

Freitag 2. September 2022

Dokumentationszentrum Topographie des Terrors
Niederkirchnerstraße 8
10963 Berlin



Gegen das Vergessen – Aus der Geschichte lernen

Dokumentation der Begleitveranstaltung zum Gedenken an die
Opfer von Patientenmorden und Zwangssterilisation zur Zeit des
Nationalsozialismus vom 02.09.2022 in Berlin

Impressum:

Herausgeber:

Die Verbände im Kontaktgespräch Psychiatrie:

Bundesverband Angehöriger Psychisch Kranker (BApK)

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrene (BPE)

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB)

Der Paritätische Wohlfahrtsverband

Dachverband Gemeindepsychiatrie

Aktion Psychisch Kranke (APK)

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband (AWO)

Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde (BAG GPV)

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Fachbeirat Psychiatrie im CBP

Bundesweites Netzwerk Sozialpsychiatrische Dienste

Deutsches Rotes Kreuz

Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie

Diakonie Deutschland

Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG)

V.i.S.d.P.:

Jörg Holke

Die Rechte an den Texten liegen bei den jeweiligen Autoren und Autorinnen

Redationelle Bearbeitung:

Aktion Psychisch Kranke e.V.

Gestaltung und Satz:

Georg Bungarten

**Gegen das Vergessen –
Aus der Geschichte lernen**

Dokumentation der Begleitveranstaltung
zum Gedenken an die Opfer von Patientenmorden und Zwangssterilisation
zur Zeit des Nationalsozialismus
vom 02.09.2022 in Berlin

Programm

Freitag 2. September 2022

Dokumentationszentrum Topographie des Terrors
Niederkirchnerstraße 8 | 10963 Berlin

Moderation: Wolfgang Bayer
(Bundesverband evangelische Behindertenhilfe)

ab 12:30 Uhr
Ankommen und Imbiss

13:30 – 13:45 Uhr

Grußwort

→ Dr. Andrea Riedle (Stiftung Topographie)

Begrüßung und Einführung

→ Wolfgang Bayer

13:45 – 14:05 Uhr

Stiftung Anerkennung und Hilfe – Zielsetzung, Aufgaben, Bilanz

→ Staatssekretär Dr. Rolf Schmachtenberg
(Bundesministerium für Arbeit und Soziales)

14:05 – 14:25 Uhr

Euthanasie – Kinder- und Jugendpsychiatrie in der NS-Zeit

→ Dr. Klaus Schepker (Universitätsklinikum Ulm)

14:25 – 15:05 Uhr

Leid und Unrecht in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe und Psychiatrie 1949-1975 bzw. 1990

→ Susanne Meffert – Geschäftsführerin der Lebenshilfe –
Landesverband Brandenburg e.V.
→ Dr. Thorsten Hinz – Vorstand der Stiftung St. Franziskus,
ehemaliges Mitglied des Lenkungsausschuss der **Stiftung
Anerkennung und Hilfe**; bis Dezember 2019 langjähriger
Geschäftsführer des Bundesverbandes Caritas Behinder-
tenhilfe und Psychiatrie e.V.

15:05 – 15:25 Uhr Kaffeepause

15:25 – 15:45 Uhr

Gewalt(-schutz) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 90er Jahre bis in Gegenwart

→ Prof. Dr. Renate Schepker (Zentrum für Psychiatrie Süd-
württemberg)

15:45 – 16:30 Uhr

Gesprächsrunde:

Anerkennung und Hilfe – was heißt das für Heute?

→ Dr. Thorsten Hinz
→ Susanne Meffert
→ Dr. Rolf Schmachtenberg
→ Rainer Schaff (NetzG)
→ Prof. Dr. Renate Schepker
→ Moderation: Jörg Holke (Aktion Psychisch Kranke)

16:45 – 17:45 Uhr

Zwei parallele Führungen durch die Dauerausstellung

»Topographie des Terrors.

Gestapo, SS und Reichssicherheitshauptamt in der Wil-
helm- und Prinz-Albrecht-Straße«

- 06 Grußwort**
Andrea Riedle
- 07 Begrüßung und Einführung**
Wolfgang Bayer
- 09 Stiftung Anerkennung und Hilfe –
Zielsetzung Aufgaben Bilanz**
Rolf Schmachtenberg
- 14 Euthanasie – Kinder- und Jugendpsychiatrie
in der NS-Zeit**
Klaus Schepker
- 23 Leid und Unrecht in stationären Einrichtungen
der Behindertenhilfe und Psychiatrie 1949 – 1975
bzw. 1990**
Susanne Meffert
Thorsten Hinz
- 28 Gewalt(-schutz) in der Kinder- und Jugend-
psychiatrie 90er Jahre bis Gegenwart**
Renate Schepker
- Gesprächsrunde**
Anerkennung und Hilfe – was heißt das für heute?
- Statements:**
- 33 Stiftung St. Franziskus**
Thorsten Hinz
- 35 Lebenshilfe Landesverband Brandenburg e.V.**
Susanne Meffert
- 36 Bundesministerium Arbeit und Soziales**
Rolf Schmachtenberg
- 38 Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit
(NetzG)**
Rainer Schaff
- 39 Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg,
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des
Kindes- und Jugendalters Weissenau**
Renate Schepker
- 41 Verzeichnis der Autorinnen und Autoren**

Grußwort

Andrea Riedle

Sehr geehrter Herr Staatssekretär
Dr. Schmachtenberg,
sehr geehrter Herr Bayer,
sehr geehrte Referentinnen und Referenten,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich begrüße Sie sehr herzlich zu der heutigen Begleitveranstaltung zum Gedenken an die Opfer von Patientenmorden und Zwangssterilisation zur Zeit des Nationalsozialismus.

Wie auch schon mehrfach in der Vergangenheit, haben die Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie für ihre alljährlich am ersten Septemberwochenende stattfindende Informationsveranstaltung in unser Haus eingeladen. Wir unterstützen diese Veranstaltung gerne, umso mehr, als das Thema auch für die Stiftung Topographie des Terrors schon seit längerer Zeit in ihrer Arbeit von großer Bedeutung ist.

Ab 2007 – das ist nun 15 Jahre her – hat die Stiftung einen »Runden Tisch« zur Neu- bzw. Umgestaltung des T4-Gedenkortes in Berlin geleitet. Im September 2014 konnte dann vor der Philharmonie der neue Gedenk- und Informationsort für die Opfer der nationalsozialistischen »Euthanasie«-Morde an der Tiergartenstraße eingeweiht werden. Seine Inhalte sind vom Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Technischen Universität München erarbeitet worden, in Zusammenarbeit mit den Stiftungen Denkmal für die ermordeten Juden Europas und der Topographie des Terrors.

Außerdem sind 2012 und 2014 zwei wichtige Sonderausstellungen in unserem Haus gezeigt worden:

Zum einen die Ausstellung Im Gedenken der Kinder von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. über die »Kinder-Euthanasie« während der Zeit des Nationalsozialismus.

Zum anderen die Ausstellung: Erfasst, verfolgt, vernichtet. Kranke und behinderte Menschen im Nationalsozialismus von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, die in Verbindung mit der Stiftung Denkmal für die ermordeten Juden Europas und der Stiftung Topographie des Terrors erarbeitet worden ist.

Auf ein wichtiges Projekt möchte ich noch hinweisen: 2016 gab es eine von der Beauftragten für Kultur und Medien initiierte Fachkonferenz in unserem Hause: »Den Opfern einen Namen geben – Gedenken und Datenschutz im Zusammenhang mit der öffentlichen Nennung der Namen von NS-Opfern in Ausstellungen, Gedenkbüchern und Datenbanken.« Diese Konferenz hatte ihren Grund anlässlich einer fortdauernden Diskussion – insbesondere hinsichtlich der Frage der Namensnennung von Opfern der NS-»Euthanasie«. Die Ergebnisse sind in einem Band versammelt, der in unserer Notizen-Reihe »Topographie des Terrors« erschienen ist.

Als letzten Programmpunkt haben Sie die Möglichkeit zu einer Führung durch unsere Dauerausstellung, wozu ich sie herzlich einladen möchte. Auch hier, das werden Sie sehen, spielt das Thema Patientenmorde und Zwangssterilisation eine Rolle.

Ich muss mich leider entschuldigen, dass ich nicht die gesamte Zeit anwesend sein kann. Ich freue mich aber sehr, dass unser Beauftragter für das Thema Inklusion an der Veranstaltung teilnehmen wird und gerne auch für Fragen zur Verfügung steht.

Ich übergebe das Wort an Herrn Wolfgang Bayer vom Bundesverband evangelischer Behindertenhilfe.

Begrüßung und Einführung

Wolfgang Bayer

Sehr geehrter Herr Staatssekretär,
sehr geehrte Frau Dr. Riedle,
sehr geehrte Referentinnen und Referenten,
sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen.

An Sie, Frau Riedle, nochmal den herzlichen Dank des Kontaktgesprächs Psychiatrie, dass wir die Veranstaltung heute hier durchführen können. Wir sprachen kurz vorher über die Bedeutung dieses Ortes für die Organisation der Ermordung von Millionen von Menschen und darunter eben auch Menschen mit Psychiatrieerfahrung und Behinderung.

Ich begrüße Sie also sehr herzlich im Namen des Kontaktgesprächs Psychiatrie zu der heutigen Begleitveranstaltung zum Gedenken an die Opfer der Patientenmorde und der Zwangsterilisation in der Zeit des Nationalsozialismus. Wir sind hier auf dem Gelände der »Stiftung Topographie des Terrors«, einem der zentralen Orte von dem der Terror und die Morde der Menschen ausging und organisiert wurde. Frau Riedle hat schon gesagt, dass im Anschluss an die Veranstaltung die Möglichkeit besteht, an einer Führung teilzunehmen und, viele von Ihnen haben sich dazu auch angemeldet, was ich nur begrüßen kann. Die eigentliche Gedenkveranstaltung hat heute Vormittag an der Philharmonie in der Tiergartenstraße stattgefunden, dort, wo früher das Haus Nummer 4 stand, der Ort der Organisation und der Planung der Ermordung der Patienten.

Der Beginn des zweiten Weltkrieges war gleichzeitig auch der Auftakt für die Schrecken der Patientenmorde. Die Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie organisieren seit 2009 an ersten Septemberwochenende eine Informationsveranstaltung unter der Überschrift »Gegen das Vergessen, aus der Geschichte lernen« zum Gedenken der Opfer dieser Gräueltaten. Und damit verbinden wir, ich sage das als Vertreter des Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe und als Mitglied des Kontaktgesprächs, einen Anspruch und auch das große Interesse, eine Verbindung herzustellen zwischen der Vergangenheit und der Gegenwart. Wir wollen Wege, die von dem einem zum anderen führen, deutlich machen, damit wir alle lernen und im Gedächtnis und in unseren Seelen

behalten, dass es keine Stunde null gab, sondern sich viele Linien der Entwicklung auch über 1945 hinweg fortgesetzt haben.

Wir haben also keine Nullstunde, wo wir sagen können, wir haben damit nichts zu tun. Allgemeiner gesagt, kann man das so sagen, Geschichte ist nicht einfach vergangen, sondern sie ist immer ein Teil unserer Gegenwart. Es gibt keine Möglichkeit zu sagen, wir vergessen die Geschichte, zumindest führte dies zu gesellschaftlichen, sozialen und politischen Fehlschlüssen. Für die diesjährige Veranstaltung haben wir die Erfahrung und den Austausch mit der Stiftung Anerkennung und Hilfe, die 2017 gegründet wurde, in den Mittelpunkt gestellt.

Die Arbeit der Stiftung ist ausgerichtet auf die Menschen, die als Kinder und Jugendliche in der Zeit von 1949 bis 1975 in der damaligen Bundesrepublik Deutschland, beziehungsweise bis 1990 in der damaligen DDR in Einrichtungen der Behindertenhilfe und in psychiatrischen Einrichtungen Leid und Unrecht erfahren haben. Als Vertreter eines evangelischen Verbandes muss man an dieser Stelle sehr deutlich darauf hinweisen, dass insbesondere die Kirchen an diesem Thema eine große Mitschuld und Mitverantwortung tragen.

Die Kinder und Jugendlichen haben in dieser sogenannten Heimkinderzeit, wie es in der Einladung auch steht, Schlimmes und Katastrophales erlebt. Es ging um einsperren, wegschließen, um drakonische Strafen, körperliche Misshandlung, sexuelle Übergriffe. Aber auch sehr häufig um sich scheinbar harmlos anhörende Themen: Demütigung, Erniedrigung, Vernachlässigung und Missachtung.

Unter Federführung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales wurde gemeinsam mit den Ländern und den beiden großen Kirchen, die sich ihrer Verantwortung gestellt haben, diese Stiftung Anerkennung und Hilfe ins Leben gerufen mit zwei Zielen: Das eine ist auf jeden Fall im Nachhinein anzuerkennen, dass da Schuld auf sich geladen wurde und welches Leid zugefügt wurde. Zum anderen, das erlebte Unrecht aufzuarbeiten und in welchem Sinne auch immer damit einen Teil zu einer Entschädigung beizutragen. Herr Schmachtenberg wird aus Sicht des BMAS gleich im ersten Beitrag über Ziele, Aufgaben und vor allem über Ergebnisse der Stiftungsarbeit berichten, da bin ich sehr gespannt.

In den weiteren Beiträgen, die dann sich über den Nachmittag verteilen, soll zunächst ein historischer Blick auf die Patientenmorde der Nazizeit in der Sozialpsychiatrie oder vielmehr in der Psychiatrie, unter denen viele Kinder und Jugendliche waren, aufgearbeitet werden.

Danach wird das Leid, der von der Stiftung Anerkennung und Hilfe unterstützten Kindern und Jugendlichen im Zentrum stehen. Das Leid von Kindern und Jugendlichen, die dieses Unrecht in psychiatrischen Einrichtungen und in Einrichtungen der Behindertenhilfe erfahren haben. Ich erlaube mir dazu eine kleine persönliche Anmerkung: Aufgrund meines Alters habe ich in meinem beruflichen Anfang in einer Einrichtung gearbeitet, in der dieser Umgang noch durchaus etwas präsent war. Ich kenne noch Stationen, Wohnstationen angeblich, in denen es »Isolierstübchen« gab, in denen Menschen nach recht freiem Gusto der damaligen Hausväter und -mütter isoliert und eingesperrt wurden. Zwangsmaßnahmen wie Ausgangsverbot und Taschengeldentzug waren durchaus an der Tagesordnung und das ist nicht 100 Jahre her, sondern gerade mal 40. Das muss uns bewusst sein, wenn wir über unsere Geschichte und die Geschichte der Psychiatrie reden.

Im zweiten Teil werden wir der Frage nachgehen, ob und was wir bezüglich der Hilfen für junge Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen daraus gelernt haben. Und zugleich soll insbesondere in der abschließenden Gesprächsrunde kritisch beleuchtet werden, inwieweit Achtsamkeit und Aufmerksamkeit gegenüber Machtmissbrauch und Unrecht in Institutionen im Zusammenhang von Hilfe und Unterstützung tag-

täglich der Anspruch und die Grundhaltung sein müssen. Auch hier eine kleine Anmerkung: Institutionen sind nicht automatisch nur die großen Einrichtungen, auch ambulante Unterstützungsformen sind Institutionen und so institutionell geprägt.

Es geht immer darum, jedem Menschen, sei er psychisch krank oder nicht, sei er behindert oder nicht, eine Recht auf ein menschenwürdiges Leben auf Teilhabe zu sichern. Und dass auch heute noch gesellschaftliches und gemeinschaftliches Hinschauen und Handeln statt eines Wegschauens vor einer vielleicht unangenehmen Gegenwart oder der noch unangenehmeren Vergangenheit notwendig ist, wenn wir nicht in Gefahr fallen wollen, Fehler zu machen, die zu vermeiden sind, die wir vermeiden können. Soweit zur Einführung.

Ich darf nun in das Programm eröffnen. Als erstes darf ich Herrn Staatssekretär Dr. Rolf Schmachtenberg aus dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ankündigen. Wie ich in ihrer Biographie las, haben Sie auch Mathematik studiert und Volkswirtschaftslehre, verschiedene Studienaufenthalte im Ausland gemacht und sind seit 2018 Staatssekretär im Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Was einige von Ihnen im Publikum wissen, zumindest die Kollegen und Kolleginnen, die ich aus Arbeitszusammenhängen kenne, Sie, Herr Dr. Schmachtenberg waren der Fachwelt der Behindertenhilfe als Gesprächspartner bei der Entwicklung und der Arbeit am Bundesteilhabegesetzes ein gerne und viel gesehener und oft angesprochener Gast, das habe ich auch selber in sehr guter Erinnerung. Herr Dr. Schmachtenberg, ich übergebe das Mikro an Sie.

Stiftung Anerkennung und Hilfe - Zielsetzung, Aufgaben, Bilanz

Rolf Schmachtenberg

Sehr geehrte Frau Dr. Riedle,
sehr geehrter Herr Bayer,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für Ihre Einladung und berichte sehr gerne über die Arbeit der Stiftung Anerkennung und Hilfe!

Als erstes will ich Ihnen aber berichten, dass mir mein Minister, Herr Bundesminister Hubertus Heil, als ich ihn heute Morgen in der Morgenlage informierte, dass ich heute bei Ihnen sein werde, sagte: »Vergiss nicht von mir zu grüßen. Das ist ein wichtiger Termin.« Diese Grüße stelle ich meinem Bericht voran.

Bevor ich auf die »Zielsetzung, Aufgaben sowie Bilanz« der Stiftung eingehe, danke ich Ihnen - auch im Namen aller Errichter der Stiftung - dafür, dass Sie im diesjährigen Programm, in diesem außerordentlich wichtigen Rahmen des Gedenkens den Fokus auf die Stiftung Anerkennung und Hilfe gelenkt haben!

Wir gedenken an dieser Stelle aller Menschen, die Furchtbares erlitten oder auf schreckliche Weise zu Tode gekommen sind, im finstersten Kapitel der deutschen Geschichte! Herr Dr. Schepker wird nachher auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie in der NS-Zeit eingehen.

Spätestens durch die Erkenntnisse aus der Stiftungsarbeit wissen wir: Viel Furchtbares fand auch in der Nachkriegszeit und damit in einem späteren Kapitel der deutschen Geschichte und Sozialgeschichte statt. Den schlimmsten Jahren in der deutschen Geschichte hat sich für Zehntausende in Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Psychiatrie, aber auch in Kinderheimen ein dunkles Kapitel der Sozialgeschichte angeschlossen.

Wir sind jeder und jedem Einzelnen gegenüber, die oder der Leid und Unrecht erlebt hat, verpflichtet, auch daran zu erinnern und ihnen ebenfalls ein ehrendes Gedenken zu bewahren!

Meine Damen und Herren,
schätzungsweise 116.000 Kinder und Jugendliche

waren in der Zeit von 1950 bis 1975 in der Bundesrepublik und bis zu 140.000 von 1949 bis 1990 in der DDR zeitweise stationär in Einrichtungen der Behindertenhilfe und in psychiatrischen Anstalten untergebracht. Fünfeinhalb Jahre nach Gründung der Stiftung Anerkennung und Hilfe können wir feststellen, dass mindestens jedes zehnte Kind oder jeder zehnte Jugendliche in dieser Zeit Leid und Unrecht in diesen Einrichtungen erfahren hat!

Über 24.000 Betroffene werden bis zum Ende der Stiftungslaufzeit Leistungen aus der Stiftung erhalten, weil sie körperliche, psychische, sexualisierte Gewalt, Essenszwang, ungerechtfertigte medizinische und therapeutische Maßnahmen und anderes Leid und Unrecht über sich ergehen lassen mussten und heute noch an Folgewirkungen leiden!

Die Menschenwürde, das Rechtsstaatsprinzip - elementarste Grundsätze unserer Verfassung - wurden damals in den Einrichtungen missachtet. Ja, Gesellschaft und Staat in Ost wie West haben hier versagt.

Und, vielleicht noch schlimmer: Staat und Gesellschaft haben nicht nur damals versagt, als all diese schrecklichen Dinge passierten. Noch Jahre und Jahrzehnte später fand keine Aufarbeitung und Anerkennung statt, die Voraussetzungen für das Gedenken und Erinnern sind und schließlich den Weg für das Lernen aus der Geschichte bereiten.

Ein offenes und anerkennendes Erinnern an die Situation der Betroffenen fand nicht statt. Schlimmer noch, die Geschehnisse wurden totgeschwiegen, vertuscht und bagatellisiert! Wie furchtbar muss es sein, nicht über erlittenes Unrecht sprechen zu dürfen, nicht ernst genommen zu werden mit traumatischen Erfahrungen? Das verletzt noch einmal und kann das Leben unendlich schwierig machen.

Meine Damen und Herren,
viel zu lang sind wir alle unserer Verantwortung nicht gerecht geworden, zehntausende Kinder und Jugendliche angemessen zu schützen und sie später, als Erwachsene, in ihrem Leid ernst zu nehmen und zu unterstützen!

Erst im Jahr 2017 haben Bund, Länder und Kirchen sich nach einem mehrjährigen Verhandlungsmarathon darauf einigen können, die »Stiftung Anerkennung und Hilfe« ins Leben zu rufen.

