergab links einen schwächeren ASR, rechts kloniforme Nachzuckungen und einen erhöhten Tonus im rechten Bein. Die Beine wurden meist in maximaler Abduktionsstellung gehalten, Schmerzreaktionen waren überall auslösbar, die statische Entwicklung fehlte noch weitgehend, es lag ein negativer Greifreflex vor. Nach einem Enzephalogramm wurde eine asymmetrische Erweiterung des dritten Ventrikels diagnostiziert und eine Röntgenbestrahlung des

Hydrocephalus, heilgymnastische Maßnahmen sowie eine nochmalige Liquorentnahme in $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{2}$ Jahr empfohlen, um encephalitische Prozesse auszuschließen. Es finden sich keine Angaben ob diese Bestrahlung letztendlich wirklich stattgefunden hat (1952/ 80).

Auch im Jahr 1957 in der selbigen Klinik ergab ein Hydrocephalus eines einjährigen Mädchens Anlass zur Empfehlung einer Röntgenbestrahlung des Plexus chorioideus. Diese sollte die Übersekretion des Nervenwassers zum Stillstand bringen. Das Mädchen war 74 Tage in stationärer Behandlung. Bei der neurologischen Untersuchung wurden eine erhebliche hydrocephale Schädelbildung, völlig unkoordinierte Augenbewegungen und Spontannystagmus festgestellt. Außerdem konnte das Mädchen nicht fixieren und nicht sitzen und den schweren Kopf halten. Es fanden hier therapeutisch mehrmalige Lumbalpunktionen zur Entlastung statt (1957/ 24).

In der KJP in Gütersloh wurde einmalig eine Röntgenbestrahlung empfohlen. Hierbei ging es 1952 um einen knapp 17-jährigen Jungen, welcher 88 Tage stationär aufgenommen war. Bei der körperlichen Untersuchung wurden zunächst unter anderem folgende Befunde erhoben: „Größe 154,5 nach Zeller untermittelgroß -A, 63,8 kg nach Zeller B+, Untersetzter kleiner Junge, Neigung zu Fettansatz, kreisrundes vollmondähnliches Gesicht, Tonsillen vergrößert, Mammaebildung, 1. Ton An Spitze unrein, Tachykardie und Unterdruck, Leib zeigt fette Bauchdecken mit Faltenbildung nach Frauenart, Beckenbildung und Oberschenkelabschluss weiblich, es fehlt Stammbehaarung, Glied klein, Hoden eben zu tasten, Überstreckbarkeit der Finger in den Endgelenken, Körperspitzen cyanotisch, X-Beinstellung, leichter Senk und Spreizfuß beiderseits, Stimmbruch ist eingetreten.“ In der Krankenakte wurde außerdem festgehalten: „das fette Ungeheuer ist ein stimmungslabiles, meist läppisch heiteres Dickerchen geworden, sexuell nicht mehr ganz so triebhaft.“ Abschließend wurde eine Störung der Hirnanhangsdrüse, wobei besonders Triebstörungen vorkommen, diagnostiziert und eine Röntgenbestrahlung der Hypophyse im Bestrahlungsinstitut Knappschaftskrankenhaus Recklinghausen empfohlen (LWL/ 665/ 37).

3.4.4.3 Heilpädagogik

„Die Heilpädagogik versteht sich als integraler Bestandteil der Pädagogik. Sie bezeichnet die empirisch gestützte und wertgeleitete Wissenschaft des Diagnostizierens, der Förderung, der Bildung, Begleitung, Assistenz und Beratung von Menschen mit Beeinträchtigungen sowie der Beratung und Unterstützung von Angehörigen“ (Berufs- und Fachverband Heilpädagogik E.V, 2015, S. 7). In beiden Kliniken war Heilpädagogik kein Teil des Behandlungskonzeptes. Es wurden jedoch häufig Empfehlungen für die Aufnahme in heilpädagogische Heime ausgesprochen.

Dennoch ließen sich vereinzelt heilpädagogische Ansätze in den ärztlich geführten Elternberatungen, welche weder in Gütersloh und in Weissenau systematisch stattfanden, jedoch gelegentlich dokumentiert wurden, finden. 1952 wurde mit einem Erziehungsberechtigten „die Erziehungs- und Konfliktsituation des Jungen nochmals genau durchgesprochen“ (1952/ 121). Auch wurde eine „Mehrstündige Aussprache Arzt mit Mutter“ (1952/ 105) und eine „Beratung in erzieherischer Hinsicht“ (1952/ 105) dokumentiert. In Gütersloh wurde zusätzlich 1952 ein „Zehn-Tage-Stillhalteabkommen“ (LWL / 665/ 290) zwischen Arzt und Patient gesichtet, wie auch 1957 ein Vertrag mit einer Patientin mit Waschzwang sich drei Tage lang im Rahmen der üblichen Wäscherei zu waschen (LWL/ 665/ 2399). In Gütersloh wurde in einem Abschlussbericht die Aussage gefunden, dass durch entsprechende heilpädagogische Maßnahmen gewisse Fortschritte erzielt werden konnten (LWL/ 665/ 117). Um welche genauen Maßnahmen es sich handelte, war nicht ersichtlich.

In den Schlussberichten wurde einige Male erwähnt, ob sich der Patient nach dem Aufenthalt nun besser in die Gemeinschaft einführen ließe, eine zum Ziel führende heilpädagogische Behandlungsstrategie oder die Zusammenarbeit mit Heilpädagogen war nicht ersichtlich. Vielmehr stellte die Heilpädagogik eine Maßnahme dar, die im Anschluss an den Klinikaufenthalt folgte: „Eigentlich wäre Unterbringung in Hilfsschulheim erforderlich, aber diese sind meist größer und individuelle Betreuung nicht möglich, deshalb würden wir heilpädagogisches Heim vorschlagen, wo es auch möglich ist, dass der Junge eine stärkere Bindung zu Erwachsenen haben kann“ (1957/ 16). Etwas anders formuliert in einer Patientenakte aus dem Jahr 1957: „heilpädagogisches Heim empfohlen wo sie intelligenzmäßig doch noch etwas gefördert werden kann“ (1957/ 47).

3.4.4.4 Schulunterricht

Schulunterricht fand zwar in Weissenau und Gütersloh statt, jedoch hieß es in einem Arztbrief aus dem Jahr 1957 in Weissenau, dass der Patient nicht länger in der Klinik bleiben könne, da sie keinen systematischen Schulunterricht haben und der Patient erhebliche Lücken aufweise (1957/ 16). Dies zeigt, dass der Unterricht nicht ebenbürtig mit dem staatlichen Schulunterricht war. Im AFET Heimverzeichnis von 1954 heißt es, dass „Schulische Betreuung durch Junglehrer des Pädagogischen Institutes Weingarten“ gegeben war, wohingegen es in Gütersloh „keine Schul- und Ausbildungsmöglichkeiten“ gab und es eine „rein ärztlich gehaltene Klinik“ war (AFET, 1954). 1959 wurde im Heimverzeichnis „Schulunterricht, Volksschullehrplan (besonders für längerdauernde Behandlungsfälle)“ und „[...] schulische Betreuung durch Dipl.- Psych. und Lehrerin, [...]“ zur Klinik Weissenau vermerkt (AFET, 1959). Dies zeigt, dass die Institution sich bemühte sich hier besser aufzustellen, bzw., dass Unterricht auf Grund von Langzeitpatienten nötiger war. In Gütersloh fand sich im selbigen Verzeichnis kein Hinweis auf staatlichen Schulunterricht, auch wenn die Kinder ebenfalls schulisch betreut wurden. Betonte doch Hecker 1955, dass es keine Schule brauche, weil die Patienten sich nur sehr kurz in der Klinik aufhalten sollten (Hecker, 1955). Bestätigt kann dies auch mit einem Akteneintrag von 1952 werden: „Er möchte schon gerne hierbleiben, aber es wird ihm ja immer gesagt es gehe nicht, wir hätten doch keine Schule, [...]“ (LWL/ 665/ 137). Auch im Jahr 1957 konnten Belege dafür gefunden werden, dass die Kinder schulisch betreut wurden, und Unterricht und Aufgaben erhielten, welche aber nach wie vor keiner staatlichen Schulbildung entsprach.

3.4.4.5 Mototherapie und Motopädie

Die Mototherapie war im Jahr 1952, wenn auch rar, in beiden Kliniken vertreten. So konnte in Weissenau in zwei Akten die Dokumentation von Anwendung einer Heilgymnastik gesichtet werden. In einer dieser beiden wurde sie mit „Lockerungs- und Zielübungen“ weiter beschrieben. Beide Patienten gehören zur Diagnosegruppe 20, sprich Nervenkrankheiten ohne psychische Erkrankungen. In einer weiteren Patientenakte eines Mädchens aus der Gruppe des Würzburger Schlüssels 1 (Schwachsinn) wurde die Durchführung von Bewegungsübungen dokumentiert.

Mit heilgymnastischen Maßnahmen wurden fünf Jahre später acht Kinder therapiert. Die Diagnosegruppen 8 (Psychische Störungen bei anderen Hirnkrankheiten) kam hierbei fünfmal vor und die Diagnosegruppe 20 nur noch zweimal. Jeweils einmal waren die Diagnosen des WS 3 (Progressive Paralyse), 1 (Angeborene und früh erworbene Schwachsinnszustände) und 4 (Psychische Störung bei Lues Cerebri (Syphilis) & Tabes (Tuberkulose)) vertreten. Die heilgymnastischen Behandlungen wurden zwar teils mit Worten wie „Massage“, „Entspannungsübungen“ und „Bewegungsübungen“ weiter beschrieben, jedoch waren keine genauen Behandlungsstrategien oder Konzepte dokumentiert.

In Gütersloh wurde 1952 keine Mototherapie im engeren Sinne angewandt. Es ließ sich lediglich in einer Akte die systematische Ermutigung und Aufforderung zum Ballspiel und in einem weiteren Patientenfall die Teilnahme an Bewegungsspielen nachweisen.

Erst 1957 entstand in Gütersloh ein systematischer, psychomotorischer Heilkurs und somit die ersten Ansätze der Motopädie. So kamen zwei Patienten auf Veranlassung des Erziehungsheimes in Schweicheln hierfür in die Klinik. Dieser Kurs wurde einmal als Sonderkursus für hirngeschädigte Kinder und einmal als psychomotorischer Behandlungskurs bezeichnet. Bei beiden Kindern konnte in der Klinik jedoch keine Hirnschädigung festgestellt werden. Ihre Diagnosen wurden dem WS 18 und 21 zugeordnet. In einem Schreiben an die Krankenkasse wurde der Kurs als „spezielle, gezielte psychomotorischen Übungsbehandlung“ (LWL/ 665/ 2301) deklariert. In drei weiteren Akten konnten Hinweise auf die Teilnahme an diesem Kurs gefunden werden. Außerhalb dieses Kursus wurden bei einer Patientin mit Sprechschwierigkeiten Schreibübungen, Fingergymnastik und Geschicklichkeitsübungen wie Perlen aufreihen praktiziert. Bei einem mutistischen Mädchen wurden gymnastische Übungen angeordnet, wodurch ihr Gang gestrafft wurde.

3.4.4.6 Arbeitstherapie

In den untersuchten Kinder- und Jugendpsychiatrien haben die Patienten gearbeitet, wobei hier unter Arbeit ein breites Spektrum von Arbeitstherapie, über Beschäftigungstherapie und Berufsorientierung bis zum Mithelfen im Alltagsbetrieb zu verstehen ist. 1952 konnte dies in Weissenau in 15 Akten belegt werden. Hierbei handelte es sich ausschließlich um Patienten der Altersklassen 14 - 18. Besonders

Handwerke wurden praktiziert. Folgende Arbeiten wurden von Patienten durchgeführt: Schneider-, Web- und Näharbeiten, Korb- und Mattenflechtereie, Maurerarbeiten, Schuhmacherei, Bäckerei und Laubsägearbeiten. Außerdem wurden auch Arbeiten zur Unterstützung des laufenden Betriebes angeordnet, wie Putz- und Küchenarbeiten, die Beaufsichtigung von kleineren Patienten und Stationsarbeit.

Ob es sich um Therapie im engeren Sinne handelte, lässt sich nicht sicher bestätigen, jedoch sollte sie teilweise die Jugendlichen dabei unterstützen eine berufliche Orientierung zu erlangen. Dies belegt ein Akteneintrag: „Bei der Arbeit ist er weiter ausdauernd und geschickt, sodass er vielleicht auch zum eigentlichen Korbflechten angelernt werden kann“ (1952/ 2). Woanders wurde Arbeitstherapie zur „Nachreifung“ (1952/ 129) angeordnet. Auch sollten teils Jugendliche arbeiten, die am Schulunterrichtersatz der Klinik nicht mitmachten oder kein Interesse daran hatten. Zu den Patienten wurden Lehrerberichte verfasst, die zur Gesamtbeurteilung der Ärzte hinzugezogen wurden.

Auch 1957 wurde in Weissenau Schulunterricht angeboten, jedoch ließen sich keine Beschäftigungen wie die im Jahr 1952 angebotenen Handwerke mehr auffinden. Lediglich in fünf Akten konnte die Durchführung von Putz- und Stationsarbeiten gesichtet werden.

