Hemma Mayrhofer, Gudrun Wolfgruber, Katja Geiger,
Walter Hammerschick, Veronika Reidinger (Hg.)

Kinder und Jugendliche mit Behinderungen in der Wiener Psychiatrie von 1945 bis 1989

Stationäre Unterbringung am Steinhof und Rosenhügel

Schriften zur Rechts- und Kriminalsoziologie

Band 8

LIT

IRKS

Hemma Mayrhofer, Gudrun Wolfgruber,
Katja Geiger, Walter Hammerschick,
Veronika Reidinger (Hg.)

Kinder und Jugendliche mit Behinderungen in der Wiener Psychiatrie von 1945 bis 1989

Schriften zur Rechts- und Kriminalsoziologie

herausgegeben von

Dr. Walter Fuchs, Dr. Walter Hammerschick,
Dr. Veronika Hofinger, Dr. Hemma Mayrhofer
Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie (IRKS) Wien

Band 8

LIT

Hemma Mayrhofer, Gudrun Wolfgruber,
Katja Geiger, Walter Hammerschick,
Veronika Reidinger (Hg.)

Kinder und Jugendliche mit Behinderungen in der Wiener Psychiatrie von 1945 bis 1989

Stationäre Unterbringung am Steinhof und Rosenhügel

LIT

Diese Publikation wurde durch den Wiener Krankenanstaltenverbund gefördert.

Gedruckt auf alterungsbeständigem Werkdruckpapier entsprechend ANSI Z3948 DIN ISO 9706

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

ISBN 978-3-643-50792-1

© LIT VERLAG GmbH & Co. KG
Wien 2017
Garnisongasse 1/19
A-1090 Wien
Tel. +43 (0) 1-409 56 61 Fax +43 (0) 1-409 56 97
E-Mail: wien@lit-verlag.at http://www.lit-verlag.at

Auslieferung:
Deutschland: LIT Verlag Fresnostr. 2, D-48159 Münster
Tel. +49 (0) 2 51-620 32 22, E-Mail: vertrieb@lit-verlag.de
E-Books sind erhältlich unter www.litwebshop.de

DANKSAGUNGEN

Diese umfangreiche empirische Studie wäre ohne die tatkräftige Unterstützung vieler Personen und Institutionen nicht umsetzbar gewesen. An dieser Stelle seien einige stellvertretend genannt, unser Dank gilt weit darüber hinaus allen, die uns Ressourcen unterschiedlicher Art, Zugänge, Reflexionsmöglichkeiten, Wissen und Erkenntnisse u.v.m. zur Verfügung stellten. Da ein Teil der Personen, denen wir Dank schulden, zur Wahrung der Anonymität nicht namentlich genannt werden kann, soll – mit Ausnahme der Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats – generell von der Nennung von Namen abgesehen werden.

Möglich wurde diese Studie durch ihre Beauftragung und Finanzierung seitens der Stadt Wien bzw. des Wiener Krankenanstaltenverbunds. Wir konnten uns in den beiden Forschungsjahren stets auf die umfassende Unterstützung unseres Auftraggebers und durch Gesundheits- und Sozialstadträtin Mag.[a] Sonja Wehsely und ihr Team verlassen, wir hatten zugleich in jeder Hinsicht Freiheit und Unabhängigkeit in der Forschung.

Besonderer Dank gilt unseren zahlreichen InterviewpartnerInnen, insbesondere jenen Personen, die selbst einst in einer der beiden stationären Einrichtungen untergebracht waren, oder ihren Angehörigen. Ihre mutige Bereitschaft, ihre oft schmerzlichen Erinnerungen mit uns zu teilen, ermöglichte uns essenzielle Einsichten in die damaligen Geschehnisse und deren tieferes Verständnis. Ebenso danken wir allen ehemals beruflich in den Einrichtungen oder in deren Umfeld tätigen GesprächspartnerInnen, die uns vor allem vertiefende Kenntnisse der Alltagspraktiken jenseits des offiziell in Akten festgehaltenen Geschehens ermöglichten. Wir bitten um Verständnis dafür, dass die in diesem Band zusammengefassten Forschungsergebnisse nicht immer deckungsgleich mit den persönlichen Erinnerungen sein mögen. Dies liegt v.a. darin begründet, dass eine wissenschaftliche Rekonstruktion vergangener Ereignisse anderen Regeln folgt und durch andere Prozesse bestimmt ist als persönliche Erinnerung, ohne dass damit das eine oder andere in seiner Bedeutung abgewertet werden soll.

Hervorzuheben ist die umfassende Kooperation der beiden Krankenanstalten, Otto Wagner-Spital sowie Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel, an welche die untersuchten stationären Einrichtungen angebunden waren. Sie gewährten uns uneingeschränkten Zugang zu relevanten Aktenbeständen und unterstützten uns tatkräftig bei der Recherche.

Die Fülle an erschlossenen Akten und Dokumenten ist Ausdruck ihrer großen Bemühungen um Unterstützung unseres Forschungsvorhabens.

Einen speziellen Dank schulden wir auch den Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats, ao. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Forster (Universität Wien), Dr. Gert Lyon (Facharzt für Psychiatrie und Neurologie), FH-Prof. Mag. Dr. Elisabeth Raab-Steiner (FH Campus Wien), Prof. Dr. Darja Zaviršek (Universität Ljubljana) und Univ.-Doz. Dr. Arno Pilgram (IRKS-interner Consultant). Die Gespräche mit ihnen, ihre Expertise bei unterschiedlichen Detailfragen sowie ihr Feedback zu ausgewählten Berichtsteilen brachten viele wertvolle Impulse für unsere Forschung, für die wir uns sehr herzlich bedanken. Darüber hinaus konnten wir ExpertInnen spezifischer Rechtsmaterien, zur Psychiatrie sowie Behindertenhilfe zu ausgewählten Fragestellungen hinzuziehen und ihr Wissen in die Studie einfließen lassen. Dank gebührt auch ForschungskollegInnen, die für Reflexion und Unterstützung mit unterschiedlichen Materialien dem Projekt zur Verfügung standen.

Bei der Erschließung relevanter Aktenbestände im Bereich der Stadt Wien wurden wir durch die MitarbeiterInnen der Magistratsabteilung 2, des Amtes für Jugend und Familie (MA 11) sowie des Wr. Stadt- und Landesarchivs (MA 8) hilfreich unterstützt, wofür wir uns sehr herzlich bedanken. Zudem stellten die Recherchemöglichkeiten in anderen Archiven, etwa dem Dokumentationsarchiv des Österreichischen Widerstandes (DÖW) oder dem Bildarchiv der Österreichischen Nationalbibliothek zusätzliche Quellen bereit.

SelbstvertreterInnen (People First) sowie verschiedene Einrichtungen der Behindertenhilfe leisteten wichtige Unterstützung beim Feldzugang, ihnen ist es mit zu verdanken, dass wir so viele einst in den beiden stationären Einrichtungen untergebrachte Personen interviewen konnten.

Und last but not least bedanken wir uns beim LIT-Verlag vielmals für das große Entgegenkommen und die professionelle sowie äußerst rasche Umsetzung der Publikation dieser umfangreichen empirischen Arbeit.

Das Forschungsteam

Wien, im Jänner 2017

INHALT

Executive Summary – Zusammenfassung zentraler Erkenntnisse
Hemma Mayrhofer 13

Pavillon 15 „Am Steinhof“....14
„Rett-Klinik“ – Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder....24

Teil A: Zielsetzung, Methodik und Datengrundlage 35

1. Einleitung: Erkenntnisinteresse und Fragestellungen der Studie
Hemma Mayrhofer....35

2. Methodik und erschlossene Daten
Hemma Mayrhofer, Gudrun Wolfgruber, Katja Geiger....42

2.1. Akten und Dokumente....42
2.2. Interviews: Befragung von ZeitzeugInnen und ExpertInnen....53

Teil B: Fallstudie zu Pavillon 15 „Am Steinhof“....59

3. Geschichte und Struktur des „Kinderpavillons“
Hemma Mayrhofer....60

3.1. Chronologie & institutionelle An- und Einbindung....60
3.2. Organisation und materielle Ressourcenausstattung....66
3.3. Räumliche Beschaffenheit des „Kinderpavillons“....67

4. Personal und Entscheidungsstrukturen auf Pavillon 15
Hemma Mayrhofer, Gudrun Wolfgruber....73

4.1. Zusammensetzung des Personals und formale Hierarchie....73
4.2. Qualifikation und Berufsverläufe des Pflegepersonals – Selektionsmechanismen....78
4.3. Informale Entscheidungspraxis auf Pavillon 15....89

5. Kinder und Jugendliche auf Pavillon 15: Zusammensetzung und Wege in die Anstalt
Hemma Mayrhofer, Gudrun Wolfgruber, Katja Geiger....93

5.1. Anzahl, Alter und Geschlecht der Kinder und Jugendlichen....94
5.2. Herkunft der Kinder & Wege in die Anstalt....97
5.3. Einweisungsgründe und -prozedere....112
5.4. Aufnahmediagnosen....129
Exkurs: Gerichtsgutachter Friedrich Stumpfl....130

6. Medizinische Standards und Versorgung
Gudrun Wolfgruber, Katja Geiger 133

7. Lebensalltag und Betreuungssituation der Kinder und Jugendlichen auf Pavillon 15
Hemma Mayrhofer 147

7.1. Differenzen zwischen Kindergruppen 149
7.2. Physische Versorgung 151
7.3. Lebensalltag der Kinder & pflegerische Betreuungspraxis 172
7.4. Sexualität und sexualisierte Gewalt 195

8. Freiheitsbeschränkende Praktiken auf Pavillon 15
Hemma Mayrhofer 199

8.1. Beschränkungsfördernde Rahmenbedingungen 199
8.2. Beschränkungsformen: Netzbett, Fixierung und Medikamente 202
8.3. Widerstand gegen Freiheitsbeschränkungen 211
8.4. Exemplarische Fallrekonstruktionen 214
8.5. Resümee: Freiheitsbeschränkung als Ersatz für Betreuung und Förderung 219

9. Arbeitshaltung und Handlungsroutinen des Pflegepersonals – systemstabilisierende Mechanismen
Hemma Mayrhofer 221

9.1. Fachliche Standards, Arbeitsauftrag und tatsächliche Arbeitspraxis 221
9.2. Überlastung und Gewalterfahrungen von Pflegekräften 226
9.3. Persönliche und kollektive Abwehr- und Entlastungsmechanismen des Personals – systemstabilisierende Praktiken 228
9.4. Individuelles Engagement und Veränderungsbemühungen 237

10. Therapeutische Maßnahmen
Gudrun Wolfgruber 240

10.1. Therapeutisches Angebot 241
10.2. Wer erhält Therapien? 246
10.3. Förderbemühungen bei fehlenden Ressourcen – und mit unsicherem Erfolg 249

11. Pädagogische Angebote: Schule und Kindergarten
Gudrun Wolfgruber 255

11.1. Die Heilstättensonderschule auf Pavillon 15 255
11.2. Sonderkindergarten auf Pavillon 15 268

12. (Mit-)Arbeitende PatientInnen
Hemma Mayrhofer 274
12.1. HausarbeiterInnen bzw. „Arbeitspfleglinge“ 274
12.2. Werkstätten von Jugend am Werk 278

13. Die vergessenen Kinder? – Außenkontakte und Familienbesuche
Gudrun Wolfgruber, Veronika Reidinger 285
13.1. Fehlendes Interesse von Behörden 285
13.2. Kontakte zu Familienangehörigen 286
13.3. Der Elternverein: Kritik und Mitbestimmung 295

14. Todesfälle, Obduktionen und Untersuchungen an Gehirnen verstorbener Kinder
Katja Geiger, Hemma Mayrhofer, Gudrun Wolfgruber 300
14.1. Todesursachen 300
14.2. Exemplarische Fallrekonstuktionen 303
14.3. Gehirnuntersuchungen durch Heinrich Gross 312

15. Leben nach Pavillon 15
Hemma Mayrhofer 316
15.1. Transfer innerhalb des Psychiatrischen Krankenhauses 317
15.2. Überweisungen in das Psychiatrische Krankenhaus der Stadt Wien in Ybbs/Donau 324
15.3. Übersiedlung in Pavillon 17 – „Förderpflegeheim“ 326
15.4. Andere Einrichtungen und eigenständiges Wohnen 331
15.5. Langzeitfolgen und Diskriminierungserfahrungen 332

Teil C: Fallstudie zur Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder – Lainz/Rosenhügel 335

16. Geschichte und Struktur der „Rett-Klinik“
Hemma Mayrhofer 337
16.1. Chronologie und institutionelle An- und Einbindung 337
16.2. Organisation, materielle Ressourcen und Räumlichkeiten der Abteilung 347

17. Personal und Beschäftigungsverhältnisse
Hemma Mayrhofer, Gudrun Wolfgruber 353
17.1. Personelle Zusammensetzung und Beschäftigungsverhältnisse 353
17.2. Qualifikation des ärztlichen, psychologischen und Pflegepersonals 361

18. Leitungsstrukturen und Entscheidungspraxis an der „Rett-Klinik“
Hemma Mayrhofer 365

18.1. Leitungsstrukturen: formale Hierarchie, informelle Machtmonopole und Laissez faire 366
18.2. „Es gab nur einen Gott“: Zur Führungsrolle des Abteilungsvorstandes an der Klinik 371
18.3. Das System „Schwester M.“: Die Macht des Vorzimmers 375
18.4. Entscheidungspraxis: Intransparenz, Kompetenzüberschreitungen und riskante Abhängigkeiten 381

19. Beschreibung der stationär aufgenommenen ‚PatientInnen‘
Hemma Mayrhofer 391

19.1. Anzahl, Aufenthaltsdauer, Alter und Geschlecht der Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen 391
19.2. Herkunft der PatientInnen und Wege in die „Rett-Klinik“ 396
19.3. Einweisungsgründe und Aufnahmediagnosen 400
19.4. Exkurs: Retts Haltung gegenüber Menschen mit Behinderungen – Elternbeziehungen 409

20. Medizinische Standards und Versorgung
Gudrun Wolfgruber, Katja Geiger 415

20.1. Anamnese und Diagnostik 415
20.2. Medikamentöse Behandlungen 418
20.3. Medikamententestungen 421

21. Lebensalltag und stationäre Pflege- und Betreuungssituation der PatientInnen
Hemma Mayrhofer 436

21.1. Physische Versorgung 438
21.2. „Liebevolle Verwahrung“ und Abschottung: Lebensalltag der PatientInnen auf der Station 442
21.3. Fachliche Standards und Rollenverständnis des Pflegepersonals 455

22. Freiheitsbeschränkung an der „Rett-Klinik“
Hemma Mayrhofer 463

23. Therapeutische Angebote
Gudrun Wolfgruber 473

23.1. Beschreibung des Angebots 474
23.2. Wer erhielt Therapien? 478

24. Heilpädagogische Angebote: Sonderkindergarten und Sonderschule
Gudrun Wolfgruber 483

24.1. Der Sonderkindergarten 483
24.2. Die Heilstättenschule 490

25. Zur Praxis von Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch an der „Rett-Klinik“
Hemma Mayrhofer, Katja Geiger, Gudrun Wolfgruber 497

25.1. Eugenische und soziale Begründungen für Schwangerschaftsabbrüche und Sterilisierungen 498
25.2. Der Arzt als oberste Entscheidungsautorität 501
25.3. Frauen mit Behinderungen als Gefährdete und Gefährdende: Sterilisierung als Schutz vor sexuellem Missbrauch? 504
25.4. Machtvolle Allianzen und fragwürdige Freiwilligkeit 514

26. „Kuvertmedizin“ und „schwarze Kassen“: finanzielle Transparenzmängel an der „Rett-Klinik“
Hemma Mayrhofer 520

27. Unterbringung nach der „Rett-Klinik“
Hemma Mayrhofer 528

Teil D: Ergänzende Studien und Gastbeiträge 533

28. Rechtlicher Rahmen und rechtliche Praxis
Walter Hammerschick 535

28.1. Grundlagen der Ausführungen 535
28.2. Die Aufnahme in die geschlossene Psychiatrie 536
28.3. Unterbringung und Kontrolle in der geschlossenen Psychiatrie 540
28.4. Die Gestaltung der Unterbringung in der geschlossenen Psychiatrie 556
28.5. Unterbringung in der „Rett-Klinik“ 559
28.6. Sterilisation minderjähriger PatientInnen 561
28.7. Schwangerschaftsabbruch 565
28.8. Obduktionen und Organentnahmen 569
28.9. Züchtigungsrecht und Körperverletzung 570
28.10. Zentrale Beobachtungen und Schlussfolgerungen 576

29. Die NS-Vergangenheit des Personals am Pavillon 15 „Am Steinhof“ und an der „Rett-Klinik“
Rudolf Leo 581

29.1. Vorbemerkung 581
29.2. NS-Beamtenschaft der Heil- und Pflegeanstalt „Am Steinhof“ 582
29.3. Gesetzliche Rahmenbedingungen und Praxis der „Entnazifizierung“ von Personal der öffentlichen Hand 585

29.4. Biografische Skizzen von Pflegepersonal des „Steinhofs“ mit Bezug zu Pavillon 15 587
29.5. Biografische Skizzen von ÄrztInnen mit Bezug zu Pavillon 15 590
29.6. Lainz – Rosenhügel 596
29.7. Zusammenfassung 601

30. The remembrance void of survivors of long-stay institutions during socialism
Darja Zaviršek 603

31. Anstatt eines Schlusswortes: Fünf Thesen zum Umgang mit Gewalt, Zwang und Macht in der Psychiatrie
Gert Lyon 613

Literaturverzeichnis 617

Abkürzungsverzeichnis 629

Executive Summary – Zusammenfassung zentraler Erkenntnisse

Hemma Mayrhofer

In knapp zwei Jahren Forschungsarbeit untersuchte das IRKS – Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie[1] im Auftrag des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV) zwei Einrichtungen zur stationären Unterbringung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen der jüngeren Geschichte Wiens: Pavillon 15 der Heil- und Pflegeanstalt „Am Steinhof" (ab 1963 Psychiatrisches Krankenhaus „Baumgartner Höhe") und die sogenannte „Rett-Klinik" respektive die Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder am Neurologischen Krankenhaus der Stadt Wien-Rosenhügel. Die beiden Institutionen bilden gerade in ihrer Unterschiedlichkeit in besonderer Weise das Spektrum an Abwertungen, Ausgrenzungen, Entrechtlichungen und Vernachlässigungen, aber auch an vorrangig paternalistisch geprägtem Engagement ab, das Menschen mit Behinderungen in der österreichischen Nachkriegsgesellschaft über Jahrzehnte widerfuhr.

Beide Einrichtungen fielen in den Zuständigkeitsbereich des Wiener Anstaltenamtes (Magistratsabteilung 17; heute: Wiener KAV), sie waren aber in unterschiedliche Anstaltstypen eingebunden: Pavillon 15 „Am Steinhof", auch kurz „Kinderpavillon" genannt, war Teil einer geschlossenen Anstalt. Somit wurden die dort untergebrachten Kinder und Jugendlichen zwangsweise angehalten, die Anstalt bzw. das Psychiatrische Krankenhaus konnte sich einer Aufnahme von zwangseingewiesenen Personen auch nicht verwehren. Die vom Neuropädiater Andreas Rett gegründete und geleitete Klinik hingegen gehörte nie einer „Sonderkrankenanstalt für Geisteskrankheiten" an, die dort stationär aufgenommenen PatientInnen befanden sich zumindest aus rechtlicher Sicht nicht in einem Zwangskontext, sondern waren zumeist auf direkte Veranlassung ihrer Angehörigen dort.

---

[1] Das IRKS war für die Konzeption, Leitung und Umsetzung des Forschungsprojekts verantwortlich. In Teilbereiche war das Kompetenzzentrum für Soziale Arbeit der FH Campus Wien der Studiendurchführung über einen Subauftrag mit einbezogen.

Die zentralen Forschungsergebnisse zu jeder untersuchten Einrichtung werden gesondert dargestellt. Die umfassenden Quellenbelege für nachfolgende Befunde sind den ausführlichen Falldarstellungen in den Studienteilen B (Pavillon 15) und C („Rett-Klinik“) zu entnehmen.

PAVILLON 15 „AM STEINHOF“

Pavillon 15 stellte ein umfassendes Gewaltsystem dar, das über den gesamten Untersuchungszeitraum (1945-1983/84) für die überwiegende Zahl der Kinder völlig inadäquate Versorgungs- und Betreuungsverhältnisse aufwies. Solche Zustände in der Versorgung von Menschen mit Behinderungen mögen während des Untersuchungszeitraums verbreitete und hingenommene Realität in Österreich gewesen sein, keineswegs waren sie allerdings zeitgemäßer Standard.

Bei allen auf den „Kinderpavillon“ bezogenen Ausführungen gilt es zugleich im Blick zu behalten, dass die Einrichtung Teil des psychiatrischen Anstaltenkomplexes „Am Steinhof“ war (vgl. hierzu Forster/Pelikan 1978a-c) und diese Sonderkrankenanstalt die strukturellen Rahmenbedingungen des Pavillons und seiner MitarbeiterInnen entscheidend mitprägte. Viele der nachfolgend problematisierten Missstände sind auch Ausdruck dieses institutionellen Gesamtsystems der Psychiatrie, die bis in die jüngste Vergangenheit als gesellschaftliche Institutionen der Verwahrung und Segregation von Menschen mit psychischen Erkrankungen und kognitiven Behinderungen bzw. Lernschwierigkeiten fungierten (vgl. Berger/Hochgatterer et al. 2006).

Folgende Erkenntnisse zur Unterbringung, Versorgung und Betreuung auf Pavillon 15 sollen zusammenfassend hervorgehoben werden:

- Pavillon 15 war in der Zeit des Nationalsozialismus Teil der Tötungsanstalt „Am Spiegelgrund“. In diesem Pavillon wurden die meisten der in dieser Anstalt rekonstruierbaren Euthanasiemorde begangen (vgl. Czech 2014). Die gegenständlichen Forschungen machen sichtbar, dass nach der formellen Auflösung des Spiegelgrundes Ende Juni 1945 nahtlos weiter Kinder und Jugendliche auf diesem Pavillon untergebracht waren. Von Belang ist auch, dass mit wenigen Ausnahmen das gesamte Personal aus der NS-Zeit weiterbeschäftigt wurde – die wenigen Ausnahmen betreffen einzelne besonders belastete Personen (vgl. Leo in diesem Band). Es lassen sich zudem keine Hinweise darauf fin-

den, dass diesem Personal eine ideologische und professionelle „Reorientation“ zuteil geworden wäre.

- Der Pavillon verfügte über 140 systemisierte Betten, die zumeist voll ausgelastet gewesen sein dürften. Das Alter der Personen bewegte sich im Unterbringungszeitraum laut ausgewerteter Krankenakten (ca. 100 an der Zahl) zwischen zwei und 44 Jahren, wobei der absolut überwiegende Anteil minderjährig war. Bis Ende der 1960er Jahren wurden die PatientInnen üblicherweise mit 14 Jahren in den „Erwachsenenstand“ versetzt und meist auf andere Pavillons des Psychiatrischen Krankenhauses transferiert, ab den 1970er Jahren wurden Personen erst mit 18 bzw. 19 Jahren auf andere Pavillons überstellt. Die älteren Personen waren in der Regel mitarbeitende PatientInnen. Auf Basis der verfügbaren Informationen kann geschätzt werden, dass im Untersuchungszeitraum zwischen 600 und 700 Kinder und Jugendliche auf Pavillon 15 untergebracht waren.
- Eine Querschnittsuntersuchung aus den 1970er Jahren über alle zu einem Stichtag auf Pavillon 15 untergebrachten Personen lässt erkennen, dass ca. die Hälfte direkt aus privaten Wohnverhältnissen die andere Hälfte aus anderen stationären Einrichtungen auf den „Kinderpavillon“ kam (vgl. Laburda 1981). Letztere wurden überwiegend schon in sehr frühen Lebensjahren aus Kinderheimen, teilweise aber auch von anderen Krankenanstalten, etwa der „Rett-Klinik“, eingewiesen. Sowohl die zitierte Studie als auch die aktuell gesichteten Kranken- und Jugendamtsakten zeigen, dass zwar nicht alle, aber dennoch viele Kinder und Jugendliche aus Herkunftskontexten mit geringen ökonomischen, kulturellen und sozialen Ressourcen kamen. Teilweise waren die Kinder schon im Elternhaus mit Vernachlässigung und auch Gewalt konfrontiert, fortgesetzt wurden solche Erfahrungen in der Regel in den Kinderheimen, sodass viele bereits mit Hospitalismussymptomen unterschiedlichen Ausmaßes an den „Kinderpavillon“ überstellt wurden.
- Von absolut zentraler Bedeutung für die Einweisung der Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen oder auch „Verhaltensschwierigkeiten“ in die geschlossene Psychiatrie ist das weitestgehende Fehlen adäquater Unterstützungs- und Betreuungsangebote für diese Zielgruppe im Untersuchungszeitraum. Vor diesem Hintergrund müssen familiäre Belastungs- und Überforderungssituationen, die zu einer Fremdunterbringung des Kindes führen konnten, immer auch betrachtet werden. Bedeutsam zeigen sich auch ‚Abschiebepolitiken‘ der vorhandenen Einrichtungen im sozialpädagogischen und medizinischen Bereich, wenn sie mit einem Kind überfordert waren oder dieses sowohl medi-

zinisch ‚uninteressant' als auch sozioökonomisch schlechter gestellt war. Das große Übergewicht an Kindern aus armen und sozial prekären Verhältnissen am „Kinderpavillon" zeigt sich insgesamt als Folge institutioneller Versorgungsmängel, Segmentierungslogiken und Abschiebepraktiken entlang sozialer, ökonomischer sowie auf Pflege- und Betreuungsroutinen bezogenen Kriterien (Abschiebung der die Routinen ‚störenden' Kinder).

- Für eine Zwangsunterbringung musste rechtlich eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegen (vgl. § 49 KAG). Diese wurde in der Regel in einem sogenannten Parere festgestellt, außerdem war die zwangsweise Überstellung aus Gefährlichkeitsgründen von einer öffentlichen Krankenanstalt möglich. Generell spielten in diesen Verfahren Sachverständigengutachten – beispielsweise des Psychologischen Dienstes des Jugendamtes, der Kinderübernahmestelle, der Universitäts-Kinderklinik oder der „Rett-Klinik" – eine große Rolle. Diese Gutachten weisen häufig stereotype Pauschalbegriffe wie „Bildungsunfähigkeit" auf. Die polizeiärztliche Untersuchung bei der Parere-Ausstellung übernahm solch vorliegende Befundergebnisse in der Regel, ohne dass tatsächlich überprüft worden wäre, ob die Einweisung in eine geschlossene Anstalt erforderlich ist. Die erschlossenen Daten zeigen, dass die geforderte Gefährlichkeit häufig vorgeschoben worden sein dürfte, um ‚störende' oder betreuungs- und pflegeintensive Kinder und Jugendliche in die Psychiatrie abzuschieben.
- Die in den Krankenakten des Psychiatrischen Krankenhauses (PKH) vermerkten Aufnahmediagnosen bestätigen, dass eine einmal gestellte Diagnose häufig ohne nochmalige Überprüfung übernommen wurde. In der überwiegenden Mehrzahl der Akten finden sich als Erstdiagnose unterschiedlihce Formen des „Schwachsinns" laut Würzburger Diagnoseschema genannt. Als Zweitdiagnose wurden oft „Epilepsie" oder körperliche Begleiterscheinungen der Behinderung genannt. Die verzeichneten Diagnosen dienten dabei weniger einer spezifischen medizinischen Behandlung, sondern vorrangig der Legitimation der Unterbringung auf Pavillon 15.
- Die materielle und personelle Ressourcenausstattung des Pavillons war – wie die Psychiatrischer Krankenanstalten insgesamt – wesentlich schlechter als die ‚normaler' Krankenhäuser. Im Vergleich mit anderen Pavillons des „Steinhofs" wird sie als durchschnittlich schlecht oder etwas schlechter als der Schnitt erkennbar. Die Räumlichkeiten stellten sowohl aufgrund ihrer Größe, Ausstattung und ihres baulichen Zustandes kein adäquates Lebensumfeld für Kinder dar, noch weniger für

solche mit Behinderungen, da u.a. räumliche Barrieren deren Möglichkeiten zusätzlich limitierten. Die Sanitäranlagen befanden sich in einem völlig ungenügenden Zustand, Möbel waren generell v.a. auf Betten reduziert, geschweige denn gab es kindgerechte Möbel. Ab den 1970er Jahren wurden ein ganzes Jahrzehnt lang nahezu alle baulichen Verbesserungserfordernisse mit Verweis auf die geplante Übersiedlung auf Pavillon 17 abgewiesen oder auf das Allernötigste beschränkt.

- Der Anteil medizinischen Personals am „Kinderpavillon" des PKH war sehr niedrig: Es gab den gesamten Untersuchungszeitraum über bis kurz vor Übersiedlung auf Pavillon 17 nur eine diesem Pavillon spezifisch zugewiesene ärztliche Stelle. Die übrige ärztliche Versorgung wurde durch das zuständige Primariat oder die Krankenanstalt insgesamt bereitgestellt, soweit dies angesichts der allgemein unzureichenden Ausstattung mit ärztlichem Personal am PKH möglich war. Der überwiegende Teil des Personals bestand aus gering qualifizierten Pflege(hilfs)kräften. Auch diese Funktionsebene wird als deutlich unterausgestattet erkennbar, und zwar insbesondere dadurch, dass es die längste Zeit keine (anderen) BetreuerInnen vor Ort gab. Die durch Urlaube und hohe Krankenstände zusätzlich herabgesetzte Anwesenheitsrate des Pflegepersonals war ein Problem vieler Pavillons am PKH. Die Personalpolitik auf Pavillon 15 war bis zum Schluss vorrangig auf Pflegepersonal hin orientiert.
- Die Pflegekräfte waren dem medizinischen Personal formal unterstellt, wurden aber in der Praxis häufig sich selbst überlassen. Leitenden Pflegepersonen (Oberschwester/Stationsschwestern) kam im Alltag besondere Deutungshoheit zu, ihre Zustandsbeschreibungen über die Kinder bildeten eine maßgebliche Grundlage für ärztliche Entscheidungen. Generell lässt sich ein hohes Ausmaß an Verantwortungsübertragung oder eher -abwälzung für das tägliche Geschehen von der ärztlichen Ebene auf das Pflegepersonal erkennen. Das bedeutete auch, letztere mit den großen Herausforderungen und nicht selten Überforderungen im Pavillonsalltag allein zu lassen. Das von unterschiedlichen Leitungsebenen verbreitete risikofeindliche Entscheidungsklima („auf eigene Verantwortung") trug wesentlich zum Verharren der Pflege- und Betreuungsstandards auf meist niedrigstem Niveau bei.
- Die ausgewerteten Krankengeschichten lassen erkennen, dass somatische Erkrankungen der PatientInnen in der Regel medizinisch behandelt wurden, wobei sich die Qualität dieser Behandlung nur unzureichend beurteilen lässt. Sichtbar wird der Einsatz einer breiten Palette an Medikamenten, wobei neben solchen zur Behandlung somatischer

Beschwerden in großen Mengen Psychopharmaka an die Kinder und Jugendlichen verabreicht wurde. Der massive Einsatz sedierender Medikamente hatte den primären Zweck, „störendes" Verhalten zu regulieren: Die empirischen Daten belegen vielfach, dass nicht die Besserung individueller körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen Ziel des medizinischen Handelns war, sondern die Vereinfachung bzw. Kontrollierbarkeit des Stationsalltags. Dabei lassen sowohl Akteneintragungen als auch Interviewaussagen erkennen, dass aggressive Verhaltensweisen sehr häufig auf fehlende emotionale Zuwendung und psychosoziale Förderung zurückzuführen gewesen sein dürften: Vernachlässigung und Sedierung der Kinder waren untrennbar miteinander verbunden.

- Obgleich die Verordnung solcher Medikamente in der Zuständigkeit des ärztlichen Personals lag, wurden sie nahezu ausschließlich durch das Pflegepersonal verabreicht. Diesem wurde durch die Möglichkeit von „Bedarfsmedikation" (sehr häufig fand sich in den Akten z.B. der Zusatz „bei Bedarf verdoppeln") große Handlungsspielräume eingeräumt, zudem scheinen Pflegekräfte deutlich darüber hinaus agiert zu haben. Mehrfach wurde auch von kollektiven Sedierungen der Kinder und Jugendlichen berichtet, indem Beruhigungsmittel ins Essen gemischt wurde. Maßnahmen zur Sanktionierung solcher Überschreitungen konnten in den erschlossenen Daten nicht gefunden werden, vielmehr dürfte es bis in die zweite Hälfte der 1970er Jahre einen Konsens zwischen ärztlicher und pflegerischer Ebene in Bezug auf diese Praktiken gegeben haben. Und auch in der letzten Phase bis zur Auflösung des „Kinderpavillons" scheint es nicht gelungen zu sein, sie nachhaltig zurückzudrängen.
- Die überwiegende Zeit des Untersuchungszeitraums finden sich so gut wie keine Hinweise auf therapeutische Maßnahmen jenseits eines medikamentösen Ruhigstellens oder auf heilpädagogische Interventionen. Dies entsprach dem vorherrschenden Verständnis von Behinderung als nicht veränderbar, zudem bzw. damit einhergehend gab es so gut wie keine Ressourcen und Personal für Therapie (dies traf grundsätzlich auf weite Bereiche des PKH zu – vgl. Forster/Pelikan 1978b). Ein Wandel weg vom reinen Verwahren hin zu Förderung und Rehabilitation wird erst ab Ende der 1970er Jahre in Ansätzen auf Pavillon 15 erkennbar. Allerdings erhielt nur ein kleiner Teil der untergebrachten Kinder und Jugendlichen entsprechende Angebote (etwa Physiotherapie, Musiktherapie, Logopädie) bzw. Förderprogramme. Auch diese

neue Rehabilitationsorientierung lässt eine stark defizitäre und individualisierende Perspektive auf Menschen mit Behinderung erkennen.

- Die Kinder und Jugendlichen waren im Erdgeschoß und ersten Stock des Gebäudes untergebracht. Die räumliche Zuordnung eines Kindes erwies sich als folgenreich für dessen Versorgungs- und Betreuungsbedingungen auf Pavillon 15. Im ersten Stock wurden (jedenfalls ab den 1960er Jahren) bevorzugt als „förderbar" oder „beschulbar" eingestufte Kinder und Jugendliche untergebracht. Im Erdgeschoß hingegen waren vorrangig solche PatientInnen, die einen hohen Pflegebedarf hatten bzw. als „bildungsunfähig" oder „aggressiv" kategorisiert worden waren. Sie scheinen abgesehen von rudimentärer körperlicher Versorgung großteils sich selbst überlassen gewesen zu sein. Den „Aggressiven" widerfuhr zusätzlich ein hohes Ausmaß an physischer und medikamentöser Freiheitsbeschränkung. Jene Kinder hingegen, die zur Schule gehen durften (dies war die Minderheit), erfuhren im Vergleich dazu (!) eine etwas bessere Versorgung und Betreuung, was vor allem auf den Einfluss des Lehrpersonals zurückzuführen sein dürfte. Dies gilt zumindest ab dem Zeitpunkt des Bestehens einer Schule auf Pavillon 15, d.h. ab 1959. Und auch diese Kinder waren einer absolut nicht kindgerechten Anstaltsumwelt ausgeliefert, die ihre Entwicklungschancen massiv einschränkte.
- Die physische Versorgung der Kinder und Jugendlichen zeigt sich vor allem bei jenen im Erdgeschoß nicht nur als völlig unzureichend, die nötigen Versorgungshandlungen wurden darüber hinaus regelmäßig in demütigender, gewalttätiger und entmenschlichender Weise an den Kindern erbracht. Die Essensverabreichungen geschahen beispielsweise teilweise mit roher Gewalt (etwa bei Problemen beim Schlucken) oder waren mit Quälereien bzw. erniedrigenden Praktiken verbunden. Regelmäßig dürften die zu Versorgenden zu wenig Nahrung erhalten haben. In den Schlaf- bzw. Wachräumen waren aus Sicherheitsgründen großteils die Wasserhähne verschlossen, sodass Kindern keine andere Möglichkeit blieb, als ihren Durst durch Trinken aus der Toilette zu stillen. Dies wurde ihnen wiederum als „Abartigkeit" ihrer Behinderung ausgelegt, welche teilweise mit Freiheitsbeschränkung ‚abgestellt' wurden. Auch der Waschvorgang bzw. das Baden der Kinder stellt sich in den ZeitzeugInnenberichten lieblos-rüde bis äußerst gewalttätig dar: Wiederholt berichteten betroffene Personen von traumatischen Erinnerungen daran. Den Kindern und Jugendlichen wurde in großem Ausmaß verwehrt, grundlegende Fertigkeiten für die eigene physische Versorgung (Essen, Körperpflege, Toilettengang etc.) zu

erwerben, obwohl ein beachtlicher Teil von ihnen dazu in mal größerem, mal geringerem Ausmaß in der Lage gewesen wäre.

- Ein Großteil der nicht die Schule besuchenden Kinder war einem umfassenden Mangel an Umweltanregungen, Zuwendungen und Lernimpulsen ausgesetzt, es fehlte vielfach an Möglichkeiten zu spielen und die Umwelt zu erfahren. Zudem wurden eigene Betätigungsimpulse teilweise durch sedierende Medikamente gedämpft oder körperliche Freiheitsbeschränkung unterbunden – jedenfalls dann, wenn sie das Personal störten. Besonders augenscheinlich wird die weitgehende Absenz von Beschäftigungsanreizen im Fehlen von Spielzeug. Solches war zwar vorhanden, wurde aber zumeist außerhalb der Reichweite der Kinder versperrt gelagert – es hätte ja durch ‚unsachgemäße' Handhabung beschädigt werden können. Diesen blieb, so sie nicht zu sehr freiheitsbeschränkt worden waren, nur der eigene Körper zum Spielen. Sie bildeten Verhaltensweisen aus, die sich als massive Hospitalismussymptome oder aber als kindliches Spiel- und Erkundungsbedürfnis in einer solche Bedürfnisse umfassend missachtenden Umgebung deuten lassen. Gedeutet wurden sie ihnen faktisch als Ausdruck ihrer Behinderung. Nachdem die Kinder zunächst in einer Art und Weise untergebracht und behandelt wurden, die sie behindert werden ließ bzw. ihre Behinderungen teils massiv vergrößerte und verschlimmerte, dienten ihre daraus resultierenden oder dadurch verstärkten Verhaltensweisen wiederum zur Legitimation der menschenunwürdigen Unterbringung und Behandlung. Erst in den letzten Jahren des Untersuchungszeitraums wird ein Bemühen um Spiel und Beschäftigungsmöglichkeiten für die Kinder erkennbar; auch sie bleiben allerdings auf bestimmte Teilbereiche des Pavillons beschränkt.
- Auch wenn aufgrund der Behinderungen teilweise spezielle Pflegetätigkeiten notwendig waren bzw. gewesen wären, entsprach das Tätigkeitsprofil und professionelle Selbstverständnis der Pflegekräfte nicht zentralen Bedürfnissen der untergebrachten Kinder und Jugendlichen. Viele von ihnen waren umfassender emotionaler Deprivation, d.h. einem weitgehenden bis völligen Mangel an emotionaler Zuwendung ausgesetzt. Zunächst führten bereits die Diensteinteilungen zu hoher Diskontinuität in den Kontakten zwischen Pflegekräften und den PatientInnen, hinzu kamen zu geringe Personalressourcen und große Kindergruppen, die von wenigen Personen, manchmal auch nur einer Pflegekraft, zu betreuen waren. Das Personal sah zumeist auch keinen Erziehungsauftrag bei sich und dürfte Beziehungsaufbau großteils abgewehrt haben. Faktisch war es dem Gutdünken und persönlichen

Engagement der Pflegepersonen überlassen, inwieweit sie zu einzelnen Kindern eine Beziehung aufbauten. Die Gepflogenheit, sich „Lieblingskinder“ nach Belieben auszusuchen, ist Ausdruck dieser von Willkür geprägten pflegerischen Betreuungskultur, die zwischen völliger Vernachlässigung und Gleichgültigkeit, Gewalttätigkeit bzw. Misshandlungen und unreflektierter emotionaler Hinwendung sowie Bevorzugung einzelner Kinder schwankte. Bei den diesem Umfeld ausgelieferten Kindern hatte dies gravierende negative Konsequenzen für ihre gesamte psychosoziale Entwicklung und Beziehungsfähigkeit.

- Neben medikamentösen Sedierungen wurden physische Freiheitsbeschränkungen in Form von Netzbetten, Zwangsjacken und anderen körperlichen Fixierungen in großem Maße auf Pavillon 15 eingesetzt. Sie zeigen sich als Entlastungsstrategie des Personals, durch die man sich eine soziale Betreuung weitgehend ersparte und einen möglichst störungsfreien Stationsalltag gewährleisten konnte. Solche Maßnahmen bedurften auch damals grundsätzlich einer ärztlichen Anordnung, faktisch scheint aber häufig das Pflegepersonal mit ärztlicher Duldung darüber entschieden zu haben. Für die Lebensbedingungen und Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder und Jugendlichen hatten diese Praktiken massive negative Folgen. Es wird ein sich wechselseitig verstärkender Zirkel aus durch die Unterbringung verursachten Hospitalismussymptomen und Freiheitsbeschränkungen, mit denen erstere dann im Arbeitsalltag ‚handhabbar‘ gemacht werden sollten, sichtbar. In den letzten Jahren des Untersuchungszeitraums lässt sich ein gewisser Rückgang dieser Praktiken feststellen, sie bleiben aber bis zum Schluss zentraler Bestandteil des Interventionsrepertoires.
- Der überwiegende Teil der in der Kindheit am „Kinderpavillon“ untergebrachten Personen berichtete von körperlichen Misshandlungen, teilweise in großem Ausmaß. Die verübte Gewalt geht eindeutig beträchtlich über Disziplinarmaßnahmen hinaus und scheint von einem Teil des Personals aus Lust am Quälen begangen worden zu sein. Teilweise wurde sie völlig gedankenlos eingesetzt, um etwa eine verfeindete Kollegin über die Misshandlung ihres „Lieblingskindes“ zu treffen. Dies verweist darauf, dass die Kinder tendenziell lediglich als empfindungslose Objekte wahrgenommen wurden. Auf mögliche sexuelle Übergriffe von Personal auf die PatientInnen des „Kinderpavillons“ hingegen konnten keine empirischen Hinweise gefunden werden.
- Die herrschenden Zustände sind in mehrfacher Hinsicht als systembedingt zu betrachten: Zunächst bot die zeitgenössische medizinisch-psychiatrische Wahrnehmungsweise dieser PatientInnengruppe den

passenden Deutungsrahmen für eine verdinglichende und entmenschlichende Wahrnehmungsweise der Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen. Diesen wurde Entwicklungsfähigkeit weitgehend abgesprochen, dadurch ließ sich ihre umfassende Vernachlässigung legitimieren.[2] Verantwortungsabwälzung der Leitungsebenen auf das Pflegepersonal sowie eine völlig unzureichende Ressourcenausstattung bedingten permanent überfordernde Arbeitsbedingungen für die Pflegekräfte und förderten den Einsatz von Gewalt und Freiheitsbeschränkungen. Zudem trug ein ungenügender ideologischer Bruch mit der Ära des Nationalsozialismus trug zur Kontinuität eines abwertenden, segregierenden und umfassend vernachlässigenden Umgangs mit den Kindern und Jugendlichen bei. Aufgrund fehlender interner und externer Kontrolle blieben die Missstände langfristig bestehen.

- Ab 1959 bestand für wenige Kinder und Jugendliche auf Pavillon 15, die als „bildungsfähig" bzw. „beschulbar" kategorisiert worden waren, die Möglichkeit, die zunächst zwei, dann drei Klassen der „Sonderschule für schwerstbehinderte Kinder" im Dachgeschoß des Pavillons zu besuchen. Diese Expositur der Heilstätten(sonder)schule Kindermanngasse in Wien zeigt sich einerseits überwiegend als Einrichtung, die manchen Kindern erstmals pädagogische Entwicklungsangebote machte. In diesem Rahmen scheinen zwar meist „strenge", aber auch wohlwollend-fördernde Beziehungen zwischen Lehrkräften und den Schulkindern möglich gewesen zu sein. Andererseits stand die Schule im Rahmen einer nach „Bildungsfähigkeit" bzw. „Förderbarkeit" selektierenden Grundhaltung, sie blieb auf den geringeren Teil der Kinder begrenzt und ließ das Gesamtsystem auf Pavillon 15 unverändert.
- En Sonderkindergarten wurde formal erst 1979 am „Kinderpavillon" eingerichtet, obwohl ein solcher vom Jugendamt und Anstaltenamt bereits 1953 als dringend notwendig erkannt worden war. In seiner Errichtung kommen die in der zweiten Hälfte der 1970er Jahre einsetzenden Veränderungen weg von vorrangiger Verwahrung hin zu pädagogischer und therapeutischer Förderung der Kinder zum Ausdruck.
- Die nur unvollständig vorhandenen Protokollbücher der Prosektur weisen auf zahlreiche Todesfälle am „Kinderpavillon" hin, gesicherte Aussagen über Sterbehäufigkeiten sind allerdings auf der vorhandenen Datengrundlage nicht möglich. Die eingesehenen Obduktionsprotokol-

[2] Dies betraf insbesondere die als nicht bildungsfähig kategorisierten PatientInnen, tendenziell aber auch alle anderen Kinder und Jugendlichen auf Pavillon 15.

le von 70 verstorbenen Kindern und Jugendlichen haben in 80% eine Lungenentzündung (Pneumonie), oft unter anderen Erkrankungen bzw. Todesursachen, verzeichnet. In der Regel wurde in der letzten Akutphase eine antibiotische Therapie versucht. Die Obduktionsbefunde verweisen aber darauf, dass Pflegemissstände teilweise das Entstehen von Lungenentzündungen begünstigt haben dürften. So kann etwa aus dem Auftreten hypostatischer Pneumonien auf fehlende Mobilisierung geschlossen werden, dies lässt sich anhand der Krankenakten und der über Interviews gewonnenen Einblicke in die Pflegepraktiken erhärten. Weiters lassen manche Befunde klar eine Aspirationspneumonie erkennen, die in konkreten Einzelfällen mit Erzählungen zu gewaltsamen Ausspeisepraktiken bei dieser Person verknüpfbar sind. Häufig findet sich in den Obduktionsprotokollen zudem starkes Untergewicht vermerkt. Der Risikofaktor „nursing home setting“ (Ramsthaler et al. 2013:243) ist in großem Ausmaß als mitverantwortlich für die hohen Sterberaten bei Lungenentzündung zu sehen.

- Die Prosekturbücher und Obduktionsprotokolle belegen vielfach, dass Gehirne und teilweise auch Rückenmark und andere Organteile der auf Pavillon 15 verstorbenen Kinder regelmäßig an Heinrich Gross übergeben wurden. Gross war nachweislich an der Ermordung behinderter Kinder am „Spiegelgrund“ und ihrem Missbrauch für Forschungszwecke in der NS-Zeit beteiligt. Er fand offenbar auch in der Nachkriegszeit nach seiner Wiedereinstellung am „Steinhof“ jahrzehntelang die institutionellen Rahmenbedingungen vor, um seine im Zuge der „Kindereuthanasie“ begonnenen Forschungen fortzuführen. Auch wenn kein Verdacht auf gezielte Tötung von Kindern des Pavillons 15 besteht, ist diese Forschung in jedem Fall als NS-Kontinuität zu werten.
- Die Psychiatrie zeigt sich in der Studie insgesamt als externe Kontrollerfordernisse weitgehend ablehnende und als unangemessene Einmischung in fachliche Belange beurteilende Institution. Sie traf dabei, wie Hammerschick in diesem Band ausführlich darstellt, auf ein gerichtliches Kontrollsystem, das dies in der Regel akzeptierte und sich auf die psychiatrische Begutachtung verließ und stützte. Das Rechts- und Kontrollsystem war einerseits unterentwickelt, andererseits fehlte es an AkteurInnen (Eltern, PflegschaftsrichterInnen, KuratorInnen, JugendamtsmitarbeiterInnen), die bestehende Rechtsschutzmöglichkeiten im Interesse der Kinder und Jugendlichen genutzt hätten. Am Beispiel des seit Ende der 1970er Jahren bestehenden Elternvereins des „Kinderpavillons“ lässt sich aber auch erkennen, wie über das Engagement einiger weniger aktiver Eltern, die beharrlich bessere materielle Aus-

> stattung und betreuerische sowie therapeutische Versorgung ihrer Kinder einforderten, positive Veränderungen der jahrzehntelang herrschenden Missstände erzielt werden konnten.

Dass solch unmenschliche Zustände auf Pavillon 15 so viele Jahrzehnte unverändert Bestand hatten und haben konnten, ist als Ausdruck einer gesamtgesellschaftlichen Haltung gegenüber Menschen mit Behinderungen zu sehen, die von weitgehender Abwertung, Ausgrenzung und Verwahrlosung geprägt war. Das medizinisch-psychiatrische System, die Rechtslage und Rechtspraxis sowie die politisch Verantwortlichen hielten dieses umfassende Gewaltsystem als Teil des psychiatrischen Komplexes „Am Steinhof" aufrecht; die Jugendwohlfahrt und andere relevante Anstaltsumwelten trugen ebenfalls hierzu bei. Und auch die Medien interessierten sich jahrzehntelang nicht nennenswert für die Zustände am „Kinderpavillon", obwohl sie davon wissen hätten können.

Ausdrücklich ist nochmals festzuhalten, dass die Lebens- und Unterbringungsbedingungen auf Pavillon 15 zweifelsohne großteils hingenommene Realität auf politischer und gesellschaftlicher Ebene – zumindest bis weit in die 1970er Jahre hinein – waren. Sie waren aber weit entfernt vom geltenden fachlichen Standard dieser Zeit und dies war allgemein bewusst und bekannt, und zwar spätestens seit Anfang der 1950er Jahre.

„RETT-KLINIK" – ABTEILUNG FÜR ENTWICKLUNGSGESTÖRTE KINDER

Die erschlossenen Dokumente lassen erkennen, dass die „Rett-Klinik" 1956 explizit als Alternative zur Unterbringung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Heil- und Pflegeanstalten bzw. Altersheimen geschaffen wurde, auch wenn sie zunächst selbst dem Altersheim Lainz angegliedert war. Die Abteilung sollte der Intention nach einerseits zu einer zentralen Begutachtungsstelle für minderjährige Menschen mit Behinderungen werden, bei denen eine Überweisung in die Psychiatrie oder ins Pflegeheim überlegt wurde. Andererseits sollte sie jenen Personen, die als ausreichend „förderbar" begutachtet worden waren, eine alternative Betreuung bieten, die über bloße Verwahrung hinausging. Retts Klinik ist in dieser Hinsicht als Vorreiter eines ab den 1960er Jahren einsetzenden Wandels in der österreichischen Behindertenhilfe weg vom Prinzip der reinen Verwahrung hin zu

Förderung und Rehabilitation – jedenfalls eines Teils der Menschen mit Behinderungen – zu betrachten.

Auch diese Einrichtung war formal jeweils einer größeren Institution angegliedert, zunächst dem Altersheim Lainz, ab 1963 oder 1966 (die Angaben in den Dokumenten sind widersprüchlich) dem Neurologischen Krankenhaus der Stadt Wien-Rosenhügel. Faktisch dürfte die „Rett-Klinik" aber ein großes Ausmaß an Autonomie ihren institutionellen Kontexten gegenüber entfaltet und in beachtlichem Ausmaß strukturelle Besonderheiten entwickelt haben – Charakterisierungen der Klinik als „Festung" und „Biotop" drücken das aus. Ermöglicht wurde dies u.a. durch alternative Formen der Ressourcenerschließung und die Fähigkeit des Abteilungsvorstands, die Mission und Interessen der Einrichtung mit Nachdruck gegenüber Politik und relevanten Institutionen zu vertreten. Dass damit nicht zwangsläufig zugleich die Interessen von Menschen mit Behinderungen vertreten waren, zeigen die Detailergebnisse dieser Studie.

- Der Klinikbetrieb begann 1956 mit vier PflegemitarbeiterInnen und einer Handvoll PatientInnen im Anfang des 20. Jahrhunderts errichteten Pavillon XVII des Altersheimes Lainz, der für diese Zwecke nur notdürftig adaptiert worden sein dürfte. Im Laufe der 1960er Jahre wurde die Zahl von 90 systemisierten Betten erreicht, die überwiegend belegt waren, möglicherweise gab es teilweise auch Situationen von Überbelegung. Mit Umzug in den für diese Zwecke neu errichteten Pavillon C auf dem Anstaltsgelände des Rosenhügels stieg der Bettenstand auf 101 an. Diese Betten waren ebenfalls – mit Ausnahme der allerletzten Phase Ende der 1980er Jahre – in der Regel ausgelastet.
- Neben dem stationären Betrieb verfügte die Klinik von Anfang an über eine Ambulanz zur Begutachtung, Beratung und Behandlung von Menschen mit Behinderungen. Zudem war ab 1967 ein Ludwig Boltzmann-Institut (LBI) zur Erforschung kindlicher Hirnschäden angegliedert. Der Ambulanz kommt eine zentrale Stellung im Klinikbetrieb zu, dort wurden im Untersuchungszeitraum wahrscheinlich zehntausende Menschen mit Behinderungen und ihre Familien aus ganz Österreich und darüber hinaus ärztlich betreut. Über die Ambulanz erfolgte in der Regel auch die stationäre Aufnahme, weiters fanden dort Untersuchungen und Behandlungen stationär untergebrachter Personen statt. Auch das Forschungsinstitut zeigt sich inhaltlich und personell eng mit der Klinik verbunden. so scheinen finanzielle und Personalressourcen flexibel zwischen den Bereichen verschoben worden zu sein bzw. war durch klinische Studien an PatientInnen eine starke Verzahnung gege-

ben. Beide Teilbereiche des Wirkens der „Rett-Klinik“ sind noch weitgehend unerforscht.