Dem vorangegangen war die Einrichtung der Heimkinderfonds für zehntausende ehemalige Heimkinder aus Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe.

Die Stiftung sollte eine solide Basis für die gesamtgesellschaftliche Aufarbeitung und Anerkennung schaffen und damit Gedenken ermöglichen. Insbesondere deshalb ist die Stiftung als befristetes Hilfesystem angelegt und wird nach inzwischen zweimaliger Verlängerung der Laufzeit voraussichtlich noch bis in das 1. Halbjahr 2023 hinein, bis die Stiftungszwecke erreicht sind, bestehen.

Diese Ziele sind

- die wissenschaftliche Aufarbeitung,
- die öffentliche sowie
- die individuelle Anerkennung.

Gerne zeige ich Ihnen auf, wie die Stiftung diese Ziele und Aufgaben umgesetzt hat, auch wenn die aktuelle »Bilanz«, wie Sie sie heute von mir erwarten, keine ganz endgültige sein kann, da die Stiftungsarbeit noch andauert.

Die erste Säule der Stiftungsarbeit besteht darin, das geschehene Leid und Unrecht aufzuzeigen und öffentlich anzuerkennen, um die angemessene und von den Betroffenen zurecht eingeforderte gesellschaftliche Beachtung zu erreichen.

Insbesondere die am 13. Mai 2019 von der Stiftung im Museum für Kommunikation in Berlin durchgeführte Veranstaltung unter dem Titel »Zeit, über das Leid zu sprechen« markiert dazu einen wichtigen Meilenstein in der öffentlichen Wahrnehmung des Themas.

Im Mittelpunkt der Veranstaltung standen die vom leidvollen Geschehen in den Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Psychiatrie betroffenen Menschen. Es wurde gemeinsam über die Geschehnisse in der Vergangenheit in den Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Psychiatrie gesprochen sowie über die Unterstützung, die die Stiftung leisten kann.

Viele Betroffene berichteten eindrucksvoll von ihren belastenden Erfahrungen. Präsentiert wurden unter anderem von Betroffenen erstellte Kunstwerke und Gedichte sowie Aussagen aus dem Zeitzeugenportal. Außerdem wurden erste Zwischenergebnisse der wissenschaftlichen Aufarbeitung vorgestellt.

Neben Bundesminister Hubertus Heil haben weitere hochrangige Vertreterinnen und Vertreter der Länder sowie der Kirchen bei den Betroffenen vor Ort wie auch an den Bildschirmen zu Hause um Entschuldigung gebeten und erkannten das Leid und Unrecht öffentlich an.

Eine weitere Veranstaltung auf Bundesebene im Oktober 2021 und viele Veranstaltungen in den Ländern sowie Beiträge der Öffentlichkeitsarbeit haben die öffentliche Aufarbeitung und Anerkennung weiter vorangebracht.

Meine Damen und Herren, wichtige Erkenntnisse für die Anerkennung und Aufarbeitung des Leids und Unrechts lieferte auch die zweite Säule der Stiftungsarbeit, die unabhängige wissenschaftliche Aufarbeitung der damaligen Geschehnisse.

Sie hat einen wesentlichen Beitrag zur Bewältigung und Aufarbeitung des Erlebten geleistet und erlittenes Leid und Unrecht öffentlich sichtbar gemacht.

Im Auftrag der Stiftung untersuchte von 2018 bis 2021 ein interdisziplinäres Team von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern unter der Leitung von Herrn Professor Heiner Fangerau von der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf die Zustände in den Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Der Forschungsbericht, eine Zusammenfassung der Ergebnisse sowie eine Broschüre in Leichter Sprache sind auf der Internetseite der Stiftung www.stiftung-erkennung-und-hilfe.de veröffentlicht worden.

Auf der Basis von exemplarischen Einrichtungs- und Querschnittsstudien wurden der Lebensalltag in den Einrichtungen rekonstruiert und Formen pädagogischer, struktureller, medizinischer und therapeutischer Gewalt sowie der Einsatz von Arzneimitteln und die Durchführung von Medikamentenstudien analysiert. Das Forschungsteam hat mit 17 untersuchten kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen in psychiatrischen Krankenhäusern und Universitäten sowie Heimen für Minderjährige mit Behinderungen in Ost und West ein möglichst breites Spektrum von Einrichtungen in seine Arbeit einbezogen. Der Bericht hält fest, dass Leid und Unrecht - wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß - in allen untersuchten Einrichtungen geschah! Adäquate Einrichtungen für Minder-

jährige mit psychischen Erkrankungen und/oder Behinderungen waren in beiden damaligen deutschen Staaten nur unzureichend vorhanden.

Die Einrichtungslandschaft war in der alten Bundesrepublik Deutschland bis in die 1970er Jahre und in der DDR bis 1990 systematisch durch dauerhafte Unterfinanzierung, Personalmangel, Raumnot, ausbleibende Sanierungen und Überbelegungen gekennzeichnet.

Neben diesen strukturellen Problemen wird auch die Spiegelung der damaligen gesellschaftlichen Haltung in Ost und West deutlich, nämlich Kinder mit Einschränkungen und psychischen Erkrankungen vor allem als Problemfälle anzusehen, die abseits der Gesellschaft institutionell behandelt werden mussten. Der individuelle Förderbedarf von Kindern und Jugendlichen wurde vernachlässigt oder sogar gänzlich ignoriert.

Aus den Erkenntnissen des sehr umfangreichen Forschungsberichtes sollten Schlüsse für die Prävention und die Aufsicht gezogen werden; es gilt »aus der Geschichte zu lernen«.

Der Forschungsbericht bildet zugleich eine entscheidende Grundlage für weitere Forschung sowie für die weitere gesellschaftliche Aufarbeitung und Etablierung einer Erinnerungskultur, insbesondere auf lokaler oder regionaler Ebene. Dies ist auch in der Diskussionsveranstaltung zum Forschungsbericht unter großer Beteiligung von Betroffenen unterstrichen worden.

Meine Damen und Herren,
ein unverzichtbares weiteres Element der Stiftungsarbeit ist die individuelle Anerkennung des erlittenen Leid und Unrechts.

Die zeitweise mehr als 80 in den 21 Anlauf- und Beratungsstellen der Stiftung beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden bis zum Ende der Stiftungslaufzeit voraussichtlich mit über 31.300 Betroffenen Gespräche geführt haben. Sie leisten für die Stiftung die wichtigste und direkteste Arbeit, indem sie die Betroffenen in der persönlichen Aufarbeitung der eigenen Geschichte begleiten.

Die Rückmeldungen sehr vieler Betroffener zeigen, dass der persönliche Kontakt vor Ort entscheidend dafür war, die eigene Geschichte zu be- und verarbeiten. Die Möglichkeit, diese Gespräche aufsuchend,

das heißt in der Wohnumgebung der Betroffenen, durchzuführen, wurde und wird noch sehr stark in Anspruch genommen und ist mitverantwortlich für die gute Annahme sowie das Gelingen dieses Stiftungsangebots.

Nicht selten erreichten uns Schreiben und Anrufe von Betroffenen, die diese Gespräche für sich persönlich sogar als viel bedeutsamer empfinden als die ergänzende finanzielle Unterstützungsleistung der Stiftung!

Betroffene erhalten als Anerkennungs- und Unterstützungsleistung zum selbstbestimmten Einsatz eine einmalige personenbezogene Geldpauschale in Höhe von 9.000 Euro; zudem eine Rentenersatzleistung von 3.000 Euro oder 5.000 Euro, falls sie dem Grunde nach bis zu zwei Jahre oder mehr als zwei Jahre sozialversicherungspflichtig gearbeitet haben und Sozialversicherungsbeiträge nicht gezahlt worden sind.

Mit den finanziellen Leistungen wird zum einen ein weiterer Beitrag zur Anerkennung des erlittenen Leids und Unrechts geleistet. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass Ansprüche Betroffener gegen die am Unrecht beteiligten Institutionen oder Personen heute nur schwer oder gar nicht mehr durchsetzbar sind. Zum anderen sollen dadurch heute noch bestehende Folgewirkungen, die ihre Ursache in dem erlittenen Leid und Unrecht haben, gemildert werden. Erlittenes Leid und Unrecht kann nicht ungeschehen gemacht werden. Vielmehr sind die Stiftungsleistungen ein Angebot an Betroffene zur Aussöhnung und sollen einen Beitrag zur Verbesserung der Lebenssituation der Betroffenen leisten.

Wie über die Annahme dieses Angebots konnte auch über den Einsatz der erhaltenen finanziellen Leistungen jede und jeder Betroffene für sich entscheiden! Die Stiftungsleistungen sind nämlich steuerfrei, nicht pfändbar und nicht anrechenbar auf Renten- oder andere Sozial- beziehungsweise Transferleistungen.

Meine Damen und Herren,
die Stiftung hat bis Ende Juli 2022 Unterstützungsleistungen von knapp 239 Mio. Euro an rund 23.200 Menschen ausgezahlt. Voraussichtlich bis zu 1.000 weitere Betroffene werden im Laufe der nächsten drei bis vier Monate noch Leistungen erhalten.

Rund 60 Prozent der Betroffenen haben ihren jetzigen Wohnort auf dem Gebiet der alten Bundesrepublik Deutschland und rund 40 Prozent auf dem Gebiet der ehemaligen DDR.

Bemerkenswert ist, dass die Stiftung die von den Errichtern vor Beginn der Stiftungslaufzeit auf Basis einer wissenschaftlichen Machbarkeitsstudie geschätzten Gesamtzahl der Betroffenen, die voraussichtlich die Voraussetzungen für den Erhalt von Anerkennungs- und Unterstützungsleistungen erfüllen und diese in Anspruch nehmen könnten, erreichen wird.

Dass die Stiftung am Ende so viele Betroffene ansprechen konnte, war angesichts der zu Beginn der Stiftungslaufzeit in den Anmeldezahlen deutlich gewordenen Zurückhaltung jedoch nicht selbstverständlich. Dies ist im Ergebnis dem niederschweligen Anmeldeprozess - so reichten Anrufe oder E-Mails aus, um sich für den Erhalt von Stiftungsleistungen anzumelden -, der zweimaligen Verlängerung der Anmeldefrist sowie der intensiven Öffentlichkeitsarbeit zu verdanken.

Meine Damen und Herren, statt meines etwas längeren Vortrages hätte ich den Stiftungsauftrag und -ziele auch mit einem - wie ich finde, so einfachen wie treffenden - Satz aus dem Zeitzeugenportal der Stiftung auf den Punkt bringen können:

»Mir ist es wichtig, dass die Leute erfahren, was dort wirklich passiert ist und was mit den Kindern von damals geworden ist.«

Durch die Stiftung wissen wir sehr viel besser, was passiert ist. Wir wissen, wie es den Kindern und Jugendlichen in den Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Psychiatrie ergangen ist und mit welchen Folgen sie Zeit ihres Lebens zu kämpfen haben. Wir haben es auch geschafft, gesellschaftliche Aufmerksamkeit für die Stiftungsanliegen zu wecken.

Auch auf der Zielgeraden ihrer Arbeit wird sich die Stiftung dafür einsetzen, dass noch mehr Menschen erfahren, »was passiert ist«. Neben der Bearbeitung der noch verbliebenen Anmeldungen wird die Stiftung zudem die restliche Laufzeit dazu nutzen, auf Grundlage der bisherigen Erkenntnisse weitere Impulse für das Wachhalten der Erinnerung an das Geschehene zu geben.

Vor allem der Forschungsbericht des Teams um Herrn Professor Heiner Fangerau bereichert die bereits stattfindende umfassende wissenschaftliche Aufarbeitung und hat vielerorts zu neuen Initiativen geführt.

Was wird weiterhin entscheidend für das Gelingen von Aufarbeitung und Anerkennung vor Ort sein?

Entscheidend wird sein, wie aufgeschlossen sich die heutigen Einrichtungen dafür zeigen. Die Stiftung hat deshalb die Träger von Einrichtungen aufgefordert, diese zu ermutigen und zu unterstützen, sich mit ihrer Vergangenheit auseinanderzusetzen.

Dies würde zugleich eine hervorragende Chance bieten, aus den Erkenntnissen der Aufarbeitung Schlüsse für die tägliche Arbeit und die Prävention zu ziehen.

Denn trotz grundlegend veränderter Rahmenbedingungen gilt es heute wie in Zukunft, das Wissen präsent zu halten, eine Kultur des Hinsehens zu unterstützen und alle relevanten Akteure so zu sensibilisieren, dass Fehlverhalten und Missstände erst gar nicht entstehen.

In diesem Zusammenhang bin ich dem überregionalen Fachbeirat der Stiftung für seine Initiative sehr dankbar, am Ende der Stiftungslaufzeit gemeinsam mit dem Lenkungsausschuss der Stiftung auf die Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Psychiatrie zuzugehen und das Anbringen von Gedenktafeln zu empfehlen.

Auch hier hoffe ich auf die Mitwirkung und das Engagement einer möglichst hohen Anzahl von Einrichtungen!

Bei der Aufarbeitung des geschehenen Unrechts und des verursachten Leids müssen betroffene Menschen einbezogen und für ihr erlittenes Leid und Unrecht um Entschuldigung gebeten werden.

Die Anerkennung sollte darüber hinaus auch öffentlich zum Beispiel durch lokale Veranstaltungen, durch Zeitzeugenberichte und Dokumente erfolgen.

Erfahrungen der Stiftung haben gezeigt, dass öffentliche Formen der Anerkennung und Entschuldigung für die Betroffenen einen wichtigen Schritt für die individuelle Aufarbeitung des erlittenen Unrechts darstellen.

Zudem werden eine aktive Öffentlichkeitsarbeit und Transparenz im Hinblick auf die Geschehnisse der Vergangenheit auch von der Gesellschaft als Ganzes positiv aufgenommen.

Vor diesem Hintergrund wird die Stiftung in den nächsten Monaten ihren Internetauftritt ausbauen, um gute Beispiele der Aufarbeitung, Anerkennung und Erinnerung sichtbarer zu machen und zur Nachahmung anzuregen.

Auch die Bundesregierung wird die Ergebnisse aus der Stiftungsarbeit weiterhin in ihre laufenden und geplanten Maßnahmen zur Verbesserung des Gewaltschutzes für Menschen mit Behinderungen einbeziehen.

Der diesbezügliche, ja auch überfällige Diskurs hat seit einiger Zeit mächtig Fahrt aufgenommen und das ist auch richtig so!

Meine Damen und Herren,
alle Beteiligten, das heißt die Politik, die Einrichtungsträger, die Aufsicht, die Leistungsträger, die Einrichtungen vor Ort sowie die Berufs- und Fachverbände und (Aus-) Bildungsstätten sind aufgefordert, sich mit den Erkenntnissen der Stiftung auseinanderzusetzen und Schlüsse für ihre Arbeit daraus zu ziehen.

Der Abschluss der Stiftungsarbeit wird nicht das Ende des gesamtgesellschaftlichen Prozesses der Anerkennung, Aufarbeitung und Erinnerung markieren.

Nach wie vor müssen wir alle aus der Würdigung der Opfer heraus für unser Verhalten in der Zukunft lernen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Euthanasie - Kinder- und Jugendpsychiatrie in der NS-Zeit – gegen das Vergessen, aus der Geschichte lernen

Klaus Schepker

1. Nach der Machtergreifung beginnt die Vorbereitung der Zwangssterilisationen

Eugenik und Rassenhygiene waren ein Grundbestandteil der nationalsozialistischen Programmatik. Folgerichtig hielt Wilhelm Frick (1877-1946, in Nürnberg hingerichtet), Reichsminister des Innern, nur fünf Monate nach der Machtergreifung (30.01.1933) am 28.06.1933 eine programmatische Rede zur Rassenpolitik, dem Fürsorge- und Gesundheitswesen. Er formulierte ganz offen:

»durch unsere rassenhygienische und rassenpolitische Gesetzgebung« werde die »Ausmerze und Auslese [...] eingeleitet« (Frick, 1933, S. 6).

Das »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses«, die Legalisierung der »Zwangssterilisation«, wurde nur zwei Wochen später, am 14.07.1933 verabschiedet.

Schon in der Weimarer Republik hatten sich viele universitäre Erwachsenenpsychiater wie z. B. Robert Gaupp (1870-1953) für rassenhygienische Maßnahmen ausgesprochen. Vor 1933 hatten aber auch einige Kinder- und Jugendpsychiater eugenische Erwartungen geäußert:

»Bisher waren ihre praktischen Bemühungen fast ausschließlich negativer bzw. selektiver Art, d. h. darauf gerichtet, Schädlichkeiten von der Keimmasse abzuwehren und Minderwertige an der Fortpflanzung zu hindern« (Villinger, 1926, S. 117).

»Gegen die absolute endogene Unerziehbarkeit anzugehen ist uns bisher nur in allerbescheidenstem Maße gegeben; hier hat – in Zukunft hoffentlich mehr als bisher – der Eugeniker das Wort« (Villinger, 1929b, S. 250).

Ein erster Entwurf eines entsprechenden Sterilisierungsgesetzes wurde bereits 1932 erstellt und parlamentarisch zustimmend debattiert. Reichsminister Frick konnte 1933 auf diesen Entwurf und den Diskussionsstand zurückgreifen und in wenigen Monaten dieses Gesetz, ergänzt um die »Zwangssterilisation«, in den Reichstag einbringen. In § 1 wird grundlegend festgelegt:

»(1) Wer erbkrank ist, kann durch chirurgischen Eingriff unfruchtbar gemacht (sterilisiert) werden, wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, dass seine Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden leiden werden.

(2) Erbkrank im Sinne dieses Gesetzes ist, wer an einer der folgenden Krankheiten leidet:

1. angeborenem Schwachsinn,
2. Schizophrenie,
3. zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein,
4. erblicher Fallsucht,
5. erblichem Veitstanz (Huntingtonsche Chorea),
6. erblicher Blindheit,
7. erblicher Taubheit,
8. schwerer erblicher körperlicher Missbildung.

(3) Ferner kann unfruchtbar gemacht werden, wer an schwerem Alkoholismus leidet« (Reichsgesetzblatt Teil 1, 1933, S. 529-531).

Ernst Rüdin (1874-1952) war seit 1931 Leiter des »Kaiser-Wilhelm-Instituts für Psychiatrie« (dem heutigen Max-Planck-Institut für Psychiatrie) und mit Unterstützung der Nationalsozialisten Vorsitzender der DGPPN-Vorgängerorganisation von 1935-1945. Er war überzeugt von der Erbllichkeit psychischer Störungen und forderte deswegen schon seit langem rassenhygienische Maßnahmen.

Das Reichsministerium des Inneren ernannte Rüdin im Sommer 1933 zum »Reichskommissar für Rassenhygiene«. Zusammen mit Vertretern des Reichsministeriums des Inneren und des Justizministeriums war er 1934 Mitherausgeber des Gesetzeskommentars (Gütt, Rüdin u. Ruttke, 1934) und organisierte Weiterbildungen zum Gesetz. Er habe »einen Lehrgang für Psychiater zur Vorbereitung für die Durchführung des Reichsgesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses veranstaltet, an dem rund 120 Psychiater, vorwiegend Direktoren und Oberärzte der Heil- und Pflegeanstalten, teilgenommen haben« (Rüdin, 1934, in »Zur Einführung«).

»Dem Wirken des Psychiaters fällt durch das Gesetz ein besonders schweres Gewicht zu, einmal, weil im Gesetz die geistigen Störungen die Hauptrolle spielen, weil der anstaltsleitende Psychiater als Antragsteller in Betracht kommt, weil er als sachverständiger ärztlicher Richter in die Erbgesundheitsgerichte gewählt werden kann und endlich weil er als vom Gericht zugezogener Sachverständiger seine ganze Berufserfahrung und sein Urteil in die Waagschale legen kann« (Rüdin, 1934, S. 150).

Bis 1945 sollte es unter der zentralen Mitwirkung der Psychiater mehr als 300.000 Opfer dieses Gesetzes geben.

Zur »Zwangssterilisation« gab es öffentliche Debatten, Publikationen und eine mediale Begleitung. Die Mitwirkung der Ärzteschaft war gesetzlich verpflichtend und ab 1935 Teil der ärztlichen Berufsordnung. Selbst christliche Psychiater wie Werner Villinger (1887-1961), ab 1934 Chefarzt in Bethel, waren begeistert. Villinger forderte zusätzlich ein »Bewahrungsgesetz«: »Ein Bewahrungsgesetz muss dem Sterilisierungsgesetz ergänzend an die Seite treten, gerade auch im Hinblick auf bestimmte Gruppen Jugendlicher. Wir denken da in erster Linie an debile oder leicht demente weibliche Jugendliche, die nach der Sterilisierung [...] entlassen und nun der Verwahrlosung in besonderem Maße ausgesetzt sind« (Villinger, 1934, S. 548).

2. Mit den Kriegsvorbereitungen 1939 erfolgte eine Radikalisierung der »NS-Rassenhygiene«

War die Zielsetzung bei der Zwangssterilisation, Menschen mit angeblich erblich bedingten psychischen oder körperlichen Minderwertigkeiten von der Fortpflanzung auszuschließen, waren ab 1939 alle Patienten, die als »lebensunwert« befunden waren und die sich nicht selber versorgen konnten das Ziel der Vernichtungsaktion (Beddies, 2012; Hinz-Wessels, Fuchs, Hohendorf u. Rotzoll, 2005; Lehmkuhl u. Lehmkuhl, 2013; Schneider u. Lutz, 2014). In dieser ging es nicht um Verhinderung der Entstehung von Leben, sondern um Tötung.