In Gütersloh fanden sich im überwiegenden Aktenbestand Belege dafür, dass Patienten im alltäglichen Betrieb mithalfen, was auch als eine gute Gelegenheit zur „Beobachtung“ betrachtet wurde. Viele Haushaltsarbeiten wie Putzen, Bügeln, Stopfen, Spülen, sowie auch Küchenarbeiten und Gartenarbeiten wurden von Patienten erledigt. Vereinzelt wurden die Älteren zur Beaufsichtigung und Betreuung der Kleineren herangezogen. Auch wurden Putzarbeiten in den Wohnungen der Ärzte und auch auf der Schwesternstation erledigt, teilweise gegen Bezahlung. Handwerkliche Tätigkeiten, wie sie 1952 in Weissenau vorkamen, ließen sich hier nicht finden.

Hinweise auf Ausbeutung der Patienten gab es im gesamten Aktenbestand nicht. Es scheint, dass es viel mehr darum ging, den Patienten einen strukturierten Tagesablauf zu ermöglichen. Inwiefern die Arbeit therapeutische Ziele hatte, kann nicht klar beantwortet werden. Vereinzelt wurde jedoch festgehalten, dass zum Beispiel versucht wurde, Patienten durch Arbeit zu mobilisieren oder dass diese zu

solchen Arbeiten herangezogen wurden, die sie gut leisten konnten, um das Selbstwertgefühl zu stärken.

3.4.4.7 Außenseitertherapien

3.4.4.7.1 Einmalig „Umstimmungstherapie“ mit Fremdblut

1952 wurde in der KJP Weissenau ein dreizehnjähriger Junge der Diagnosegruppe 20 einer „Umstimmungstherapie“ (1952/ 78) mit Fremdblut unterzogen, welche aus täglich 10ccm intramuskulär verabreichtem Fremdblut bestand. Zusätzlich wurde er mit einer Pyriferkur sowie mit einer Quecksilberkur, welche jedoch auf Grund weiterer Verschlechterung des Zustandes abgebrochen wurde, behandelt. Außerdem sollte er intralumbal Penicillin verabreicht bekommen, was die Eltern ablehnten. Der Junge verstarb nach einem Aufenthalt von 62 Tagen in der Klinik. Als Todesursache wurden bulbäre Symptome, Schluck- und Atemlähmung dokumentiert.

3.4.4.7.2 Einmalig Frischzellbehandlung eines Mongoloiden

In einem Fall konnte im Aktenbestand der Weissenauer Klinik die Durchführung einer Frischzelltherapie gesichtet werden. Ein dreijähriger Junge mit der Chromosomenanomalie Trisomie 21, der 33 Tage stationär aufgenommen war, hat insgesamt viermal jeweils eine Ampulle „Hypophyse, Schilddrüse, Thymus und Placenta erhalten“ (1957/ 151).

Im Arztbrief wurde auch literarischer Bezug genommen:

„[...] nach der Literatur (W. Kuhn, Zellulartherapie in Klinik und Praxis) erscheint bei Mongoloismus auch nach Durchführung der Frischzellbehandlung eine intensive Nachbehandlung mit Vitaminpräparaten und Hormonen angezeigt. Behandlung mit Amulsin, 10 Tropfen täglich, Dmulsion 3-10 Tropfen tgl., Emulsin Forte 5-10 Tropfen tägl. vorgeschlagen. Gleichzeitig soll das Präparat Thymus-Henning-Adenotom in der üblichen Dosierung gegeben werden. Weiterhin ist auf eine regelmäßige Stuhleentleerung zu achten, die man am besten mit Lax-Arguz erreicht“ (1957/ 151).

3.4.4.8 Disziplinierungsmaßnahmen

Eine umfangreiche und systematische Analyse der Disziplinierungs- und Zwangsmaßnahmen von 1951 bis 1966 im psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau wurde bereits von Afschar-Hamdi und Schepker aufgearbeitet (Afschar-Hamdi und Schepker, 2017). Hier werden ergänzend aus den analysierten Jahrgängen 1952 und 1957 die gesichteten Maßnahmen erläutert.

Im Jahr 1952 wurde in der KJP Weissenau bei elf Patienten die Anwendung von Disziplinierungsmaßnahmen gesichtet. Im Jahr 1957 konnte hierzu kein Hinweis mehr gefunden werden.

Von den elf Patienten wurden vier zeitweise in einer in den Akten so genannten „Zelle“ isoliert. Die Aufenthaltsangaben reichen von wenigen Stunden bis zu acht Tagen. Ein Patient wurde in einem Einzelzimmer isoliert.

Die Faradisierung wurde erzieherisch zur Disziplinierung bei zwei Patienten eingesetzt. Der Patient, der zuvor in einem Einzelzimmer isoliert wurde, musste „schon ein paar mal zur Stärkung seiner Willenskraft und seiner Nerven faradisiert werden. Davor hat er großen Respekt und verspricht dann hoch und heilig, dass er jetzt sich zusammennehmen wolle“ (1952/ 4). Die zweite Patientin, die die Abteilung durcheinanderbrachte, den Arzt bedrohte und randalierte wurde „protreptisch behandelt und kräftig faradisiert. Danach wie umgekrempelt“ (1952/ 136).

Zwei Kinder wurden aus disziplinären Gründen auf die Erwachsenen Station verlegt. Ein elfjähriger Junge, der sich laut Akte mit keinem Mittel in der Gemeinschaft einordnen ließ, musste vorübergehend auf der Männerstation für acht Tage isoliert werden. Der selbige wurde auch vorübergehend in die Frauenabteilung verlegt. Ein siebzehnjähriger Junge wurde auf Grund seiner Vorliebe zu obszönen Redensarten in Gegenwart der jüngeren Buben auf die neurologische Männerstation verlegt.

In fünf Akten gab es Hinweise auf körperliche Gewaltanwendung. Die Angaben sind jedoch sehr unkonkret und dadurch schwierig zu beurteilen. So waren bei einer Patientin folgende Anmerkungen in der Akte zu finden: „[...] musste immer wieder vom Fenster [...] teilweise mit Gewalt, in den Saal zurückgebracht werden, [...] mit Gewalt weggezogen und ihr eine Injektion verabreicht werden [...] nur mit brachialer Gewalt konnte sie jeweils in den Saal und ins Bett gebracht werden“ (1952/ 16). Bei

selbiger Patientin konnte auch die einmalige Anwendung der Fixierung nachgewiesen werden: „In der letzten Zeit hat sich die Patientin etwas besser in die Abt. Ordnung eingeführt nachdem sie einige Tage durch SEE-Inj. ruhiggestellt und teilweise auch festgeschnallt werden musste“ (1952/ 16). Ein Junge musste „mit sanfter Gewalt zu Schulaufgaben gebracht werden“ (1952/ 34). Ein anderer Junge „wehrt sich bei der Punktion heftig und musste mit Gewalt festgehalten werden“ (1952/ 84). Bei einem Mädchen konnte folgende Aussage in der Krankengeschichte dokumentiert vorgefunden werden: „Läuft in unmöglicher Weise nur auf den Hacken mit angehobenen Zehenspitzen umher, gibt diese Gangart auch nicht auf, als man sie mit aller Gewalt im Eilschritttempo durchs Zimmer zieht“ (1952/ 102). In einer, der schon unter der Maßnahme der Faradisierung aufgeführten Krankheitsgeschichte hieß es: „Als sie dabei auch den Arzt mit dem Stock bedrohte, wurde sie mit einer kräftigen Ohrfeige zur Besinnung gebracht“ (1952/ 136).

Zusätzlich konnte in zwei Lehrerberichten die Anwendung von Gewalt durch das Lehrpersonal gesichtet werden. So bei einer Langzeitpatientin, die als Pflege- und Verwahrungsfall stationiert war: „Im Spucken kann sie schlimmer sein als Dieter. Schlagen auf den Mund nützt nichts, verschlimmert es sogar noch“ (1952/ 22). In einer anderen Akte hieß es, dass bei dem Patienten mit Schimpfen und Schlagen nichts mehr zu erreichen sei, darauf reagiere er nicht mehr (1952/ 33).

Hinweise zu verbaler Gewalt als Disziplinierungsmaßnahme konnte einmalig gesichtet werden: „Hat sich in der letzten Zeit, nachdem er ein paarmal zusammengestaucht wurde, etwas besser eingeordnet“ (1952/ 81).

Anders als in Weissenau wurde in Gütersloh die Maßnahme des Essenentzuges vollzogen. Hier fanden sich drei Fälle im Jahr 1952. Hierbei handelte es sich bei einem Patienten nur um den einmaligen Entzug einer Mahlzeit, der Umfang bei den anderen beiden Patienten ließ sich nicht ermitteln.

Einmalig wurde ein vierzehnjähriger Junge für zwei Tage zur Disziplinierung auf die Männerabteilung verlegt.

Auch Isolation war hier eine angewandte Maßnahme. In vier Akten ließ sich dies nachweisen, in einer weiteren hieß es, dass Isolation durch Bettruhe stattgefunden hat. Die Bettruhe wurde ebenfalls in zwei weiteren Patientenfällen gesichtet. Einer dieser beiden Patienten war ein neunzehnjähriger Jugendlicher, der auch mit

Rauch- und Leseverbot gestraft worden ist, sowie laut Akte, mit zwei Pflegern unter die Dusche gebracht wurde und gegen seinen Willen ausgezogen worden ist.

Relativ unspezifisch ist in einem anderen Patientenfall von „Bestrafungen und Ermahnungen“ (LWL/ 665/ 142) die Rede. Ein weiterer Patient erhielt eine „gesalzene Strafpredigt“ (LWL/ 665/ 132).

1957 war in der KJP Gütersloh die Bettruhe eine sehr häufig angewandte Bestrafungsmaßnahme. Bei 26 Patienten wurde diese angeordnet. Es gab 15 Fälle von Isolierungsmaßnahmen. Verbale Bestrafungen, dokumentiert als „zurechtgestaucht“, „zurechtgewiesen“ oder „angedonnert“ ließen sich bei sieben Patienten finden. Nahrungsentzug wurde in vier Akten gesichtet und Entzug von Suchtmitteln wie Tabak in zwei. Formen der Gewaltausübung kamen vor. So wurde in der Krankenakte eines etwa siebenjährigen Jungen dokumentiert, dass der Patient „von Frau Dr. Hecker das Fell verdroschen gekriegt hat, weil er Widerworte gab“ (LWL/ 665/ 2164). Bei einem anderen Jungen hieß es: „Man mußte ihn in letzter Zeit richtig hart anfassen, das brauchte er, weil er sonst einfach gar nicht parierte“ (LWL/ 665/ 2270). In zwei weiteren Akten wurde von einem „Klaps“ berichtet.

Zwei Kinder wurden mit dem Abduschen bzw. Abwaschen mit kaltem Wasser bestraft: „Sein Schreien war so schlimm, daß man ihn unter den kalten Wasserkrant tat, seitdem ist er sofort still, wenn man mit Brause droht“ (LWL/ 665/ 2659). Eine andere Patientin, die dreimal tagsüber eingekotet hat, wurde mit kaltem Wasser abgewaschen worauf sie wie am Spieß schrie (LWL/ 665/ 2423).

Ein weiterer Patient erfuhr folgende Bestrafungsmaßnahme: „Am 14. hat er zwar nicht richtig eingekotet, aber die Hose war doch unsauber. Man hat ihn einmal ins Klo gesetzt und abgespült, seitdem ist es besser geworden“ (LWL/ 665/ 2315).

4 Diskussion

4.1.1 Entwicklung der Zusammensetzung der Diagnosegruppen

Die beschriebenen Unterschiede der Klinikaufträge, führten nicht wie vermutet dazu, dass es in Weissenau im Vergleichszeitraum zu einem Anstieg an Aufnahmen von Patienten mit „psychiatrischen Diagnosen“ kam, auch wenn sich die Anzahl der Kinder mit schweren Intelligenzminderungen und somit wahrscheinlich die der Pflegefälle im Verhältnis verringerte. Auch zeigte sich, dass in der KJP Gütersloh nicht weniger intelligenzgeminderte Kinder aufgenommen wurden als in Weissenau, obwohl Frau Hecker pflegebedürftige Kinder laut Konzept nicht aufnehmen wollte. Die Analyse der Verweildauer der Patienten führt auf, dass es sehr wohl einen Unterschied im Umgang mit den sogenannten Pflegefällen gab, was dann doch teils zur Verwirklichung der Klinikkonzepte führte, in der Form, dass in Gütersloh überwiegend Diagnostik und Weiterverlegung stattfand. Es gilt die zeitgenössischen Hintergründe bei dieser Entwicklung miteinzubeziehen. So stand die nun aufstrebende Fachgesellschaft kriegsbedingt einer teils immer noch in chaotischen Verhältnissen befindlichen Bevölkerung entgegen. Etwa 80.000 bis 100.000 Minderjährige waren ohne festen Wohnsitz, viele lebten in instabilen Verhältnissen (Fehlemann et al., 2017). Auch ein Bericht des deutschen Bundestages hält rückblickend fest, dass es zu einer Vervierfachung der Aufnahmen in den ersten zwanzig Jahren nach Kriegsende gekommen ist, was zu Überbelegung führte. Räumlichkeiten der sozialen Aktivität mussten in Krankenstationen umgewandelt werden (Deutscher Bundestag, 1975).

Die steigende Anzahl der Fürsorgezöglinge, aber auch die Zerstörung oder Zweckentfremdung der Fürsorgeheime, lässt nach Fehlemann und Mitarbeitern annehmen, dass neben Heimen auch die psychiatrischen Kliniken als Auffangbecken für die sozial auffällige Nachkriegsjugend dienten (Fehlemann et al., 2017).