- Das Personal der Klinik nahm über die Jahrzehnte stark zu und diversifizierte sich beträchtlich, was vorrangig als Verdienst des Abteilungsvorstandes Rett zu sehen ist. Für 1977 lässt sich beispielsweise auf einen Personalstand von insgesamt deutlich über 100 MitarbeiterInnen schließen, die noch durch Ehrenamtliche und PraktikantInnen sowie MitarbeiterInnen mit Behinderungen („HausarbeiterInnen“) erweitert wurden. Die Zahl der ärztlichen, psychologischen, wissenschaftlichen, pädagogischen und therapeutischen MitarbeiterInnen wurde mit 50 Personen beziffert (darunter acht an der Klinik beschäftigte ÄrztInnen, drei KonsiliarärztInnen, fünf PsychologInnen, zwölf pädagogische sowie elf therapeutische MitarbeiterInnen). Die Zahl der Pflegekräfte ist nicht genau angegeben, dürfte zu dem Zeitpunkt aber ebenfalls um die 50 Personen betragen haben; mehrheitlich waren sie nicht diplomiert. Allerdings ist es oft nicht möglich zu unterscheiden, welches Personal in welchem Teilbereich der Klinik eingesetzt war. Während der überwiegende Teil der Pflegekräfte auf den Stationen tätig gewesen sein dürfte, ist dies für das andere Personal keineswegs anzunehmen. Die erschlossenen Daten ließen zudem auch erkennen, dass eine unbestimmte Zahl an MitarbeiterInnen informell beschäftigt und entlohnt worden war (Angaben zufolge meist über das LBI, obwohl sie vorrangig auf der Station oder Ambulanz tätig waren).
- Die in Krankenanstalten grundsätzlich stark formalisierten Entscheidungskompetenzen scheinen in der „Rett-Klinik“ in beachtlichem Ausmaß außer Kraft gesetzt worden zu sein. Die faktischen Leitungs- und Entscheidungsstrukturen widersprachen teilweise der formalen Hierarchie in gravierendem Ausmaß, wurden aber intern weitgehend hingenommen. Hierzu dürften das weit verbreitete Selbstverständnis der Klinik als „große Familie“ und eine besondere Identifikation und emotionale Verbundenheit mit der Einrichtung und ihrem Leiter unterstützend gewirkt haben, da dadurch eine distanziert-reflektierte Wahrnehmung des Geschehens an der Klinik potenziell reduziert war.
- Während beim Klinikvorstand Rett zwar formal eine herausragende Entscheidungskompetenz lag, wurden viele Alltagsentscheidungen an der Klinik offenbar von seiner Chefsekretärin, „Schwester M.“, getroffen, die damit ihren Chef in großem Umfang entlastete. Deren formale Kompetenzzuständigkeiten waren aufgrund fehlender Fachausbildung im medizinischen und Pflegebereich relativ gering. Faktisch dürfte sie durch Ermächtigung Retts und unter Duldung der übrigen ärztlichen

und pflegerischen Leitungspersonen als eine Art Oberschwester und „Hilfsärztin“ zugleich agiert haben. Ihre Position stellt sich als Steuerzentrale und „Broker-Stellung“ zwischen den Teilbereichen des Klinikbetriebs (v.a. zwischen Ambulanz und Stationen) dar, ihr oblagen u.a. in großem Ausmaß Entscheidungen über die Aufnahme und Entlassung der stationären PatientInnen. Die erschlossenen Daten vermitteln sehr eindrücklich, dass Retts „rechte Hand“ im Laufe der Zeit derartig viele Aufgaben übernommen, Kompetenzen an sich gezogen und Kommunikationswege in ihrer Kontrolle hatte, dass sie absolut unverzichtbar geworden war. Mit „Pouvoir“ und unter Duldung der formalen Leitung der Klinik war eine große Abhängigkeit von dieser einen Mitarbeiterin entstanden, die den Klinikbetrieb starr und riskant machte.

- Die Kompetenzüberschreitungen im System „Schwester M.“ betrafen u.a. zentrale ärztliche Berufspflichten wie das Verfassen von Befunden sowie Entscheidungen über die Medikation von PatientInnen und das Ausstellen von Rezepten. Die empirischen Daten deuten auf eine langjährige und regelmäßige gravierende Überschreitungspraxis hin, die von oberster Stelle der Klinik nicht nur geduldet, sondern angeordnet und für gut befunden worden sein muss, wurden doch die Befunde formal vom Klinik-Chef abgezeichnet. Zudem wurde von problematischen, von Willkür gekennzeichneten Umsetzungspraktiken der Entscheidungsbefugnis über stationäre Aufnahmen und Entlassungen berichtet. Genau darin zeigt sich die grundsätzliche Problematik der informellen Strukturen der „Rett-Klinik“: Sie waren mit einem hohen Willkür-Potenzial gekoppelt. Gleichzeitig richteten sich die Aktivitäten auf Personen (Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen), die zum Personal der Klinik in einem großen Machtgefälle standen und über geringe persönliche Ressourcen verfügten, ihre Bedürfnisse und Interessen zu artikulieren und durchzusetzen.
- Gesicherte Zahlen über die an der „Rett-Klinik“ im Laufe ihres Bestehens stationär untergebrachten Personen liegen nicht vor, ein realistischer Annäherungswert könnten 3.500 bis 4.000 PatientInnen sein. Die gezogene Zufallsstichprobe aus den noch vorhandenen PatientInnenakten lässt zunächst erkennen, dass die stationären Aufenthalte sehr verschieden lang waren. Die Ergebnisse zeigen die Station als „Mischtypus“ zwischen Kurzzeitbehandlung, mittelfristiger „Internatsunterbringung“ und manchmal auch langfristiger Verwahrung. Die PatientInnen erfuhren aber – von wenigen Ausnahmen abgesehen – keine mit Pavillon 15 „Am Steinhof“ vergleichbare Dauerunterbringung, wiewohl sich oft eine langfristige Bindung an die Klinik (über Jahre, teilweise

Jahrzehnte hinweg mehrfach kürzere Aufenthalte, ergänzt durch ambulante Behandlung) erkennen lässt. Viele PatientInnen (57,5%) waren bei ihrer ersten stationären Aufnahme jünger als zehn Jahre, 15% der Gesamtstichprobe waren zu diesem Zeitpunkt allerdings bereits erwachsen. Gut ein Drittel kam aus Wien, die anderen verteilen sich über die verschiedenen österreichischen Bundesländer; Ein Anteil von 3,2% der Stichprobe war aus dem Ausland (u.a. arabischer Raum). Der absolut überwiegende Teil von 88% der PatientInnen lebte vor der (ersten) stationären Unterbringung bei den Eltern oder einem Elternteil, nur 6% waren vorher bereits fremduntergebracht. Fast immer hatten die Eltern die gesetzliche Vormundschaft inne.

- Die Einweisungsgründe lassen sich nicht zuverlässig aus den Krankenakten erschließen, denn der am häufigsten (mit) angeführte Einweisungsgrund „Durchuntersuchung" dürfte auf Basis der Interviews nicht immer das zentrale Anliegen gewesen sein. Für manche Kinder fungierte die Einrichtung als Internatsschule aufgrund fehlender Angebote in den Bundesländern. Andere Kinder bzw. Jugendliche wurden zur Entlastung der Eltern phasenweise untergebracht. Ergänzend dazu diente die Abteilung der Abklärung und Beobachtung bei „Verhaltensstörungen", der medikamentösen Einstellung (insbesondere bei Epilepsie), unterschiedlicher medizinischer Behandlungen akuter und chronischer Erkrankungen behinderter Kinder und Jugendlicher (bis in deren Erwachsenenalter) sowie zur Betreuung vor oder nach operativen Eingriffen. Und für manche war sie einfach nur Verwahrungseinrichtung. Mitunter scheint es auch vorgekommen zu sein, dass Personen zur Erhöhung der Auslastung der Stationen von „Schwester M." aufgenommen – oder längere Zeit nicht entlassen – wurden.
- Die angegebenen Diagnosen stellen oft nur eine oberflächliche diagnostische Einordnung dar, in 61% wurde die relativ unspezifische Diagnose „Encephalopathie" (Schädigung des Gehirns) vermerkt. In jeweils 11% ist „Mongolismus", d.h. Down Syndrom, oder eine spastische Tetraparesis verzeichnet, in 3% eine epileptische Erkrankung. Bemerkenswert ist, dass im Laufe der 1980er Jahre die Zahl an Personen mit (zusätzlichen) psychotischen Erkrankungen bzw. „Verhaltensauffälligkeiten" an der „Rett-Klinik" zugenommen haben dürfte, die zuvor nicht selten auf Pavillon 15 eingewiesen worden waren.
- Die Klinik bot ein seinerzeit in Österreich vergleichslos breites Spektrum an medizinisch-therapeutischen Angeboten für Menschen mit Behinderung. Die technische und personelle Ausstattung des Hauses ermöglichte die umfassende medizinische Behandlung erkrankter Kinder

mit Behinderungen direkt an der Abteilung, ergänzt durch ambulante Konsiliartätigkeiten. Grundlage der als umfassend beschriebenen Diagnostik bildete eine ausführliche Anamnese, die gewonnenen Daten sollten zudem in die Arbeit des Boltzmann-Instituts einfließen. Die entsprechenden Dokumente lagen aber in der Regel den Krankenakten nicht bei, sie scheinen bei den Ambulanzakten geblieben oder ev. teilweise an das LBI weitergegeben worden zu sein.

- Aufschluss geben die Krankenakten der Station aber über die medikamentösen Behandlungen, es zeigt sich eine regelmäßige und umfangreiche Verordnung von Psychopharmaka, darunter zahlreiche Sedativa. Zumeist wurden verschiedene Medikamente zugleich verordnet, Retts Medikation wurde auch als „Polypragmasie" bezeichnet. Sedierende Präparate und Antiepileptika dienten häufig zur Reduktion von Unruhezuständen bzw. „störendem Verhalten". Besondere Bedeutung hatte ein nicht am Markt zugelassenes Medikament, das von Sandoz hergestellte und über Jahrzehnte ausschließlich über die „Rett-Klinik" eingesetzte Präparat IB 503, ein Benzodiazepin-Derivat, dessen Wirkung dem Valium vergleichbar beschrieben wurde. Diese zentrale Stütze der medikamentösen Behandlung von Unruhezuständen wurde in großen Behältern bei Retts Chefsekretärin verwahrt und auch vielen ambulant betreuten PatientInnen mit nach Hause gegeben. Indem die Verschreibung und Ausgabe ausschließlich über die Klinik möglich war, dürfte das auch als „Wundermittel" bezeichnete Medikament zur Erzeugung und Festigung von Abhängigkeitsverhältnissen und Bewahrung der monopolistischen Position der Klinik in der Behandlung von Menschen mit Behinderungen beigetragen haben.
- Besondere Erwähnung verdient auch das ebenfalls über Jahrzehnte von Rett zur Triebdämpfung eingesetzte Präparat Epiphysan, es sollte insbesondere zur Unterdrückung oder Reduktion sexueller Empfindungen bei Menschen mit Behinderungen dienen. Die Wirksamkeit des Medikaments und seine möglichen Nebenwirkungen sind umstritten (vgl. Sperk 2013), die Praxis an der „Rett-Klinik" zeigt aber die Wahrnehmung der Sexualität von Menschen mit Behinderungen als Problem. Das Medikament sollte dazu beitragen, die PatientInnen auf dem Status von Kindern zu halten, die ihr soziales Umfeld möglichst wenig stören.
- An den PatientInnen der Abteilung wurden klinische Studien durchgeführt. Laut einem schriftlichen Erfahrungsbericht Retts aus dem Jahre 1985 waren bis dorthin in Summe 36 unterschiedliche Psychopharmaka erstmals an Kindern seiner Klinik hinsichtlich eines möglichen Einsatzes in der Pädiatrie getestet worden. Dies geschah – wie damals in

der Medizin üblich – vermutlich meist ohne Einholung einer Einwilligung der Eltern und ohne ethische Kontrolle etc. Es ist hinzuzufügen, dass solche Medikamententestungen zur damaligen Zeit auch an anderen Kinderkliniken, etwa am AKH, gang und gäbe waren.

- Die Anwendung körperlicher Gewalt zur Züchtigung von PatientInnen wurde an der „Rett-Klinik" von Leitungsseite her klar abgelehnt, die MitarbeiterInnen mussten mit Kündigung rechnen, wenn sie dagegen verstießen. Sehr wohl aber kamen neben einer oben bereits angedeuteten (eher moderaten) medikamentösen Ruhigstellung physische Freiheitsbeschränkungen zur Anwendung. Solche Zwangsmaßnahmen zeigten sich zwar – jedenfalls in der Rosenhügel-Phase – in höherem Ausmaß begründungsbedürftig und wurden teilweise kritisch hinterfragt. Allerdings kamen sie dennoch regelmäßig vor und betrafen manche untergebrachten Personen auch in gravierendem Ausmaß. Die erschlossenen Daten lassen auf Seiten der PatientInnen Hospitalismussymptome in unterschiedlichem Ausmaß erkennen. Es zeigen sich keine einheitlichen und systematischen Strategien in der Einrichtung, Zwangsmaßnahmen zurückzudrängen und Alternativen dazu zu entwickeln, solche Versuche wurden zwar offenbar von einzelnen Personen oder Teams unternommen, blieben aber insgesamt unkoordiniert und erratisch.
- Die Präsenz des ärztlichen Personals auf den Stationen wird mehrfach als eher gering bezeichnet (es scheint aber Unterschiede zwischen den Stationen gegeben zu haben), die interne fachliche Kontrolle durch ärztliches Personal teilweise als nur eingeschränkt vorhanden skizziert. Zentral im Stationsalltag war das Pflegepersonal, das in der Regel eine adäquate physische Versorgung der PatientInnen gewährleistete. Darüber hinaus lassen sich keine einheitlichen Pflegestandards auf den drei Stationen ausmachen, es deuten sich beachtliche Unterschiede zwischen den Stationen und den einzelnen Pflegekräften an. Damit ermöglichten die Rahmenbedingungen auf einzelnen Stationen in bestimmtem Ausmaß Willkür im Pflegehandeln.
- Unter den Pflegekräften der „Rett-Klinik" ließ sich keine mit Pavillon 15 vergleichbare verdinglichende und entmenschlichende Sichtweise auf die zu versorgenden Menschen mit Behinderungen erkennen. Dennoch zeigen die gewonnenen empirischen Daten spezifische Mechanismen der Abwertung und Bevormundung von Menschen mit Behinderungen. Die Grenzen zwischen einerseits respektvoll-empathischer Unterstützung und Förderung und andererseits mildtätigem Mitleid mit den hiermit zugleich als „hilflos" etikettierten PatientInnen dürften

fließend gewesen sein. Das Rollenverständnis und die Arbeitsperformance des Pflegepersonals bewegte sich zwischen „Dienst nach Vorschrift“ im Sinne einer möglichst wenig aufwändigen Gestaltung der Pflegearbeit, mütterlich-aufopfernder, aber zugleich wenig reflektierter Hingabe und qualifiziert-professioneller Dienstleistung – letzteres Rollenverständnis fand sich häufiger unter dem jüngeren, diplomierten Pflegepersonal. Generell boten die Organisationsstrukturen und das Leitungspersonal wenig Schutz gegen Selbstverausgabung im Beruf.

- Die gewonnenen Einsichten in die Unterbringungs- und Betreuungsqualität der stationären PatientInnen deuten an, dass es im Laufe des Untersuchungszeitraums zu Veränderungen in der stationären Betreuung gekommen sein dürfte. Das Leben auf den Stationen wurde in der Lainz-Zeit als oft bedrückend geschildert und eher als Verwahrung eingestuft – wenn auch auf deutlich höherem Versorgungsniveau als auf Pavillon 15. Für die Rosenhügel-Phase wurden sehr unterschiedliche Erinnerungen erzählt, mehrheitlich zeigt sich eine „liebevolle Verwahrung“ als Standard auf den Stationen. Insgesamt scheinen sich unterschiedlichste Betreuungspersonen (auch Freiwillige, PraktikantInnen etc.) um die PatientInnen gekümmert zu haben, ohne dass ein dahinterstehendes Betreuungskonzept erkennbar geworden wäre. Ähnlich wie auf Pavillon 15 gab es auch die Praxis der besonderen Hinwendung zu einzelnen „Lieblingskindern“ im Sinne einer unreflektiert-wildwüchsigen Form der „Bezugsbetreuung“.
- Die Entwicklung eines differenzierten Therapieangebots an der „Rett-Klinik“ ist Ausdruck ihres Selbstverständnisses als Rehabilitationseinrichtung für Menschen mit Behinderungen. Retts Bemühungen lag dabei eine stark defizitäre und individualisierende Perspektive auf Menschen mit Behinderungen zugrunde, er ging von deren lebenslanger Therapie- und Rehabilitationsbedürftigkeit aus. Dass die therapeutischen Angebote teils als improvisierend beschrieben wurden – sie wurden teilweise von nicht einschlägig ausgebildeten Personen durchgeführt – lässt sich einerseits als der Entstehungsphase dieser Angebote geschuldet betrachten. Andererseits wurde auch keine systematische Qualitätsentwicklung in der Therapie erkennbar, nur teilweise, und zwar vor allem im Bereich der Musiktherapie, zeigen sich Ansätze professioneller bzw. evidenzbasierter Reflexion. In der Praxis erhielt laut Aufzeichnungen in den Krankenakten nur der geringere Teil der stationär untergebrachten Personen therapeutische Betreuung, von einer konsequenten Umsetzung des therapeutischen Anspruchs kann nicht ausgegangen werden. Wenig nachvollziehbar waren zudem die Krite-

rien, nach denen PatientInnen eine Therapie zugeteilt wurde oder nicht, mehrfach deutet sich an, dass angepasstes Sozialverhalten hierfür wichtig war. Bei allen möglichen Kritikpunkten bleibt die Vorreiterrolle der Klinik in der Entwicklung solcher Förderangebote zu betonen.

- An der Abteilung waren von Anfang an Sonderschule und Sonderkindergarten integriert. Diese heilpädagogischen Angebote wurden als zentrale Bestandteile des Behandlungskonzepts für Kinder mit kognitiven Behinderungen gesehen. Es gab auch in deutlich höherem Ausmaß Klassen und Schul- bzw. Kindergartenplätze für die PatientInnen als auf Pavillon 15. Für die Entscheidung über einen Kindergarten- oder Schulbesuch war vor allem diagnostizierte Förderbarkeit wichtig. Allerdings lässt sich anhand der verfügbaren Daten nicht ausreichend nachvollziehen, wie die Beurteilung solch einer Förderbarkeit tatsächlich vonstattenging. In der Praxis wird wieder „Sozialanpassung" als ein Kriterium erkennbar. In die Gestaltung und Qualität des Kindergartenbetriebs sowie Schulunterrichts liegen kaum Einblicke vor.
- Die „Rett-Klinik" war in bedeutendem Ausmaß in Sterilisierungen sowie vorzeitige Beendigungen von Schwangerschaften von Mädchen und Frauen mit Behinderungen involviert; dies zeigen zahlreiche erschlossene Dokumente. Im Zentrum dieser Aktivitäten stand Andreas Rett, der zahlreiche Eltern in seiner Ambulanz diesbezüglich beriet, die notwendigen Indikationen stellte und zu Krankenanstalten weitervermittelte, die den Eingriff durchführten. In manchen Fällen wurde auch die Vor- und Nachbehandlung zum operativen Eingriff auf der Abteilung geleistet. Zudem stellte Rett zahlreiche Atteste und Gutachten für die Sterilisierung von Frauen ohne Behinderungen aus. Seine Begründungen für die Befürwortung von Sterilisierungen und Schwangerschaftsabbrüchen setzten sich aus eugenischen Argumenten, die zumeist kaum bis nicht wissenschaftlich belegt werden, sowie sozialen Überlegungen zusammen. Dabei wird auch soziale Devianz (z.B. Alkoholsucht) der Eltern als entscheidungsrelevant erkennbar und flossen weltanschauliche Überzeugungen in die Empfehlungen ein.
- Die empirischen Daten belegen, dass Sterilisierungen lediglich bei Mädchen und Frauen, nicht aber Burschen bzw. Männern mit Behinderungen empfohlen und durchgeführt wurden. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass Rett erstere als gefährdet und zugleich als eine Gefährdung betrachtete: Sie waren in besonderem Ausmaß von sexueller Gewalt bedroht, zugleich wurde ihnen auch „ausgeprägte Distanzlosigkeit" und „mangelnde Kritikfähigkeit" zugeschrieben, wodurch sie sich den Tätern geradezu anbieten würden. Hinzu kommen schichtspe-

zifische Vorurteile, die Fortpflanzung der „unteren sozialen Schichten“ schien besonders ärztlicher Kontrolle bedürftig. In der Konsequenz wurde das gravierende Problem sexueller Gewalt gegen Mädchen und Frauen mit Behinderungen auf die damit verbundene „Gefahr“ ihrer Fortpflanzung reduziert. Als praktikable „Lösung“ propagierte Rett die Sterilisierung von Frauen in besonderen „Gefährdungslagen“, so als wäre dadurch die an Mädchen und Frauen mit Behinderungen verübte Gewalt als folgenlos zu betrachten.

- In der Praxis zeigt sich eine starke Allianz mit den beratenen Eltern von Kindern mit Behinderungen, deren Sorgen und Wünsche von großer Bedeutung für die Entscheidungspraxis gewesen sein dürften. Der Wille und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen wurden zumeist als nicht weiter relevant betrachtet. Teilweise, so wurde berichtet, wussten die betroffenen Mädchen und jungen Frauen nicht einmal, dass eine Sterilisation durchgeführt wurde, der Eingriff geschah mitunter unter dem Deckmantel einer Blinddarmoperation.
- Rett sprach sich als Arzt oberste Entscheidungsautorität über Fragen von Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch zu. Er stellte diese Autorität tendenziell auch über das geltende Gesetz und schuf sich in seinem biopolitischen Wirken große Entscheidungsfreiräume, wie sowohl in seinen Schriften als auch seinem faktischen Handeln erkennbar ist. Rett bekannte sich auch offen zu seinen Aktivitäten, diese waren sowohl der Politik als auch der Fachöffentlichkeit bekannt, wurden aber stillschweigend akzeptiert und von verschiedenen Einrichtungen der Behindertenhilfe bereitwillig in Anspruch genommen.
- Nicht unerwähnt bleiben soll, dass im Zusammenhang mit der „Rett-Klinik“ gravierende Transparenzmängel bezüglich finanzieller Einnahmen und Ausgaben auf breiter Ebene erkennbar wurden. Ambulanz, Station und Boltzmann-Institut waren hierbei schwer durchschaubar verflochten, wobei das Forschungsinstitut als maßgebliche Organisationseinheit bzw. als Verwaltungs- und ‚Abrechnungsstelle‘ für nicht offiziell ausgewiesene Einnahmen gedient haben dürfte.

War die „Rett-Klinik“ in den 1950er Jahren Vorreiter eines paradigmatischen Wandels in der österreichischen Behindertenhilfe, so wurde sie ab Mitte/Ende der 1970er Jahre, jedenfalls aber in den 1980er Jahren selbst von einem neuen Wandel überholt. Rett verwehrte sich gegen Forderungen der Selbstbestimmung und gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen und hielt an seinem stark paternalistisch geprägten Modell der segregierten Betreuung und Förderung fest. Dies ließ sich aber in einer sich verändernden Umwelt, in der es ein zunehmendes Angebot an Unterstützungen für Menschen

mit Behinderungen und somit keine Monopolstellung für die „Rett-Klinik“ mehr gab, nicht dauerhaft aufrechterhalten. Es lässt sich als bittere Ironie der Geschichte bezeichnen, dass die „Rett-Klinik“ schlussendlich partiell die Rolle von Pavillon 15 übernahm und vermehrt Verwahrungsfunktion erfüllte.

TEIL A:
ZIELSETZUNG, METHODIK UND DATENGRUNDLAGE

1. EINLEITUNG: ERKENNTNISINTERESSE UND FRAGESTELLUNGEN DER STUDIE

Hemma Mayrhofer

Die zeithistorische Aufarbeitung der institutionellen Unterbringung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts ist in Österreich bislang noch großteils ausständig (vgl. Flieger/Schönwiese 2015). Obwohl über Jahrzehnte in vereinzelten Medienberichten oder Forschungen auf teils katastrophale Lebensbedingungen in stationären Einrichtungen für Kinder mit Behinderungen hingewiesen wurde (vgl. u.a. Journal der Arbeiterzeitung vom 30.06.1973; Laburda 1982), blieb eine breitere Aufmerksamkeit den problematisierten Zuständen gegenüber oder gar deren systematische Untersuchung aus. Erst in Folge der zahlreichen Studien zu Missständen und Missbrauchsvorfällen in Erziehungs- bzw. Fürsorgeheimen oder Schulinternaten (vgl. u.a. Helige et al. 2013; Lueger-Schuster/Weindl et al. 2013; Sieder/Smioski 2012) rückte im Jahre 2013 der ehemalige „Kinderpavillon", d.h. Pavillon 15 des sogenannten „Steinhofs" in das öffentliche Interesse. Nach einer internen Voruntersuchung der gegen die ehemalige stationäre Einrichtung erhobenen Vorwürfe durch den Wiener Krankenanstaltenverbund wurde Ende 2014 eine umfassende zeithistorisch-sozialwissenschaftliche Erforschung der Institution, die bis 1983/84 Teil des psychiatrischen Anstaltenkomplexes „Am Steinhof" bzw. „Baumgartner Höhe" war, in Auftrag gegeben.

Die notwendige wissenschaftliche Aufarbeitung wurde zugleich zum Anlass genommen, eine zweite ehemalige stationäre Einrichtung für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen im Zuständigkeitsbereich der Stadt Wien in das Forschungsvorhaben mit einzuschließen: die sogenannte „Rett-Klinik" bzw. Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder am Neurologischen Krankenhaus der Stadt Wien-Rosenhügel (zuvor Altersheim Lainz). Gegenüber

der vom Neuropädiater Andreas Rett 1956 gegründeten und geführten Klinik standen ebenfalls – wenn auch medial wenig präsent – bedeutsame Vorwürfe im Raum, die einer entsprechenden Untersuchung harrten. Diese Einrichtung hatte zwar einen sehr breiten Bekanntheitsgrad in Österreich und darüber hinaus, sie galt bis in die 1980er Jahre als eine der wichtigsten Diagnose-, Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen, ihr Wirken war aber bislang noch nicht wissenschaftlich untersucht worden.

Die erhobenen Vorwürfe beiden Institutionen gegenüber betreffen unterschiedliche Aspekte bzw. professionelle Teilbereiche:

- *Pflegerische und soziale Betreuung (insbes. auf Pavillon 15/"Am Steinhof" bezogen):* Körperliche Gewalt bzw. physischer Zwang; umfassende und entmenschlichende körperliche Vernachlässigung; psychische/emotionale und soziale Vernachlässigung; ungenügende institutionelle Rahmenbedingungen.
- *Medizinische Behandlung (v.a. auf die „Rett-Klinik" bezogen):* Verabreichung von Hormonpräparaten zur Dämpfung von sexuellen Bedürfnissen; Schwangerschaftsabbrüche & Sterilisation bei jungen Frauen mit kognitiver oder Mehrfachbehinderung; *(auf beide Einrichtungen bezogen:)* medikamentöse „Ruhigstellung".
- *Rechtliche Aspekte:* unnötiger Freiheitsentzug, Verletzung geltender (von Österreich ratifizierter) Menschenrechtskonventionen etc.

Das Forschungsvorhaben setzte an diesen Vorwürfen an, ging aber über die wissenschaftliche „Aufklärung" einzelner Kritikpunkte und die Diskussion ihrer rechtlichen Relevanz hinaus. Ziel war es, die medizinische Behandlungspraxis und pflegerische sowie psychosoziale Betreuungssituation in den beiden stationären Einrichtungen umfassend auf breiter Datenbasis zu rekonstruieren und im institutionellen, rechtlichen, wissenschaftlich-disziplinären und gesellschaftlichen Kontext der Wiener Psychiatrie und Behindertenhilfe zu verorten. Die Forschung zeichnet sich durch eine interdisziplinäre und multiperspektivische Herangehensweise aus, da eine Aufarbeitung der Geschehnisse in den beiden Einrichtungen aus einer rein medizinischen Perspektive viel zu kurz greifen würde und kein angemessen komplexes Verständnis gewährleisten könnte. Durch das gewählte Vorgehen sollte erkennbar werden, wie verschiedene Faktoren und Ebenen zusammenwirkten und zu einer spezifischen gesellschaftlichen Praxis führten, also zum konkreten Umgang mit Menschen mit Behinderung in den untersuchten Einrichtungen.

Besondere Aufmerksamkeit sollte dabei auch den individuellen Lebensschicksalen der betroffenen Personen mit Behinderungen zukommen, ihrem familiär-sozialen Hintergrund (unter Berücksichtigung der Lebenslagen der Angehörigen), den institutionellen „Karrieren" unter Einbezug von Aspekten sozialer Ungleichheit, Ressourcenarmut und sozialer Marginalisierung sowie – soweit erschließbar – ihrem Leben nach der Zeit in der entsprechenden stationären Einrichtung und ihrer derzeitigen Lebenssituation.

Das Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie (IRKS) übernahm die Durchführung dieses Forschungsvorhabens, in Teilbereichen assistierte das Kompetenzzentrum für Soziale Arbeit (FH Campus Wien) bei der Umsetzung des Projekts. Beratend unterstützt wurde das multidisziplinär zusammengesetzte Projektteam durch einen wissenschaftlichen Beirat, der ebenfalls unterschiedliche Kompetenzen bündelte: Rudolf Forster (Medizin- und Gesundheitssoziologe), Gert Lyon (Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychoanalytiker und Psychotherapeut), Elisabeth Raab-Steiner (Klinische- und Gesundheitspsychologin, Diplomierte Sozialarbeiterin) sowie Darja Zaviršek (Sozialanthropologin, Forschungsschwerpunkt u.a. totale Institutionen für Menschen mit Behinderungen) standen für fachliche Reflexionen zu Forschungsverlauf und Ergebnissen zur Verfügung. Zusätzlich fand anlassbezogen ein Austausch mit ExpertInnen der Psychiatrie, Behindertenhilfe und Rechtswissenschaften sowie Rechtspraxis statt.

Eingrenzung des Forschungsgegenstandes

Im Mittelpunkt der empirischen Forschung standen die beiden Einrichtungen, die der stationären Unterbringung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen dienten. Die Fallstudie zu Pavillon 15 „Am Steinhof" umfasste grundsätzlich die Zeit nach Ende des Nationalsozialismus' 1945 bis zur Übersiedlung der Kinder und Jugendlichen auf den neu adaptierten Nachbarpavillon 17 im Jahre 1983 – in sehr begrenztem Ausmaß fand noch die Übergangszeit bis zur formalen Umwandlung des „Kinderpavillons" in ein Förderpflegeheim Ende 1984/Anfang 1985 Berücksichtigung. Allerdings ergab sich durch die Datenlage faktisch ein Schwerpunkt auf die Zeit ab Mitte/Ende der 1960er Jahre bis 1980er Jahre (vgl. nachfolgendes Kapitel).

Bei der „Rett-Klinik" wurde sehr schnell evident, dass eine Begrenzung auf die Phase als „Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder" am Neurologischen Krankenhaus Rosenhügel ab 1975 zu kurz greifen würde, fand doch zu diesem Zeitpunkt lediglich eine räumliche Übersiedlung der Abteilung statt. Deshalb kam es zur Ausdehnung der Forschungen auf die Zeit in Lainz ab 1956. Der Untersuchungszeitraum beschränkte sich auf die Ära unter Andreas Rett und endete somit 1989. Auch hier ergab sich datenbedingt eine

starke Fokussierung auf die 1970er und 1980er Jahre. Zugleich erwies sich diese stationäre Einrichtung mit gut 100 Betten als wesentlich größer als zunächst angenommen. Die „Rett-Klinik" umfasste zudem eine Ambulanz, die im engen Austausch mit dem stationären Betrieb sowohl hinsichtlich ärztlichem Personal als auch PatientInnen stand. Weiter waren Abteilung und Ambulanz mit dem 1967 gegründeten Ludwig Boltzmann-Institut (LBI) zur Erforschung kindlicher Hirnschäden örtlich, inhaltlich und personell eng verbunden. Diese beiden Teilbereiche konnten allerdings nur am Rande in die Studie mit einbezogen werden, um den Forschungsgegenstand in den gegebenen zeitlichen und ressourcenmäßigen Rahmenbedingungen noch bewältigbar zu halten. Die vorliegende Teilstudie ist somit als eine erste explorative Untersuchung des Wirkens der „Rett-Klinik" zu sehen, auf der weitere Studien aufbauen können.

Die empirischen Untersuchungen erstreckten sich in beiden Einrichtungen grundsätzlich auf sämtliche dort einst stationär untergebrachte Personen. Es wurde etwa nicht auf bestimmte diagnostizierte Behinderungen bzw. Beeinträchtigungen eingeschränkt. Auch fand keine altermäßige Eingrenzung statt, obwohl die Einrichtungen ihre altersbezogenen Vorgaben nicht immer einhielten. Somit waren teils erwachsene Personen dort untergebracht, überwiegend handelte es sich aber um minderjährige Personen.

Generell ist anzumerken, dass der Fokus der nachfolgend präsentierten Fallstudien vorrangig auf den untersuchten Einrichtungen bleibt, auf deren institutionellen Kontext nach Möglichkeit verwiesen wurde, es konnte aber keine ausführliche Darstellung dieser institutionellen Rahmenbedingungen geleistet werden. Die stationären Einrichtungen sind auch als Ausdruck eines gesamtgesellschaftlichen Umgangs mit Menschen mit Behinderungen zu sehen, genau genommen als Manifestation einer weitreichenden gesellschaftlichen Ausgrenzung von solcherart etikettierten Menschen. Auch auf diese Ebene sowie auf die insgesamt völlig unzureichenden Unterstützungsangebote für Menschen mit Behinderungen und ihre Familien im Untersuchungszeitraum kann nur am Rande eingegangen werden. Diese Aspekte gilt es aber bei der Lektüre der Forschungsergebnisse stets gegenwärtig zu halten.

Studienverlauf und bestehende Forschungsbedarfe

Die Umsetzung des Forschungsvorhabens war geprägt von der sowohl glücklichen als auch sehr herausfordernden Situation, dass einerseits in Bezug auf beide stationären Einrichtungen eine völlig unerwartete Fülle von Akten und Dokumenten noch erhalten ist und zugänglich gemacht werden konnte. Letzteres war insbesondere auch durch die umfassende Unterstützung des Auftraggebers der Studie und der Krankenanstalten, denen die Einrichtungen

einst angehörten, möglich. Andererseits gelang es, zu deutlich mehr ZeitzeugInnen als vorweg angenommen Kontakt aufzunehmen und mit ihnen Gespräche zu führen. Der gesamte Forschungsprozess war getragen von einer ethnographischen Grundhaltung, wie sie etwa in wesentlich umfassenderer Umsetzung bei Zaviršek (2015) erkennbar wird. Die Forschungsarbeiten gestalteten sich komplex, herausfordernd, fesselnd und zugleich schwer einzugrenzend. Die Begegnungen mit ZeitzeugInnen waren bewegend und bereichernd, ihre Erinnerungen oftmals erschütternd.

Eine besondere Herausforderung bestand in der systematischen Auswertung der enormen Datenfülle und deren zusammenfassender Interpretation, damit war auch eine hohe inhaltliche Komplexität der Forschungsergebnisse verbunden – dieser umfangreiche Forschungsbericht ist Ausdruck hierfür. Dem großen Aufwand in der Aufbereitung der gewonnenen empirischen Ergebnisse ist auch geschuldet, dass deren Aufarbeitung Vorrang vor einer umfassenden Verortung der Ergebnisse im aktuellen Forschungsstand gegeben werden musste. Wichtiger erschien es, in einem ersten Schritt die Fülle an empirischen Daten auszuwerten und miteinander systematisch in Bezug zu bringen, da dadurch besonders aussagekräftige Erkenntnisse über die seinerzeitige Unterbringungs-, Behandlungs- und Betreuungssituation an den beiden stationären Einrichtungen möglich wurden. Eine vergleichende Analyse dieser Befunde mit empirischen Studien zu anderen stationären Unterbringungen konnte bislang nur rudimentär geleistet werden und muss nachfolgend stattfinden – hierzu sind alle ForscherInnen, die sich mit einschlägigen Themen auseinandersetzen, herzlich eingeladen.

Zugleich machte die Forschung weitere Forschungsbedarfe sichtbar, auf sie wird an verschiedenen Stellen in der Ergebnisdarstellung hingewiesen. Hier sei auf einige im Kontext dieser Studie besonders bedeutsam erscheinende exemplarisch hingewiesen:

- In den erschlossenen Quellen ist eine große Zahl anderer Einrichtungen zur Unterbringung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen genannt, über deren Geschichte und Praktiken bislang wenig bekannt ist. Im Studienverlauf stellte sich häufig die Frage nach dem Stellenwert einzelner Einrichtungen im Netz der Wiener Gesundheitsversorgung bzw. Behindertenhilfe in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Dieses Netzwerk zu rekonstruieren und in seinen Funktionsweisen zu analysieren erscheint als wichtige Aufgabe für weiterführende Studien. Neben Institutionen der öffentlichen Hand wären konfessionelle und andere privat geführte Anstalten mit einzubeziehen, um ein vollständiges zeithistorisches Bild der institutionellen Unterbringung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen zu

erhalten. Auch stationäre Unterbringungen von erwachsenen Menschen mit Behinderungen im Untersuchungszeitraum stellen weitgehend ein Forschungsdesideratum dar.

- Neben Einrichtungen zur stationären Unterbringung wären ambulante Betreuungs- und Behandlungsformen zu untersuchen. Hierbei zeigt die vorliegende Studie insbesondere die absolut zentrale Stellung der Ambulanz an der „Rett-Klinik“ in der Untersuchung, Beratung und Behandlung von Menschen mit Behinderungen auf, sie war darüber hinaus in die wissenschaftliche Forschung eingebunden. Die über Jahrzehnte für ganz Österreich und darüber hinaus maßgebliche Rolle der Ambulanz in diesem Bereich lässt ihre Erforschung unabdingbar erscheinen.
- Einen hohen Bedarf an wissenschaftlicher Aufarbeitung zeigen die Studienergebnisse auch hinsichtlich von Forschungsaktivitäten rund um Institutionen zur Behandlung und Unterbringung von Menschen mit Behinderungen. Konkret betrifft dies etwa das Ludwig Boltzmann-Institut zur Erforschung kindlicher Hirnschäden, deren Untersuchung wichtige Einblicke in das spezifische Zusammenspiel zwischen Forschung an und Behandlung von Menschen mit kognitiver Behinderung (Kinder als Objekte der Wissenschaft) ermöglichen würde – in dieser Studie können sie nur fragmentarisch aufgezeigt werden. Aber auch das von Heinrich Gross geleitete Boltzmann-Institut zur Erforschung der Missbildungen des Nervensystems sowie das mit beiden Einrichtungen verbundene Netzwerk an WissenschaftlerInnen und deren Forschungsaktivitäten im Bereich der Genetik, Hirnforschung, Psychologie und Anthropologie stellen wichtige Forschungsdesiderata dar. Insbesondere die Verbindungen zwischen Andreas Rett, Heinrich Gross und Walter Birkmayer, die jeweils (in unterschiedlicher Weise) Bezüge zur NS-Vergangenheit hatten und in den 1960er bis in die 1980er Jahre hoch dotierte Boltzmann-Institute zur Erforschung neurologischer und psychiatrischer Krankheiten sowie zur menschlichen Vererbung leiteten, bedürfen einer tiefgehenden historischen Aufarbeitung.

Aufbau der Publikation

Nach der Erläuterung des methodischen Vorgehens und der erschlossenen empirischen Daten werden die beiden institutionellen Fallstudien jeweils getrennt dargestellt. Berichtsteil B umfasst die Teilstudie zu Pavillon 15 „Am Steinhof“/PKH „Baumgartner Höhe“, Berichtsteil C die zur „Rett-Klinik“ generierten empirischen Erkenntnisse. In beiden Teilstudien wurde eine vergleichbare inhaltliche Struktur gewählt, soweit dies von den Forschungser-

gebnissen her sinnvoll war. Abweichungen in Struktur und Inhalten resultieren aus der Unterschiedlichkeit der beiden Einrichtungen, der gegen sie vorliegenden Vorwürfe sowie der erschließbaren empirischen Daten.

Im abschließenden Berichtsteil D werden zunächst die Erkenntnisse aus der ergänzenden Teilstudie von Walter Hammerschick zu relevanten Rechtsmaterien vorgestellt (Kap. 28). Nachfolgend findet sich eine Zusammenfassung der von Rudolf Leo durchgeführten Recherchen zur möglichen NS-Vergangenheit von Personal der untersuchten Einrichtungen wiedergegeben (vgl. Kap. 29). Besonders sei auch auf die Gastbeiträge von Darja Zaviršek (Kap. 30) und Gert Lyon (Kap. 31) hingewiesen: Zaviršek gibt Einblicke in die Situation von Menschen mit Behinderungen im Slowenien der Nachkriegszeit, die in großem Umfang in totalen Institutionen unter menschenunwürdigen Umständen „verwahrt" worden waren. Sie problematisiert den Mantel des Schweigens, der nach wie vor über diese Vergangenheit gebreitet wird, und verweist auf das Recht auf Erinnerung dieser Gewalterfahrungen als fundamentalem Bestandteil einer Demokratisierung der Gesellschaft. Der abschließende Beitrag von Gert Lyon schlägt ebenfalls den Bogen zwischen Vergangenheit und Gegenwart und fasst in prägnanter Weise fünf Thesen zum Umgang mit Gewalt und Zwang in der Psychiatrie zusammen, deren kontinuierliche Reflexion sich als essenziell für die psychiatrische Praxis der Gegenwart und Zukunft zeigt.

2. METHODIK UND ERSCHLOSSENE DATEN

Hemma Mayrhofer, Gudrun Wolfgruber, Katja Geiger

Die Verschränkung von Ergebnissen der Aktenanalysen einerseits und über ZeitzeugInnen-Interviews gewonnene Einsichten andererseits macht die Erkenntnisse besonders aussagekräftig und vielschichtig. Dadurch konnten die unterschiedlichen Perspektiven auf die damaligen Strukturen und Geschehnisse miteinander kontrastiert und wechselseitig ergänzt werden: die formal in den Akten festgehaltenen selektiven Zustandswahrnehmungen und -definitionen durch das seinerzeitige Personal, die vielfältigen und im Laufe der Zeit Verarbeitungsprozessen und Überformungen unterworfenen Erinnerungen von unterschiedlichen ZeitzeugInnen, ergänzende Dokumente und Briefe der bzw. zwischen den Institutionen und ihren relevanten Umwelten etc. Im Folgenden werden zunächst die in diversen Archiven erschlossenen und gesichteten Akten bzw. Dokumente ausführlich beschrieben. Daran anschließend wird auf die durchgeführten Interviews mit unterschiedlichen Personengruppen detailliert eingegangen.

2.1. AKTEN UND DOKUMENTE

Für den vorschriftsgemäßen Aktenzugang waren zunächst eine Reihe von Klärungen vorzunehmen und Formalitäten zu erledigen, um die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen zu erfüllen (positiver Bescheid der Datenschutzbehörde). Die durchgeführten Aktenrecherchen machten eine überwältigende Fülle an relevanten Akten zugänglich, und zwar insbesondere an PatientInnenakten die beiden stationären Einrichtungen betreffend. Um die vorweg nicht erwartbare Aktenzahl ausreichend aufarbeiten zu können, wurde deshalb ein bereits im Forschungskonzept für den Bedarfsfall vorgesehenes Erweiterungsmodul zur Aktenrecherche und -analyse vom Wiener Krankenanstaltenverbund beauftragt. Dadurch war es möglich, die Aktenrecherche und -analyse bezogen auf die Aktenbestände der beiden stationären Einrichtungen dem Bedarf entsprechend auszuweiten. Im Folgenden werden die gesichteten und ausgewerteten Aktenbestände für beide Teilstudien getrennt beschrieben.

Pavillon 15 „Am Steinhof"/ Otto-Wagner-Spital (OWS):

Archiv für PatientInnenakten – Pavillon 5 des Otto Wagner-Spitals:
Das PatientInnenarchiv umfasst die Krankenakten aller ab 1948 im psychiatrischen Anstaltenkomplex „Am Steinhof"/"Baumgartner Höhe"/Otto Wagner-Spital stationär aufgenommenen Personen. Die Akten des Archivs sind alphabetisch nach Nachnamen geordnet. Aufgrund der nicht chronologischen Ablage und der fehlenden Zuordnung der Akten zu den Pavillons konnten nur jene Akten von ehemals auf Pavillon 15 untergebrachten Personen zugänglich gemacht werden, deren Namen bekannt waren bzw. recherchiert werden konnten. Eine Durchsicht des gesamten Aktenbestandes der Anstalt zwecks Erstellung einer Liste aller PatientInnen, die während des Untersuchungszeitraums auf Pavillon 15 stationär aufgenommen waren, war aufgrund des enormen Umfangs der archivierten Krankenakten nicht möglich.

Anzahl der Akten: Mit Start des Forschungsprojekts standen 29 PatientInnen- bzw. Krankenakten zu Pavillon 15 zur Verfügung. Zehn dieser Akten hatten auch die Grundlage der internen Untersuchung des Krankenanstaltenverbundes dargestellt. Ergänzend lag eine Namensliste jener PatientInnen vor, die aufgrund der Nennung einer ehemaligen Krankenschwester sowie interner Recherchen am Otto-Wagner-Spital eruiert worden waren. Im Zuge der Sichtung der Krankenakten fanden sich in diesen die Namen weiterer PatientInnen des Pavillons 15. Zusätzlich konnten in den Interviews mit früheren Bediensteten der Einrichtung, ehemaligen PatientInnen oder mit Angehörigen ehemals am „Kinderpavillon" untergebrachter Personen weitere Namen in Erfahrung gebracht werden. Im Spätherbst 2015 wurden zudem 17 PatientInnenakten zu Personen, die im Untersuchungszeitraum auf Pavillon 15 verstorben sind, vom OWS-Archiv angefordert. Diese Kinder und Jugendlichen wurden auf Basis der Prosekturakten (s.u.) identifiziert und ausgewählt. Die Stichprobenziehung erfolgte auf Basis der Kategorien Geschlecht, Alter des/der Verstorbenen und Todesjahr. Von den 17 bestellten Akten konnten 14 gefunden und zur Verfügung gestellt werden, sie wurden einer näheren Analyse unterzogen. Schlussendlich standen mehr als 120 PatientInnenakten zu Verfügung, hinzu kommen 29 nach Ybbs transferierte Akten (s.u.), sodass insgesamt ungefähr 150 Krankenakten zu Pavillon 15 erschlossen worden waren.

Zeitraum: Mehrheitlich beziehen sich die Akten auf die 1970er und 1980er Jahre; für die 1960er Jahre konnten aus dem Bestand des OWS-Archivs vergleichsweise weniger Akten recherchiert werden. Dies liegt vor allem darin begründet, dass die ZeitzeugInnen, über die Namen ehemaliger PatientInnen in Erfahrung gebracht werden konnten, sich insbesondere an

Personen aus den letzten 10 bis 15 Jahren des sogenannten Kinderpavillons erinnerten (mit Ausnahme jener Personen, die von Pavillon 15 ans PKH Ybbs transferiert wurden, s.u.).

Aktenbeschaffenheit und -inhalte: Die handschriftlich geführten PatientInnenakten erwiesen sich teilweise als umfassende und genaue Dokumentationen des gesamten Aufenthaltes der auf Pavillon 15 untergebrachten Personen. Sie wurden kontinuierlich, aber in der Regel nicht täglich geführt – in manchen Akten gab es auch zeitliche Lücken zwischen den einzelnen Einträgen von mehreren Wochen oder Monaten bis hin zu einem halben Jahr. Die Einträge umfassen – bis auf wenige Ausnahmen – den gesamten Zeitverlauf der Unterbringung auf Pavillon 15 und gegebenenfalls nachfolgend auf weiteren Pavillons des PKH „Baumgartner Höhe" bzw. späteren Otto-Wagner-Spitals. Auch sind in der Regel Informationen über Transferierungen in andere Einrichtungen (z.B. nach Ybbs, in andere stationäre Angebote, Wohngemeinschaften oder in seltenen Fällen in die Familie) enthalten. Allerdings ist anzumerken, dass die einzelnen PatientInnenakten in Bezug auf ihren Umfang und den Inhalt beachtlich differieren. Zu den Inhalten im Detail:

- Die Akten informieren über Diagnose, Einweisungsgrund und -verlauf, etwaige vorangegangene ambulante oder stationäre Unterbringungen (u.a. auch Heimunterbringung) und in sehr begrenztem Ausmaß auch über die soziale Herkunft bzw. das familiäre Umfeld.
- Die medizinischen Dekurse beinhalten primär Einträge von ÄrztInnen und dokumentieren die medizinische Versorgung, medikamentöse Behandlungen inkl. Dosierungen und sonstige durchgeführte Untersuchungen. Medizinische Befunde (Blut-, EEG-Befunde, Fieberkurven etc.) liegen ergänzend bei.
- Die in einzelnen Akten enthaltenen Korrespondenzen mit Familienangehörigen, RechtsvertreterInnen, der Wiener Jugendwohlfahrtbehörde etc. ermöglichen in gewissem Ausmaß Einblicke in die begleitenden sozialen und rechtlichen Kontexte der Unterbringung.
- Der Besuch der Sonderschule oder des Sonderkindergartens auf Pavillon 15 ist sowohl in den Dekursen verzeichnet als auch über Schulzeugnisse nachvollziehbar.
- Psychologische Gutachten liegen nur einem Teil der Akten bei, sie geben Einblicke in die Praxis der psychologischen Diagnostik am Pavillon 15 (oder auch anderer Einrichtungen) und verweisen auf darauf basierende Fördermaßnahmen und Therapien. Sofern solche angeboten wurden, enthalten die Akten teilweise auch Protokolle der TherapeutInnen.

- Über die Alltagsbetreuung und Pflege ließen sich auf Basis der PatientInnenakten nur bedingt Erkenntnisse gewinnen, allerdings wird auch in den Akten ein Ressourcenmangel (sowohl in personeller als auch materieller Hinsicht sowie aufgrund fehlender therapeutischer Angebote) bis zu Beginn der 1980er Jahre sichtbar.

Auswertung der Akten: Zur Erreichung des angestrebten Forschungszieles war eine intensive und sorgfältige Analyse der handschriftlich geführten Akten erforderlich. Die Anzahl der zugänglichen Akten lag aber – wie oben ausgeführt – wesentlich über dem ursprünglich erwarteten Umfang des Quellenkorpus. Zusätzlich wiesen einige PatientInnenakten einen überdurchschnittlichen Umfang auf. Es war deshalb weder möglich noch aus forschungsmethodischer Sicht sinnvoll oder für die Beantwortung der zentralen Forschungsfragen erforderlich, alle aufgefundenen Akten im Detail auszuwerten. Aus diesen Gründen wurde in der Aktenanalyse ein zweistufiges Vorgehen realisiert:

- Alle erschlossenen Krankenakten aus dem OWS-Archiv wurden kurz gesichtet. Etwa 100 Akten wurden systematisch durchgegangen und einer Grobauswertung unterzogen. Die Grobauswertung fasste die Akten entlang eines inhaltlichen Auswertungsleitfadens (bestehend aus ca. 25 Kategorien) zusammen und ermöglicht einen allgemeinen Überblick über die PatientInnen auf Pavillon 15. Dabei sind allerdings mögliche Verzerrungen zu reflektieren, da unwahrscheinlich ist, dass das erschlossene Aktensampling repräsentativ für die Zusammensetzung der Grundgesamtheit der ehemals auf Pavillon 15 untergebrachten Kinder und Jugendlichen ist (vgl. auch Kap. 5.1).
- Auf Basis dieses Überblicks wurden in Summe ca. 50 Akten nach den Prinzipien des theoretischen Samplings (ein in der qualitativen Sozialforschung anerkanntes Vorgehen der Fallauswahl, durch das die Vielfalt des Untersuchungsgegenstandes ausreichend im Sampling abgebildet wird – vgl. Glaser/Strauss 2008) ausgewählt und einer Detailanalyse unterzogen. Diese Detailanalyse folgt der Struktur des jeweiligen Akts und rekonstruiert die in ihm abgebildete Fallgeschichte sowie die Beschaffenheit der Fallbeobachtung durch die dokumentierenden Professionellen.

Personalarchiv – Keller des Verwaltungsgebäudes C des OWS:
Für den Untersuchungszeitraum konnten auf dem Anstaltsgelände selbst keine Verwaltungsunterlagen gefunden werden. Diese wurden entweder skartiert oder befinden sich an unbekanntem Ort. Eine umfassende alphabe-

tisch geordnete Sammlung von Personalblättern (das gesamte Personal betreffend, es handelt sich um tausende Karteiblätter) stand zu Verfügung, doch aufgrund der fehlenden Pavillonzuordnung waren ehemalige MitarbeiterInnen des Pavillons 15 auf diesem Weg nicht zu recherchieren. Die PatientInnenakten gaben nur geringe Aufschlüsse über das eingesetzte Personal, sodass daraus nur vereinzelt Namen für die Personalrecherche gewonnen werden konnten.

Erhalten und dem Forschungsprojekt in Kopie zu Verfügung gestellt wurden drei Ordner mit Direktionsakten, die teilweise den „Kinderpavillon" betrafen. Die relevanten Unterlagen beinhalten den Briefverkehr mit Behörden, KollegInnen sowie Fragen der Öffentlichkeitsarbeit. Von besonderem Interesse waren jene Unterlagen, die den Kontakt mit dem Elternverein der auf Pavillon 15 untergebrachten Kinder und deren Anliegen dokumentieren. Sie erwiesen sich vor allem im Hinblick auf strukturelle Fragen, existente bzw. fehlende Ressourcen sowie Mitbestimmung und Entscheidungskompetenzen als aufschlussreich.

Prosekturakten und PatientInnenakten verstorbener Kinder und Jugendlicher des OWS/„Am Steinhof":

Nähere Informationen zu PatientInnen, die auf Pavillon 15 während des Untersuchungszeitraums verstorben waren, konnten anhand von Sterbe- und Obduktionsprotokollbüchern, die im Keller der pathologischen Abteilung des OWS gefunden wurden, erschlossen werden. Protokollbücher der Prosektur sind für die Jahre 1956, 1963, 1968-1977 und 1982 erhalten. Aus den Jahrgängen der noch vorhandenen Protokollbücher konnten 76 Namen von auf Pavillon 15 verstorbenen Kindern und Jugendlichen identifiziert werden. Darauf folgend wurden deren Obduktionsprotokolle, die im Archiv des OWS nicht im Original, sondern in eingescannter Form dokumentiert sind, ausgehoben und bearbeitet. Die Obduktionsprotokolle erwiesen sich insofern als aufschlussreich, als sie neben der medizinischen Diagnose der Todesursache auch Angaben zum körperlichen Status im Hinblick auf Ernährung, Größe und Gewicht dokumentieren und somit gewisse Rückschlüsse auf die medizinische und pflegerische Versorgung ermöglichen. Zwei der erhaltenen 70 Obduktionsprotokolle (für die in den Protokollbüchern des Jahres 1956 genannten 5 PatientInnen und zwei PatientInnen aus späteren Jahren wurden keine Obduktionsprotokolle gefunden) verwiesen auf Todesfälle ungeklärter Ursache. In beiden Fällen wurde eine gerichtliche Obduktion angeordnet. Um die Verläufe hinsichtlich Pflege und medizinischer Versorgung etc. im Rahmen des Aufenthaltes sowie im Hinblick auf die Todesursache untersu-

chen zu können, wurden zu verstorbenen Personen Krankengeschichten im Archiv des OWS bestellt (s.o.).