Da Widerstand von Eltern und Verwandten, Kirchen und anderen Humanisten zu erwarten war, handelte es sich soweit möglich um eine »Geheimaktion« und es wurden Tarnorganisationen zur Umsetzung und Vertuschung der Morde gegründet (das »Reichsausschuss-Verfahren«, siehe Beddies, 2012). Für die Angehörigen wurden falsche Personaldokumente ausgestellt.

Als »Geheimaktion« ohne gesetzliche Grundlage erteilte Hitler für die Organisatoren eine generelle Morderlaubnis (sogenannter »Gnadentod«):

»Reichsleiter Bouhler und Dr. med. Brandt sind unter Verantwortung beauftragt, die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, dass nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann« (Schreiben Adolf Hitler, Berlin 01.09.1939, Bundesarchiv Berlin).

Als Datum war der Kriegsbeginn 01.09.1939 eingetragen, die Vorbereitungen hatten jedoch schon zuvor begonnen.

3. Die sogenannte »Kindereuthanasie«

Kinder mit bestimmten »schweren, angeborenen Leiden« sollten unabhängig von den geplanten Gaskammermorden an Erwachsenen auf speziellen Kinderstationen einzeln ermordet werden.

Anfang August 1939 gab es eine erste Besprechung von leitenden Mitarbeitern der Kanzlei des Führers und der Abteilung Volksgesundheit des Reichsministeriums des Inneren zur Vorbereitung einer Tarnorganisation für die Kindermorde. Es sollten alle Kinder mit bestimmten »schweren, angeborenen Leiden« an einen »Reichsausschuss zur Erfassung von erb- und anlagebedingtem schweren Leiden« gemeldet werden. Meldepflicht bestand für alle Hebammen, Ärzte, Gesundheitsämter usw. laut Erlass des Reichsinnenministeriums vom 18.08.1939.

Zur Durchführung der »Euthanasiemaßnahmen« (Medikamente und Unterernährung) wurden über 30 »Kinderfachabteilungen« an Heil- und Pflegeanstalten gegründet. Die »Ausbildung« für die Ermordung der Kinder erfolgte in Brandenburg-Görden, beim Kinder- und Jugendpsychiater Hans Heinze (1895-1983, Vorsitzender der kinderpsychiatrischen Fachgesellschaft 1942-1945). Von 1939 bis 1945 wurden in den »Kinderfachabteilungen« mehr als 5000 Kinder und Jugendliche ermordet.

Beispielhaft sei die Kinderfachabteilung der Heil- und Pflegeanstalt Loben erwähnt (Haack, Häßler u. Kumbier, 2013). Die jugendpsychiatrische Klinik der Provinz Oberschlesien wurde von Elisabeth Hecker (1895-1986) geleitet. Sie beschreibt offen ihre Klinik, ihre Aufgaben und die Nutzung der toten Kinder für Forschungszwecke:

»Die Klinik mit 60 Betten als selbständige Dienststelle, eine Pflegestation für die Bildungsunfähigen, die einer Heil- und Pflegeanstalt angeschlossen ist, eine Erziehungsanstalt mit 360 Betten, in der eine Hilfsschule für die sozial brauchbaren Schwachsinnigen besteht, eine ausgesprochen heilpädagogische für Sprachgestörte usw., eine Arbeitserziehungsabteilung für Schwachsinnige in Sinne einer Anlernstation für Psychisch-Abnorme, die, ohne die Leistungen des Intelligenzalters von 12 Jahren zu erreichen, manuell so brauchbar sind, daß sie durch untertariflich bezahlte Arbeitsstellen außerhalb einer Anstalt leben und ihren Lebensunterhalt verdienen können. [...] Ich darf wohl nur andeutungsweise darauf hinweisen, welch gut untersuchtes Material auf der Pflegestation zusammenkommt, wenn nach dem Tode der Kinder das Gehirn durch das neurologische Forschungsinstitut in Breslau untersucht wird. Prof. von Weizsäcker, Breslau, hat sich entgegenkommender Weise bereit erklärt, diese hirnpathologischen Untersuchungen machen zu lassen« (Hecker, 1944, S. 183).

4. Die Gaskammermorde an Erwachsenen

Diese Gasmordaktion wurde gelegentlich auch als T4-Aktion bezeichnet (die zuständige Dienststelle in Berlin lag in der Tiergartenstraße 4). Die Vorbereitungen für die Gasmorde begannen ebenfalls 1939. Das Reichsministerium des Innern begann im September mit der »Erfassung sämtlicher im Reichsgebiet befindlicher Anstalten«, ca. 1000. Zeitgleich begannen Anmietung, Umbau und Anwerbung der Mitarbeiter für die Gastötungsanstalten, z.B. Grafeneck.

»Meldebögen« für die Anstaltsinsassen wurden ab Winter 1939/40 an die Einrichtungen versandt und waren binnen kurzer Frist zurückzuschicken. Gutachter begannen ihre tödliche Arbeit. Eine Einordnung im »Meldebogen« als »unbrauchbar« und die Zustimmung durch drei Gutachter bedeutete den Tod (Schneider u. Lutz, 2014, S. 67).

Die Gasmorde begannen Januar 1940. Trotz Tarnorganisationen, Zwischenanstalten und gefälschter Dokumente konnte die Aktion nicht geheim gehalten werden. Nachdem die Protestanten (Pfarrer Paul Braune) sich lediglich vertraulich bei der Reichskanzlei beklagt hatten, sprach der Münsteraner Bischof von Galen in seiner Predigt am 03.08.1941 öffentlich von »Mord«. Die Gasmordaktion wurde offiziell zum 24.08.1941 beendet.

Nachdem die Gasmorde im August 1941 offiziell beendet wurden, erfolgte eine unterschwellige Fortsetzung der »Euthanasie«-Aktionen. Es wurden weiterhin Anstalts-Patienten getötet, nur »unauffälliger« (z. B. mit Giftspritze). Die sogenannte »Kinder-Euthanasie« wurde ungehindert bis 1945 fortgesetzt. Bis 1945 wurden in der sogenannten »Euthanasie«-Aktion T4 ab Januar 1940 mehr als 200.000 Patient:innen ermordet, in der sogenannten »Kinder-Euthanasie« von 1939-1945 starben mehr als 5000 Kinder.

Die Fortsetzung der Patientenmorde bis 1945 und auch die sogenannte »wilde Euthanasie« (gemeint sind mit der T4 Zentrale in Berlin nicht abgestimmte Patientenmorde) zeigte, dass diese Morde den Vorstellungen der beteiligten Psychiater entsprachen. Was waren die gedanklichen Grundlagen für diese verbreitete mörderische Haltung? Minderwertigkeitsdenken, Selektionsstrukturen und Kosteneinsparungen sind wesentliche Grundlagen.

5. Vom Minderwertigkeitsdenken zum »rücksichtslosen Ausscheiden«

Die erste kinderpsychiatrische Fachzeitschrift »Die Kinderfehler. Zeitschrift für Pädagogische Pathologie und Therapie in Haus, Schule und sozialem Leben« (später »Zeitschrift für Kinderforschung«) wurde 1896 gemeinsam von Pädagogen, Psychiatern und Theologen gegründet.

Bereits 1899 begann in dieser Zeitschrift eine folgenreiche Debatte. Der Psychiater J.L.A. Koch aus Zwielfalten stellte das Konzept der »erblichen Belastung« bei »psychopathischer Minderwertigkeit« in zwei Artikeln 1899 und 1903 vor. Es wird eine »erbliche Belastung bei den Psychopathien«, bei »schwierigen«, »abartigen« Kindern behauptet:

»Die psychopathischen Minderwertigkeiten spielen unter den krankhaften psychischen Vorgängen und Zuständen im Kindesalter die größte Rolle. Sie sind in unsern Tagen bei Kindern wie bei Erwachsenen die am häufigsten vorkommenden Nervenleiden« (Koch, 1899, S. 20).

Dieses Minderwertigkeitsdenken fand 1920 eine weitere Radikalisierung in der wissenschaftlichen Debatte bis hin zur Schrift »Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens« (Binding und Hoche). Robert Gaupp (1870-1953), Psychiater an der Universität Tübingen und seit 1910 im Vorstand der Gesellschaft für Rassenhygiene, hatte viel Lob für die beiden Wissenschaftler:

»Der Feind des Buches steht im religiösen Lager und stützt sich auf religiöse Lehren von der Unantastbarkeit des Lebens des von Gott geschaffenen Menschen, manchmal auch auf triebartige Gefühle, die sich ja bisweilen so weit verirren, dass einer Mutter das idiotische Kind mehr ans Herz wächst als das gesunde. [...] der vielleicht wichtigste Satz der Hochschen Gedanken [sei:] »Es liegt dem Mitleid mit dem lebensunwerten Leben der unausrottbare Denkfehler oder besser Denkmangel zugrunde, vermöge dessen die Mehrzahl der Menschen in fremde lebende Gebilde hinein ihr eigenes Denken und Fühlen projiziert. »Mitleid« ist den geistig Toten gegenüber im Leben und im Sterbefall die an letzter Stelle angebrachte Gefühlsregung; wo kein Leiden ist, ist auch kein mit-Leiden« (Gaupp, 1920, S. 337).

Der Kinderpsychiater Paul Schröder (von 1940-1941 Vorsitzender der kinderpsychiatrischen Fachgesellschaft) erläutert Ernst Rüdin (1874-1952; Vorsitzender der heutigen DGPPN von 1935-1945) das Konzept der Kinderpsychiatrie, die »schwer erziehbaren Kinder« entweder »brauchbar« oder »unschädlich« zu machen. Schröder versichert Rüdin, dass seine Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Leipzig »im Interesse der Allgemeinheit liegt«:

»... rücksichtsloses Ausschneiden alles dessen, was charakterologisch als wertlos erkannt wird, aber alle Hilfe denjenigen Kindern, die entweder aus ihrem Charaktergefüge heraus in die Umgebung nicht passen, in die sie herein geraten sind und deshalb verkümmern, oder den Vielen, die lediglich milieugeschädigt sind. Unter beiden Gruppen sind viele besonders wertvolle Naturen die zu erhalten und zu fördern gerade in unserer Zeit wichtig ist« (Brief Schröder an Rüdin, 1937, MPI Archiv München GDA).

Zu Recht kann eingewendet werden, dass es in der Weimarer Republik auch gegenteilige Lehrmeinungen gab: Milieutheorie und Reformpädagogik. Die sogenannte »Berliner Schule« mit dem »Deutschen Verein zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen«, der Beobachtungsabteilung an der Charité und weiteren Einrichtungen dominierten zwischen 1918 - 1935 die kinder- und jugendpsychiatrische Szene. Karl Bonhoeffer (1868-1948), Franz Kramer (1878-1967) und Ruth von der Leyen (1888-1935) waren wichtige Vertreter. Der »Deutsche Verein zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen« war multiprofessionell zusammengesetzt (Psychiater, Sonderpädagogen, Gesund-

heitspolitiker), das Reichsgesundheitsamt und Ministerien waren im Vorstand vertreten, Arbeit und Begleitforschung (bekannt wurde eine Erstbeschreibung des ADHS) wurden durch Ministerien unterstützt. Es gab ein Versorgungsnetz in Berlin und Umgebung mit Charité-Station, Beratungsstelle, Heimen, Spielenachmittagen und Hausbesuchen (die Betreuung übernahm Lebenszeitverantwortung). Die Begleitforschung war auf Langzeitstudien ausgerichtet, die Ministerien wurden bei der Gesetzgebung beraten, die »Zeitschrift für Kinderforschung« war das Mitteilungsblatt des Vereins, der auch die Schriftleitung innehatte. Es erfolgten dort die Erstellung von KJP-Ausbildungs- und Heimverzeichnissen, Entwicklung von Anforderungen an Ausbildung, die Ausrichtung von Expertentagungen usw. (Schepker, K., 2018). Das Fürsorge- und Gesundheitswesen, hier besonders die »Berliner Schule«, wurden sofort nach der Machtübernahme der Nazis von Juden und Reformern »gesäubert«. Bei Fangerau, Topp und Schepker (2017) finden sich Darstellungen des kinder- und jugendpsychiatrischen Netzwerks 1932/33 und 1935 nach Säuberung und Gleichschaltung (Schepker, K. u. Fangerau, 2017, S. 36, 38). Hier sei dieser Prozess nur am Herausgebergremium der Kinder- und Jugendpsychiatrischen »Zeitschrift für Kinderforschung« verdeutlicht: Das seit 1924 unverändert zusammenarbeitende Herausgebergremium (sechs Personen) der »Zeitschrift für Kinderforschung« wurde »zwischen 1933 und 1935 vollständig ‚ausgetauscht‘«, drei waren »nicht-arisch«, ein Selbstmord, und zwei aus unklaren Gründen (Schepker, K. u. Fangerau, 2017, S. 41-42). 1935 wurde Werner Villinger zum alleinigen leitenden Herausgeber dieser Fachzeitschrift ernannt.

Mit dieser »Säuberung« der kinder- und jugendpsychiatrischen Szene war Ernst Rüdin (Psychiater, Vorsitzender des Deutschen Verbandes für psychische Hygiene) 1933 vom Reichsministerium des Inneren beauftragt. Rüdin kritisierte an einer »Beratungsstelle für Heilerziehung«:

Sie »betreibt lediglich Individual-Therapie, [...] Wenn daher die bisher der Beratungsstelle vom Reichsinnenministerium zugewendeten Mittel künftig hin für erbbiologische und rassenhygienische Zwecke verwendet werden sollen, so ist die Beratungsstelle künftighin vom Reichsinnenministerium nicht mehr zu unterstützen. [...] Die erforderlichen Kündigungen des Personals der Beratungsstelle sind erfolgt« (Rüdin an das Reichsinnenministerium, 18.07.1933, MPIP-HA GDA 83).

Nach diesen Säuberungen wurde das »Minderwertigkeitsdenken« zur vorherrschenden »wissenschaftlichen« Sichtweise bis 1945.

6. Kontinuitäten nach 1945

Das Jahr 1945 war keine »Stunde Null« in der Psychiatrie, es gab vielfältige fachliche und personelle Kontinuitäten (Lenhard-Schramm, 2017, S. 5, 20). 1947 bemühte sich z. B. Hermann Stutte (1909-1982), Universität Marburg, Oberarzt von Villinger, beim Springer-Verlag um die Publikation seiner Sippen-/Erbforschungen aus der NS-Zeit:

»Das in der Arbeit abgehandelte Problem der sozialen Prognose kann wohl heute mehr denn je Beachtung und Interesse beanspruchen; [und] auch die Anregungen zu manchen Fragen der praktischen Jugendfürsorge und –strafrechtspflege [werden] manchen Interessenten finden« (Stutte an Springer-Verlag, 10.02.1947, Springer Archiv, ZLB Berlin).

Die bereits erwähnte Elisabeth Hecker wurde nach 1945 Chefärztin der Kinder- und Jugendpsychiatrie Gütersloh (und plante deren Neubau in Hamm). Sie nahm jahrzehntelang keine »Abartigen« oder »Bewahrfälle« auf:

»Man kann in keinem Falle von einer RVO.-Kasse verlangen, dass sie für eine Psychopathie die Kosten eines stationären Aufenthaltes übernimmt. Abartigkeit ist keine Krankheit. Pflege- oder Bewahrungsfälle nimmt die Klinik nicht auf« (Hecker, 1955, S. 432).

Auch nach dem Neubau der Kinder- und Jugendpsychiatrie blieb das so:

»Es ist grotesk, dass Häuser [gemeint ist die KJP Hamm], die modernstens eingerichtet sind und räumlich die Möglichkeit haben, störende aggressive Patienten aufzugliedern in verschiedene Untergruppen derselben Gruppe, derartige Patienten nicht zu nehmen brauchen, während das baulich insuffizienteste Haus [gemeint ist die Anstalt Marsberg] praktisch dazu gezwungen ist. Und dass enges Zusammenleben aggressionsfördernd wird, das selbstverständlich ganz besonders bei solchen, die ohnehin schon aggressiv sind, ist allgemein unter den Fachleuten bekannt« (Willibald Petermann, Ärztlicher Direktor Anstalt Marsberg, 1974 Schreiben an Staatsanwaltschaft, zitiert aus Kersching u. Schmuhl, 2018, S. 201).

In der Reichsjugendführung war Dr. Erika Geisler von 1941-1945 als »Amtsleiterin« tätig (Beddies, 2010, S. 51). Auch sie machte nach 1945 Karriere und wurde Leiterin der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Würzburg, wo sie ca. 20 Jahre nach Kriegsende ein Kind begutachtete:

»Es besteht ein enthemmtes, hyperkinetisches Verhalten bei einem intellektuell mäßig retardierten Kind, Dipl.-Psychologin [...] bestimmte nach Binet einen Intelligenzquotienten von 94. Man kann heute schon sagen, dass das Kind in einer Hilfsschule bildungsfähig werden wird. Die Handskellentwicklung war nur mäßig retardiert und asymmetrisch. Eine organische Beeinträchtigung liegt sicher vor. Daher erscheint uns auch eine sedative, intensive Dämpfung in diesem Falle notwendig zu sein« (Arztbrief Geisler über AW vom 02.04.1965, mit freundlicher Genehmigung von AW).

Neue Erkenntnisse konnten sich bei diesen Akteuren nur langsam durchsetzen. Hermann Stutte räumte erst 1969 ein:

»Die Erfahrungen mit einem gezielten, funktionsangepassten heilpädagogischen Training der Imbezillen im Rahmen der ‚Lebenshilfe‘-Einrichtungen haben uns Ärzte, auch uns Kinderpsychiater, zu einer Korrektur bisher gültiger Lehrmeinungen genötigt. Es können mit heilpädagogischen Mitteln weitaus mehr Oligophene zu einer sie selbst erfüllenden, produktiven Tätigkeit und zu einem Maße an Selbständigkeit geführt werden, als dies die herkömmliche (überwiegend karitativ und pflegerisch orientierte) Schwachsinnigenfürsorge hatte erwarten lassen« (Stutte, Hermann, 1969, S. 74).

7. Unnötige Kosten für die Allgemeinheit vermeiden

Schon in der Weimarer Republik machten Kinder- und Jugendpsychiater sich Gedanken über mögliche Kosteneinsparungen für die Allgemeinheit. Paul Schröder, Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie an der Universität Leipzig und 1940-1941 Vorsitzender der Fachgesellschaft und der Leiter seiner kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung, Hans Heinze, Vorsitzender der kinderpsychiatrischen Fachgesellschaft (1942-1945), stellen schon 1928 fest:

»Wir können von manchen Psychopathen besonderer Art die Aussichtslosigkeit dauernder günstiger pädagogischer Beeinflussung mit einem hohen Grade von Wahrscheinlichkeit voraussagen [...]. Bestätigt sich das, dann werden nicht selten Enttäuschungen und große unnütze Kosten für die All-

gemeinheit vermieden werden können. Erzieherische Fehlerfolge sind, viel häufiger als pädagogischerseits recht allgemein angenommen wird, in der seelischen Abartigkeit der Zöglinge begründet« (Schröder, Paul u. Heinze, 1928, S. 191).

Auch Werner Villinger, 1932 beim Landesjugendamt Hamburg, 1940-1945 Schriftleiter u. stellvertretender Vorsitzender der Fachgesellschaft, fordert,

die »Fürsorge« für Kinder und Jugendliche »darf nur auf Grund sachverständiger Untersuchung und Beurteilung vorgenommen werden, mindestens, wo sie auf öffentliche Kosten geht. [...] Je günstiger die Prognose nach bestem sachverständigem Wissen und Gewissen gestellt werden kann, desto mehr, je zweifelhafter sie ist, desto weniger Mittel dürfen – bei sonst gleicher Intensität der Fürsorge – dafür aufgewendet werden« (Villinger, 1932, S. 82).

Diese Forderungen wurden zur Grundlage der NS-Fürsorgepolitik, so kündigte Wilhelm Frick (1877-1946), Reichsinnenminister, in seiner Rede am 28.06.1933 an:

»Bei der überaus starken Belastung unseres Volkes mit Steuern, Sozialabgaben und Zinsen dürfen wir uns der Erkenntnis nicht verschließen, dass der Staat an einen Umbau der gesamten Gesetzgebung und eine Verminderung der Lasten für Minderwertige und Asoziale heranzugehen haben wird« (Frick, 1933, S. 5).

Bis 1945 wurde diese »Unterfinanzierung« des Fürsorge- und Gesundheitswesens beständig verschärft, die Pflegesätze minimiert. Nach 1945 blieben die zuständigen Verwaltungen weitgehend identisch, es gab eine fachliche und personelle (Einspar-) Kontinuität.