Dass sich die Ergebnisse der Diagnosezusammensetzung wahrscheinlich nicht generell auf jegliche Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie im damaligen Zeitraum übertragen lassen, zeigt nicht nur der Unterschied der beiden hier vorgestellten Institutionen. So zeigt eine Auswertung der Diagnosen von 700 Patientenfällen der Universitätsnervenklinik Jena im Zeitraum von 1942 bis 1945 eine ganz andere Zusammensetzung auf. Auffällig ist hier der im Vergleich hohe Anteil schizophrener

Kinder und Jugendliche und der geringere Anteil "Schwachsinniger" (Gerhard und Schönberg, 2016).

Das Konzept der Beobachtungsstation, sprich die Aufnahme, Untersuchung und Diagnostik der Patienten für sechs bis acht Wochen, um im Anschluss Unterbringung, Schulform und Weiterbehandlungen festzulegen, wurde in den 50er Jahren nicht nur in der KJP Gütersloh angenommen. So wurde 1951 in den „Monatsblättern für Soziale Fürsorge“ die gesellschaftliche wie klinische Notwendigkeit einer Beobachtungsstation durch die besondere Notlage der Kinder und Jugendlichen der im Krieg besiegten Länder und durch neurotisierte Eltern begründet (Ralser, 2017). Nach Stumpfl ist es die Erziehungsschwäche der Eltern, der Bedeutungsverlust der Schule und somit die verloren geglaubte Funktion von Familie, Gesellschaft und Politik, welche eine Kinderpsychiatrie nötig macht (Ralser, 2017). Ralser berichtet beispielhaft von einer psychiatrischen Kinderbeobachtungsstation, welche 1954 gegründet wurde und ihrer Leiterin, der Nervenärztin Nowak- Vogl im Raum Innsbruck. Die durchschnittliche Verweildauer betrug hier 52 Tage (Ralser, 2017). Auch Villinger und Stutte forderten 1948 ein System der ärztlichen „Sichtung, Siebung und Lenkung“ (Rotzoll, 2017, S. 522). So ging es in der kinderpsychiatrischen Abteilung in Klingenmünster, welche 1954 eröffnet wurde, mehrheitlich um die Behandlung von Patienten mit kurzfristigen Aufenthalt und weniger um Langzeitpatienten (Rotzoll, 2017). Ebenso wurde in der Rheinischen Landeslinik für Jugendpsychiatrie in Bonn nach diesem Schema verfahren (Fehlemann et al., 2017).

Hypothese 1 muss verworfen werden, da es in Weissenau nicht zu einer Zunahme von Aufnahmen von Patienten mit psychiatrischen Diagnosen kam. Auch wurden in Gütersloh nicht mehr Patienten mit akut psychiatrischen Erkrankungen und weniger Patienten mit Intelligenzstörungen aufgenommen. Allerdings wurden diese in Gütersloh deutlich schneller entlassen.

4.1.2 Entwicklung der Zusammensetzung der Kostenträger

Auch wenn es nicht, wie zunächst angenommen, so eindeutig zur Verschiebung der Diagnosegruppen in Richtung rein psychiatrischer Erkrankungen gekommen ist, hat sich die Verteilung der Kostenträger trotzdem verändert. In beiden Kliniken verlor die Finanzierung durch Ämter an Bedeutung, wohingegen die der Kassen zunahm.

Wie schon oben beschrieben, hatte sich die Klinikleiterin in Gütersloh zum Ziel gesetzt mehr Zuweisungen von Hausärzten und Eltern anzunehmen und weniger die der Behörden.

Durch den seit dem Jahr 1942 bestehenden Halbierungserlass (HE) wurde zur Klärung der Finanzierung bei Einweisung geprüft, ob die Einweisung aus Gründen des öffentlichen Interesses oder des eigenen Interesses des Kranken erfolgte. Denn nur im letzteren Fall wurden die Kosten durch die Krankenkasse übernommen (R. Schepker, 2017). Die diskriminierende Einteilung in „harmlose“ und „gemeingefährliche“ Kranke blieb Grundlage der Kostenentscheidung (Deutscher Bundestag, 1975).

Der HE zeigt indirekt, dass eine Behandlung, welche für das eigene Interesse des Kranken galt, bei genetisch verursachten Zuständen nach damaliger Lehrmeinung nicht möglich war (R. Schepker, 2017). Galt doch die Vererblichkeit des Charakters als bewiesen (Leiter, 1939). Auch in der Nachkriegszeit änderte sich diese Auffassung bei Villinger und Stutte zunächst nicht (Roelcke, 2017). Mögliche Folge könnte eine Zunahme der Belastung der Fürsorge gewesen sein. In dem hier untersuchten Zeitraum in der Nachkriegszeit konnte jedenfalls eine starke Belastung der öffentlichen Kassen nachgewiesen werden. Nach damaliger Gesetzeslage wurden zumindest teilweise die anfallenden Kosten der Jugend- und Sozialbehörden für die stationären Aufenthalte auf Eltern und Angehörige abgewälzt. Auch die Psychiatrie-Enquete beschrieb die Situation rückblickend, dass Krankenkassen Einweisungen durch Kassenärzte umgingen, „so dass psychische Erkrankungen zwangsläufig eine Kostenfolge für den Fürsorgeverbund verursachten und der Kranke selbst ungeachtet seiner Mitgliedschaft bei einer an sich kostenpflichtigen Kasse, automatisch zum Fürsorgeempfänger wurde“ (Deutscher Bundestag, 1975, S. 159). Da erst 1961 das Bundessozialgericht eine Unterscheidung von Behandlung und Verwahrung und somit auch von „krank“ oder „psychisch abnorm“ aufzeigte, waren Streitigkeiten und Unklarheiten bezüglich der Kostenübernahmen bis dahin häufig (Roelcke, 2017).

Hinzu kommt die damalige unterschiedliche Behandlung psychisch Kranker in einem Landeskrankenhaus oder einer Universitätsklinik bzw. einer psychiatrischen Abteilung in einem Allgemeinkrankenhaus: „Besonders bedrückend war und ist die Tatsache, daß gleichartig psychisch Kranke kassenrechtlich und im Hinblick auf die

Kostenerstattung für die stationäre Behandlung unterschiedlich behandelt werden je nachdem, ob sie in ein psychiatrisches Landeskrankenhaus, dessen Kostenregelung noch nach einem modifiziertem Halbierungserlaß vorgenommen wird, oder in eine psychiatrische Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses oder einer nicht mit einem Landeskrankenhaus verbundenen Universitätsklinik, in denen die Kosten von den Krankenkassen wie in jedem anderen Krankheitsfall ohne weiteres übernommen werden, eingewiesen werden“ (Deutscher Bundestag, 1975, S.160).

Erst 1981 wurde der HE mit dem Krankenhaus- Kostendämpfungsgesetz abgeschafft (Bundesgesetzblatt, 1981). Eine Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken ist jedoch noch nicht erreicht (R. Schepker, 2017). Mit dem derzeit eingeführten vierstufigen BTHG (Bundesteilhabegesetz), der anstehenden Reform des SGB VIII (Sozialgesetzbuch) für Kinder und Jugendliche und der neuen PPP-RL (Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik) scheint es, dass erneut viele Änderungen im Fluss sind. Die Auswirkungen auf Ausstattung und Finanzierung sind noch völlig unklar.

Hypothese 2 kann dahingehend bestätigt werden, dass der Anteil der Krankenkassen in beiden Einrichtungen wie angenommen gestiegen ist, in Weissenau 1957 mit einem Anteil von 63% allerdings deutlich stärker als in Gütersloh. Das ist eher weniger auf die Patientenzusammensetzung als auf regionale Finanzierungsvorgaben zurückzuführen.

4.1.3 Entwicklung der Anteile der verschiedenen Medikamentengruppen

Psychopharmaka im engeren Sinne wurden im Zuge des Aufkommens der Neuroleptika und weniger durch die nun differenzierteren Anxiolytika 1957 häufiger vergeben als 1952, und zwar an 30,5% der Patienten in Weissenau und an 27,3% in Gütersloh. Das Verhältnis der Psychopharmaka zu der Gesamtverabreichung von Medikamenten war in Weissenau niedriger, wie auch der Anteil der mit Psychopharmaka behandelten Kinder zu der Gesamtzahl medizierter Kinder. Eine Ursache hierfür könnte neben der Patientenzusammensetzung die unterschiedliche Verweildauer in beiden Kliniken sein. Während in Weissenau Patienten lange aufhältig waren, fanden sich dort, ablesbar an den Diagnosen „Epilepsie“, und „neurologische Erkrankungen“ bis 1957 neben der geringeren Fallzahl gegenüber Gütersloh noch

sehr viele Langzeitpatienten oder sogenannte „Pflegefälle“. Langzeitpatienten erhielten eine vollständige medizinische Versorgung auch für die allfälligen Infekte, Hautprobleme u.a.m. (Kaufung et al., 2019).

Im Jahr 1957 wurden in beiden Kliniken mit 15,8% (Weissenau) und 17,4% (Gütersloh) zu ähnlichen Anteilen Neuroleptika verordnet, zu denen wir auch das damals analog eingesetzte Reserpin zählten. Die Verordnungen bewegten sich im Rahmen der damals angegebenen Indikationen, beispielsweise bei Megaphen „Erregungs-, Angst- und Verstimmungszustände“ (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V., 1969). Angemerkt sei, dass keine Patienten mit Psychosen vorgefunden wurden. Dabei fällt eine noch eher zurückhaltende Indikationsstellung auf. (Kaufung et al., 2019). Jacobs gibt 1958 für Serpasil ebenso Indikationen wie „Erregungszustände“ (S. 10) oder „emotionelle Störungen“ (S. 10) an. Als Indikation für ein neues Kombinationspräparat aus Megaphen, Atosil und Reserpin wurden „Verhaltensstörungen schwachsinniger Kinder“ (S. 13) genannt (Jacobs, 1958).

Es konnte festgestellt werden, dass Neuroleptika die Barbiturate zur Sedierung ablösen. Die Sedierung und auch die Dauersedierung mit Barbituraten war schon vor 1952 Alltagspraxis. Der Vorteil, dass Neuroleptika dämpfend und nicht einschläfernd wirken und zudem die motorischen Fähigkeiten und somit die Teilnahmefähigkeit im Alltag nicht beeinflussen, wurde erkannt.

Dass Patienten mit der Diagnosegruppe 13 („Epilepsie“) in beiden Kliniken ab 1957 mit dem Neuroleptikum Megaphen behandelt wurden ist erstaunlich, war doch auch damals schon bekannt, dass Phenothiazin-Derivate die Krampfschwelle senken können. So hieß es, dass die Aktivierung von Krampfpotentialen und damit das Auslösen von epileptischen Anfällen durch Megaphen eine echte, zum Absetzen des Medikamentes zwingende Komplikation sei (Bayer, 1960). Es fällt auf, dass in dieser Veröffentlichung, Megaphen größtenteils im Zusammenhang mit anderen Fachdisziplinen beschrieben wird, wie zum Beispiel der Inneren Medizin oder der Chirurgie. Der Psychiatrie wurden im Verhältnis nur relativ wenige Seiten gewidmet. In der *Roten Liste* wird Megaphen 1959 erstmals aufgeführt. Hier wurden im Gegensatz dazu fast hauptsächlich psychiatrische Indikationen angegeben (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V., 1959). Auch in einer anderen von Bayer veröffentlichten Broschüre wird aufgeführt: „Megaphen kann als Mittel gegen Epilepsie nicht allgemein empfohlen werden. Beim Status epilepticus hat es sich jedoch zur

Durchbrechung der Krämpfe bewährt. [...] Es sei darauf hingewiesen, daß bei einzelnen Epilepsie- Formen im EEG eine Krampfaktivierung durch Megaphen zu beobachten ist (MEGAPHEN Neurolepticum in der Psychiatrie, o. J, S. 22).

Die jedoch insgesamt zurückhaltende Indikationsstellung mag einerseits mit fehlender Erfahrung in der Verordnung der „neuen Arzneimittel“ zusammenhängen, andererseits könnte auch vorsichtig vermutet werden, dass die noch nicht geregelte Finanzierung der relativ teuren Neuroleptika eine Rolle gespielt haben mag. (Kaufung et al., 2019).

Hierzu findet sich im Archiv der Weissenau ein Antrag an das Regierungspräsidium auf Übernahme des Megaphen in die Liste der teuren Medikamente (Schreiben von W. Ederle, 1954, Berechnung der Nebenleistungen in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern, Archiv des ZfP Südwürttemberg, Standort Weissenau). Dem Antrag wurde stattgegeben, sodass danach in Baden-Württemberg Megaphen gesondert abgerechnet werden konnte. Zur Finanzierung einzelner Medikamente in Nordrhein-Westfalen ist nichts Genaues bekannt. Die Pflegesätze von Gütersloh lagen über denen von Weissenau. Im AFET Heimverzeichnis (AFET, 1959) wird für Gütersloh der „Krankenhaussatz A2“ angegeben, der 1959 13 DM betrug, und für Kinder bis 14 Jahre 4/5 davon. Zusätzlich konnten für diverse medizinische Behandlungen zusätzlich Nebenkosten abgerechnet werden (Landesregierung Nordrhein-Westfalen, 1959). Für Weissenau findet sich im AFET Heimverzeichnis die Pflegesatzangabe von 7 DM bis 12 Jahre und 8,70 DM darüber. Teure Medikamente konnten, sofern von der Landesregierung freigegeben, zusätzlich abgerechnet werden. Was die übrigen Präparate anbelangt, zeigte sich in Gütersloh ein sehr früher Einsatz von Ritalin, möglicherweise zur Behandlung des damals als „Kramer-Pollnow-Syndrom“ gefassten ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung) und damit eine eher fortschrittliche Vorgehensweise. Andererseits wurden dort auch noch 1957 anders als in Weissenau weiterhin breit SEE bzw. Scophedal sowie Bella Sanol eingesetzt, die je nach Dosierung narkotische Wirkungen haben und sehr stark analgetisch wirken. (Kaufung et al., 2019).