Sonstige Akten bzw. Materialien des OWS:
In Räumlichkeiten des Otto-Wagner-Spitals sind zudem Archivalien der Einrichtung gelagert, die im Sommer 2016 für eine Übergabe an das Wiener Stadt- und Landesarchiv vorgesehen waren. Im Rahmen einer Begehung wurde ersichtlich, dass es sich bei dem Bestand überwiegend um histopathologische Präparate handelt. Inwiefern diese im Hinblick auf den Forschunsgegenstand von Relevanz sind, konnte nicht geklärt werden, da die Stichprobensichtung der zahlreichen Kartons weder eine zeitliche Zuordnung noch eine Zuordnung zu einem Pavillon zuließ. Eine umfassende Sichtung bzw. Bestandaufnahme dieses großen Quellenkomplexes war aufgrund der mit dem Wiener Stadt- und Landesarchiv vereinbarten Übergabe des Quellenbestandes nicht möglich bzw. hätte dies auch die Möglichkeiten der bereits in der Abschlussphase befindlichen Studie deutlich überstiegen und war nicht davon auszugehen, dass dadurch die Forschungsergebnisse noch bedeutend verändert worden wären. Es ist darauf hinzuweisen, dass eine eingehende Sichtung der Archivalien in Hinblick auf ihre zeithistorische Bedeutung notwendig erscheint.

Archiv des Psychiatrischen Krankenhauses bzw. Therapiezentrums Ybbs:
Teilweise wurden beim Transfer von PatientInnen in das Psychiatrische Krankenhaus Ybbs auch die Aufenthaltsdokumentationen des OWS mit überstellt. Es konnten 29 PatientInnenakten von nach Ybbs transferierten Personen zu Verfügung gestellt werden. Der Einbezug dieser Akten ermöglichte eine Vervollständigung des Bildes von den ehemals auf Pavillon 15 untergebrachten Personen mit Behinderung und ihrem späteren Lebensschicksal. Zudem bezogen sich die Dokumentationen oft auf die 1950er und 60er Jahre und stellten somit eine wichtige zeitliche Ergänzung zu den PatientInnenakten des OWS-Archivs dar. Diese Akten entsprachen in Umfang, Inhalt und Beschaffenheit jenen PatientInnenakten, die für die 1970er und 1980er Jahre des Pavillons 15 erschlossen und gesichtet werden konnten, allerdings enthielten sie fallweise mehr Informationen aus dem Bereich der Pflege.

Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder am Neurologischen Krankenhaus der Stadt Wien-Rosenhügel

Das gesamte Archiv der ehemaligen Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder befindet sich im Keller des Pavillons C am Rosenhügel. Da aufgrund

des länger zurück liegenden Untersuchungszeitraums und zwischenzeitlich völlig veränderter Archivierungssysteme der Aktenbestand aus der Ära Rett weder dem derzeitigen Personal vertraut ist noch von einem/r ArchivarIn betreut wird, wurde der gesamte für die Studie relevante Aktenbestand durch das Forschungsteam gesichtet und (soweit für die Forschungszwecke notwendig) katalogisiert. Der immense Umfang der im Archiv vorhandenen Bestände war eine große Überraschung, ein beträchtlicher Teil der einst angelegten und geführten Akten dürfte noch erhalten sein. Allerdings konnte durch Gespräche mit ehemaligem Personal in Erfahrung gebracht werden, dass Anfang der 2000er Jahre eine unbestimmte Anzahl an Akten zu PatientInnen, deren letzter Aufenthalt in Pavillon C zum damaligen Zeitpunkt über 30 Jahre zurück lag, den Skartierungsbestimmungen entsprechend vernichtet worden war. Für die Studie von besonderer Relevanz sind folgende Aktenbestände:

PatientInnenarchiv:
Dieser Archivteil umfasst die in Papierform geführten Akten von PatientInnen des Pavillon C bis zum Jahr 2008, d.h. die Akten betreffen nicht nur den Zeitraum, der im Fokus der gegenständlichen Studie steht.

Anzahl der Akten: Die PatientInnenakten sind alphabetisch gereiht und erstrecken sich über zehn Regale mit einer Größe von ca. 230 cm Höhe und 150 cm Breite. Im Zuge einer ersten Sichtung wurde zunächst knapp ein Fünftel der Regale eingesehen (d.h. jeder dort stehende Akt wurde in die Hand genommen und geöffnet), wobei ungefähr 300 PatientInnenakten den Untersuchungszeitraum betreffend recherchiert werden konnten (durchschnittlich war jeder vierte Akt ein für die Studie relevanter, d.h. die Ära Rett bis Ende 1989 betreffender). Die in einem zweiten Schritt vorgenommene Stichprobenziehung (s.u.) ließ auf 2.500 relevante Akten hochrechnen. Es war weder aus inhaltlichen oder forschungsmethodischen Gründen notwendig noch ressourcenmäßig durchführbar, alle auf die Abteilung bezogenen und den Untersuchungszeitraum betreffenden Akten auszuwerten. Deshalb wurde auf eine stichprobenförmige Auswertung umgestiegen. Solch eine Stichprobenziehung nach dem Zufallsprinzip entspricht dem gängigen wissenschaftlichen Vorgehen bei einer großen "Population" (= alle PatientInnenakten den Untersuchungszeitraum betreffend). Um das zentrale Prinzip der Zufallsstichprobe zu gewährleisten, dass jeder Akt die gleiche Wahrscheinlichkeit hat, in die Auswahl aufgenommen zu werden, wurde aus dem Gesamtbestand der PatientInnenakten jeder fünfte Akt (der Reihenfolge der alphabetischen Ablage im Regal folgend) gesichtet und von dieser Auswahl wiederum jeder zweite für unsere Studie relevante (d.h. den Untersuchungs-

zeitraum bis Ende 1989 betreffende) Akt ausgewählt. Daraus ergab sich ein Stichprobenumfang von 253 PatientInnenakten. Davon wurden sechs nicht in die Auswertung einbezogen, da sich bei näherer Hinsicht herausstellte, dass lediglich eine Teilakte vorhanden bzw. gefunden worden war.

Zeitraum: Der noch bestehende Aktenbestand umfasst mehrheitlich Aufenthaltsdokumentationen der 1970er und 1980er Jahre. In der gezogenen Stichprobe waren keine Akten mit Erstaufnahme in den 1950er Jahren enthalten, 28 Akten wiesen eine Erstaufnahme in den 1960er Jahren aus, 108 Akten eine Erstaufnahme in den 1970er Jahren und 109 Akten eine Erstaufnahme in den 1980er Jahren (bei zwei Akten war die Erstaufnahme zeitlich nicht zuordenbar).

Aktenbeschaffenheit und -inhalte: Die PatientInnenakten glichen weder in Form noch in Umfang oder Inhalt den PatientInnenakten des Pavillons 15/OWS. Es fanden sich weder ausführliche Anamnesen noch nähere Informationen über den medizinischen und pflegerischen Betreuungs- und Behandlungsverlauf in ihnen. Durchgeführte therapeutische Behandlungen und Therapieverläufe sowie Förderangebote waren aus den Akten nur rudimentär ablesbar, ebenso Beobachtungen zum psychischen Befinden der PatientInnen im Alltag der Abteilung. Allerdings ließen sich wiederholte Aufenthalte in der Einrichtung eruieren, die im Akt zusammengefasst sind. Mehrheitlich konnten die im Akt enthaltenen medizinischen Dekurse, die Diagnose, teilweise Einweisungsgründe, Angaben über den allgemeinen somatischen Status und die medikamentöse Behandlung, Fieberkurven und Laborbefunde, vereinzelt ergänzt durch kurze Angaben über das aktuelle Verhalten von PatientInnen, zur Auswertung herangezogen werden.

Für jeden einzelnen Aufenthalt waren die Dekurse im Akt zusammengefasst und nachvollziehbar. Die Einträge sind jedoch unsystematisch und erscheinen willkürlich, eine Kontinuität der medizinischen (und – sofern durchgeführten – therapeutischen) Behandlung und Betreuung, Besuche des auf Pavillon C angeschlossenen Sonderkindergartens bzw. der Sonderschule für schwerstbehinderte Kinder waren somit schwer nachvollziehbar. Vereinzelt beinhalteten die Krankengeschichten Anamnesebögen, in denen hereditäre (d.h. erbliche) Parameter sowie Angaben zum Schwangerschaftsverlauf der Mutter und der Geburt des Kindes mit Behinderung abgefragt werden. Diese Anamnesebögen waren jedoch mehrheitlich nicht vollständig ausgefüllt, eine systematische Führung der Anamnesebögen war nicht ersichtlich.

Archivabschnitt mit Materialien mit Bezug zum Ludwig Boltzmann-Institut zur Erforschung kindlicher Hirnschäden:

Im PatientInnenarchiv des Pavillon C/Rosenhügel fanden sich auch Materialien, die im Zusammenhang mit den Arbeiten des 1967 von Andreas Rett gegründeten Ludwig Boltzmann-Instituts (LBI) zur Erforschung kindlicher Hirnschäden stehen. Nach einer umfassenden Sichtung wurden ergänzend jene Unterlagen aus der Abteilung in die Aktenanalyse einbezogen, die Informationen über die Arbeit der Abteilung und Hinweise auf das Zusammenwirken von Abteilung und Forschungsinstitut beinhalten. Konkret geht es hierbei um

- Akten und Obduktionsprotokolle verstorbener PatientInnen,
- Verwaltungsakten und Korrespondenzen die Abteilung betreffend sowie
- Publikationen von Andreas Rett und KollegInnen zur medizinischen/ therapeutischen Behandlung und Betreuung von Menschen mit kognitiver und körperlicher Behinderung

Konkret wurden 65 dicke Flügelmappen, die für die Jahre 1971-1989 erhalten sind, auf für diese Studie relevante Dokumente hin gesichtet. Die Mappen beinhalten neben Korrespondenzen mit anderen medizinischen Einrichtungen im In- und Ausland, mit niedergelassenen ÄrztInnen, Angehörigen, Verwaltungs- und Gesundheitsbehörden (z.B. Sozial- und Wohnungsamt, Sozialversicherungen), viele wissenschaftliche Manuskripte von Andreas Rett. Des Weiteren sind in den Bestand Korrespondenzen zu Personalangelegenheiten sowie zur Organisation der Station, der materiellen Ausstattung und Ausgestaltung integriert. Die Groberfassung der Akteninhalte erforderte viel Zeit, die Aktenbündel enthielten in unterschiedlichem, vorweg nicht bekanntem Umfang für die Fragestellungen des Forschungsprojekts relevante Dokumente (und dazwischen auch viele nicht relevante Dokumente). Insgesamt wurden über 600 Dokumente (sie stellen nur einen Bruchteil der in den Mappen enthaltenen Dokumente dar) behelfsmäßig katalogisiert und verschlagwortet werden, sie wurden auszugsweise in die Auswertungen mit einbezogen.

Der überwiegende Teil der Dokumente und Akten des Archivabschnitts zum Boltzmann-Institut konnte im Rahmen des gegenständlichen Forschungsprojekts aus Ressourcengründen nicht aufgearbeitet werden, dies hätte auch den inhaltlichen Fokus der Studie überschritten. Wie in Kapitel 1 bereits ausgeführt und auch später in der Studie mehrfach thematisiert, ist eine umfassende wissenschaftliche Aufarbeitung dieser zeithistorischen Quellen sehr empfehlenswert.

Aktenbestand der Ambulanz:
Vorzubemerken ist, dass der Ambulanzbetrieb genau genommen nicht Gegenstand dieser Studie, die auf stationäre Unterbringung fokussiert, ist. Die aufgezeigte enge Verbindung zwischen Abteilung und Ambulanz machte es aber auch für die gegenständliche Forschung unumgänglich, das Wirken der Ambulanz zumindest partiell mit einzubeziehen.

Der Aktenbestand der Ambulanz konnte nur grob gesichtet werden. Es handelt sich um einen Archivabschnitt von ca. 6-8 Regalen, die vermutlich zehntausende Ambulanzkarten enthalten. Aufgrund des umfangreichen Bestandes sowie der unsystematischen Archivierung war eine gezielte Auswahl für das Forschungsinteresse relevanter Dokumente dieses Bestandes nicht möglich. So erwies sich etwa der Versuch, zu PatientInnenakten der Station exemplarisch nach vorhandenen Ambulanzkarten zu recherchieren, um zu einem vollständigeren Bild des Gesamtverlaufs der PatientInnenkarriere zu gelangen, häufig als nicht erfolgreich (keine Ambulanzkarte auffindbar, obwohl eine vorhanden sein dürfte). Wie bereits dargelegt und auch in Kapitel 16.2 ausführlicher argumentiert, stellt die wissenschaftliche Untersuchung dieses Aktenbestands für die Zukunft ein wichtiges Forschungsanliegen dar.

Weitere einbezogene Aktenbestände

Akten der MA 2 – Personalamt der Stadt Wien:
Ergänzend wurden vom Forschungsteam ausgewählte Personalakten von Personen, die im Untersuchungszeitraum auf Pavillon 15 Am Steinhof/PKH Baumgartner Höhe oder an der „Rett-Klinik" gearbeitet hatten, gesichtet. Diese Akten lieferten ergänzende Informationen hinsichtlich der individuellen Berufskarrieren, der Ausbildungshintergründe sowie des soziobiografischen Backgrounds des einst eingesetzten Personals. Zudem sollte über eine Einsichtnahme in diesen Aktenbestand der Einsatz diverser Berufsgruppen im Forschungszeitraum erschlossen werden. Die Recherche wird dadurch erschwert, dass sich insbesondere für das medizinische Personal des OWS zwar eine Zuordnung zur medizinischen Einrichtung erfassen ließ, häufig jedoch nicht der Pavillon, an dem die Person tätig war. Bei Personalakten des Pflegepersonals ist hingegen die Möglichkeit der Zuordnung zu einem bestimmten Pavillon gegeben.

Auf Basis eines positiven Bescheids der Datenschutzbehörde zur entsprechenden Akteneinsicht konnte mit Unterstützung der Magistratsabteilung 2 die Sichtung von Personalakten umgesetzt werden. Insgesamt wurden 56 Personalakten bei der MA 2 bestellt. Da die im Forschungsverlauf eruierten Namen ehemaliger MitarbeiterInnen aus beiden Einrichtungen manchmal

unvollständig sind oder falsch tradiert wurden, war die interne Recherche für MitarbeiterInnen der MA 2 teilweise erschwert. Insgesamt wurden 22 Personalakten direkt durch die MA 2 zu Verfügung gestellt und ausgewertet.

Ein Teil der bestellten Personalakten ist nicht (mehr) im Personalarchiv der MA 2 erhalten, sondern befindet sich im Wiener Stadt- und Landesarchiv. Dies betraf vor allem Personal, das in der unmittelbaren Nachkriegszeit auf Pavillon 15 gearbeitet hat. Angefordert wurden insgesamt 25 Personalakten, von denen die Hälfte zu Verfügung gestellt wurde.

Akten der MA 11 – Amt für Jugend und Familie der Stadt Wien:
Eine Einsichtnahme in ausgewählte Akten der MA 11 erschien in Bezug auf die Klärung soziobiografischer Fragen zur Lebensgeschichte der PatientInnen, hinsichtlich der Praxis jugendwohlfahrtsrechtlicher Bestimmungen sowie der Rolle der MA 11 als zuweisender Institution von hoher Relevanz zur Klärung zentraler Forschungsfragen des Projektes. Seitens der MA 11 lag ein Einverständnis zur Einsicht in diese Aktenbestände vor, nach Zustimmung der Datenschutzbehörde konnte ein den Datenschutzbestimmungen entsprechender Datenzugang erfolgen. Im Rahmen des gegenständlichen Forschungsprojektes war keine vollständige Sichtung der Jugendamtsakten aller eruierten PatientInnen, sondern nur eine exemplarische möglich und geplant. Anfang September wurden 26 Kinderakten der MA 11 angefordert, die vor Ort eingesehen und dokumentiert werden konnten. Aus diesem Sample wurden 12 Kinderakten einer intensiven Fallbearbeitung unterzogen, weitere acht kurz zusammengefasst.

Akten der Sanitätsbehörde (KAV, ehem. MA 17 Anstaltenamt):
Im Rahmen von Gesprächen mit ehemaligen MitarbeiterInnen des Pavillons C am NKH Rosenhügel wurde auf regelmäßige Kontrollen der Sanitätsbehörden hingewiesen. Diese dürften weniger der Begutachtung der PatientInnen, sondern primär der medizinischen und sanitären Ausstattung gegolten haben. Trotz interner Recherche innerhalb des KAV sowie im Wiener Stadt- und Landesarchiv konnten keine entsprechenden Akten gefunden werden.

Verwaltungsakten (Wiener Stadt- und Landesarchiv):
Ab Oktober 2015 wurden im Wiener Stadt- und Landesarchiv sukzessive bestellte Verwaltungsakten des Pavillons 15 „Am Steinhof"/OWS und der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder (NKH Rosenhügel bzw. zuvor Altersheim Lainz) zur Bearbeitung bereitgestellt. Dabei handelte es sich um Akten der Direktionsregistratur Otto Wagner-Spital (Baumgartner Höhe, Steinhof), welche für die Jahre 1945 und 1958 enthalten sind. Dieser Bestand

(im Umfang von 3 Kisten) gab Auskunft u.a. über die unmittelbare Nachkriegszeit in der Anstalt, die Versorgungslage der PatientInnen, administrative Umstrukturierungen und damit verbundene Probleme, Personalfragen im Kontext der Entnazifizierung etc. Anzumerken ist, dass sich die Dokumente dieses Bestandes teilweise nicht auf Pavillon 15, sondern auf die gesamte Einrichtung beziehen.

Des Weiteren wurden Sachakten sowie Registraturakten des ehemaligen Anstaltenamtes (MA 17) gesichtet. Eine Zuordnung dieser Archivalien zu einer konkreten Station oder einem Pavillon ist im Rahmen des Dokumentationssystems des Archivs in der Regel nicht möglich. Doch Dank der Unterstützung der ArchivmitarbeiterInnen wurden inhaltlich geordnete Bestandslisten übergeben, die eine konkrete themenbezogene Bestellung und Sichtung ermöglichten. Insgesamt wurden 14 Mappen, die Dokumente zu Ressourcenfragen, zur Administration sowie zu zeitgenössischen Diskursen zu Sachwalterschaftsfragen, Schwangerschaftsabbruch etc. beinhalten, gesichtet.

2.4 Ergänzende Recherchen zu personellen NS-Kontinuitäten:

Ende August 2015 starteten ergänzende Recherchen zur möglichen NS-Vergangenheit von ÄrztInnen und PflegerInnen der untersuchten stationären Einrichtungen, die vom Zeithistoriker Rudolf Leo (u.a. DÖW) durchgeführt wurden. Recherchen fanden u.a. im Dokumentationsarchiv des Österreichischen Widerstandes, im Wiener Stadt- und Landesarchiv, im Personalamt der Stadt Wien sowie im Archiv der Geschichte der Medizin (Medizinuniversität Wien) nach vorbelastetem Personal der jeweiligen Krankenanstalten allgemein statt. Die dabei identifizierten Personen wurden mit den bekannten Namen von Personal des Pavillons 15 sowie der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder abgeglichen. Die Ergebnisse dieser Recherchen sind dem Beitrag von Rudolf Leo in diesem Band zu entnehmen (vgl. Kap. 29).

2.2. INTERVIEWS: BEFRAGUNG VON ZEITZEUGINNEN UND EXPERTINNEN

Gespräche mit ZeitzeugInnen stellten eine zentrale Erkenntnisquelle des Forschungsprojekts dar. Interviewt wurden dabei sowohl Personen, die einst selbst in einer der Einrichtungen stationär untergebracht waren, sowie Angehörige solcher Personen als auch ehemaliges Personal dieser Einrichtungen bzw. des institutionellen Umfeldes. Ergänzend wurden Interviews mit ExpertInnen der Psychiatrie, Behindertenhilfe sowie Jugendwohlfahrt geführt. Im Zuge der Analyse des relevanten rechtlichen Rahmens sowie der Rechtspra-

xis fanden weitere ExpertInnengespräche statt. In Summe gelang es, 100 qualitative Interviews mit ZeitzeugInnen und ExpertInnen zu erheben und in die Analysen einzubeziehen.

Bei den Datenerhebungen kamen qualitative Leitfadeninterview zum Einsatz, die im Falle der ZeitzeugInnen-Befragungen (d.h. im Projektzusammenhang v.a. Personen, die den Alltag der beiden stationären Einrichtungen selbst erlebt hatten) als episodische Interviews (vgl. Flick 2009 und 2011) gestaltet wurden und offene, auf semantisches Wissen zielende Fragen mit erzählauffordernden Fragen nach subjektiven Erfahrungen bzw. Erlebnissen, nach Verläufen und Prozessen verbanden.

Interviews mit dem professionellen System

Der Feldzugang zum professionellen System und die Datenerhebungen mit (ehemaligen) MitarbeiterInnen der beiden Einrichtungen bzw. aus deren institutionellem Umfeld gestaltete sich angesichts der Tatsache, dass es sich um einen länger zurückliegenden Zeitraum und ein sensibles Forschungsinteresse handelte, grundsätzlich gut bis sehr gut. Insgesamt wurden 48 Interviews mit ZeitzeugInnen aus dem professionellen System (ärztliches und psychologisches Personal, Pflegepersonal, TherapeutInnen, PädagogInnen, ForschungsmitarbeiterInnen und sonstiges Personal) bzw. dem institutionellen Umfeld sowie mit ExpertInnen der Behindertenhilfe, der Psychiatrie und Jugendwohlfahrt durchgeführt.

Insbesondere in Bezug auf die Fallstudie zur ehemaligen „Rett-Klinik“ konnten ausreichend Kontakte zu seinerzeitigem Personal hergestellt werden und bestand überwiegend eine hohe Bereitschaft von Seiten der ZeitzeugInnen, das Forschungsprojekt mit ihren Erinnerungen zu unterstützen. Was Pavillon 15 „Am Steinhof“ betrifft, so war der Zugang zu ZeitzeugInnen zum einen dadurch grundsätzlich herausfordernder, als hier insgesamt deutlich weniger Personal beschäftigt gewesen sein dürfte als an der „Rett-Klinik“, sodass potenziell weniger GesprächspartnerInnen verfügbar waren. Zum anderen liegt die Schließung des sogenannten Kinderpavillons bzw. dessen Überführung in Pavillon 17/Förderpflegeheim auch zeitlich etwas weiter zurück. Doch auch hier konnten einige wertvolle ZeitzeugInnen-Befragungen realisiert werden.

Professionelles System nach Kategorien	Summe Interviews
Personal Pavillon 15/Steinhof (bzw. PKH Baumgartner Höhe/OWS)	8
Personal Pavillon C/NKH Rosenhügel (bzw. vormals Pavillon 17/Altenheim Lainz)	20
Personal aus anderen Pavillons/Stationen der beiden Krankenanstalten (Steinhof/Rosenhügel)	9*
VertreterInnen Wr. Psychiatrie	4*
VertreterInnen Behindertenhilfe/Betroffenenvertretungen, sonst. ExpertInnen (Wissenschaft)	5*
Personal aus zu- bzw. überweisenden Stellen	4*
Summe	48

* Zwei interviewte Personen waren jeweils zwei Kategorien zuzuordnen, d.h. in Summe wurden in den vier markierten Kategorien nicht 22, sondern 20 Personen interviewt. Dies ist in der Gesamtsumme der Spalte (48 anstatt 50) berücksichtigt.

Für die rechtlichen Analysen wurden in Summe acht Interviews mit unterschiedlichen ExpertInnen geführt (vgl. Hammerschick in diesem Band).

Interviews mit betroffenen Personen bzw. Angehörigen

Besonderes Anliegen im gegenständlichen Forschungsprojekt war es, direkte Gespräche mit Personen, die selbst in einer der beiden untersuchten stationären Einrichtungen untergebracht waren, aber auch mit ihren Angehörigen bzw. anderen Personen aus ihrem privaten Umfeld zu realisieren. Sie sind diejenigen, die bislang kaum oder gar nicht zu Wort kamen, ihnen sollte über die Studie eine Möglichkeit zur Verfügung stehen, ihren Erinnerungen an das, was sie erlebt haben und was ihnen widerfahren ist, sowie auch ihren Wünschen und Bedürfnissen an eine angemessene Unterstützung Ausdruck zu verleihen.

Der Zugang zu diesen beiden Personengruppen war erwartungsgemäß herausfordernd und brauchte Zeit und Geduld. Für manche Menschen war es eine zu große Belastung, sich an ihre oft schlimmen Erlebnisse zurück zu erinnern, manche Personen konnten ihre Erinnerungen nicht oder nur schwer sprachlich mitteilen (d.h. sie sind nonverbal), für manche kam die Studie auch zu spät, sie sind bereits verstorben. Die über die Hotline/Servicenummer des Krankenanstaltenverbunds erhaltenen Kontakte

erwiesen sich großteils als nicht ergiebig (die Personen waren teilweise nicht mehr erreichbar oder hatten doch keinen direkten Bezug zu Pavillon 15). Allerdings konnten über vielfältige Bemühungen wie etwa Interviewaufrufe über unterschiedliche Medien bzw. Infokanäle, Kontakte zu zahlreichen Einrichtungen der Behindertenhilfe, die aktuell KlientInnen betreuen, die früher auf Pavillon 15 bzw. in der „Rett-Klinik" untergebracht oder ambulant in Behandlung waren, durch die Unterstützung von SelbstvertreterInnen (People First), Weiterverweisungen von InterviewpartnerInnen etc. eine beachtliche Anzahl an Kontakten hergestellt und Interviews durchgeführt werden. In Bezug auf die „Rett-Klinik" wurde der Erhebungsfokus auch auf Personen ausgeweitet, die in der Ambulanz medizinisch behandelt wurden, da auch ihre Erfahrungen hinsichtlich mancher Fragestellungen der Studie wichtige Einblicke lieferten.

Konkret gelang es, Gespräche mit 44 Personen zu führen (21 einst selbst untergebrachte Personen und 21 Angehörige oder private Bezugspersonen, wobei Letztere teilweise Erfahrungen mit beiden stationären Einrichtungen Erfahrung zu berichten wussten. Bei diesen Gesprächen wurde besonders darauf geachtet, sensibel vorzugehen und Schutzsignale der interviewten Personen wahrzunehmen. Wenn beispielweise erkennbar wurde, dass eine Frage als sehr belastend erlebt wird bzw. die betroffene Person auszuweichen versucht, dann wurde dies in der Regel respektiert und nicht weiter nachgebohrt. Dadurch mögen zwar manche Erinnerungen der Studie nicht zugänglich geworden sein, durch das Berücksichtigen von Selbstschutzstrategien der InterviewpartnerInnen sollte aber das Risiko reduziert werden, bei ihnen durch das Gespräch eine zu große Belastung auszulösen. Dieses Vorgehen erwies sich insbesondere auch deshalb empfehlenswert, weil im Rahmen des Forschungsprozesses keine längerfristige Begleitung der betroffenen Personen geleistet werden konnte. In manchen Fällen wurde nachträglich nochmals der Kontakt zu interviewten Personen aufgenommen, um sich zu vergewissern, dass es ihnen gut geht. Vereinzelt wurden auch mehrere Gespräche mit betroffenen Personen geführt, wenn dies die Umstände nahelegten.

Ergänzend zu den Gesprächen eröffnete sich im Rahmen eines Besuchs in einer Behinderteneinrichtung die Gelegenheit zur direkten Kontaktnahme mit 15 ehemals auf Pavillon 15 untergebrachten Personen. Mit diesen Personen konnte aufgrund sprachlicher Barrieren kein Interview im engeren Sinn geführt werden, sie sind in nachfolgendem Überblick über die durchgeführten Erhebungen nicht enthalten:

Betroffene Personen & privates Umfeld nach Einrichtung	Summe Interviews
Ehemalige PatientInnen des Pavillons 15 „Am Steinhof“	15
Ehemalige PatientInnen der „Rett-Klinik“ *(inkl. Ambulanz)*	6
Angehörige/privates Umfeld – Pavillon 15	10*
Angehörige/privates Umfeld – „Rett-Klinik“ *(inkl. Ambulanz)*	16*
Summe	44

* Zwischen beiden Kategorien gibt es Überschneidungen, da manche Angehörige Erfahrungen mit beiden untersuchten stationären Einrichtungen hatten, wobei ihre Kinder zunächst in der Abteilung Rett waren und dann von dort in den Pavillon 15 transferiert wurden. Bei der Gesamtsumme der Interviews wurde dies berücksichtigt.

In der Gesamtschau der erhobenen Interviews erscheint bemerkenswert, dass in Bezug auf Pavillon 15 eine relativ hohe Anzahl an Interviews mit ehemals dort stationär untergebrachten Personen realisiert werden konnte, während mit dort seinerzeit beschäftigtem Personal nur wenige Gespräche möglich waren. Bei der „Rett-Klinik“ hingegen verhält es sich umgekehrt: Hier war eine große Anzahl an ehemaligen MitarbeiterInnen zu Gesprächen bereit, wohingegen deutlich weniger Interviews mit Betroffenen und ihren Angehörigen verwirklicht werden konnten. Über die Gründe hierfür kann nur spekuliert werden. Insgesamt stellt sich aber die Datenbasis an Interviews für beide stationären Einrichtungen ausreichend dar.

Alle Interviews wurden transkribiert und die Textstellen mit Unterstützung der qualitativen Auswertungssoftware ATLAS.ti inhaltlichen Kategorien zugeordnet. In der Auswertung der qualitativen Leitfadeninterviews kam ein erweitertes inhaltsanalytisches Verfahren zur Anwendung, das die inhaltlichen Kategorien induktiv (aus dem empirischen Material heraus) bildete (vgl. u.a. Mayring 2008, Schmidt 2004) und um interpretative Elemente ergänzt wurde. Es ging also in der Analyse der vorsortierten Textstellen (strukturierende Inhaltsanalyse) nicht nur um eine zusammenfassende Beschreibung der manifesten Inhalte, sondern auch um eine interpretative Erweiterung der Texte, wie sie etwa in der von Froschauer und Lueger vorgestellten Themenanalyse angedeutet ist (vgl. Froschauer/Lueger, 2003; Lueger 2010).

Die geführten Gespräche wurden dabei auch auf interne Kongruenz sowie externe Plausibilität hin geprüft, d.h. jedes Interview wurde auf eventuelle Widersprüche in sich sowie deren mögliche Ursachen hin befragt als auch im Vergleich mit den Erinnerungen anderer Personen reflektiert. Die Erinnerun-

gen waren – wie es Erinnerungen von Menschen grundsätzlich sind – überformt von vielen Faktoren, sie bildeten aber gerade in ihrer Reichhaltigkeit eine besonders wertvolle Erkenntnisquelle für das gegenständliche Forschungsprojekt. Auch wenn nicht auszuschließen ist, dass die mediale Berichterstattung 2013 in gewissem Ausmaß die Erinnerungen der ZeitzeugInnen beeinflusst haben könnte, lässt sich daraus keineswegs schließen, dass Erfahrungen erzählt wurden, die nicht selbst erlebt worden waren. Ebenso plausibel ist, dass dadurch die eigene Erinnerung an seinerzeitige Erlebnisse selektiv unterstützt wurde, die Zustände und Vorkommnisse also sehr wohl auch selbst erlebt worden waren. In der Auswertung der Interviews wurde solchen Aspekten Aufmerksamkeit geschenkt.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass die Kurzverweise zu den erschlossenen empirischen Quellen in der Ergebnisdarstellung Hinweise auf die soziale Rolle bzw. Funktion der befragten Personen geben. Diese sind im Abkürzungsverzeichnis aufgeführt bzw. auch mehrfach in Fußnoten erläutert. Das Kürzel IP steht etwa für Interviewperson, danach steht die Interviewnummer, das jedes Interview mit einer konkreten, im Bericht allerdings anonymisierten Person verbindet. Die nachfolgenden Buchstaben weisen auf die soziale Rolle hin, wobei P = Personal (inkl. Personal des institutionellen Umfeldes und regelmäßig ehrenamtlich tätiges Personal), B = Betroffene/r, A = Angehörige/r und E = ExpertIn bedeutet. Ebenso sind die unterschiedlichen Aktentypen durch Kürzel ausgewiesen, sie sind dem Abkürzungsverzeichnis am Ende der Publikation zu entnehmen.

Aufgund der unterschiedlichen disziplinären Hintergründe der Mitglieder des Forschungsteams, die von verschiedenen Traditionen des Zitierens und Belegens geprägt sind, findet in dieser Studie eine Mischung aus Zitierstilen Anwendung. Kürzere Quellenangaben sind in der Regel mit Kurzverweisen in den Text eingefügt, längere Quellenbelege finden sich in Fußnoten, um eine ausreichende Lesefreundlichkeit des Textes zu gewährleisten. Eine gänzliche Vereinheitlichung der Zitier- und Belegstile konnte nicht geleistet werden – wir bitten um Verständnis hierfür und hoffen, dass dies die Lesbarkeit der Studie nicht beeinträchtigt.

TEIL B:
FALLSTUDIE ZU PAVILLON 15 „AM STEINHOF“

Der bis ins Frühjahr 1983 zur Unterbringung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen genutzte Pavillon 15, auch „Kinderpavillon“ genannt, ist Teil des Psychiatrischen Anstaltenkomplexes „Am Steinhof“ bzw. „Baumgartner Höhe“. Während zum Psychiatrischen Krankenhaus insgesamt bereits aus den 1970er Jahren umfangreiche soziologische Forschungsergebnisse vorliegen (vgl. v.a. Forster/Pelikan 1978a-c; Schwediauer 1984), wurde der sogenannte „Kinderpavillon“ in der Nachkriegszeit noch wenig erforscht. Bislang liegt eine Dissertation von Laburda (1981) vor, in der aber nicht die Unterbringungs- und Betreuungsbedingungen der Kinder und Jugendlichen auf Pavillon 15 im Mittelpunkt standen, sondern vorrangig deren Herkunft, Wege in die Anstalt und Behinderungsdiagnosen anhand von Krankenakten analysiert wurden. Zudem existieren zur Geschichte und Nutzung des Pavillons in der Zeit des Nationalsozialismus zahlreiche zeithistorische Arbeiten (vgl. Kap. 3.1.). All diese empirischen Studien stellen wertvolle Erkenntnisse zur Verortung der im Rahmen dieses Forschungsprojekts gewonnenen Ergebnisse im institutionellen und historischen Kontext bereit, auf sie wird in den Ausführungen dieses Berichtsteils vielfach Bezug genommen.

Die Fallstudie zu Pavillon 15 baut aber insbesondere auf den in Kapitel 2 beschriebenen Quellen und Daten auf, die im Rahmen der empirischen Erhebungen und Recherchen im Verlauf des gegenständlichen Forschungsprojekts erschlossen wurden. Die gewonnenen Erkenntnisse sind umfangreich und erlauben es, den ehemaligen „Kinderpavillon“ und die dort herrschende medizinische, pflegerische, pädagogische und therapeutische Versorgungs- und Betreuungssituation in umfassender Weise nachzuzeichnen. Sie beschreiben zudem Personal und Entscheidungsstrukturen und stellen Herkunft, Unterbringungsgründe und die Lebens- bzw. Unterbringungsverläufe der Kinder und Jugendlichen vor und nach Pavillon 15 dar.

Bei den nachfolgend wiedergegebenen Erkenntnissen zum „Kinderpavillon“ des PKH ist es bedeutsam, diesen nicht als ein von der restlichen Gesellschaft separiertes und mit dieser nichts zu tun habendes abnormes System zu betrachten. Vielmehr ist er Ausdruck des gesellschaftlichen Umgangs mit jenen Gesellschaftsmitgliedern, die über die geringsten Ressourcen zur Selbstbehauptung und Interessensdurchsetzung verfügten.

3. GESCHICHTE UND STRUKTUR DES „KINDERPAVILLONS“

Hemma Mayrhofer

Der Anstaltenkomplex, dem Pavillon 15 zugehörig war, hatte im Untersuchungszeitraum zwei unterschiedliche Bezeichnungen: Bis 1963 hieß er Heil- und Pflegeanstalt Am Steinhof, danach Psychiatrisches Krankenhaus Baumgartner Höhe. Im Jahr 2000 erfolgte einhergehend mit einer organisatorischen Neustrukturierung eine neuerliche Namensänderung in Otto Wagner-Spital (vgl. anschließendes Kap.). In den folgenden Darstellungen werden entsprechend unterschiedliche Bezeichnungen verwendet, teilweise findet sich auch die Abkürzung PKH bzw. PKH Baumgartner Höhe. Gemeint ist mit all diesen Bezeichnungen immer der psychiatrische Anstaltenkomplex auf den Steinhof-Gründen im 14. Wiener Gemeindebezirk, dem Pavillon 15 im Untersuchungszeitraum angehörte.

3.1. CHRONOLOGIE & INSTITUTIONELLE AN- UND EINBINDUNG

Kurzer Abriss der Geschichte des Pavillons 15 am „Steinhof“

Die „niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke ‚Am Steinhof‘“ waren zwischen 1904 und 1907 – u.a. nach von Otto Wagner überarbeiteten Plänen – im Westen Wiens erbaut worden. Das Pavillonssystem kann als ein Prototyp der ‚modernen Anstaltspsychiatrie‘ des ausgehenden 19. und frühen 20. Jahrhunderts betrachtet werden (vgl. hierzu ausführlich Ledebur 2015). Für Errichtung und Betrieb war zunächst das Land Niederösterreich zuständig, da Wien zu dieser Zeit noch kein eigenständiges Bundesland war, der Betrieb solcher „Wohlfahrtsanstalten“ aber in die Zuständigkeit der Länder fiel (vgl. ebd.; Gabriel 2007:11). Die mit 8. Oktober 1907 eröffnete Anstalt war vor allem für Kranke aus Wien bestimmt und für die Behandlung und Unterbringung von 2.200 Personen ausgerichtet (vgl. Berner et al. 1983:61). Ab 1922 übernahm die Stadt Wien gemäß dem Teilungsvertrag zwischen Niederösterreich und dem neuen Bundesland Wien die Trägerschaft. In einem aus der Anfangszeit

stammenden Lageplan der Anstalt[3] ist Pavillon 15 den Pavillons für „Pflegebedürftige und Bettlägrige“ zugeordnet. Die geschichtliche Entwicklung der Heil- und Pflegeanstalt insgesamt und der Nutzung des Pavillons 15 vor der nationalsozialistischen Machtübernahme kann allerdings im Rahmen dieser Studie nicht näher nachgezeichnet werden.

Bedeutsam ist aber eine kurze Ausführung zur Geschichte des Pavillons in der NS-Zeit, stellt sich doch die Frage nach Kontinuitäten in der Nachkriegszeit in mehreren Dimensionen, nämlich insbesondere hinsichtlich Ideologie und Versorgungspraxis, Personal und PatientInnen. Pavillon 15 war während der NS-Herrschaft in Österreich Teil der Tötungsanstalt „Am Spiegelgrund“ und zugleich jener Pavillon, in dem die meisten der in dieser Anstalt dokumentierten Euthanasiemorde begangen wurden (vgl. Czech 2014). Zwischen 1940 und 1942 lassen sich eine Reihe von institutionellen Umordnungen im Komplex „Spiegelgrund“ rekonstruieren, zudem kam es zu mehrfachen Verlegungen von Kindern und Jugendlichen zwischen verschiedenen Einrichtungen der Jugendfürsorge (vgl. Malina 2007). Im Jahr 1942 wurden die Pavillons 15 und 17 der zunächst aus neun Pavillons bestehenden „Wiener städtischen Fürsorgeanstalt Am Spiegelgrund“ unter der Bezeichnung „Wiener städtische Nervenklinik für Kinder“ formal zu einer eigenen Institution zusammengefasst, der auch die sogenannte Kinderfachabteilung zugeordnet war:

> „Offiziell war der Pavillon 17 für die Aufnahme von Kindern und Jugendlichen bestimmt, während im Pavillon 15 Säuglinge und Kleinkinder umgebracht wurden.“ (ebd.:196)

Faktisch bestanden weiter enge organisatorische und personelle Verbindungen zur Fürsorgeanstalt. Auch wurden am „Spiegelgrund-Komplex“ Kinder und Jugendliche unterschiedlichen Alters getötet, und zwar insbesondere ab 1941 nach Abbruch der „Aktion T4“ und der nachfolgenden Erhöhung der Altersgrenze für die sogenannte Kindereuthanasie, d.h. die Selektion und Vernichtung von ökonomisch, sozial und biologisch als „wertlos“ angesehenen Minderjährigen. Die Anstalt „Am Spiegelgrund“ und die „Nervenklinik für Kinder“ standen im Zentrum eines „weitverzweigten Systems von öffent-

---

[3] Der Plan ist noch mit N.Ö. Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke ‚Am Steinhof‘ in Wien“ beschriftet (vgl. Berner et al. 1983:62). Neben den Pavillons für „Pflegebedürftige und Bettlägrige“ gab es laut Plan u.a. noch solche für „Ruhige“, Halbruhige“ und „Unruhige“ sowie zwei Pavillons für „Unruhige Pflegebedürftige und halbruhige Sieche“. Nähere Ausführungen zum System der Separierung der PatientInnen nach unterschiedlichen Kategorien und Pavillons finden sich bei Ledebur 2015.

lichen, parteiamtlichen und privaten Fürsorgeeinrichtungen“ (ebd.:199), die Kinder und Jugendliche begutachteten, aussonderten und oftmals ermordeten.

Die formale Auflösung der „Wiener städtischen Nervenklinik für Kinder Am Spiegelgrund“ erfolgte laut Direktionsakten des PKH mit 30. Juni 1945. So ist in einem Schreiben des Verwalters der Wiener Heil- und Pflegeanstalt „Am Steinhof“ vom 14. August 1945 an die Anstaltenverwaltung der Stadt Wien festgehalten:

> „In Beantwortung der umseitigen Zuschrift vom 9.8.1945 wird berichtet, daß die Nervenklinik für Kinder mit 30.6.1945 zufolge Abt.II/3 c-M 18/45 aufgelöst wurde. Mit 1. Juli 1945 wurde das gesamte Personal der aufgelösten Kinderklinik von der Heil- und Pfleganstalt ‚Am Steinhof‘ in Stand und Gebühr genommen.“[4]

Auflösung bedeutete nicht, dass sich keine Kinder und Jugendlichen mehr auf Pavillon 15 befanden, dies dürfte vielmehr relativ nahtlos weiter der Fall gewesen sein. Einer Aufstellung der neuen Leitung am „Steinhof“ vom 14. Mai 1945 ist zu entnehmen, dass die Nervenklinik zu diesem Zeitpunkt 155 und das Erziehungsheim „Am Spiegelgrund“ 495 Betten umfassten.[5] Zugleich zeigen nachfolgend zitierte Quellen exemplarisch, dass es sowohl während der NS-Herrschaft als auch in den Monaten danach zu vielfachen Transfers von Kindern und Jugendlichen zwischen unterschiedlichen Anstalten gekommen sein dürfte. Die Betten waren vermutlich zur Gänze belegt, nahm der „Steinhof“ doch auch aus anderen, im Kriegsverlauf evakuierten Anstalten Kinder auf. Darauf deutet zunächst eine Anfrage des ärztlichen Direktors, Dr. Pawlicki, vom 20. August 1945 bei der Direktion der Heil- und Pflegeanstalt Gugging hin,

> „(…) ob die Rücksprachen in der n.ö. Landesregierung wegen der Übernahme von schwachsinnigen Kindern zu einem positiven Resultat geführt hat und ob die hiesige Direktion mit einem baldigen Abtransport rechnen kann. Es sind mitlerweile (sic!) 40 Kinder aus der Anstalt Fischau (Tschechoslowakei) h.o. zugewachsen.“[6]

---

4 WStLA, Schreiben Direktor Karl Bock vom 14. August 1945, Karton Direktionsregistratur, M.Abt. 209 – Otto Wagner Spital (Baumgartner Höhe, Steinhof), 1.3.2.209.2, 1945 1 (8)-900.

5 Vgl. WStLA, Schreiben Direktor Karl Bock und Primararzt Dr. Pawlicki vom 14. Mai 1945, Karton Direktionsregistratur, M.Abt. 209 – Otto Wagner Spital (Baumgartner Höhe, Steinhof), 1.3.2.209.2, 1945 1 (8)-900.

6 Vgl. WStLA, Karton Direktionsregistratur, M.Abt. 209 – Otto Wagner Spital (Baumgartner Höhe, Steinhof), 1.3.2.209.2, 1945 1 (8)-900.

Den von Spann (1985) zusammengestellten „Materialien und Erinnerungen zur Geschichte des Krankenhauses“ Gugging ist zu entnehmen, dass von 1941 bis Ende 1944 über 300 Kinder auf den „Steinhof“ transferiert worden waren. Es ist anzunehmen, dass viele von ihnen ermordet wurden. Im „September und Oktober 1945 kamen geistig behinderte Kinder vom Steinhof (Spiegelgrund) in das ‚Kinderhaus‘ zurück: 69 Knaben und 59 Mädchen“ (ebd.:255). Es ist nicht eruierbar, wie viele Kinder und Jugendliche des „Spiegelgrundes“, die die NS-Herrschaft überlebt hatten, weiter in den dortigen Räumlichkeiten, insbesondere auf Pavillon 15, verblieben und wie viele Kinder aus anderen Anstalten im Frühling und Sommer 1945 neu dorthin transferiert wurden. Jedenfalls ist aber davon auszugehen, dass der Pavillon durchgehend zur Unterbringung von Kindern (mit welchen Diagnosen sie auch immer versehen worden waren) diente.

Über die anstaltsinterne Zuordnung des „Kinderpavillons“ nach Auflösung der „Nervenklinik“ zu einer der vier Abteilungen der Heil- und Pflegeanstalt Am Steinhof, die bis 1963 die organisatorische Grundstruktur der Anstalt bildeten, liegen keine gesicherten Informationen vor. Nach Auskunft des ehemaligen ärztlichen Direktors des PKH Baumgartner Höhe, Eberhard Gabriel, ist davon auszugehen, dass Pavillon 15 nachfolgend formal einer Pflegeanstaltsabteilung zugewiesen wurde. Wahrscheinlich erscheint, dass es die Pflegeanstalt für Frauen war, da der Pavillon auch bei der späteren Umstrukturierung den Frauenabteilungen zugeordnet wurde, auch in den Akten finden sich diesbezügliche Hinweise. Im Jahre 1963 kam es zur Veränderung der bisherigen Abteilungsstruktur von vier in insgesamt sieben Abteilungen, wobei Pavillon 15 der 5. Psychiatrischen Abteilung zugeordnet wurde. Gleichzeitig erfolgte die Umbenennung von „Heil- und Pflegeanstalt der Stadt Wien Am Steinhof“ in „Psychiatrisches Krankenhaus der Stadt Wien Baumgartner Höhe“ (vgl. Gabriel 2007:110ff.). Im selben Jahr kam es auch in der Folge der „Etablierung der Diplomausbildung psychiatrischen Krankenpflegepersonals durch das Krankenpflegegesetz von 1961“ (ebd.:110) zur Errichtung einer „Ausbildungsstätte für die psychiatrische Krankenpflege“ auf dem Anstaltsgelände.

Auf Pavillon 15 war bereits 1959 für schulpflichtige und als ‚bildungsfähig‘ befundene Kinder und Jugendliche eine Expositur der Heilstätten(sonder)schule, Kindermanngasse 1, 1140 Wien, errichtet worden. Erst im Jahr 1979 wurde ein schon jahrzehntelang als notwendig thematisierter Sonderkindergarten der Stadt Wien am „Kinderpavillon“ eröffnet (vgl. Kap. 11.).

Bereits seit den 1970er Jahren wurde die Auflösung des Pavillons 15 geplant und die Übersiedlung der Kinder und Jugendlichen in den hierfür neu zu renovierenden und adaptierenden Pavillon 17 vorbereitet (vgl.

KO_S:02.06.1978). Die tatsächliche Übersiedlung fand vermutlich in den Monaten Februar bzw. März 1983 statt, darauf weisen Interviews und auch Eintragungen in Krankenakten hin.[7] Das Gebäude des Pavillons 15 hatte ab diesem Zeitpunkt als „Kinderpavillon" ausgedient, die Kinderabteilung des Psychiatrischen Krankenhauses bestand im neuen Gebäude bis Ende 1984 weiter. Mit Datum 1.1.1985 wurde Pavillon 17 aus dem PKH Baumgartner Höhe ausgegliedert und zum eigenständigen Förderpflegeheim umgewandelt (vgl. Kap. 15.). In den Krankenakten all jener Kinder und Jugendlichen, die Ende 1984 auf dem „Nachfolgepavillon" 17 untergebracht waren, findet sich folgender formalisierter Passus eingetragen:

> „Das BHZ (Behindertenzentrum) des Psychiatrischen Krankenhauses wird mit 1.1.1985 in ein Förderpflegeheim umgewandelt. Daher wird das Kind aus organisatorischen Gründen entlassen und im Förderpflegeheim aufgenommen." (KG1b_S:31.12.1984; KG2a_S:31.12.1984 und weitere Krankenakten)

Das Förderpflegeheim blieb über eineinhalb Jahrzehnte eine eigenständige Einrichtung am Standort Baumgartner Höhe, bevor es im Jahre 2000 wieder in das nunmehrige Otto Wagner-Spital eingegliedert bzw. unter der Bezeichnung „Zentrum für Förderpädagogik" mit vier weiteren Einrichtungen zum „Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe, Otto-Wagner-Spital und Pflegezentrum" organisatorisch zusammengefasst wurde. Es kam zur schrittweisen Auflösung des Zentrums, die BewohnerInnen wurden sukzessive in gemeinwesenintegrierte Wohngemeinschaften ausgegliedert und die stationäre Einrichtung für junge Menschen mit Behinderungen 2012 geschlossen (vgl. Berger 2016:245).[8]

Pavillon 15 im Kontext der Wiener Psychiatrie

Im Untersuchungszeitraum gab es in Wien drei zentrale medizinische Einrichtungen zur Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen: die Kinderstation der Wiener Universitätsklinik für Psychiatrie und Neurologie am Allgemeinen Krankenhaus, die Heilpädagogische Abteilung der Universitätskinderklinik des Allgemeinen Krankenhaues so-

---

7 Vgl. u.a. IP21_P:452ff.; KG4a_S; KG29a_S.

8 In einer APA-Presseaussendung aus dem Jahre 2009 wird beispielsweise über die Übersiedlung von zehn BewohnerInnen des Zentrums für Förderpädagogik des Otto Wagner-Spitals in eine neu eingerichtete HABIT-Wohngemeinschaft berichtet. Dort findet sich bis spätestens 2011 auch die Auflösung des Zentrums angekündigt. – Vgl. URL: http://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20090618_OTS0052/wehsely-eroeffnet-neue-habit-wohngemeinschaft (Stand: 26.10.2016).

wie die Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder, die zunächst auf Pavillon XVII am Gelände des Altersheim Lainz bzw. ab 1975 auf Pavillon C des Neurologischen Krankenhauses der Stadt Wien – Rosenhügel angesiedelt war. Die beiden Einrichtungen am Wiener AKH waren nicht für eine längerfristige stationäre Unterbringung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen konzipiert. Die Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder von Andreas Rett zeigt sich faktisch als „Mischtypus“, in ihr fand in der Praxis sehr wohl teilweise eine länger- bis langfristige Unterbringung solcher PatientInnen statt (vgl. Studienteil C in diesem Band).[9] Alle drei Einrichtungen wiesen bei ihnen in Behandlung stehende Kinder und Jugendliche in die Heil- und Pflegeanstalt „Am Steinhof“ bzw. das Psychiatrische Krankenhaus Baumgartner Höhe ein, wo sie auf Pavillon 15 untergebracht wurden. Die Entscheidungskriterien hierfür werden in Kapitel 5.3. näher ausgeführt.

Obwohl keine konkreten Zahlen vorliegen, ist anzunehmen, dass aufgrund fehlender alternativer Betreuungseinrichtungen eine überwiegende Mehrzahl von Kindern mit Behinderungen im Familienverband betreut wurden. Eine weitere Gruppe befand sich in verschiedenen „Kinderheimen“ (vgl. Kap. 5.). Wurde die Betreuung im Familienverband oder in einer öffentlichen oder privaten Einrichtung nicht weiter übernommen, folgte in der Regel eine Überstellung auf Pavillon 15, dem danach die dauerhafte Unterbringung zufiel. Der „Kinderpavillon“ am „Steinhof“ wird als Endstation institutioneller „Karrieren“ von Wiener Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen erkennbar. Sein Auftrag lag während des gesamten Untersuchungszeitraums zwischen 1945 und 1983 weniger in einer Diagnostik und Förderung der untergebrachten PatientInnen als in deren Grundversorgungs- und Pflege. Auf Pavillon 15 untergebrachte Kinder und Jugendliche wurden nicht zuletzt aufgrund des Schwergrades ihrer Behinderungen und/oder sozialer Benachteiligungen dauerhaft in der Anstalt verwahrt: Nach Erreichen des „Erwachsenenstatus“ kamen sie meist auf einen anderen Pavillon der Anstalt (vgl. Kap. 15.) Dieser Einrichtung kommt somit im Unterschied zu den anderen psychiatrischen Abteilungen der Charakter einer Verwahrungsanstalt zu.

Dem Kontext entsprechend, in dem die Einrichtung verortet war, prägte eine die längste Zeit nahezu ausschließlich medizinisch-pflegerische Sicht auf die Kinder und Jugendlichen die Versorgungs- und Betreuungspraxis am „Kinderpavillon“. Dieser Aspekt ist durch die institutionelle Einbindung grundgelegt, er wird in den nachfolgenden Ausführungen zur Lebenssituation der ‚PatientInnen‘ vielfach erkennbar.

---

[9] Zu den medizinischen Schwerpunkten der stationären Einrichtungen vgl. Friedrich 1979.

3.2. Organisation und materielle Ressourcenausstattung

In der Heil- und Pflegeanstalt „Am Steinhof“ bzw. am Psychiatrischen Krankenhaus der Stadt Wien Baumgartner Höhe waren nicht Stationen, sondern die einzelnen Pavillons die organisatorischen Einheiten (vgl. IP1_P:37). Pavillon 15 stellte solch eine Organisationseinheit dar, der eine spezifische Funktion zugedacht war, die sich – frei formuliert – als stationäre Verwahrung von Kindern und Jugendlichen mit kognitiven Behinderungen bzw. Lernschwierigkeiten oder mit schweren Verhaltensauffälligkeiten umreißen lässt. Der Tätigkeitsbereich des Pflegepersonals von Pavillon 15 war in der Mehrzahl auf diesen Pavillon beschränkt, während das ärztliche Personal teilweise zwischen mehreren Pavillons fluktuierte (vgl. Kap. 4.). Die medizinische Versorgung am Pavillon wurde überwiegend durch eine dem Pavillon zugeordnete oberärztliche Stelle gewährleistet. Pavillon 15 war nicht Sitz der Primariatskanzlei der V. Psychiatrischen Abteilung, die mehrere Pavillons umfasste.

Der Pavillon verfügte über 140 systemisierte Betten, die im überwiegenden Teil des Untersuchungszeitraumes auch ausgelastet gewesen sein dürften (vgl. Kap. 5.1.). Erst in den allerletzten Jahren ist in Vorbereitung der Überführung in das Förderpflegeheim auf Pavillon 17 – dort waren nur mehr 84 Wohn- und Betreuungsplätze vorgesehen – von einem Rückgang der PatientInnenanzahl auszugehen.