Das Reichsarbeitsministerium und das Reichsinnenministerium verkündeten am 05.09.1942 einen Erlass für »die Träger der Krankenversicherung, ihre Aufsichtsbehörden und Verbände sowie die Versicherungsbehörden, die Fürsorgeverbände und ihre Aufsichtsbehörden« über die »Beziehungen der Fürsorgeverbände zu den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung bei Unterbringung von Geisteskranken« (Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung. Sonderausgabe des Reichsarbeitsblattes, Hrsg. Reichsarbeitsministerium, Jahrgang 1942, Bundesarchiv Berlin).

Dieser sogenannte »Halbierungserlass« sollte 1942 lediglich eine Vereinfachung für die Aufteilung der

Finanzierung der psychiatrischen Krankenhausbehandlung und -pflege zwischen Krankenkassen und Fürsorgebehörden sein, zur Vermeidung von Prozessen gegeneinander. Diese »Verwaltungsvereinfachung« wirkte sich langfristig negativ auf die Finanzierung der psychiatrischen Krankenhausbehandlung, vor allem von Kindern, aus. Die mit dem auch nach 1945 weiterhin gültigen Erlass verbundenen Diskriminierungstatbestände (schlechtere Finanzierung der KJP, Kostenbeteiligung der Eltern, Schlechterstellung der Landeskrankenhäuser usw.) wirkten weiter bis der Erlass endlich 1981 außer Kraft gesetzt wurde (Schepker, R., 2017, S. 507).

Eine systematische Unterfinanzierung der Psychiatrie wurde in Hessen vom Rechnungshof für die Jahre 1949-1951 nachgewiesen. Für die Rechnungsjahre 1949 bis 1951 wurde der »Durchschnitt der Selbstkosten je Pfl egetag in den drei staatlichen Heil- und Pflegeanstalten« ermittelt: »bleibt Zuschuss (Verlust)« von 0,84 DM für 1949, 1,15 DM für 1950 und 2,03 DM für 1951 (Rechnungshof des Landes Hessen, Bericht 1950).

Erst 20 Jahre nach Kriegsende erhielten Kinder in Baden-Württemberg den gleichen Pflegesatz wie Erwachsene: 1954 erhielten Kinder in Baden-Württemberg lediglich 47% des Erwachsenenpflegesatzes (3,20 anstatt 6,80 DM), 1963 waren es schon 80% (10,90 anstatt 13,50 DM): Im November 1964 wurde in Baden-Württemberg beschlossen, dass die 1955 eingeführten »Kinderpflegesätze« (mit Richtlinie des Wirtschaftsministeriums vom 06.06.1955) wegfallen sollen, weil auch das »BWM eine Gleichschaltung der Kinder- mit den Erwachsenenpflegesätze« vorsehe, »verschiedene Länder eine Gleichstellung bereits vorgenommen haben und dass nachweislich die Pflegekosten für Kinder nicht unter denen für Erwachsene liegen« (Mitteilungen BWKG Heft 2/65, 26.02.1965, Archiv ZfP Südwürttemberg, Standort Weissenau, Verwaltungsarchiv).

8. Sichten, einsortieren oder aussondern – Strukturen der Jugendfürsorge

Werner Villinger beschrieb schon 1920 die notwendigen Strukturen der Jugendfürsorge: Zur Gründung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Tübingen stellte er fest

»Die Jugendfürsorge, wie sie jetzt durch die neueste Gesetzgebung geschaffen und [...] eine wichtige Angelegenheit des Staates und der dafür geschaffenen Behörden (Jugendämter) geworden

ist, bedarf für ihre Zwecke einer Stelle, die sie in Bezug auf die ihrem Tätigkeitsbereich zufallenden, geistig abnormen Kinder [...] berät«.

Gemeint sind sogenannte »Beobachtungsstationen« welche

»die zugewiesenen Kinder und Jugendlichen in etwa je 4 – 6wöchigen Beobachtungsaufenthalten durch eingehende Untersuchung und Beobachtung jedes einzelnen Falles nach seinen endogenen und exogenen Bedingtheiten genau zu differenzieren hätte und dem entsprechend der Zentralbehörde über die Weiterbehandlung und Prognose eine gutachterliche Äußerung abgäbe. Zweckmäßig wäre es, wenn die Beobachtungsstation [...] die Behandlung von Neurosen und Psychosen selbst übernehmen würde, während Fürsorgeerziehungsbedürftige aller Art (ethisch Minderwertige, sowie Psychopathen aller Schattierungen), ferner Schwachsinnige jeden Grades und Epileptiker in hierfür bestimmte Sonderanstalten [...] zu überweisen wären« (Villinger, 1920, S. 207).

Villinger präziserte 1929 seine Forderungen nach einer Umstrukturierung der Fürsorgeanstalten. Als Psychiater beim Landesjugendamt in Hamburg sah er als Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiater die »Leitung einer Beobachtungsstation als eines psychiatrischpsychologischen Klärbeckens«, unter anderem mit der Aufgabe der »Aussonderung praktisch Unerziehbarer und ihre[r] Überleitung in Sonderanstalten (klinisch-psychiatrische Beobachtungsstationen, Schwachsinnigen-, Irren-, Bewahranstalten)« (Villinger, 1929a, S. 1015). Der Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte dabei die Steuerung der Jugendhilfe zukommen.

Diese Forderungen wurden im Nationalsozialismus zum Programm, wie Schröder 1940 bei der Gründung der Fachgesellschaft in seinem präsidentiellen Vortrag ausführte:

»Abstufung der Anstalten etwa in solche vom Gepräge der Landeserziehungsheime für vorwiegend milieugeschädigte, asthenische und charakterlich leicht Abartige, neben Sonderanstalten oder Sonderabteilungen für stark Haltschwache und Verführbare bei sonst wertvollem Charaktergefüge und guter Begabung; ihre Trennung von den schwer gemütsarmen und aktiv Geltungssüchtigen; schließlich Verwahranstalten für die schwer Gemütsarmen zusammen mit den übermäßig Erregbaren und Gewalttätigen; Gliederung der großen Anstal-

ten nach Wesensart der Zöglinge, Einbau von Hilfsschuleinrichtungen in ihnen, vor allem aber auch Vorbau von Beobachtungs- und Sichtungsabteilungen« (Schröder, 1943, S. 13, Rede 1940 auf dem Gründungskongress in Wien).

Das Fürsorgewesen wurde im Nationalsozialismus weitgehend erfolgreich umstrukturiert. Es entstanden Beobachtungsstationen, Erziehungsheime, Heilpädagogische Heime, Bewahranstalten, und Behinderteneinrichtungen. Zur Entwicklung wurde von Kinder- und Jugendpsychiatern anerkennend festgestellt:

- Hermann Stutte (1909-1982; Universität Tübingen) »Diese Gliederung der Fürsorgeerziehungsanstalten nach biologischen und prognostischen Gesichtspunkten ist heute bereits vielerorts verwirklicht« (Stutte, 1941, S. 205)
- Max Eyrich (1897-1962; Landesjugendarzt beim Landesjugendamt in Stuttgart von 1933-1945/1950-1962) »Ein Erlass des Württ. Innenministers betr. Öffentliche Jugendfürsorge [...] hat – meinen Vorschlägen entsprechend – wenigstens die Grundlagen für die Sichtung und differenzierte Behandlung der Schwererziehbaren unter psychiatrischen und pädagogischen Gesichtspunkten und für die entsprechende Differenzierung der Heime geschaffen« (Eyrich, 1942, S. 358).

Bedingt durch die fachliche und personelle Kontinuität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in den Trägerverwaltungen änderte sich auch nach 1945 nichts an diesen Strukturvorstellungen. Werner Villinger (Vorsitzender der DGKJP 1950-1961) und Hermann Stutte (Schriftleiter und späterer Vorsitzender der DGKJP 1950-1970) betonten auch nach 1945 »die Notwendigkeit der Schaffung besonderer Heime für ‚schwersterziehbare‘ (oder praktisch unerziehbare) Fürsorgezöglinge«, wie Villinger es seit 1928 forderte.

»Bei diesen dauernd Dissozialen handelt es sich – auch in diesem Punkte hat sich kaum etwas geändert – in der Hauptsache um Psychopathen [...]« (Villinger u. Stutte, 1948, S. 251).

Durch diese »Differenzierung des Heimwesens«, besonders infolge der Forderung nach »Bewahranstalten« (Villinger u. Stutte, 1948, S. 252) ist viel Leid und Unrecht verursacht worden. Über die generelle Mitverantwortlichkeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und DGKJP an Leid und Unrecht besonders in den »Bewahranstalten« siehe auch die Stellungnahme der DGKJP vom 09.05.2019.

Max Eyrich (1897-1962), seit April 1933 Landesjugendarzt in Stuttgart, beschrieb 1942 sein Fürsorgekonzept:

»Auf einer solchen Ordnung der Anstaltserziehung kann dann auch die Entlastung der F.E. von den Unerziehbaren, ihre Überführung in geeignete Formen der Be- oder Verwahrung, aber auch die möglichste Förderung der bildungsfähigen Zöglinge und die Gestaltung der F.E. als »erbbiologisches Filter« [...], m. a. W. eine zeitgemäße nationalsozialistische F.E. aufgebaut werden« (Eyrich, 1942, S. 358).

Nachdem er im Grafeneck-Prozess 1949 freigesprochen wurde, war er ab 1950 wieder Landesjugendarzt. Die Gründung der »Beobachtungsabteilung« Ende 1950 im Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weissenau entsprach seinen Vorstellungen zur »Sichtung« der Schwererziehbaren. Eyrich war 1950 auch eingeladenes Gründungsmitglied der neuen Fachgesellschaft, der DGKJP.

Über diese Kontinuitäten von »sichten, einsortieren oder aussondern«, und über das damit verbundene Leid und Unrecht, besonders in den großen Anstalten wie Marsberg und Schleswig-Holstein, berichteten Zeitzeugen der 1960er und 1970er Jahre z. B. im WDR, Die Story, 07.04.2014, »Hölle Kinderpsychiatrie – Gewalt und Missbrauch hinter Anstaltsmauern«. Einer der Betroffenen, Günter Wulf, beschrieb eindrücklich und ausführlich sein persönlich erlittenes Leid und Unrecht in der Anstalt Schleswig-Holstein von 1968-1974 (Wulf, 2020).

Die am Minderwertigkeitsdenken orientierten Strukturen der NS-Jugendhilfe änderten sich nach 1945 ebenfalls nur sehr langsam. In Schleswig-Holstein gab es schon in den 1950er Jahren Beschwerden über die Landeskrankenhäuser von Chefärzten, Kontrollkommissionen, Eltern und Patient:innen. Sieben Jahre nach dem ersten (landes-) externen Gutachten 1962 und der Empfehlung, in die Landeskrankenhäuser zu investieren traf sich eine erneute Expertenrunde (diesmal unter Beteiligung der DGPPN) 1969 beim Innenministerium Schleswig-Holstein. Der Schriftleiter/Vorsitzende der DGPPN wollte sogar die »ursprüngliche Bezeichnung ‚Bewahranstalt‘« beibehalten, weil dort »keine Therapie im engeren Sinne sondern Besserung durch sozialpädagogische Ansätze erfolgen soll« (Vermerk Innenministerium Schleswig-Holstein, 01.04.1969, Archiv DGPPN).

Grundsätzlich wurde aber festgehalten:

»Das therapeutische Angebot eines Landeskrankenhauses ist für folgende Patientengruppen nicht optimal:

Patienten, die über das normale Maß der therapeutischen Möglichkeiten eines Landeskrankenhauses hinaus gefördert werden müssen d. h. die in institutioneller Hinsicht größere Anforderungen oder personeller Hinsicht größere Anforderungen stellen [wie] verhaltensgestörte Kinder und Jugendliche [und] geistig behinderte Kinder und Jugendliche« (Vermerk Innenministerium Schleswig-Holstein, 01.04.1969, Archiv DGPPN).

Obwohl diese Kinder und Jugendlichen demnach eine Fehlbelegung darstellten, wurde vom Land verfügt: »Dasselbe gilt für verhaltensgestörte Kinder und Jugendliche, die zunächst in besonderen Fachabteilungen der Landeskrankenhäuser verbleiben müssen. Auch für diese Menschengruppe geht die Entwicklung in Richtung auf selbständige Einrichtungen« (Vermerk Innenministerium Schleswig-Holstein, 01.04.1969, Archiv DGPPN).

Die aktuelle Studie (online verfügbar) des Landes Schleswig-Holstein (Beyer, Borck, Holst u. Lingelbach, 2020) zu Leid, Unrecht und Medikamentenversuchen und Dauersedierungen schlussfolgert, dass das Land »hauptverantwortlich für Zustände« in der Psychiatrie sei und damit indirekt verantwortlich für Leid und Unrecht sowie Langzeit-Medikationen in den Landespsychiatrien. Günter Wulf war eine der damaligen einkalkulierten »Fehlbelegungen« in Schleswig-Holstein und es stellt sich die Frage ob das von ihm beschriebene Leid und Unrecht nicht »einkalkuliert« war (Schepker, K., Fegert u. Kölch, 2022).

Schlussfolgerungen

Was können wir nun aus der Geschichte der Zwangssterilisationen und der Patientenmorde lernen?

In der Nachkriegszeit wurde nicht mehr gemordet und der Rassenbegriff blieb ungenutzt. Weiterhin wurden aber bis in die 1960er Jahre die Erblichkeit und angeblich vorliegende Hirnschäden betont und damit Verwahrung und Ausgrenzung psychisch Kranker gerechtfertigt. Zu fordern ist

- Keine Minderwertigkeit von irgendwelchen Sippen, Rassen, Religionsgruppen, oder von psychisch Kranken
- Keine Unterfinanzierung, diese ist stets Basis für Gewalt, Leid und Unrecht
- Keine Ausgrenzung, sondern Inklusion wo immer möglich
- Personenzentrierte Behandlungsangebote (auch wenn das aufwändiger ist)

- Transparenz und wirksame demokratische Kontrolle (in Schleswig-Holstein hat es trotz Begehungsberichten, Beschwerden, kleinen Anfragen im Landtag mehr als 20 Jahre gedauert, bis Verbesserungen umgesetzt wurden).

Literatur:

- Beddies, T. (2010). »Du hast die Pflicht, gesund zu sein!« Der Gesundheitsdienst der Hitler-Jugend 1933-1945. Berlin Brandenburg: bebra wissenschaft.
- Beddies, T. (Hrsg.). (2012). Im Gedenken der Kinder – In memory of the child. Im Auftrag der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKM) Berlin.
- Beyer, C., Borck, C., Holst, J., Lingelbach, G. (2020). Abschlussbericht – Wissenschaftliche Untersuchung der Praxis der Medikamentenversuche in schleswig-holsteinischen Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie in den Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrien in den Jahren 1949 bis 1975. Schleswig-Holsteinischer Landtag, Umdruck 19/05160.
- Eyrich, M. (1942). Zur Frage der künftigen Gestaltung der Anstalterziehung. Die deutsche Sonderschule, 9, 356-358.
- Fangerau, H., Topp, S., Schepker, K. (Hrsg.). (2017). Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung. Berlin: Springer.
- Frick, W. (1933). Ansprache des Herrn Reichsministers des Innern Dr. Frick auf der ersten Sitzung des Sachverständigenbeirats für Bevölkerungs- und Rassenpolitik (Vol. 1). Berlin: Reichsdruckerei.
- Gaupp, R. (1920). Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Deutsche Strafrechtszeitung, 7, 332-337.
- Gütt, A., Rüdin, E., Ruttke, F. (Hrsg.). (1934). Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 mit Auszug aus dem Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung vom 24. Nov. 1933. München: J. F. Lehmann.
- Haack, K., Häbeler, F., Kumbier, E. (2013). »Irgend eine angenehme Seite ist bei dem Jungen nicht zu entdecken« – Aspekte der »Kinderethanasie« in Schlesien. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 62, 391-404.
- Hecker, E. (1944). Die Jugendpsychiatrische Klinik. Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie einschließlich Rassen- und Gesellschaftshygiene, 37, 180-184.
- Hecker, E. (1955). Neue Wege der klinischen Jugendpsychiatrie. Der Öffentliche Gesundheitsdienst, 16, 430-435.
- Hinz-Wessels, A., Fuchs, P., Hohendorf, G., Rotzoll, M. (2005). Zur bürokratischen Abwicklung eines Massenmords. Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte, 53.
- Kersting, F.-W., Schmuhl, H.-W. (2018). Psychiatrie- und Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im St. Johannes-Stift in Marsberg (1945-1980). Anstaltsalltag, individuelle Erinnerung, biographische Verarbeitung. Münster: Ardey-Verlag.
- Koch, J. L. A. (1899). Kleine medizinisch-pädagogische Abhandlungen. Die Kinderfehler. Zeitschrift für Pädagogische Pathologie und Therapie in Haus, Schule und sozialem Leben, 4, 9-21.
- Lehmkuhl, U., Lehmkuhl, G. (2013). Die bisherige Auseinandersetzung und Aufarbeitung der »Euthanasie« im Nationalsozialismus durch die deutsche Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 41, 4-11.
- Lenhard-Schramm, N. (2017). Vorstudie zur Erforschung des Medikamenteneinsatzes in Kinderheimen, Einrichtungen der Öffentlichen Erziehung und heilpädagogischen und psychiatrischen Anstalten. Erstellt im Auftrag des MGEPA NRW. Münster.
- Rüdin, E. (Hrsg.). (1934). Erblehre und Rassenhygiene im völkischen Staat. München: J. F. Lehmanns Verlag.
- Schepker, K. (2018). 100 Jahre Deutscher Verein zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen – sollte man sich daran erinnern? Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 46, 544-547.
- Schepker, K., Fangerau, H. (2017). Die Gründungsgeschichte der Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik (DGKH) und ihr Wirken. In H. Fangerau, S. Topp, K. Schepker (Hrsg.), Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung (S. 17-186). Berlin: Springer.
- Schepker, K., Fegert, J. M., Kölch, M. G. (2022). Staatlich geplante Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen in den »Bewahranstalten« in der Nachkriegszeit. Leid und Unrecht waren kein Zufall, keine zwischenmenschlichen Unfälle, sondern von den Trägern einkalkulierte Vernachlässigung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 50, 72-77.
- Schepker, R. (2017). Finanzierung von Krankenhausbehandlung in den 50er-Jahren unter dem Fortwirken des »Halbierungserlasses«. In H. Fangerau, S. Topp, K. Schepker (Hrsg.), Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung (S. 483-508). Berlin: Springer.
- Schneider, F., Lutz, P. (Hrsg.). (2014). erfasst, verfolgt, vernichtet. Kranke und behinderte Menschen im Nationalsozialismus. Heidelberg: Springer.
- Schröder, P. (1943). Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik. Zeitschrift für Kinderforschung, 49, 9-14.
- Schröder, P., Heinze, H. (1928). Die Beobachtungsabteilung für jugendliche Psychopathen in Leipzig. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete, 88, 189-197.
- Stutte, H. (1941). Verwahrlosung durch Krankheit. Der Öffentliche Gesundheitsdienst, 7, 178-183, 201-206.
- Stutte, H. (1969). Über die Grenzen der Bildungsfähigkeit. Acta Paedopsychiatrica, 36, 73-75.
- Villinger, W. (1920). Die Kinderabteilung der Universitätsklinik für Gemüts- und Nervenheilkunde zu Tübingen. Medizinisches Korrespondenzblatt für Württemberg, 90, 207-208.
- Villinger, W. (1926). Zur Hygiene des Seelenlebens und der Nerven der Kinder und Jugendlichen. Zeitschrift für Kinderforschung, 32, 111-129.
- Villinger, W. (1929a). Die Aufgaben des Jugendamtspsychiaters. Die Medizinische Welt, 1015-1016.
- Villinger, W. (1929b). Die Grenzen der Erziehbarkeit und ihre Erweiterung. In E. Lesch (Hrsg.), Bericht über den Vierten Kongress für Heilpädagogik in Leipzig vom 11. bis 15. April 1928 (S. 239-250). Berlin.
- Villinger, W. (1932). Die Fürsorgebedürftigkeit des seelisch und geistig abnormen Kindes. Monatsschrift für Kinderheilkunde, 53, 63-83.
- Villinger, W. (1934). Die Versorgung erbbiologisch minderwertiger Kinder. Zeitschrift für Gesundheitsverwaltung und Gesundheitsfürsorge, 5, 544-550.
- Villinger, W., Stutte, H. (1948). Zeitgemäße Aufgaben und Probleme der Jugendfürsorge. Der Nervenarzt, 19, 249-254.
- Wulf, G. (2020). Sechs Jahre in Haus F. Eingesperrt, geschlagen, ruhiggestellt. Meine Kindheit in der Psychiatrie. Köln: Bastei Lübbe.