Dauersedierung im Alltag, wie in den Indikationen und Dosierungsvorschlägen der Psychopharmaka vorgesehen, war üblich (Schepker et al., 2020). Firmen produzierten Psychopharmaka für eine breite Anwendung (Schepker und Fegert, 2019). Doch schon 1962 äußerte sich der Gütersloher Psychiater Walter Schulte kritisch zu dem

veränderten Stationsbild, das die neuen Neuroleptika und Antidepressiva mit sich brachten. So beschrieb er, dass nicht mehr die Unruhe das Problem sei, sondern die Ruhe der Erstarrung, Lähmung und Abstumpfung nun vielmehr beunruhigend sei (Brink, 2013).

Nicht geprüft wurde in dieser Arbeit, inwieweit Psychopharmaka als Disziplinierungsinstrument, als sogenannte Bedarfsmedikation eingesetzt wurden, welche sehr hoch dosiert im Konfliktfall verabreicht werden kann. Zwangsmaßnahmen in der Weissenau wurden von Afschar und Schepker (2017) an mehreren anderen Jahrgängen untersucht. Sie fanden zwei Fälle mit nachweislicher Zwangsmedikation und bezogen deren Notwendigkeit auch auf Personalmangel und räumliche Enge. Aus Gütersloh liegt eine solche Analyse nicht vor. Es liegt jedoch nahe, dass eine medikamentöse Beruhigung der in beiden Kliniken in großer räumlicher Enge aufhältigen Patienten Eskalationen verhindern helfen sollte und dass sedierende Medikationen dafür eingesetzt worden sind. (Kaufung et al., 2019). Auch Lenhard-Schramm berichtet von Medikamentenvergaben als Strafmittel im Franz Sales Haus in Essen und vermutet, dass diese Medikamentenanwendungen auch in anderen Einrichtungen praktiziert wurden (Lenhard-Schramm, 2017).

Hochdosierte Sedierungen über einige Tage kamen im Zuge der Schlaftherapie vor. Die Indikationen für eine Dauerschlaftherapie lagen zunächst bei den Diagnosen Schizophrenie und Manien (Schneider, 1939). Schneider fasst die Indikation noch etwas weiter: „Ich glaube allerdings, daß, biologisch gesehen, die Wirkung des Dauerschlafs nicht allein dahin bestimmt werden kann, daß er abnorme Verarbeitungen und Erstarrungen, Gewöhnungen und Einübungen durchbricht, sondern er ist auch geeignet, die gegenseitigen Rückwirkungen der einzelnen Funktionsstörungen aufeinander zu unterbinden. Da diese Rückwirkungen selbstverständlich besonders auch dadurch wirksam werden können, daß sie sich durch Übung festigen, ergibt sich von selbst eine Überschneidung der verschiedenen biologischen Zusammenhänge“ (Schneider, 1939, S. 263). Debile seien für diese Therapieform nicht empfänglich.

Auch die hier in drei Fällen verhaltensbezogene Indikation für eine Schlaftherapie kann zeitgenössisch betrachtet nicht als falsch gesehen werden.

Schneider hielt Somnifen „als [...] für den Dämmerschlaf [...] am wenigsten geeignet, weil es zahlreiche Gefahren, die mit dem Dämmerschlaf an sich verbunden sein können, in erhöhtem Maße heraufbeschwört“ (Schneider, 1939, S. 256). Trotz dieser Einschätzung wurde dieses Medikament für diesen Zweck noch 1957 verabreicht.

Die insgesamt abnehmende Tendenz des Einsatzes der Dauerschlaftherapie kann mit dem Aufkommen der Insulintherapie und der elektrisch-induzierten Krampftherapie begründet werden. An einst günstige Erfolgsstatistiken von Keasi konnte nicht mehr angeknüpft werden (Langer, 1983).

Versuchspräparate wurden neunmal vergeben, in einem Fall handelte es sich um die vorgezogene Gabe eines noch nicht am Markt befindlichen Antiepileptikums und in einem anderen Fall konnte ein relaxierendes Beruhigungsmittel identifiziert werden. Es sei darauf hingewiesen, dass (Einzelfall-) Erprobungen damals für die Registrierung und Markteinführung ausreichten und Studien nicht erforderlich waren. Studien im engeren Sinne konnten nicht identifiziert werden. (Kaufung et al., 2019). Zu vergleichbaren Ergebnissen kam auch eine Forschung in den Rotenburger Werken, eine diakonische Einrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung. Wagner (2018) untersuchte den Einsatz von Medikamenten zur Sedierung, Arzneimittelstudien und Stereotaxie in den Rotenburger Anstalten von 1950- 1980. Die Untersuchungen belegen, dass in den Rotenburger Anstalten ebenfalls diverse Einzelfallerprobungen vorkamen, jedoch keine Studien im engeren Sinne. Hierbei handelte es sich um Medikamente gegen Bettnässen, zur Verbesserung des Hirnstoffwechsels, zur Sedierung, zur Gewichtsreduzierung sowie zur Dämpfung des Sexualtriebes. Größtenteils wurden diese Informationen aus den Patientenakten erhoben (Wagner, 2018). Der noch heute gültige Nürnberger Kodex des Nürnberger US-Militärgerichts von 1947, der ethische Grundsätze für die Vorbereitung und Durchführung medizinischer Versuche an Menschen aufzeichnet, fordert eine Aufklärung der Versuchspersonen. Eine Rechtsverbindlichkeit bestand jedoch nicht. Schepker und Kölch (2017) verweisen darüber hinaus auf die „Reichsrichtlinie“ von 1931, welche ethische Rahmenbedingungen forderte. Es hieß darin, dass die ärztliche Wissenschaft nicht darauf verzichten kann in geeigneten Fällen eine Heilbehandlung mit neuen, noch nicht ausreichend erprobten Mittel und Verfahren einzuleiten, aber eine zweckentsprechende Belehrung und eine Einverständniserklärung mussten vorausgehen

(Schepker und Kölch, 2017). Da dieser endgültige Entwurf nie rechtskräftig wurde, konnte er auch 1949 nicht in das BRD- Recht aufgenommen werden (Schepker und Kölch, 2017).

Hypothese 3 kann somit wie folgt beantwortet werden: Die Anwendung von Antikonvulsiva erfolgte in Weissenau analog zum höheren Anteil an Epilepsiepatienten deutlich häufiger. Eine Abnahme der Vergabe an Antikonvulsiva im Vergleichszeitraum konnte in Weissenau nicht verzeichnet werden. In Weissenau fand ein tendenzieller Anstieg der medizierten Patienten zwischen 1952 und 1957 statt, in Gütersloh ein signifikanter Anstieg. Neuroleptika wurden 1957 in beiden Kliniken zu gleichen Anteilen verabreicht. Die Einführung der Stimulanzientherapie verlief in Gütersloh schneller in Bezug auf die bereits 1957 erfolgte Anwendung von Methylphenidat. Versuchspräparate wurden nur vereinzelt verabreicht. Hinweise auf systematische Erprobungen fehlen in beiden Einrichtungen.

4.1.4 Entwicklung der psychotherapeutischen Behandlung

Was die Konzepte der Psychotherapie als mögliche Alternative zur Medikation betrifft, waren Gütersloh und Weissenau ähnlich, aber nicht identisch. Beide Kliniken hielten zeitweise Spezialangebote für Stotterer und Sprachstörungen stationär vor, was Teile der eingesetzten therapeutischen Verfahren, wie Stimmübungen und Entspannungsverfahren erklärt. So wurde in der Weissenau 1954 ein Psychologe für Sprachtherapie eingestellt (Kretschmer, 2002), Gütersloh hatte laut dem AFET-Heimverzeichnis 1959 offensichtlich die Mittel und Genehmigung erhalten die therapeutischen Möglichkeiten auszubauen (AFET, 1959). Frau Dr. Heckers Artikel aus dem Jahr 1955 gibt Anhaltspunkte zur Bewertung der Psychotherapie als personalintensives Verfahren. Sollten nur die Neurotiker länger in der Klinik verweilen zur Psychotherapie, so wird an anderer Stelle erläutert, dass man der klassischen Jugendpsychiatrie vorwerfen könne, therapeutisch nicht genügend aktiv gewesen zu sein (Hecker, 1955).

In dem Verfahrensspektrum und der Intensität der Psychodiagnostik lässt sich in Weissenau kein Fortschritt erkennen, obwohl der erste Psychologe Dr. Reinhard Schröder zunächst 1954 befristet für ein halbes Jahr und ab 1957 fest eingestellt wurde und zusammen mit Gernot Marcinowski die Kinder- und Jugendabteilung in Weissenau mitgestaltete (Kretschmer, 2002). Da ihm jedoch nachgesagt wurde,

dass er „seinem Beruf mit viel Phantasie und Einfallsreichtum“ nachging und „erfolgreich war in der Behandlung von Stotterern“ (Kretschmer, 2002, S. 21), lässt sich vermuten, dass sein Einfluss erst etwas später zum Tragen kam. Neben der medikamentösen Therapie wurden andere therapeutische Behandlungsmöglichkeiten erprobt und ausgebaut. So wurde zeitweise eine stationäre „Sprachheilbehandlung“ für Stotterer und Sprachstörungen angeboten (AFET, 1959). (Kaufung et al., 2019).

Eine erste Erprobung der Behandlung mittels Psychomotorik war in Gütersloh bereits 1957 an einzelnen Fällen nachvollziehbar und wurde etwas später verschriftlicht. Es bestand im Jahr 1957 eine Testreihe in der die Wirkung motorischer Übungsbehandlungen auf entwicklungsrückständige Jungen untersucht wurde (Hünnekens und Kiphard, 1960). Auch wird hier von einer psychomotorischen Spieltherapie berichtet, die in Gütersloh angewandt worden sei. (Kaufung et al., 2019).

Die Hypothese, dass innerhalb des zu vergleichenden Zeitraums die Zahl der Anwendungen und die Bandbreite psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen in beiden Kliniken anstieg, lässt sich außerhalb der Stottertherapie eher für Gütersloh bejahen. Generell befanden sich die therapeutischen Angebote aber damals noch im Aufbau, letztlich sind diese auch Ausdruck der Personalausstattung, die in Gütersloh bei höheren Pflegesätzen etwas besser gewesen sein dürfte.

4.1.5 Betrachtung der Außenseitermethoden

Andere Außenseitertherapien, wie die Frischzellbehandlung und die Umstimmungstherapie mit Fremdblut wurden nur je einmal gesichtet und scheinen somit damals eine auslaufende Therapiemaßnahme gewesen zu sein. Bei der Frischzellbehandlung eines mongoloiden Jungens bestand keine allgemein gültige Lehrmeinung. Die Behandlung orientierte sich an dem 1956 erschienenen Werk von Kuhn, in dem ergänzend zur Frischzelltherapie zu einer Vitamin- und Hormonmedikation geraten wird (Haubold, 1956). 1960 spricht Haubold in *Der Landarzt Zellinjektionen und Vitaminkuren Linderung beim Down- Syndrom zu*, welche er allerdings auf mütterliche Mangelernährung zurückführt (Pohl- Zucker, 2010). Schulmedizinisch ist das Verfahren bis heute nicht belegt, war aber auch nie verboten. 1957 und erneut 1976 warnte die Bundesärztekammer vor Zelltherapie. Sie könne nach wie vor nicht als

wissenschaftlich begründetes Heilverfahren anerkannt werden (Deutsches Ärzteblatt, 1976).

Noch 1964 wird die Anwendung von Fremdblut zur Umstimmungstherapie bzw. zur Steigerung der körpereigenen Abwehrkräfte erwähnt (Leibetseder, 1964). Das zeigt, dass diese Methode nicht gleich nach dem Untersuchungszeitraum verlassen wurde. Es wird eingeräumt, dass Erkrankungen, bei denen Bluttransfusionen nicht zur Substitution dienen, sondern eine wesentliche Besserung des Krankheitsbildes hervorrufen, zahlreich sind, jedoch auch, dass der Wirkungsmechanismus weitgehend unbekannt ist (Leibetseder, 1964).

Die Hypothese, dass Außenseitertherapien in beiden Institutionen und in beiden untersuchten Jahrgängen eingesetzt wurden, lässt sich somit nicht bestätigen. Hier scheint in Gütersloh möglicherweise eine klarere „schulmedizinische“ Orientierung vorgeherrscht zu haben. Es lässt sich andererseits unterstellen, dass in Weissenau auch prognostisch infauste Kinder aufgenommen wurden, bei denen sich die Frage des Einsatzes von „ultima ratio“-Behandlungen eher stellte.