Generell trifft auch auf Pavillon 15 zu, was für Psychiatrische Anstalten bzw. Psychiatrische Krankenhäuser insgesamt gilt: Die Ressourcenausstattung war im Vergleich zu anderen Krankenhäusern wesentlich schlechter, wie eine aktuelle Publikation anhand von Rechnungsabschlüssen der Bundeshauptstadt Wien für die Jahre 1946 bis 1970 aufzeigt (vgl. Schäfer 2016). Demnach lagen die finanziellen Ausgaben in den beiden Psychiatrischen Anstalten der Stadt Wien (Steinhof und Ybbs) im Jahre 1946 pro Pflegetag ‚noch‘ bei 75,86% der Ausgaben in anderen Krankenhäusern, 1950 lagen sie nur mehr bei 59,62%, 1960 sanken sie weiter auf 38,55% und erreichten im Jahre 1970 35,40% der Ausgaben, die in anderen Krankenhäusern pro Pflegetag aufgewendet werden konnten und wurden (vgl. ebd.:338f.). Auch bei den Personalressourcen zeigen sich gravierende Differenzen, die Zahlen belegen, dass in den psychiatrischen Anstalten „weniger Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mehr Pflegetage erbracht haben als in den anderen Krankenhäusern“ (ebd.:341).

In der von Forster und Pelikan zwischen 1974 und 1978 im PKH Baumgartner Höhe durchgeführten organisationssoziologischen Untersuchung

findet sich die in vielerlei Hinsicht unzulängliche materielle Ausstattung der Anstalt umfassend dokumentiert (vgl. insbes. Forster/Pelikan 1978c:28ff. und 191ff.). Genannt werden etwa überfüllte Krankenzimmer, die zudem dürftig und unattraktiv ausgestattet waren und nicht modernen pflegerischen Standards entsprachen, Tagräume, in denen jeder ‚Wohnkomfort‘ fehlte, qualitativ und quantiativ unzureichende sanitäre Anlagen, mangelhafte Anstaltskleidung, qualitativ schlechtes Anstaltsessen u.v.m. Ebenso stellt die Studie die personelle Unterausstattung der gesamten Anstalt detailliert dar – dieser Aspekt wird im nachfolgenden Kapitel 4. aufgegriffen.

Pavillon 15 hatte als Teil der Heil- und Pflegeanstalt am Steinhof bzw. ab 1963 des Psychiatrischen Krankenhauses der Stadt Wien Baumgartner Höhe eine entsprechend schlechte Ressourcenausstattung. Im Vergleich mit anderen Pavillons bzw. Abteilungen des PKH werden die Ressourcen in den geführten Interviews überwiegend als im Durchschnitt der Anstalt bzw. des Hauses liegend beschrieben. Nach den Befunden von Forster/Pelikan (1978c) liegt aber die Hypothese nahe, dass Pavillon 15, der kein „Ausbildungspavillon“ war, sondern als „Versorgungspavillon“ einzustufen ist, eher unterdurchschnittlich ausgestattet gewesen sein dürfte. Darauf deuten auch manche Ausstattungsangaben in der zitierten Studie hin, denen zufolge es auf Pavillon 15 nur eine Haarbürste für jeweils 70 PatientInnen bzw. einen Kamm für 14 und eine Zahnbürste für jeweils drei Kinder gab. Nur vier Prozent der am „15er“ untergebrachten PatientInnen hatten ein Nachtkästchen – vermutlich waren dies die erwachsenen „HausarbeiterInnen“; also mitarbeitende PatientInnen, niemand hatte einen eigenen Schrank zur Verfügung.[10]

Die räumliche Ausstattung des „Kinderpavillons“ wird im nachfolgenden Unterkapitel nochmals aufgegriffen und anhand neu erschlossener Quellen und Daten detaillierter ausgeführt.

3.3. RÄUMLICHE BESCHAFFENHEIT DES „KINDERPAVILLONS“

Die bauliche Grundstruktur des Anstaltenkomplexes Am Steinhof in Form einzelner freistehender Pavillons gab die Rahmenbedingungen für die räumliche Aufteilung am „Kinderpavillon“ vor. In Summe weist der Pavillon vier Ebenen auf, wobei der Keller nicht zur Unterbringung der Kinder und Jugend-

[10] Die Angaben beruhen auf einer schriftlichen Befragung der Oberschwestern/-pfleger im Jahre 1975.

lichen diente. Das Erdgeschoß befindet sich aufgrund der Hanglage des Pavillons auf einer Seite nicht auf Bodenniveau, sondern bildet ein Hochparterre mit Veranda. Im ersten Stock hingegen ist keine Veranda bzw. kein Balkon vorhanden. Hinzu kommt als vierte Ebene das ausgebaute Dachgeschoß, in dem u.a. die Schulräume untergebracht waren.

Funktionen der Räume: von ‚schlechten' und ‚guten' Kindern

Laut Aufstellung von Forster/Pelikan (1978c:191) wies Pavillon 15 in Summe 13 Räume auf, in denen sich Betten für PatientInnen befanden. Es waren dies ein Einbettzimmer, zwei Dreibettzimmer, je ein Vierbett- und Fünfbettzimmer sowie acht Säle mit zwölf bis zwanzig Betten. Es ist anzunehmen, dass die Räume mit der geringeren Bettenanzahl vor allem mit „Patientenhausarbeitern" – so die zeitgenössische Bezeichnung – belegt waren. Möglicherweise waren manche Schlafsäle auch zeitweise überbelegt, einzelne Interviews deuten in diese Richtung.

Schlafsäle für die ‚PatientInnen' befanden sich im Erdgeschoß (in den Interviews teilweise auch einfach „unten" genannt) und im ersten Stock des Gebäudes (bzw. kurz als „oben" bezeichnet). Im Erdgeschoß waren auch sogenannte „Wachsäle", dabei dürfte es sich um Räume gehandelt haben, in denen eine hohe Anzahl an bettlägrigen bzw. freiheitsbeschränkten PatientInnen Tag und Nacht untergebracht war (vgl. auch Forster/Pelikan 1978c:198 und 255ff.). Der Name „Wachsaal" geht auf die intensive Anwendung von „Bettbehandlung" in diesen Räumen zurück, die „(…) gleichermaßen der Überwachung wie auch der Beobachtung, aber auch als Therapie per se (diente)" (Ledebur 2015:88). Diese „Behandlung" wurde vor allem bei unruhigen PatientInnen angewandt und war „an die Stelle der Isolierung agitierter Geisteskranker" (ebd.:89) getreten:

> „Dezidiertes Ziel der ‚Bettenbehandlung' war es, dass die Patienten und Patientinnen ‚geordnet und ruhig' sind. Ruhigsein war eine praktische Notwendigkeit, um Mitpatienten und Pflegekräfte nicht zu strapazieren. (…) Die als therapeutische Neuerung propagierte Behandlung zeichnete sich im Wesentlichen dadurch aus, dass die Erkrankten oft wochenlang das Bett hüten mussten und nur kontinuierlich ‚behufs mäßiger Bewegung im Freien' dieses wieder verlassen durften." (ebd.:89f.)

Aus den Krankenakten von auf Pavillon 15 in der Nachkriegszeit bis 1983 untergebrachten Personen erschließt sich nicht eindeutig, ob den Wachsälen noch eine vergleichbare Funktion zukam oder sich diese im Laufe der Zeit gewandelt hatte. Die Krankenakten-Eintragungen lassen vermuten, dass die Unterbringung im Wachsaal tendenziell als „Rückschritt" gewertet wurde und jedenfalls mit höherer Kontrolle (durch Personal oder Netzbetten) ver-

bunden war. So ist in einer Akte zu lesen, dass eine sich nach dem Befinden des Enkerls erkundigende Großmutter „untröstlich“ darüber war, dass dieses vorübergehend vom Tagraum in den Wachsaal verlegt worden war (vgl. KG34a_S:1968). In einer anderen Akte wurde vermerkt: „Sprang im Nachtdienst von Bett zu Bett; musste deshalb in den Wachsaal verlegt werden“ (KG8a_S:25.08.1974). Und folgende Anmerkung findet sich zwei Jahre später in der gleichen Akte eingetragen: „Pat. legt sich nachts auf hilflose Mitpatienten, schwächere, die sich nicht wehren können – da der Mädchenschlafsaal nicht so gut überwacht werden kann, muß Pat. im Wachsaal schlafen“ (KG8a_S:02.11.1976). 1981 hingegen findet sich ein nicht in dieses Muster passender Vermerk in einer Krankenakte: „Wurde in Wachsaal verlegt, damit er mehr Anreize erhält, weil dort immer lebhaftes Treiben ist“ (KG4a_S:16.4.1981).

Im Jargon des Personals von Pavillon 15 wurden die im Erdgeschoß bzw. „unten“ untergebrachten Kinder und Jugendlichen „die Schlechten“ genannt, während diejenigen im ersten Stock bzw. „oben“ als „die Guten“ bezeichnet wurden. Die damit verbundene Bewertung bezog sich auf unterschiedliche Aspekte: hohes Ausmaß an Unselbstständigkeit versus höhere Selbstständigkeit, höherer bis sehr hoher Pflegeaufwand versus weniger hoher Pflegeaufwand, stärkere versus geringere Verhaltensauffälligkeiten oder aggressive Verhaltensweisen, als nicht bildungsfähig versus als (teilweise) bildungsfähig eingestuft etc. In den nachfolgenden Ausführungen wird wiederholt auf diese Unterteilung der Kinder und Jugendlichen Bezug genommen, die räumliche Zuordnung eines Kindes erwies sich als folgenreich für dessen Versorgungs- und Betreuungsbedingungen auf Pavillon 15.[11]

Im Erdgeschoß bei den „schlechten“ Kindern wird nicht von einer Trennung nach Geschlecht berichtet, so als wäre mit dem Absprechen einer bildungsfähigen Persönlichkeit auch die ansonsten am ganzen PKH gültige geschlechtliche Zweiteilung der PatientInnen obsolet. Möglicherweise ließen die körperliche Immobilität, sei es als Folge der Behinderung oder aufgrund freiheitsbeschränkender Maßnahmen, eine Trennung nach Geschlecht weniger wichtig erscheinen. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass teilweise – etwa bei den als besonders verhaltensauffällig kategorisierten Kindern und

[11] Die Zuweisung der „schlechten“ PatientInnen auf die Erdgeschoßräume könnte auch insofern durchbrochen gewesen sein, als laut einer Interviewaussage in einem Zimmer im ersten Stock immobile Jugendliche, die als „Pflegefälle“ galten, untergebracht waren (vgl. IP7_P:73 und 136). Die Angaben in diesem Interview erscheinen einerseits sehr zuverlässig, andererseits konnten sie nicht durch die anderen Interviews und die erschlossenen Akten bestätigt (aber auch nicht widerlegt) werden.

Jugendlichen – Mädchen und Burschen auch im Erdgeschoß in unterschiedlichen Räumen untergebracht waren, so oder so bleibt die Nichterwähnung derartiger Differenzierungen bemerkenswert. Im oberen Stock hingegen gab es für die Mädchen und Burschen eindeutig getrennte Schlafsäle, auch die Aufenthaltsräume für tagsüber waren nach Geschlecht verschieden, darauf wird in den Interviews auch immer verwiesen.

Im Dachgeschoß oder 2. Stock (von manchen auch als „Aufbau“ oder „3. Stock“ bezeichnet) befand sich ab Ende der 1950er Jahre die Schule mit zunächst zwei und ab 1966 drei Klassenzimmern sowie Tagräumen für die Schulkinder. In einem Interview wird berichtet, dass vor Einrichtung der Schule in diesem Stockwerk auch eine als Dienstwohnung zur Verfügung gestellte Privatwohnung untergebracht gewesen war, die aber offenbar mit dem Einzug der Schule aufgelöst wurde (vgl. IP21_P:34). Im Dachgeschoß dürften sich zudem die Umkleideräume für das Personal befunden haben.

Über die Stockwerke waren unterschiedliche Funktions- und Aufenthaltsräume für das Personal verteilt, deren genaue Positionierung nicht möglich ist, aber bezogen auf das Erkenntnisinteresse dieser Studie auch von weniger inhaltlicher Relevanz erscheint.

Manche Pavillons am PKH waren eingezäunt, d.h. die sie umgebende Grasfläche bis zu den Zwischenwegen war baulich abgetrennt. Den „15er“ umzäunte ein Eisengitter, dieses war auch im Jahre 2015 noch erhalten, während der angrenzende Pavillon 17 durch eine Mauer eingefasst war. In einem Bericht der Anstaltsverwaltung des PKH von 1978 ist festgehalten, dass im Laufe der 1970er Jahre „im südseitig gelegenen Garten ein Kinderspielplatz mit Schaukeln und Rutschen errichtet“ (KO_S:01.06.1978) worden war, hinzu kam 1977 ein gemauertes Planschbecken samt Außenduschen (vgl. ebd.). [12] Für Anfang der 1980er Jahre wird in einem Interview zudem von einer Sandkiste auf dieser Freifläche rund um den „Kinderpavillon“ berichtet (vgl. IP26_P:44).

Baulicher Zustand und Ausstattung der Räume

Die Räumlichkeiten werden von den ZeitzeugInnen zunächst bereits aufgrund ihrer Größe als nicht adäquates Lebensumfeld für Kinder bewertet. Die großen Schlafsäle unterstrichen die Krankenhaus-Atmosphäre. Zudem stellte der bauliche Zustand und die technische Ausstattung des Gebäudes

[12] Ein Zeitungsartikel im AZ-Journal über die Lebensbedingungen der Kinder auf Pavillon 15 aus dem Jahre 1973 spricht noch nicht von solchen Spielgelegenheiten (vgl. AZ-Journal, 30.07.1973).

vor Herausforderungen: Der Pavillon war alles andere als barrierefrei, es gab etwa bis zum Ende der Nutzung als Kinderpavillon keinen Lift, was angesichts der zahlreichen bewegungseingeschränkten Kinder gravierende Konsequenzen für deren Mobilität hatte.

Über den baulichen Zustand des Pavillons und beabsichtigter sowie durchgeführter Sanierungsmaßnahmen im Laufe der 1970er Jahre gibt eine Stellungnahme des Leiters der Anstaltsverwaltung des PKH von 1978 Auskunft. Die Beschreibungen stellen jedenfalls die Außendarstellung gegenüber Stadtratsbüro und Elternverein, dessen Anfrage damit beantwortet wird, dar. Demnach habe es bereits seit 1971 auf allen zuständigen Leitungsebenen am PKH Bemühungen gegeben, „den Erfordernissen sowohl auf dem Bau- als auch dem Einrichtungssektor gerecht zu werden“ (KO_S:01.06.1978). Die der MA 17 unterbreiteten Vorschläge seien aber so umfangreich und die Kosten „derart hoch“ (ebd.) gewesen, dass die Entscheidung fiel, stattdessen Pavillon 17 zu adaptieren. Dies wurde 1974 von Seiten der Planungskommission gutgeheißen, so ist in der Stellungnahme weiter zu lesen, sei allerdings in den Folgejahren „aus finanztechnischen Gründen nicht genehmigt“ (ebd.) worden. Nachfolgend werden im Schreiben die vom Elternverein geforderten baulichen und einrichtungsbezogenen Maßnahmen nahezu allesamt mit Verweis auf den geplanten Pavillon 17, in dem dies dann alles vorgesehen sei, als vorerst, d.h. auf Pavillon 15 nicht realisierbar zurückgewiesen.

Konkret fanden sich beispielsweise die sanitären Anlagen in einem völlig ungenügenden Zustand und waren zugleich quantitativ unzureichend, wie auch in zahlreichen ZeitzeugInnen-Gesprächen geäußert wurde (vgl. hierzu u.a. Kap. 7.2). Das Ansinnen auf zusätzliche Duschanlagen wurde in oben zitierter Stellungnahme als undurchführbar abgelehnt, da hierfür die Bäder generalsaniert werden hätten müssen. Der Wunsch nach Hebevorrichtungen für die Badewannen sei in den letzten vier Jahren gar nicht an die Anstaltsverwaltung herangetragen worden, so dessen Leiter (die gewalttätigen Praktiken beim Baden der Kinder und Jugendlichen auf Pavillon 15 sind in Kapitel 7.2 näher dargestellt). Handbrausen werden als schon mehrfach durch Kinder in unbeaufsichtigten Momenten wieder zerstört abgelehnt.

Auch einrichtungsmäßig zeigen sich gravierende Defizite, es gab keinerlei Möglichkeit für die Aufbewahrung von eigenem Besitz für die Kinder, nicht einmal Nachtkästchen oder Spind waren vorhanden, in manchen Bereichen gab es auch keine Sitzgelegenheiten bzw. einen Tisch, an dem jene PatientInnen, die mobil genug dafür waren, essen hätten können (vgl. Kap. 7.2). Der oben zitierten Anfragebeantwortung ist zu entnehmen, dass offenbar erst ab 1976/77 unter der neuen (ober-)ärztlichen Leitung des Pavillons entsprechende Bemühungen um die geforderten geeigneten Möbel für die unterge-

brachten Kinder und Jugendlichen unternommen wurden, zunächst aber ohne Erfolg. Wieder wird auf die geplante Adaptierung von Pavillon 17 verwiesen.

Generell macht die Anfragenbeantwortung durch den Leiter der Anstaltsverwaltung sichtbar, dass nahezu alle baulichen Verbesserungserfordernisse wie etwa auch der Einbau eines Lifts, die Schaffung von Räumlichkeiten für therapeutische und pädagogische Maßnahmen ö.ä. mit Verweis auf die künftige Übersiedlung auf den Nachbarpavillon abgewiesen oder hintangestellt wurden. Faktisch wurden damit ein ganzes Jahrzehnt lang

> „(…) aus budgetären Gründen im Hinblick auf die Planung des Pav. 17 nur die dringensten (sic!) Instandsetzungen in den Aufenthalts- u. Schlafräumen durchgeführt“ (ebd.).

Bis zu dieser Übersiedlung dauerte es dann allerdings noch weitere fünf Jahre, erst im ersten Quartal 1983 konnten die neu adaptierten und umfassend renovierten Räumlichkeiten auf Pavillon 17 bezogen werden (s.o.).

4. Personal und Entscheidungsstrukturen auf Pavillon 15

Hemma Mayrhofer, Gudrun Wolfgruber

Pavillon 15 galt im Anstaltsjargon als „schlechter", da pflegeintensiver Pavillon (vgl. Laburda 1981:44), entsprechend war der Anteil medizinischen Personals sehr niedrig, während der überwiegende Teil des Personals aus gering qualifizierten Pflege(hilfs)kräften bestand. Dieser Befund dürfte im Wesentlichen für den gesamten Untersuchungszeitraum von Mitte 1945 bis 1983/84 Gültigkeit haben, auch wenn es Ende der 1970er bzw. Anfang der 1980er Jahre zu einer Diversifizierung des Personals gekommen war (s.u.). Entsprechend wird nach einer allgemeinen Beschreibung des am „Kinderpavillons" systemisierten und eingesetzten Personals und dessen hierarchischen Gefüges näher auf das den Alltag am Pavillon dominierende Pflegepersonal eingegangen. Neben Ausbildungshintergrund und Aufnahmekriterien sollen Dauer der Beschäftigungsverhältnisse sowie faktisch wirksame Selektionsmechanismen, welche die Zusammensetzung des Pflegepersonals beeinflussten, beschrieben werden. Abschließend gilt es das Thema der Entscheidungsstrukturen nochmals aufzugreifen und zu diskutieren, wie abseits der formalen Weisungskompetenzen und Verantwortungsdefinitionen im Pavillonsalltag tatsächlich Einfluss und Entscheidungsmacht ausgeübt bzw. Verantwortung wahrgenommen wurde.

4.1. Zusammensetzung des Personals und formale Hierarchie

Die formale Hierarchie am Pavillon 15 gliederte sich folgendermaßen: An der Spitze stand das ärztliche Personal, das faktisch aus einer für den Pavillon spezifisch zuständigen Person (Oberarzt bzw. Oberärztin) bestand, die „dort in der Basisarbeitszeit anwesend sein (sollte)" (IP1_P:349). Sie wurde fallweise, d.h. im Nacht- und Wochenenddienst, Urlaub bzw. Krankenstand sowie bei spezifischer fachärztlicher Expertise, durch ärztliches Personal des Primariats oder der Krankenanstalt insgesamt ergänzt und vertreten. Allerdings werden beispielsweise die ärztlichen Nachtdienste als personell

völlig unzureichend ausgestattet beschrieben, Ende der 1970er Jahre scheint es am ganzen Psychiatrischen Krankenhaus nur zwei Oberarztdienste für die Nacht gegeben zu haben, „also eigentlich auch eine Aufgabe, die nicht wahrgenommen werden konnte, außer vielleicht auf der Akutstation, Aufnahmestation (…)“ (ebd.). Im Vergleich zu anderen Pavillons bzw. Abteilungen des PKH (vgl. hierzu Forster/Pelikan 1978c:233) zeigt sich der „Kinderpavillon“ mit medizinischem Personal bis zum Ende der 1970er Jahre unterdurchschnittlich ausgestattet.

Gegen Ende der 1970er Jahre ist zunächst ein Schritt in Richtung Spezifizierung der medizinischen Kompetenzen erkennbar. Hatte der ab 1976 kaum mehr Dienst versehende und vermutlich mit Jahresende 1977 in den Ruhestand versetzte Oberarzt keinen fachspezifischen Ausbildungshintergrund, sondern eine allgemeinmedizinische Ausbildung,[1] so verfügte die ab 1976 faktisch den „Kinderpavillon führende und offiziell ab 01.01.1978 nachfolgende Oberärztin über einen Abschluss der „Ausbildung zur Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie“. Mit 01.01.1979 wurde zudem eine zweite ärztliche Stelle am Pavillon 15 geschaffen. In der Korrespondenz finden sich mit 24.01.1979 datierte Schreiben der ärztlichen Direktion des PKH an die Magistratsabteilung 17 und die Krankenanstalt für Psychiatrie und Neurologie in Kärnten (Prof. Franz Wurst), in der gebeten wird, auf den entsprechenden Abteilungen der Krankenanstalten darauf aufmerksam zu machen, dass „ein heilpädagogisch bzw. kinder- und jugendpsychiatrisch interessierter Facharzt für Kinderheilkunde gesucht wird“ (KO_S:24.01.1979). Die Stelle dürfte im Laufe des Jahres 1979, ev. auch erst Anfang 1980 mit einer Kinderärztin besetzt worden sein.[2]

Dem medizinischen Personal unterstellt war die Pflege, da im Untersuchungszeitraum formal noch kein selbstständiger Wirkungsbereich des Pflegepersonals bestand – auf informeller Ebene war solch einer auf Pavillon 15 allerdings in sehr hohem Umfang gegeben (vgl. Kap. 4.3 sowie 9). Dem Pflegepersonal stand die Pflegeleitung des Pavillons in Gestalt der Oberschwester vor. Die Oberschwestern bzw. Oberpfleger des jeweiligen Pavillons versahen am PKH ihren Dienst an Werktagen von 6:30 bis 13:30 Uhr (vgl. Forster/Pelikan 1978c:234). Ihnen oblag vor allem „die administ-

---

[1] Vgl. AZ vom 30.06.1973. S. 8 – Die entsprechende Personalakte konnte im Archiv nicht gefunden werden, möglicherweise ist sie bereits skartiert worden.

[2] Eventuell war zunächst auch für kurze Zeit ein Kinderarzt da, der dann von einer Kinderärztin abgelöst wurde, die bis zum Ende des Untersuchungszeitraums als zweite Ärztin am „Kinderpavillon“ tätig gewesen sein dürfte (vgl. IP3_P:ergänzendes Telefonat). Zu diesen Angaben liegen keine ergänzenden Akten vor.

rative und organisatorische Führung der einzelnen Abteilungen und die Kommunikation mit den anderen Einheiten des Krankenhauses“ (ebd.). Der Oberschwester standen zwei Stationsschwestern zur Seite, deren Zuständigkeitsbereich aber offenbar strukturbedingt etwas unüblich definiert war:

> „Es hat zwar den Status Stationsschwester oder Stationspfleger gegeben, aber die haben eigentlich keine Funktionen gehabt. Vor allem keine auf Struktur bezogenen, weil's keine Stationen gegeben hat.“ (IP1_P:39)

Faktisch dürften die beiden Stationsschwestern des „Kinderpavillons“, wie in dieser Funktion am PKH insgesamt üblich, abwechselnd jeden zweiten Tag von 6:30 bis 18:30 Uhr im Dienst gewesen sein bzw. sich wechselseitig vertreten haben. Entsprechend einer in Direktionsakten des PKH recherchierten Aufgabenbeschreibung aus dem Jahre 1969 waren Stationsschwestern für die „klaglose Abwicklung des Dienstes auf der Abteilung verantwortlich.“[3] Ihnen oblag die direkte Pflege- und Dienstaufsicht in den Krankensälen (vgl. Forster/Pelikan 1978c:234).

Zum Stichtag 22.12.1977 waren laut einer Zusammenstellung auf Basis der Tagesrapporte in Summe 39 Pflegekräfte am Pavillon 15 tätig (vgl. Forster/Pelikan 1978c:210), eineinhalb Jahre später im Jahre 1979 waren geringfügig mehr, nämlich 42 Pflegepersonen im systemisierten Stand (vgl. KO_S:18.05.1979). Unter den 39 Pflegekräften im Jahre 1977 befanden sich elf diplomierte Personen, zu denen auch die Oberschwester sowie die beiden Stationsschwestern gehörten, die ausbildungsmäßig mindestens den Bedingungen des C-Pflegers entsprechen mussten (vgl. Forster/Pelikan 1978c:235). Allerdings wurden auch Personen mit älteren Ausbildungen, die „durch irgendwelche Überleitungsbestimmungen als diplomiert gegolten“ (IP1_P:255) haben, hier dazu gezählt. Die durchschnittliche PatientInnenanzahl pro diplomierter Pflegeperson lag bei 12,7, was oberhalb des Durchschnittes an den Frauenabteilungen, denen der „15er“ zugezählt wurde, lag, denn dieser betrug 8,9 Patientinnen pro diplomierter Pflegeperson (vgl. ebd:210). Das bedeutet, dass es auf Pavillon 15 nur unterdurchschnittlich viele „Diplomierte“ im Verhältnis zu den dort untergebrachten PatientInnen gab.

Das diplomierte Personal wurde auf Pflegeebene ergänzt durch niedriger bzw. (noch) nicht qualifizierte Pflegekräfte („IrrenpflegerInnen“[4] bzw. nach der Ausbildungsreform Anfang der 1960er Jahre StationsgehilfInnen, man-

---

[3] Tätigkeitsmerkmale Personal 1969; Quelle: Direktionsakten Steinhof (undatiert).

[4] Die Bezeichung IrrenpflegerIn taucht in den Personalakten bis ungefähr Mitte der 1960er Jahre auf.

che von ihnen waren auch ohne Kurs bereits jahrelang tätig – s.u.) sowie pflegerisches Hilfspersonal. Zu letzterem gehörten AbteilungshelferInnen, sie wurden am Pavillon 15 beispielsweise für das Aufbetten bzw. Wechseln der Bettwäsche oder zur Unterstützung bei der Essensversorgung und beim Waschen der Kinder und Jugendlichen eingesetzt.[5] Zudem gab es auf verschiedenen Pavillons des PKH noch HausarbeiterInnen, die vor allem Putzarbeiten in den Wachsälen und im Stiegenhaus verrichteten (vgl. Forster/Pelikan 1978c:238). Ob es solch einen Hilfsdienst, der formal dem Verwalter unterstellt war, auf dem „Kinderpavillon" gab, ist ungewiss, aus den erschlossenen Quellen geht dies nicht hervor.

Sehr wohl gab es aber sogenannte „Patientenhausarbeiter", teilweise in den Interviews auch als „Arbeitspfleglinge" bezeichnet, also erwachsene LangzeitpatientInnen, die zu unterschiedlichen unterstützenden Arbeiten herangezogen wurden. Sie „werden auch als Patienten auf dem Pavillon, in dem sie tätig sind, betreut" (KO_S:20.07.1979). Laut Forster/Pelikan (1978c:238) wurden sie in sehr geringem Umfang entlohnt, in einzelnen Interviews, die im Rahmen der Studie geführt wurden, ist auch davon die Rede, dass gar keine Entlohnung stattfand.[6] Bei Laburda (1981:55) sind mit Stichtag 23.04.1977 in Summe 15 Personen über 18 Jahre angeführt, allerdings konnte aus der Datengrundlage (Krankenakten) nicht sicher abgeleitet werden, ob es sich dabei immer um HausarbeiterInnen handelt oder nicht. Die Zahl erscheint relativ hoch, denn im Jahre 1979 wurden in einem Schreiben der ärztlichen Direktion in Summe lediglich sieben Personen explizit als in dieser Funktion am Pavillon tätig und wohnend ausgewiesen (vgl. KO_S:20.07.1979). Zu diesem Zeitpunkt ging es allerdings im Zuge von Professionalisierungsbestrebungen im Rahmen der geplanten Übersiedlung auf Pavillon 17 bereits um Bemühungen, diese Personen anderweitig unterzubringen, eventuell war ihre Zahl deshalb schon etwas niedriger (vgl. auch Kap. 12.).

Das Verhältnis der insgesamt systemisierten Pflegekräfte (Diplomierte und nicht Diplomierte) zu der PatientInnen-Anzahl war auf Pavillon 15 mit 3,7 PatientInnen pro Pflegekraft leicht besser als auf den Frauenabteilungen des PKH insgesamt (4,1). Jedoch sagt die grundsätzlich vorhandene Pflegepersonal-Ausstattung noch sehr wenig darüber aus, mit wie vielen Pflegekräften die Pavillons im Alltag tatsächlich besetzt waren. Laut Auskunft der ärztlichen Leitung am Pavillon waren planmäßig etwa acht mit Pflegeagen-

---

[5] Vgl. IP7_P:29; IP21_P:76ff.; Memo_P:52.
[6] Vgl. IP6_E; IP13_B.

den betraute Personen tagsüber anwesend, sie hatten bis zu 140 Kinder und Jugendliche mit teils schweren Behinderungen zu versorgen (vgl. IP3_P:48ff.). Für die Nachtdienste waren zwei Personen pro Stockwerk vorgesehen. Allerdings konnten Urlaube und vor allem die nicht im Voraus einplanbaren Krankenstände – es scheint sie in höherem Ausmaß gegeben zu haben – die ohnehin äußerst geringe Anzahl an Pflegekräften, die tatsächlich Dienst versah, noch zusätzlich reduzieren. Aus der Studie von Forster/Pelikan (1978c:211ff.) wird ersichtlich, dass die niedrige Anwesenheitsrate des Pflegepersonals auf den Stationen ein Problem vieler Pavillons am PKH war.

In der anstaltsexternen Schule, die im Dachgeschoß des „Kinderpavillons" untergebracht war, arbeiteten ab 1959 zunächst eine bzw. zwei[7] und ab 1966 drei Lehrerinnen. Die Schule mit ihren Lehrkräften gehörte allerdings formal nicht dem Personalstand des Psychiatrischen Krankenhauses (bzw. zuvor der Heil- und Pflegeanstalt) an, sondern bildete eine Expositur der Heilstättenschule in der Kindermanngasse, 1170 Wien, das Personal fiel somit in die Zuständigkeit des Wiener Stadtschulrates (vgl. Kap. 11). Damit waren die Lehrkräfte auch nicht direkt in die Weisungsketten des Anstaltspersonals eingebunden. Darüber hinaus gab es bis in die zweite Hälfte der 1970er Jahre kein (sozial-)pädagogisch qualifiziertes Personal und auch keine entsprechenden Stellen am Pavillon. Erst im Jahr 1977 „wurden vorerst zwei Erzieher für die Betreuung geistig behinderter Kinder angestellt" (KO_S:22.05.1978/Bl.4).

Therapeutisches Personal stand ebenfalls die längste Zeit am Pavillon selbst nicht zur Verfügung, ab 1979 gab es eine Psychologin speziell für den „Kinderpavillon". Den Einträgen in den Krankenakten zufolge waren ab Ende der 1970er Jahre auch PhysiotherapeutInnen und MusiktherapeutInnen auf dem Pavillon tätig. Diese waren jedoch nicht Pavillon 15 zugeordnet, sondern für die therapeutische Versorgung aller Pavillons des Steinhofs zuständig. Sie konnten entsprechend nur in geringem Umfang genutzt werden (vgl. Kap. 10). Generell dürfte es in der gesamten Krankenanstalt einen großen Mangel an therapeutischem Personal gegeben haben (vgl. Forster/Pelikan 1978c:40), und zwar nicht nur aufgrund fehlender Stellen, sondern auch wegen mangelnder Attraktivität derselben. In den Direktionsakten ist 1978 beispielsweise eine „derzeit nicht besetzbare Teilzeitbeschäftigung einer Logopädin" (KO_S:02.06.1978) erwähnt, weiters wird darauf verwie-

[7] Es konnte nicht geklärt werden, ab welchem Jahr die zweite Schulklasse auf Pavillon 15 eingerichtet wurde.

sen, dass zwei vorhandene Stellen für HeilgymnastikerInnen nicht besetzt werden können, weil sich keine entsprechend qualifizierten Personen darauf bewerben würden (vgl. ebd.).

Einer personellen Auflistung aus dem Jahre 1981 zufolge wurde die therapeutische Behandlung auf Pavillon 15 von einer Logopädin, einer Heilgymnastin und einer Musiktherapeutin bestritten (vgl. Blaschnek/Fidal 1981:5). Diese waren aber dem „Kinderpavillon" nicht personell zugeordnet, sondern für das gesamte PKH zuständig (vgl. Kap. 10.).

Eine Aufstellung der ärztlichen und pflegerischen Leitung des Pavillons 15 sowie des übergeordneten Primariats und der Pflegeleitung des PKH aus dem Jahre 1978 über das für Pavillon 17 als notwendig erachtete Personal lässt erkennen, dass auch zu diesem Zeitpunkt noch eine vorrangig auf medizinisch-pflegerisches Personal ausgerichtete Personalpolitik für angemessen erachtet wurde. Gefordert wurden nämlich zunächst neben drei ÄrztInnen 40 Schwestern bzw. Pfleger. Das sind in etwa gleich viele, wie auf Pavillon 15 in der letzten Periode im Einsatz waren, auch wenn sie im neuen Pavillon mit 84 geplanten „systemisierten Betten" etwas weniger Kinder und Jugendliche zu betreuen gehabt hätten. Sie sollten durch sechs ErzieherInnen, zwei ErgotherapeutInnen, zwei PhysiotherapeutInnen, jeweils eine/n RhythmikerIn, LogopädIn und bildnerische/n TherapeutIn, zwei SonderkindergärtnerInnen mit in Summe vier HelferInnen sowie zwei PsychologInnen ergänzt werden (vgl. KO_S:15.06.1978). Ein knappes Jahr später zeigt sich in einem Brief der ärztlichen Direktion an Stadtrat Stacher sogar eine wesentlich stärkere Pflegeorientierung gegeben, denn demnach „strebt die Leitung des Pflegedienstes eine Zahl von insgesamt 54 Pflegepersonen an" (KO_S:18.05.1979). Es ist unklar, wie diese Diskrepanz zu erklären ist. Die Realisierung gestaltete sich dann doch deutlich anders, wie in Kapitel 15. ausgeführt ist.

4.2. Qualifikation und Berufsverläufe des Pflegepersonals – Selektionsmechanismen

Ausbildungshintergrund und berufliche Vorerfahrungen

Wie bereits aus der Darstellung der Chronologie des „Kinderpavillons" sichtbar wurde, bedeutete die Auflösung der „Wiener städtischen Nerven-

klinik für Kinder Am Spiegelgrund“ keinesfalls einen personellen Neuanfang. Vielmehr war das Personal großteils nahtlos übernommen worden.[8] Um wie viele Personen es sich dabei handelte und wie sich deren Zusammensetzung nach Berufsgruppen gestaltete, sind dem entsprechenden Schriftstück jedoch nicht zu entnehmen. Das Dokument weist aber klar aus, dass auf Pavillon 15 weitgehend eine personelle Kontinuität zur NS-Zeit bestand (vgl. hierzu auch den Beitrag von Rudolf Leo in diesem Band). Und es gibt keinerlei Hinweise darauf, dass in der Nachkriegszeit irgendeine Form von ideologischer Umerziehung bzw. kritischer Auseinandersetzung des bereits am „Spiegelgrund“ tätigen Pflegepersonals mit den bisherigen weltanschaulichen Bewertungsmaßstäben und fachlichen Prinzipien der NS-Medizin stattfand (vgl. auch Malina 2007).

Abgesehen vom ärztlichen und diplomierten Pflegepersonal waren überwiegend Personen in der Versorgung der auf Pavillon 15 untergebrachten Kinder und Jugendlichen beschäftigt, die zuvor in anderen Berufsfeldern tätig gewesen waren. Jedoch wurde bereits 1954 seitens des Bundesministeriums für soziale Verwaltung bezugnehmend auf Krankenanstalten, in denen Kinder untergebracht waren,

> „(…) dringend empfohlen, undiplomiertes Krankenpflegpersonal (sogenannte Hilfskrankenpflegerinnen u.dgl.) an Kinderspitälern und Kinderabteilungen ehemöglichst durch diplomierte Kinderschwestern, bzw. sofern dies derzeit infolge Mangel an solchem Personal auf Schwierigkeiten stösst (sic!), zumindest durch diplomierte Krankenpflegerinnen zu ersetzen.“[9]

Das Problem eines Mangels an qualifiziertem Krankenpflegepersonal stellte sich in dieser Zeit in Österreich insgesamt. So wird in einem Schreiben der MA 17 Anstaltenamt vom 23.07.1956 an die Direktionen (Leitungen und Verwaltungen) aller städtischen Kranken- und Wohlfahrtsanstalten bezüglich „Dienstentsagung von Pflegerinnen“ beklagt, dass

> „(…) der Mangel an geeigneten Krankenpflegerinnen (…) vielfach dadurch verschärft (wird), dass Pflegerinnen in jungen Dienstjahren die Geburt eines Kindes zum Anlass nehmen, dem Dienste zu entsagen. Der Herr amtsführende Stadtrat der Geschäftsgruppe I hält es (…) mit Rücksicht auf diesen Mangel für geboten, in jedem Einzelfalle den Versuch zu unternehmen, die Pflegerin zur Rückkehr zum Dienst zu bewegen. Es soll daher von jeder Dienststelle ei-

---

8 WStLA, Schreiben Karl Bock vom 14. August 1945, Karton Direktionsregistratur, M.Abt. 209 – Otto Wagner Spital (Baumgartner Höhe, Steinhof), 1.3.2.209.2, 1945 1 (8)-900.

9 Schreiben des Bundesministeriums für Soziale Verwaltung vom 10. Mai 1954 an die Ämter aller Landesregierungen, betrifft: Disziplinarmassnahmen bei Kindern in Krankenanstalten.

> ner Pflegerin, die aus solchem Grund dem Dienst entsagen will, vorerst ein Karenzurlaub angeboten werden und erste wenn diese einen solchen ablehnen sollte, wäre sie aufzufordern, sich zu einem späteren Zeitpunkt, wenn ihre Verhältnisse es erlauben, zur Wiedereinstellung zu melden. In Hinkunft haben die Anstaltsdirektionen (Leitungen und Verwaltungen) bei jedem Ansuchen um Dienstentsagung anlässlich der Vorlage zu berichten, ob und mit welchem Erfolg ein Karenzurlaub angeboten oder der Pflegerin die Wiederaufnahme in Aussicht gestellt worden ist."[10]

In der Mehrheit der gesichteten Personalakten von ehemals auf Pavillon 15 tätigem weiblichen Pflegepersonal ist eine bestehende Kinder- und Ehelosigkeit zum Zeitpunkt des Dienstantritts sowie für den weiteren Verlauf der Tätigkeit vermerkt. Dies trifft vor allem auf Pflegerinnen zu, die bereits in den 1950er und 1960er Jahren in den Dienst eintraten.

Aus den ausgewerteten Personalakten der im Untersuchungszeitraum auf Pavillon 15 tätigen Pflegekräfte – es standen nur Personalakten von weiblichen Pflegepersonen zur Verfügung – geht hervor, dass die oben zitierte Forderung nach fachlicher Qualifikation des Pflegepersonals in der Praxis häufig nicht realisiert wurde. Die Mehrheit der in der Pflege tätigen Personen besaß auch in den Folgejahren weder ein Diplom zur Krankenpflege noch zur Kinderkrankenpflege. Somit blieb es jahrzehntelang an der Tagesordnung, dass die Betreuung und Pflege der auf Pavillon 15 untergebrachten Kinder primär angelerntem Personal überantwortet wurde. Dieses setzte sich in den ersten beiden Nachkriegsjahrzehnten aus „IrrenpflegerInnen" sowie ab den 1960er Jahren aus „StationsgehilfInnen" zusammen. Jene Pflegekräfte, die bereits vor der Ausbildungsreform 1961 im PKH arbeiteten, wurden gemäß den Übergangsregelungen entweder dem Diplomierten Pflegepersonal oder den StationsgehilfInnen zugeordnet (vgl. Forster/Pelikan 1978c:12). Ihnen wurde einerseits zugesprochen, aufgrund ihrer Routine die körperliche Grundpflege gut zu erfüllen, ihr sozialer Umgang mit den PatientInnen allerdings

> „(…) ist wesentlich durch die vorherrschende Art des Umgangs aus der Zeit vor der Einführung der Psychopharmakatherapie geprägt, als Unberechenbarkeit und Gewalttätigkeit als hervorstechendste Merkmale der Patienten angesehen wurden." (ebd.)

Der Mangel an diplomiertem Pflegepersonal bestand in den 1970er Jahren im PKH insgesamt fort: Neben Überbelag ist die Situation der PatientInnen

[10] Quelle: Direktionsakten Steinhof

im Hinblick auf ihre Betreuung weiter durch den großen Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal gekennzeichnet.

Aus den ausgewerteten Personalakten von ehemals auf Pavillon 15 arbeitenden Personen wurde ersichtlich, dass die überwiegende Mehrheit zu Beginn ihrer Arbeit auf Pavillon 15 über keinerlei pflegerisch-psychiatrische Ausbildung oder Vorerfahrungen in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen verfügte. Unter Berücksichtigung der beruflichen Tätigkeit der Eltern und des Schul- und Ausbildungsniveaus lässt sich das Pflegepersonal primär einem kleinbürgerlichen Herkunftsmilieu zuordnen. Als Berufe der Väter finden sich – sofern diese in den Personalakten verzeichnet sind – beispielsweise Hilfsarbeiter, Tischler, Transportarbeiter oder Chauffeur angeführt. Der Beruf der Mütter ist mehrheitlich nicht verzeichnet, in einer Personalakte findet sich der Eintrag „Hausfrau", in einer anderen „Hilfsarbeiterin".[11]

Die Mehrzahl des im Untersuchungszeitraum angelernten Pflegepersonals verfügte über einen Hauptschulabschluss. Im Anschluss an ihre Schulpflicht waren sie als Hilfsarbeiterinnen tätig, mitunter auch zwischenzeitlich arbeitslos. Dieser Umstand lässt sich mit einer zeitgenössischen geschlechtsspezifischen Verteilung von Ausbildungs- und Berufschancen sowie mit einer kriegsbedingten Erschwernis im Zugang zu Ausbildungsstellen erklären. Bis in die 1960er Jahre aufgenommenes Pflegepersonal hatte seine Schulbildung während der NS-Herrschaft absolviert. Nur zwei Personen aus dem Sampling der ausgewerteten Personalakten hatten eine Berufsausbildung erhalten, eine gelernte Schneiderin, die im Jahre 1956 achtundzwanzigjährig als „Aushilfsirrenpflegerin" in den Dienst der Gemeinde Wien aufgenommen wurde, und eine 1937 geborene und im Jahr 1959 als „Aushilfspflegerin" aufgenommene Schneiderin.[12]

Aufnahmekriterien und Motivation für den Pflegedienst

Im gesamten Untersuchungszeitraum setzte die Aufnahme von Pflegepersonal keinerlei spezifische Qualifikationen voraus, die Absolvierung der gesetzlichen Schulpflicht, ein gesicherter Leumund sowie vor allem die körperliche Eignung waren ausreichend. Erst in den amtsärztlichen Gutachten ab Ende der 1960er Jahre wurde auch die psychische Eignung für die Tätigkeit festgehalten (vgl. PA12). Auf welche Weise eine „psychische Eignung"

---

11 Vgl. PA3, PA4, PA15 sowie PA16.

12 Vgl. PA3, PA4, PA12, PA15 sowie PA16.

erhoben wurde und nach welchen Kriterien deren Beurteilung erfolgte, geht aus den in den Personalakten integrierten amtsärztlichen Gutachten jedoch nicht hervor.

Bis Mitte der 1950er Jahre wurden DienstwerberInnen seitens der Dienstgeberin, d.h. der Gemeinde Wien, allerdings zu ihrem politischen Hintergrund während des NS-Regimes befragt: Dies inkludierte Fragen zu Mitgliedschaften bei der NSDAP oder anderen, der NSDAP nahestehenden Organisationen und Vereine. Der genaue Wortlaut der standardisierten Aufnahmebögen lautete:

> „Sind Sie nach § 4 des Verfassungsgesetzes vom 8. Mai 1945 (…) über das Verbot der NSDAP (Verbotsgesetz) in der Fassung des Verfassungsgesetzes vom 6. Februar 1947 (…) über die Behandlung der Nationalsozialisten (Nationalsozialistengesetz) als Belasteter (…) Registrierungspflicht? (sic!)“[13]

Auch wenn diese Frage in keinem der Ansuchen positiv beantwortet wurde, lässt sich daraus noch nicht auf eine tatsächliche Unbelastetheit schließen. Weiters wurden Angaben zu Erfahrungen von politisch oder rassisch begründeter Verfolgungen erhoben: „Wurden Sie während des NS-Regimes aus politischen Gründen gemaßregelt? (Verfügung gemäß 3, 4, 5, 6 oder 7 der Verordnung zur Neuordnung des Österreichischen Berufsbeamtentums BBD; gerichtliche Haft, polizeiliche Haft, KZ, Schädigungen durch gerichtliche oder staatspolizeiliche Maßnahmen).“ Auch diese Frage fand sich in keiner der gesichteten Personalakten positiv beantwortet (vgl. Beitrag von Rudolf Leo in diesem Band).

Während heute die Aufnahme und die Ausbildung von BewerberInnen in Tätigkeitsfelder der Sozial- und Gesundheitsversorgung neben schulischen und fachspezifischen Qualifikationen auch an eine persönliche Eignung geknüpft ist, wurden im Untersuchungszeitraum einer Bewerbung zugrundeliegende persönliche Motive sowie persönliche Haltungen gegenüber kranken Menschen und Menschen mit Behinderungen nicht erhoben. Es ist somit davon auszugehen, dass derartige Überlegungen weder im Fokus der Gemeinde Wien als Dienstgeberin noch in jenem der Leitungen/Direktionen der Krankenanstalten standen.

Pflegepersonal, das zu Arbeitsbeginn keinerlei dem Tätigkeitsfeld entsprechende Ausbildung vorweisen konnte, hatte berufsbegleitend eine entsprechende „Fachausbildung“ zu absolvieren. Aus den Personalakten geht hervor, dass bis in den 1960er Jahren als sogenannte „Aushilfs-

---

[13] Vgl. PA3, PA15, PA16.

IrrenpflegerInnen“ eingesetzte Personen „Fachkurse für Irrenpflegerinnen“ zu besuchen hatten. Die erfolgreiche Ablegung der „einfachen Fachprüfung für Irrenpflege“ und die „Fachprüfung für Irrenpflege“ befähigten zur weiteren Tätigkeit an den Abteilungen der psychiatrischen Einrichtungen der Gemeinde Wien. In den gesichteten Personalakten differiert die angeführte Dauer der Kursteilnahme zwischen 8 bis 10 Monaten. Eine anschließende unbefristete vertragsmäßige Anstellung, die in allen Fällen der gesichteten Personalakten positiv befürwortet wurde, setzte neben einem amtsärztlichen Gutachten eine kurze Dienstbeschreibung der absolvierten Probezeit (Aushilfszeit) sowie zumindest theoretisch die Absolvierung der beiden Fachkurse für Irrenpflege“ voraus.

Als zentrales Kriterium für die Übernahme in eine vertragsmäßige Anstellung der Gemeinde Wien galt eine amtsärztlich überprüfte körperliche Eignung der „Aushilfs-IrrenpflegerInnen“. Dies belegt ein Schreiben der Magistratsabteilung 2 an die Magistratsabteilung 17 vom 16.11.1957, in dem die „Übernahme der Aushilfsirrenpflegerin (…) in der Heil- und Pflegeanstalt ‚Am Steinhof‘“ in ein ständiges Dienstverhältnis befürwortet, aber um eine amtsärztliche Stellungnahme ersucht wird. Dem bereits im Oktober 1957 ausgestellten ärztlichen Befund ist zu entnehmen, dass die „zur Übernahme in die Gemeinde Wien“ vorgeschlagene Person „unter der Voraussetzung, dass Kleinwuchs (160cm) und der Umstand, dass sie Brillenträgerin ist, keine Behinderung darstellt, für eine vertragm. Anstellung als Irrenpflegerin physisch geeignet“ sei (PA16). Ende des Jahres 1957 wurde besagte Person bei der Gemeinde Wien unter Vertrag genommen.

Hilfspflegepersonal, das ab Mitte der 1960er Jahre die Betreuung der auf Pavillon 15 untergebrachten Kinder und Jugendlichen übernahm, hatte ebenso wie die ehemaligen „IrrenpflegerInnen“ eine „Ausbildung gemäß der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Sanitätshilfsdienste“ zu absolvieren. Der positive Erfolg der abgelegten Kursabschlussprüfung befähigte sie zur „Ausübung des Berufes als Stationsgehilfin“ und berechtigt das Hilfspersonal dazu, „einfache Hilfsdienste in Krankenabteilungen der Krankenanstalten, in Ambulatorien sowie in Pflegeanstalten auszuüben.“ (PA20, PA21) Sowohl der Besuch der Kurse für Irrenpflegerinnen als auch die Absolvierung der Stationsgehilfinnen erfolgten allerdings mitunter erst nach längeren Jahren beruflicher Tätigkeit auf dem Pavillon (vgl. PA3).

Anzumerken ist, dass die in den Kranken- als auch Personalkarten verwendeten Berufsbezeichnungen des auf Pavillon 15 eingesetzten Pflegepersonals auf eine uneinheitliche Titelführung verweisen. Titel wie „Schwester,“ „Pflegerin“ bzw. Pflegeschwester“ wurden unabhängig des Ausbildungshintergrundes geführt. Die Titulierung als „Krankenschwester“

erfolgte auch bei Personen, die zwar bereits lange Jahre auf Pavillon 15 tätig waren, aber kein Diplom zur Krankenpflege erworben hatten. So wurde beispielsweise eine im Juni 1954 eingestellte „Irrenpflegerin" in ihrem Personalakt im Jahr 1959 als „Pflegerin" und 1961 nach Absolvierung der beiden Fachkurse als „Krankenschwester" geführt (PA3). Eine ehemalige als „Irrenpflegerin" im Jahre 1956 eingestellte Pflegeperson hingegen erhielt im Zuge ihrer Pragmatisierung im Jahr 1961 den Titel „vertragsmäßige Krankenschwester" (PA16). Auch eine ab 1959 als „Aushilfspflegerin" probeweise eingestellte Schneiderin wurde 1962 bereits im Anschluss an die Absolvierung des „einfachen Irrenfachpflegekurses" als „vertragsmäßig angestellte Krankenschwester" tituliert.

In einigen wenigen Fällen lag dem Personalakt ein persönliches Ansuchen um Aufnahme in den Dienst der Gemeinde Wien bei, das auf die Motivationen hinsichtlich der neuen Berufswahl schließen lässt. Die folgenden Beispiele veranschaulichen, dass diese mehrheitlich ökonomisch begründet wurde: Eine 1925 geborene, lange Jahre als Hilfsarbeiterin in diversen Fabriken und als Serviererin im Gastgewerbe tätige Bewerberin, seit 1947 mit einem Spengler verheiratet und Mutter eines dreijährigen Sohnes, ersuchte um Aufnahme bei der Gemeinde Wien, da „das Einkommen meines Gatten nur notdürftig zum Lebensunterhalt reicht und er (…) keine anderweitige Verdienstmöglichkeit hat" (PA 3). Deshalb sei sie „gezwungen eine Arbeit aufzunehmen."[14]

Auch das Ansuchen einer 1922 geborenen ungelernten Hilfsarbeiterin verweist auf die primär ökonomische Motivation der geschiedenen Mutter eines sechsjährigen Mädchens, sich 1949 um eine Stelle bei der Gemeinde Wien zu bewerben:

> „Als ich 1936 aus der Schule austrat, war ich durch die damalige Notlage gezwungen, da ich keine Lehrstelle fand, als Hilfsarbeiterin eine Stelle anzunehmen. (…) Im Jänner 1943 heiratete ich, aus dieser Ehe entsproß ein Mädchen! Seit drei Jahren lebe ich von meinem Gatten getrennt und sorge für meine kleine Tochter allein! Um mit meinem Kinde einer gesicherten Zukunft entgegenzusehen stelle ich dieses Ansuchen! Bin 178cm groß, stark, sehr gesund, auch nicht erblich belastet! War weder Politisch noch Kriminell (sic!) vorbestraft. Bin seit 4 Jahren Mitglied der SPÖ."[15] (PA15)

[14] Handschriftlicher Brief an die Gemeinde Wien vom 18.07.1953 (PA3)

[15] Auszug aus dem handschriftlichen Lebenslauf, Ansuchen zur Aufnahme als Pflegeschwester am „Steinhof" oder „Baumgartnerhöhe" vom 01.06.1949

Nur in zwei Bewerbungsschreiben findet sich neben ökonomischen Beweggründen auch der Wunsch, in der Krankenpflege eingesetzt zu werden, ausdrücklich formuliert: Eine gelernte 28jährige Schneiderin ersucht in einem Schreiben vom 10.01.1955 „um eine „Anstellung im Dienste der Stadt Wien, die meinem Beruf entspricht". Sehr gerne würde sie „als Hilfsschwester oder Hilfspersonal in städtischen Anstalten" arbeiten. Der frühe Tod ihrer Mutter und die Wiederverehelichung ihres Vaters hätten sie gezwungen, „frühzeitig einen eigenen Haushalt zu gründen". Die „saisonbedingten Schwankungen" ihres Berufes würden sie „daher immer wieder zu kurzfristigem Aussetzen" zwingen, „welche sich natürlich mehrfach auswirken" (PA16). Auch eine 1937 in Wien geborene gelernte Schneidergesellin, deren Ehemann, ein Maler- und Anstreichergeselle, zum Zeitpunkt der Bewerbung bereits als Pfleger in der Heil- und Pflegeanstalt „Steinhof" tätig war, ersuchte im Jahr 1959 „um Aufnahme als Pflegerin in die Heil- und Pflegeanstalt Steinhof", da sie „derzeit einen Beruf ausübe, der nicht meine Interessen vertritt." Daher wäre es ihr „Wunsch (…) Krankenpflegerin zu werden."[16] (PA4)

Insgesamt jedoch dürften die Bewerbungen weniger aus einem Interesse an einer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen oder Menschen mit Behinderungen resultiert haben, sondern vorrangig mit dem Wunsch verbunden gewesen sein, über die Anstellung bei der Gemeinde Wien einen sicheren, d.h. unbefristeten Arbeitsplatz und damit eine konstante ökonomische Basis zu erhalten. Ergänzend sei angemerkt, dass mit der Darstellung dieser Ergebnisse der Personalaktenauswertung keineswegs die Legitimität solch einer Motivation infrage gestellt werden soll. Es geht vielmehr darum aufzuzeigen, dass offensichtlich keine darüber hinaus gehende Motivationsbekundung für einen pflegerischen Beruf bzw. die Arbeit mit Kindern mit Behinderungen als notwendig angesehen wurde und vermutlich auch nicht notwendig war. Die überwiegende Zahl der BewerberInnen hatte sich gar nicht spezifisch für die Pflege und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen beworben.