Leid und Unrecht in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe und Psychiatrie 1949 – 1975 bzw. 1990

Susanne Meffert

Ich bin eine der stellvertretenden Vorsitzenden des überregionalen Fachbeirats der Stiftung Anerkennung und Hilfe und arbeite für die Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung im Landesverband Brandenburg. Das schon seit vielen Jahren und viele Jahre bin ich auch mit der Arbeit in der Stiftung insbesondere mit dem überregionalen Fachbeirat verbunden. Herr Dickneite (Vorsitzender des Beirates und selbst Betroffener) konnte heute nicht. Er hat mich gebeten, dass ich ihn vertrete, und das tue ich gerne, denn ich habe viel von ihm gelernt. Ich habe gelernt seine Wut zu verstehen, über erfahrenes Unrecht und Leid ohne Chance sich als Kind dagegen wehren zu können. Das hat mich betroffen gemacht. Als Lebenshilfe in Brandenburg haben wir Anfang der 90iger Jahre Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf enthospitalisiert. Wir sind in die Landeskliniken gegangen und haben einen Weg gesucht und gefunden an vielen Stellen, den Menschen ein anderes, ein neues Zuhause anbieten zu können. Für viele von ihnen ist es das noch bis heute. Wir versuchen sie zu begleiten mit alldem, was sie aus den Jahrzehnten der Unterbringung in der Psychiatrie mitgebracht haben. Noch immer ertragen einige Kleidung nicht an jedem Tag, noch immer müssen Mitarbeitende darauf achten, dass Essen nicht am Stück verschlungen wird, noch immer sind die Bewohner manchmal voll Wut und Aggressivität und wir wissen nicht konkret warum.

Der Titel ihrer Veranstaltung »Gegen das Vergessen aus der Geschichte lernen«, passt gut zu dem, was ein Teil unserer Erwartungen an die Arbeit der Stiftung ist: Lernen, wie zukünftig Leid und Unrecht besser vermieden werden können. Auch heute haben wir manchmal noch Leid und Unrecht in unseren Einrichtungen. Wir können nicht behaupten, dass es das nicht mehr gibt. Die wissenschaftliche Aufarbeitung hat wichtige Hinweise gegeben, und der überregionale Fachbeirat arbeitet an einer Konzeption, die viele Aspekte zur Erinnerungskultur enthalten wird. Es geht um Fragen zu Abhängigkeiten, Macht, Haltung, Lehre und auch Erinnerung und Mahnung. Herr Schmachtenberg hat darauf hingewiesen.

Wir wollen darum bitten, dass es Erinnerungstafeln geben wird. Ich möchte Sie teilhaben lassen an den Planungen des Fachbeirats, von denen noch keiner etwas weiß, sehen Sie es mir nach. Wir haben einen Text für die Erinnerungstafeln formuliert, ich möchte Ihnen den gerne vortragen. Auch wenn der Lenkungsausschuss erst demnächst darüber entscheidet, ob er sich dem anschließen kann, aber ich finde ihn so wichtig und wir haben so viel daran gearbeitet.

Erinnerungsort: An diesem Ort war eine Psychiatrie oder eine Einrichtung der Behindertenhilfe. Viele Menschen haben hier Leid und Unrecht erfahren, oft leiden sie noch heute darunter. Wir erinnern uns an diese Menschen. Das war in der BRD von 1949 – 1975 und das war in der DDR von 1949 – 1990. So etwas soll nicht mehr passieren. Dieser Ort soll uns mahnen.

Die Menschen, die wir in unseren Einrichtungen begleiten, kommunizieren oft nicht verbal. Wir finden nicht immer einen Weg, ihre Wünsche zu verstehen und dennoch oder gerade deshalb muss für sie gesprochen werden. Auch durch die Stiftungsarbeit wurde der Auftrag an uns, an die Gesellschaft, in der wir leben im Großen und Kleinen sehr deutlich. Achtung, Respekt, ein würdevolles Leben und das einfach für alle. Schauen wir in die Realität, nur ganz kurz, Gewaltschutzkonzepte waren vorhin gerade angesprochen. Natürlich gibt es tolle Konzepte, wo drinsteht, dass die Gewalt in Einrichtungen und Diensten vermieden werden sollen. Aber wenn der Leistungserbringer, der das gerne umsetzen möchte, zum Leistungsträger, der es bezahlen soll, geht, sagt der Leistungsträger, das habt ihr doch schon immer gemacht und dass bisschen könntet ihr jetzt auch noch so mitmachen, Refinanzierung ist nicht vorgesehen in Brandenburg.

Die Aufarbeitung individueller Lebens- und Leidenswege mit den Anlauf- und Beratungsstellen waren sehr wichtig für die Menschen, ihre Familien und auch für die Mitarbeitenden.

In der Veranstaltung ist vorhin besonders erwähnt worden die öffentliche Entschuldigungsbitte von Minister Heil im Mai 2019. Es klang auch heute noch in den Worten von Herrn Staatssekretär Schmachtenberg nach. Viele Menschen konnten wir erreichen. Sie profitierten von der Arbeit der Stiftung auf unterschiedliche Weise. Das Umfeld versteht sie anders oder besser.

Die Verarbeitung des Selbsterlebten konnte neu oder wieder aufgenommen werden. Wünsche waren realisierbar. Es war nicht nur die Kreuzfahrt. Ein Beispiel war ein älterer Mann, den ich kannte, der auf dem Land in der Prignitz wohnte. So im Nordwesten von Brandenburg in einer Wohnstätte. Er sprach nicht und wir überlegten lange, was er denn gerne tun wolle. Er hatte ein Taxi-Abo. Jeden Donnerstag kam ein Taxi und ist mit ihm durch Brandenburg gefahren, also durch die Prignitz, und es war immer der gleiche Taxifahrer und schon am Donnerstagmittag stand der Mann ungeduldig in der Tür und wartete auf sein Taxi. Das war etwas Besonderes, es war nur für ihn, er war ganz alleine und er konnte es genießen und er hat es genossen. Das hat er mit seinen Stiftungsgeldern gemacht. Er wäre sonst wahrscheinlich nie in diese Situation gekommen, aber das war großartig.

Die Arbeit der Stiftung wird enden. Wir haben versucht ganz oft zu sagen, dass wir das für falsch halten. Ich muss das deswegen nochmal tun. Wir werden nicht alle betroffenen Menschen erreicht haben.

Ich möchte noch einen Werbeblock machen, aber aus Zeitgründen haben wir darauf verzichtet, sie damit direkt in Berührung zu bringen. Wir haben einen Film gemacht, auch mit Mitteln aus der Stiftung, der heißt »Trotzdem ICH«. Wenn sie nachher mal bei Google »Trotzdem ICH« und »Lebenshilfe« googeln, dann kommen sie zu einem Film, der Ihnen noch vielmehr sagen kann, als ich in den letzten fünf Minuten. Danke schön.

Thorsten Hinz

In der Vorbereitung dieser Veranstaltung ist es mir ähnlich gegangen, wie einigen der anderen Referenten/innen auch. Man ist so übertoll mit Wissen, mit Themen des Austausches und der Auseinandersetzung, mit Befassung in der Geschichte und es fällt schwer, all das Viele so zu verdichten, dass die Botschaft, die diese Veranstaltung transportieren will – nämlich gegen das Vergessen aus der Geschichte zu lernen – auch vermitteln zu können. Ich stehe zudem noch unter dem Eindruck der sehr würdevollen und berührenden Veranstaltung des heutigen Vormittags an der T-4-Gedenkstätte in der Tiergartenstraße, die sich mit den Folgen der Euthanasie-Verbrechen und den Zwangssterilisationen in der Nazi-Zeit befasst hat. Gerade der Auftritt der inklusiven Theatergruppe »Die Tonne« aus Reutlingen hat sehr aufgerüttelt und gezeigt, es ist nicht leicht und banal, die richtigen Worte und Zeichen zu finden. Das Erinnern ist wie ein Hamsterrad und ist ein Laufen und ist ein Warten auf Godot und gerade deshalb so unerlässlich, um die Würde der Opfer durchzusetzen und deren Namen und Gesichter zu rufen.

Im Ringen gegen das Unrecht gibt es immer wieder Lichtblicke und ich möchte einen solchen hier erwähnen. Mich hat das Urteil des Bundesverfassungsgerichts im letzten Dezember sehr berührt und gefreut, als es um die Triage-Gesetzgebung ging. Nach der Klage von neun Menschen mit Behinderung im Kontext der Corona Pandemie hat das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber aufgetragen, sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderung bei der Verteilung notfallmedizinischer Leistungen nicht benachteiligt werden dürfen. Das Gericht hat eine sofortige gesetzliche Regelung angemahnt, um sicherzustellen, dass bei der Corona-Tragödie keine Benachteiligung im Sinne des Grundgesetzes passiert. Aktuell hat das Bundesgesundheitsministerium auch einen Gesetzesentwurf vorgelegt, über den schon im Vorfeld leider sehr viel Streit darüber entstanden ist und der Streit ist auch noch nicht beendet. Menschen mit Behinderung haben Sorge, dass sie das Triage-Gesetz nicht ausreichend schützen wird. Sie hoffen auf den Bundestag, Herr Dr. Schmachtenberg (Staatssekretär im BMAS) und dass bei der Gesetzesentscheidungen ihre Sorgen, aber auch die der alten Menschen gehört werden und es ein Gesetz geben wird, dass eine mögliche Diskriminierung aufgrund einer Behinderung verhindert wird! Es ist ein gutes

Signal für unsere Demokratie, dass das Bundesverfassungsgericht hier ein sehr klares Statement formuliert und ein sehr wachsames Auge auf gesellschaftliche Realitäten gerichtet hat. Das Triage-Thema macht deutlich, auch heute sind Menschen mit Behinderung noch immer hohen Gefährdungen ausgesetzt.

Wie begann es eigentlich, dass das Thema Heimkinderzeit, aufkam? 2006 erschien das Buch von Peter Wensierski »Schläge im Namen des Herrn«. Gerade für mich als ein Vertreter der kirchlichen Wohlfahrtspflege, war das ein dramatisches Signal, ein wichtiges Aufrütteln. Es hat wohl dieses Buch gebraucht oder vielleicht war auch die Zeit in der Gesellschaft reif, dass man über dieses Buch eine gesamtgesellschaftliche Erschütterung erlebte. Es hat damit sehr viel Zeit gebraucht, bis man im wiedervereinigten Deutschland wach genug war, um zu fragen, was ist denn da eigentlich in den Heimen der Erziehungshilfe, in den Heimen der Behindertenhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie passiert? Zuerst hat man dann politisch auf die Kinder- und Jugendhilfe, auf die Erziehungshilfe geblickt. Der Runde Tisch »Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren« konstituierte sich am 17.2.2009.

Als Antje Vollmer, die ehemalige Vizepräsidentin des Bundestags, damals im Auftrag des Bundestages einen Runden Tisch für die Heime der Kinder- und Jugendhilfe einberufen hatte, mahnten u.a. die Wohlfahrtsverbände Diakonie und Caritas an, dass unbedingt auch über die Heime der Kinder und Jugendlichen mit Behinderung mitgesprochen werden muss. Das war damals aus vermeintlich formellen Gründen nicht möglich. Sehr zum Ärger und zum Frust der Menschen mit Behinderung, die sich zu Recht, mit ihrem Leid ignoriert fühlten. Es hat dann einen sehr mühevollen Weg gebraucht bis der Bundestag formell den Auftrag gab, sich auch mit dem Unrecht und Leid der Heime der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Behindertenhilfe zu befassen. Ich war von Anfang bei diesem Prozess als Vertreter der Caritas dabei.

Es war eine Herkulesaufgabe, die Stiftung Anerkennung und Hilfe überhaupt auf den Weg zu bringen. Viele Bedenken und Fallstricke galt es zu überwinden. Am Ende glückte ein Konsens bzw. ein Kompromiss. Wichtig für den Durchbruch war damals die Kurzstudie von Dr. Joachim Jungmann, der 2016 im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales versucht hat, eine Gesamtzahl der damals betroffenen Heimkinder in der alten BRD bis 1975 und der DDR bis 1990 zu ermitteln. Die Zahl von 250.000, die er vorge-

legt hatte, galt als Orientierung um mögliche Anträge für Anerkennungsleistungen abschätzen zu können. Es war vermutet worden, dass rund 10% dieser 250.000 Personen Anträge stellen würden, also ca. 25.000. Verblüffender Weise hat sich diese Prognose ungefähr erfüllt, obwohl bis heute viel Zweifel an der Zahlenanalyse von Dr. Jungmann im Raum sind.

Jetzt aber zur Arbeit der Stiftung Anerkennung und Hilfe! Wenn ich hierzu meine Beobachtungen aus der Caritas reflektiere, sehe ich, dass es betroffene Einrichtungen gab, die haben sich sehr engagiert, haben alles getan, dass Menschen bei der Stiftung Anerkennung und Hilfe ihre Anträge stellen können. Leider gab es aber auch Einrichtungen, die sich kaum motiviert sahen, die eigene Geschichte der Heimkinderzeit aufzuarbeiten. Es ist traurig und erschreckend, dass nach Meinung mancher Kollegen/innen die Heimkinderzeit nicht schlimm war, dass im Rahmen der damaligen Gegebenheiten alles Menschenmögliche geleistet worden war.

Genau diese Haltung ist aber Teil der Geschichte und Teil des Problems. Es ist eine Haltung, die ich »Hybris der Barmherzigkeit« nenne und die gerade in kirchlich gebundenen Einrichtungen bis heute eine Rolle spielt. Schlechte Rahmenbedingungen und eine Unterfinanzierung führen zu Überforderung und Aufopferung und einer Übermotivation zu glauben, alles schaffen zu können und alles unter Kontrolle halten zu müssen. Es ist naheliegend, dass eine solche Hybris auch zu Gewalt und Missbrauch führen kann. Wir sprechen hier von struktureller Gewalt.

In Vorbereitung auf diese Veranstaltung habe ich mich erneut mit den Forschungen von Erving Goffman zu »totalen Institutionen« befasst. Und es hat mich doch wieder überrascht, wie viel von dem, was Erving Goffman in den 70er Jahren geschrieben hat, eigentlich auch bis heute in den Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder in den psychiatrischen Angeboten präsent ist. Erlauben Sie mir deshalb ein paar Zitate daraus. »Totale Institutionen sind allumfassend. Das Leben aller Mitglieder findet nur an sehr konzentrierten und festgelegten Orten statt und sie sind einer zentralen Autorität unterworfen. Die Mitglieder der Institutionen führen ihre alltägliche Arbeit in unmittelbarer, formeller Gesellschaft und informeller Gemeinschaft ihrer Schicksalsgefährten aus. Alle Tätigkeiten und sonstigen Lebensäußerungen sind genau geplant und ihre Abfolge wird durch explizite Regeln und durch einen

Stab von Experten und Fachleuten vorgeschrieben. Verschiedene Tätigkeiten und Lebensäußerungen werden kontrolliert und überwacht auch im Sinne der Rechenschaftslegung gegenüber den Kostenträgern und Behörden und sind in einem rationalen Plan vereinigt, der dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen.« Und noch ein letztes Zitat von Goffman: »Ungeachtet der verschiedenen Ziele ist das zentrale Merkmal der totalen Institutionen die Handhabung einer Reihe von menschlichen Bedürfnissen durch die bürokratische Organisation ganzer Gruppen von Menschen, aus der automatisch eine Trennung zwischen Verwaltern, dem Personal und den Verwalteten, den sogenannten Insassen, entsteht. Und diese Trennung ist die Hauptquelle von sozialen Konflikten oder Problemen innerhalb der Einrichtung«.

Anknüpfend an die theoretischen Forschungen von Goffmann haben in den letzten zwei Jahrzehnten immer mehr Wissenschaftler in Deutschland die Heimkinderzeit beforscht. Im katholischen Kontext sind hier Annerose Siebert und Bernhard Frings zu nennen. Im evangelischen Kontext haben sich u.a. Ulrike Winkler und Hans-Walter Schmuhl verdient gemacht. Es sind solche Untersuchungen und Forschungen, die unzweifelhaft belegen, in der sogenannten Heimkinderzeit wurde systematisch mit körperlicher, seelischer Gewalt in Heimen und der Kinder-/Jugendpsychiatrie gearbeitet. Und es kam dabei nicht nur in einzelnen Fällen zu Menschenrechtsverletzungen. Freiheitsentzug, Gewalt und sexueller Missbrauch war häufiger präsent als wir es uns vorstellen mögen.

Ich zitiere Nils Löffelbein, einen der Assistenten von Prof. Fangerau, der auch mit Blick auf die Euthanasie Verbrechen der Nazi-Zeit schreibt: »Das erste Nachkriegsjahrzehnt war dabei erkennbar von einer Restauration der Vorkriegsstrukturen geprägt, im Zuge dessen die deutsche Psychiatrie und Behindertenhilfe zum einen die innovativen Entwicklungen im Ausland fast vollständig ausblendete und zum anderen die nationalsozialistischen Verbrechen verdrängte.«

Die bisherigen Untersuchungen zeigen aber auch, dass es zwischen den Heimen deutliche Unterschiede im Umgang mit den anvertrauten Kindern und Jugendlichen gab. Nicht alle Einrichtungen haben Unrecht getan. Es gab viele Einrichtungen, die im Rahmen ihrer damaligen Möglichkeiten innovativ und sehr menschlich waren und viel Unterstützung für ihre Klienten leisteten. Es gilt entsprechend, genau hinzusehen und keine Pauschalverurteilungen zu treffen. Die

Unterschiede von damals helfen uns heute gewaltfördernde Systeme zu erkennen und sie aufzulösen.

Die Fälle von körperlicher und seelischer Gewalt waren nicht nur auf kirchliche Heime beschränkt, sondern traten auch in Heimen anderer Träger auf. Auch in Heimen, die unter der Obhut des Staates standen, wurde geschlagen und fand Missbrauch statt.

Ein bedeuteter Punkt in der Aufarbeitung ist das Thema Arbeit. Kinder und Jugendliche mussten damals in den Heimen arbeiten. Arbeit wurde als pädagogische Maßnahme gewertet. Aber auch aus den genannten ökonomischen Gründen mussten die Kinder und Jugendlichen arbeiten, da der damalige Pflegegehalt extrem niedrig war und insgesamt das Heimwesen unterfinanziert war. Die Arbeit der Kinder trug damit zum Unterhalt der Einrichtung bei. Es ist entsprechend folgerichtig gewesen, dass die Stiftung Anerkennung und Hilfe dies in den Anerkennungsleistungen ausdrücklich würdigte und es eine finanzielle Kompensation für Arbeitsleistungen gab.

Auf einen wichtigen und durchaus bemerkenswerten Aspekt dessen, was Prof. Heiner Fangerau und sein Forscherteam erarbeitet haben, sei hier noch hingewiesen. Ich zitiere, »eine wesentliche Erkenntnis des Forschungsprojektes war, dass hinsichtlich der Leid- und Unrechtserfahrungen in den untersuchten Einrichtungen bis in die 70er Jahre hinein, es kaum Unterschiede zwischen der BRD und der damaligen DDR gab«.

Trotz der Systemdifferenz und der unterschiedlichen politischen, pädagogischen und gesundheitspolitischen Voraussetzungen waren Unrecht und strukturelle Gewalt in beiden deutschen Staaten bis 1970 ähnlich stark ausgeprägt und nachweisbar. Gleiches gilt übrigens für ein bis in Ende der 1960er Jahre überwiegend vorherrschendes Desinteresse an Menschen mit Behinderung und deren Lebensbedingungen. Das hat sich in der alten Bundesrepublik ab den 70er Jahren geändert, nicht zuletzt durch die Impulse der Studentenrevolte. In der DDR hat es die Wende und Wiedervereinigung gebraucht, dass sich das verändert hat. Die Untersuchungen von Goffman und anderen Wissenschaftlern haben maßgeblich dazu beigetragen, dass wir heute institutionalisierte Hilfe und Leistungsprozesse besser verstehen und entsprechend präventiv agieren können.

Abgesehen von den bis heute nach wie vor gewaltgefährdenden institutionalisierten Prozessen, sind es

heute vor allem die Ressourcenfragen, die Konflikte auslösen und Widersprüche zwischen menschenrechtsbasierten Sozialleistungen und faktischem Handeln auslösen. Aktuell wird dies beispielsweise sichtbar bei der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes, das eigentlich die Einlösung personenzentrierter Leistungen erwartet, aber in der Praxis auf vielfältige Defizite trifft.

Als Mitglied der SGB IX Vertragskommission in Baden-Württemberg kann ich aktuell berichten, was für ein Hauen und Stechen es dort um jeden Cent, um jede Leistung gibt. In Anbetracht der derzeitigen globalen Entwicklungen bin ich derzeit wenig hoffnungsfroh, was die Versprechen des Bundesteilhabegesetzes angeht, die auf der Länderebene eingelöst werden müssen. Kontrolle und Heimaufsicht allein werden das dort nicht richten, sondern es muss alles dafür getan werden, dass die Menschen mit Behinderung partizipieren können, dass sie in alle Prozesse eingebunden werden und wir den Mut haben, neue Wege zu gehen, die weniger Institution aber mehr fachliche Assistenz ermöglichen.

Jetzt noch einen kurzen Blick auf ein gutes Beispiel aus Nordrhein-Westfalen. Anlass war ein sehr bedrük-

ckender Vorgang. Es gab in der diakonischen Stiftung Wittekindshof Gewaltvorkommnisse und Freiheitsentzug gegen Menschen mit Behinderung. Bis heute laufen noch die Strafermittlungen. Die Anlässe allein haben Sozialminister Karl-Josef Laumann in NRW sehr schnell motiviert, eine Expertenkommission einzuberufen, um die Vorkommnisse zu reflektieren und Lösungswege gegen strukturelle Gewalt aufzuzeigen. Diese Expertenkommission hat im Dezember 2021 schon einen Endbericht vorgelegt: »Herausforderndes Verhalten und Gewaltschutz in Einrichtungen der Behindertenhilfe«. Der Bericht lässt sich auf der Website des Sozialministeriums in NRW herunterladen. So bedrückend auch die Hintergründe zu dem Expertenbericht waren, so ermutigend ist das entschlossene und schnelle Reagieren darauf.