4.1.6 Disziplinierungsmaßnahmen

Disziplinierungsmaßnahmen kamen in beiden Kliniken vor, wobei die Unterscheidung zu therapeutischen Maßnahmen nicht immer eindeutig ist. So hatten sicher die häufig angewendeten Maßnahmen der Isolation und Bettruhe teils auch therapeutische Ziele. Jedoch ließen auch hier manche Dokumentationen darauf schließen, dass damit Chaos infolge von Personalmangel und räumliche Enge ausgeglichen wurde.

Die doch einige Male angewendete Maßnahme der Isolation wurde schon 1950 in Frage gestellt: „Der Pfleger kann überzeugt sein, daß das Isolieren eines aufgeregten Kranken um Einzelzimmer (Zelle), so bequem und einfach es zunächst erscheint, häufig genug eine bedenkliche Maßregel darstellt“ (Scholz, 1950, S. 153).

Auch Jungmann sieht unangemessene Erziehungspraxis, überbordende Gewaltanwendung und geringe Betreuung in der fortgesetzten Überforderung des Erziehungspersonals begründet (Jungmann, 2016).

Die Mischung aller Altersgruppen, der somatisch und psychisch Kranken sowie der Pflege- und Behandlungsfälle erschwerten den Klinikalltag. Zudem wurde das Pflegepersonal der Jugendstation in Weissenau aus dem Erwachsenenbereich rekrutiert und hatte somit keine spezielle Ausbildung und Erfahrung mit dem Umgang von Jugendlichen (Kretschmer, 2002). Eine strukturelle Verbesserung in Weissenau zum Jahr 1957 lässt sich hiernach nicht erkennen und somit der Wegfall von dokumentierten Fällen des Disziplinierens im Jahr 1957 nicht erklären. In späteren Jahrgängen wurden in der Arbeit von Afschar (2017) auch durchaus wieder dokumentierte Zwangsmaßnahmen aufgeführt. Da bis zum Jahr 1978 keine vollständige Behandlungsdokumentation vom Bundesgerichtshof gefordert wurde und somit von Dokumentationslücken auszugehen ist, liegt die Dunkelziffer der Patienten die Zwangsmaßnahmen erfuhren wahrscheinlich höher.

Die Hypothese 6 kann bejaht werden: in beiden Kliniken fanden sich Disziplinierungsmaßnahmen einschließlich körperlicher Gewaltanwendung. Bei den wahrscheinlich vorliegenden Dokumentationsmängeln und den erneut positivem Nachweis durch Afschar (2017) in späteren Jahrgängen, ist zu vermuten, dass das Ergebnis für Weissenau 1957 (keine dokumentierten Disziplinierungen) nicht die Realität abbildet.

4.2 Behandlungsmethoden und Klinikstruktur

Die Situation was Ausstattung und Personal angeht war in allen Einrichtungen in den Nachkriegsjahren schlecht. Bis 1952 verbesserte sich die Lage nur langsam. Für Sanierungen und Reparaturen war kein Geld da und die steigende Überbelegung erschwerte die Situation zusätzlich. Im ärztlichen Jahresbericht der Weissenau von 1952 wird beklagt, dass die Bereinigung der sanitären Verhältnisse in der Planung stecken geblieben ist (Ärztlicher Jahresbericht, 1952). Im selbigen Bericht ist ein Zuwachs von 767 auf 850 Patienten innerhalb dieses Jahres verzeichnet worden. Anfang 1954 waren es schon 899 Patienten (Ärztlicher Jahresbericht, 1954). Ähnliche Rahmenbedingungen werden auch über das St. Johannes- Stift „Anstalt für geistige behinderte Kinder und Jugendliche“ berichtet. Die 1950er Jahren seien von der Verwaltung des Mangels geprägt gewesen, nur die notwendigste Versorgung fand statt, sodass das Rechnungsprüfungsamt des Landschaftsverbandes 1956 forderte, den Verpflegungssatz zu erhöhen, da Ernährung und Bekleidung

unzureichend waren (Kersting und Schmuhl, 2017). Bausubstanz und personelle Bedingungen wurden ebenfalls als unzureichend beschrieben. Trotzdem wurde eine stets steigende Zahl an Bewohnern und Bewohnerinnen registriert (Kersting und Schmuhl, 2017).

Gütersloh bekam mit Beschluss des Landschaftsausschusses im September 1958 den Zuschlag für einen dringend nötigen großzügigen Neubau der Klinik in Hamm (Niederschrift über die Sitzung vom 30.9.1958, LWL Archivamt, 103 223-224), in Weissenau konnte ein Neubau erst 1965 realisiert werden (Kretschmer, 2002). (Kaufung et al., 2019).

Die personellen Probleme waren in den beiden Institutionen jedoch nicht identisch. 1959 gab es in der KJP Gütersloh 4 Ärzte bei 55 Betten und in Weissenau einen Arzt bei 40 Betten (AFET, 1959). Die personelle Situation wird weiterhin als unbefriedigend bewertet. Zusätzlich zum Personalmangel muss die Wochenarbeitszeit eines psychiatrischen Pflegers beachtet werden, welche bei 60 Stunden lag (Reichelt, 2017). Diese wurden in den Jahren auf zunächst 54 Stunden reduziert (Reichelt, 2017). Eine Einführung der 48-Stunden-Woche im Jahr 1961 relativierte die Stellenvermehrung (Kretschmer, 2002). Überarbeitetes und überfordertes Personal, das meist nur angelernt war, war die Folge.

Eine staatlich anerkannte Krankenpflegeschule im Haus wurde in Weissenau eröffnet, in der 1962 die ersten Pfleger und Pflegerinnen die Prüfung ablegten (Kretschmer, 2002). Heilpädagogisch oder jugendpsychiatrisch geschultes Personal stand 1967 jedoch immer noch nicht zur Verfügung (Kretschmer, 2002). Heute wird der Zusammenhang zwischen unzureichendem Personalschlüssel und Beförderung von Gewalt als gegeben betrachtet (Konrad et al., 2015).

Die strukturellen Probleme durch Personalmangel zeigen sich auch in den verrichteten Arbeiten im Klinikalltag durch die Patienten in beiden Institutionen. Die Mithilfe bei Hausarbeiten der Kinder und Jugendlichen war eine Notwendigkeit, stellte aber sicherlich auch eine erwünschte „Beobachtungsmöglichkeit“ dar und war manchmal therapeutisch sinnvoll. Das Konzept von Gütersloh war strikt auf „Beobachtung“ ausgerichtet. „Sie ist rein ärztlich bestimmt und hat keine Schule und keine Erziehung“ (S. 431) und es gibt ein „Primat der Beobachtung“ (S. 432) (Hecker,

1955). Noch deutlicher wird der Personalmangel bei der Aufgabe der Betreuung von kleineren Patienten durch die etwas Älteren.

Einen weiteren Beleg dafür, dass Kinder und Jugendliche in psychiatrischen Einrichtungen in der Nachkriegszeit zu Stationsarbeiten wie Kochen und Putzen herangezogen wurden, stellt die Rheinische Landeslinik für Jugendpsychiatrie (Fehle-
mann et al., 2017). Im St. Johannes-Stift wurden sogar Bewohner nicht verlegt, da sie im Anstaltsbetrieb nicht zu entbehren waren (Kersting und Schmuhl, 2017).

Für die Arbeitstherapie im engeren Sinne wurde 1952 in Weissenau eine Handwe-
berei, getrennt für Männer und Frauen, eingerichtet, welche 1952 noch erweitert
wurde (Kretschmer, 2002). 1953 wurde eine Arbeitsgruppe für Bastflechterei auf der
Frauenstation gebildet (Ärztlicher Jahresbericht, 1954). Trotz des Ausbaues an den
Möglichkeiten für Arbeitstherapie bei Erwachsenen, ließ sich 1957 auf der Kinder-
und Jugendstation keine Teilnahme hierbei mehr finden.

Hermann Simon, ärztlicher Direktor 1914 in der Anstalt Gütersloh, gilt als Wegbe-
reiter der Arbeitstherapie. Er vertrat die Meinung, dass sich Arbeit heilsam auf die
psychischen Befindlichkeiten auswirke, und sprach den Kranken eine grundsätzli-
che Fähigkeit zu einer nützlichen Tätigkeit zu (Köhler, 2006). „Simon betrieb – und
das ist der wesentliche Unterschied zur heutigen klinischen Psychiatrie – eine So-
zialisierung nach innen in die Anstalt. Sie war nicht auf das Lebensumfeld des Pati-
enten gerichtet“ (Köhler, 2006, S. 1). Nach und nach entwickelte sich ausgehend
von den noch recht starren Konzepten Simons, welche wenig Raum für Individualität
und Kreativität ließen, die Beschäftigungstherapie. 1954 formierte sich aus der Ar-
beitsgemeinschaft der Beschäftigungstherapeutinnen eine Berufsorganisation und
das erste Lehrbuch Beschäftigungstherapie von Jentschura erschien 1961 (Kubny-
Lüke, 2011). Eine Arbeitstherapeutin wurde in Weissenau ab 1962 beschäftigt. Sie-
ben Jahre später wurde die erste Beschäftigungstherapeutin eingestellt (Kret-
schmer, 2002). Die Arbeitstherapie, heute Bestandteil der Ergotherapie, stellt kei-
nen Beitrag mehr zur Finanzierung der Anstalten (Ärzteblatt, 2012).

Die Insulinschocktherapie, die auch schon 1952 in Weissenau kaum Anwendung
fand, verschwand bis 1957 fast vollständig aus dem Behandlungskonzept. Stattdes-
sen traten die Megaphen-Reserpin-Kuren in den Vordergrund. Auf der Kinderstation
wurde mit der Indikation der Appetitsteigerung eigentlich nur ein Nebeneffekt der

Insulinkur, nämlich das Auftreten einer Gewichtszunahme (Scholz, 1950) angestrebt. Neben Behandlungen von Schizophrenie und auch Depressivität, die sich im damaligen Indikationsrahmen befanden (Ritter von Baeyer, 1951), sind Indikationen wie „Geltungssucht“, wie in Gütersloh notiert, eher fragwürdig. Nebenindikation stellten reaktive und psychopathische Zustände dar, die sich meist mit subkomatösen Schocks behandeln ließen (Ritter von Baeyer, 1951). (Kaufung et al., 2019).

Schocktherapien und die Insulinkomatherapie wurden in der Kriegszeit aus Kostengründen wenig angewandt. Im Verlauf des Krieges forderten regionale Kostenträger sowie das Reichsgesundheitsamt und Stellen des Reichsbeauftragten der Heil- und Pflegeanstalten des Reichsministeriums des Innern weitere statistische Argumente gegen die Einschränkungen der Behandlungsmöglichkeiten (Gawlich, 2017). 1941 sollte der Fünfjahresbericht von v. Braunmühle die Wirksamkeit belegen und bekräftigte die Fortführung der kombinierten Insulinkomatherapie vor dem Hintergrund der Sparpläne der Reichshauptstadt (Gawlich, 2017). In der Nachkriegszeit wurde diese offensichtlich wieder zur gängigen Methode. Schneider vermutete 1947, dass wohl in Zukunft davon abgesehen werde jeden Schizophreniepatienten zu schocken, stellte aber auch die überzeugenden Erfolge der Schockbehandlung bei psychotischen Störungen klar (Schneider, 1947).

Die Elektroschocktherapie wird heute als Elektrokonvulsionstherapie unter Narkose und mit schonender Stimulation angewendet. Obwohl noch immer nicht bekannt ist, weshalb ein durch Elektrostimulation ausgelöster Krampfanfall psychische Erkrankungen bessern kann, gilt sie heute als vielversprechende Therapie bei Depressionen und schizophrenen Psychosen (Ärzteblatt, 2012).

Die Pyriftherapie zeigt in Weissenau eine rückläufige Tendenz, wohingegen sie sich in Gütersloh eher konstant hielt. Die nach der Arzneiverordnung von 1952 primär angedachte Indikation bei Lues, Tabes dorsalis und Paralysis progressiva (Arzneimittel-Kommission der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin, 1952) konnte nicht gefunden werden. In Weissenau erfuhren Patienten mit einer Leucoencephalitis, einer Encephalomyelitis und mit Zustand nach Poliomyelitis und Meningoencephalitis eine Pyriftherapie, so dass jeweils eine entzündliche Genese ursächlich angegangen werden sollte. In Gütersloh sollte mit dieser Therapie ausschließlich der Enuresis Abhilfe geschafft werden. Nur bei einem Patienten lagen nachweislich mit einer Spina bifida körperliche Ursachen für dieses Symptom vor, sodass davon

auszugehen ist, dass mit der Pyrifertherapie primär die Enuresis selbst, evtl. im Sinne einer vermuteten entzündlichen Genese, behandelt wurde. (Kaufung et al., 2019).

Das diagnostische Verfahren der Pneumenzephalographie blieb in Weissenau im Vergleichszeitraum bestehen. Der Arzt Marcinowski blieb offensichtlich bei seiner Überzeugung der hirnorganischen Verortung von psychischen Problemen. Zwar wurde in den Akten gesichtet, dass oftmals hierzu die schriftliche Einwilligung der Eltern eingeholt wurden ist, jedoch ließen sich weder genaue Durchführungsbeschreibungen noch mögliche Risiken und Folgen auf diesen Bögen finden. Als heutiger Sicht handelt es sich also um eine höchst unzureichende Aufklärung. Es ist aber anzumerken, dass nach damaliger Rechtslage keine volle, bis in alle Einzelheiten gehende Aufklärung erforderlich war (BGH, 1954).