Bei der Diskussion des Qualifikationshintergrundes und -niveaus der Pflegekräfte gilt es mit zu reflektieren, in welchem Ausmaß das Tätigkeitsprofil von Pflegepersonen grundsätzlich den Bedürfnissen der zu versorgenden und betreuenden Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen entsprach. So wird in den mit ExpertInnen und ZeitzeugInnen geführten Gesprächen wiederholt in Frage gestellt, ob pflegerisches Personal überhaupt

[16] Ansuchen an die Stadt Wien vom 5.3.1959, PA4.

die entsprechend qualifizierte Berufsgruppe zur Unterstützung dieser jungen Menschen darstelle. Mit der Umwandlung in ein Förderpflegeheim wurden u.a. auch in dieser Hinsicht sukzessiv neue Wege gegangen (vgl. Kap. 15.).

Dauer der Beschäftigung & Selektionsmechanismen

Die für das Psychiatrische Krankenhaus der Gemeinde Wien „Baumgartner Höhe" in den 1970er Jahren insgesamt festgestellte hohe Personalfluktuation (vgl. Forster/Pelikan 1978c:35) kann für den Pavillon 15 auf Basis der vorliegenden empirischen Daten nur zum Teil bestätigt werden. Es scheint einerseits eine sehr beständige Kernbelegschaft an Pflegepersonal gegeben zu haben, andererseits dürfte ein Teil der neu hinzukommenden Pflegekräfte dem „Kinderpavillon" aufgrund der dort herrschenden Verhältnisse sehr schnell wieder den Rücken gekehrt haben.[17]

Die Mehrzahl der gesichteten Personalakten belegt eine langjährige Beschäftigung dieser Teilmenge des Personals auf Pavillon 15. Insbesondere Personen, die in den ersten beiden Jahrzehnten des Untersuchungszeitraums auf Pavillon 15 als ungelerntes Pflegepersonal zu arbeiten begonnen hatten, blieben für die gesamte Dauer ihrer Berufskarriere im Pflegedienst am „Kinderpavillon". Die Beschäftigungsdauer dieser Personen umfasste mitunter beinahe drei Jahrzehnte.[18] Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass Personalakten von nur kurzfristig beschäftigten Personen, und zwar insbesondere von jenen, die nach kurzer Zeit wieder generell aus dem Dienst der Gemeinde Wien austraten, heute vielfach nicht mehr erhalten sind. Ebenso verhält es sich mit den Personalakten von nur kurzfristig an der Station beschäftigtem „Aushilfspersonal" oder seinerzeit als „angehende Lernschwestern" mitarbeitenden Personen.

Die insgesamt erhobenen empirischen Daten lassen vermuten, dass das Pflegepersonal in zweifacher Hinsicht einer Negativauslese unterlag: Erstens zählte der „15er" zu den ‚schlechten' Pavillons am PKH – so wurden im Anstaltsjargon jene Pavillons bezeichnet, die eine höhere Anzahl an bettlägrigen, auszuspeisenden und inkontinenten Personen zu versorgen hatten (vgl. Laburda 1981:44). In der Folge meldeten sich zu wenige Pflegekräfte freiwillig und war zudem ein offenbar nicht unbeträchtlicher Anteil des Personals auf Pavillon 15 strafversetzt worden. Dies waren u.a. Personen,

---

[17] Allerdings wird in der Studie von Forster/Pelikan angedeutet, dass bei der untersuchten „Versorgungsabteilung" die Personalfluktuation weniger groß war. Pavillon 15 würde diesem Abteilungstypus entsprechen.

[18] Vgl. u.a. PA 3, PA4, PA12, PA15, PA16.

die sich an anderen Pavillons nicht ausreichend in die geltenden Regeln eingefügt hatten oder sich eventuell auch (leichtere) Verfehlungen gegenüber PatientInnen zuschulden kommen hatten lassen (vgl. IP23_P:94). Erstere könnten durchaus auch eine Chance für die Kinder gewesen sein – wenn sie etwa aufgrund von Kritik am System versetzt worden waren, letztere vermutlich weniger.[19] Zweitens verließen manche der engagierteren und nicht strafversetzten Personen diese Arbeitsstätte aufgrund der dort herrschenden Zustände relativ bald wieder.[20] Diese Selektionsprozesse dürften sich nicht unbedingt positiv auf die Personalzusammensetzung auf Pavillon 15 sowie die Motivation und Arbeitshaltung des dortigen Pflegepersonals ausgewirkt haben. Jene MitarbeiterInnen, die blieben, arrangierten sich überwiegend mit den Zuständen und pflegerischen Handlungsroutinen auf Pavillon 15 (vgl. auch IP7_P:162). Sie waren erfolgreich in die geltenden Stationsnormen sozialisiert worden.[21]

Dienstbeschreibungen

Dienstbeschreibungen als Zeugnisse der Tätigkeitskontrolle durch hierarchisch höhergestelltes Personal dürften ausschließlich als Grundlage für die Gewährung einer vertragsmäßigen Anstellung, für Vorrückungen in der Verwaltungsgruppe bzw. im Zuge angestrebter Pragmatisierung verfasst worden sein. Zumindest waren in allen gesichteten Personalakten nur für diese Zeitpunkte und Zwecke Dienstbeschreibungen erhalten. Dabei wurden formale Kriterien standardisiert abgefragt. Diese waren nicht spezifisch auf die Arbeit an der Abteilung bzw. einem Krankenhaus oder einer Psychiatrie bezogen, sondern für alle Bediensteten der Gemeinde Wien abgefasst. Die Gutachten über den „Dienst am Krankenbett“ beinhalten Beurteilungen der prinzipiellen „Befähigung“ zur Tätigkeit als Pflegerin, „Fleiß“, „Verwendbarkeit“, „Verlässlichkeit (Dienstauffassung, Pflichtbewußtsein usw.)“, das „Benehmen im Dienst (Verhalten gegen Vorgesetzte, Gleichgestellte, Untergebene, Parteien und Patienten (Zöglinge), usw.)“, „weitere Fertigkeiten (Maschinschreiben, Stenographie)“ sowie „Disziplinar- und Ordnungsstrafen“ und sonstige „Anstände im Dienst“.

---

19 Vgl. IP3_P:16ff.; IP23_:94; IP26_292; IP35_P:30; IP37_P:69.

20 Vgl. IP3_P:36; IP15_P:203.

21 Schwediauer (1984:56f.) beschreibt seinen Sozialisationsprozess zum Pfleger Anfang der 1980er Jahre auf einem anderen Pavillon am PKH. Es ist davon auszugehen, dass sich die Strategien zur Anpassung neuen Personals an die informell geltenden Arbeitsregeln und -routinen zwischen den Pavillons nicht sonderlich unterschieden.

Individuelle Einschätzungen zur Arbeit der PflegerInnen sind in keinem einzigen Gutachten verzeichnet. Somit lassen sich auf Basis der Dienstbeschreibungen weder Informationen über den Arbeitsauftrag, das individuelle Berufsverständnis oder die tatsächliche Tätigkeit des Pflegepersonals eruieren, es finden sich auch keine Angaben zum Umgang mit den PatientInnen. Offensichtlich ist, dass Dienstbeschreibungen nicht zur Gewährleistung des Wohlergehens der untergebrachten Kinder und Jugendlichen erstellt wurden, sondern primär zur Überprüfung von Kompetenzen des Personals, die einen möglichst reibunglosen Stationsalltag garantieren sollten.

Die folgende Dienstbeschreibung einer ehemaligen „Irrenpflegerin" aus dem Jahre 1954 ist exemplarisch für die im gesamten Untersuchungszeitraum floskelhaft verfassten und stereotypen Gutachten zur positiven Bescheinigung einer „Befähigung" des Pflegepersonals des Pavillon 15 zu lesen: „Frau (…) ist bemüht als Pflegerin zu entsprechen", „fleissig und umsichtig", „verlässlich", „pünktlich", ihr „Verhalten im Dienst" ist „sehr gut, höflich". Sie ist „verträglich, nett und freundlich"[22].

Nur in zwei Dienstbeschreibungen sind Beobachtungen hinsichtlich der Eignung der überprüften Pflegepersonen für den Umgang mit PatientInnen, insbesondere mit Kindern und Jugendlichen, festgehalten: Eine Abteilungspflegerin, die ihre Arbeit „tatkräftig", „verlässlich", „umsichtig", „fleißig," „pflichtbewusst" ausübe und „im Dienste gut, ruhig und freundlich" sei, sei deshalb „auf dem Kinderpavillon besonders gut verwendbar".[23] (PA3) In einem Gutachten zu einer ab Mai 1963 auf Pavillon 15 beschäftigten „Lernpflegerin" wird die „gute Arbeitsleistung" der „genauen und verlässlichen Arbeitskraft" betont. Die Mitarbeiterin weise „gegen die Vorgesetzten, Patienten etc. höfliches und taktvolles Verhalten" auf. Einem weiteren Gutachten zufolge, das anlässlich ihrer vertraglichen Anstellung vom 11.01.1967 erstellt wurde, sei sie „als Krankenschwester gut verwendbar". Hervorgehoben werden ihr „großes Interesse für ihren Beruf (…), ihre gute Auffassungsgabe und ein rasches Einfühlungsvermögen". Ergänzt wird ihre besondere Dienstbefähigung mit der Anmerkung, sie sei „fürsorglich zu den Kranken" (PA12).

Anzumerken ist, dass in keinem der gesichteten Personalakten Hinweise auf disziplinarische Vergehen verzeichnet wurden. Welche Aussagekraft dieses Ergebnis der Aktenauswertung hat, kann schwer eingeschätzt wer-

---

[22] Dienstbeschreibung gezeichnet durch den Anstaltsleiter Podhajsky vom 18.11.1954, PA3.

[23] Gutachten undatiert, aber aufgrund der Reihung im Personalakt dem Jahr 1961 zuzuordnen, PA 3.

den. Es ist aber davon auszugehen, dass der absolut überwiegende Teil der im Alltagsbetrieb des Pavillons tatsächlich geschehenen Missstände zu keinerlei disziplinarischen Maßnahmen führte und oft vermutlich nicht einmal als Missstand wahrgenommen wurde (vgl. Kap. 9.).

4.3. Informale Entscheidungspraxis auf Pavillon 15

Kapiteleinleitend wurde die personale Formalstruktur des Pavillons 15 inklusive der damit verbundenen hierarchischen Struktur dargestellt. Formale Hierarchien spiegeln allerdings nur in begrenztem Ausmaß die wirklichen Einflussbeziehungen in Organisationen wider: Die formal zugewiesene Entscheidungs- und Anweisungskompetenz und der tatsächliche Einfluss auf Entscheidungen können weit auseinanderklaffen (vgl. Kühl 2011:81) – dies ist nicht nur organisationswissenschaftlicher Wissensbestand, sondern auch implizites Wissen vieler Organisationsmitglieder. Neben der „Überwachung von Untergebenen“ kommt der „Unterwachung von Vorgesetzten“ (ebd.), d.h. der Beeinflussung der Entscheidungen letzterer etwa durch eine spezifische Informationspolitik der Untergebenen, eine besondere Bedeutung zu, wie sich auch anhand der Arbeitsrealität auf Pavillon 15 rekonstruieren lässt. Solch eine „Unterwachung“ kann aber nicht einfach als bösartige Strategie von ‚machtbesessenen‘ Untergebenen und damit als Anomalie abgetan werden, sondern leistet in vielen Organisationen einen zentralen Beitrag zu deren alltäglichem Funktionieren. Damit soll lediglich darauf verwiesen werden, dass solche Phänomene nicht generell als dysfunktional zu bewerten sind, eine eventuelle Bewertung ist nur am konkreten empirischen Beispiel unter Bezugnahme auf auszuweisende Organisationsziele bzw. den zu erfüllenden Arbeitsauftrag möglich. Der Befund für Pavillon 15 fällt aber in dieser Hinsicht kritisch aus, wie die nachfolgenden Kapitel anhand vielerlei Dimensionen aufzeigen.

Die Kommunikation an den Schnittstellen zwischen den PatientInnen, dem Pflegepersonal und der ÄrztInnenschaft ist bedeutsam für die faktische Ausgestaltung der Über- und Unterwachung. Diese Schnittstellen zeigen sich auf Pavillon 15 teilweise als umkämpfte Felder, hier wurde die Kontrolle des Geschehens ausgehandelt. Das Pflegepersonal bildete generell einen Kommunikationspuffer zu den untergebrachten Kindern und Jugendlichen bzw. auch den am Pavillon mitarbeitenden erwachsenen PatientInnen. Die Zustandsbeschreibungen der Pflegekräfte stellten eine maßgebliche Grundlage für die Entscheidungen der ÄrztInnenschaft dar, und zwar nicht nur auf Pavillon 15 (vgl. u.a. Forster/Pelikan 1978c:63; Schwediauer

1984:98[24]), aber auch dort. Dabei kam den leitenden Pflegepersonen besondere Deutungshoheit zu, sie hatten schon aufgrund der formal-hierarchischen Nähe zu den ÄrztInnen bevorzugten Zugang zu diesen. Es ist davon auszugehen, dass letztere diese Praxis großteils als arbeitserleichternd akzeptierten, wenn nicht sogar forderten, jedenfalls aber förderten. Ein unmittelbarer Vorteil für die ÄrztInnen lag in einer größeren Distanz zum einerseits medizinisch uninteressanten und andererseits sozial störenden „Kranken-" oder „Patientengut", wie die zu behandelnden Personen in der medizinischen Fachsprache verdinglichend genannt wurden bzw. möglicherweise zum Teil noch werden (vgl. hierzu etwa Mahrenholz 2012). So scheint etwa der für die 5. Psychiatrische Abteilung am PKH zuständige Primarius am Pavillon 15 nur sehr selten vor Ort gewesen zu sein (vgl. IP3_P:36).

In den geschilderten Gepflogenheiten deutet sich bereits eine faktische Verantwortungsübertragung für das Geschehen auf das Pflegepersonal an. Dies implizierte für letztere nicht nur eine hohe Entscheidungsmacht im Alltag, sondern hieß oft auch, dass die Pflegekräfte mit den großen Herausforderungen und nicht selten Überforderungen im Pavillonsalltag allein gelassen wurden (vgl. hierzu Kap. 9.). Generell zeichnet sich eine Strategie der Verantwortungsabwälzung ab, und zwar nicht nur in der Pflege, sondern auch in der angeschlossenen Heilstätten(sonder)schule. Diejenigen, die die eigentlichen Pflege- oder Lehrtätigkeiten zu erbringen hatten, mussten jede von der Norm abweichende Aktivität „auf eigene Verantwortung" (IP21_P:46) durchführen, die leitenden Ebenen erklärten sich selbst für nicht verantwortlich. Und von der Norm wich sehr schnell etwas ab, da sich der Arbeitsauftrag im Wesentlichen auf das möglichst aufwandsarme und störungsfreie Verwahren der Kinder und Jugendlichen reduzierte (vgl. auch Kap. 7. und 9.). Diesem risikofeindlichen Entscheidungsklima, das von den unterschiedlichen Leitungsebenen verbreitet wurde, ist ein nicht unwesentlicher Anteil am Verharren der Pflege- und Betreuungsstandards auf Pavillon 15 auf niedrigstem Niveau zuzusprechen.

Ab der zweiten Hälfte der 1970er Jahre allerdings scheinen die tradierten Kommunikations- und Entscheidungsmuster beginnend mit einem Perso-

---

[24] Schwediauer fasst hierzu allgemein zusammen: „Das Pflegepersonal ist jene Instanz, die den Kontakt zwischen Arzt und Patienten vermittelt, wodurch es sich eine wichtige Machtquelle sichert. Es bestimmt, mit welchem Patienten der Arzt bei der Visite überhaupt spricht. (…) Mit dieser Strategie gelingt es, die Visite von etwa 50 Patienten in einer halben Stunde abzuwickeln und so den persönlichen Kontakt zum Patienten auf ein Minimum zu reduzieren." (ebd.)

nalwechsel auf der Oberarztstelle zusehends irritiert worden zu sein. Dies wird etwa an Erzählungen über Strategien der Pflegeleitung, die bisherigen kommunikativen Gepflogenheiten der neuen ärztlichen Vorgesetzten zu vermitteln und andererseits das Durchbrechen derselben zu verhindern, erkennbar. Eine Strategie dürfte gewesen sein, allzu viel alltägliche Nähe zwischen den ÄrztInnen und dem ‚einfachen' Pflegepersonal zu unterbinden, indem beispielsweise erstere nicht am offenbar üblichen gemeinsamen Frühstück der Pflegekräfte, das Anlass für informellen Austausch bot, teilnahmen, sondern dieses getrennt mit der Oberschwester im „Arztzimmer" einnehmen sollten. Der Vorschlag wurde aber von der neuen ärztlichen Leitung des Pavillons laut eigener Angabe nicht angenommen, da sie mit den Schwestern gemeinsam frühstücken wollte, „weil dort dieses informelle Zusammensein, das hat wahnsinnig viel gebracht" (IP3_P:102). Wie schwer sich die Durchsetzung neuer Kommunikationsregeln im Alltag gestaltete, wird an dem Umstand erahnbar, dass neu hinzukommendes Pflegepersonal, das sich zu einer „Gegenpartei" zum angestammten Personal entwickelte, mit der ärztlichen Leitung des Pavillons eine Zeitlang nur heimlich in Kontakt gestanden haben dürfte, um neue Arbeitsweisen abzusprechen (vgl. IP3_P:30).

Die sukzessive Diversifizierung des Personals auf Pavillon 15 in den letzten Bestandsjahren hat den Interviews zufolge wesentlich dazu beigetragen, dass die lange Zeit dominierenden Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen zunehmend an Bedeutung einbüßten und sich in den entstehenden Teams langsam neue, stärker auf horizontale Kommunikation abstellende Entscheidungswege ausbildeten. Dies deutet sich u.a. in Begrifflichkeiten an, die in den Interviews verwendet wurden, konkret ist von Teams nur im Zusammenhang mit den sich neu herausbildenden Strukturen der Zusammenarbeit, die sich zunächst im ersten Stock bei den Schulgruppen zeigten, die Rede. Bei den traditionellen Pflegediensten hingegen war man mit KollegInnen gemeinsam im „Radl", also in Arbeitsschichten zusammen, die in einem bestimmten zeitlichen Muster wechselten.[25] In der letzten Phase des „Kinderpavillons" bzw. am fließenden Übergang zum Förderpflegeheim deuten sich auch bereits Teamsitzungen bzw. fachlich-kollegiale Beratung in Form von Supervisionen für das (sozial-)pädagogische Personal an, nicht immer ließ sich aber eindeutig bestimmen, ob die entsprechenden Be-

[25] Vgl. IP3_P:49ff. und 102; IP15_P:15; IP16_P:44ff. und 83; IP21_P:286 und 553ff.; IP23_P:59ff.

strebungen fachlicher Reflexion noch dem Untersuchungszeitraum oder eher schon Pavillon 17 zuzurechnen sind.[26]

Im Endeffekt ging die Etablierung einer neuen „Betriebskultur“ Hand in Hand mit einem Auswechseln großer Teile der ursprünglichen Belegschaft. Der Veränderungsprozess und die ihn begleitenden Bestrebungen des Widerstandes durch das angestammte Pflegepersonal, u.a. auch unter Heranziehung formaler Machtressourcen wie die Personalvertretung bzw. Gewerkschaft, wird weiter unten im Kapitel 9 nochmals aufgegriffen und ausführlicher dargestellt.

[26] Vgl. IP3_P:102; IP16_P:83; IP23_P:52ff.

5. Kinder und Jugendliche auf Pavillon 15: Zusammensetzung und Wege in die Anstalt

Hemma Mayrhofer, Gudrun Wolfgruber, Katja Geiger

Die ersten auf Pavillon 15 in der Nachkriegszeit untergebrachten Kinder und Jugendlichen waren mit höchster Wahrscheinlichkeit zu einem Großteil solche, die das Vernichtungsprogramm des Nationalsozialismus am „Spiegelgrund" überlebt hatten (vgl. Kap. 3). Nicht nur das Personal blieb somit überwiegend dasselbe, auch die ‚PatientInnen' dürften mehrheitlich – so sie nicht ermordet worden waren – gleich geblieben sein. Lediglich ihre aktive Tötung war nun gesellschaftlich nicht mehr legitimiert, auch wenn es vor allem in den ersten Nachkriegsmonaten, ev. aber auch die ersten Jahre nach Ende der NS-Herrschaft weiter hohe Sterblichkeitsraten aufgrund einer katastrophalen Versorgungslage mit Lebensmittel gegeben haben dürfte.[39] Über die Zusammensetzung dieser Kinder in der ersten Nachkriegsphase liegen kaum Informationen vor, die erschlossenen empirischen Quellen konzentrieren sich auf die 1960er und insbesondere die 1970er und frühen 1980er Jahre. Es gibt aber keine Hinweise darauf, dass es im Laufe der Jahrzehnte des Untersuchungszeitraums gravierende Veränderungen in der Zusammensetzung der PatientInnen gegeben hätte.

Im Folgenden wird der Versuch unternommen, die auf Pavillon 15 untergebrachten Kinder und Jugendlichen näher zu beschreiben sowie ihre Herkunft, die Wege in die Anstalt und die Gründe für die stationäre Unterbringung am „Kinderpavillon" zu rekonstruieren. Vorab ist anzumerken, dass aus den erschlossenen Krankenakten von ehemals auf Pavillon 15 untergebrachten Kindern und Jugendlichen keine in statistischer Hinsicht repräsentativen Ergebnisse gewonnen werden können, da anzunehmen ist, dass diese Stich-

---

[39] Vgl. WStLA, Bericht Pawlicki vom 25. Mai 1945, Karton Direktionsregistratur, M. Abt. 209 – Otto-Wagner Spital, (Baumgartner Höhe, Steinhof) 1.3.2.209.2, 1945 1(8)-900 – Ob zu dieser extrem schlechten Ernährungssituation auch das nach wie vor verbreitete Bild der „unnützen Esser" beigetragen und zu einer besonderen Benachteiligungen in der Zuteilung von Nahrungsmitteln geführt haben könnte, lässt sich auf Basis der vorliegenden Daten nicht beantworten. Die Möglichkeit ist aber nicht von der Hand zu weisen, wie ein Blick in andere empirische Arbeiten zeigt (vgl. Faulstich 1998).

probe nicht der Grundgesamtheit entspricht und somit Verzerrungen aufweist. Gleiches gilt für die aus den Interviews gewonnenen Informationen. Die Daten lassen aber Tendenzen und Muster erkennbar werden, die in gewissem Ausmaß auch verallgemeinerbar sind. Zugleich bietet eine mit Stichtag 23.04.1977 durchgeführte Querschnittstudie von Laburda (1981) zu den Krankenakten aller zu diesem Zeitpunkt auf Pavillon 15 untergebrachten Kinder und Jugendlichen äußerst wertvolle Daten für die 1970er Jahre, und zwar auch zu quantitativen Verhältnissen von Aspekten, die die Herkunft, „PatientInnenkarriere" und Zusammensetzung der PatientInnen des Kinderpavillons betreffen.

5.1. Anzahl, Alter und Geschlecht der Kinder und Jugendlichen

Da keine Möglichkeit besteht, die Gesamtzahl der am „Kinderpavillon" in der Nachkriegszeit untergebrachten Personen gesichert zu ermitteln, muss über die Bettenanzahl, Auslastungshinweise und die auf Basis der recherchierten Krankengeschichten erschließbare durchschnittliche Verweildauer auf Pavillon 15 eine aussagekräftige Annäherung versucht werden. Wie bereits ausgeführt, verfügte der Pavillon über 140 systemisierte Betten, und zwar wahrscheinlich den gesamten Untersuchungszeitraum über, es gibt keine Hinweise auf eine Änderung der Bettenzahl bis Anfang der 1980er Jahre. Alle Daten sprechen auch dafür, dass die Betten zumeist voll ausgelastet waren, nur in den letzten drei bis vier Jahren in Vorbereitung der Übersiedlung auf Pavillon 17 hatte man sukzessive auf eine Reduktion der PatientInnenzahl auf schlussendlich unter 90 hingearbeitet.

Auf die durchschnittliche Verweildauer der betroffenen Personen am „Kinderpavillon" lässt sich nur aus den ermittelten Krankenakten schließen, diese können allerdings lediglich als eingeschränkt repräsentativ betrachtet werden (vgl. Kap. 2). [40] Sie zeigen für die frühere Phase bis in die 1960er Jahre eine niedrigere Verweildauer, was sich u.a. aus der bis Ende dieses Jahrzehnts üblichen Überstellung in „Erwachsenenpavillons" bereits mit 14

[40] Die Querschnittsstudie von Laburda (1981) vermag keine Einblicke in die Gesamtdauer der Aufenthalte auf Pavillon 15 zu geben, da nur Akten von PatientInnen ausgewertet wurden, die zum Stichtag noch dort untergebracht waren. Die Akten enthalten demgemäß keine Informationen darüber, wie lange die Unterbringung am „15er" noch weiterbestehen wird.

Jahren erklärt. Für die letzten eineinhalb Jahrzehnte lassen sich längere Unterbringungszeiten am „15er“ erkennen, oft weit über zehn Jahre hinaus, die Personen wurden in der Regel auch erst mit 18 oder 19 Jahren auf andere Pavillons transferiert. Unter Berücksichtigung dieser Veränderung und entsprechender Gewichtung der vorliegenden Werte kann eine durchschnittliche Verweildauer von acht bis neun Jahren angenommen werden. Selbst unter der vorsichtigen Annahme, dass der Pavillon im Schnitt nur zu 90% ausgelastet gewesen sein könnte, ergibt sich eine Mindestzahl von 550 Betroffenen. Höchstwahrscheinlich waren aber wesentlich mehr Personen im Untersuchungszeitraum als PatientInnen auf Pavillon 15 untergebracht, ein realistischer Annäherungswert könnte eine Anzahl zwischen 600 und 700 Kindern und Jugendlichen darstellen.

Die langen Verweildauern implizieren, dass viele Kinder in sehr frühen Jahren am „Kinderpavillon“ aufgenommen wurden. Die gesichteten Krankenakten weisen eine Altersspanne der ‚PatientInnen‘ von knapp zwei bis 44 Jahre auf, erwachsene Personen waren zumeist sogenannte HausarbeiterInnen. Kinder, die bereits im Säuglingsalter auf dem Pavillon aufgenommen wurden, finden sich im untersuchten Aktensample nicht. Der überwiegende Teil der Kinder und Jugendlichen war im Alterskontinuum von vier bis 14 bzw. ab den 1970er Jahren bis 18/19 Jahren auf Pavillon 15 untergebracht. Aus methodischen Gründen kann aus dem zur Verfügung stehenden Aktensample keine Altersverteilung rekonstruiert werden. Einblicke in die späte Phase des Bestehens des „Kinderpavillons“ geben aber folgende beiden Quellen, sie machen zugleich die Verteilung nach Geschlecht sichtbar:

Laburda (1981:55) weist für den Stichtag 23. April 1977 bei einer Gesamtzahl von 127 Personen im PatientInnen-Status 73 männliche und 54 weibliche PatientInnen aus, die sich altersmäßig folgendermaßen verteilen:

Alter	männl. Patient.		weibl. Patient.		gesamt	
	absol.	%	absol.	%	absol.	%
bis 6 Jahre	4	5	2	4	6	4,7
6-10 Jahre	11	15	16	30	27	21,3
10-14 Jahre	23	32	15	28	38	29,9
14-18 Jahre	30	41	11	20	41	32,3
18-30 Jahre	5	7	4	7	9	7,1
über 30 Jahre	-	-	6	11	6	4,7
gesamt	73	100	54	100	127	100

Tabelle 1: Alters- und Geschlechtsverteilung der PatientInnen auf Pavillon 15 zum Stichtag 23.04.1977; Quelle: Laburda 1981:55.

Zu diesem Stichtag war der jüngste Patient am „Kinderpavillon“ 3 Jahre und 7 Monate, die jüngste Patientin 4 Jahre und 2 Monate alt. Der älteste Patient war 23 Jahre und 10 Monate, die älteste Patientin hingegen 44 Jahre und 5 Monate alt (vgl. Kap. 12). Bemerkenswert ist die Verschiebung des Geschlechterverhältnisses mit zunehmendem Alter: Überwiegen bei den Jüngeren prozentuell noch die Frauen, so kehrt sich dies bei den 10-14-Jährigen schon leicht um. Und in der Altersgruppe der 14-18-Jährigen überwiegen die Burschen stark: Ihr Anteil ist prozentuell fast doppelt und in absoluten Zahlen sogar dreimal so hoch wie jener der Mädchen. Die Gründe für diese genderspezifische Verschiebung in der Zusammensetzung der PatientInnen können nicht benannt werden (ebd.:55ff.), sie erschließen sich auch nicht zuverlässig aus den neu erhobenen empirischen Daten. Allerdings findet sich in einem Interview ein möglicher Hinweis: Eine Interviewpartnerin berichtete davon, dass in die Jugend am Werk-Werkstätte am PKH Baumgartner Höhe nicht viele Mädchen vom „15er“ gekommen waren, da sie im Vergleich zu den Burschen früher in eine andere Einrichtung von Jugend am Werk entlassen worden waren: „Es war eigentlich so, dass die Mädchen nicht so schwierig waren, und da haben wir dann geschaut, dass die gleich nach Rodaun kommen.“ (IP21_P:137) Die hohe Anzahl an Frauen in der Altersgruppe ab bzw. über 18 Jahren hingegen dürfte großteils aus der bevorzugten Nutzung von Frauen als Hausarbeiterinnen am „Kinderpavillon“ resultieren.

Eine Aufstellung des PatientInnenstandes fand sich auch in den Direktionsakten des Psychiatrischen Krankenhauses, sie wurde gut ein Jahr später angefertigt: Zum Stichtag 07.06.1978 waren demnach 124 Kinder und Jugendliche (bzw. auch wenige Erwachsene) auf Pavillon 15 untergebracht. Die Aufstellung lässt zugleich bereits die Kategorisierungen der ‚PatientInnen‘ am Pavillon erkennen:

- 11 Kindergartenkinder
- 33 Schulkinder
- 28 „erzieher(isch) betreubare, aber nicht bis zum Schulniveau förderbare Kinder“
- 6 „Pflegefälle unter 7 Jahren“
- 34 „Pflegefälle über 7 Jahre“
- 12 ‚PatientInnen‘, „die zur Hausarbeit eingesetzt werden bzw. die Werkstätte Jugend am Werk besuchen“ (KO_S:07.06.1978)

Unter der Aufstellung wurde handschriftlich vermerkt, dass in Summe 65 Burschen (davon 34 unter 14 Jahre und 31 darüber – welcher Kategorie die 14-Jährigen zugerechnet wurden ist unklar, vermutlich aber letzterer) und 61 Mädchen (33 von ihnen unter 14 Jahre alt und 28 darüber) am Pavillon 15

untergebracht waren.[41] Die ungenaue Altersaufstellung macht es schwer zu prüfen, ob tatsächlich eine merkbare Angleichung des Geschlechterverhältnisses im Vergleich zu vor gut einem Jahr stattgefunden hat, beinhaltet doch die Zahl der Mädchen über 14 Jahren auch die erwachsenen HausarbeiterInnen.

Zur zweiteren Aufstellung ist zudem anzumerken, dass sich aus Kategorisierungen wie „Kindergartenkinder" nicht das tatsächliche Lebensalter der erfassten Kinder und Jugendlichen ableiten lässt. Mit der diagnostizierten Behinderung und den wahrgenommenen Entwicklungsrückständen einhergehend wurde das Ein- und Austrittsalter der Kinder nicht der üblichen Sonderkindergartennorm angepasst. Das durchschnittliche Lebensalter der „Kindergartenkinder" lag beispielsweise bei 11 Jahren (vgl. Blaschnek/Fidal 1981:5). Die Gruppe der Schulkinder umfasste sowohl per Gesetz schulpflichtige Kinder und Jugendliche als auch teilweise altersmäßig darüber liegende PatientInnen (argumentiert dürfte hier mit der Differenz zwischen „Entwicklungs-" und „realem" Lebensalter der Jugendlichen worden sein). Als „Pflegefälle" wurden überwiegend jene Kinder und Jugendlichen kategorisiert, die als nicht oder nur gering förderbar angesehen wurden (vgl. Kap. 7).

5.2. Herkunft der Kinder & Wege in die Anstalt

Im Zuge der Aufnahme am „Steinhof" wurde nur in seltenen Fällen eine Sozialanamnese durchgeführt. Entsprechend beinhalten die Krankenakten für den gesamten Untersuchungszeitraum mehrheitlich eher unsystematische und lückenhafte Einträge zur Vorgeschichte der Einweisung, der familiären Situation sowie den sozioökonomischen Lebensbedingungen der Familien (vgl. auch Laburda 1981:79). Sozialen Faktoren wurde bei der zumeist langfristigen stationären Aufnahme der Kinder offenbar von Seiten der Anstalt und des aktenführenden Personals wenig Bedeutung beigemessen. Dies entspricht der Fokussierung auf medizinisch-psychiatrische bzw. pflegerische Aspekte in der Wahrnehmung und Behandlung der Kinder und Jugendlichen – man

[41] In Summe ergibt dies allerdings 126 Kinder, dieser Unterschied könnte sowohl aus einer fehlerhaften Aufstellung als auch aus der zeitlichen Differenz zwischen der mit Schreibmaschine getippten Auflistung vom 7. Juni und den vermutlich acht Tage später angebrachten handschriftlichen Korrekturen und Ergänzungen der damaligen Oberärztin des Pavillons resultieren.

könnte auch sagen, in ihrer weitgehenden Nicht-Wahrnehmung als soziale Wesen.

Überblick über vorherige Unterbringung und familiäre Situation

Die im Rahmen dieser Studie erschließbaren Krankengeschichten entsprechen aus den beschriebenen Gründen keinem repräsentativen Querschnitt der insgesamt auf Pavillon 15 untergebrachten Personen. Deshalb wird zunächst wieder auf die Querschnittsuntersuchung von Laburda (1981 und 1982) zurückgegriffen. Die Ergebnisse vermögen für die „Pavillonskohorte" der 1970er Jahre ein aussagekräftiges Bild über die dem „Kinderpavillon" vorangegangenen Lebens- bzw. Unterbringungsorte der Kinder zu geben. Inwieweit diese Momentaufnahme auch der Zusammensetzung der in den ersten Jahrzehnten der Nachkriegszeit auf Pavillon 15 untergebrachten PatientInnen entspricht, lässt sich auf Basis der vorliegenden Daten nur sehr eingeschränkt beantworten. Allerdings deuten PatientInnenakten aus der Frühphase des Untersuchungszeitraumes vergleichbare Familien- und Lebenssituationen an. Gestützt wird diese Annahme durch eine jahrzehntlange Vollzugspraxis der Fürsorgebehörden, der zufolge Kinder und Jugendliche aus sozial und ökonomisch benachteiligten Verhältnissen häufig aus ihren Familien entfernt wurden (vgl. Wolfgruber 2013:99ff.).

Etwa die Hälfte des PatientInnenstandes von 1977 kam direkt aus privaten Wohnverhältnissen auf den „Kinderpavillon", der Großteil von ihnen lebte zuvor bei den Eltern oder einem Elternteil (44,1% bzw. 56 Kinder der Gesamtheit von 127 Personen), 2,4% bei Verwandten und ein Kind (0,8%) war in einer Pflegefamilie. Eine einzige Patientin, die vermutlich als Hausarbeiterin eingesetzt war, hatte zuvor alleine gelebt. Die andere Hälfte der Kinder war schon vor Pavillon 15 in einer stationären Einrichtung untergebracht gewesen, überwiegend kamen diese Kinder aus Kinderheimen (40,2% der Gesamtpopulation bzw. 51 Kinder, weitere 1,6% bzw. zwei Kinder aus sonstigen Heimen):

> „Die meisten Überstellungen fanden aus dem Zentralkinderheim der Gemeinde Wien, und meistens ebenfalls über die KÜST aus dem Evangelischen Diakoniewerk Gallneukirchen in Oberösterreich statt." (Laburda 1981:80; Kommasetzung wie im Original)

Weitere 7,1% oder neun Fälle kamen aus Sonderkrankenanstalten, darunter befinden sich das NÖ Landeskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie in Klosterneuburg/Gugging und die Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder am NKH Rosenhügel. 0,8% oder eine Person wurde aus dem Allgemeinen

Krankenhaus überstellt. Bei 2,4% bzw. drei Personen konnte der vorherige Aufenthalt auf Basis der Krankenakten nicht geklärt werden (ebd.:81f.).[42]

Solche Überstellungen aus anderen stationären Unterbringungen erfolgten oft bereits in frühen Lebensjahren, mehr als die Hälfte (52,2%) der Kinder, die vor Beendigung des sechsten Lebensjahres auf Pavillon 15 transferiert worden waren, kam aus Kinderheimen. Jene Kinder hingegen, die zuvor im elterlichen Haushalt gelebt hatten, waren im Vergleich dazu häufiger etwas älter: Sie machen im Jahre 1977 unter den bis zum Alter von sechs Jahren überstellten Kindern ‚nur' 35,8% aus (vgl. ebd.:85). Die Ergebnisse von Laburda decken sich weitgehend mit den Ergebnissen der im Rahmen der aktuellen Studie ausgewerteten Krankenakten, die ebenfalls ein häufig junges Aufnahmealter der von Heimen oder anderen psychiatrischen Einrichtungen überstellten Kinder erkennen lassen. Dabei zeigt sich auf deskriptiver Ebene, dass vor allem jene Personen, die bereits in den ersten beiden Jahrzehnten des Untersuchungszeitraumes auf Pavillon 15 überstellt und in späteren Jahren in das Psychiatrische Krankenhaus Ybbs weitertransferiert worden waren, oft sehr jung auf den „15er" gekommen waren.

Die vorhandenen Einträge zur Herkunft der Kinder und Jugendlichen zeichnen häufig „ein äußerst tristes und desolates Bild der Familienverhältnisse vor der Einweisung" (Laburda 1981:79). Auch in den aktuell gesichteten Akten verweisen vor allem beigelegte oder zitierte behördliche Korrespondenzen, z.B. im Zusammenhang mit Heimüberstellungen von Fürsorgerinnen, Heimaufenthalten sowie Unterbringungen in Pflegefamilien, oft auf instabile soziale Verhältnisse. Es ist davon auszugehen, dass dieses Bild tendenziell einseitig ist, erstens durch die selektiven, in der Regel stark abwertenden Wahrnehmungsschemata der aktenführenden Personen und Institutionen und zweitens durch die Unvollständigkeit und Knappheit der Einträge. Dennoch lassen die Aktenvermerke und Dokumente darauf schließen, dass auf Pavillon 15 häufig Kinder und Jugendliche aus Herkunftskontexten mit geringen ökonomischen, kulturellen und sozialen Ressourcen kamen. Durch den „gravierende(n) Mangel an geeigneten ambulanten, teilstationären und auch stationären Einrichtungen" (Laburda 1982:73) für Menschen mit Behinderungen im Untersuchungszeitraum gab es faktisch oft keine Alternati-

[42] In der zitierten Studie sind zwei geringfügig abweichende Aufstellungen zum Aufenthaltsort der PatientInnen vor Pavillon 15 enthalten, die hier zitierten Daten wurden der Tabelle auf S. 81 und nicht dem Schaubild 6 auf S. 83 entnommen. Allerdings wurde eine Rundung der kaufmännisch korrekten Rundungsweise (2,4% und nicht 2,3%) angepasst.

ven zum „Kinderpavillon", was zur Folge hatte, dass diese Kinder nahezu keine Chance auf Förderung und Entwicklung hatten:

> „Eltern aus der Mittel- bzw. Oberschicht haben einerseits die besseren Zugangschancen zu Informationen und auch Unterstützungen, andererseits sind sie auch eher in der Lage, private Institutionen der Unterbringung zu finanzieren. Kinder ohne Eltern (‚Heimkinder') (…) haben keine andere Unterbringungsmöglichkeit als das Psychiatrische Krankenhaus." (Laburda 1982:73)[43]

Doch auch Kinder aus familiären Kontexten, die im Fürsorgejargon vermutlich als „ordentlich" etikettiert worden wären, konnten auf den „Steinhof" kommen. Wie anschließend exemplarisch dargestellt wird, zeigt sich auf Basis von Interviews mit Angehörigen ein komplexes Zusammenwirken von familiären Herausforderungen, auf breiter Ebene fehlenden Behandlungs- und Unterstützungsangeboten und oft auch einschlägiger Beratung (häufig von ärztlicher Seite) hin zu einer Fremdunterbringung des behinderten Kindes verantwortlich für die Entscheidung, ein Kind in einer Einrichtung unterzubringen.

Leben im Familienverbund: Überforderung aufgrund fehlender Unterstützungsstrukturen

Die im Rahmen dieser Untersuchung geführten Interviews mit betroffenen Personen und Angehörigen vermögen ausgewählte Einblicke in lange zurück liegende Geschehnisse und Verlaufsgeschichten zu geben. Die Zusammensetzung der GesprächspartnerInnen kann allerdings sicher nicht als repräsentativ für die Gesamtheit der betroffenen Personen und Familien angesehen werden – auch nicht in einem qualitativ-empirischen Verständnis (vgl. Kap. 2). Vor allem die Angehörigen, die sich zu Gesprächen im Rahmen des Forschungsprojektes bereit erklärten, kümmerten sich vermutlich zumeist in überdurchschnittlichem Ausmaß um ihr Kind mit Behinderung, und zwar auch noch in der Zeit auf Pavillon 15. Zu Eltern, die den Kontakt zu ihrem Kind früh (nahezu) völlig abgebrochen hatten und diesem vermutlich häufig mit großer Ambivalenz oder auch Gleichgültigkeit gegenüber standen, konnte erwartungsgemäß kein Zugang gefunden werden. Nicht alle ehemals auf Pavillon 15 untergebrachten InterviewpartnerInnen konnten zudem von ihrer Familie erzählen, manche waren sehr früh in ein Heim gekommen, sodass

---

[43] Damit ist noch nicht gesagt, dass privat geführte Heime, in denen Menschen mit Behinderungen im Untersuchungszeitraum untergebracht worden waren, bessere Entwicklungsmöglichkeiten geboten hätten – dies wäre erst eingehend empirisch zu untersuchen.

ihnen entsprechende Erinnerungen fehlten. Die geführten Gespräche machen dennoch die sich hinter knappen und oft abwertenden Herkunftsbeschreibungen in den Akten verbergenden Lebenszusammenhänge und -schicksale nachvollziehbarer und stellen ein Korrektiv zu deren einseitiger Perspektive dar. Auch wenn die nachfolgend ausführlich zitierten Erfahrungen nur einem Teil der familiären Herkunftssituationen entsprechen mögen, soll ihnen hier – auch als Gegengewicht zur anschließenden Darstellung der Familiensituationen aus Perspektive der Jugendfürsorge – ausreichend Raum gegeben werden.

Die Schilderungen der Angehörigen lassen in vielfacher Hinsicht die großen Herausforderungen, mit denen die Familien kämpfen mussten und zumeist alleine gelassen wurden, erkennen. Zunächst stellten Stigmatisierungen und Schuldzuweisungen des sozialen Umfeldes oft eine große Belastung dar, wie die Erinnerung der Schwester eines ehemals auf Pavillon 15 untergebrachten Kindes deutlich macht:

> „Die Umstände waren natürlich zu der Zeit, besonders für meine Eltern, ganz schwierig. Meine Eltern haben mir später erzählt, dass Bekannte gesagt haben, ja gebt zu, ihr wart betrunken, wie ihr Sex gehabt habt, oder dann hat wieder die Oma gesagt, du kannst ja sagen, dass er dir runtergefallen ist. Also man hat permanent diese Schuld an den Eltern gesucht." (IP18_A:9; zeitl. Bezug: zweite Hälfte 1950er Jahre)[44]

Das Kind mit Behinderung wurde nicht selten nach Möglichkeit vor der Öffentlichkeit und auch gegenüber der Verwandtschaft verborgen:

> B: Man durfte es (das Kind mit Behinderung, Anm. d. Verf.) gar nicht zeigen. Das ist genauso- katholischer Staat oder unsere katholische Familie bei uns. Was hat die Frau aufgeführt in ihrer Jugend, dass sie Gott so straft? (…) da war er fünf, also mit sechs bis sieben Jahren war es dann aus, mit ihm auf die Straße zu gehen, mit sieben würde ich einmal sagen, weil er dann angefangen hat, jemanden in der (Straßenbahn, Anm. d. Verf.) sitzend einen Hut vom Kopf zu ziehen oder irgendwie- und dann sind die Leute ausgeflippt, was das für ein unerzogenes Kind ist und warum man dem nicht eine runterhaut und damit war es dann aus, auf die Straße zu gehen." (IP60_A:149ff.; zeitl. Bezug: 1960er Jahre)

> „Es war ja sogar so, dass es in der Verwandtschaft totgeschwiegen wurde. Ja der (Vorname, Anm. d. Verf.) und die (Vorname, Anm. d. Verf.) haben ein be-

[44] Die Kurzverweise geben – wie in Kap. 1 und im Abkürzungsverzeichnis erläutert – Hinweise auf die soziale Rolle bzw. Funktion der befragten Personen: P = Personal (inkl. Personal des institutionellen Umfeldes und regelmäßig ehrenamtlich tätigem Personal), B = Betroffene/r, A = Angehörige/r, E = ExpertIn.

> hindertes Kind, aber das ist nicht einmal vorgekommen, dass meine Schwiegermutter gesagt hätte, na bring sie mir einmal. Oder die Schwägerinnen, da hat keiner gefragt, wie geht es der (Name der Tochter mit Behinderung, Anm. d. Verf.), die war nicht existent in der Öffentlichkeit." (IP45_A:183; zeitl. Bezug: 1960er Jahre)

Geschwister erinnerten sich allerdings an sehr innige Beziehungen zum Bruder oder zur Schwester mit Behinderung und berichteten davon, wie sie unter dessen bzw. deren späterer Weggabe litten:

> „Er war für uns, das ist mir die wichtigste-, er war die Sonne in unserer Familie. Wir waren sehr streng erzogen, sehr christlich, sehr angepasst, und er hat sich natürlich nicht so genau an Regeln gehalten und das war für uns so, wir haben ihn alle wahnsinnig gerne gehabt, weil er hat uns zum Lachen gebracht. (…) und er hat auch unheimlich viel Wärme gegeben. Also er war das Kind, der z.B. immer in der Nacht zu mir ins Bett kam, um zu kuscheln." (IP18_A:9)

> „Ja, ich habe ihn heiß geliebt, durfte ihm aber halt nicht zu nahe oft kommen (auf elterliche Anweisung wegen gewalttätiger Anfälle des Bruders, Anm. d. Verf.) und habe oft die Zeiten genützt, wenn ich vielleicht doch einmal fünf Minuten allein war, dass ich ihn in den Arm nehmen kann und wirklich einen Bruder, Geschwisterkind habe, weil ich habe eigentlich keine Angst vor ihm gehabt, null Angst." (IP60_A:79)

Mehrfach wird auf die ursprünglich hohe Selbstständigkeit der Kinder hingewiesen, die aber nach der stationären Aufnahme oft verloren ging (vgl. Kap. 7).

> „Er war eigentlich ein tüchtiges Kind, muss ich sagen. Also wie ich dann gehört habe, er ist nicht förderbar, später wie ich dann älter war, hab ich mir gedacht: Wahnsinn, er hat selbstständig gegessen, er war sauber, er ist mit uns spazieren gegangen, er ist wahnsinnig gerne Roller gefahren, das hat er geliebt." (IP18_A:9)

Wie bereits thematisiert, waren ambulante oder teilstationäre Unterstützungen während des überwiegenden Teils des Untersuchungszeitraums weitgehend nicht existent. Die interviewten Angehörigen machten zudem die Erfahrung, dass ihre Kinder auch von den vorhandenen pädagogischen Angeboten abgelehnt wurden, sodass die gesamte Versorgung und Betreuung des Kindes mit Behinderung auf den Eltern – oft vor allem der Mutter – lastete:

> „(…) er war auch übrigens kurz in einem Sonderkindergarten, im Auer-Welsbach-Park glaube ich war das, und da hat man ihn dann aber auch abgelehnt. Also es war halt- vielleicht war er auch schwierig in der Behandlung, das kann schon sein, dass er für Fremde schwierig war. Die haben ihn dann auch-, ich fürchte aber, es war auch für meine Mama einfach eine wahnsinnige Belastung, den immer da in der Früh hinzubringen. Eben er war ja schließlich der vierte, das war ja nicht so, dass wir sie nicht gebraucht hätten. Und die Zeiten

> waren ja auch nicht so, dass die Mama einen Geschirrspüler und Waschmaschine gehabt hätte." (IP18_A:9; zeitl. Bezug: zweite Hälfte 1950er Jahre)
>
> „Keine Schule, kein Kindergarten war möglich, nicht? (…) war absolut unmöglich damals." (IP60_A:181ff.; zeitl. Bezug: 1960er Jahre)

Selbst medizinische Unterstützung blieb oft versagt bzw. wurde auf ein Minimum beschränkt oder beinhaltete fragwürdige Empfehlungen, so berichteten die Eltern und Geschwister. Immer wieder wurde zudem auf die unhinterfragte Autorität von ÄrztInnen hingewiesen, deren Rat auch in außermedizinischen Angelegenheiten nicht in Zweifel gezogen wurde. Nachstehende Zitate stehen exemplarisch für diese Erfahrungen:

> „(…) wirklich aufgeklärt (über die Behinderung des Sohnes, Anm. d. Verf.) wurden sie (die Eltern, Anm. d. Verf.) nie und wurden immer- das ist mir dann auch, wie ich älter war, aufgefallen, dass sie immer, wenn sie versucht haben, zu einem Arzt zu gehen, dass sie immer abgewimmelt wurden." (IP18_A:9)
>
> „Da haben wir eine Wohnung gehabt im 5. Bezirk und unten so eine Zentralwaschküche. Und da bin ich halt immer mit ihr runter gegangen waschen. Und (-) einen riesen Bügelautomaten, diese ganz großen Industriebügelautomaten. Und da ist sie mir mit der Hand reingekommen. (…) die Oberfläche, das war weg. Das ist gleich picken geblieben. Und da hat sie dann sehr gelitten. (…) Wir haben vis-a-vis einen praktischen Arzt gehabt und da bin ich gleich mit den Gummistiefel rüber gerannt mit ihr, und der hat gesagt, sofort ins Krankenhaus. Und da sind wir mit ihr ins Spital gefahren. Und da haben sie schon alles hergerichtet gehabt für die Aufnahme und dann ist die Ärztin draufgekommen, dass sie behindert ist, und wir haben können mit ihr wieder nach Hause fahren. (I: Wieso das?) Schmerzstillende Zäpfchen, na sie können wir nicht aufnehmen. Und dann natürlich ist das so schlimm geworden in der Nacht, da hat sie so geschrien, da hat sie mit der Hand gegen die Wand, also die muss Schmerzen gehabt haben! Jetzt haben wir sie in der Nacht zusammengepackt und sind wir gefahren ins Meidlinger Unfallkrankenhaus. Und die waren dort äußerst nett, aber die haben auch- keine Chance, dass die das Kind aufgenommen haben. Wieder schmerzstillende Zäpfchen, wieder zu Hause. Das hat dann (Tage) gedauert, bis der Schmerz abgeebbt ist." (IP45_A:124ff.)
>
> „Ich habe immer das Gefühl, (…) dass meine Eltern überfordert waren, klar, mit 5 Kindern überhaupt, (…) und sich viel zu sehr verlassen haben auf die Ärzte. (…) die zum Vater gesagt haben, um die Mutter abzulenken, machen Sie der Frau noch ein Kind." (IP41_A:53)

Die bisherigen Interviewzitate lassen ganz ‚normale', intakte Familien erkennbar werden, die sich trotz aller Hemmnisse durch das gesellschaftliche und institutionelle Umfeld um eine förderliche Entwicklung ihres Kindes

bemühten. In Gesprächen mit Personen, die in ihrer Kindheit oder Jugend auf Pavillon 15 untergebracht waren, werden aber teilweise auch Ablehnung, Vernachlässigung und Gewaltbeziehungen erkennbar.[45] Nachfolgend wird ein längerer Ausschnitt aus einem Interview wiedergegeben, in dem die familiären Gewaltverhältnisse erzählt wurden. Der Interviewpartner lebte als Kind zunächst bei seinen Eltern, wurde dann nach einem Unfall mit Kopfverletzung in der Rett-Klinik stationär aufgenommen, um von dort auf Pavillon 15 transferiert zu werden:

> „Ja, da hab ich bei meinen Eltern gewohnt. Das weiß ich noch ein bissl, (was da) Kleinkind (). (…) Und da, wo ich dann überhaupt mit meiner Mutter und mit meinem Vater gewohnt habe seit einer Ewigkeit, hat es auch nicht viel mehr- nichts mehr hingehaut, überhaupt mit der Schule und überhaupt. Ja, schlechte Noten gehabt, ich hab nichts machen können und jedes Mal Schwierigkeiten gehabt mit meinem eigenen Vater und natürlich mit meiner Mutter Schwierigkeiten gehabt. Meine Mutter war schon (-) sie war da nicht begeistert, ich hab die Noten angeschaut, das schaut nicht gut aus, die Noten hat meine Mutter dann meinem Vater gezeigt, ui ui ui! hab ich gesagt. Mein Vater war auch so aggressiv wie meine Mutter, also na ja. Aber jedes Mal wegrennen wollen von ihnen zwei, aber ich hab keine Chance gehabt, mein Vater nimmt mich, ich leg () schon auf seinem Schoß unten am Bauch, Hosen rüber und jedes Mal Prügel gekriegt." (IP46_B:11; zeitl. Bezug: 1970er Jahre)

Auch das folgende Zitat fasst die Gewalterfahrung in den Worten der davon einst betroffenen Person zusammen:

> „Ich hab, wie soll ich sagen, ein sehr grausiges Elternhaus gehabt. Mein Vater (…) hat dieses SS- dieses Naziding nie abgelegt. Also für uns war es normal, Schläge mit der Hundspeitsche und allem möglichen, also das will ich gar nicht im Detail sagen, es war grauenhaft. Und ich hab mich dann massiv dagegen gewehrt, was natürlich noch mehr Schläge eingebracht hat." (IP13_B:10; zeitl. Bezug: Ende 1940er bis Anfang 1960er Jahre)

Die vorliegenden Daten lassen insgesamt ein Übergewicht an Kindern aus armen und sozial prekären Verhältnissen am „Kinderpavillon" vermuten, das vor allem als Folge institutioneller Versorgungsmängel, Segmentierungslogiken und Abschiebepraktiken entlang sozioökonomischer und pflege- bzw. betreuungspraktischer[46] Kriterien zu sehen ist. Dies wird insbesondere an der vorherigen Unterbringung einer Vielzahl der PatientInnen in Kinderheimen, aber in gewissem Ausmaß auch bezogen auf die Abteilung für entwicklungs-

---

45 Vgl. IP13_B:10ff.; IP17_B:57ff.; IP55_B:16; IP74_B:20ff.; IP78_B:12ff.

46 Damit ist die Praxis der Abschiebung von „lästigen", „störenden" bzw. pflege- und betreuungsaufwändigen Fällen an den „Kinderpavillon" des PKH gemeint.

gestörte Kinder am NKH Rosenhügel (vgl. Berichtsteil C) ersichtlich, wie in den nachfolgenden Kapiteln näher ausgeführt wird.