Ganz am Schluss stehen für mich folgende Fragen: Wie schaffen wir es, die Systeme der institutionalisierten Hilfe, vor allem die großflächigen, weiten und gruppenbezogenen Hilfesysteme aufzulösen? Wie schaffen wir es, dass tatsächlich der Mensch als Rechtsobjekt im Mittelpunkt steht und nicht das System und nicht der Träger als solche? Wie gelingen uns personenzentrierte Leistungen im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention? Vielen Dank.

Gewalt(-schutz) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

90er Jahre bis in die Gegenwart

Renate Schepker

Zu meinen Interessenkonflikten ist zu erwähnen, dass ich seit 1999 Cheförztn in der Kinder- und Jugendpsychiatrie war. Aktuell bin ich Mitglied in verschiedenen Aufarbeitungskommissionen bzw. Beiräten, in denen es um frühere Erfahrungen mit Missbrauch und Miss-handlungen in Institutionen geht.

Als 1990 die Psychiatrie-Personalverordnung in Kraft trat, gab es einen deutlichen Zuwachs an Personal, und es stellt sich die Frage, ob damit weniger Zwang und auch weniger Leid verbunden war. Das ist nicht zuletzt ein Resultat der Finanzierung der kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken. Finanzierungsaspekte und -verantwortung wurden in den jüngeren Studien zu Leid und Unrecht in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Übrigen gut von der Schleswig-Holsteiner Studie (Beyer et al. 2021) mituntersucht und gewürdigt (https://www.landtag.ltsh.de/export/sites/ltsh/infothek/wahl19/aussch/sozial/niederschrift/2021/19-069_04-21Anlage1.pdf). Der Erstautor Beyer benannte dazu vor dem Landtag in Schleswig-Holstein, dass »Land und Kirchen als Träger« folgendes zu verantworten hätten: »Tolerierung von Personalmangel über den gesamten Untersuchungszeitraum – dadurch Begünstigung missbräuchlichen Medikamenteneinsatzes; Verschleppung der Sanierung und Modernisierung der Einrichtung – dadurch ebenfalls Begünstigung missbräuchlichen Medikamenteneinsatzes; keine Reaktion des Landes Schleswig-Holstein auf den Einsatz von »Ärztetypen und Prüfpräparaten« –

dadurch Vernachlässigung der eigenen Kontrolle und Fürsorgepflicht« (Zitat aus einer online zugänglichen Präsentation).

Ich bin Zeitzeugin und arbeite seit 1984 in der Kinder-/Jugendpsychiatrie. Wie es allgemein gefordert wurde, hat das ZfP Südwürttemberg sehr intensiv die eigene Vergangenheit einschließlich Leid und Unrecht beforcht. Das ZfP beschäftigt mit Prof. Müller einen eigenen Medizinhistoriker in Vollzeit. Wir haben über die Verbände einen Hinweis des BMG erreicht, dass die Akten ehemaliger kinderpsychiatrischer Patient:innen während der laufenden Forschungen nicht vernichtet werden sollen. Wir verfügen an unserem Standort noch über die kompletten Akten, da es auch immer wieder Nachfragen einzelner Betroffener nach früheren Vorgängen gibt. Das versetzt uns in die Lage, ganze Jahrgänge in der Tiefe zu untersuchen.

So hat die Doktorandin Sima Afschar-Hamdi (Afschar-Hamdi und Schepker 2017) an 460 Patient:innenakten aus vier Jahrgängen (zwischen 1951 und 1966) Vorgänge an Zwang und Gewalt untersucht, die sie bei 11,5 % der Aufgenommenen fand. Tabelle 1 zeigt die wesentlichen Ergebnisse. Zusätzlich wurden 4,5 % aller Patienten der Abteilung für Kinder und Jugendliche zur Disziplinierung auf eine Erwachsenenstation verlegt; dabei war bekannt, dass dort sexuelle und gewalttätige Übergriffe stattfanden die vom Personal nicht verhindert werden konnten. Für Freiheitsentzug war bei Kindern erst ab dem Jahr 1958 eine richterliche Genehmigung erforderlich.

Vorher ging man im Einvernehmen mit Vormündern oder Sorgeberechtigten mit teils tagelanger Freiheitsentziehung vor. Patient:innen mit Intelligenz-minderungen und diejenigen mit Langzeitaufenthalt, d.h. auch die schwer erkrankten Kinder und Jugend-

Tabelle 1: Zeitliche Häufigkeitsverteilung der Zwangsmaßnahmen

Aufnahmejahr	ges.	Isolierung	Fixierung	Faradisierung	Gewalt	Zwangsmedik.	Freiheitsentzug
1951	17	5	1	5	4	1	1
1956	8	1	1	0	2	1	2
1961	12	5	3	0	1	0	4
1966	11	6	1	0	2	0	2

lichen, waren am häufigsten Zwangsmaßnahmen und Gewalt unterworfen.

In einer Patientenakte liest sich das im diktierten ärztlichen Verlauf 1951 folgendermaßen: »Als er vor kurzem gemeinsam mit ein paar anderen eine ganze Reihe von Fenstern an der gegenüberliegenden Baracke eingeschlagen hatte, wurde er acht Tage lang in einer Zelle isoliert, was auf sein Verhalten danach aber fast ohne Einfluss blieb.« (Patient 40/19/51, Archiv des ZfP Südwürttemberg, Standort Weissenau). Aus heutiger Sicht ist der mangelnde pädagogische und therapeutische Effekt einer achttägigen Isolierung nicht verwunderlich.

Annette Fetzer hat in einer gemeinsamen Übersicht in den späteren Jahren 1999-2004 an sechs Jahrgängen mit 1939 Aufnahmen, d.h. einer repräsentativen Anzahl für die Zeit der Jahrtausendwende, Zwang und Gewalt bei 9,2 % aller Patient:innen gefunden. Ein interessantes Ergebnis war, dass Mädchen signifikant häufiger Zwangsmaßnahmen unterworfen wurden. Zwangsmaßnahmen stellten weit überwiegend (zu 88,9 %) Isolierungen dar, mit sehr geringen Anteilen folgten Fixierungen und Zwangsmedikation. Festhalten wurde sehr selten praktiziert. Der aus Sicht der Autoren hohe Anteil wurde mit der niedrigen Bettenmessziffer und dem relativ hohen Schweregrad der aufgenommenen Kinder und Jugendlichen erklärt. Die hohe Zahl ist auch durch Einzelfälle erklärbar: Das Maximum bestand in 124 Maßnahmen bei einer Patientin in drei Aufnahmen über zwölf Monate. Diese Patientin hatte schwere Missbrauchserfahrungen und kam immer wieder in Situationen drohender Selbstbeschädigung und Suizidalität. Die Dauer der Isolierungen schwankte zwischen 5 Minuten und 96 Stunden und betrug im Median 3 Stunden mit allerdings sinkender Tendenz über die Jahre. Interessant war die gefundene Korrelation zur Personaldichte: »In Bezug auf die personelle Besetzung besteht ein Zusammenhang von -0,7 zwischen dem Anteil der durchgeführten Zwangsmaßnahmen an der gesamten Aufnahmezahl und den therapeutischen Vollzeitkräften. Die dargestellte Korrelation bezieht sich auf fünf Jahresangaben und ist deshalb mit Vorsicht zu interpretieren. Zeigt aber, dass die Häufigkeit der Zwangsmaßnahmen durchaus mit der personellen Besetzung im stationären Kontext zusammenhängt.« (Fetzer et al. 2006).

Julienne Closset hat im Anschluss daran sechs Jahrgänge (2005-2011) mit 1.557 Patientenakten ausgewertet und fand Zwangsmaßnahmen bei 14 % der Pati-

enten. Erneut waren zwei Mädchen von sehr vielen Isolierungen (275 von 831 Maßnahmen) betroffen, und erneut war ganz überwiegend isoliert worden. Über die Jahre konnte eine Verringerung der durchschnittlichen Zahl an Zwangsmaßnahmen durch Deeskalationsschulungen erreicht werden (von 3,3 auf 1,3 je betroffenem/r Patient:in) und eine abnehmende Dauer (Median 1,3 Stunden). Closset fand auch, dass mehr als die Hälfte der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Patient:innen Gewalterfahrungen in der Vorgeschichte hatte, d.h. sie erfuhren eine Kumulation an Gewalt, auch in der Psychiatrie.

Zur Einordnung der gefunden Zahlen haben beide Autorinnen die damaligen üblichen Zahlen der internationalen Literatur gesichtet, teils mit unterschiedlichen Definitionen. So fanden sich bei Sourander et al 2002 in Finnland Zwangsmaßnahmen bei 40 % aller vollstationären Patient:innen, allerdings wurden 28 % Time-Out-Maßnahmen ohne Isolierung daruntergezählt.

Nitschke-Janssen und Branik (2006) berichteten aus der Schweiz von 17 %, zwei australische Gruppen von 32 und 17 %. Der Abschlussbericht der Stiftung Anerkennung Hilfe sagt dazu, dass keine quantitative Aussage über die Einzelfallakten möglich sei (Beyer et al 2021).

Closset zieht folgende Schlüsse in der Ergebnisdiskussion: Notwendig sei eine Aufklärung über das Vorgehen bei Zwangsmaßnahmen bei jeder Aufnahme von Patient:innen. Es benötige individuelle Deeskalationspläne für Patient:innen, die zu Selbst- und Fremdaggression neigen, um Zwang zu vermeiden, in diesem Sinne könnten gemeinsam mit den Patient:innen partizipative »Krisenpläne« vor einer Aufnahme für eskalierte Situationen erarbeitet werden, was die Selbstregulation fördert und Aufnahmen vermeidet.

Erforderlich sei des weiteren ein Einbezug der Sorgeberechtigten und die Dokumentation der Nachbesprechungen, sowohl mit Patient:innen als auch im Team. Zwar sind Nachbesprechungen hausintern vorgegeben gewesen, aber sie waren nur in 10 % dokumentiert, wurden teils in »abendliche Rückmelderrunden« integriert oder teils in Entlassungsgespräch bei Krisenaufnahmen; auch waren sie teils mit Patient:innen nicht möglich, vor allem wenn es akut intoxikierte Patient:innen ohne Erinnerungsvermögen an die Geschehnisse waren. Eine stationsbezogene Dokumentation aggressiver Vorfälle sollte breiter als von

ihr gefunden erfolgen, um auch das Stationsklima erfassen zu können, am besten mittels des SOAS-R-Bogens. Festhaltetechniken könnten alternativ eingesetzt werden, aber mit besonderer Vorsicht bei traumatisierten Patient:innen. Denn wichtig sei es, Gewalterfahrungen nicht zu wiederholen. Gut sei ein ritualisiertes Ende einer Zwangsmaßnahme, v.a. bei jüngeren Kindern. Letztlich könne eine Alternative zur Gewaltanwendung eine 1:1-Betreuung darstellen, v.a. bei Psychosebetroffenen.

Kurz darauf erging das BGH-Urteil vom 7. August 2013 (FamRZ 2013, 1646 ff.), das besagte: Eine Freiheitsentziehung liegt nur dann vor, wenn die Stationstür geschlossen ist. Das Urteil befand, dass es keine Genehmigungspflicht nach § 1631 b BGB für die nächtliche Fixierung eines autistischen Kindes im Heim gebe – das unterliege allein dem Elternrecht. Das Urteil wurde breit in Fachkreisen diskutiert und von uns Kinder- und Jugendpsychiatern nicht verstanden. Was folgte, waren Vereinbarungen von Einrichtungen der Behindertenhilfe mit Eltern, wobei teilweise die Aufnahme eines Kindes eine Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen (damals noch je nach Art »freiheitseinschränkende Maßnahmen« genannt) zur Bedingung hatte. 2016 skandalisierte die Presse freiheitsentziehende Maßnahmen bei intelligenzgeminderten Kindern, so wird im Bayrischen Rundfunk unter der Überschrift »Staatsanwalt ermittelt im Au am Inn: Wie behinderte Kinder weggesperrt werden« (06.04.2016) ein junger Mitarbeiter zitiert: »Ein Mädchen zum Beispiel war von 19.30 Uhr bis 6.30 Uhr in das Kastenbett eingesperrt. Das ist für mich so lange OK, solange das Kind jederzeit raus kann. Aber da ist halt dagegen gepoltert worden, weil das Kind raus wollte und nicht können hat! Mir sind erhebliche Zweifel gekommen, ob das alles so sein kann und deshalb habe ich Anzeige erstattet.« Letztendlich führten die sich daran anschließenden Diskussionen einschließlich einer zur Reform des § 1631 b BGB (KiFrEntzRÄndG, in Kraft seit 01.10.2017). Die Essentials der neuen Gesetzgebung lauten: Alle »freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM)« genannten Vorgehensweisen werden gleichgestellt (geschlossene Tür, Isolierung, Fixierung, Medikation zur Ruhigstellung) und müssen vom Familiengericht genehmigt werden. Nicht erwähnt, aber, wenn wiederholt eingesetzt, inkludiert in die FEM wurde laut der Bundestagsdebatte und Gesetzesbegründung das Festhalten. Die maximale Dauer der Freiheitsentziehung als geschlossene Unterbringung wurde auf sechs Monate (maximal ein Jahr) festgelegt – bisher hatte sie zwei Jahre betra-

gen. Zusätzlich muss nun jede/r Betroffene Verfahrensbeistandschaft erhalten.

Eine Evaluation dieser Gesetzesänderung ist auf dem Weg, aber noch nicht abgeschlossen. Laut einer Bayrischen Studie in Institutionen für intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche (Geissler et al 2021) gab es dort nach 2017 eine Zunahme um 17% an FEM-Verfahren bzw. Genehmigungen. Eine Abnahme des Einsatzes von FEM konnte quantitativ nicht festgestellt werden, d. h. hier hat wohl die Gesetzesänderung lediglich zu einer größeren Transparenz geführt. Bundesweite Daten zu freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen sind inexistent. Lediglich im Land Baden-Württemberg wurde ein Monitoring in Form eines Registers eingeführt, dass auch er FEM an Kindern und Jugendlichen erfasst und ein Benchmarking ermöglicht.

Wichtig ist folgende Überlegung zur Anwendung von Zwang und Gewalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die einer Veröffentlichung des Deutschen Ethikrates (2018) zu entnehmen ist: Zwang umfasse »deutlich mehr als die zuvor benannte Form unmittelbar auf den Körper einwirkender Handlungen zur Überwindung des Willens einer Person«, nämlich Drohen und Drohgebärden, das Vorenthalten von Informationen oder das Vorspiegeln falscher Tatsachen, verdeckte Medikamentengabe, struktureller Zwang der Institution und erwartbare Sanktionen. Hier werden vom Gewaltbegriff nun alle Vorgehensweisen der schwarzen Pädagogik, kustodialer Haltungen, aber auch wohlgemeinter sogenannter Stations-Regelwerke umfasst. Hierzu fanden Witt et al (2019) in einer bevölkerungsbasierten Befragung der deutschen Bevölkerung mit 2.437 Teilnehmern heraus, dass über körperliche Misshandlungen in Einrichtungen noch zu 28 % berichtet wurde, davon 16 % durch Pflegekräfte oder anderes Personal und dass die heute erwachsenen Befragten zu 0,1 % sexuellen Missbrauch in Krankenhäusern während der Kindheit angaben.

Mehrfach sind Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Missbrauchsskandalen in die Medien gekommen, ein besonders krasses Beispiel war in den neunziger Jahren eine Fachklinik in Holzminden, in der unter der Überschrift eines institutionellen Klimas der »Körperfreundlichkeit« der Chefarzt nicht medizinisch begründete »Untersuchungen« mit Vermessung der Penislänge an Jungen in der Früh-Pubertät durchführte. Das Personal pflegte mit den Patient:innen im klinikeigenen Pool nackt zu baden, der Mainstream der Belegschaft fand das alles in Ordnung.

Ähnliche institutionelle Entgleisungen sind auch in Bezug auf freiheitsentziehende Maßnahmen bekannt. So wurden zwei Patienten in der Schweiz mit hohen Summen für erlittenes Leid entschädigt, die über viele Tage Isolierung mit Wegnahme von Privateigentum als Sanktion für Entfernen von der Klinik erlebt hatten. Nur bei Wohlverhalten bekamen sie ihre privaten Gegenstände Stück für Stück zurück. Bei einem wurde eine deutliche medikamenteninduzierte Gewichtszunahme als unmöglich verneint und pädagogisch vorwürflich und mit härtester Diät angegangen. Beide Patienten erlebten eine extreme, pädagogisch begründete und nicht genehmigte Einschränkung von Besuchen und Telefonaten. All diese Maßnahmen waren ein fester Teil des pädagogisch-therapeutischen Konzepts.

Am 23.02.2016 schloss die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine Vereinbarung mit dem Unabhängigen Beauftragten der Bundesregierung für Fragen des Sexuellen Kindesmissbrauchs, welche eine Empfehlung zu Schutzkonzepten für Kinder und Jugendliche in Kliniken und weiter unterstützende Aktivitäten im Kinderschutz umfasste. Ein Monitoring des Deutschen Jugendinstituts (DJI) sollte erfolgen. Wohlgermerkt handelte es sich hierbei lediglich um eine Empfehlung, nicht um eine gesetzliche Verpflichtung. Eine solche sollte erst als untergesetzliche Normen in der Qualitätsmanagementrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Inkrafttreten am 17.11.2020 verabschiedet werden. (G-BA 2020).

Das DJI hat 2019 den Monitoring-Abschlussbericht über die Jahre 2015-2018 veröffentlicht. Es zeigte sich, dass weit weniger als die Hälfte der Kliniken, aber auch Jugendhilfeeinrichtungen Schutzkonzepte in Leitbild, Verhaltensregeln, die proaktive Partizipation der Patienten, Ansprechstellen, Beschwerdeverfahren, Handlungspläne im Ernstfall, spezifische Fortbildung des Personals, Kooperation oder Thematisierung von Gewalt in Bewerbungsgesprächen umgesetzt hatten (Kappler et al 2019). Einzelne Präventionsmaßnahmen hatten zwischen 2013 und 2017 einen Zuwachs von nur 4 % (von 53 auf 57 %) erfahren, umfassende Schutzkonzepte hatten von ursprünglich 14 auf 20 % der Kliniken (Kinderkliniken und Kinder- und Jugendpsychiatrien) zugenommen. Ein Teil davon sind Selbstverpflichtungserklärungen der Mitarbeitenden, die bei Einstellung von Mitarbeitenden jeder Berufsgruppe zu unterschreiben sind, diese auf eine möglichst gewaltfreie Grundhaltung festlegen und etwa folgendermaßen lauten können: »Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich jegliche Grenzverletzung im

Umgang mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen in meiner beruflichen Tätigkeit vermeiden werde. Insbesondere ist die körperliche Unversehrtheit und sexuelle Integrität von Patientinnen und Patienten zu wahren. Mir ist bewusst, dass ich zu keinem Zeitpunkt eine private Beziehung zu Patienten oder Patientinnen einzugehen habe. Dies betrifft sowohl den persönlichen Kontakt als auch den brieflichen, auch den Kontakt über IT Medien wie E-Mail, Chats und Foren«.

Auf dem Weg zu nur minimal eingesetzten und menschenwürdigen freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen sind in den letzten Jahren weitere Schritte gegangen worden. Das Oberlandesgericht Hamburg urteilte am 17.11.2020 (12 UF 101/20) für eine Anorexiepatientin mit Sondierungserfordernis, dass diese bei Sicherungsmaßnahmen analog zum Bundesverfassungsgerichtsurteil von 2018 für Erwachsene neben der erforderlichen richterlichen Genehmigung für die Zeit der Maßnahme auch das Recht auf eine obligate Einzelbetreuung hatte, d. h. die vorher rechtlich unklare Gleichstellung Jugendlicher mit Erwachsenen als Betroffene von Freiheitsentziehung wurde geregelt.

Ebenfalls ist juristisch bisher hoch strittig, ob psychisch kranke Minderjährige freiwillig in ihre Freiheitsentziehung einwilligen können. Hierzu wurde in der Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie eine Debatte geführt, die eine zumindest fachliche Festlegung traf: So sollen nach Einschätzung der Behandler autonome, d.h. einwilligungsfähige Jugendliche einwilligen und den Schutz einer geschlossenen Station freiwillig aufsuchen können, sofern sie nach spätestens drei Tagen Alleinausgang erhalten (Romer u. Schepker 2020).

Fachlich zu bekämpfen sind Konzepte, die unter dem Vorwand einer Verhaltenstherapie »freiwillig« Zwang über gegebenenfalls Wochen ohne Selbstbestimmung des Patienten mit Aufgabe von allen Freiheiten (einschließlich des Essens nur mit Löffel, des Begleitens ins Bad, der Abgabe der Brille, des Anliegens eines Flügelhemdes in der untersten Stufe) beinhalten. Leider wurden solche Praktiken noch im Jahr 2020 öffentlich diskutiert (Süddeutsche Zeitung, 26.07.2019).