Dass in Gütersloh auch schon im Jahr 1952 deutlich weniger Enzephalographien gemacht wurden und dass das Verfahren bis 1957 fast vollständig verschwand, passt zu Heckers schon oben beschriebener damaliger Absicht, Patienten mit organisch-erblichen Krankheitsursachen gar nicht erst aufzunehmen oder sofort weiter zu vermitteln.

Die Röntgenbestrahlungstherapie als seltene Therapiemaßnahme kam vor, meist zur Behandlung eines Hydrocephalus, wurde jedoch nicht in den jeweiligen Kliniken selbst durchgeführt. Eine genaue Rekonstruktion der Behandlungsabläufe der Röntgenbestrahlung des Gehirns zur Behandlung von kindlicher Epilepsie, Hydrocephalus und Schwachsinn in der Tübinger Universitätsklinik, wie es in der Aufarbeitung von Korth und Schepker 2017 geschah, ist somit nicht möglich. In dem untersuchten Zeitraum in der Nachkriegszeit von 1940 bis 1946 konnten keine Abweichungen von damaligen Empfehlungen beim radiologischen Vorgehen festgestellt werden, jedoch wurde die wissenschaftliche und medizinethische Vorgehensweise dieser Forschungsreihe in Frage gestellt (Korth und Schepker, 2017). Grund für die häufigere Röntgenempfehlung in Weissenau könnte die vorherige Anstellung des Arztes Marcinowski in der Nervenklinik Tübingen, d.h. die Zugehörigkeit zu einer diese befürwortenden Therapieschule gewesen sein.

1949 veröffentlichten Stutte und Vogt einen umfangreichen Artikel zur Röntgenbestrahlung chronischer Nervenleiden (Stutte und Vogt, 1949). Für Stutte und Vogt

war eine Bestrahlung von Epilepsiepatienten indiziert, wenn eine vorige medikamentöse und diätetische Behandlung nicht zum Erfolg führte. Zusätzlich würden auch psychische Erfolge miteinhergehen. Prognostisch günstig erschienen auf Grund der Plastizität des ZNS erkrankte Heranwachsende.

Ein Jahr später ließen sich auf der Tagung der Fachgesellschaft Zweifel an der bisherigen angewandten Röntgenstrahlentherapie des kindlichen Schwachsinnns erkennen (Protokoll über das Jugendpsychiater- Treffen, 1950). Es herrschte seitens der Fachärzte wohl keine einheitliche Lehrmeinung.

Auch die Tatsache, dass von allen gesichteten Patientenakten nur sehr wenige Patienten zu einer Röntgentherapie an Fachärzte überweisen wurden, obwohl Diagnosen wie Hydrocephalus und Epilepsie sehr oft vertreten waren, zeigt, dass damals die Röntgenbestrahlung von Kindern und Jugendlichen nicht den bevorzugten Behandlungsmethoden entsprach. Auch lässt sich vermuten, dass deren Einsatz durch die Verlegungsnotwendigkeit zu ihrer Durchführung limitiert war.

4.3 Beurteilung der Methodik

In dieser Arbeit wurden ganze Jahrgänge an Patientendokumenten ausgewertet. Die Patientenakten waren noch vorhanden und es konnte eine repräsentative Zahl ausgewertet werden. Nur so gelangt man hier zu belastbaren, quantitativ auswertbaren Ergebnissen und zu Differenzierungen. Dadurch, dass ganze Akten gesichtet wurden, konnten sehr viele Informationen für eine historische Kontextanalyse gesammelt werden. Beispielsweise konnte so auch die Auswertung von Behandlungsmethoden bei seltenen Diagnosen oder auch Außenseitertherapien, welche auch zum Erhalt eines medizinhistorischen Gesamtbildes wichtig sind, analysiert werden. Dieses Vorgehen hebt sich von den sonst üblichen Stichprobenziehungen (z.B. Fehlemann et al. 2017) ab, die den Nachteil haben, seltene Ereignisse ggfs. nicht identifizieren zu können. So fanden Fehlemann und Sparing keine einzige Gabe eines „Versuchspräparats“: „Bislang haben wir noch keine Belege für Medikamentenversuche in der Rheinischen Landesklinik für Jugendpsychiatrie in Bonn gefunden. In den Patientenakten sind jedenfalls keine Hinweise oder gar Belege für solche Versuche überliefert“ (Fehlemann und Sparing, 2017, S. 162). Eine andere Vorgehensweise beschreibt Wagner in der Untersuchung von Arzneimittelprüfungen der Rotenburger Anstalten. Hier wurden im Umfeld eines ehemaligen Patienten, bei

dem Medikamentengaben in der Einrichtung bekannt waren, weitere Fälle gesucht, quasi nach einem „Schneeballprinzip“ (Wagner, 2019, S. 55). Wobei diese offensichtlich 14 Fälle (Wagner, 2019, S. 199) aufgrund der erwähnten Methodik keine statistischen Rückschlüsse auf die Gesamtheit der Anstaltskinder im Untersuchungszeitraum möglich machen.

Den Arbeiten aus Bonn (Fehlemann und Spring, 2017) und Klingenmünster (Rotzoll, 2017) fehlen über die geringe Stichprobengröße hinaus zusätzlich die umfassende zeitgeschichtliche Kontextanalyse. Diese wurde hier mit multiplen zugänglichen Quellen hergestellt.

Das Aufführen und Nutzen der zeitgenössischen Diagnosen sowie der damaligen Diagnosekategorie des Würzburger Schlüssels eröffnet das Verständnis für die zeitgenössischen medizinischen Vorstellungen und Behandlungsverfahren. Die Diagnoseverteilung gemäß des Würzburger Schlüssels erfolgte mit einem Ratingverfahren und stellte ein nachvollziehbares, objektives Vorgehen sicher. Fehlinterpretationen des Gelesenen stellen dennoch eine mögliche Fehlerquelle dar. Des Weiteren waren die Kategorien des WS nach heutigen Maßstäben nicht gut operationalisiert und trennscharf.

Bis zum Jahr 1978 wurde keine vollständige Behandlungsdokumentation vom Bundesgerichtshof gefordert (BGH, 1978), wodurch von Dokumentationslücken und Dokumentationsmängeln ausgegangen werden muss. Obwohl beide Einrichtungen über weitgehend vollständige Archive verfügen, bleibt die Qualität der Dokumentation in den jeweiligen Kinder- und Jugendpsychiatrien Weissenau und Gütersloh eine Limitation dieser Arbeit. Der Fließtext, als oft angewendete Dokumentationsform erschwert Vergleiche. Auch Schlussfolgerungen bei „fehlenden Angaben“ sind nur mit großer Zurückhaltung möglich.

Der Vergleich von zwei Institutionen ist ein innovatives Vorgehen, das in der medizinhistorischen Forschung bisher nie erfolgt ist. Dieser Vergleich belegt die Ungleichzeitigkeit der Entwicklung im Fach auf dem Hintergrund unterschiedlicher fachlicher Überzeugungen einerseits, unterschiedlicher Aufträge und Finanzierung andererseits.

Der unterschiedliche Charakter beider Institutionen stellt gleichzeitig eine Limitation dieser Arbeit dar, waren die Versorgungsaufträge und Konzepte der beiden Einrichtungen ähnlich aber nicht gleich. Vorlieben führender Ärzte und Direktoren konnten, je nachdem, zu neurologischer Orientierung oder auch zu eher psychiatrisch-entwicklungsfördernder Orientierung führen. Deren Umsetzung erforderte gleichzeitig auch entsprechende Mittel.

Strafende Pädagogik wurde erhoben, jedoch nicht in der Tiefe und Differenziertheit wie bei Afschar-Hamdi und Schepker (2017). Die Form, bei der apparative Mittel zu Hilfe genommen wurden, was zu jener Zeit in ganz Deutschland verbreitet war, konnte in unterschiedlichem Maße nachgewiesen werden, so dass sich ein gewisser Kontrast zum eigentlichen therapeutischen Vorgehen ergibt. Künftige Arbeiten zur Entwicklung und Verbreitung pädagogischer Konzeptionen im Fach stehen noch aus.

Zur Auswertung und der historischen Interpretation der Ergebnisse, wurden zusätzlich Lehrerberichte, zeitgenössische Lehrbücher, An- und Überweisungen, Arztbriefe und finanzielle Rahmenbedingungen wie z.B. die der Pflegesätze hinzugezogen. Es wäre sicher sinnvoll, in naher Zukunft Forschungsarbeiten basierend auf Interviews von Zeitzeugen wie den Patienten oder auch dem Pflegepersonal in Kinder- und Jugendpsychiatrien zu fertigen. Dies würde das Gesamtbild komplettieren.

4.4 Neue Erkenntnisse

Durch das intensive Auswerten des Aktenbestandes zweier ganzer Jahrgänge von zwei unterschiedlichen Institutionen konnten neue Erkenntnisse erlangt werden. Erstmals wurden die Daten alltäglicher therapeutischer Arbeit erhoben, was Einblicke in den Stand der Heilpädagogik, der Psychodiagnostik und der Psychotherapie auf den Stationen der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt. Stellungnahmen leitender Führungskräfte konnten Aufschluss über persönliche Behandlungsvorlieben darlegen, welche den Charakter einer ganzen Klinik prägen können.

Das Nachvollziehen der frühen Entwicklungen psychodiagnostischer, therapeutischer und psychotherapeutischer Vorgehensweisen anhand der Praxis von Kliniken ist für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und für die Medizingeschichte erstmalig.

Bezüglich der Erforschung eingesetzter medikamentöser Therapien ist diese Arbeit in etwa eine Fortführung zu der Arbeit von Gerhard und Schönberg, in welcher die Medikation von Kindern und Jugendlichen der Universitätsnervenklinik Jena von 1942 bis 1945 untersucht wurde. Hierzu wurden 700 Patientenakten auf ähnliche Weise ausgewertet. Neu ist zusätzlich die Identifizierung und Zuordnung von „Versuchspräparaten“ und das genaue, fallweise Nachvollziehen der jeweiligen Indikation.

Um ein noch genaueres Bild zu erlangen und um Struktureinflüsse weitgehend aus der Auswertung zu umgehen, wären zukünftige vergleichende Arbeiten identischer Einrichtungstypen sinnvoll. Als Beispiel kann hierfür die Bonner Landeslinik und die Westfälische Klinik für Jugendpsychiatrie in Gütersloh genannt werden, welche beide zu den in den 50er Jahren wenigen selbstständigen Einrichtungen Deutschlands zählten (Fehlemann et al., 2017) oder auch ein Vergleich zweier ordensgeführter Einrichtungen.

4.5 Neue Theoriebildung

Ebenso wie in der Arbeit von Gerhard und Schönberg (2016) ist es auch in dieser Arbeit erstaunlich, dass neueste Therapieoptionen, auch welche, die noch wenig erforscht waren, bereits bei Kindern und Jugendlichen angewendet worden sind. Die Auffassung, dass das Kind als kleiner Erwachsener betrachtet werden kann, ist anscheinend auch in diesem Untersuchungszeitraum noch verbreitet. Auch wenn keine flächendeckenden Medikamentenstudien nachweisbar waren, ist die damalige Bereitschaft des Experimentierens mit neuen Medikamenten an Patienten doch erstaunlich. Diese Haltung entsprach nach den hier erfolgten Recherchen der damaligen fachlichen Mehrheitshaltung, alles zu erproben, was den teils schwer beeinträchtigten Kindern eventuell helfen könnte (Protokoll über das Jugendpsychiater-Treffen, Archiv DGKJP, 1950).

Ein Zusammenhang zwischen den von der Institution erzielbaren Erträgen und dem Einsatz von Methoden lässt sich anhand der Daten gut belegen. Es liegt nahe, dass der Einfluss von Finanzierungsmöglichkeiten auf die eingesetzten Behandlungsmittel, Pharmaka und Personal groß war. Es ist zumindest aus Weissenau durch ein Schreiben des Innenministeriums Baden- Württemberg bekannt, dass bis 1956 ein deutlich zu geringer Tagespflegesatz angesetzt wurde, der zudem sowieso schon

deutlich unter dem der Erwachsenen lag (R. Schepker, 2017). Ab 1956 wiesen zusätzlich die Tagespflegesätze eine Degression nach 26 Wochen Aufenthalt auf (R. Schepker, 2017). Wird berücksichtigt, dass Langzeitpatienten oft Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung waren, die deutlich höhere Anforderungen und Zeit an das Personal stellen, macht dieses die gefundenen teils erheblichen Diskrepanzen in der Untersuchungs- und Behandlungsqualität zwischen beiden Institutionen plausibel.

Dass die Weissenauer Patienten somit zu zeitintensiven Psychotherapien auch 1957 keinen Zugang erlangten, ist nicht verwunderlich.

Die Jahresberichte der Weissenau liefern einen klaren Beleg für diese zunächst anhand der Ergebnisse nahe gelegten Schlussfolgerung einer ökonomischen Interpendenz von Behandlung und Ausstattung. Aus dem ärztlichen Jahresbericht von 1969 geht hervor: „Am Beispiel der Kinder- und Jugendpsychiatrie läßt sich dies 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 Personalman-gels nicht wahrnehmen kann, ebenso dringend wie erfolglos beantragt worden. [...] Die Direktion muß es jedenfalls ablehnen, die Verantwortung für diese Situation weiter zu tragen; ganz und gar kein Ausweg ist es, wiederum auf dem Erlaßweg anzuordnen, daß soundsoviele Kinder und Jugendliche auf dieser Abteilung aufgenommen und diagnostisch und therapeutisch versorgt werden müssen, wenn der Krankenhausträger trotz allen seit vielen Jahren erfolgten Anträgen und Hinweisen auf die krassen Unzulänglichkeiten in der personellen Ausstattung sich außerstande sieht, die notwendigen Mittel bereitzustellen.“ (Ärztlicher Jahresbericht, 1969). Im selbigen Bericht wird die Wettbewerbsuntauglichkeit, was die Bezahlung und Tarifeingruppierung von Bewerbern und Interessenten angeht, beklagt.