Heimunterbringung als Vorstufe zum „Kinderpavillon"

Die hohe Anzahl an Kindern, die aus anderen stationären Unterbringungen in den „Kinderpavillon" überstellt wurden, lässt letzteren als „Endstation" in der Fremdunterbringung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen sichtbar werden. Manche hatten bereits mehr als eine ‚Station' in ihrer vorangegangenen Heimkarriere absolviert:

> „Immerhin 17,6% derjenigen, die aus Kinderheimen in das Psychiatrische Krankenhaus überstellt worden waren, wiesen auch Aufenthalte in anderen Kinderheimen auf – was bei dem geringen Alter der Kinder, die aus derartigen Anstalten kamen(,) besondere Bedeutung erlangt, zeigt es doch, daß notwendigerweise zu den Schwierigkeiten und Störungen aufgrund einer organischen Behinderung noch zusätzlich Probleme aufgrund der inadäquaten Unterbringung in mehreren Heimen auftreten müssen." (Laburda 1981:86)

Aus den in der gegenständlichen Untersuchung gesichteten Krankenakten wurde ebenfalls evident, dass der Einweisung auf Pavillon 15 nicht selten bereits ein oder mehrere Unterbringungswechsel vorangegangen war(en).

Um tiefere Einblicke in die Lebensgeschichten und familiär-sozialen Verhältnisse jener Kinder zu gewinnen, die vor der Einweisung auf Pavillon 15 bereits in „Gemeindepflege" übernommen worden waren, wurden ergänzend exemplarisch Kinderakten des Wiener Jugendamtes von zwanzig dieser Kinder ausgewertet (vgl. Kap. 2). Die Kinderakten beinhalten Einträgen der im Hausbesuch durch SprengelfürsorgerInnen individuell erhobenen Angaben zur Familien- und Wohnsituation, Protokolle der Überstellung in Gemeindepflege sowie mitunter ergänzend dazu psychologische Gutachten der unter Beobachtung stehenden Kinder. Verzeichnete Heimeinweisungen, Heimwechsel und Überstellungen in Pflegefamilien ermöglichen einen Nachvollzug der Lebenssituationen und Unterbringungen der Kinder und Jugendlichen vor ihre Einweisung auf Pavillon 15.

Diejenigen Kinder, die unehelich geboren worden waren, standen auch in der Zeit am „Kinderpavillon" als „Mündel" unter der Vormundschaft des Wiener Jugendamtes. Vor allem die in den Kinderakten integrierten Überstellungsprotokolle zur Heimunterbringung enthalten Angaben zum sozialen Hintergrund und den familiären Verhältnissen der „Heimkinder". Bei der Interpretation dieser Akten ist zu berücksichtigen, dass in ihnen lediglich die Perspektive des Jugendamtes bzw. der FürsorgerInnen oder anderer Professioneller (z.B. GutachterInnen) auf die Kinder und ihre Familien festgehalten ist. Das bis in die 1970er Jahren in diesen Akten noch weitgehend verwende-

te Vokabular sozialer Degradierung und sittlich-moralischer Verurteilung bewegt sich oft im semantischen Umfeld des Begriffs „Verwahrlosung", der seit der Gründungsphase der modernen Fürsorge zu Beginn des 20. Jahrhunderts als ein „Verdichtungsbegriff" (Cremer-Schäfer/Steinert 1998:63) gebraucht wurde. Damit sollen die sozial prekären Zustände, die vermutlich in diesen Herkunftsfamilien zumeist tatsächlich gegeben waren, keineswegs in Abrede gestellt werden. Zahlreiche zeithistorische Studien zur Heimunterbringung zeigen aber, in welch beachtlichem Ausmaß die Fürsorge mit an der Konstruktion von Abweichung beteiligt war (vgl. u.a. Sieder 2014).

Als Gründe von Überstellungen in die sogenannte Gemeindepflege fanden sich in den Kinderakten Begriffe wie „Trinkermilieu", „Obdachlosigkeit", „ungünstige familiäre Verhältnisse", „Gefährdung", „Gesundheitliche Gefährdung", „Gebrechen", „Körperliches Gebrechen", „Gefährdung und Verwahrlosung" oder „Erziehungsnotstand". Entsprechend der häufig wahrgenommenen multiplen Problemlagen in den Herkunftsfamilien, durch die aus Perspektive des Jugendamtes das „Kindeswohl" nicht ausreichend gesichert war, wurde die Überstellung in „Gemeindepflege" angeordnet. Die Begründungen verweisen auf Armut und Wohnungsnot als bedeutsame Ursachen für Kindesabnahmen durch die Jugendfürsorge. Neben unzureichenden Wohnverhältnissen, Obdachlosigkeit und fehlender finanzieller Sicherheit gaben aber häufig auch die Alkoholsucht eines Elternteils oder ein als „unordentlich" bzw. „unsittlich" eingestufter Lebenswandel den Anstoß für die Fremdunterbringung.[47] Viele Kinder wurden bereits im Säuglingsalter in „Gemeindepflege" überstellt (wenn auch nicht gleich auf Pavillon 15 – s.o.), wie die folgenden kurzen Fallrekonstruktionen aus den Kinderakten beispielhaft aufzeigen:

- Eine unzureichende Wohnsituation, „ungünstige Verhältnisse (Trinkermilieu)" sowie der Umstand, dass die Mutter keiner Beschäftigung nachgehe, einen „unordentlichen Lebenswandel (führe) und wahllos Männerbekanntschaften" unterhalte, begründeten die Kindesabnahme eines Säuglings im Jahre 1968. Ergänzend ist im Überstellungsprotokoll die „Primitivität der Mutter" angeführt.[48]
- In einem anderen Überstellungsprotokoll wird die Mutter als Trinkerin beschrieben, die sich nicht um den Säugling kümmere. Da es keine weiteren Familienangehörige gebe, die die Betreuung des Buben über-

[47] Vgl. u.a. JA1, JA4, JA5, JA9, JA14.
[48] Überstellungsprotokoll vom 12.08.1968, JA4

> nehmen könnten, sei die Übernahme in „Gemeindepflege“ einzuleiten. (JA5)

In der Mehrzahl der gesichteten Jugendamtsfälle werden die Mütter als mit der Versorgung ihrer Kinder allein gelassen und überfordert erkennbar. Neben fehlenden Beaufsichtigungsmöglichkeiten insbesondere bei unehelich geborenen Kindern (die Mütter waren oft berufstätig, bei ledigen Müttern kam es zudem häufiger zu Kindsabnahmen[49]) konnte eine hohe Kinderzahl zu psychischer und physischer Überlastung führen. In den nachfolgenden Zusammenfassungen aus Jugendamtsakten deuten sich zudem Gründe wie die Erfahrung sexueller Gewalt und insbesondere der bereits mehrfach thematisierte Aspekt der sozialen und sittlichen „Verwahrlosung“ bzw. einer wahrgenommenen „Charakterschwäche“ auf Seiten der Erziehungsberechtigten an. Zu berücksichtigen ist, dass der Blick auf die tatsächliche Lebenssituation und Lebensführung der betroffenen Personen durch die stark abwertende und stigmatisierende Sprache der JugendamtsvertreterInnen negativ verzerrt und dadurch in hohem Ausmaß verstellt ist:

- Ein 1947 geborenes Mädchen wurde wie bereits fünf Geschwister vor ihr formal aufgrund von „Gefährdung und Verwahrlosung“ unmittelbar nach der Geburt in Gemeindepflege übernommen. Begründet wurde ihre Überstellung mit einem „sehr leichten Lebenswandel“, den die Mutter führe. Die Fürsorgerin hielt im Überstellungsakt fest, dass sich die Mutter, „anstatt sich um den Haushalt zu kümmern (…) lieber ihren Vergnügungen“ nachgehe. Weiters wurde vermerkt: „Die Km (Kindsmutter, Anm. d. Verf.) wohnt nun bei einer überaus schlecht beleumundeten Familie (…) in Untermiete. Sie geht keiner Arbeit nach und hat, wie im Haus in Erfahrung gebracht wurde, ständig Männerbekanntschaften. Der Säugling ist demnach bei der Km. schwerst gefährdet (…).“[50]
- Ein 1962 geborener Bub wurde zwei Tage nach seiner Geburt von der Mutter zur Adoption freigegeben und im Zentralkinderheim untergebracht. Im Überstellungsakt heißt es: „Die Mutter gibt an(,) von einem unbekannten Mann vergewaltigt worden zu sein! Sie hat keine Bin-

---

[49] Seitens des Jugendamtes wurden bis in die 1970er Jahre insbesondere die Kinder lediger und berufstätiger Mütter als besonders „verwahrlosungsgefährdet“ eingestuft (vgl. Wolfgruber 2013:103ff.).

[50] Überstellungsakt vom 06.09.1947, JA13.

dung zu dem Kind und gibt es zur Adoption frei."[51] Zudem habe die Mutter bis zur Geburt des Kindes im Ausland gelebt und keine Unterkunft. Die geschiedenen Großeltern wären nicht bereit, das Kind in Pflege zu übernehmen. 1965 wurde der Bub, da er „zur Adoption nicht geeignet" sei, auf den Steinhof überstellt.[52]

- Ein im Jahre 1964 unehelich geborener Bub wurde einen Tag nach der Geburt im Zentralkinderheim aufgenommen, da die Mutter „bei Geburt Zögling in der Bundeserziehungsanstalt Wr. Neudorf (war) und (…) das Kind deshalb nicht übernehmen" konnte.[53]
- In einem Überstellungsprotokoll aus dem Jahre 1964 ist verzeichnet: „Km. ist Kontrollprostituierte, Km wohnt in Untermiete und kann das Neugeborene nicht übernehmen". Weitere drei Geschwister waren bereits in „Gemeindepflege" untergebracht, ein viertes adoptiert worden.[54] Aus dem Überstellungsprotokoll ist nicht ersichtlich, ob die Überstellung in „Gemeindepflege" auf Wunsch der Mutter oder gegen ihren Willen erfolgte – offensichtlich wurde das nicht als relevantes Kriterium betrachtet.
- Im Jahre 1968 wurde ein Mädchen einen Tag nach ihrer Geburt in „Gemeindepflege" übernommen und ins Zentralkinderheim überstellt. Laut Überstellungsprotokoll hatte die Mutter, die als Hilfsarbeiterin tätig war, bereits zwei Kinder. Die ältere Tochter befinde sich in Pflege der Großmutter mütterlicherseits, das jüngere Kind lebe bei der Mutter. Die Großeltern seien nicht in der Lage, das Neugeborene in Pflege zu nehmen. Die Mutter „fühlt sich selbst der Versorgung und Erziehung eines zweiten Kindes nicht gewachsen und gibt es zur Adoption frei."[55] Auch in diesem Fall kam es zu keiner Adoption.
- Fehlende Beaufsichtigungs- sowie Wohnmöglichkeit veranlassten 1969 eine Mutter, die als Bedienerin arbeitete, ihren neugeborenen Säugling dem Zentralkinderheim zu übergeben. Im den Korrespondenzen des Jugendamtes ist festgehalten: „Die Mutter macht einen recht einfachen und einfältigen Eindruck. Den Vater will oder kann die Mut-

---

51 Der Eintrag lässt unsicher erscheinen, ob der Frau die Vergewaltigung geglaubt wurde.
52 Überstellungsprotokoll vom 22.11.1962 sowie Eintrag in der Kinderakte vom 22.06.1965, JA11.
53 Überstellungsprotokoll vom 04.09.1964, JA3.
54 Überstellungsprotokoll vom 27.98.1964, JA19.
55 Überstellungsprotokoll vom 16.01.1968, JA6.

ter nicht angeben. Sie wohnt seit 1962 im Hausgehilfinnenheim."[56] Die Mutter habe kein Interesse an dem Kind und „wirkt recht primitiv".[57]

Festzuhalten ist, dass in keinem der Fälle, in denen eine sehr frühe Abnahme des Kindes erfolgte, im Überstellungsprotokoll eine (zu diesem frühen Zeitpunkt auch nur begrenzt erkennbare) Behinderung oder generell körperliche Auffälligkeiten bzw. ‚Mängel' des Kindes vermerkt waren.

Aus mehreren gesichteten Kinderakten geht hervor, dass die Kinder mit häuslicher Gewalt konfrontiert gewesen waren. In der Regel werden diese Erfahrungen vor allem im Kontext von Alkoholismus genannt, häufig werden in den Akteneintragungen Gewaltbeziehungen mit männlichen Tätern (meist die Väter der Kinder bzw. Partner der Mütter) und überforderten Müttern skizziert.

Nicht alle gesichteten Jugendamtsakten von auf Pavillon 15 überstellten Kindern und Jugendlichen beschreiben problematische soziale Herkunftsverhältnisse. Da nur zwei der insgesamt 20 ausgewerteten Kinderakten Hinweise auf ein familiäres Umfeld liefern, das sich besonders um das betreffende Kind mit Behinderung bemühte, ist davon auszugehen, dass die beiden folgenden Beispiele innerhalb der Klientel des Jugendamtes eher eine Ausnahme darstellten. Die in den Kinderakten festgehaltenen Fallverläufe lassen die negativen institutionellen „Unterbringungskarrieren" der Kinder bis hin zur „Endstation Steinhof" erkennen, sie können als typisch für zahlreiche andere Unterbringungsverläufe betrachtet werden:

- Das Protokoll zur Überstellung eines 1967 geborenen Buben aus dem Jahre 1974 berichtet von der jahrelangen Sorge der Eltern um das Kind. Der Vater, ein Postbeamter, und die Mutter, als Bedienerin bei einer sozialen Einrichtung tätig, hätten seit 1968 ihren Sohn, der an spastischen Lähmungen litt, wiederholt bei Professor Rett behandeln lassen. Auch habe die Mutter, die sehr an dem Kind hänge, regelmäßig zu Hause die heilgymnastische Behandlung fortgesetzt. Angesichts der Schwierigkeit, den Buben weiterhin zu Hause zu fördern, hätten die Eltern, „um dem Kinde die bestmögliche Förderung in geistiger und körperlicher Hinsicht zu bieten", um Unterbringung in einem „Heim für Körperbehinderte" gebeten.[58] Das Kind wurde zunächst im Adolf-Lorenz-Heim untergebracht. Von diesem wurde es 1974 mit der Be-

---

56 Überstellungsbericht der Verbindungsfürsorgerin Kaiser Elisabeth Spital, JA12.
57 Führungsbericht der Stationsschwester an die KÜST vom 22.05.1969, JA12.
58 Überstellungsprotokoll vom 11.08.1973.

gründung, dass der Bub aufgrund diverser Vorgutachten „weder förderbar noch zu testen sei, und wiederholt werden könne, dass der MJ (Minderjährige, Anm. d. Verf.) als Pflegefall zu werten ist und nur dementsprechend versorgt werden könne“, auf den „Steinhof“ überwiesen.[59]

- Auch die Mutter eines 1973 dreijährigen Buben, die laut Überstellungsprotokoll „über einen gewissen Bildungsstand“ verfüge, habe sich immer sehr um ihr Kind gekümmert und alle ärztlichen Ratschläge eingeholt. Aufgrund der Berufstätigkeit der Mutter sei mehrfach versucht worden, ihn in einen Kindergarten zu geben, doch sei er dort selten längere Zeit behalten worden, „da er in der Gruppe nicht einzuordnen war“. Den Angaben der Fürsorgerin zufolge befinde sich die „Mutter seit einigen Monaten in einem sehr schlechten nervlichen Zustand. Sie ist der weiteren Betreuung des Kindes nicht gewachsen und beschloß auf ärztliches Anraten(,) das Kind in ein Heim zu geben.“ In rasch wechselnder Folge wurde der Bub zunächst im Evangelischen Diakoniewerk Gallneukirchen, danach im Schwedenstift und anschließend im Kinderheim Molitorgasse untergebracht, von wo er schlussendlich 1975 auf Pavillon 15 überstellt wurde.[60]

In der Mehrheit der Fälle sind ähnlich intensive Bemühungen seitens der Eltern, ihre Kinder zu fördern und gegebenenfalls in geeigneten Einrichtungen unterzubringen, in den Jugendamtsakten nicht festgehalten. Bemerkenswert an den letzteren beiden Fällen ist in diesem Zusammenhang der Umstand, dass es sich um Kinder aus ‚geordneten‘ Verhältnissen bzw. im zweiten Fall um eine Mutter mit „gewissem Bildungsstand“ handelt. Es ist ungewiss, wenn auch sehr wahrscheinlich, dass dies die Wahrnehmungsweise des Jugendamtspersonals positiv beeinflusst haben könnte.

Die Kinder wurden von der Fürsorge nach der Abnahme zunächst in das Zentralkinderheim (ZKH – hierher kamen in der Regel alle Säuglinge und Kleinkinder bis zu einem Lebensalter von zwei Jahren) oder die Wiener Kinderübernahmestelle (KÜST) gebracht. Amtsoffiziell diente der Aufenthalt in diesen beiden Einrichtungen der Entscheidungsfindung über die weitere Unterbringung der Kinder. Entscheidungsträger war neben den Verbindungsfürsorgerinnen der KÜST und des Zentralkinderheims ZKH insbesondere der Leiter der KÜST. Die formale Basis hierfür stellten medizinische Untersu-

[59] Befund und Gutachten der MA 11, Psycholog. Dienst vom 21.03.1977, JA15.
[60] Überstellungsprotokoll vom 11.08.1973, JA16; vgl. auch KG3a.

chungen sowie psychologische Beobachtungen und Tests dar, sie waren begleitende, faktisch häufig auch nachträgliche Legitimationen von bereits getroffenen Entscheidungen (vgl. Sieder 2014:171).

Die zwanzig ausgewerteten Akten lassen eine sehr unterschiedliche Aufenthaltsdauer der einzelnen Kinder im Zentralkinderheim bzw. in der KÜST erkennen: Manche befanden sich nur wenige Wochen in diesen Erstanlaufstellen, manche mehrere Jahre. Häufig betrug die Unterbringung aber um die zwei Jahre, vor allem wenn nicht gleich eine Nachfolgeinstitution oder Pflegefamilie gefunden werden konnte. Letzteres war im ausgewerteten Aktensample nur selten der Fall. Dies ist neben der wohl größeren Schwierigkeit, für als verhaltensauffällig oder behindert eingestufte Kinder Pflegeeltern (oder gar Adoptiveltern) zu finden, auch als Folge einer Zuweisungspraxis entlang des Kriteriums der Behinderung zu sehen: Wurde „im allgemeinen (…) die Unterbringung in geeigneten Pflegfamilien bevorzugt", sollten „körperlich oder seelisch schwer geschädigte Kinder (…) vorwiegend in geeigneten Heimen untergebracht" werden.[61]

Nach Abklärung der Fremdunterbringung wurden Säuglinge und Kleinkinder bis zu sechs Jahren in der überwiegenden Mehrheit der gesichteten Kinderakten im Zentralkinderheim, im Säuglingsheim des Zentralkrippenvereins (Säuglingsheim Lainzerstrasse), im Kinderheim Molitorgasse, im Evangelischen Diakoniewerk Gallneukirchen (OÖ) sowie in einem Fall im Haus der Barmherzigkeit untergebracht. Ältere Kinder, die in ein Heim überstellt wurden, lebten vor ihrer Einweisung auf Pavillon 15 im Clara Fey-Heim, Adolf-Lorenz Heim, Haus der Barmherzigkeit, sowie im Kinderheim „Am Himmel". Wie bereits ausgeführt, waren nicht wenige „Heimkinder" vor ihrer Einweisung in die Heil- und Pflegeanstalt Am Steinhof (bzw. ab 1963 ins PKH) zumeist bereits in mehreren Kinderheimen untergebracht. Somit mussten viele der aus Heimen auf den „Kinderpavillon" überstellten Kinder trotz ihres sehr jungen Alters bereits auf eine mehrstufige „Anstaltskarriere" zurückblicken. Die Fallverläufe zeigen zugleich den negativen Ausleseprozess der Institutionen auf, in dem all jene Kinder, die sich nicht in die bestehenden Ordnungen in den Heimen einfügten und (nicht selten direkt daraus abgeleitet) als nicht förderbar oder bildungsfähig kategorisiert wurden, schlussendlich in den „Kinderpavillon" abgeschoben wurden.

---

[61] Jahrbuch der Stadt Wien 1961, hrsg. von der Gemeinde Wien 1962, 71.

5.3. EINWEISUNGSGRÜNDE UND -PROZEDERE

Verfahren der Zwangsunterbringung und einweisende Instanzen

Der überwiegende Teil der auf Pavillon 15 untergebrachten Kinder und Jugendlichen (bzw. auch vereinzelter Erwachsener) wurde dort zwangsweise angehalten. Eingeleitet wurde solch eine Zwangsunterbringung in der Regel mit einem sogenannten Parere, d.h. einer polizeilichen oder gerichtlichen Bescheinigung, in der die Annahme festgehalten ist, „dass die aufzunehmende Person infolge seiner Geisteskrankheit ihre oder die Sicherheit anderer Personen gefährdet" (§ 49 Abs. 1 KAG – Krankenanstaltengesetz 1957). Anstatt über ein Parere konnte solch eine Überstellung aus Gefährlichkeitsgründen auch von einer öffentlichen Krankenanstalt erfolgen (§ 49 Abs. 2 KAG) – teilweise wurden in diesem Zusammenhang auch die Begriffe „Spitals-" oder „Anstaltsparere" verwendet, obwohl es sich dabei streng genommen nicht um ein Parere handelte.

Aus der Querschnittsauswertung von Krankenakten zu Personen, die im Jahre 1977 auf Pavillon 15 untergebracht waren, geht hervor, dass 87% von ihnen (das entspricht 111 Personen) mittels Parere durch eine/n PolizeiärztIn eingewiesen worden waren (Laburda 1981:127). Weitere neun Prozent bzw. 12 Personen kamen über öffentliche Krankenanstalten, also per „Anstaltsparere", zwei Prozent (drei Personen) waren mittels „Interimsparere" aufgenommen worden, d.h. eine amtsärztliche Parerisierung erfolgte erst nach der Aufnahme ins PKH. Nur eine Person kam zunächst freiwillig in die Anstalt, wurde aber kurz darauf per gerichtlichem Anhaltebeschluss festgehalten (vgl. ebd.).

AntragstellerInnen für polizeiärztliche Untersuchungen zur Konstatierung einer „Sicherheitsgefährdung" waren bei jenen Kindern, die zuvor in Heimen gelebt hatten, in nahezu allen Fällen diese Institutionen selbst. In den Untersuchungen spielten zugleich Sachverständigengutachten, die dem Polizeiarzt bzw. der Polizeiärztin vorgelegt wurden, eine große Rolle. Die amtsärztlichen Gutachten des Parere basierten häufig auf solchen vorangegangenen Begutachtungen von Sachverständigen des Psychologischen Dienstes des Jugendamtes, der Kinderübernahmestelle oder aus anderen psychiatrischen Einrichtungen wie etwa der Universitäts-Kinderklinik, der Universitätsklinik für Neuropsychologie des Kindes- und Jugendalters oder der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder am NKH der Stadt Wien Rosenhügel.

Bei jenen Kindern und Jugendlichen, die zum Untersuchungszeitpunkt noch bei Angehörigen oder in einer Pflegefamilie lebten, wurden etwa zwei Drittel der Anträge von den Eltern selbst oder einem Elternteil gestellt (teil-

weise auch mittels beigebrachtem Gutachten), bei Kindern, die „Mündel“ der Jugendwohlfahrt waren, vom Jugendamt. Darüber hinaus zeigen sich in der Studie von Laburda (ebd.:129ff.) noch FachärztInnen in nennenswertem Umfang als AntragstellerInnen.

In keinem der untersuchten Fälle, in denen fachärztliche Gutachten vorlagen, lässt sich im Polizeiparere eine Abweichung von bereits vorliegenden Befunden erkennen. Die den gesichteten Krankenakten beigefügten Parere zeigen, dass die Einschätzungen der Sachverständigen von den AmtsärztInnen in der Regel wörtlich in das Parere übernommen wurden.[62] Sie lassen erkennen, dass die polizeiärztliche Untersuchung keiner tatsächlichen ärztlichen Überprüfung diente, ob eine Einweisung in eine geschlossene Anstalt erforderlich ist. Vielmehr handelte es sich dabei überwiegend um einen rein formal-administrativen Akt, der die bereits beschlossene Einweisung legitimierte. Die AmtsärztInnen waren in der Regel praktische ÄrztInnen, die die Aussagen von Fach-KollegInnen oder Universitätskliniken kaum infrage stellten. Die Gutachten weisen Pauschalbegriffe wie „Bildungsunfähigkeit“, „leerer Gesichtsausdruck“ oder „erzieherische Unbeeinflussbarkeit“ bzw. stereotype Formulierungen wie „aggressiv-debil“ auf. Zumeist werden Einweisungsgründe ohne konkret angebbarem „Tatbestand“ genannt (vgl. Laburda 1981:132).

Die tatsächlichen Einweisungsgründe von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in das Psychiatrische Krankenhaus wurden durch mehrere Stufen zu einem an die Institution anschlussfähigen Aufnahmegrund transformiert. Am Schluss hatte dabei entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen der von formal befugter Stelle konstatierte Verdacht einer Selbst- oder Fremdgefährdung zu stehen, die aus einer „Geisteskrankheit“ resultieren muss. Wie in Kapitel 28 zum rechtlichen Rahmen von Hammerschick ausführlicher dargestellt ist, dürfte diese im KAG geforderte „Gefährlichkeit“ der Kinder aber häufig vorgeschoben worden sein, um „störende“ oder betreuungs- und pflegeintensive Kinder und Jugendliche ins Psychiatrische Krankenhaus abzuschieben. Dieses konnte wiederum keine mittels Parere eingewiesenen PatientInnen abweisen (vgl. Hammerschick in diesem Band). Die Studie von Laburda (1981) diskutiert und belegt ausführlich, dass im

---

[62] Eine analoge Praxis findet sich auch in der Überstellung von Kindern und Jugendlichen in Heime oder Pflegefamilien. Überstellungsgründe, die aus Gutachten von PsychologInnen und Ergebnissen der Erhebungen durch FürsorgerInnen mitunter konstruiert wurden, setzten sich in der Regel die gesamte behördliche Falldokumentation ein Kind betreffend fort (vgl. Sieder/Smioski 2012).

Zuweisungsprozess solche Gefährdungspotenziale häufig sozial konstruiert wurden und

> „(…) ‚Sicherheitsgefährdung' als sozialwissenschaftliche Kategorie zur Darstellung der Ursachen, weshalb geistig behinderte Menschen letztenendes in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen werden, nicht brauchbar ist." (ebd.:92)

Auf Basis von Laburdas Querschnitts-Auswertungen von Krankenakten lassen sich für die 1970er Jahre die aus den Akten rekonstruierbaren Einweisungsgründe in eine gewisse Größenrelation zueinander bringen. Demgemäß ist in 21,3% der Gesamtzahl von 127 Akten explizit ‚abweichendes' bzw. auffälliges Verhalten angegeben. Ins Auge steche dabei der

> „(…) beträchtliche Anteil an Verhaltensstörungen, wie sie in den Lehrbüchern für Psychiatrie unter dem Kapitel Kinder- und Jugendpsychiatrie als Folge gestörter Sozialbeziehungen […] beschrieben werden." (ebd.:137)

Bei weiteren 21,3% lassen sich sozial oder institutionell bedingte Gründe für eine Einweisung aus der Krankenakte rekonstruieren, wobei letztere nur selten vorlagen (z.B. Transferierung aufgrund des Erreichens einer institutionellen Altersgrenze). Laburda merkt zugleich an, dass sozial – und oft vermutlich zugleich ökonomisch – bedingte Ursachen (z.B. mangelnde Beaufsichtigungsmöglichkeit, hohe Kinderzahl oder beengte Wohnverhältnisse) häufiger vorliegen dürften als sie aus den spärlichen Angaben der Akten ablesbar sind.

Die größte Gruppe an Einweisungsgründen bildeten Laburda zufolge „konstruierte Verhaltensauffälligkeiten" bzw. „Verhaltensauffälligkeiten ohne genauere Angaben" (ebd.:149). Häufig beruhen die Begründungen in der Einweisungsbescheinigung auf vorangegangenen Begutachtungen, sie werden diesen großteils ungeprüft entnommen. In vielen Fällen, so die Schlussfolgerung von Laburda, dürfte als Einweisungsursache zugrunde liegen, „daß sich vor allem die Umwelt durch einen Behinderten gestört fühlt" (ebd.:150).

Eine vierte Kategorie subsumiert unter „sonstige Einweisungsgründe" (ebd.:151) vor allem „bildungsunfähige" und „nicht förderbare" Kinder und Jugendliche. Manchmal nennen die Akten gar keine weiteren Gefährdungsgründe, teilweise wird zugleich gehäuftes Auftreten von Krampf- oder anderen Anfällen geltend gemacht.

Nachfolgend werden diese groben Eindrücke der Gründe und Begründungen für eine Einweisung auf den „Kinderpavillon" entlang der drei häufigsten vorherigen Aufenthaltsorte der Kinder (Heime, Eltern/Angehörige, andere Krankenanstalten) auf Basis der im Studienverlauf ausgewerteten Kran-

ken- und Kinderakten und der geführten ZeitzeugInnen-Interviews vertiefend behandelt.

„Im Heim nicht haltbar"

Unangepasstes Sozialverhalten sowie daraus resultierende disziplinäre Konflikte finden sich insbesondere in Krankenakten von Kindern als Überstellungsgrund angegeben, die vor der Einweisung auf Pavillon 15 in Heimen untergebracht gewesen waren. In den vorliegenden Korrespondenzen mit Heimleitungen sowie den Parereguta chten wird die Mehrheit der Heimüberstellungen in stereotyper Weise damit begründet, dass das Kind im Heim „nicht haltbar" sei. Die „Untragbarkeit" wurde altersunabhängig mehrheitlich von selbst- und fremdaggressivem Verhalten oder von nicht eingetroffenen Entwicklungsfortschritten, die den psychologischen Gutachten gemäß erwartbar gewesen wären, abgeleitet. Folgende Beispiele zeigen die Argumentationen und Vorgehensweisen exemplarisch auf:

- Der Befund einer Jugendamtspsychologin aus dem Jahre 1968 über einen vierjährigen Buben, der bisher im Kinderheim Molitorgase untergebracht gewesen war, lässt exemplarisch das Bestreben sichtbar werden, solche Kinder auf Pavillon 15 zu überstellen, die einer intensiven Pflege bedurften: „Während er in einem psycholog. Gutachten vom 09.11.1966 (…) noch als ganz gut kontaktfähig bezeichnet wurde, ist er bereits jetzt völlig beziehungslos und baut zunehmend ab. (…) Er ist ein reiner Pflegefall und daher eine enorme Belastung für das Heim. Zunächst an Heilpädagogik zwecks Transferierungsantrages für die Kindergruppe Steinhof."[63] Das tags darauf erstellte Gutachten der Heilpädagogischen Abteilung, das formell die Überstellung legitimierte, begründet die Überstellung folgendermaßen: „Da es sich um einen Abbauprozeß handelt und trotz intensiven pädagogischen Einsatzes keine Aussicht besteht, daß noch irgendein psychischer Ausbau stattfinden kann, es sich demnach um eine Idiotie und als solches um einen reinen Pflegefall handelt, wird daher Abgabe an den Kinder-Pavillon des Steinhof (sic!) empfohlen."[64]
- Ein vierjähriges Mädchen wurde 1971 aus dem Kinderheim Molitorgasse auf Pavillon 15 überstellt. In dem im Vorfeld der Überstellung angefertigten psychologischen Gutachten des Jugendamtes wird das

[63] Befund und Gutachten Psych. Dienst der MA 11 vom 28.11.1968, JA3.
[64] Gutachten vom 10.01.1969 der Heilpädagogischen Abteilung der Univ. Kinderklinik, JA3.

Mädchen folgendermaßen beschrieben: „(…) im Gesamtverhalten sehr abnorm. Sie wird auch leicht zornig und aggressiv, so daß sie für die Gruppe tatsächlich eine nicht tragbare Belastung ist. (…) Es handelt sich (…) um einen hochgradigen Schwachsinn. (…) Vorgeschlagen wird eheste Transferierung in die Kindergruppe des Psychiatrischen Krankenhauses am Steinhof.“[65]

- Aus den Überlegungen der Psychologin und Leiterin des Zentralkinderheims über die weitere Unterbringung eines dreijährigen Buben im Jahre 1972, der seit seiner Geburt im ZKH und anschließend im Evangelischen Diakoniewerk Gallneukirchen lebte, geht hervor, dass bei „erethischen“ und als „nicht förderbar“ klassifizierten Kindern häufig keine alternativen Unterbringungsmöglichkeiten in Erwägung gezogen wurden bzw. es solche nicht gab. Der Bub sei „sehr unruhig, erethisch, distanzlos, aber nicht zu fördern, trotz seines jungen Alters sehr groß und daher durch seinen Bewegungsdrang Gefahr für die anderen Kinder. Transferierung ins PKH.“[66]

Besonders ist an dieser Stelle auf die zentrale Rolle der heilpädagogischen Abteilung der Universitäts-Kinderklinik hinzuweisen: Die gesichteten Jugendamtsakten zeigen, dass ihr viele Kinder in „Gemeindepflege“ zur Begutachtung zugewiesen wurden, auch wenn es entgegen der Annahme von Sieder (2014:171) faktisch bei weitem nicht alle gewesen sein dürften. Die heilpädagogischen Gutachten der 1950er bis 1980er Jahre vermischen, so Sieder, „medizinisches, pädagogisches und psychologisches Wissen des 19. und des frühen 20. Jahrhunderts mit alltäglichem Familien- und Erziehungswissen bürgerlicher Provenienz“ (ebd.). Ralser (2013) beschreibt die vorrangig medikal ausgerichtete „Heilpädagogik österreichischer Prägung“ als einflussreich in der Fürsorgeerziehung, Behindertenhilfe und dem Sonderschulwesen, deren Leitwissenschaft „eine durch pädagogischen Alltagsverstand geschulte Kinderheilkunde & Kinderpsychiatrie war“ (ebd.:48; zur engen Verflechtung zwischen Kinderpsychiatrie, Erziehungsanstalt und Fürsorgebehörde vgl. auch Ralser 2014). Sie betont ebenso wie Berger ihren stark repressiven Charakter, deren „Bestimmungsmerkmale (…) eine ärztliche Dominanz und eine biologisch-medizinische, weitgehend sogar biologistische, Orientierung (waren)“ (Berger 2016:243).

---

[65] Psych. Befund der MA 11, Psych. Dienst vom 25.07.1972, JA4.

[66] Administrierungsvorschlag der Leiterin des Zentralkinderheims vom 25.7.1972, JA12.

Wie aus manchen skizzierten Beispielen bereits erkennbar wird, wurde zusätzlich zur Einweisung aufgrund unangepassten Sozialverhaltens die Überstellung auf Pavillon 15 vielfach auch mit dem Kriterium einer fehlenden „Schulreife“ verknüpft. Teilweise finden sich zudem medizinische Versorgungsnotwendigkeiten angegeben, wobei die in den Akten erkennbaren Argumentationen oft wenig stringent, sondern eher vorgeschoben wirken. Dies lässt sich am Fall eines 1964 geborenen Buben verdeutlichen, der schlussendlich 1973 auf Pavillon 15 eingewiesen wurde (vgl. KG28a_S). Im Jahre 1970 sollte das Gutachten eines Jugendamtspsychologen die Schulreife des Kindes als Grundlage für die Abklärung eines geeigneten Heimplatzes feststellen. Es kam zunächst zu einer Unterbringung des Buben im Sonderschulheim „Am Himmel“ (Gspöttgraben). Drei Jahre später wurde erneut ein Gutachten erstellt, diesmal vom psychiatrischen Konsiliarius der Kinderübernahmestelle, dem zufolge das Kind nach logopädischer Betreuung „gute Fortschritte“ gemacht habe und in eine Sonderschul-Klasse eingeschult worden sei. Allerdings sei ein weiterer Verbleib im Heim aus zwei Gründen in Frage zu stellen: Erstens sei das Verhalten des Buben für die anderen Heimkinder „stark belastend“ und er sei „so imbezil, dass er praktisch ständig an der Hand geführt werden muss.“[67] Auffallend ist, dass der Gebrauch des Terminus „imbezil“ deutlich von zeitgenössisch gängigen psychiatrischen Diagnoseschemata abweicht, denen zufolge eine starke Imbezillität einen Schulversuch verhindern würde. Zweitens, so das Gutachten, seien die epileptischen Anfälle „ungenügend zu beherrschen“. Daraus ergebe sich die Notwendigkeit, das Kind einer dauerhaften „stationären ärztlichen Betreuung, etwa in einer geschlossenen psychiatrischen Krankenanstalt(,) zuzuführen“ (ebd.). Noch im selben Monat kam es zur Einweisung auf Pavillon 15, das zu diesem Zwecke ausgestellte Parere wiederholte die Aussagen des KÜST-Gutachters. Der weitere Dekurs der Krankenakte auf Pavillon 15 lässt vermuten, dass das Argument der medizinischen Notwendigkeit einer Anstaltsunterbringung als fragwürdige Legitimation zur Entfernung des Kindes aus dem Heim gedient haben dürfte. Der Fall verdeutlicht die Handlungsspielräume von GutachterInnen und den beauftragenden Stellen in der Bewertung eines Kindes.

Bezeichnenderweise wurde in Kinderheimen ein angedrohter Transfer auf den „Steinhof“ eingesetzt, um Kinder gefügig zu machen, wie die Wilhelminenberg-Studie erkennen lässt. So erzählte etwa eine Ende der 1960er und Anfang der 1970er Jahre in diesem Kinderheim untergebrachte Frau: „Bei

---

[67] Quelle: Gutachten des Psychiatrischen Konsiliarius der KÜST von August 1973

uns im Heim ist immer die Rede gewesen, die Drohung, wenn man nicht brav ist, kommt man auf den Spiegelgrund nach Steinhof.“ (P3/Abs. 41, zit. n. Mayrhofer 2013:13). Das Zitat bringt zudem die Gleichsetzung von „Steinhof“ mit „Spiegelgrund“ zum Ausdruck: Die Zeit des Nationalsozialismus ist jedenfalls begrifflich, vermutlich aber auch semantisch, also bedeutungsmäßig, noch präsent.

Laburda fasst die durch die frühkindliche Heimunterbringung wesentlich (mit-)verursachten Verhaltensstörungen und Entwicklungsverzögerungen, die dann zum zentralen Grund für die Überstellung auf den „Kinderpavillon“ des PKH wurden, prägnant zusammen:

> „Fehlende Zuwendung, der Mangel an eindeutigen Bezugspersonen führt zu emotionaler Verarmung bis hin zu kindlichem Autismus. Die nicht zuletzt auch durch schlechte personelle und materielle Ausstattung der Heime bedingte unpersönliche Versorgung, die psychosoziale Unterstimulation führt zu ‚Hospitalisierungsschäden‘, die sich in Entwicklungsrückständen und Reifungshemmungen auswirken. Bewältigungsmöglichkeiten für die ungeheuren Frustrationen, unter denen diese Kinder zu leiden hatten, bieten sich entweder im totalen Rückzug, in ‚Apathie‘ oder durch das Ausleben der entstehenden Aggressionen an.“ (Laburda 1982:75f.)

Einhergehend mit den psychischen Belastungen aufgrund von Trennungserfahrungen und daraus resultierender mangelnder Bindungsfähigkeit provozierte ein regelmäßiger Wechsel der Unterbringung vielfach einen Rückschritt in frühere Entwicklungsstufen, d.h. bisher erworbene Fähigkeiten und Kompetenzen wurden in Form einer Regression wieder verlernt. Zudem dürften die Zustände in den Heimen in der Mehrzahl keinesfalls entwicklungsfördernd gewesen sein. So lässt etwa eine Anmerkung in einem Schriftverkehr zwischen Magistratsabteilung 11 und 17 aus dem Jahr 1953 im Zusammenhang mit als nicht verantwortbar bezeichneten Zuständen auf Pavillon 15 „Am Steinhof“ schließen, dass im Zentralkinderheim zu dieser Zeit vergleichbar katastrophale Unterbringungs- und Betreuungsbedingungen herrschten und es nicht gelang, diese abzustellen:

> „Das Jugendamt der Stadt Wien erlaubt sich darauf hinzuweisen, daß vor längerer Zeit im Zentralkinderheim aus ähnlichen Motiven ähnliche Lösungsversuche eingeleitet wurden, die leider zu keinem positiven Resultat führten.“[68]

Der Tatsache, dass die vorangegangenen Heimaufenthalte die konstatierten Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsrückstände wesentlich (mit-)bedingt hatten, wurde weder in den Aufnahmediagnosen noch in der weite-

[68] WstLA, M.Abt. 207, Allgem. Registratur, Mappe 4/1953.

ren Behandlung auf Pavillon 15 Rechnung getragen. Es wird nicht sichtbar und erscheint sehr unwahrscheinlich, dass dafür ein Bewusstsein bestand, vielmehr wurden derartige Symptome in der Regel als direkte Folge der (wie auch immer erworbenen) Behinderung gedeutet.

Vereinzelt lässt sich aus den Kinder- oder Krankenakten ableiten, dass die großteils gesundheitsabträgliche Umgebung in den Heimen Erkrankungen begünstigt bzw. deren Behandlung unzureichend gewährleistet haben könnte. So erkrankten etwa Kleinstkinder im Zentralkinderheim an Hirnhautentzündungen – dies geht beispielsweise aus der Krankenakte eines 1975 auf Pavillon 15 aufgenommenen siebenjährigen Mädchens hervor (vgl. KG1a_S:27.05.1975). Zeithistorische Untersuchungen hierzu bzw. zur institutionellen Versorgung von Säuglingen und Kleinstkindern insgesamt sind aktuell noch ausständig.

Krise familiärer Betreuungsarrangements

In Familien, die zunächst versucht hatten, ein Kind mit Behinderung im Familienverband zu halten und zu betreuen, war häufig ein zusätzlich belastendes Ereignis, das die allgemein hohe Belastung nicht mehr tragbar erscheinen ließ, unmittelbarer Anlass für eine schlussendliche stationäre Unterbringung. Solch ein Anlass konnte eine weitere Schwangerschaft der Mutter, die psychische oder somatische Erkrankung eines Elternteils, der Wegfall von Betreuungsunterstützung, eine plötzliche Zunahme von selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten des Kindes mit Behinderung, für deren alltägliche Bewältigung kein Wissen und keine Unterstützung zur Verfügung standen, oder ähnliche Ereignisse sein. Folgendes Zitat steht beispielhaft für solch eine sich zuspitzende Situation, in der nur mehr der Weg zur Einlieferung des betreffenden Kindes mit Behinderung mittels Polizeiparere gangbar schien:

> „Die Monate davor, da ist er, glaube ich, fast täglich ausgezuckt und dann ist meine Großmutter gestürzt oder irgendwie so, da hat es dann den Knacks gegeben und da ist dann eben gekommen, dass das nur über die Polizei geht.“ (IP60_A:195)

Mehrfach wird in den Interviews mit Angehörigen erkennbar, dass ÄrztInnen dazu rieten, das zunächst zu Hause betreute Kind wegzugeben. Namentlich genannt wird dabei Andreas Rett, Primar der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder (Lainz/Rosenhügel) – so etwa auch in folgendem Interviewzitat, in dem der behinderte Sohn, er ist das vierte Kind der Familie, nach neuerlicher Schwangerschaft der Mutter stationär untergebracht wird:

> „Und meine Mutter wurde dann 1960 schwanger, also 1959 eigentlich, weil 1960 ist meine jüngste Schwester geboren. Und dann hat ihr der Herr Dr. Rett den Rat gegeben, das Kind wegzugeben, denn er könnte ja das Baby verletzen oder er könnte dem Baby weh tun und sie hätte dann auch zu wenig Zeit für das Kind, und meine Mutter hat sich da offensichtlich überreden lassen. Ich sag immer, meine Mutter, weil in der Erinnerung war mein Vater nicht wirklich präsent, wenn es darum ging, um dieses behinderte Kind. Für ihn war das glaube ich ein noch größeres Drama, dass das Kind behindert war." (IP18_A:9)

Die Rolle von Andreas Rett in der Beratung der Eltern wird in der Teilstudie zur Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder (vgl. Teil C dieser Publikation) nochmals aufgegriffen und erörtert.

Strukturelle Mängel an adäquater Unterstützung werden in vielen Krankenakten in Form von Einträgen als „fehlende Betreuung" oder „fehlende Betreuungsmöglichkeiten" festgehalten. Daraus erwachsen ressourcenarmen Familien generell gravierende Probleme, da sie sich privat keine Unterstützung finanzieren können. Ökonomische Notlagen der betreuenden Angehörigen wie Arbeits- und Wohnungslosigkeit konnten den unmittelbaren Anlass für eine Einweisung bilden. Von einem Mangel an Unterstützung waren zugleich alleinerziehende Elternteile, in der Regel die Mütter, in besonderer Weise betroffen. Viele der auf Pavillon 15 untergebrachten Kinder und Jugendlichen kamen aus Ein-Eltern-Familien, die Mütter waren aufgrund der höheren Betreuungslast und häufig zusätzlicher Berufstätigkeit „mit der Versorgung des Kindes überfordert", so der wiederholte Wortlaut in den Krankenakten. Verstärkt konnte die Überforderung durch weitere im Familienverband lebende Geschwisterkinder werden. Beispielhaft ist solch eine familiäre Konstellation aus der Krankenakte eines zum Aufnahmezeitpunkt sechsjährigen Mädchens erkennbar, deren Mutter sich der intensiven Betreuung nicht mehr gewachsen sah und eine Einweisung anregte. Im Aufnahmeschreiben der Krankenakte wurde festgehalten, dass die von Mutter und Großmutter in die Anstalt gebrachte Patientin

> „(…) zu Hause nicht mehr tragbar sei, weil sie hochgradig erethisch sei, den ganzen Tag beaufsichtigt werden müsse, die Mutter des Kindes andauernd hinter der Pat. her sein müsse. Da die Mutter jedoch noch einen um 2 Jahre älteren Sohn hat und sich diesen wegen Schulschwierigkeiten nun verstärkt widmen muß, kann sie die nötige Zeit und Energie für das schwerstgestörte Kind nicht aufbringen." (KG13a_S)

Fehlende Beaufsichtigungsmöglichkeit begründete Mitte 1976 auch den Wunsch der Mutter eines siebenjährigen Buben nach dessen Aufnahme auf Pavillon 15; neben diesem Kind hatte sie noch sechs ältere Kindern zwischen zehn und 23 Jahren. In der Aufnahmeschrift der Krankenakte ist vermerkt, dass die Mutter um die Unterbringung des Buben auf Pavillon 15 ersucht

habe, weil ihr Mann verstorben sei, sie viele Wege habe und niemand das Kind beaufsichtigen könne. Sie äußerte aber den Wunsch und die Absicht, ihn wieder nach Hause zunehmen. Tatsächlich verblieb er bis 1997 auf dem „Steinhof" (vgl. KG2b_S).

Manche Kinder wurden nach offenkundig gewordenen Misshandlungen im elterlichen Haushalt aus der Familie genommen und ohne den „Umweg" über Kinderheime in das Psychiatrische Krankenhaus eingeliefert. So verhielt es sich etwa im Fall eines knapp sechsjährigen Mädchens, das Anfang 1969 mit polizeiärztlichem Parere zunächst an die Universitätsklinik für Psychiatrie und Neurologie und vermutlich einen Tag später auf Pavillon 15 überstellt wurde. Im Abgangsbogen der psychiatrischen Klinik war „keine Aussicht auf soziale Anpassung" festgehalten. Ausgelöst wurde die Aufnahme durch andere Hausparteien des Wohnhauses der Eltern, die „wegen des Verhaltens des Kindes und angeblicher Kindesmißhandlung die Anzeige bei der Fürsorge erstattet" hatten (KG7a_S:24.01.1969). Im polizeiärztlichen Parere ist festgehalten, dass das Kind „selbst- und gemeingefährlich" (ebd.:23.01.1969) sei. Das Mädchen, dem bei der Aufnahme auf Pavillon 15 „Oligophrenie und erethische Idiotie" diagnostiziert wurde, wies Brandwunden im Gesicht auf. Die Mutter des Kindes gab hierzu an, der Vater habe Zigaretten im Gesicht des Kindes ausgedrückt. Weiter ist in der Anamnese vermerkt: „Über bd Gesäßhälften zahlreiche Hyperpigmentationen im Sinne von Kratzresiduen wahrscheinlich zufolge mangelnder Pflege." (ebd.) Wenige Tage nach Aufnahme des Kindes auf Pavillon 15 wurde festgehalten, dass die Fürsorge über eine gegen den Vater erstattete Anzeige wegen Kindesmisshandlung informiert habe. Dennoch wurde dieser Ende 1970 zum Kurator des Mädchens bestellt. Erst gut dreißig Jahre nach ihrer Einlieferung wurde die Frau aus dem Psychiatrischen Krankenhaus in eine andere stationäre Einrichtung entlassen. Der Fall lässt sichtbar werden, wie manche Kinder durch die soziale und institutionelle Umwelt von Opfern zu TäterInnen umdefiniert, von allen Seiten im Stich gelassen und schlussendlich dauerhaft am PKH „verwahrt" wurden."[69]

Zuweisung pflegeintensiver Fälle aus anderen Krankenanstalten

Kinder und Jugendliche wurden regelmäßig aus anderen Krankenanstalten auf Pavillon 15 transferiert. Die Zuweisung erfolgte in der Regel über die heilpädagogische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik am AKH Wien,

---

[69] Vgl. einen ähnlich gelagerten Fall bei Laburda 1982:76.

das NÖ Landeskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie in Klosterneuburg/Gugging sowie die Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder am Neurologischen Krankenhaus der Stadt Wien-Rosenhügel bzw. vor 1966/1975 auf Pavillon XVII des Altersheimes Lainz. Aus dem eben zitierten Fallbeispiel und weiteren Krankenakten, die im Zuge eines Forschungsprojektes zur Malariatherapie in den ersten beiden Nachkriegsjahrzehnten gesichtet worden waren, geht hervor, dass auch die Wiener Universitätsklinik für Neurologie und Psychiatrie als zuweisende Stelle auftrat (vgl. Heiss 2015). Gerade bei Fällen konstatierter „schwerer geistiger Behinderung" wurde nicht zuletzt aufgrund von Betreuungsschwierigkeiten der Eltern eine Überstellung auf Pavillon 15 veranlasst. So wurde ein achtjähriges Mädchen, das bisher bei den berufstätigen Eltern gelebt hatte, nach ihrer Aufnahme im AKH und der Diagnose „Idiotie" bereits nach einem Tag direkt auf den Steinhof weiterverwiesen.

Es lassen sich mehrere Gründe für die Überweisungen ausmachen: Zunächst lässt sich am Beispiel der „Rett-Klinik" feststellen, dass oft weniger die Nöte der Eltern (Überlastung, keine Möglichkeit der Betreuung, fehlende finanzielle Ressourcen etc.), sondern die Funktionsdefinitionen und Relevanzkriterien der stationären Einrichtungen ausschlaggebend für eine solche Überstellung waren: Kinder wurden häufig dann transferiert, wenn sie für die Abteilung weder medizinisch relevant genug waren noch finanzielle Einnahmen brachten (vgl. auch Teilstudie zur Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder in diesem Band).

Wurde ein Kind nicht als Behandlungsfall, sondern als reiner Pflegefall eingestuft, der womöglich noch durch gravierendere Verhaltensauffälligkeiten den Stationsalltag irritierte, und war es auch für Forschungszwecke uninteressant, kam es in der Regel zur Überweisung ins Psychiatrische Krankenhaus. Bei jenen PatientInnen, die als reine Pflegefälle kategorisiert wurden, kam es zur „Asylierung"[70], d.h. die Krankenkassen übernahmen die Kosten der Unterbringung und Behandlung nicht weiter. Diese mussten daraufhin vom Patienten oder der Patientin selbst bzw. gegebenenfalls von unterstützungspflichtigen Angehörigen übernommen werden. Im Falle ungenügender finanzieller Mittel von privater Seite fiel die Aufgabe der Finanzierung an

[70] Der Vorgang der Ablehnung der Kostentragung durch den Sozialversicherungsträger wurde bis zum 2. Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2003 als „Asylierung" bezeichnet. Danach wurde der Begriff als nicht mehr zeitgemäß gestrichen, den Vorgang an sich gibt es aber nach wie vor (vgl. Kontrollamt der Stadt Wien 2005:8) – und auch der Begriff dürfte vereinzelt noch verwendet werden, wie das nachfolgend zitierte OGH-Urteil aus 2009 zeigt.

den zuständigen Sozialhilfeträger, d.h. im konkreten Fall in das Sozialresort der Stadt Wien. Für die Frage der Definition eines Behandlungs- oder Pflegefalles war und ist das Ermessen des behandelnden Arztes bzw. der behandelnden Ärztin maßgeblicher Faktor, wie ein OGH-Urteil von 2009 explizit machte:

> „Eine Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinn liegt nur dann vor, wenn ein Leiden behandlungsbedürftig ist. Inwieweit eine solche Behandlungsbedürftigkeit vorliegt, hängt wiederum von der Diagnose des Arztes ab, der somit eine wesentliche Funktion bei der Abgrenzung des Krankheitsbegriffes ausübt. Mangelt es an der Behandlungsbedürftigkeit, handelt es sich lediglich um einen Asylierungs- oder Pflegefall." (OGH zu GZ 10 ObS 99/08v, 27.01.2009)

Im Bemühen um einen widmungsgemäßen und kostenbewussten Ressourceneinsatz kamen und kommen an die Krankenanstalten auch sogenannte „Einschauärzte" der Krankenkassen, um die Behandlungsbedürftigkeit der stationär aufgenommenen PatientInnen zu prüfen. In einem Prüfbericht des Kontrollamtes der Stadt Wien zum Belegs- und Betreuungsmanagement von Krankenanstalten und Geriatriezentren im Wiener Krankenanstaltenverbund ist das Zusammenwirken von behandelnden ÄrztInnen und EinschauärztInnen folgendermaßen zusammengefasst:

> „Der angeführten Unterlage war zu entnehmen, dass es auf Grund des Behandlungsverlaufes Sache des ‚behandelnden Arztes' sei zu entscheiden, ob und wann ein Patient als so genannter Asylierungsfall formal zu entlassen und zugleich als Pflegefall aufzunehmen ist. Es bestehe aber auch die Möglichkeit, dass die für den Patienten zuständige Krankenkasse diesen nach einer Einschau zum Pflegefall erkläre." (Kontrollamt der Stadt Wien 2005:69)

Wie häufig die behandelnde ÄrztInnenschaft selbst eine „Asylierung" von nachfolgend auf Pavillon 15 überstellten Kindern und Jugendlichen einleitete und wie oft dieser Vorgang durch „Einschauärzte" der Krankenkassen angestoßen wurde, kann auf Basis der zur Verfügung stehenden empirischen Daten nicht beantwortet werden. Behandelnde ÄrztInnen zuweisender Krankenhäuser veranlassten jedenfalls auch selbst aktiv die Transferierung von Kindern und Jugendlichen in den „Kinderpavillon" des PKHs. Häufig dürfte ein Asylierungsvorgang durch die Krankenkassen erst nachfolgend am Psychiatrischen Krankenhaus erfolgt sein, so lassen jedenfalls die gesichteten Krankenakten vermuten. Beispielhaft hierfür ist die Überstellung eines 13-jährigen Jugendlichen aus der „Rett-Klinik" mittels „Anstaltsparere" mit folgender von Andreas Rett gezeichneten Begründung: „Da es sich um einen Pflegefall handelt, wurde die Überweisung des Kindes an die Kinderstation des psychiatrischen Krankenhauses eingeleitet." (KG17a_S:30.09.1966) In

der Krankenakte des PKH ist für den November des gleichen Jahres die Asylierung vermerkt.