Was benötigen wir, um in Hinsicht auf alle, möglicherweise weiter erforderlichen freiheitsentziehenden Maßnahmen an Kindern und Jugendlichen bundesweit, in jeder einzelnen Klinik, bestmögliche Abläufe zu implementieren und Leid und Unrecht zu vermeiden?

1. Wir benötigen mehr Partizipation

Die DG KJP hat in der Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 6/22 den »Offenen Brief an die Fachkräfte aus Psychiatrie und Jugendhilfe« des Kinder- und Jugendhilferechtsvereins e.V. in Dresden abgedruckt, der aus dem Jahr 2019 stammt. Hier äußerten sich erstmals als Jugendliche von Zwangsmaßnahmen Betroffene dazu, was sie an Hilfe vermisst und als Strafe erlebt haben und was sie von Fachkräften erwarten.

2. Wir benötigen eine bessere Aufklärung der Jugendlichen über ihre Rechte.

So können Jugendliche freiheitsentziehenden Maßnahmen auch nachträglich auf ihre Rechtmäßigkeit überprüfen lassen (mehr dazu bei Vogel 2022).

3. Wir benötigen mehr öffentliche Kontrolle.

Staatliche Besuchskommissionen nach den Unterbringungsgesetzen der Länder kontrollieren bisher nicht in allen Bundesländern neben Psych-K(H)Gs auch Unterbringungen nach § 1631 b BGB und das Einhalten sonstiger Rechte von minderjährigen Patienten. Dies ist nach einer Übersicht der DGPPN der Fall in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen (wieder), NRW, Rhld-Pfalz und Sachsen (<https://www.dgppn.de/schwerpunkte/menschenrechte/uebersicht-psychKGs/uebersicht-nach-regelung.html>). Vorbildlich erscheinen hier die Regelungen des Landes Brandenburg, das eine Auswertung von sechs Besuchsberichten in Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken ins Netz gestellt hat (https://msgiv.brandenburg.de/sixcms/media.php/9/Besuchskommissionen_2020_bf.pdf) und sich deutlich darüber auslässt, welche Verbesserungen im Rahmen der Besuche diskutiert worden seien: etwa zur Gestaltung von Time-out Räumen, Isolierungsräumen, Entspannungs- oder Ruheräumen, zur Einführung von Spielbereichen, Gemeinschaftssessen und verschließbaren Schränken für persönliche Gegenstände. Es wird berichtet, dass die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen in allen Kliniken Programm sei, dass Deeskalation Vorrang habe, und dass immer eine Eins-zu-eins Betreuung bei Fixierungen stattfinde. Eltern Verfahrenskosten für Unterbringungen in Rechnung zu stellen, sei als Praxis eines Amtsgerichtes von der Kommission beanstandet worden.

Diese Übersicht hat gezeigt, dass noch einiges in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu tun bleibt, umso mehr angesichts des zunehmenden Fachkräftemangels und der ungeklärten Gegenfinanzierung einer ausreichenden Personalbesetzung. Nie mehr aber sollten wir zurückfallen zu Käfigbetten, anbinden, isolieren ohne Kontakt oder Freiheitsentziehung als Willkür!

Literatur:

Afschar-Hamdi S, Schepker K (2017) Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Nachkriegszeit am Beispiel der Pflege- und Beobachtungsstation des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau (1951-1966). *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 2017 Sep;66(7):526-542. doi: 10.13109/prkk.2017.66.7.526.

Beyer C (2021) Medizinische und therapeutische Gewalt. Forschungsbericht Wissenschaftliche Aufarbeitung der Stiftung Anerkennung und Hilfe, S. 192-214. https://www.stiftung-anerkennung-und-hilfe.de/SharedDocs/Downloads/DE/forschungsbericht-wissenschaftliche-aufarbeitung.pdf?__blob=publicationFile&v=2

Closset J (2016): Zwangsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen: Eine Analyse von Entwicklung, Zeitverlauf und Diagnoseverteilung von Zwangsmaßnahmen, sowie Untersuchung von Patientencharakteristika. Dissertation, Universität Ulm, Ulmer Volltextserver vts_9950_15166.pdf (uni-ulm.de)

Deutscher Ethikrat (2018): Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorge Beziehungen in Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung. Stellungnahme. https://www.ethikrat.org/publikationen/publikationsdetail/?tx_wwt3shop_detail%5Baction%5D=index&tx_wwt3shop_detail%5Bcontroller%5D=Products&tx_wwt3shop_detail%5Bproduct%5D=114&cookieLevel=not-set

Fetzer AE, Steinert T, Metzger W, Fegert JM (2006). Eine prospektive Untersuchung von Zwangsmaßnahmen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 2006;55(10):754-66.

G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss (2020) Qualitätsmanagement-Richtlinie: Vorgaben für die regelmäßige Erhebung und Darlegung des aktuellen Stands der Umsetzung und Weiterentwicklung von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement sowie weitere Änderung in § 4 der Richtlinie. (<https://www.g-ba.de/beschluesse/4379/>)

Geissler JM, Werner E, Dworschak W, Romanos M, Ratz C (2021). German Law Reform Does Not Reduce the Prevalence of Coercive Measures in Residential Institutions for Children, Adolescents, and Young Adults With Intellectual and Developmental Disabilities. *Front Psychiatry* 28;12:765830. doi: 10.3389/fpsy.2021.765830.

Kappler s, Hornfeck F, Pooch MT, Kindler H, Tremel I (2019) Abschlussbericht des Monitorings zum Stand der Prävention sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Deutschland (2015–2018). https://beauftragte-missbrauch.de/fileadmin/user_upload/Publikationen__Expertisen_und_Studien/UBSKM_DJI_Abschlussbericht_gesamt.pdf

Nitschke-Janssen M, Branik E (2006) Einflussfaktoren auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen--Eine retrospektive Auswertung in einer Schweizer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsklinik *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 55:255-70.

Romer G, Schepker R (2020): Können psychisch kranke Minderjährige freiwillig in ihre Freiheitsentziehung einwilligen? Eine juristische Kontroverse und ihre Implikationen für den Klinikalltag. *Z Kinder Jugendpsychiatr* 48: 494-591

Sourander A, Ellilä H, Välimäki M, Piha J (2002) Use of holding, restraints, seclusion and time-out in child and adolescent psychiatric in-patient treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 11:162-7. doi: 10.1007/s00787-002-0274-2.

Witt A, Rassenhofer M, Allroggen M, Brähler E, Plener PL, Fegert JM (2019): The Prevalence of Sexual Abuse in Institutions: Results From a Representative Population-Based Sample in Germany. *Sex Abuse*. 643-661. doi: 10.1177/1079063218759323. Epub 2018 Mar 5.

Gesprächsrunde:

Anerkennung und Hilfe – was heißt das für heute?

Statements:

Thorsten Hinz

Stiftung St. Franziskus

Resonanz in Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit – Erfolgsbilanz?

Ich bin etwas zwiegespalten. Ich bin sehr, sehr dankbar dafür, dass wir die Stiftung Anerkennung und Hilfe realisieren konnten. Mit all der Schwere, die auch Herr Schmachtenberg auch beschrieben hat und mit allen Härten die den Abstimmungen zwischen Länder, Kirchen, Wohlfahrtsverbänden und so weiter irgendwo zu durchbrechen waren. Insofern also doch ein Erfolg, dass es gelungen ist auch diese Gleichstellung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen gegenüber anderen Kindern und Jugendlichen, die in Erziehungsheimen untergebracht waren. Das war überfällig, das war notwendig, das hätte man gesamtgesellschaftlich nicht anders vermitteln können und das wäre eigentlich eine Katastrophe im Kontext der UN-Behindertenrechtskonvention so etwas gesamtgesellschaftlich durchgehen zu lassen.

Insofern war das ein Erfolg, gleichwohl sehe ich doch noch erheblichen Nachholbedarf, ich kenne viele Einrichtungen, wie gesagt, in denen die Stiftung Anerkennung und Hilfe nicht durchgedrungen ist, wo gerade Menschen mit höherem Assistenz- oder Hilfebedarf einfach bis heute nicht den Zugang gefunden haben, also auch Angehörige oder rechtliche Betreuer nichts wissen. Die Stiftung hat bis zum 30. Juni die Möglichkeit geboten, dass noch Anträge gestellt werden können, jetzt ist die Frist durch, irgendwann muss man auch mal einen Cut setzen. Es war auch gut, dass das BMAS auf Grund der Pandemie diese zweimalige Verlängerung ermöglicht hat, es mussten ja alle Errichter dem zustimmen, nicht nur das BMAS. Das war wichtig, aber gleichwohl gibt es doch noch sehr, sehr viele Menschen, die einfach bis heute von der Stiftung nichts gehört haben, nichts mitbekommen haben und das ist eigentlich traurig und insofern würde ich mir sehr wünschen, dass nach wie vor weiter über die Stiftung berichtet wird. Dass gerade die Forschung von Herrn Fangerau und seinem Team und auch die vielen auch jetzt aufbrechenden neuen Studien, die in manchen Institutionen durchgeführt werden, dass diese Erinnerungsbefassung einfach weiter greifen wird. Und ich hoffe, dass auch die Tafeln, die erwähnt wurden, tatsächlich angebracht werden. Dass es überhaupt eine stärkere Auseinandersetzung weiterhin geben wird und wir als Verbände sind da auch aufgefordert, alles dafür zu tun, dass das nicht aufhört.

Wirkung in den Einrichtungen

Also ich glaube in der Behindertenhilfe oder Sozialpsychiatrie hat uns vor allen Dingen die UN-BRK sehr maßgebliche Impulse gegeben, die ja auch zum Bundessteilhabegesetz geführt haben und zur Reform des Betreuungsrechtes. Leider zu schwach. Aber immerhin es sind auf vielerlei Ebenen Dinge ins Rollen gekommen und auch die Stiftung Anerkennung und Hilfe hat mit ihren Ergebnissen dazu beigetragen, gerade dort, wo man sich auch sehr systematisch damit befasst, also Frau Meffert hat das auch schon illustriert und ich kann das nur bestätigen. In den Einrichtungen, wo man sich auch zum Beispiel an der Forschung selbst beteiligt hat, aufgearbeitet hat, in der man auch Menschen unterstützt hat, Anerkennungsleistungen einzufordern, hat sich da eine unglaubliche Dynamik ergeben und würde das auch unterstreichen, was Frau Mefferts sagt, also diese Außenkontakte, also die Deinstitutionalisierung eigentlich ist das A und O. Insofern würde ich weniger von Aufsicht und Kontrolle sprechen als viel entscheidender sehen, also wie kommen wir weiter im Deinstitutionalisierungsprozess? Wie kommen wir weiter in der Partizipation, also der so genannten Selbstbetroffenen, ja wir sprechen über Bewohner, nein wir müssen über Menschen sprechen, wie gelingt es also da stärker zu werden? Und wir müssen uns aber auch mit Fakten auseinander setzen des Fachkräftemangels. Wir haben Dynamiken, dass wir im Sozialbereich immer weniger Fachkräfte und auch Nachwuchskräfte finden. Ich bin froh, dass die KMK jetzt endlich mal ein Qualifizierungsprofil für die Heilerziehungspflege formuliert hat. Also das sind viele Baustellen, aber im Kern muss es aus meiner Sicht darum gehen, diese größeren institutionalisierten Kontexte deutlich zu reduzieren. Wir haben Systemsprenger. Frau Schepker hat das auch eigentlich illustriert. Das sind dann vielleicht wenige, die sehr schlimme Maßnahmen erfahren. Aber auch da müssen wir besser werden und andere Settings zu entwickeln, zu konzipieren. Das kostet Geld. Aber in der Gesamtheit wird das deutlich auch, glaube ich, die Situation entspannen können. Und das muss nicht immer zwangsläufig mehr Geld kosten. Also das sind viele Ebenen, an denen man zupacken muss. Das A und O ist da sicherlich eben eine Deinstitutionalisierung weiter voranzutreiben, d.h. Stärkung der Fachkräfte, in die Ausbildung zu investieren und junge Menschen zu motivieren auch in Behindertenhilfen, Sozialpsychiatrie und so weiter einzusteigen.

Aufgaben für die Verbände

Die Zeiten sind nicht einfach und werden nicht einfacher im Moment durch die auch sich verändernden Rahmenbedingungen und alle guten Absichten auch auf gesetzgeberischer Ebene brauchen am Ende die Ressourcen und die Kompetenzen vor Ort um dann auch in die Wirklichkeit zu kommen. Sonst werden wir viel Frustration und Enttäuschung auch bei den Menschen erleben, die sich eigentlich auch Veränderungen wünschen und erwarten und zu Recht erwarten, weil sie auch Rechtsansprüche geltend machen wollen und können. Insofern wäre mein Plädoyer vor allen Dingen in die Richtung, wie es uns gelingen kann, Herr Schmachtenberg hat das vorhin als Beta-Thema definiert, also wie gelingt es uns aber zumindest, dieses Beta-Thema oder vielleicht auch manchmal ein Alpha-Thema daraus zu machen. Dass die Bedarfe, die Anliegen von Menschen mit Beeinträchtigungen durch psychische Erkrankungen in der Gesellschaft auch immer wieder mal benannt werden dürfen und wahrgenommen werden und sich zivilgesellschaftlich die ein oder andere Stimme dann auch erhebt, um dafür auch eine Lanze zu brechen.

Und das wäre sicher etwas, was wir auch als Verbände uns auch mit mehr Fantasie vielleicht wieder neu vornehmen müssen. Also wie gelingt es uns deutlich zu machen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen eben nicht ein Merkmal haben, sondern dass sie einfach als Rechtssubjekte genau wie jeder andere oder jede andere auch dazu gehören und wir alles dafür tun müssen, dass das auch so gelebt wird als Gemeinschaft, als Gesamtgemeinschaft, als Gesamtgesellschaft. Das wird spannend sein auf Grund der Verteilungskämpfe, denen wir entgegensehen und da ist, glaube ich, ist Fantasie gefragt, um genau das Anliegen dieser Veranstaltung »gegen das Vergessen« auch anzukämpfen.

Susanne Meffert
Lebenshilfe Landesverband Brandenburg e.V.

Resonanz bei den betroffenen Familien?

Die Lebenshilfe ist eine Elternorganisation. Das zeichnet sie aus. Und etwas, was mich sehr überrascht hat, als ich am Anfang so mit meinen Flyern durch die Lande gezogen bin und immer allen gesagt habe, hier gibt es eine Stiftung und da müsst ihr mal hingehen und Ansprüche geltend machen, war, dass einige Eltern gesagt haben, dieses Thema ist für uns durch. Darüber wollen wir in unserer Familie nicht wieder sprechen. Wir mussten unsere Kinder abgeben. Wir durften nicht mal rein in die Einrichtungen, in denen unsere Kinder dann untergebracht waren. Familien haben die Kontakte zu ihren Angehörigen vollkommen abgebrochen. Manchmal haben wir es geschafft, dass wir Angehörige/Geschwister gefunden haben, die dann eher wieder bereit waren, den Kontakt zu ihren Brüdern und Schwestern aufzunehmen und Eltern danebengestanden haben und gesagt haben »Wir können nicht.« Mutter und Vater saßen vor mir und die Mutter hat gesagt: »Wieso? Wir waren so froh einen Platz gefunden zu haben und so schlimm war es doch nicht. Und die Mitarbeiter haben sich doch so Mühe gegeben, die konnten doch auch nichts dafür. Wir können doch jetzt nicht sagen, dass da Leid und Unrecht passiert ist.« Und der Vater hat gesagt »Hast wohl vergessen, wie sie aufgetopft wurden.« Also Brandenburg ist ja fast Berlin. »Topfen«, wir haben ganz viele Toiletten nebeneinander, hintereinander in einem großen Raum, alle Menschen gleichzeitig, ob sie wollten oder nicht, wurden auf die Toilette gesetzt. Das war etwas, was mich sehr beschäftigt hat, wo ich viel versucht habe, Familien Mut zu machen und auch gesagt habe, wenn sie jetzt nicht anmelden, ist es vielleicht das nächste Unrecht, was sie ihren Kindern antun. Man musste sehr vorsichtig sein. Einige Eltern haben es dann geschafft, einige sind sehr stolz gewesen auf sich. Einige haben es nicht gemacht, sind den Weg nicht gegangen. Das haben wir dann respektiert, natürlich, aber das war etwas für mich, wo ich - also damit hatte ich irgendwie nicht gerechnet, das hatte ich nicht eingeplant.

Spannungsfeld Außenaufsicht für das Einrichtungsinne

Den Glauben, dass man durch Aufsicht von außen das Innere einer Einrichtung wahrnehmen und verändern kann teile ich nicht. Wenn ich bei uns erlebe, wie die Aufsicht für unterstützende Wohnformen in der Regel

unangemeldet - was völlig in Ordnung ist - in die Einrichtungen kommt und tatsächlich, seit ein paar Jahren, sehr bewusst ihre Verbraucherschutzbrille aufsetzt, also sagt, der Bewohner ist ja der Verbraucher und den schützen wir als Aufsicht, dann führt das manchmal zu bizarren Situationen. Es hat die Situation der Bewohner an einigen Stellen bestimmt verbessert. Wenn die Aufsicht dann aber kommt und sagt, ihr müsst dieses und jenes tun, zum Beispiel den Mitarbeitern sagt, sie dürfen die Bewohner nicht duzen dann ist das etwas, was ich als Geschäftsführerin an meinem grünen Schreibtisch mal eben beiseite lege und müde drüber lächle, weil ich denke, was haben die denn für Probleme. Für die Mitarbeiter ist es aber schwieriger. Das ist die Aufsicht, ein aufsichtsführendes Organ und sagt, sie müssen die Bewohner siezen, das vermittelt das Assistenzniveau auf Augenhöhe. Und dann sagen die Mitarbeiter, die Bewohner, die wir hier begleiten, die kennen wir seit dreißig Jahren und die möchten gerne von uns geduzt werden. Was machen wir jetzt? Und dann habe ich ein Dilemma.

Insofern finde ich, Aufsicht kann punktuell etwas beitragen, aber sie ist nicht die Lösung. Wir brauchen ganz viele verschiedene Maßnahmen. Bunte Pakete. Es ist mal versucht worden, in Brandenburg Ombudspersonen für die Einrichtungen einzurichten. Da sollte aus der Kommune jemand benannt werden, der sich für eine bestimmte Einrichtung der Behindertenhilfe oder auch der Pflege verantwortlich fühlt und da gelegentlich hinget und mal guckt, was da so los ist. Und auch die Einrichtung öffnet für die Gesellschaft. Das hat bei Pflegeeinrichtungen einigermaßen funktioniert, bei Einrichtungen der Eingliederungshilfe nicht. Es fand sich niemand, der bereit war, dieses Amt der Ombudsperson zu übernehmen. Wenn ich unangemeldet in Einrichtungen gehe, was die Mitarbeiter immer erschreckt, gehe ich als aller erstes in die Küche, mache den Kühlschrank auf und gucke was drin ist. Weil das für mich ein sehr bezeichnender Moment ist, wie ist denn die Kultur hier? Gibt es Salat oder gibt es eigentlich nur Tiefkühlpizza? Und solche Dinge müssen wir irgendwie versuchen, zu implementieren. Und das, was für mich bei der Studie am allerwichtigsten war, Menschen, die Außenkontakt haben, sind weniger gefährdet, Gewalt zu erleben. Also ich habe das ganze Buch, das Dicke, durchgelesen und habe immer gesucht, was muss ich jetzt machen? Es waren nicht so viele Stellen, an denen ich konkret fündig geworden bin, aber das war eine und die merke ich mir seitdem und versuche das stärker zu forcieren.

Was uns fehlt

Die Zivildienstleistenden fehlen uns. Und das merken wir seit einigen Jahren. Was haben wir von denen profitiert?! Man weiß immer erst hinterher, was gut war oder was besonders gut war. Wenn es da mal jemals irgendwie eine Möglichkeit gäbe, weil das war ein Stückchen Zivilgesellschaft in der Einrichtung. Ein paar sind hängen geblieben, ein paar sind Sparkassen-Direktor geworden und erinnern sich an uns und schicken uns eine Spende. Großartig. Das war mir wichtig nochmal zu sagen, weil wir brauchen ganz viele Maßnahmen. Wir brauchen die Kontaktgesprächsverbände, weil sie einen Blick auf die Angelegenheit haben, der nochmal sehr vielfältig ist. Ich schaue nur in der Regel als Lebenshilfe-Mensch auf Lebenshilfe-Einrichtungen und selten darüber hinaus. Ich gebe mir Mühe, auch Andere zu kennen. Nicht immer gelingt mir das so gut. Also insofern die Bitte, einfach drauf zu schauen, wie sich die Sachen auch entwickeln, insbesondere angesichts der großen Herausforderung, ich glaube Herr Hinz hat es vorhin gesagt, die ja sowieso in den nächsten Monaten und Jahren auf uns zuzukommen drohen.

Rolf Schmachtenberg

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Resonanz in Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit – Erfolgsbilanz?