4.6 Exkurs Stiftung Anerkennung und Hilfe

Am 13. Mai 2019 fand im Museum für Kommunikation in Berlin die Veranstaltung der Stiftung Anerkennung und Hilfe mit dem Titel „Zeit, über das Leid zu sprechen“ statt. Erste Zwischenergebnisse der wissenschaftlichen Aufarbeitung wurden vorgestellt.

„Unrecht und Leid werden häufig durch unterschiedliche Vernachlässigungs-, fehlende Teilhabe-, Demütigungs- und Gewalterfahrungen bewirkt. Vor diesem Hintergrund haben wir begonnen, Leid und Unrecht entlang verschiedener Formen von Gewalt zu analysieren. Die Situation der Kinder und Jugendlichen in den untersuchten Einrichtungen (Bonn, Klingenmünster, Kaufbeuren, Ershausen, Charité), lässt sich aus den bisherigen Aktenanalysen und Zeitzeugenaussagen bereits plastisch nachvollziehen.“ (Fangerau, 2019). Das Forschungsteam differenziert aktuell sechs verschiedene Arten der Gewalt:

1. physische und sexualisierte Gewalt,
2. Entzug von persönlichen Freiheitsrechten,
3. psychische Gewalt,
4. medizinische Gewalt,
5. Behandlung mit psychotropen Substanzen
6. medizinische Versuche bzw. Studien

Besonders zu den letzten drei Punkten kann diese Arbeit zu weiteren Erkenntnissen verhelfen. Neben Zeitzeugengesprächen kann das Öffnen der Archive dieser zwei Institutionen einen wichtigen Beitrag zur Anerkennung des erlittenen Leids leisten.

Erfahrenes Leid wurde deutlich, in multiplen Formen, wenngleich Dauerisolierungen selten waren, Bestrafungspädagogik und Sedierung aber üblich. Strukturierte Medikamentenstudien waren nicht nachweisbar, Einzelfallerprobungen jedoch schon. Die Auftragsforschungen der Stiftung laufen derzeit und können diese Arbeit sicherlich bezüglich Methodik und Ergebnissen nutzen, um ein Gesamtbild zur Geschichte von Unrecht und Leid zusammenzustellen.

5 Zusammenfassung

Die institutions- und jahrgangsvergleichende Analyse der Patientenakten konnte den Stand der angewendeten Diagnostik sowie der medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapien in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie wiedergeben.

Dargestellt wird in dieser Arbeit die Entwicklung der Behandlungskonzepte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der frühen Nachkriegszeit in zwei Einrichtungen. Besonders im Fokus stehen die medikamentösen Behandlungsstrategien. Anhand der vorliegenden Akten konnten die Fragestellungen dieser Arbeit beantwortet werden. Es ließ sich anhand der Anwendung von Arzneimitteln von 1952 versus 1957 darstellen, dass neu auf den Markt kommende Arzneimittel sehr unterschiedlich rezipiert und umgesetzt wurden, eine generelle Zunahme an Psychopharmakotherapie war zu verzeichnen. (Kaufung et al., 2019).

Das Aufkommen der Neuroleptika verhielt sich in den zu vergleichenden Institutionen ähnlich, wohingegen die Anteile der frühen Psychopharmaka sich insgesamt je nach Klinikkonzept anders entwickelten. Behandlungsmethoden wie medikamentös induzierte Schocktherapie mit Insulin und Fieberinduktion wurden noch 1957 angewandt. Vereinzelt ließen sich erste Ansätze der Psychotherapie erkennen. Die unterschiedlichen Aufträge und Charakteristika der Institutionen brachten verschiedene Behandlungsmethoden und medikamentöse Behandlungsstrategien mit sich.

Im Rahmen der medikamentösen Therapie kamen auch einige noch nicht markteingeführte „Versuchspräparate“ zur Anwendung, es gab sogenannte (Einzelfall-) Erprobungen. Die Dokumentation der Anwendung und die Kommunikation mit Eltern und Kollegen entsprachen dem Vorgehen bei den sonstigen, bereits markteingeführten Medikamenten. Für die eingesetzten „Versuchspräparate“ konnten keinerlei Hinweise auf Studien im engeren Sinne - wie eine strukturierte Dokumentation der Wirksamkeit - gefunden werden. „Gefährliche Arzneimittelstudien“ in der Kinder- und Jugendpsychiatrie konnten nicht belegt werden. (Kaufung et al., 2019).

In der Anwendung der verfügbaren Psychopharmaka spiegelte sich auch die unterschiedliche Patientenzusammensetzung mit unterschiedlichen Versorgungsaufträ-

gen der Kliniken wieder, die sich insbesondere in der Aufenthaltsdauer der Patienten - entsprechend dem unterschiedlichen Anteil der Pflegefälle - unterschieden. (Kaufung et al., 2019).

Zwar wurde die Psychodiagnostik vielfältiger, jedoch entwickelten sich die Methoden der Psychotherapie mühsam.

Andere Therapieverfahren wie die Heilpädagogik und Mototherapie sind vereinzelt auffindbar, jedoch keine flächendeckenden Verfahren gewesen.

Anwendungen von Außenseitertherapien wie die Röntgenbestrahlung, die Frischzellbehandlung und die Umstimmungstherapie mit Fremdblut gab es, wurden jedoch nur sehr vereinzelt praktiziert.

Disziplinierungsmaßnahmen, auch durch sedierende Medikamente kamen vor. Die Abnahme dieser Maßnahmen in Weissenau und die Abnahme des Einsatzes der Schlafkuren in Gütersloh zeigen beispielhaft ein langsames unsystematisches Weichen dieser Erziehungsmaßnahmen auf, wodurch therapeutischen Behandlungen mehr Platz fanden.

Die Qualität der Dokumentation in den jeweiligen Kinder- und Jugendpsychiatrien Weissenau und Gütersloh sowie der unterschiedliche Charakter der beiden Institutionen stellen eine Limitation dieser Arbeit dar (Kaufung et al., 2019). Zwar ist diese im bundesweiten Vergleich gut, da die Akten weitgehend vorhanden sind, jedoch stellt die damals noch übliche Unvollständigkeit der Dokumentation eine prinzipielle Limitation solcher historischen Arbeiten dar.

Insgesamt kann mit dieser institutionsvergleichenden Arbeit der Stand der damaligen Behandlungsmethoden und Konzepte der Kinder- und Jugendpsychiatrie beispielhaft wiedergegeben werden. Damit erbringt sie einen wesentlichen Beitrag zu der aktuellen Forderung nach Aufarbeitung.

6 Literaturverzeichnis

1. AFET: Verzeichnis der Erziehungsheime und Sondereinrichtungen für Minderjährige in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin, 6. Aufl., Hannover, (1959)
2. AFET: Verzeichnis der Erziehungsheime und Sondereinrichtungen für Minderjährige in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin, 5. Aufl., Hannover, (1954)
3. 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). *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 66: 526–542 (2017)
4. Amthauer R.: I-S-T. (Intelligenz-Struktur-Test): Handanweisung für die Durchführung und Auswertung. Verlag für Psychologie, C. J. Hogrefe, (1953)
5. Arbeitsgruppe der Stiftung „Anerkennung und Hilfe“: Vorschlag für ein Hilfesystem für Menschen, die als Kinder und Jugendliche in der Zeit von 1949 bis 1975 bzw. 1949 bis 1990 (DDR) in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. stationärer psychiatrischen Einrichtungen Unrecht und Leid erfahren haben. (2015)
6. Arzneimittel- Kommission der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin: Arzneiverordnung Ratschläge für Ärzte. S. Hirzel, Stuttgart, (1952)
7. Ärzteblatt D.Ä.G. Redaktion Deutsches: Psychiatrie: Heroische Therapien, ausgelieferte Patienten (2012) URL <https://www.aerzteblatt.de/archiv/130266/Psychiatrie-Heroische-Therapien-ausgelieferte-Patienten>. Deutsches Ärzteblatt (zugegriffen 22.01.2020)
8. Ärztlicher Jahresbericht: Ärztlicher Jahresbericht Weissenau über das Jahr 1969, Archiv ZfP Südwürttemberg, Weissenau, (1969)
9. Ärztlicher Jahresbericht: Ärztlicher Jahresbericht Weissenau über das Jahr 1953, Archiv ZfP Südwürttemberg, Weissenau, (1954)

10. Ärztlicher Jahresbericht: Ärztlicher Jahresbericht Weissenau über das Jahr 1952, Archiv ZfP Südwürttemberg, Weissenau, (1953)
11. Ärztlicher Jahresbericht: Ärztlicher Jahresbericht Weissenau über das Jahr 1950, Archiv ZfP Südwürttemberg, Weissenau, (1952)
12. Bayer AG: MEGAPHEN Neurolepticum in der Psychiatrie (o. J)
13. Bayer Pharm. -wiss. A.(Hrsg.): Megaphen und andere Phenothiazin- Derivate „Bayer“. Farbenfabriken Bayer, Leverkusen, (1960)
14. Berufs- und Fachverband Heilpädagogik E.V: Berufsbild Heilpädagogin Heilpädagogin (2015) URL <https://bhponline.de/download/BHP%20Informationen/berufsbild/20140910,%20Berufsbild%20lang.pdf> (zugegriffen 24.07.2019)
15. BGH: 27.06.1978 - VI ZR 183/37 (1978)
16. BGH: 10.07.1954 - VI ZR 45/54 (1954)
17. Brink C.: Grenzen der Anstalt: Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860 - 1980 Wallstein Verlag, (2013)
18. Bundesgesetzblatt: Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz). Bundesgesetzblatt Teil I 1568 (1981)
19. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V.: Rote Liste 1969. Verzeichnis pharmazeutischer Spezialpräparate. Editio Cantor, Aulendorf, (1969)
20. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V.: Rote Liste 1959. Verzeichnis pharmazeutischer Spezialpräparate. Editio Cantor, Aulendorf, (1959)
21. Bussiek D., Castell R., Nedoschill J., Rupps M.: Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961, 1. Aufl., Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, (2003)

22. Castell R.(Hrsg.): Hundert Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie. V&R uni-press GmbH, Göttingen, (2008)
23. Castell R., Nedoschill J., Rupps M., Bussiek D.: Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, (2003)
24. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.: Maßnahmenkatalog der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) (2014)
25. Deutscher Bundestag: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/ psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung - (No. Drucksache 7/4200) (1975)
26. Deutsches Ärzteblatt: Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer. Deutsches Ärzteblatt 27: 1819 (1976)
27. Dörries A., Vollmann J.: Medizinische und ethische Probleme der Klassifikation psychischer Störungen. Dargestellt am Beispiel des „Würzburger Schlüssels“ von 1933. Fortschr Neurol Psychiatr 65: 550–554 (1997)
28. Fangerau H.: Vortrag der Forschergruppe zur „Wissenschaftlichen Aufarbeitung und Anerkennung von Leid und Unrecht“ im Rahmen der Veranstaltung „Zeit, über das Leid zu sprechen“ (2019)
29. Fehlemann S., Sparing F.: Gestörte Kindheit Lebensverhältnisse von Kindern und Jugendlichen in psychiatrischen Einrichtungen des Landschaftsverbandes Rheinland (1945-1975). Metropol, Berlin, (2017)
30. Fehlemann S., Sparing F., Vögele J.: Kindheit, Krankheit, Krieg. Kinder und Jugendliche in psychiatrischen Einrichtungen des Rheinlandes nach 1954, in: Fangerau, H., Topp, S., Schepker, K. (Hrsg.), Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Springer, Berlin, S. 535–551 (2017)

31. Fernandez Marcos E., Sanchez Duenas M.: [Considerations on the mechanism of action of a new relaxant, 2-(gamma-methoxypropyl-aminomethyl)-1,4-benzodioxan hydrochloride (HA 242) in human clinical medicine]. *Medicina (Madr)* 29: 271–286 (1961)
32. Gawlich M.: Eine Maschine, die wirkt: Die Elektrokrampftherapie und ihr Apparat, 1938–1950 Ferdinand Schöningh, (2017)
33. Gerhard U.-J., Schönberg A.: Die Anfänge einer differenzierten Neuropsychopharmakotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Untersuchung zur Psycho- und Neuropharmakologie in den 40er und 50er Jahren des vorigen Jahrhunderts. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 44: 285–294 (2016)
34. Haack K., Häßler F., Kumbier E.: Günter Nevermann (1933-1942) – Eine Lebensgeschichte. *Z Kinder Jug-Psych* 41: 20–24 (2013)
35. Hähner-Rombach S., Hartig C.: Medikamentenversuche an Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Heimerziehung in Niedersachsen zwischen 1954 und 1978. Forschungsprojekt im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2019)
36. Häßler F., Weirich S.: Eine Rostocker Placebo-kontrollierte mehrarmige Studie mit Glutaminsäure bei Kindern und Jugendlichen 1953/54. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 66: 516–525 (2017)
37. Haubold H.: Nachreifungsbehandlung des Mongolismus und anderer Entwicklungshemmungen, in: Kuhn, W. (Hrsg.), *Zellulartherapie in Klinik und Praxis*. Hippokrates, Stuttgart (1956)
38. Hecker E.: Neue Wege der klinischen Jugendpsychiatrie. *Der Öffentliche Gesundheitsdienst* 16: 430–435 (1955)
39. Hünnekens H., Kiphard E.: Übung der Motorik als therapeutische Methode bei entwicklungsrückständigen Kindern, in: Villinger, W. (Hrsg.), *Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete*. Hans Huber, Bern und Stuttgart (1960)