Anhand der heilpädagogischen und kinderpsychiatrischen Diskurse der 1950er und 1960er Jahre über die Frage der Unterbringung „schwachsinniger" Kinder lässt sich rekonstruieren, dass stationäre Daueruntergebringungen mit einer Mischung aus sozialen und materiellen Beweggründen (bezogen auf die Herkunftsfamilien) einerseits und mangelhaften institutionellen Angeboten andererseits argumentiert wurden. So sahen sowohl Asperger (heilpädagogische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik) als auch Spiel (Kinderstation der Wiener Universitätsklinik für Psychiatrie und Neurologie) die familiäre Versorgung als die zu bevorzugende Option an, allerdings sei dies faktisch nicht immer möglich, wie etwa Asperger ausführt:

> „Dieser günstigste Fall – Einzelpflege und Einzelunterricht (in der Familie, Anm. d. Verf.) – ist aber leider nicht sehr häufig gegeben, schon aus materiellen Gründen. Sonst bleibt eigentlich nur Unterbringung in einer Spezialanstalt übrig, bei möglichst kleinen Gruppen, da sich solche Kinder in Gesellschaft ähnlich gearteter natürlich noch mehr „in die Höhe steigern", bei idealen Erziehern, welche schon durch ihr Wesen Ruhe und Konzentration ausstrahlen. An solchen guten Anstalten besteht freilich überall großer Mangel. Manchmal ist darum auch bei diesen Fällen, besonders wenn es sich um auch intellektuell gestörte Kinder handelt, Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt der einzige Ausweg." (Asperger 1961:122)

Dabei ist zu beachten, dass Asperger „Schwachsinn" nicht nur als Mangel an Intelligenz verstand, sondern diesen auch – vor allem bei Jugendlichen – in fehlender sozialer Anpassung manifestiert sah, und zwar bei „Burschen in der Richtung auf Arbeitsscheu, Diebstähle, eventuell Trunksucht, die Mädchen in Bezug auf sexuelles Abgleiten" (ebd.:79; vgl. auch Geiger 2015:237f.). Insbesondere in Hinblick auf die Schlüsselrolle, die die heilpädagogische Abteilung in der Begutachtung von Kindern und Jugendlichen in „Gemeindepflege" in Wien einnahm, erscheint diese Betrachtungsweise, die wenig mit Wissenschaft als vielmehr mit sozialer Kontrolle der „Unterschichten" zu tun hat, als bemerkenswert und vermutlich für die Begutachteten folgenschwer.

Während sich die Anstaltsunterbringung bei Asperger als manchmal nicht vermeidbare Notlösung zeigt, plädierte Spiel zwar grundsätzlich auch für die Versorgung in der Familie, befürwortete aber bei den „schwersten Fällen" deutlich eine stationäre Versorgung,

> „(…) weil die Erfahrung uns lehrt, daß oft eines fast idiotischen Kindes wegen ein oder mehrere andere normal intelligente Kinder in der Familie zurückgesetzt werden. (...) Weiterhin deshalb, weil wir die Erfahrung machten, daß Eltern, wenn sie ein solches Kind bei sich haben, nicht mehr den Mut haben, un-

> ter Berücksichtigung aller Vorsichtsmaßregeln und vorheriger genauer erbbiologischer, klinisch-pädiatrischer, neurologisch und psychiatrischer Beratung es wagen, an ein neues Kind zu denken. Diese Haltung ändert sich, ist das gestörte Kind im Heim." (Spiel 1967:93)[71]

Die bereits geschilderten Fallverläufe von Kindern, deren Eltern zunächst bei Andreas Rett in Beratung waren, lässt zum Teil ähnliche Entscheidungsorientierungen vermuten.

Häufig wurden die Angehörigen nicht über solch eine Überstellung informiert, sondern standen beim nächsten Besuch im Krankenhaus vor vollendeten Tatsachen, wie mehrfach in den Interviews berichtet wurde und auch in folgendem Zitat ersichtlich wird:[72]

> „Naja und da war aber das Problem, ich habe getobt, ich bin der Schuldige, sie haben nicht gefragt, ob mich mein Bruder geschlagen hat und warum und wieso. Ich habe getobt, ich bin der Aggressive. (…) Mich haben sie dann festgenommen, haben mich in die Klinik Hoff, das ist heute das psychiatrische Krankenhaus (I: Universitätsklinik) Universitätsklinik, Psychiatrie, ja? Dort haben sie so Elektroschocks da raufgeklemmt, ja, haben mir Infusion und Spritzen gegeben, dass ich ganz im Delirium war. Ich habe alles nur mehr verschwommen gesehen, war dort eine knappe Woche und bin dann abgeschoben worden nach Steinhof. (…) Direkt von der Klinik Hoff, ja. Was mich eigentlich geärgert hat, dass sie meiner Mutter als Erziehungsberechtigte nicht gesagt haben, wo ich bin." (IP55_B:18ff.; zeitl. Bezug: Mitte 1960er Jahre)

In den gesichteten Quellen ist dann ein intensiveres Bemühen festzustellen, ein Kind in einer anderen Einrichtung als dem PKH unterzubringen, wenn es aus einer sozial besser gestellten Familie kam, nicht zuletzt, weil dies ein Anliegen der Eltern war und letztere auch im Stande waren, die höheren Kosten zu tragen. Besonders deutlich wird dies anhand jener PatientInnen die von der Abteilung Rett an den Pavillon 15 abgegeben wurden, weil die zuständigen Krankenkassen die Übernahme der Kosten ablehnten. Diese Thematik wird in der Teilstudie zur Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder nochmals aufgegriffen (vgl. Studienteil C).

---

71 In der Argumentation von Spiel wird zudem eine eugenische Ausrichtung ersichtlich (vgl. auch Geiger 2015).

72 Vgl. zudem IP18_A; IP41_A; IP45_A.

Verschränkung von Heim- und Spitalsstrategien in „Karriereverläufen hin zu Pavillon 15

Die folgenden beiden Fälle machen das Zusammenwirken familiärer Belastungen und Überforderungen, von Weiterreichungs- und Entledigungspraktiken unliebsamer ‚Fälle' durch die Heime, der Aufsplittung finanzieller Zuständigkeiten und daraus resultierender Budgetlogiken in der Gestaltung des ‚Karriereverlaufs' von Kindern und Jugendlichen bis hin zum „Kinderpavillon" exemplarisch sichtbar. Erkennbar wird auch die Folgewirkung der handlungsleitenden Kategorisierungssysteme in „entwicklungsfähig/nicht entwicklungsfähig" (austauschbar durch „bildungsfähig/nicht bildungsfähig", „lernfähig/nicht lernfähig" etc.):

Ein bei seiner Einweisung auf Pavillon 15 im Jahr 1975 fünfjähriger Bub war zuvor im Kinderheim St.Raphael (Molitorgasse) untergebracht. Bei seiner Aufnahme auf Pavillon 15 wurden ein vorliegender „Autismus, Erethismus, eine hochgr. geistige Entwicklungshemmung. Cerebralschaden (psychiatrische Diagnose: hochgr. Schwachsinn bei Cerebralschaden)" (KG3a_S) diagnostiziert. Wie in der überwiegenden Mehrheit der Überstellungen aus Kinderheimen, wurde auch seine „Untragbarkeit im Heim" zum Ausgangspunkt der Einweisung. Zuvor wurde er auf Ansuchen der Heimleitung dem Psychologischen Dienst des Wiener Jugendamtes zugewiesen, um weitere Unterbringungsmöglichkeiten zu klären. Die in der Krankenakte integrierten Gutachten und Korrespondenzen lassen erkennen, dass die Mutter um eine Förderung des Buben und eine adäquate Unterbringung bemüht war. Nach vorausgegangenen Heimunterbringungen und kinderärztlichen bzw. heilpädagogischen Untersuchungen wurde der psychologische Dienst der MA 11 vom Heim eingeschaltet, um die Zuweisung in eine geschlossene Anstalt in die Wege zu leiten. Überlegt wurde die Unterbringung des Buben im Haus der Barmherzigkeit oder im Psychiatrischen Krankenhaus Baumgartner Höhe.

Weiter wurde der Rat der Kinderabteilung der Universitätsklinik für Neurologie und Psychiatrie eingeholt. Überlegungen, den Buben dort in einer Versuchsgruppe mit autistischen Kindern aufzunehmen, scheiterten wegen des – wie es im Gutachten heißt – „verfestigten autistischen Zustandsbildes" und des „tiefen Intelligenzniveau(s)".[73] Aufgrund dieses Gutachtens ersuchte die Heimfürsorge der KÜST um Vorstellung des Kindes beim Amtsarzt des

[73] Gutachten der Kinderabteilung der Universitätsklinik für Neurologie und Psychiatrie vom 08.07.1975, KG3a_S.

zuständigen Polizeikommissariats, um die Einweisung in das Psychiatrische Krankenhaus einzuleiten. [74] Unter Bezugnahme auf das kinderpsychiatrische Gutachten sowie der Feststellung einer „sehr schlechten Prognose“ wird im Polizeiparere resümiert:

> „Es besteht bei dem Kind eine Selbstgefährlichkeit und auch wegen Aggressionen Gemeingefährlichkeit. Es muß deshalb die Einweisung in eine geschlossene Abteilung erfolgen.“ [75]

Auf Pavillon 15 wurde von oberärztlicher Seite festgehalten, der Patient sei laut Mitteilung der Schwester im Kinderheim St. Raphael (Molitorgasse) „wegen seiner Verhaltensstörungen und Erregungszustände nicht länger haltbar gewesen“. Er hätte sich nicht in die Gemeinschaft einfügen können und habe die übrigen Kinder gestört.“[76]

Das zweite Fallbeispiel liegt genau genommen schon im Grenzbereich des Untersuchungszeitraums. Die „Heim- bzw. PatientInnenkarriere“ beginnt allerdings bereits Mitte der 1970er Jahre und der Fallverlauf zeigt die Weiterverweisungsstrategien unterschiedlicher stationärer Einrichtungen besonders eindrücklich auf: Im Frühjahr 1983 wurde ein 13-jähriger Jugendlicher mit der Diagnose „geistige Behinderung, Verhaltensstörung“ per Anstaltsparere des Neurologischen Krankenhauses Rosenhügel auf den gerade erst auf Pavillon 17 übersiedelten „Kinderpavillon“ des PKH überstellt. Bereits 1975 war er mit viereinhalb Jahren an der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder ambulant psychologisch getestet worden.[77] Auf Ersuchen der berufstätigen Mutter und der herzkranken Großmutter wurde der Bub zunächst ab Mitte 1976 im Kinderheim Liebhartstal untergebracht. Dort wurde er regelmäßig von den Angehörigen besucht und phasenweise mit nach Hause genommen. Allerdings hätten sich die Angehörigen aufgrund des als schwierig bezeichneten Verhaltens des Kindes außerstande gesehen, es wieder in Eigenpflege zu übernehmen. 1982 wurde der Junge „wegen Untragbarkeit“ (diese Begründung findet sich in vielen Kinder- bzw. Krankenakten in stereotyper Weise verzeichnet) zur Beobachtung an die Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder des NKH Rosenhügel überwiesen. Nach Abschluss der Untersuchungen verweigerte die Heimleitung Liebhartstal seine Rücknahme, in der Folge verblieb das Kind bis zum Frühjahr 1983 an der Rett-Klinik. Versuche, über den Heimverbindungsdienst des Wiener Jugendamtes einen

---

74 Schreiben des Leiters der Kinderübernahmestelle vom 27.10.1975, KG3a_S.
75 Parere vom Polizeikommisariat Simmering vom 29.10. 1975, KG3a_S.
76 Aufnahmeblatt von Dr. Mimra vom 30.10.1975, KG3a_S.
77 Ein entsprechendes Gutachten liegt der Krankenakte allerdings nicht bei.

anderen geeigneten Heimplatz zu finden, blieben erfolglos.[78] Schließlich veranlasste Andreas Rett im April 1983 die Überstellung des nunmehr Jugendlichen auf Pavillon 15 mit folgender Begründung:

> „Laut Rücksprache mit dem Kinderheim Liebhartstal ist dieses nicht mehr bereit den Pat. zu übernehmen. Die Krankenkassa (Wr. Geb. Krankenkassa) hat die Pflegegebühren für den Aufenthalt des Kindes seit 20.9.1982 voll übernommen, ist jedoch nicht mehr bereit diese weiter zu tragen. Es wurde uns mit 1.5.1983 eine Kündigung mit der Begründung ‚Asylierungsfall' von der Kassa erteilt. Da es sich im vorliegenden Fall trotz intensivster Bemühungen zu keiner wesentlichen Besserung bringen liess (sic!), keine Fortschritte erreicht werden konnten(,) die eine Weiterbehandlung des Kindes begründen könnten, müssen wir höfl. und dringend ersuchen, für das Kind eine Unterbringung so rasch als möglich anderweitig zu ermöglichen. Wir sind ausserstande (sic!) die Kassa zu einer weiteren Kostenübernahme zu bemüssigen (sic!)."[79]

Auch wenn die Fallverläufe der schlussendlich auf Pavillon 15 eingewiesenen Kinder und Jugendlichen im Detail beträchtliche Unterschiede aufweisen, wird an ihnen übergreifend häufig die zentrale Bedeutung erstens weitgehend fehlender Unterstützungs- und Betreuungsangebote für diese Zielgruppe und zweitens die „Abschiebepolitiken" der vorhandenen Einrichtungen im sozialpädagogischen und medizinischen Bereich erkennbar.

Die Analyse von über hundert Krankenakten von Kindern und Jugendlichen, die im Untersuchungszeitraum auf Pavillon 15 untergebracht waren, führt in Übereinstimmung mit den Studienergebnissen von Laburda (1981) zur Schlussfolgerung, dass die körperliche und psychische Verfassung eines überwiegenden Teils dieser Kinder und Jugendlichen bereits vor der Aufnahme aufgrund vorheriger Fehlversorgungen in anderen medizinischen Einrichtungen sowie Heimen oder manchmal auch in der Herkunftsfamilie stark in Mitleidenschaft gezogen worden ist. Viele der Kinder wiesen bereits vor ihrer Unterbringung auf dem „Kinderpavillon" zum Teil gravierende Hospitalisierungsschäden auf oder litten unter Folgen mangelnder medizinischer Versorgung. Diese in beträchtlichem Ausmaß durch die katastrophalen Bedingungen für die frühkindliche Entwicklung (mit-)verursachten multiplen Deprivationsfolgen bildeten dann die Grundlage für die vorgeblich wissenschaftlich fundierte Diagnose der Behinderungen – sie wurden biologisiert und damit zugleich individualisiert.

---

[78] Zusammenfassung der Vorgeschichte auf Basis eines Schreibens von Andreas Rett an das Bezirksjugendamt 15 vom 20.04.1983 und Rett an die KÜST vom 15.04.1983, KG22a_S.

[79] Schreiben von Andreas Rett an die KÜST 15.4.1983, KG22a_S.

5.4. AUFNAHMEDIAGNOSEN

Auf den vorgedruckten Deckblättern der Krankengeschichten finden sich mehrere Felder, die Raum für die Dokumentation von Diagnosen und Krankheitsverläufen bieten. Die Einträge auf den Deckblättern der Krankenakten können an dieser Stelle zwar nicht systematisch ausgewertet werden, sie erlauben aber einige relevante Schlüsse im Zusammenhang mit der Einweisung der PatientInnen und werden deshalb im Folgenden kurz besprochen.

Die Angaben zu den Diagnosen waren bis Mitte der 1970er Jahre zweigeteilt: erstens war die „offiz. Diagnose Nr." einzutragen und zweitens die „klinische Diagnose". Unter der „klinischen Diagnose" finden sich häufig Krankheitsbezeichnungen, die mitunter aus dem polizeilichen Parere übernommen wurden. Einerseits handelte es sich dabei häufig um Diagnosen, die bereits vor dem Einweisungsprocedere durch medizinische Institutionen wie der Kinderklinik des AKH, der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder des Neurologischen Krankenhauses der Stadt Wien Rosenhügel oder dem Psychologischen Dienst des Jugendamts erstellt und im Parere repliziert wurden. Andererseits ging es hierbei oft um Diagnosen, die AmtsärztInnen erstellten, wenn sie von Heimleitungen oder von Eltern zur Begutachtung von Kindern, die direkt an das Psychiatrische Krankenhaus abgegeben werden sollten, hinzugezogen wurden. Neben Bezeichnungen der „geistigen Behinderung" wurden mitunter auch körperliche Erkrankungen benannt. Beispielsweise lautete die „klinische Diagnose" eines 1957 geborenen und 1973 vom Kinderpavillon Lainz eingewiesenen Patienten: „Angeb. (?) Entwicklungshemmung mit Idiotie, Erethie, Minderwuchs, spast. Zeichen an den Extrem. u. asthetoider Bewegungsunruhe der Finger".

Im Feld „Offiz. Diagnose" finden sich Diagnosenummern entsprechend der jeweiligen Diagnoseschlüssel. Bis über Mitte der 1970 Jahre hinaus stützten sich die ÄrztInnen auf den so genannten „Würzburger Diagnoseschlüssel"[80], der 1933 bei der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie als offizielles Diagnoseschema vorgestellt wurde. Basierend auf dem nosologischen System Emil Kraepelins (vgl. Kraepelin 1916) umfasste es 21 Kategorien. Die Nummern 1a und 1b, die auf den Krankenakten des Pavillon 15 am häufigsten als offizielle Diagnose zu finden sind, bedeuteten nach dem Würzburger Schlüssel „angeborener Schwachsinn" und „erworbe-

[80] Dieses Diagnoseschema stammt aus dem Jahre 1933 (vgl. Dörries/Vollmann 1997)

ner Schwachsinn“. Eine weitere häufig zu findende Nummer ist 13, Epilepsie. Auf vielen Krankenakten finden sich ab Mitte der 1970er Jahre alternativ oder parallel zu den Nummern des Würzburger Schlüssels auch Diagnosenummern des ICD, der 1948 von der WHO vorgelegten International Classification of Diseases (ICD-6). Dieses kontinuierlich erweiterte Diagnosesystem (ICD-7 1955, ICD-8 1965) wurde in der Psychiatrie nur zögerlich angenommen und konnte die landesspezifischen, älteren Klassifikationssysteme – wie den Würzburger Schlüssel im deutschsprachigen Raum – zunächst nicht ablösen. Erst der ICD-9 (1975) bewährte sich als einheitlicher Diagnoseschlüssel in der deutschsprachigen Psychiatrie (vgl. Jäger 2015:37).

Ein nicht immer, aber häufig ausgefülltes Feld der vorgedruckten Mantelblätter bezieht sich auf die „Heredität“ (Erblichkeit) der Erkrankung. Die standardisierten Deckblätter beinhalteten zudem die Felder „Beginn (Dauer) der Erkrankung“, „frühere psychische Erkrankungen“ sowie „frühere Anstaltsbehandlung“, die in der Regel bei PatientInnen des Pavillon 15 unausgefüllt blieben. Ab Mitte der 1970er Jahre wurden die standardisierten Deckblätter neu gestaltet. Angaben zur „Heredität“ wurden in diesen nicht mehr abgefragt. Anstelle der bis zu diesem Zeitpunkt verzeichneten „klinischen Diagnose“ finden sich die Felder „Aufnahmediagnose“, „Diagnosenummer“ und die „psychiatrische Diagnose“.

In der überwiegenden Mehrzahl der Krankenakten sind bei der Einweisung als Erstdiagnosen Formen des „Schwachsinns“, entsprechend dem Würzburger Diagnoseschema, genannt. Darunter fielen „Oligophrenie“, „Debilität“, „Erethismus“, „höhergradiger Schwachsinn“, „höhergradige Entwicklungshemmung“, „Cerebralschaden“, „Imbezillität“ und „Idiotie.“ Als Zweitdiagnosen finden sich häufig „Epilepsie“ (nach dem Würzburger Schlüssel mit der Zahl 13 gekennzeichnet) sowie körperliche Begleiterscheinungen wie Spastizität, Hydrocephalus und Mikrocephalus etc. Eine Bereitschaft, den Zustand eines Patienten bzw. einer Patientin einer nochmaligen eingehenden Begutachtung zu unterziehen, um etwa eine mögliche Entlassung zur Diskussion zu stellen, blieb im Regelfall aus. Die Tatsache, dass sich einmal gestellte Diagnosen verfestigten, lässt sich auch anhand der jährlichen eingeholten Gerichtsgutachten nachvollziehen (vgl. den Beitrag von Hammerschick in diesem Band).

Exkurs: Gerichtsgutachter Friedrich Stumpfl

Die ideologischen Hintergründe der Gutachter, die in den gerichtlichen Beschlüssen zur weiteren Anhaltung von Kindern und Jugendlichen auf Pavillon 15 genannt sind, konnten in dieser Studie nicht systematisch untersucht werden. Die politische und wissenschaftliche Vergangenheit eines besonders

oft als Gutachter herangezogenen Mediziners, Friedrich Stumpfl, sei an dieser Stelle aber kurz skizziert (vgl. Mayer 2009).

Friedrich Stumpfl (1902-1997) war ein österreichischer Psychiater, Anthropologe und Eugeniker. Nach seiner medizinischen Promotion 1926 begann er seine Facharztausbildung an der Wiener Klinik von Julius Wagner-Jauregg, von wo aus er 1930 an die „Genealogisch-Demographische Abteilung der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie“ wechselte. An diesem, vom führenden deutschen Psychiater und Eugeniker Ernst Rüdin geleiteten Institut führte er Forschungen zu Zusammenhängen von Geisteskrankheiten, Psychopathien und Kriminalität durch und leitete daraus Forderungen zur Ausweitung des NS-Sterilisationsgesetzes ab. Seine Empfehlungen lauteten, neben Menschen, bei denen Epilepsie, „manisch-depressives Irresein“, Schizophrenie oder „Schwachsinn“ egal welchen Grades diagnostiziert wurde, auch Schwerkriminelle und „Asoziale“, zu denen er auch Bettler und „Vagabunden“ zählte, zu sterilisieren. 1936 habilitierte er in München, und 1939, im gleichen Jahr, in dem er der NSDAP beitrat, erhielt er eine Professur für „Erb- und Rassenbiologie“ an der Universität Innsbruck. Er erstellte verschiedene Gutachten zu praktischen Fragen der „NS-Erbpflege“ und war 1940-1945 als beratender Jugendpsychiater des Jugendamtes in Erziehungsheimen sowie bei den NSV-Jugendgerichten tätig. Sein wissenschaftliches Schaffen betrachtete Stumpfl selbst vor 1945 als hochpolitische, der NS-eugenischen Gesetzgebung dienende Angelegenheit.

1946 jedoch bescheinigte ein Untersuchungsausschuss der Universität Innsbruck Stumpfl, er hätte seine Vorträge stets auf „streng wissenschaftlichem Niveau“ gehalten und sei „politisch nie tätig“ geworden. Nach Kriegsende konnte Stumpfl weiter klinisch arbeiten, leitete von 1946 bis 1947 die Neurologische Ambulanz der Innsbrucker neurologisch-psychiatrischen Klinik, wo er auch eine kinderpsychiatrische Station einrichtete. 1947 wurde Stumpfl endgültig entnazifiziert, wurde im gleichen Jahr Assistent für vergleichende Erziehungswissenschaft in Salzburg, wo er Vorlesungen über „Pathopsychologie des Kindesalters und über Entwicklungspsychologie“ hielt, und leitete eine Erziehungsberatung für schwererziehbare Kinder am Institut für Erziehungsberatung. Ab 1949 erstellte er als Sachverständiger Gutachten für das Wiener Landesgericht und die Kreisgerichte St. Pölten und Wiener Neustadt sowie bei für Jugendgerichte. Im Herbst 1953 nahm er seine Vorlesungstätigkeit in Innsbruck wieder auf, erhielt 1959 vom Unterrichtsministerium den Titel außerordentlicher Professor verliehen. Eugenik blieb indessen Bestandteil seiner Forschung und Lehre. Seiner Selbstdarstellung nach dem Zweiten Weltkrieg als politik- und ideologiefreier Grundlagenwissenschaftlers folgte auch die medizinische Fakultät Innsbruck im Zuge der Vergabe von Lehrauf-

trägen und der außerordentlichen Professur. Zu seiner Gutachterpraxis bis in die 1970er Jahre ist wenig bekannt, fest steht jedoch, dass er als Sachverständiger Wiener Gerichte in Beschlüssen über die dauerhafte Anhaltung von Kindern und Jugendlichen am Pavillon 15 des OWS involviert war (vgl. ebd.).

6. Medizinische Standards und Versorgung

Gudrun Wolfgruber, Katja Geiger

Der Pavillon 15 des Psychiatrischen Krankenhauses stellte im Zeitraum der vorliegenden Untersuchung in erster Linie eine Einrichtung dar, deren Zweck die dauerhafte Unterbringung von Kindern und Jugendlichen mit meist schweren Behinderungen war. Neben der Pflege umfasste die „Verwahrung" auch die medizinische Versorgung der PatientInnen bei akuten Erkrankungen, nach Unfällen sowie die kontinuierliche Behandlung chronischer Krankheiten. Ersteinweisungen von PatientInnen anlässlich akuter Erkrankungen oder Unfallfolgen kamen hingegen nicht vor. Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, welche medizinisch-therapeutischen Maßnahmen gesetzt wurden und wer für die Entscheidungen darüber sowie für die praktische Durchführung verantwortlich war. Besonderes Augenmerk liegt auf dem Einsatz sedierender Medikamente, die der im Vorfeld der Studie geäußerten Kritik zufolge im Übermaß verordnet wurden. Den erhobenen Befunden liegt die Auswertung von Krankengeschichten und von mit seinerzeitigen ÄrztInnen, PflegerInnen, PatientInnen und Angehörigen durchgeführten Interviews zugrunde. Es soll ein erster Überblick zur medizinischen Versorgung auf Pavillon 15 von den 1950er- bis in die 1980er Jahre gegeben werden. Eine nach Jahren differenzierte Darstellung ist aber auf Basis des Datenmaterials nicht bzw. nur sehr eingeschränkt möglich. Soweit das Quellenmaterial dies erlaubt, werden auch Schlüsse über Abweichungen von medizinischen Standards im Umgang mit den PatientInnen gezogen. Eine umfassende Einbettung der medizinischen Praxis auf Pavillon 15 in zeitgenössische pädiatrische, psychiatrische und heilpädagogische Diskurse kann im Rahmen dieser Studie nicht geleistet werden, wäre aber, gerade was den Einsatz von Psychopharmaka in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen anbelangt, ein lohnendes Unternehmen weiterführender Forschung.

Anamnese und Diagnostik

Grundlagen der in den Krankenakten verzeichneten Diagnosen bildeten weniger an der Anstalt durchgeführte medizinische Untersuchungen, vielmehr wurden überwiegend bereits im Zuge vorheriger stationärer Aufenthalte, zuweisender Stellen sowie des polizeilichen Parere erstellte Diagnosen über-

nommen. Die Diagnosen wurden von Institution zu Institution mitgetragen und in der Regel weder hinterfragt noch einer Überprüfung unterzogen. Ersichtlich ist, dass die verzeichneten Diagnosen weniger auf eine spezifische Behandlung zielten, sondern vorrangig der Legitimierung der Unterbringung auf Pavillon 15 dienten.

Aufgrund zumeist fehlender Kontakte mit Eltern oder Angehörigen konnten bei der Aufnahme auf Pavillon 15 in der Regel keine ausführlichen Anamnesen erhoben werden. Stattdessen finden sich im Rahmen einer Erstuntersuchung durchgeführte Beobachtungen den somatischen sowie psychischen Status der Kinder betreffend verzeichnet. Wissen über den sozialen und familiären Hintergrund wurde nur bruchstückhaft interinstitutionell weitergegeben. Sowohl der Anamnese als auch der Diagnostik kommt somit auf Pavillon 15 primär ein administrativer sowie legitimatorischer Wert denn eine behandlungsanleitende Funktion zu. Sie lassen sich auch als vorgeblich wissenschaftlich fundierte Rechtfertigung einer systematischen, institutionalisierten Beziehungsabwehr von Seiten des medizinisch-psychiatrischen bzw. pflegerischen Personals verstehen.

Medizinische Grundversorgung

Somatische Beschwerden und interne Krankheiten (z.B. Magen-Darm-Beschwerden), grippale Infekte, Kinder- und Hautkrankheiten scheinen den Eintragungen in den medizinischen Dekursen als auch Interviews zufolge in der Regel medizinisch behandelt worden zu sein. Bei Verletzungen wie Knochenbrüchen, schwerwiegenden Infektionen oder notwendigen Operationen wurden die auf Pavillon 15 untergebrachten Kinder und Jugendlichen zur Weiterbehandlung in das Wilhelminenspital oder AKH transferiert. Die zahnmedizinische Behandlung erfolgte mehrheitlich auf einer Zahnstation in einem anderen Pavillon des PKH oder in der Ambulanz der Kinderzahnklinik.[81]

Eine umfassende Evaluation der Qualität der medizinischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen auf Pavillon 15 kann auf Basis der Krankenakten nicht geleistet werden. Vereinzelt lassen sich in den Akten aber gewisse Hinweise auf Mängel finden, so etwa in der Krankengeschichte einer im Alter von fünfeinhalb Jahren aufgrund von „Misshandlung und Verwahrlosung“ durch die Jugendwohlfahrtsbehörden 1961 eingewiesenen Patientin. Nach mehreren Jahren Aufenthalts, in dem das mit „Oligophrenie“ und „e-

[81] IP73_B:299, IP76_B:362ff.; IP8_P:546, IP78_B:337ff.

rethischer Idiotie“ diagnostizierte Mädchen durchgehend in Rückenlage im Bett gelegen war, kam der Verdacht eines Schilddrüsenleidens auf. Trotz Feststellung einer Hypothyreose (Schilddrüsenunterfunktion) im Jahr 1974 wurde erst deutlich zeitverzögert mit der entsprechenden medikamentösen Behandlung begonnen. Nachdem sich der körperliche Zustand 1975 massiv verschlechtert hatte, wurde ein Bluttest veranlasst, der stark abweichende TSH-Werte[82] zu Tage förderte. Selbst dem damals zuständigen Arzt zufolge war eine derartige Abweichung der Werte nur mit dem Versäumnis der Verabreichung der Schilddrüsenmedikamente erklärbar (KG7a_S). Der Verdacht liegt in diesem Fall nahe, dass Medikamente durch das Pflegepersonal nicht oder unzureichend verabreicht wurden.

Der Einsatz sedierender Medikamente

Während des Untersuchungszeitraums kam eine breite Palette an Medikamenten am Pavillon 15 zum Einsatz. Neben Medikamenten zur Behandlung somatischer Beschwerden wurden Psychopharmaka in großen Mengen an die Kinder und Jugendlichen verabreicht. Vor allem die ersten ab Mitte der 1950er Jahre verfügbaren Neuroleptika (Largactil, Serpasil) finden sich bald nach der Zulassung der Präparate in Krankenakten zur Behandlung unruhiger PatientInnen vermerkt (zur Geschichte der Neuroleptika vgl. Balz 2010). Folgende weitere Neuroleptika, Antiepileptika und andere sedierende Präparate sind häufig in den Krankenakten von Pavillon 15 verzeichnet: Mogadon, Haldol, Luminal, Nozinan, Melleril, Truxal, Dominal, Neuleptil, Sordinol, Tegretol, Mysoline, Valium, Convulex u.a.

Die Medikation diente weniger den individuellen Bedürfnissen der betroffenen PatientInnen, sondern vielmehr dem Bestreben, den Stationsalltag im Sinne des Pflegepersonals zu vereinfachen. Ob die Medikation beispielsweise mit Antiepileptika mit regelmäßigen neurologischen Kontrollen der epileptischen Grunderkrankungen einher ging, kann auf Basis der Krankenakten nur mangelhaft beurteilt werden, sehr wahrscheinlich erscheint es nicht (vgl. auch IP40_P:67). Ansätze einer selbstkritischen Sicht auf diese Praxis der medikamentösen Ruhigstellung sind aus den ärztlichen Einträgen in die Krankenakten nicht erkennbar. Auch der Öffentlichkeit gegenüber, so dieser Informationen über die Station überhaupt zugetragen wurden, scheint die Sedierung der Kinder und Jugendlichen weniger als fragwürdig als vielmehr als positive medizinische Möglichkeit dargestellt worden zu sein. In einem

[82] TSH ist ein Hormon, das zentral an der Steuerung der Schilddrüsenfunktion beteiligt ist.

Interview für die Arbeiterzeitung (AZ) aus dem Jahre 1973 berichtete der damalige Oberarzt von Pavillon 15 offenbar stolzerfüllt davon, den größten Medikamentenverbrauch der gesamten Anstalt aufzuweisen (vgl. AZ 30.06.1973:10).

Was die Dosierung der einzelnen Präparate bei einzelnen PatientInnen mit verschiedenen Diagnosen betrifft, ist kein einheitliches Muster erkennbar. Eindeutig festzustellen ist jedoch der Zusammenhang zwischen dem Verhalten der Kinder und Jugendlichen und der Menge der ihnen verordneten sedierenden Medikamente. Besonders bei sehr aktiven, teilweise auch im Netzbett bzw. durch Gurte beschränkten Kindern, deren Verhalten in den ärztlichen Eintragungen der Krankenakten als „laut und störend" klassifiziert wurde, kamen oft mehrere verschiedene Sedativa und Neuroleptika zum Einsatz. Eine kontinuierliche Steigerung der verabreichten Dosis eines Medikaments und Versuche, unterschiedliche Medikamente auszuprobieren und miteinander zu kombinieren finden sich häufig, vor allem in Fällen, in denen PatientInnen als „nachts laut und störend" beschrieben wurden. In der Krankenakte eines 1967 auf Pavillon 15 mit der Diagnose „Idiotie" aufgenommenen vierjährigen Buben finden sich 38 stereotype Einträge über nächtliches Schreien. Der Akt verzeichnet ausschließlich medikamentöse Verordnungen, jedoch keine Überlegungen über die Befindlichkeit des primär im Bett liegenden Buben oder ein ergänzendes therapeutisches Geschehen (KG7b_S).

Betroffen waren besonders seinerzeit als „erethisch" bezeichnete Kinder und Jugendliche, die vor allem nachts bettflüchtig waren oder häufig längere Zeit hindurch schrien. Eine frühe Definition des heute nicht mehr gebräuchlichen Begriffes der „Erethie" aus dem Jahre 1931 beschreibt unangepasstes Verhalten vor allem als Charakterstörung, die weniger für das betroffene Kind als vielmehr für seine Umwelt zum Problem werde:

> „Erethie ist ein Sammelname für verschiedenartige Erscheinungen von äußerlich ähnlichem Gepräge. Man versteht darunter die planlose, für andere qualvoll und unerträgliche werdende Unruhe von Kindern, das einförmige, rücksichts- und respektlose, unaufhörliche, oft sprunghafte, wenig beeinflussbare, von jedem Sinneseindruck abgelenkte Hasten und Greifen von einem zum anderen, welches ein ruhiges Spielen oder eine Selbstbeschäftigung wie bei einem Durchschnittskinde nicht aufkommen läßt, das In-ständiger-Bewegungsein, oft nur neugierig suchend, oft mehr aktiv brutal, mit dem Drang, alles zu zerstören, andere zu belästigen, zu stoßen und zu beißen, gelegentlich gesteigert zu einem sinnlosen und fruchtlosen Umherrennen, Springen, Klettern, einem anscheinend planvoll-boshaften Verhalten, bei mehr indifferenter oder mehr quengelig-nörgelnder Stimmungslage."(Schröder 1931, zit.n. Hilzer 2006:39)

In den gesichteten Krankenakten wird der Begriff in analoger Weise verwendet. Störend wahrgenommenem Verhalten wurde vornehmlich mit dem Einsatz sedierender Medikamente begegnet, wenngleich in den ärztlichen Eintragungen oft ausdrücklich vermerkt wurde, dass die betroffenen PatientInnen positiv auf Kontaktaufnahme und Zuwendung reagieren und sich dabei teilweise auch deutlich beruhigen würden.

Nach den Erzählungen seinerzeit auf Pavillon 15 tätigen Personals hätten die zuständigen Stationsschwestern auch eigenmächtig und unabhängig von ärztlichen Verordnungen viele Medikamente verabreicht, um ihre Ruhe zu haben. In der Folge wären die Kinder aufgrund der Überdosierung am nächsten Tag "total durcheinander" (IP3_P:30ff.) oder auch „entweder zu müde oder zu aufgekratzt gewesen" (IP13_P:88). Bis in die 1980er Jahre sei es zudem übliche Praxis gewesen, Beruhigungsmittel ins Essen der Kinder zu mischen:

> „Das Essen war halt immer so ein Breigatsch, für die in den Sälen, wo halt die (Pflege) Aufsicht gehabt hat. Und das hat man dann immer in so ein Menagereindl reingeben und viele haben sich dann gleich eine ganze Flasche Haldol dann hineingedrückt. Also zusätzlich zu den Medikamenten, die die Kinder eh gehabt haben, und dann ist man da durchgegangen, das hat dann ein jeder bekommen." (IP7_P:85)

In Interviews wurden wiederholt retrospektiv Zweifel an der Angemessenheit des Einsatzes von beruhigenden Medikamenten angemeldet. Ein Bub etwa, bei seiner Einlieferung auf Pavillon 15 ein „stinknormales, quietschlebendiges, behindertes vierjähriges Kind", sei bloß aufgrund seiner Lebhaftigkeit, weil er nicht im Netzbett geblieben sei und vielleicht sogar spielen habe wollen, mit Mogadon behandelt worden (IP7_P:106ff.).

Interviewpassagen wie die folgende illustrieren Szenen exzessiven Einsatzes von ruhigstellenden Medikamenten auch unter Anwendung körperlicher Gewalt:

> „(…) die sind zu acht oder neunt auf ihr drauf gesessen und alles so weggeflogen. Und da ist eine Turnusärztin dagewesen und die hat halt dann gesagt, sie hat ihr jetzt schon so viel Truxal gespritzt, das würde eine Kuh umbringen, sie kann ihr nichts mehr geben. Und es hat aber dann sich niemand überlegt, dass die vielleicht nicht Truxal braucht." (IP7_P:94)

Dass die hoch dosierten Medikamente negative Auswirkungen auf das Befinden der Kinder hatten, wurde auch von Angehörigen berichtet.[83] Die ältere

---

[83] IP16_E:71 und 205ff., IP18_A:126ff., IP41_A:92f., IP44_A:21f. und 51ff., IP45_A:257ff., IP44_A:52 und 290ff.

Schwester eines Buben erinnert sich etwa, dass ihr Bruder der Familie erst im Zuge seiner Unterbringung am Steinhof „wirklich behindert vorgekommen“ sei. Zuvor sei er ein bewegungsfreudiges Kind gewesen, gewohnt zu Hause zu spielen und mit dem Roller zu fahren. Rückblickend meint sie: „Also ohne zu sedieren hätten sie ihn nie so ruhig halten können, das wäre unmöglich gewesen, das bin ich ganz sicher.“ (IP18_A:126ff.) Auch der Bruder dieses ehemaligen Patienten vermutet aufgrund veränderten Verhaltens eine zu hohe Dosierung mit sedierenden Medikamenten. Seine Mutter habe den Bruder mehrmals wöchentlich auf der Station besucht und diesen je nach diensthabendem Personal in unterschiedlichen Zuständen angetroffen:

> „Entweder er ist rausgekommen wie ferngesteuert, ah, er hat schon wieder zwölf Pulverl oder was gekriegt oder Spritzen oder keine Ahnung. Und beim nächsten Mal ist er dann gekommen, fröhlich (…).“ (IP41_A:93)

Die ehemals auf Pavillon 15 untergebrachte Kinder und Jugendliche erinnern sich ebenfalls noch heute an die regelmäßige Verabreichung sedierender Medikamente in Form von Tabletten, Infusionen oder Spritzen.[84] Sie berichten zudem von den als unangenehm empfundenen Wirkungen der medikamentösen Behandlung, so etwa ein 1966 auf Pavillon 15 überstellter Interviewpartner:

> „Das Nozinan hat mich immer so müde, schläfrig gemacht, man ist dann immer so in einem, wie soll ich sagen, Trance-Zustand, ja? Man ist total müde und kann nicht schlafen.“ (IP55_B:78)

Schilderungen wie diese verdeutlichen, wie PatientInnen durch die Verabreichung von Medikamenten in ihren Bewegungs- und Ausdrucksmöglichkeiten eingeschränkt wurden. Auch folgende Erzählung lässt die gravierende Freiheitsbeschränkung mittels sedierender Medikamente erkennbar werden: Im Rahmen eines Urlaubs, den Eltern von auf Pavillon 15 untergebrachten Kindern und Jugendlichen initiiert hatten, wurden bei einem Buben die verordneten Beruhigungsmittel abgesetzt. In der Folge sei der Bub aufgeblüht, interessiert gewesen und habe Fragen gestellt. Da sich der Bub am Ende der gemeinsamen Urlaubswoche weigerte, auf Pavillon 15 zurückzukehren, sei es jedoch notwendig gewesen, ihm erneut Beruhigungsmittel zu verabreichen (IP16_E:71 und 205ff.).

In den Erinnerungen von ehemals auf Pavillon 15 untergebrachten Kindern erfolgte die Verabreichung von Medikamenten vielfach unter Zwang,

---

[84] IP17_B:618, IP46_B:161f. und 176ff., IP52_B:1211ff., IP55_B:65ff., IP74_B:32ff., IP55_B:78 und 227, IP73_B:260ff., IP74_B:32ff. und 52ff., IP78_B:212ff.; IP79_B:86ff.

war mit Gegenwehr der PatientInnen verbunden und lief nicht immer gewaltlos ab. Erzählt wird von Weigerungen Medikamente einzunehmen, von Versuchen der Kinder, Medikamente auszuspucken oder in den Backen zu verstecken, sei es wegen der sedierenden Folgewirkungen oder aufgrund von Brechreiz.[85] Der Erinnerung eines Mitte der 1960er Jahre auf Pavillon 15 untergebrachten neunjährigen Buben zufolge führten die Krankenschwestern zur Unterbindung dieser Versuche Mundkontrollen durch. Mehrfach wird auch berichtet, dass bei Weigerung den Kindern die Medikamente unter Zwang verabreicht worden seien.[86] Verweigerte Einnahmen seien mit Beschränkungen wie Zwangsjacken und Einsperren im Netzbett bestraft worden (IP55_B:50).

Insbesondere intravenöse Behandlungen waren laut den Erzählungen betroffener Personen mit großer Angst verbunden.[87] Gewaltsame Verabreichungen von Spritzen bei Kindern in Anwesenheit ihrer MitpatientInnen scheinen zudem als Einschüchterungsstrategie eingesetzt worden zu sein: Eine ehemalige Patientin erinnert sich eindrücklich, gemeinsam mit anderen Kindern gezwungen worden zu sein mit an zusehen, wie eine Mitpatientin, die „durchgedreht" sei, von einer Ärztin ruhig gestellt wurde.

> „(…) wir haben immer zuschauen müssen, wie sie ruhig gestellt haben. Niedergspritzt, das war nicht mehr lustig. (…) Bis sie gelegen war, bis sie ruhig war, hab ich geglaubt, die ist schon tot oder irgendetwas. Wir haben deppert zuschauen müssen."(IP48_B:326ff.).

Wenngleich die Verordnung der medikamentösen Behandlung in der Zuständigkeit der diensthabenden ÄrztInnen lag, verweisen sowohl die Berichte seinerzeitiger MitarbeiterInnen als auch Angehöriger und ehemaliger PatientInnen des Pavillon 15 auf eine beinahe ausschließlich durch das Pflegepersonal durchgeführte medikamentöse Verabreichungspraxis:[88] Eine zu Beginn der 1980er Jahre tätige Krankenschwester fasst diese Behandlungsweise folgendermaßen zusammen:

> „(…) was gegeben wird hat das Pflegepersonal entschieden. (…) wenn halt wer gemeint hat, der Aff ist mir z'deppert, dann hat er halt nachgeschenkt." (IP7_Pp:350ff.)

---

85 IP13_B:422, IP49_B_Pt:9ff., IP73_B260ff. und 284ff., IP74_B:32ff.
86 IP49_B_P:9ff., IP76_B:240ff.
87 IP70_B:123ff., und123ff., IP73_B:291, IP75_B:224ff., IP79_B:82ff., IP80_B:31ff. und188ff.
88 IP7_P:350ff., IP13_B:76, IP44_A:288f., IP41_A:165, IP45_A:264ff.

Der Bruder eines auf Pavillon 15 untergebrachten Mädchens erinnert sich an Erzählungen seiner Mutter, der zufolge die Betreuerinnen einfach zum Medikamentenschrank gegangen wären und sich die Medikamente genommen hätten (IP44_A:288f.). Dass die willkürliche Verabreichung von Medikamenten weniger im Interesse der PatientInnen als dem des Pflegepersonals lag, wurde mitunter auch von den Kindern und Jugendlichen erkannt. Eine 1963 als Jugendliche für kurze Zeit auf Pavillon 15 untergebrachte Interviewpartnerin erzählt von einer Stationsschwester, die den Kindern immer mehr Medikamente als vom Arzt verordnet verabreicht habe. Ihr sei schnell bewusst geworden, „nicht die Kinder brauchten mehr Medikamente als der Arzt verschrieb, sondern sie wurden ihnen gegeben, damit es das Personal leichter hatte" (IP13_B:76 – vgl. auch Kap. 7-9). Eine Möglichkeit für Angehörige, sich diesbezüglich an zuständige AnsprechpartnerInnen zu wenden, habe es nicht gegeben.[89]

Die ärztlichen Verordnungen hätten zudem auf den mündlichen Berichten der Schwestern basiert:

> „Wenn der (Patient, Anm. d. Verf.) unausstehlich war oder das oder das, der (Arzt, Anm. d. Verf.) hat ja das geglaubt, was die Schwester gesagt hat." (IP13_B:222ff. und 504)

In den Krankenakten findet sich neben den ärztlichen Angaben zur Dosierung von sedierenden Medikamenten sehr häufig der Zusatz: „bei Bedarf verdoppeln". Im Wege dieser Formulierung wurde ein von den PflegerInnen selbst zu definierender Handlungs- und Entscheidungsraum an der Schnittstelle zum ärztlichen Kompetenzbereich eröffnet. Denn welche Kennzeichen den „Bedarf" ausmachen würden, war – zumindest in den aktenkundigen Instruktionen – nicht beschrieben und lag somit im Ermessen des jeweils anwesenden Pflegepersonals. Die bisher zitierten Interviewpassagen zeigen, dass die von den ÄrztInnen auf die PflegerInnen übertragenen Entscheidungsbefugnisse nicht im Interesse der PatientInnen lagen und häufig ein Ausmaß erreicht haben dürften, das mit negativen gesundheitlichen Folgen für die betroffenen Kinder und Jugendlichen einher ging. Besonders aus den Interviews geht hervor, dass letztlich nicht nur der „Bedarf" allein, sondern auch die Menge an Medikamenten vom Pflegepersonal selbst definiert wurde, das heißt, dass es nicht „nur" beim Verdoppeln blieb. Bemerkungen von ÄrztInnen zu dieser alltäglichen Praxis sind aber in den Quellen genau so wenig zu erkennen wie Maßnahmen zur Sanktionierung von Überschreitun-

[89] IP41_A:165, IP45_A:264ff.

gen. Es entsteht der Eindruck eines stillen Einvernehmens der beiden Professionen, das Handeln des jeweils anderen unkommentiert zu lassen. Auch für den „Kinderpavillon“ trifft voll und ganz zu, was Schwediauer (1984) bezogen auf „Erwachsenenpavillons“ resümiert:

> „Das Pflegepersonal nützt seinen relativ großen Freiraum in der Medikamentenvergabe dazu, die Patienten an die Stationsnormen anzupassen und damit seinen Arbeitsaufwand zu verringern.“ (Schwediauer 1984:69)

Es dürfte etwa einen unausgesprochenen Konsens darüber gegeben haben, dass schlaffördernde Mittel verabreicht werden, wenn jemand zur festgesetzten Schlafenszeit noch nicht schlief (IP37_P:86ff.). In der Regel sind derartige ‚Bedarfsmedikationen‘ nirgends verzeichnet worden.

Bis in die zweite Hälfte der 1970er Jahre dürfte die Dosierung von sedierenden Medikamenten unhinterfragt und unkommentiert in einer Grauzone zwischen ärztlicher und pflegerischer Handlungskompetenz stattgefunden haben. Auf pflegerischer Ebene blieb dies bis zur Auflösung des „Kinderpavillons“ in den 1980er Jahren in einem hohen Ausmaß tägliche Praxis. Ausschlaggebend waren individuelle Erwägungen zur Vereinfachung des Stationsalltags, die den kollektiven Gewohnheiten und informell geltenden Normen und Routinen auf Pavillon 15 entsprachen bzw. von diesen gedeckt waren. Als Motiv der Sedierung lauter oder besonders aktiver PatientInnen muss nicht allein der Wunsch nach mehr Ruhe, sondern auch ein struktureller, auf fehlendes Personal zurückzuführender Zeitmangel angesehen werden. Außerdem wähnte man sich im Einklang mit anderen Anstalten, in denen ähnliche Praktiken üblich seien, so der im erwähnten AZ-Interview dazu befragte Oberarzt des „Kinderpavillons“: „Das ist auch in anderen Spitälern so, dass die Krankenschwestern über die Medikamente verfügen.“ (AZ 30.06.1973:10) Die oftmals sehr willkürliche Dosierung hochpotenter Neuroleptika und anderer Sedativa scheint bis in die 1980er Jahre von verschiedenen AkteurInnen nur marginal problematisiert worden zu sein. Seitens der Anstaltsleitung des Psychiatrischen Krankenhauses der Stadt Wien seien nach Auskunft von InterviewpartnerInnen weder die ärztliche noch die pflegerische Betreuung der PatientInnen auf Pavillon 15 kontrolliert oder evaluiert worden. So habe der zu Beginn der 1980er Jahre für Pavillon 15 zuständige Primar, dem formal die Verantwortung für die medizinische Behandlung sowie die pflegerische Betreuung oblag, die Station so gut wie nie besucht (IP3_P:36). Auch ehemalige PatientInnen des Pavillon 15 erinnern sich kaum an regelmäßige Kontakte zwischen den ÄrztInnen und den Kindern und Jugendlichen, etwa in Form von Visiten (vgl. u.a. IP13_B:500ff.).

Ab Ende der 1970er bzw. Anfang der 1980er Jahre lassen sich seitens mancher jüngeren und zugleich besser ausgebildeten Pflegekräfte sowie auch

der Pavillonsärztin vermehrte Bemühungen wahrnehmen, von der bislang gängigen Praxis der medikamentösen Behandlungen, insbesondere der massenhaften Verabreichung von Sedativa abzugehen bzw. dagegen Widerstand zu leisten. Eine ehemals auf Pavillon 15 arbeitende Krankenschwester erinnert sich, gemeinsam mit einer Erzieherin „alle Haldol Flascherln entleert, gewaschen und mit einer von ihnen zubereiteten Zuckerlösung, die in Farbe und Konsistenz Haldol ähnlich war, befüllt“ zu haben. In der Folge hätten die Kinder und Jugendlichen auf Pavillon 15 ein dreiviertel Jahr anstelle von Haldol Zuckerlösung erhalten (IP7_P:91).

Solche Versuche, den unkontrollierten Einsatz von Medikamenten abzustellen, stießen jedoch auf Widerstand von Seiten des angestammten Pflegepersonals, das sich mithilfe der Personalvertretung am PKH, so wird berichtet, gegen die Neuerungen zu verwehren suchte (IP3_P:34ff.; vgl. auch Kap. 9.4). Der hierarchische Konflikt auf Pavillon 15 über die Gültigkeit informeller Normen und Alltagsroutinen in der Pflege scheint aber zunächst tendenziell zugunsten des “altgedienten” Pflegepersonals entschieden worden zu sein. Laut Interviewaussage verwehrte der übergeordneten Primar den Bestrebungen der Oberärztin die notwendige Rückendeckung und habe die von ihr wahrgenommene Überdosierung mit sedativen Substanzen als haltlos zurückgewiesen (IP3_P:36).

Dennoch dürften sich die Veränderungsbemühungen teilweise in Alltag niedergeschlagen haben. Es scheint etwa zu diesem Zeitpunkt bereits einige wenige Kinder gegeben zu haben, denen keinerlei Medikamente verabreicht worden sind. Sedativa wie etwa Valium seien deutlich dezenter eingesetzt worden, so berichteten manche ZeitzeugInnen. Diese Entwicklungen sind auch im Zusammenhang mit einem langsam zunehmenden Angebot an Therapien wie Physio- Ergo- oder Musiktherapie zu sehen, das den PatientInnen dazu verhalf, innerlich ausgeglichener zu werden.[90]

Abschließend ist an dieser Stelle kurz auf zwei Medikamente zu verweisen, die eine wichtige Rolle in der medikamentösen Behandlung von PatientInnen der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder spielten (vgl. Studienteil C), vereinzelt aber auch in Interviews und Krankenakten, die den Pavillon betreffen, auftauchen. Zum einen ist hier Epiphysan anzuführen, zum anderen IB 503.