Mit der Öffentlichkeit ist das wie generell in der Politik für Menschen mit Behinderung, wir haben im Grunde genommen ein Paradox. Millionen Menschen sind betroffen und im Grunde genommen weiß jeder, dass er irgendwie auch mal betroffen sein könnte, wenn er es nicht sowieso schon ist und es bloß verdrängt hat. Und gleichzeitig ist die »Stiftung Anerkennung und Hilfe« kein großes Thema in der Öffentlichkeit. Ganz selten kommt sie in die Tagesschau. Das Thema ist generell ein »Beta-Thema«. Arbeitsmarktzahlen oder die nächste Rentenerhöhung oder die Debatte um das Renteneinstiegsalter, das sind »Alpha-Themen«. Da muss die Bild-Zeitung nur irgendeine schnell hingeworfene Aussage auf der Titelseite veröffentlichen und schon ist eine ganze Debatte am Laufen.

Und so ist die Stiftung faktisch im Ergebnis ein Thema der Fachöffentlichkeit. Doch diese Fachöffentlichkeit ist riesig, weil eben ganz viele Menschen davon betroffen sind. Sei es unmittelbar, sei es als Angehörige und sei es auch als Mitarbeiterin oder Mitarbeiter eines Leistungserbringers. Sehr viele Menschen arbeiten in verschiedensten Formen, in Beratungsstellen, bei den Leistungsträgern, bei den Erbringern.

Mit der Stiftung haben wir tatsächlich Einiges erreicht und vielleicht auch ein Beispiel dafür geschaffen, dass es in der Tat immerhin ein Stück weit möglich ist, Vergangenheit aufzubereiten. Ich bin der Auffassung, dass generell Vergangenheitsaufbereitung ganz schwierig ist. Deswegen war es auch bezeichnend, dass es so ein langwieriger und schwieriger Prozess war, überhaupt diese Stiftung zu errichten. Weil viele der Errichter sich fragten: ist das überhaupt ein Projekt, das jemals erfolgreich sein kann? Ist das nicht sozusagen von vornherein zum Misserfolg verdammt, wenn wir versuchen wollen, hier diese heiklen Lebenslagen aufzuarbeiten und anzuerkennen? Welche gute Nachricht kommt denn da am Ende heraus? Sollen wir Geld aus unserem engen Haushalt raus knapsen, ob das jetzt die Kirchen, die Länder oder der Bund sind, für ein Thema, bei dem es so schwierig ist, erfolgreich zu sein?

Vor dem Hintergrund bin ich sehr froh, dass es gelungen ist, diese Widerstände zu überwinden und auch

mit einer klaren Agenda vorzuziehen, die ich ja gerne vorhin nochmal vorgetragen habe. Mit dieser dreistufigen Agenda, öffentlich, wissenschaftlich, individuell, ist die Stiftung auf allen Ebenen tätig geworden. Und bei allem Erreichten kann man sagen, das Bessere ist der Feind des Guten. Man könnte sicherlich in allen drei Komponenten immer noch mehr machen, aber ich denke, wir sind damit ein gutes Stück vorangekommen.

Mehr noch halte ich es auch für wichtig, den Blick nach vorne zu richten und nicht in der Vergangenheitsbetrachtung zu verharren. Ja, früher war das ja alles schlimm und das können wir ja versuchen aufzuarbeiten. Aber was bedeutet das eigentlich für heute? Frau Schepker ist ja schon mit ihrem Beitrag mehr in die Gegenwart gerückt und Herr Hinz hat auch drauf hingewiesen in seinem Beitrag. Wir haben nach wie vor Einrichtungen, die vom Typ eher tendenziell geschlossene Einrichtungen sind, auch heute noch, aus verschiedenen Gründen. Und wie können wir sie öffnen? Wie können wir »ambulant statt stationär« vorantreiben? Aber ambulante Formen werden nicht in allen Fällen möglich sein. Wie können wir dann dafür sorgen, dass sich möglichst wenige von diesen Vorkommnissen noch weiterhin ereignen? Also den Blick dahin wenden und unsere Energie nicht nur in die Aufarbeitung der Vergangenheit stecken. Das ist mir wichtig.

Gewaltschutz im SGB IX – Motivation des Gesetzgebers

Das Motiv ist, dass der Gesetzgeber offenbar nicht seine Augen davor verschließt, dass auch heute in Einrichtungen der Teilhabe Gewalt passiert. Es sind asymmetrische Situationen, die da bestehen. Sie sind daher latent gefährdet, in Gewaltsituationen abzugleiten. Ich trete dafür ein, diesen problematischen Sachverhalt offen anzusprechen und ihn nicht zu tabuisieren. Das ist eine schwierige Stelle und es gibt ohne Zweifel - wenn man Einrichtungen besucht, kann man das auch erfahren - wirklich sehr herausfordernde Situationen mit einzelnen Betroffenen auch für die dort arbeitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Deswegen hat der Gesetzgeber mit dem Teilhabestärkungsgesetz den § 37 a ins SGB IX geschrieben. Er schreibt zunächst mal nur vor, dass ein Konzept erarbeitet werden muss. Das ist eine sehr kurze Vorschrift, mit der wir aber einen Prozess einleiten. Denn jetzt muss dieser mit Inhalt gefüllt werden, müssen wir daran arbeiten, dass es zu Leitfäden und zu Umsetzungsbeispielen kommt. Wir haben in der am 01. März 2022 in Kraft getretenen, gemeinsamen

Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation das nochmal für den Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben festgehalten. Wir beabsichtigen, Workshops durchzuführen, um hier Leitfäden zu entwickeln. Und wir haben zusammen mit dem BMFSFJ auch noch eine Studie auf den Weg gebracht zu den Gewalterfahrungen von Menschen mit Behinderung, insbesondere Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen. Ihre Ergebnisse werden im zweiten Quartal 2024 veröffentlicht. Wir sind hier also in einem multidimensionalen Ansatz unterwegs und wir sind nicht naiv im Sinne von »Jetzt haben wir was ins Gesetz geschrieben und damit ist die Welt dann gut«. Wir sagen, das ist der Beginn des Prozesses und nicht das Ende.

Transparenz in Bezug auf gesellschaftliche Teilhabe und Gewaltschutz

Transparenz ist zentral. Sie kann uns helfen, in der Politik für Menschen mit Behinderungen Fortschritte zu erzielen. Der Teilhabeverfahrensbericht zeigt beispielsweise, wie lange bestimmte Prozesse dauern, wie viel Selbstvornahmen es gibt, wie viele persönliche Budgets es gibt (furchtbar wenige), etc. Weiterhin haben wir den Teilhabe Survey eingeführt und gehen gerade in die zweite Runde. Über diesen Teilhabe Survey erhalten wir eine systematische Beobachtung dessen, was in der Lebenswelt Menschen mit Behinderungen und der Behindertenhilfe geschieht.

Ich möchte noch einmal betonen, wir haben eine Chance. Man sollte ja immer - soweit machbar - aus einem Problem auch eine Chance machen. Das Problem ist der zunehmende Fachkräftemangel. Man kann aber auch sagen, dass das eine riesige Chance ist. Weil natürlich das zu einem Austausch und einer Neuaufstellung kommt, wenn wir neue Menschen dafür gewinnen, junge Menschen dafür gewinnen, hier in der Behindertenhilfe tätig zu werden. Wenn wir sie mit auch angepassten und neuen Qualifizierungskonzepten erreichen, so wird der notwendige Haltungswechsel erreichbar. Das ist eine große Chance. Und wahrscheinlich wird ein relativ hoher Anteil der künftig betreuenden und assistierenden Kräfte auch einen anderen kulturellen Hintergrund mitbringen, denn wir setzen auch auf Zuwanderung. Manche zugewanderte Menschen kommen aus Kulturen mit einem anderen Zugang zu Menschen mit Behinderung. Das kann Risiken bergen, aber das ist ein ganz spannender Moment, den wir auch proaktiv aufgreifen sollten. In manchen anderen Kulturen wird beispielsweise nicht so stigmatisierend umgegangen mit Behinderungen. Ein

Beispiel dafür beschreibt Samuel Koch in seinem Buch: Er reist am liebsten in afrikanische Länder. Da fühlt er sich wohl, weil es so erlebt, dass es dort sehr viel weniger »Berührungängste« gibt. Dies aufgreifend sehe ich darin eine Chance, weil es auch mit Haltung zu tun hat und nicht nur abstrakt mit Qualifizierung.

Bundesweite Standards können wir über die angesprochenen Leitfäden womöglich setzen. So ein Erfassungs- bzw. Dokumentationsthema, wie Sie es vorgestellt haben, könnte ein interessanter Ansatz sein. Und mehr noch, wenn das die Länder angehen und erproben würden, wäre das natürlich sehr, sehr gut. Und ich teile die Einschätzung von Ihnen, dass die Aufsicht von außen die angesprochenen Probleme nicht vollständig beseitigen und lösen kann, aber sie kann natürlich Anstöße geben. Und wenn da gar keine Aufsicht wäre, wäre es natürlich noch viel dramatischer.

Zum Abschluss ein kurz gefasster Wunsch in Bezug auf die Stiftung:

Ich wünsche mir möglichst viele Gedenktafeln gegen das Vergessen.

Rainer Schaff

Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG)

Resonanz in der Selbsthilfe

Wenn ich von mir selber ausgehe: Ich war eine lange Zeit in der regionalen Selbsthilfe aktiv und da hat man ab und zu mal ein Schreiben bekommen, irgendwie mit dem Logo von der Stiftung und dadurch habe ich darüber was erfahren. Das war für mich aber nicht die Motivation, als regionaler Vertreter zu sagen, ich werde da irgendwie aktiv. Ich bin dann später eingeladen worden zur Vorbereitung dieser Veranstaltung und da habe ich dann erstmalig auch intensiver ein Verständnis davon bekommen, für was die Stiftung da ist.

Aufsicht und Berichterstattung regional und bundesweit

Auf der Landesebene ist es so, dass es in Baden-Württemberg nach dem Psychisch-Kranken-Hilfegesetz Besuchskommissionen gibt. Die sind da eingerichtet worden, und da ist es so, dass Patienten, Betroffene oder Betroffenenvertreter ja auch Teil des Teams sind, die aufsuchend eine Einrichtung anschauen. Ich finde, das ist irgendwie ein punktueller Ansatz und der muss weiterentwickelt werden. Es reicht nicht, dass ein Patient, bzw. ein ehemaliger Patient dabei ist und eine Klinik begutachtet. Dafür braucht es auch eine gewisse Qualifizierung und eine Eignung.

Und ich weiß auch nicht, wie die Auswirkungen tatsächlich sind von diesen Besuchskommissionen. Das läuft auch anonymisiert, und mit Ankündigung in Baden-Württemberg. Das sind so Punkte, die ich bedenklich finde. Wie sollen wir denn jetzt da herausfinden, wo es wirklich hakt in einer Einrichtung, wenn wir mit Ankündigung hinkommen und hofiert werden. Also ich glaube, da muss man weiterarbeiten. Da müssen die Kommissionsteilnehmenden und wir Betroffenen befähigt werden und wir dann auch wirklich aussagekräftig darauf hinwirken können, dass es auch Veränderungen gibt. Zum Beispiel in Form von einer Meldeliste, die auch wirklich transparent ist, also auf regionaler Ebene, vielleicht auch auf der Bundesebene. Also dass man wirklich sieht, wer macht was, wo gibt es welche Maßnahmen? In welcher Intensität? Und dann gibt es natürlich auch eine Konkurrenz untereinander und die Frage, warum gibt es da an einem Ort ganz viele Zwangsmaßnahmen und an

einem Ort nicht und wie kommt das zustande? So ein bundesweites Melderegister über solche Maßnahmen fände ich sehr hilfreich.

Erstandene Ressourcen als Rückweg aus der Subkultur Psychiatrie in die Gesellschaft

Also ich wünsche mir, dass die Erfahrung, die wir gemacht haben, zum Beispiel in der Bewältigung von Krisen, dass es nicht nur als etwas, was man behandeln, normalisieren muss, betrachtet wird, sondern, dass es ein reicher Erfahrungsschatz ist, den man mitbringt als Know-How, wie ich meine persönliche Krise bewältige oder wie ich mit dem Thema Psyche, was hält mich gesund und so weiter, umgeht. Diese Ressourcen, die ich entwickle im Laufe meines Lebens, die viele entwickeln, dass wir die auch und auch als psychiatrisches Hilfesystem dahingehend nutzen, aus dieser Subkultur Psychiatrie rauszukommen und da auch mal wirklich den Weg in die Gesellschaft zu machen und uns nicht nur in diesem geschlossenen System uns aufhalten, sondern wirklich in die Gesellschaft gehen und das auch mit den Stärken und mit dem, was wir zu bieten haben.

Renate Schepker

Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Weissenau

Kinder- und Jugendpsychiatrie, Stiftung Anerkennung und Hilfe

Wir haben uns sehr gefreut über die Einrichtung der Stiftung, weil es einen Streit mit unseren Vorvätern gab, darüber, wie schlecht und wie schämenswert eigentlich die Vergangenheit der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist. Und das nochmal auch für die Nachkriegszeit wissenschaftlich aufzuarbeiten, das war uns schon ein Anliegen. Wir haben dann sehr große Anstrengungen gemacht und haben das auch geschafft, dass die Akten über kinder- und jugendpsychiatrische Patientinnen und Patienten in allen Kliniken, die damals schon am Netz waren, erhalten bleiben und wir haben ein Schreiben des BMG bekommen, dass wir Akten bis zum Abschluss der Arbeiten der Stiftung Anerkennung und Hilfe nicht vernichten sollen.

Es gibt ja andererseits auch das »Recht auf Vergessen-werden« und diesbezüglich unterschiedliche Bestrebungen des Datenschutzes. Es war uns wichtig, dass wir auch die Chance haben – wie Herr Schmachtenberg vorhin gesagt hat –, dass einzelne Institutionen auch ihre eigene Geschichte beforschen können, so wie wir es in diesem Zusammenhang ebenfalls gemacht haben. Es war ja auch ein Kinder- und Jugendpsychiater im Beirat der Stiftung, was auch sinnvoll ist und war. Ich muss zu meinem Bedauern sagen, dass die Ergebnisse – etwas coronabedingt, weil Tagungen nicht mehr stattfinden und abgesagt oder nur online und dann verkürzt werden – noch nicht vorliegen. Die Rezeption ist noch nicht weit genug gedungen und die Lehren, die man daraus ziehen muss, was ich versucht habe, darzustellen, sind auch noch nicht komplett gezogen. Wir haben noch etwas zu tun.

Impulse durch die Kinderrechtskonvention

Die Kinderrechtskonvention hat sehr viel verändert in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Kinder und Jugendliche haben eigene Rechte. Wir hatten zum Beispiel Forschungen aus den Nullerjahren, dass Kinder und Jugendliche gar nicht richtig aufgeklärt wurden über die Medikamente, die sie bekamen. Und heute ist das in einer neueren Befragung so, dass sie über alles gut aufgeklärt waren und am besten über die Medikamente, weil das Fach das verstanden hat, auch wenn das überhaupt nicht das Wichtigste ist. Das

heißt, wir haben es zwar realisiert im Fach, aber noch nicht hundert Prozent umgesetzt mit der Partizipation und eben auch mit dem Wichtigsten in der Konvention, dem Respekt vor autonomen Wünschen und Bedürfnissen, auch von Kindern, auch von Jugendlichen.

Dies ist eine Grundhaltung von zuhören, von hinhören und hinsehen. Was passiert ist, ist seit den 90er Jahren, dass die Familien mehr einbezogen werden. Es gibt keine Kinder- und Jugendpsychiatrie, die sich nicht dazu bekennt, Eltern zu informieren, Eltern einzuladen, die Stationen zu öffnen usw. Anders als Sie, Herr Hinz, es aus der Behindertenhilfe von früher geschildert haben. Man gibt das Kind an der Tür ab und fertig. Das ist in der Kinder- u. Jugendpsychiatrie nicht mehr der Fall, weil erkannt worden ist: Ohne Familien kann man niemanden behandeln. Geht gar nicht. Oder ohne Bezugsperson, auch in der Jugendhilfe nicht. Ich denke, wir brauchen ein ganzes Bündel an Maßnahmen und wir brauchen vielleicht auch mehr bundesweite Standards.

Aufsicht und Besuchskommissionen

Ich finde das mit der Kontrolle von außen ganz gut. Zum Beispiel das Erfassen von Zwangsmaßnahmen, wenn man daraus Benchmarks macht, das heißt: Die eine Klinik darf sich mit der anderen vergleichen. Ich fände es gut, wenn staatliche Besuchskommissionen hinschauen und die richtigen Fragen stellen. Das ist nicht in jedem Bundesland so. Ich habe neulich die niedersächsische Besuchskommission beraten, die die Jugendkommission lange ausgesetzt hatte und die Mitglieder der Kommission haben mir erzählt: «Wir werden dann immer in ein Besucherzimmer gebeten und wir kommen überhaupt nicht auf die Station. Wir sehen überhaupt nicht, ob es da einen Isolierraum gibt und wie der aussieht. Wir sehen überhaupt nicht, ob da ein Fixierbett mitten im Flur steht und Angst verbreitet und so weiter.» Ich habe der Kommission geraten, das Besichtigen der Stationen zu ihrem Konzept zu machen und bei jedem Besuch zu verlangen. Die Brandenburger Besuchskommission hat sich in ihrem im Netz befindlichen Bericht darüber ausgelassen, dass ihr entgegen dem Auftrag des Bundeslandes in einigen Kliniken nicht die Personalausstattung mitgeteilt wird und diesbezüglich Widerstände von den Trägern kommen. Das sind alles Dinge, die nicht gehen und wo wir wirklich noch viel zu tun haben und wo es gut wäre, bundesweite Standards zu haben. Genauso wie ich es wichtig finde, ein verpflichtendes Kinderschutzkonzept für jede Einrichtung zu haben. Wenn es gut gemacht wird braucht es dann auch so ein biss-

chen Peer Review Kontrolle. Ein Konzept, das eine Risikoanalyse voraussetzt: In welchen Situationen passiert Gewalt und passiert Nichtwahrnehmen von Bedürfnissen? Ein Konzept, das auch regelmäßig aktualisiert werden muss.

Aufhebung der Versäulung in der Sozialgesetzgebung

Ich ärgere mich über unsere Versäulung. Es gibt ein wunderschönes Gesetz mit einem neuen Paragraphen im SGB IX zum Gewaltschutz, aber nicht im SGB V, also wir haben keine Verpflichtung seitens der Krankenhäuser, das finde ich ganz schwierig. Es gilt nur für Reha-Fälle, aber nicht für Akut-Fälle. Wir bräuchten das im Krankenhaus auch. Und warum werden Kinder aufgeteilt zwischen den Säulen der Gesetzgebung? Das muss endlich aufhören. Das SGB VIII versucht jetzt gerade, die behinderten Kinder zu inkludieren, aber das sind noch nicht die psychisch kranken Kinder aus dem SGB V, um die es hier heute auch gegangen ist. Das finde ich einfach nur bedauerlich. Kinder sind nicht teilbar, auch nicht aufteilbar in verschiedene Bereiche. Genauso ärgert mich immer noch, dass vieles verloren geht an den Grenzen zwischen ambulant und stationär. Ja, das wurde von Ihnen, Herr Hinz, auch erwähnt. Da müssen wir auch noch viel innovativer werden. Und es sollte nicht sein, dass die stations-äquivalente Behandlung von den Kostenträgern bekämpft wird, obwohl es ein wunderbares neues Konzept ist, das Kinder und ihre Familien einbezieht und dort hilft, wo die Kinder leben. Wir haben da noch viel vor uns.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Wolfgang Bayer

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe, Berlin

Dr. Thorsten Hinz

Vorstand der Stiftung Nieder-Ramstädter Diakonie
(bis 01.12. 2022 Vorstand der Stiftung St. Franziskus),
Mühltal

Susanne Meffert

Geschäftsführerin Lebenshilfe Landesverband
Brandenburg e.V., Hoppegarten

Dr. Andrea Riedle

Direktorin der Stiftung Topographie des Terrors
(Vorsitz), Berlin

Rainer Schaff

Vorstand Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische
Gesundheit (NetzG), Sipplingen

Dr. Klaus Schepker

Universitätsklinikum-Ulm, Klinik für Kinder- u. Jugend-
psychiatrie/Psychiatrie Ulm

Prof. Dr. Renate Schepker

Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Chefärztin
der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des
Kindes- und Jugendalters Weissenau

Dr. Rolf Schmachtenberg

Staatssekretär Bundesministerium für Arbeit und
Sozialordnung,

Die Verbände im Kontaktgespräch Psychiatrie:

Bundesverband Angehöriger Psychisch Kranker (BApK)

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrene (BPE)

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB)

Der Paritätische Wohlfahrtsverband

Dachverband Gemeindepsychiatrie

Aktion Psychisch Kranke (APK)

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband (AWO)

Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde (BAG GPV)

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Fachbeirat Psychiatrie im CBP

Bundesweites Netzwerk Sozialpsychiatrische Dienste

Deutsches Rotes Kreuz

Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie

Diakonie Deutschland

Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG)

**Die Veranstaltung fand statt mit
Unterstützung der Stiftung Topographie des Terrors**

und der Aktion Mensch