40. Jacobs R.: Zur Pharmakotherapie von Erregungszuständen und Verhaltensstörungen überhaupt bei oligophrenen anstaltsgebundenen Kindern und Jugendlichen. Schriftreihe aus dem Landeskrankenhaus Schleswig. Heft VIII (1958)
41. 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 : Machbarkeitsstudie Flein, (2016)
42. Kaufung C., Holtmann M., Boege I.: Die Entwicklung der Psycho- pharmakologischen Behandlung von 1952 bis 1957 in den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken Weissenau und Gütersloh. Z Kinder Jug-Psych 1–10 (2019)
43. Kerschewics N., Kynast A., Suckow M.: Hölle Kinderpsychiatrie- Gewalt und Missbrauch hinter Anstaltsmauern (2014)
44. Kersting F.-W.: Anstaltsärzte zwischen Kaiserreich und Bundesrepublik Ferdinand Schöningh, Paderborn, (1996)
45. Kersting F.-W., Schmuhl H.-W.: Psychiatrie- und Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendliche im St. Johannes. Stift in Marsberge (1945- 1980) (Zusammenfassung der Projektergebnisse) LWL- Institut für westfälische Regionalgeschichte LWL-Psychiatrieverbund Westfalen, (2017)
46. Köhler K.: Hermann Simon und die Folgen Klinische Psychiatrie und das Thema Arbeit (Ein Beitrag aus der Tagung: Wirksame Rehabilitation für psychisch erkrankte Menschen) Bad Boll, (2006)
47. Konrad K., Fegert J.M., Flechtner H.-H.: «Hölle Kinderpsychiatrie?» Deutsche Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Nachkriegszeit – Aufarbeitung, Verantwortung und Konsequenzen für die Zukunft. Z Kinder Jug-Psych 43: 5–7 (2015)
48. Korth R., Schepker R.: Röntgenbestrahlung des Gehirns zur Behandlung von kindlicher Epilepsie, Hydrocephalus oder Schwachsinn? Forschungen

- an der Tübinger Universitätsklinik von 1940-1946. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 66: 498–515 (2017)
49. Kretschmer M.: Die Weissenau Psychiatrisches Krankenhaus von 1945 bis 1990 Geschichte und Erinnerungen. *Psychiatrie und Geschichte, Zwiefalten*, (2002)
 50. Kubny-Lüke B.: Geschichte der Ergotherapie in Deutschland, in: Jehn, P., Scheepers-Assmus, C., Steding-Albrecht, U. (Hrsg.), *Ergotherapie Vom Behandeln zum Handeln: Lehrbuch für die theoretische und praktische Ausbildung*. Georg Thieme, S. 11–17 (2011)
 51. Landesregierung Nordrhein- Westfalen: Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen (No. 23) Düsseldorf, (1959)
 52. Langer G.: Ausschnitte einer Geschichte der Psychopharmaka im 20. Jahrhundert, in: Langer, G., Heimann, H. (Hrsg.), *Psychopharmaka Grundlagen und Therapie*. Springer (1983)
 53. Leibetseder F.: Die Bluttransfusion in der konservativen Medizin, in: Domanig, E. (Hrsg.), *Siebzehnte Österreichische Ärztetagung Wien Van- Swieten- Kongreß 21. Oktober bis 26. Oktober 1963 Tagungsbericht*. Springer, Wien, S. 29–37 (1964)
 54. Leiter A.: Zur Vererbung von asozialen Charaktereigenschaften. *Z. f. d. g. Neur. u. Psych.* 167: 157–160 (1939)
 55. Lenhard-Schramm N.: Vorstudie zur Erforschung des Medikamenteneinsatzes in Kinderheimen, Einrichtungen der Öffentlichen Erziehung und heilpädagogischen und psychiatrischen Anstalten. Münster, (2017)
 56. Mayring P.: *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*, 9. Aufl., Beltz, Weinheim Basel, (2003)
 57. Meyer J.E.: Diagnostische Einteilung und Diagnoseschemata in der Psychiatrie, in: Gruhle, H.W. (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York (1961)

58. Nissen: Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Klett-Cotta, Stuttgart, (2005)
59. Pohl- Zucker S.: Diagnostisch- therapeutische Grenzziehungen. Die Zelltherapie bei Kindern mit Down- Syndrom im medizinischen Diskurs der Bundesrepublik Deutschland in den 1960/ 1970er Jahren, in: Bösl, E., Klein, A., Waldschmidt, A. (Hrsg.), Disability History Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte, Eine Einführung. transcript, Bielefeld (2010)
60. Protokoll über das Jugendpsychiater- Treffen Archiv DGKJP, Geschäftsstelle Berlin, (1950)
61. Protokoll über das Jugendpsychiater-Treffen, Archiv DGKJP Marburg, (1950)
62. Ralser M.: Die Sorge um das erziehungsschwierige Kind, in: Fangerau, H., Topp, S., Schepker, K. (Hrsg.), Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Springer, Heidelberg, Berlin, S. 557–575 (2017)
63. Rauchfleisch U.: Kinderpsychologische Tests: ein Kompendium für Kinderärzte, 3. Aufl., Georg Thieme, (2001)
64. Reichelt B.: Von der Verwahrung zur Fürsorge, in: Müller, T., Kanis-Seyfried, U., Schepker, R., Reichelt, B. (Hrsg.), Psychiatrie in Oberschwaben Die „Weissenau“ bei Ravensburg zwischen Versorgungsfunktion und universitärer Forschung. Psychiatrie und Geschichte, Zwiefalten, S. 61–104 (2017)
65. Reichsarbeitsministerium(Hrsg.): Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung Sonderausgabe des Reichsarbeitsblattes Verlagsanstalt Otto Stollberg, Berlin W9, (1942)
66. Renschmidt H.: Kontinuität und Innovation: Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Philipps-Universität Marburg. Vandenhoeck & Ruprecht, (2018)
67. Ritter von Baeyer W.: Die moderne psychiatrische Schockbehandlung. Georg Thieme, Stuttgart, (1951)

68. Roelcke V.: Erbbiologie und Kriegserfahrung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der frühen Nachkriegszeit: Kontinuitäten und Kontexte bei Hermann Stutte, in: Fangerau, H., Topp, S., Schepker, K. (Hrsg.), Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 447–462 (2017)
69. Rotzoll M.: „Ein dringendes Erfordernis unserer Zeit“. Zur Entwicklung der pfälzischen Kinder- und Jugendpsychiatrie 1945- 1986, in: Fangerau, H., Topp, S., Schepker, K. (Hrsg.), Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Springer, Heidelberg, Berlin, S. 513–532 (2017)
70. Schepker K.: Beobachten, Behandeln, Pflegen. Die 1950 in der Staatlichen Heilanstalt Weissenau gegründete Kinder- und Jugendpsychiatrie, in: Müller, T., Kanis-Seyfried, U., Reichelt, B., Schepker, R. (Hrsg.), Psychiatrie in Oberschwaben Die „Weissenau“ bei Ravensburg zwischen Versorgungsfunktion und universitärer Forschung. Psychiatrie und Geschichte, Zwiefalten, S. 281–298 (2017)
71. Schepker K., Fangerau H.: Die Gründungsgeschichte der Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik (DGKH) und ihr Wirken, in: Fangerau, H., Topp, S., Schepker, K. (Hrsg.), Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Springer, Heidelberg, Berlin, S. 17–186 (2017)
72. Schepker K., Fegert J.M.: Neuroleptika für Kinder »erleichtern das Zusammenleben« Die Psychopharmakagaben in Heimen und Anstalten in den Fünfziger- bis Siebzigerjahren sollten Ruhe und Schulfähigkeit fördern. Psychosoziale Umschau 43–44 (2019)
73. Schepker K., Kölch M.G.: Psychopharmaka in den 1950ern – zur Verwissenschaftlichung einer Debatte. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 45: 417–424 (2017)
74. Schepker K., Kowalke E., Wagle F., Wagner S., Wulf G.: Die Bayer AG öffnet ehemaligen Heimkindern ihr Archiv. Hunderte von Dokumenten belegen, dass die Erwachsene- und Kinder- und Jugendpsychiatrie ein Versuchsfeld

der Bayer AG war. PSU 44–45 (2020)

75. Schepker R.: Finanzierung von Krankenhausbehandlung in den 50er-Jahren unter dem Fortwirken des „Halbierungserlasses“, in: Fangerau, H., Topp, S., Schepker, K. (Hrsg.), Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 485–510 (2017)
76. Schepker R.: Entwicklung der Kooperation von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie - von der Weimarer Republik über die Nachkriegs - bis in die Neuzeit am Beispiel des „Westfälischen Instituts“ Hamm. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 24: 63–72 (2015)
77. Schneider C.: Behandlung und Verhütung der Geisteskrankheiten Springer, Berlin, (1939)
78. Schneider K.: Einleitung zu einem Gespräch über Schocktherapie. Der Nervenarzt 529–530 (1947)
79. Schneider S., Margraf J.(Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter, Verhaltenstherapie Springer, Berlin Heidelberg, (2009)
80. Scholz L.: Leitfaden für Geisteskrankenpfleger., 26. Aufl., Arbeitsgemeinschaft medizinischer Verlage G.m.b.H, Halle a. S, (1950)
81. Stutte H.: Zur Geschichte jugendpsychiatrischer Institutionen, in: Förster, E., Wewetzer, K.-H. (Hrsg.), Jugendpsychiatrische und psychologische Diagnostik. Hans Huber, Bern und Stuttgart, S. 7–20 (1966)
82. Stutte H., Vogt A.: Röntgenbestrahlung chronischer Nervenleiden. Strahlenther. Onkol. 161–200 (1949)
83. Topp S.: Deutsche Vereinigung für Jugendpsychiatrie, in: Heiner Fangerau, Sascha Topp, Klaus Schepker (Hrsg.), Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Springer, Heidelberg, Berlin, S. 295–445 (2017)

84. Tramer M.: Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie., 3. Aufl., Benno Schwabe & Co, Basel, (1949)
85. Wagner S.: Arzneimittelprüfungen an Heimkindern von 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Neuroleptika sowie am Beispiel der Rotenburger Anstalten der Inneren Mission. Mathematisch-Naturwissenschaftliche Dissertation. Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, (2019)
86. Wagner S.: Der Einsatz von Medikamenten zur Sedierung, Arzneimittelstudien und Stereotaxie in den Rotenburger Anstalten 1950–1980, in: Hinter dem Grünen Tor- Die Rotenburger Anstalten der Inneren Mission, 1945-1975. Verlag für Regionalgeschichte, Bielefeld, S. 305–329 (2018)
87. Wendelin H., Loerbroks K.: Runder Tisch Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren (Abschlussbericht) Berlin, (2010)
88. Zenger I.: Die Geschichte der Computertomographie bei Siemens Healthineers. (2018) URL https://cdn0.scrvt.com/64628d2f44e-ceb2321b00f46924a64d0/9d535df9a5b854f4/dc966cd7868f/medmuseum_historische_ct_broschuere_2018-05821250.pdf (zugegriffen 10.12.2019)

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Diagnoseverteilung nach dem Würzburger Schlüssel (WS) in beiden Jahrgängen im Institutionsvergleich	20
Tabelle 2 Prozentuale Aufenthaltsdauer in Tagen nach Klinik	22
Tabelle 3 Entwicklung der Anwendungshäufigkeit von Pneumenzephalographien und Elektroenzephalographien in Weissenau und Gütersloh	24
Tabelle 4 Die Entwicklung der Anzahl der Kinder und Jugendlichen, bei denen mindestens ein Test (auch: ein projektives Verfahren) durchgeführt wurde und die durchschnittliche Testanzahl dieser im Institutionenvergleich	26
Tabelle 5 Methoden der Psychodiagnostik im Jahr 1952 und 1957 und deren Häufigkeit der Anwendung in der KJP Weissenau	27
Tabelle 6 Methoden der Psychodiagnostik im Jahr 1952 und 1957 und deren Häufigkeit der Anwendung in der KJP Gütersloh	29
Tabelle 7 Zusammensetzung der Arzneimittelgruppen in den jeweiligen Kliniken in beiden Jahrgängen.....	32
Tabelle 8 Anteil der Patienten, die allgemein mediziert wurden und die Psychopharmaka erhielten, im Jahr 1952 und 1957 im Institutionsvergleich	33

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Entwicklung der Verteilung der Kostenträger im Institutionenvergleich	23
--	----

Danksagung

Ich danke besonders Frau Prof. Dr. Renate Schepker für Ihre großartige und intensive Betreuung meiner Arbeit. Zudem möchte ich mich bei Herrn Halder und Herrn Höötman für die Hilfe bei der Archivarbeit bedanken. Außerdem gilt mein Dank meinem Ehemann für die unglaublich hilfreiche Unterstützung.

Lebenslauf

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.