Das Medikament Epiphysan ist untrennbar mit dem Thema „Sexualität“ verbunden. An dieser Stelle erfolgt allerdings eine Fokussierung auf den

[90] Vgl. u.a. IP1_P:297; IP16_P:161ff.

medikamentösen Umgang mit Sexualität im Kontext einer totalen Institution, wie Pavillon 15 es war. Das Thema Sexualität wird in Kapitel 7 über den Lebensalltag der ‚PatientInnen' nochmals aufgegriffen und umfassender diskutiert. Aus den gesichteten Krankenakten ist auf keine Praxis regelmäßiger Verordnungen des triebdämpfenden Präparats Epiphysan zu schließen. Vereinzelte Behandlungen mit dem Präparat sind jedoch in den Akten über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg nachweisbar, und zwar insgesamt bei sieben weiblichen und drei männlichen Jugendlichen.[91] So etwa bei einem 13jährigen Mädchen mit der Diagnose „318,1" (= angeborene geistige Behinderung), das 1979 nach jahrelangen Heim- und Spitalsaufenthalten eingewiesen wurde: Laut Krankenakte habe das Mädchen gute soziale Kontakte zu MitpatientInnen und dem Pflegepersonal geknüpft, insbesondere zu einer Erzieherin/Stationsgehilfin, die sie regelmäßig zu Ausflügen mitgenommen habe. 1982 findet sich in der Krankenakte vermerkt, sie sei „auffallend lebhaft und sexuell enthemmt." 1983 wurden ihr, da sie „sexuell sehr aktiv" sei, Epiphysan sowie ein Antikonzeptivum („die Pille") verordnet (KG39b_S). Die Krankenakte einer 1962 30jährigen Frau, mit der Diagnose einer „unheilbaren höhergradigen Imbezillität", die als Arbeitspatientin auf Pavillon 15 „zur Hausarbeit" angehalten wurde, verweist ebenfalls auf den institutionsinternen Wunsch, sexuelle Bedürfnisse der PatientInnen zu regulieren. Um „die Gefahr einer Schwängerung" zu minimieren, da die Patientin großes Interesse für Männer zeige und immer wieder Kontakt mit diesen suche, wurde ihnen ab 1964 jahrelang regelmäßig Epiphysan verabreicht.[92]

Die Verschreibung von Epiphysan wurde laut den ärztlichen Eintragungen in den Krankenakten durchgängig mit der Absicht begründet, nach außen hin gezeigte sexuelle Bedürfnisse der betroffenen PatientInnen zu unterbinden. Als unerwünscht und behandlungswürdig galten „Onanie"[93] und (versuchte) Sexualkontakte mit MitpatientInnen[94], etwa in Form „sexueller Spielereien mit anderen Mädchen" (KG54a_Y). Worauf die Verordnung des Medikaments für ein siebenjähriges Mädchen im Jahre 1968 zurückzuführen ist, geht aus der Krankenakte nicht hervor (KG123b_S). Wie aus Krankenakten älteren Datums ersichtlich ist, war die Verabreichung von Epiphysan häufig von weiteren Beschränkungsmaßnahmen, etwa dem Einsperren in Netzbetten und Fixierungen, begleitet. Bei einem 1958 14jährigen Patienten wurde der

---

91 KG39a_S, KG123a_Y, KG54a_Y, KG120a_Y, KG124a_Y, KG115b_S, KG123b_S, KG55b_Y, KG11b_S

92 KG11b_S, vgl. IP42_A:59.

93 Vgl. u.a. KG 55b_Y, KG115b_S, KG123a_Y, KG130a_Y

94 Vgl. u.a. KG55b_Y, KG124a_Y

gewünschte Effekt, sexuelle Aktivitäten durch die Behandlung mit Epiphysan zu unterdrücken, offenbar nicht erreicht. In seiner Krankenakte findet sich vermerkt: „Wegen seiner sexuellen Manipulationen (Onanie vor den anderen Kdern, Verleitung der anderen Kder dazu, bes. nachts) ist eine Transferierung auf die Männerabteilung unbedingt notwendig." (KG124a_Y:1958) Die von der ärztlichen Stationsleitung verlangte Verlegung wurde knapp vor Erreichen des „Erwachsenenstatus" mit dem vollendeten 14. Lebensjahr durchgeführt.

Aufgrund der für die vorliegende Studie verfügbaren Krankenakten können über die Häufigkeit der Verabreichung von Epiphysan keine quantitativen Aussagen getroffen werden. In Kombination mit Informationen aus den Interviews lässt sich aber allgemein folgern, dass Epiphysan im Spektrum der medikamentösen Behandlungsstrategien des Pavillon 15 bis in die 1980er Jahre inkludiert war. In einer Krankenakte ist die Verabreichung von Epiphysan auch nach Umwandlung der Station in ein Förderpflegeheim ab 1985 verzeichnet, wobei wiederum anzumerken ist, dass aus dem zur Verfügung stehenden Quellenmaterial keine Schlüsse über das Ausmaß der Verordnung des Präparats auf Pavillon 17 gezogen werden können. (KG22a_S).

Das zweite hier zu erwähnende Präparat, IB 503, zählte an der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder zum Kanon der medikamentösen Behandlung (vgl. Berichtsteil C). Dieses sedierende Medikament wurde laut Krankenakten auf Pavillon 15 nicht eingesetzt. In drei Fällen wurde das Medikament nach der Überstellung von der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder auf den Pavillon 15 auf Empfehlung Retts kurze Zeit verabreicht, aber rasch abdosiert.[95]

Zusammenfassung

Sowohl die Analyse der Krankenakten als auch der Aussagen von InterviewpartnerInnen bestätigen einen massiven Einsatz von sedierenden Medikamenten auf Pavillon 15. Die Verschreibung dieser Medikamente fand in den wenigsten Fällen im Rahmen der Behandlung somatischer Beschwerden statt, sondern hatte den primären Zweck, unerwünschtes, von ÄrztInnen und Pflegepersonal als störend empfundenes Verhalten zu regulieren. Die Funktion der Institution als reine Verwahranstalt spiegelt sich in der Praxis der medikamentösen Behandlungen besonders deutlich. Nicht die Besserung individueller körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen war Ziel ärzt-

[95] Vgl. KG11b_S, KG22a_S, KG114b_S

lichen Handelns, sondern vielmehr die Vereinfachung bzw. Kontrollierbarkeit des Stationsalltags.

Die mitunter auch unter Anwendung körperlicher und psychischer Gewalt durchgeführte medikamentöse Beruhigung verfolgte auch den Zweck, laute und besonders aktive Kinder leichter „handhabbar" in der nötigen ärztlichen und pflegerischen Grundversorgung zu machen. Dies war einerseits eine Zeitfrage, denn weder die ÄrztInnen noch die PflegerInnen konnten sich aufgrund der fehlenden personellen Ressourcen mit schwierigen PatientInnen ausreichend befassen. Zur Befriedigung grundlegender Bedürfnisse der Kinder nach Zuwendung, Kontakt und Beschäftigung war kaum Raum in der Stationsroutine. Wie die nachfolgenden Kapitel darstellen, war es aber auch eine Frage der Anstaltskultur insgesamt, des in der Anstalt und am Pavillon vorherrschenden PatientInnenbildes und des (oft mangelhaften) Wissens bzw. der Fähigkeiten des Pflegepersonals. Das laute, teilweise auch aggressive Verhalten vieler PatientInnen dürfte nicht nur, möglicherweise nicht einmal vorrangig auf die diagnostizierte/zugeschriebene Behinderung, sondern insbesondere auch auf die fehlende Zuwendung und Förderung psychosozialer Entwicklung und Förderung zurückzuführen sein. Mitunter liegt unter Einbezug aktueller Ansätze zu Behinderung (etwa jenen der Dis/Ability Studies, vgl. u.a. Goodley 2011 & 2014) sogar der Schluss nahe, dass die Behinderung überhaupt erst aus der Unterbringung in einer totalen Institution resultieren könnte. Dies deuten auch Krankenakten an, in denen die Dosis von Sedativa kontinuierlich hoch war und gleichzeitig vermerkt wurde, dass die PatientInnen ein Angebot von Kontaktaufnahme und Zuspruch im Rahmen der kurzen ärztlichen Visiten vielfach annehmen konnten und dabei auch ruhiger und zugänglicher wurden.

Bezeichnend ist zudem der Umstand, dass die ersten Neuroleptika bereits kurz nachdem sie Ende der 1950er Jahre auf den Markt gekommen waren, an die Kinder auf Pavillon 15 verabreicht wurden. Diese neuen Psychopharmaka waren leicht anzuwenden, effektiv im Sinne der Ruhigstellung und kostengünstig. Über Neben- und Langzeitwirkungen war noch wenig bekannt, wohl aber darüber, dass Neuroleptika keine positiven therapeutischen Effekte auf Kinder mit geistigen und körperlichen Behinderungen haben. Gleichzeitig wurden in der pädiatrischen, heilpädagogischen und kinderpsychiatrischen Fachliteratur in den 1950er Jahren physiotherapeutische und heilpädagogische Angebote als wichtige Maßnahmen in der Behandlung und Betreuung von Kindern mit Behinderungen besprochen (vgl. z.B. Asperger 1958:1084). Auf Pavillon 15 des Psychiatrischen Krankenhauses der Stadt Wien finden sich Hinweise auf solche Therapien bis Ende der 1970er Jahre

aber nur vereinzelt, während der intensive Einsatz sedierender Medikamente institutioneller Standard war.

7. LEBENSALLTAG UND BETREUUNGSSITUATION DER KINDER UND JUGENDLICHEN AUF PAVILLON 15

Hemma Mayrhofer

> „Das soll halt jeder wissen, was das für Helden sind und was die durchgemacht haben." (IP7_P:168)[96]

Die Lebensbedingungen der überwiegenden Zahl der auf Pavillon 15 untergebrachten Kinder und Jugendlichen dürften zu keinem Zeitpunkt des Untersuchungszeitraums menschenwürdigen Standards entsprochen haben, die eine positive Entwicklung der Kinder und Jugendlichen gewährleisten hätten können – so lassen sich die auf Basis der erhobenen Daten gewonnenen Eindrücke knapp zusammenfassen. Bereits im Jahre 1953 hielt die Magistratsabteilung 11 der Stadt Wien nach einem Lokalaugenschein auf Pavillon 15 fest:

> „Die Kinderabteilung ‚Am Steinhof' ist nicht zu verantworten. (…) Sie ist vollkommen unzulänglich eingerichtet. Die Pflegerinnen wissen sich mit den Kindern nichts anzufangen. Die Kinder sind in die ältesten Kleider gekleidet (…). Niemand von uns kann diesen Zustand verantworten."[97]

Das Schreiben macht mit großer Klarheit deutlich, dass die Unterbringungs- und Betreuungssituation der Kinder auch damals als völlig inadäquat und nicht den zeitgenössischen Standards entsprechend wahrgenommen wurde. Es gibt keinen Anlass zur Annahme, dass es davor, d.h. in den unmittelbaren Nachkriegsjahren, besser gewesen sein könnte – eher im Gegenteil (vgl. Kap. 7.2). Auch liegen keinerlei Hinweise dahingehend vor, dass in der Zeit danach bis in die zweite Hälfte der 1970er Jahre die Zustände auf Pavillon 15 substanziell verbessert worden wären (eine gewisse Ausnahme bildete die ab Ende der 1950er Jahre geschaffene Möglichkeit des Sonderschulbesuchs für eine gerin-

---

[96] Die Kurzverweise geben – wie in Kap. 1 und im Abkürzungsverzeichnis erläutert – Hinweise auf die soziale Rolle bzw. Funktion der befragten Personen: P = Personal (inkl. Personal des institutionellen Umfeldes und regelmäßig ehrenamtlich tätigem Personal), B = Betroffene/r, A = Angehörige/r, E = ExpertIn.

[97] Schreiben des Jugendamtsleiters Dr. Tesarek an den amtsführenden Stadtrat Verwaltungsgruppe IV, Vizebürgermeister Karl Honay vom 28.07.1953, M. Abt.207, A1, Allgemeine Registratur, Faszikel IV/1953.

ge Anzahl an Kindern – vgl. Kap. 11). In vielen Interviews mit ehemaligem Personal des „Kinderpavillons“ am PKH und mit Personen, denen zeitgenössische Einblicke in die dortige Situation möglich waren, wird eine vernichtende Gesamtbewertung der Zustände in den 1970er Jahren und auch noch Anfang der 1980er Jahre bis zur Überführung in das Förderpflegeheim gegeben. Folgende Interviewzitate, die sich vor allem auf die Situation der im Erdgeschoß untergebrachten Kinder beziehen, fassen dies eindrücklich zusammen:

> „(…) das kann nicht möglich sein, so können Kinder im 20. Jahrhundert nicht leben, das kann ja nicht sein, da muss man was verändern. (…) Damals waren entsetzlichste Zustände, entsetzlichste.“ (IP3_P:12; zeitl. Bezug: Anfang 1970er Jahre)

> „Also es war wirklich weit, weit unter jedem Standard, unter jedem, es hat keinen Standard gegeben, der das vorgesehen hat, außer am Spiegelgrund. Das war irgendwie bis zu einem gewissen Zeitpunkt überleben lassen, mehr war nicht drinnen.“ (IP15_P:33; zeitl. Bezug: Mitte 1970er Jahre)

> „Es war ein absolutes Paralleluniversum, (…) also mit vollkommen anderen sozialen Regeln.“ (IP7_P:39; zeitl. Bezug: Anfang 1980er Jahre)

> „Das war nicht wirklich emotional fassbar für mich als Mädchen, dass du jetzt diese Kinder irgendwo liegen lässt. Und die- die in den Netzbetten spritzen sie nieder mit maximal wickeln, füttern, nichts rein werden, nichts reden, nichts gehen, einfach Verweigern der normalen, menschlichen Entwicklung per Gesetz.“ (IP40_P:130; zeitl. Bezug: Anfang 1980er Jahre)

> „Und das war natürlich ein unbeschreiblicher Lärm und ein unbeschreiblicher Gestank und die Menschen, die da drin sind, waren natürlich- das hat ausgeschaut, wie wenn Tiere eingesperrt wären und so weiter. Also das war eine Katastrophe nach meiner Meinung. (…) das kann ich mich heute noch erinnern, dass das für mich extrem schwer ertragbar war.“ (IP33_E:27ff.; zeitl. Bezug: Anfang 1980er Jahre)

Auch wenn solche Zustände in der Versorgung von Menschen mit Behinderungen während des Untersuchungszeitraums verbreitete und hingenommene Realität in Österreich gewesen sein mögen, waren sie dennoch nicht zeitgemäßer Standard, und diese Diskrepanz war allgemein bewusst und bekannt (s.o.).

Die nachfolgenden Ausführungen machen den „Kinderpavillon“ als totale Institution sichtbar. Das Konzept der totalen Institution geht auf Goffman (1973) zurück, es wurde von ihm vor allem auf Basis empirischer Eindrücke aus einer psychiatrischen Klinik skizziert. Damit ist die umfassende bürokratische Organisation einer größeren Anzahl von Menschen bezeichnet, in deren Folge die Schranken, die in der modernen Gesellschaft die Lebensbereiche Schlafen, Freizeit und Arbeit trennen, aufgehoben sind. Auch wenn auf Goffmans Ausführungen nachfolgend zumeist nicht explizit Bezug genom-

men wird, decken sich die Befunde hochgradig mit den von ihm identifizierten Merkmalen (vgl. hierzu auch Kremsner 2016b).

Die Beschreibungen und Analysen stützen sich vorrangig auf die Erinnerungen von ZeitzeugInnen, da die Krankengeschichten nur rudimentär Einblicke in den Lebensalltag und die Betreuungssituation der Kinder und Jugendlichen auf Pavillon 15 geben. Fallweise können sie aber herangezogen werden, um beispielsweise zu einzelnen Fällen, zu denen sowohl Krankenakten als auch Gespräche mit ZeitzeugInnen möglich waren, Wahrnehmungsdiskrepanzen aufzuzeigen. Aufgrund kaum erkennbarer Veränderungen im Laufe der Jahrzehnte des Untersuchungszeitraums wird die Darstellung nicht generell zwischen verschiedenen Zeitperioden unterscheiden. Es wird aber immer wieder der zeitliche Bezug des empirischen Materials aufgezeigt und bei gegebener Relevanz auf Differenzen im Zeitverlauf verwiesen. Zu beachten ist jedoch, dass vor allem für die ersten beiden Jahrzehnte des Untersuchungszeitraums (Mitte 1940er bis Mitte 1960er Jahre) nur wenige empirische Daten zur Verfügung stehen, die nachfolgenden Beschreibungen also vorrangig die Zustände ab den 1960er Jahren beschreiben.

7.1. Differenzen zwischen Kindergruppen

Die (Über-)Lebensbedingungen waren nicht für alle untergebrachten Kinder und Jugendlichen gleich. Wie weiter oben bereits dargestellt wurde, gab es eine räumliche Differenzierung innerhalb des Pavillons nach diagnostizierter Art und Schwere der Behinderung, nach Ausmaß der Mobilität, der Einstufung als ‚bildungsfähig' oder ‚nicht bildungsfähig', nach als störend wahrgenommenem auffälligen Verhalten und in manchen Bereichen auch nach Geschlecht (vgl. Kap. 3.3). Die Erinnerungen der interviewten Personen legen nahe, dass jene Kinder, die zur Schule gehen durften, im Vergleich zu den als ‚bildungsunfähig' bzw. aggressiv kategorisierten Kindern eine etwas bessere Versorgung und Betreuung erfuhren.

> „Und ich war im Erdgeschoß, es hat noch einen ersten Stock gegeben, da war auch eine Schule, und das waren Kinder, die sich einigermaßen bewegen hab können, und ich glaub, die konnten alle selber essen und so und haben auch diesen Unterricht gehabt und sind auch rausgekommen, die haben Ausflüge gemacht manchmal, aber wahrscheinlich nicht oft, aber immerhin. Und im Erdgeschoß, das waren alles die ‚Schlechten', hat es geheißen, das waren die ganz schweren Fälle. Und da hat es überhaupt keine Bespaßung gegeben." (IP15_P:15; zeitl. Bezug: Mitte 1970er Jahre)

> „Und im oberen Stock, (…) da waren schon die, die gehen haben können und die auch betreut worden sind, in den großen Sälen (herumgerannt) sind, wo man halt dann allmählich Programme für die einzelnen gemacht hat, aber natürlich hat man nicht für alle, nicht für alle () können." (IP3_P:110; zeitl. Bezug: ab 2. Hälfte 1970er Jahre)

> „Es hat ganz oben diese zwei Schlafsäle gegebenen, der Bubenschlafsaal und der Mädchenschlafsaal, da waren mobilere Kids und da waren die, die auch in die Schule- also noch einen Stock höher, im 2. Stock in die Schule gekommen sind. Und die haben auch manchmal Sachen gemacht wie Ausflüge oder Schikurs, also wegfahren. Und da waren auch immer die gleichen Schwestern oder Pfleger drinnen. Also da ist es ein bissl besser zugegangen (…)." (IP7_P:71; zeitl. Bezug: Anfang 1980er Jahre)

Kinder und Jugendliche mit schweren Behinderungen bzw. die wegen massiver Verhaltensauffälligkeiten oder aus anderen Gründen vom Schulbesuch ausgeschlossen waren und auch nicht den erst Ende der 1970er Jahre eingerichteten Kindergarten besuchen konnten, dürften abgesehen von rudimentärer körperlicher Versorgung großteils sich selbst überlassen gewesen sein. Dabei ist nochmals in solche Kinder zu unterscheiden, die sich aufgrund der Schwere ihrer Behinderung kaum bewegen konnten, und den „ganz Aggressiven" (IP3_P:20), die im Erdgeschoß „rechts" untergebracht waren (vgl. Kap. 3.3). Letzteren widerfuhr ein hohes Ausmaß an physischer und medikamentöser Freiheitsbeschränkung, was bei ersteren nicht notwendig erschien: „Die waren auch nicht irgendwie viel beschränkt, (…) also die haben sich eh nicht bewegen können." (IP7_P:57)

Die nachfolgenden Ausschnitte aus Gesprächen mit ehemaligem Personal auf Pavillon 15 deuten an, dass die Zustände offenbar auch damals als unerträglich erlebt worden waren. Die Zitate können auch insofern als charakteristisch für die Haltung vieler mit den Zuständen vertrauter Personen betrachtet werden, als in ihnen keine Impulse zu einer substanziellen Änderung der Situation erkennbar werden. Die ersteren beiden Ausschnitte dürften sich auf die Situation der „links" untergebrachten Kinder und Jugendlichen mit schweren Behinderungen beziehen, das dritte Zitat vermutlich auf das Zimmer, in dem Kinder mit besonders aggressiven Verhaltensweisen untergebracht gewesen waren:

> I: „Können Sie mir vielleicht noch einmal erzählen, wie Sie kurz einmal da unten im Erdgeschoß ins Zimmer mit den Gitterbetten kamen?"
> B: „(…) meine ganze Sinneswahrnehmung hab ich zugemacht. Es war schwer erträglich vom Geruch her, vom Ambiente her, es war auch schwer, diese Kinder zu sehen in ihren Wasserkopf und in ihrer Behinderung. Also ich weiß nur, dass ich heftigste Tendenzen gehabt habe, da wieder rauszukommen." (IP63_P:119f.; zeitl. Bezug: Anfang 1970er Jahre)

> „Die sind wirklich in der Hölle gelandet. Die hatten kaum Umwelt, die sie erforschen können, (…) immer wenn man mit ihnen zu tun gehabt hat, war das unter Zeitdruck. Waschen, füttern, das war alles unter Zeitdruck, dann waren sie versorgt und dann hat man sich um die Wäsche gekümmert. (…) Die haben keine Entwicklungschancen gehabt, absolut keine." (IP15_P:63; zeitl. Bezug: Mitte 1970er Jahre)

> I: „Und was ist mit den Kindern, die nicht in die Schule gingen, das war ja doch die größere Anzahl, wenn ich das jetzt so sehe?"
> B: „Wissen Sie, das ist natürlich eine Tragödie. (…) Ich würde es niemanden wünschen, dass er einmal in so einen Raum hinein muss und da drinnen acht Stunden oder zwölf Stunden aushalten. (…) wenn man die natürlich als Kleinkind so hätte können einzeln behandeln, dann wäre es nicht so weit gekommen. Aber man konnte es ja nicht, weil wenn ich 25 (Kinder, Anm. d. Verf.) habe, was soll ich machen? (…) Also diese Aggressionen waren irrsinnig." (IP21_P:53f.; zeitl. Bezug: Mitte 1960er bis Anfang 1980er Jahre)

Auf diese Differenzierung in unterschiedliche Kindergruppen auf Pavillon 15 und den damit verbundenen Unterschieden in der Lebens-, Versorgungs- und Betreuungssituation wird in nachfolgenden Ausführungen laufend Bezug genommen. Allerdings wird auch wiederholt darauf zu verweisen sein, dass sich die Grenzziehungen alles andere als eindeutig zeigen und die Berichte der ZeitzeugInnen nicht immer klar den unterschiedlichen Bereichen zuordnen lassen. So waren etwa manche Betroffene im Laufe ihrer Unterbringung auf Pavillon 15 zeitweise den „Schlechten" und zu anderen Zeiten den „Guten" zugeordnet, die Erinnerungen differieren aber oft nicht zwischen diesen Phasen. Auch erinnert ehemaliges Personal nicht immer eindeutig bzw. übereinstimmend die Zustände und Vorfälle in Bezug auf unterschiedliche Kindergruppen. Und nicht zuletzt sind die Bedingungen nicht immer so unterschiedlich, womit insbesondere darauf verwiesen werden soll, dass die Unterstützungssituation und Lebensqualität der als „die Guten" bezeichneten Kinder und Jugendlichen, die die Schule besuchen durften, keineswegs als zufriedenstellend zu bewerten ist. Auch sie waren einer absolut nicht kindgerechten Anstaltsumwelt ausgeliefert, die ihre Entwicklungschancen in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht massiv einschränkte.

7.2. PHYSISCHE VERSORGUNG

Ernährung

Für die unmittelbare Nachkriegszeit dürfte eine katastrophale Unterversorgung mit Nahrungsmittel auf Pavillon 15 bzw. der Heil- und Pflegeanstalt

„Am Steinhof“ insgesamt geherrscht haben. Dies lassen Berichte der neu installierten Anstaltsleitung von Ende Mai 1945 erkennen:

> „Infolge der kritischen Ernährungslage hat die Gewichtsabnahme und die Sterblichkeit bei den Patienten bereits in den vergangenen Monaten in bedenklichem Ausmaß zugenommen und ist in den letzten Wochen gewaltig angestiegen.“[98]

Über den Zustand der Kinder und Jugendlichen vom „Spiegelgrund“ wurde in einem ergänzenden Bericht vermerkt,

> „(…) dass jedes Kind fast 2 Kilo in dieser kurzen Zeit (2-3 Monate, Anm. d. Verf.) abgenommen hat, doch sind auch Gewichtsabnahmen bis zu 9 Kilogramm innerhalb derselben Zeit festgestellt worden.“[99]

Es ist unklar, wie lange diese Zustände andauerten und wie viele Kinder und Jugendliche in der Folge eines Hungertodes starben. Studien zur Versorgungssituation von PsychiatriepatientInnen in den Nachkriegsjahren in Deutschland verweisen darauf, dass das bereits während der NS-Herrschaft systematisch eingesetzte Hungersterben oft Jahre weiterging. Die Zustände lassen sich nicht ausschließlich auf die sicher äußerst schwierige Lebensmittelversorgung in dieser Zeit insgesamt zurückführen, sondern dürften auch durch die oftmals weiterbestehende Wahrnehmung der PsychiatriepatientInnen als „unnütze Esser“ verstärkt worden sein (vgl. Faulstich 1998). Für den „Steinhof“ sind entsprechende Untersuchungen nicht bekannt, allerdings stärkt ein Schreiben des Anstaltenamtes vom 11. Dezember 1948 an die Direktion der Heil- und Pflegeanstalt „Am Steinhof“ die Vermutung, dass auch in dieser Anstalt für PatientInnen bestimmtes Essen für Bedarfe des Personals ‚abgezweigt‘ worden sein dürfte. Im Schreiben, das die „Verköstigungsquote 1949“ definiert, ist zu lesen:

> „Die Anstaltsleitung wird nachdrücklichst darauf aufmerksam gemacht, dass (…) eine Verkürzung der Pfleglinge zugunsten der Angestellten unstatthaft ist.“[100]

---

98 WStLA, Bericht Pawlicki vom 25. Mai 1945, Karton Direktionsregistratur, M. Abt. 209 – Otto-Wagner Spital, (Baumgartner Höhe, Steinhof) 1.3.2.209.2, 1945 1(8)-900.

99 WStLA, Bericht Wiener städtisches Erziehungsheim „Am Spiegelgrund“ an Verwaltungsdirektor Bock vom 28. (?) Mai 1945, Karton Direktionsregistratur, M. Abt. 209 – Otto-Wagner Spital, (Baumgartner Höhe, Steinhof) 1.3.2.209.2, 1945 1(8)-900.

100 Schreiben M.Abt.17-VII-4044/48 vom 11. Dezember 1948 betreffend die „Verköstigungsquote 1949“. Diese betrug für PatientInnen öS 2,80 pro Kopf und Tag, für das „E.H.Spiegelgrund“ (= Wortlaut im Original) öS 2,75, für Angestellte mit „Normalver-

Wer „nachdrücklichst“ auf diesen Grundsatz hinweisen muss, hatte mit hoher Wahrscheinlichkeit bereits hinreichend Anlass zur Beanstandung entsprechender Missstände.

Für die Zeit der 1960er bis 1980er Jahre ließen sich folgende Erkenntnisse gewinnen: Während für die sogenannten Schulkinder die Ernährungssituation – u.a. auch durch Bemühungen der Lehrkräfte – besser gewesen sein dürfte, wird sie für die Kinder, die im Erdgeschoß untergebracht waren, als völlig unzureichend beschrieben. Erstere, also die Kinder und Jugendlichen, die die Schule im obersten Stock besuchten, aßen auch dort, und zwar in den Buben- und Mädchentagräumen, die im gleichen Stockwerk neben den Schulklassen gelegen waren. Dort waren mehreren ZeitzeugInnen-Berichten zufolge auch Tische und Sitzgelegenheiten vorhanden, die Kinder aßen zumeist selbstständig, auch wenn sie der Erinnerung einer Lehrkraft zufolge zunächst nur einen Löffel erhielten:

> „Und da musste eine Kollegin sogar (…) in den frühen Siebzigern hat sie vesucht, den Kindern mit- wollte sie eine Gabel mit einem Messer für die Geschickten haben. Hatte sie müssen unterschreiben: auf eigene Verantwortung.“ (IP21_P:44)

Das Anstaltsessen der Schulkinder wird als ausreichend bis reichlich beschrieben,[101] am Speiseplan standen herkömmliche Gerichte, die von manchen ehemals auf Pavillon 15 untergebrachten Kindern durchaus als gut erinnert werden, von anderen hingegen nicht.

> „(…) viele rote Rüben hat es halt gegeben, Kartoffeln hat es gegeben, ich mein so wie man halt dann eine Hausmannskost macht. Fleisch hat es meistens faschiert oder klein geschnitten gegeben.“ (IP21_P:78)

> „Und ein Tomatensalat, ma, das war urgut. Reisfleisch haben wir auch gegessen mit roten Rüben. Schinkenfleckerl mit Kartoffel, der war sehr gut. Reisauflauf- Mohnnudeln waren nicht so gut.“ (IP52_B:785)

> I: „Wie war denn das Essen eigentlich?“
> B: „War nicht so gut, nein.“
> I: „War nicht gut?
> B: „Nicht.“
> I: „(…) Aber haben Sie immer genug gehabt oder hat es auch manchmal kein Essen gegeben?
> B: „Wir haben alle schon genug gehabt.“ (IP78_B:146ff.)

---

braucherkarte“ öS 3,--, für Angestellte mit „Arbeiterzusatz“ ÖS 3,40 und solche mit „Schwerarbeiterzusatz“ öS 3,90.

[101] Vgl. IP21_P:78; IP63_S:64; IP78_B:149; IP80_B:175ff.; IP76_B:106ff. – bei letzterer Person ist allerdings etwas unsicher, ob sie im ersten Stock untergebracht war.

Hinzuzufügen ist, dass in den Interviews mit betroffenen Personen, die später auch auf Pavillon 17 untergebracht waren, nicht immer restlos geklärt werden konnte, ob sich die Erzählung auf Pavillon 15 oder Pavillon 17 bezog, da die Erinnerungen auch nicht immer klar abgrenzbar waren.

Die Situation im Erdgeschoß bzw. unteren Stockwerk gestaltete sich hingegen bis zum Ende des Bestehens des „15er" deutlich anders, wie zahlreiche Interviewaussagen unterstreichen. Dort gab es den Erinnerungen zufolge keine Tische, an denen die Kinder und Jugendlichen essen hätten können, obwohl ganz offensichtlich ein Teil von ihnen dazu ohne weiteres in der Lage gewesen wäre. Das Essen wird als Brei beschrieben, der „oben manchmal eine rote Soße und manchmal eine grüne Soße gehabt (hat)" (IP15_P:21). Manche PatientInnen, die Schwierigkeiten beim Essen hatten, erhielten Erzählungen zufolge auch nur klare Suppe und Milch, aber keine feste(re) Nahrung, weil sich niemand die Mühe machte, ihnen solch eine zu verabreichen.[102] Die Qualität des Essens hinsichtlich der Versorgung mit Nährstoffen wird als „Mangelst-Ernährung" (ebd.:23) bewertet.

„Ausgespeist", wie es im Pavillonsjargon hieß, wurde dem schriftlichen Bericht einer Pflegeperson zufolge auf folgende Arten:

> „1. entweder eine Schüssel mit dem Brei/Gatsch ins Netzbett gegeben und wieder zugesperrt.
>
> 2. Möglichkeit war, dass die Kinder/Jugendlichen durch die Maschen vom Netzbett durch ausgespeist wurden aus einem Menage-Reindl, mit dem man von Bett zu Bett ging. Manche Schwestern leerten in dieses Menage-Reindl auch gleich eine Flasche Haldol hinein, sodass jede/r zusätzlich zu der ohnehin nicht schwachen Medikamentendosierung auch noch Haldol in nicht überprüfbarer Menge und nicht verordnet erhielt. (…)
>
> 3. Möglichkeit: Der Brei wurde in ein Babyflascherl gefüllt, der Sauger vorne entfernt, das Kind/Jugendliche lag im Bett und das Ganze wurde mit 3-4 Mal in den Mund gekippt." (Memo_P:28ff.; zeitl. Bezug: Anfang 1980er Jahre, die Praktiken dürften sich aber auch in den Jahrzehnten davor nicht wesentlich unterschieden haben.)

Die Erzählungen von ehemals im Erdgeschoß arbeitenden Pflegekräften zeigen diese „Ausspeisungen" als demütigende, gewalttätige und entmenschlichende Handlungen gegen die Kinder. Zwei Interviewstellen sollen hier ausführlich wiedergegeben werden, da sie die rohen Praktiken in einer schonungslosen Deutlichkeit vermitteln. Das erste Zitat bezieht sich auf die links untergebrachten Kinder mit schweren Behinderungen:

---

[102] Vgl. IP7_P:57ff., 85 und 158; IP15_P:21ff.; IP21_P:616; IP13_B:477ff.; I73_B:202ff.

„Dann (…) sind wir rein und dann hat halt eine links angefangen und eine rechts und dann haben wir denen das reingespachtelt highspeed-mäßig. Ja bis du einmal durch bist, die konnten nicht kauen, die konnten schlecht schlucken sehr viele, manche konnten gut schlucken und konnten auch ein bisschen reden, aber ein Spastiker hat da ein Problem und dem das mit einem Höllentempo hineinwürgen ist nicht einfach. Und vor allem wenn du es machst, speibt er das ja nachher, wenn das so schnell reinkommt, der kann das nicht richtig- (…) die halbe Zeit bleibt es eigentlich eh nicht drinnen. Oder die waren halt immer angesabbert und angespieben und manchmal haben wir auch einen nicht gefunden, weil die in dem Matratzeneck, die sind immer so unter die Matratze und so, das war so ein Gewurrel. Und dann bist reingestiegen und hast halt einen nach dem anderen, wenn der dann hinüber ist, oder sie, hast du geglaubt du hast ihn schon erledigt.“ (IP15_P:23; zeitl. Bezug: Mitte 1970er Jahre)

„(…) ein Bub, der hat eine nicht komplett operierte Lippen-Kiefer-Gaumenspalte gehabt. (…) Zu dem Zeitpunkt hat es schon Nasensonden gegeben. (…) Bei ihm war das nicht der Fall, er hat keine Nasensonde gekriegt, sondern er ist am Rücken gelegt worden, dann hat man mit der Hand so die Stirn gehalten und immer griffbereit gleich bei der Nase. Dann hat man diesesauch aus dem Flascherl, was dann wirklich schnell reinrinnt, wo wir schon Probleme haben mit dem Trinken, reingeleert, Mund zuhalten, Nase zuhalten. Dem ist es bei den Ohren, bei den Augen, überall rausgekommen. Der hat nur panische Angst gehabt, also das war nur entsetzlich.“ (IP7_P:59ff.; zeitl. Bezug: Anfang 1980er Jahre)

Auch in den Erinnerungen der ehemals auf Pavillon 15 untergebrachten Personen deuten sich gewalttätige Handlungen im Zusammenhang mit der Essensverabreichung an. Einige berichten davon, dass ihnen das Essen mit einem Löffel „hineingestopft“[103] wurde, andere von Bestrafungen wie Essensentzug oder dem Zwang aufzuessen bzw. Erbrochenes zu schlucken, wenn sie Essen verweigerten:

„Na, hab mich geweigert. Dann hab ich stehen gelassen und das hab ich da (nicht) gemacht. (…) wenn es dir nicht schmeckt, kriegst du sogar am nächsten Tag gar nichts zum Essen. Da war ich schon beim Haut und Knochen und mein Vater hat gesagt, wie schaust du aus, du schaust ja nicht mehr so gut aus. Da war ich schon ganz so (zeigt einen Finger, Anm. d. Verf.), ganz dünn wie die Finger schon.“ (IP17_B:378)

B: „Wenn man nicht isst, weil ich kein Hunger gehabt habe, dann hast du müssen stopfen.“
I: „Was, wenn Sie kein Hunger gehabt, haben sie gestopft, das Essen rein?“
B: „Ja. Ich habe gesagt, ich kann eh schon nicht mehr.“
I: „Haben sie Sie gezwungen zum Essen?“

[103] IP74_B:135; IP76_B:399.

> B: „Ja. Dann habe ich gesagt, ich kann ja nicht mehr, dann speibe ich aus und ich speibe hinein, würge es wieder hinauf, weil ich eh nicht mehr schon kann, ich war eh so voll. Gleich nochmal essen.“ (IP80_B:177ff.)

Wieder ist anzumerken, dass die Erzählungen nicht immer eindeutig zuordenbar sind, konkret ließ sich nicht restlos klären, ob die interviewten Personen, auf die hier verwiesen wird, tatsächlich alle im Erdgeschoß untergebracht waren. Manche Kinder dürften auch im Laufe ihres zumeist jahrelangen Aufenthalts auf Pavillon 15 von einem zum anderen Stockwerk ‚umgeordnet‘ worden sein, was eine klare Zuordnung der Erinnerungen an diese lang zurückliegenden Erlebnisse noch schwieriger macht.

Es kann somit keinesfalls davon ausgegangen werden, dass Essensverabreichungen bei den Schulkindern immer ohne Gewalt erfolgten. Allerdings fand zumindest das Mittagessen in unmittelbarer Nähe zu den Lehrerinnen statt, die teilweise anwesend gewesen sein und manchmal eventuell auch mitgegessen haben dürften (die Berichte sind hier uneinheitlich). Es wird auch von einer Lehrkraft berichtet, die sich Anfang der 1970er Jahre um Essbesteck für die Kinder bemühte, ihr dies aber nur unter der Voraussetzung gewährt wurde, dass sie die Verantwortung dafür formal übernimmt (s.o.). In den letzten Jahren waren zudem bereits ErzieherInnen in den Schulgruppen und im 1978 eingerichteten Kindergarten tätig. Dies alles macht es wahrscheinlicher, dass die Pflegekräfte – Schwestern/Pfleger und AbteilungshelferInnen – ihre Umgangsweisen mit den Schulkindern diesem Setting anpassten und sich mäßigten.

Aus diesen Befunden wird erkennbar, in welch hohem Ausmaß die Umgangsweisen nicht einfach nur als kausale Folgen von zu wenig Zeit und mangelhafen Ressourcen zu betrachten sind, wiewohl materielle Unterausstattung und personelle Unterbesetzung in beträchtlicher Weise dazu beigetragen haben werden. Es brauchte aber zudem Prozesse und Wahrnehmungsschemata der Entmenschlichung der zu pflegenden und betreuenden Personen, verbunden mit organisationalen Rahmenbedingungen, die von einer Kultur der Risikovermeidung und -abwälzung geprägt waren (vgl. Kap. 8 und 9). Die unter dem Pflegepersonal offenbar weit verbreitete Grundhaltung den ihnen ausgelieferten Kindern und Jugendlichen gegenüber wird in folgendem Interviewzitat anschaulich verdeutlicht:

> „Und das waren halt wirklich so Machtgeschichten immer. (…) wenn der z.B. mit dieser Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, der kriegt keine Nasensonde, sondern das werde ich mir da anschauen, ob ich das Essen da nicht reinkriege in den depperten Aff'. Depperter Aff' war wirklich ein beliebter Ausdruck für die Kinder. Das war wirklich- ich mein ich hab das eh schon öfters gesagt, aber das waren so wirklich wie- ja, die Kinder sind dann so zum Feind geworden, der

> dem entgegen steht, dass man die Arbeit machen kann. Und- völlig irre.“ (IP7_P:179ff.)

Die zugrundeliegende Haltung lässt sich zum einen als eine Verdinglichung der Pflegeaufgaben charakterisieren, durch die sich der Fokus von den *Kindern*, die es im konkreten Fall mit Essen zu versorgen gilt, auf das *Essen*, das man in die Kinder möglichst schnell ‚hineinkriegen‘ musste, verschob. Zum anderen – und die Verdinglichung unterstützend – wird im Zitat in erschreckend direkter Weise sichtbar, dass die zu pflegenden und betreuenden Gegenüber nur begrenzt bis gar nicht als menschliche Wesen mit menschlichen Bedürfnissen und Gefühlen wahrgenommen wurden. Der Aspekt wird in Kapitel 9.3 näher ausgeführt und analysiert.

Nachfolgendes Bild wurde vom Fotografen Harry Weber vermutlich im Jahre 1962 auf Pavillon 15 aufgenommen.[104] Es ist allerdings davon auszugehen, dass die dort dargestellte fürsorgliche Essensverabreichung nicht der alltäglichen Pavillonsrealität entsprach, sondern dem auf die Situation gerichteten Fotoapparat geschuldet ist.

[104] Die zeitliche Zuordnung der Bilderserie von Harry Weber in der Heil- und Pflegeanstalt “Am Steinhof” ist laut mündlicher Information des Bildarchivs der Österreichischen Nationalbibliothek nicht mit endgültiger Sicherheit möglich. Eventuell stammen dieses und die nachfolgenden Bilder auch bereits aus dem Jahre 1960. Jedenfalls aber ist die Zeit mit Anfang der 1960er Jahre eingrenzbar.

Abbildung 1: „Ausspeisung“ eines Mädchens im Netzbett, Fotografie von Harry Weber, 1962; Quelle: ÖNB/Wien HWvp2175.

Ein entwürdigender Umgang mit den PatientInnen kommt auch in weniger unmittelbar gewalttätigen Handlungen zum Ausdruck, etwa in Praktiken unangemessener, d.h. nicht den Entwicklungspotenzialen und -erfordernissen entsprechender Essenszerkleinerungen und -vermengungen. Diese Praktiken dürften sich nicht auf das Erdgeschoß beschränkt haben, sondern teilweise auch im oberen Stock bzw. bei den „guten“ Kindern und Jugendlichen Anwendung gefunden haben. Auf Basis der gewonnenen Eindrücke ist zu vermuten, dass nicht nur fehlende Zeit und räumliche Ausstattung für mangelnde Unterstützung der Kinder beim selbstständigen Essen verantwortlich waren, sondern beim Personal mehrheitlich auch geringes Bewusstsein dafür bestand, dass diese Praktiken für ihr Gegenüber herabsetzend sein könnten. Die nachstehenden Zitate von Angehörigen und einer betroffenen Person bringen nahe, wie sehr solche Umgangsweisen als entwürdigend und entmenschlichend erlebt wurden:

> „(…) irgendwann hat die Mutti eine Torte gebracht, wahrscheinlich hatte er (der Bruder der interviewten Person, Anm. d. Verf.) Geburtstag, und die Schwester (gemeint ist eine Krankenschwester, Anm. d. Verf.) hat dann diese Torte so zermanscht. (I: Das war in-) Das war schon am Steinhof, ja. Und das war so-, für uns war es-, der konnte essen. Also das war für uns sowas von entsetzlich, dass jemand da kommt, und er bekommt eine Torte, und (die) zergatscht das, das ist für ein Kind Wahnsinn, denkt sich, was macht die mit dem seiner Torte!“ (IP18_A:41ff.)

> „Manchmal, und ich kann mich aber jetzt nicht mehr an die Speise direkt erinnern, ist alles in einen Topf hineingekommen, Vorspeise, Hauptspeise, Nachspeise. Das ist- sind eh deppert, nicht? Ist ihnen eh wurscht.“ (IP41_A:125)

> I: „Wie ist denn das gewesen mit dem Essen?“
> B: „Da haben sie mich gezwungen, alles wie ein Schwein hab ich essen müssen.“
> I: „Wie hat denn das Essen ausgeschaut?“
> B: „Das war alles gemischt. Fleisch, Kraut, alles dazu gemischt, ich hab (wie) Schwein essen müssen.“
> I: „Also alles so zerkleinert, oder was?“
> B: „Ja alles, wie die Schweine gegessen haben, hab ich auch essen müssen.“ (IP17_B:337ff.)

Angehörige erinnern sich daran, dass ihr auf Pavillon 15 untergebrachtes Familienmitglied dort selbstständiges Essen und Trinken wieder verlernte. Folgendes Zitat bezieht sich auf einen bei seiner Einweisung auf Pavillon 15 etwa achtjährigen Buben, der zunächst mit ungefähr sechs Jahren von den Eltern auf Anraten von Andreas Rett in Lainz untergebracht worden war. Da er dort als nicht bildungsfähig eingestuft und aggressiv erlebt worden war, kam es Anfang der 1960er Jahre zur Überstellung auf den Steinhof. Zwei interviewte Geschwister erinnern sich, dass ihr Bruder zu Hause ein lebhaft-fröhliches Kind gewesen sei, das selbstständig essen und trinken konnte. Auch ein Foto wurde zum Interview mitgebracht, auf dem zu sehen ist, wie er sich selbst ein Brot streicht. In den Interviews wird thematisiert, dass es bei den Besuchen besonders schmerzvoll war mitanzusehen, wie der Bruder die Grundkompetenzen und Kulturtechniken zur Nahrungsaufnahme wieder verlor:

> „(…) diese schlimmen Situationen waren eben überhaupt, dass er das Essen und Trinken verlernt hat, das war schlimm, nicht? (…) Also das war für mich entsetzlich. Und ich weiß, dass er da (zu Hause, Anm. d. Verf.) wirklich normal gegessen und getrunken hat, nicht? (…) Also es war (…) nicht verständlich, warum das ihm dort abgewöhnt worden ist, also ich würde sagen, nicht bewusst, aber trotzdem durch dieses sich Nicht-Kümmern um die Leute da drinnen.“ (IP41_A:153ff.)

Auch die Vermittlung grundlegender Fertigkeiten wie sich selbstständig ein Brot zu schmieren o.ä. war in dieser stationären Unterbringung (wie wohl im Großteil institutioneller Versorgungen der damaligen Zeit) nicht vorgesehen und blieben im besten Fall Einzelinitiativen überlassen:

> „Und ich hab immer, wenn ich im Schlafsaal war bei den Mädels, hab ich die Mädels immer zusammengefasst und bin mit ihnen in die Küche gegangen, und hab mit ihnen Käsebrote gemacht. Also dass sie mal ein Messer in der Hand haben und schneiden können, Butter und so weiter und so fort, ich meine, in der Nacht, das hat um sechs angefangen, ich kann sie nicht um sechs ins Bett stecken." (IP7_P:83)

Solche Umgangsweisen tragen zu Diskulturation bei, die nach Goffman „(...) darin besteht, daß jemand gewisse, im weiteren Bereich der Gesellschaft erforderliche Gewohnheiten verliert oder sie nicht erwerben kann" (Goffman 1973:76). In folgender Erzählung wird in einprägsamer Weise vor Augen geführt, in welchem Umfang den „schlechten" Kindern selbst rudimentäre Sozialisation vorenthalten worden waren:

> „Aber dann haben wir z.B. immer irrsinnig viel Kakerlaken gehabt. (…) Und dann kam einmal ein Kammerjäger. Also unsere Kinder haben es sich ja nicht leisten können, mit dem Essen wählerisch zu sein, weil so viel haben sie ja nicht gekriegt. Und (…) Werte vermittelt, was ist gut und was ist nicht gut, hat auch keiner. (…) und ich hab drei Leute, wo ich gewusst habe, die kriege ich alleine auch wieder ins Bett (gemeint ist ein Netzbett, Anm. d. Verf.) hinein, waren aus dem Bett heraußen, zwei die gerne alles essen. Und diese Kammerjäger reißen diese Holzfaserplatten raus. Und unten waren nur zergatschte Kakerlaken am Boden und drüber rasen, ich weiß nicht wieviele, hunderte von diesen Viecherl raus (…). Einer ist am Boden gesessen, der war damals elf, der hat das gesehen, hat sich hingestürzt, hat angefangen zu essen wie verrückt." (IP7_P:73ff.)

In drastischer Weise kommt die umfassende Vernachlässigung der Kinder und Jugendlichen im unteren Stockwerk des Pavillons 15 auch im achtlosen Vorenthalten von Flüssigkeit zum Trinken zum Ausdruck. Mehrere InterviewpartnerInnen nehmen darauf Bezug, dass die Kinder aufgrund fehlender alternativer Möglichkeiten, ihren Durst zu stillen, aus dem Klosett tranken.[105] Eine als Kind und Jugendliche auf Pavillon 15 untergebrachte Frau erzählte im Interview:

> „Wasser hat es nicht gegeben, ich hab nur immer beim aufs Klo Wasser getrunken, wir haben nichts gehabt, ich kann ja nicht verdursten. Die haben die

[105] Vgl. IP3_P:26; IP17_B:332ff.; IP26_P:129; IP40_P:59ff.

> Leute verdursten lassen.“ (IP17_B:334; zeitl. Bezug: Mitte 1970er Jahre bis Anfang 1980er Jahre)

Auch ehemaliges Personal erinnert sich an diesen Missstand, der Umstand, dass drei verschiedene Berichte von Beschäftigten aus den frühen 1980er Jahren hierzu vorliegen, untermauert, dass er bis zum Ende der Nutzung des „15er“ als sogenannten Kinderpavillon weiterbestand. Im schriftlichen Bericht einer ehemaligen Pflegemitarbeiterin werden die Zustände folgendermaßen zusammengefasst:

> „Im Saal ‚Mitte‘ war auch ein WC in einer Ecke des Raumes, abgegrenzt mit schulterhohen verschalten Holzfaserplatten. Das war für die, die aus dem Bett raus kommen durften, die einzige verfügbare Wasserquelle, da die Wasserleitung bei der Badewanne abgesperrt war. Für mich ganz logisch, dass die Kinder/Jugendlichen gewohnt waren, auch Wasser mit Stuhl zu trinken. Es wäre unmöglich gewesen, dem auszuweichen.“ (Memo_P:23f.)

Offenbar wurde die Wasserzufuhr nach jeder Nutzung der Badewanne durch Pflegekräfte wieder versperrt: „Da hat die Zuständige so ein Dingsda gehabt wie der Installateur, wo die Armaturen heroben sind, und dann klick.“ (IP40_P:61) Eine andere Versorgung mit Trinkflüssigkeit scheint nicht oder nur unzureichend bereitgestellt worden zu sein.

In den gesichteten Krankengeschichten wird ebenfalls vereinzelt über aus der Toilette trinkende PatientInnen berichtet, auch wenn kein Gedanke an das zugrundeliegende Grundbedürfnis verschwendet worden sein dürfte. So wurde beispielsweise im Falle eines achtjährigen Jungen lediglich das Symptom mittels Freiheitsbeschränkung abgestellt: „trinkt immer wieder aus Kloschüssel, wird deshalb zeitweise beschränkt“ (KG96a_S:1962; ähnlich auch in KG127_Y). Das Kind konnte – wie bereits weiter oben näher ausgeführt wurde – der Erinnerung seiner Geschwister zufolge vorher zu Hause normal essen und trinken. Der Bruder erzählte im Interview u.a. folgende Erinnerung an die Besuche mit seiner Mutter auf Pavillon 15:

> „Aber im Prinzip war das immer eine Tortur für meine Mutter, ihm etwas zu geben, (…) wenn er das Glas nimmt, er hat das reingeschüttet und wir haben das Glas zurückhalten müssen, dass er eben das langsam trinkt und dann hat er den Mund voll gehabt (I: Ja) und dann haben wir das Glas weggenommen und dann hat er es irgendwann halt dann geschluckt.“ (IP41_A:153)

Mit den Informationen aus der Krankengeschichte und den oben wiedergegebenen Beschreibungen der Missstände in den Krankensälen erhält die ungeschickte Hast des Bubens beim Trinken eine neue Bedeutung. Zur weiteren Lebensgeschichte des Kindes sei kurz angemerkt, dass er mit 14 Jahren mit Erreichen des sogenannten Erwachsenenstatus zunächst auf Pavillon 6

und ein paar Jahre später auf Pavillon 18 verlegt wurde, wo er mit 21 Jahren verstarb.

Im überwiegenden Teil der gesichteten Krankenakten finden sich Hinweise auf untergewichtige Kinder und Jugendliche, dabei handelt es sich nicht um kurze Phasen etwa nach der Einweisung auf den Pavillon im Sinne vorübergehender Anpassungsschwierigkeiten, sondern um langandauernde (oft Jahre, manchmal dauerhaft) Zustände der Unterernährung – an die gegebenen Zustände ließe es sich vermutlich auch schwer anpassen. Durch die ausbleibende Gewichtszunahme ist die körperliche Entwicklung in der Regel ebenfalls stark beeinträchtigt. Typische Eintragungen lauten etwa „im Wachstum und Gewicht beträchtlich zurück" (IP16a_S) oder: „(i)n Körpergröße u. Gewicht beträchtl. unter d. Altersnorm." (KG1a_S:08.07.1977) Ob manche Kinder auch buchstäblich verhungert sind, lässt sich im Nachhinein auf Basis der zur Verfügung stehenden Quellen nicht eindeutig rekonstruieren. Die mangelhafte Ernährung muss aber als Mitursache für manche Todesfälle von PatientInnen des „Kinderpavillons" klar in Betracht gezogen werden (vgl auch Kap. 14 zu Todesfällen).

Bekleidung

Bei der Bekleidung zeigt sich ebenfalls eine Spaltung der auf Pavillon 15 untergebrachten Kinder und Jugendlichen in Schulkinder und solche, die nicht die Schule besuchten. Die Zweiteilung dürfte im Laufe der 1970er Jahre sukzessive begonnen haben (die zeitliche Festlegung ist allerdings nur unzureichend abgesichert) und maßgeblich auf Initiative von Lehrkräften zurückzuführen sein, die sich um ‚normale' Kleidung, also privates Alltags- anstatt Anstaltsgewand, für die SchülerInnen bemühten.[106] Eine Lehrerin berichtete im Interview:

> „Das haben wir alles mitgebracht, das Gewand. Weil die haben ja am Anfang von der Anstalt nichts gekriegt. Die Mädel haben Kleider gehabt in verschiedenen Größen, ob sie gepasst haben oder nicht, hat man halt zugebunden oder so. Und die Buben haben die blauen Hosen gehabt mit den weißen Nachthemden." (IP21_P:206)

Für den Schulbesuch wurden von den Lehrkräften Kleidungsstücke privat gesammelt, u.a. über die Pfarre Hietzing, und den Kindern – soweit ausreichend vorhanden – angezogen. Nach Ende des Unterrichts bzw. der ab 1977 vorhandenen Nachmittagsbetreuung durch zwei ErzieherInnen (vgl.

[106] Vgl. IP3_P:20; IP16_P:63; IP21_P:44 und 56; IP63_P:318; IP74_B:145ff.

KO_S:22.05.1978/Bl.4) wurden sie wieder in die Anstaltskleidung gesteckt. Es gibt einzelne Hinweise, dass bei den Mädchen früher mit Privatkleidung begonnen worden sein könnte als bei den Burschen (vgl. IP3_P:20). Inwieweit die Kleidungsstücke den Kindern auch ‚gehörten', d.h. individuell zugedacht waren, bzw. sie sich diese selbst in gewissem Ausmaß aussuchen konnten, bleibt uneindeutig. Wenn überhaupt, dann erscheint dies nur für die letzten Jahre des Untersuchungszeitraums in systematischer Weise, d.h. nicht nur auf einzelne ‚Lieblingskinder' von Pflegepersonal bezogen oder wenn Eltern sich regelmäßig um ihre fremduntergebrachten Kinder kümmerten, wahrscheinlich.

Den Berichten zufolge trugen die Pflegekräfte, die bei den Schulkindern Dienst versahen, diese Bestrebungen mit, manche scheinen sich sogar in besonderer Weise auch außerhalb ihrer Dienstzeit um die Wäsche gekümmert zu haben:

> „(Bei) den Schulkindern, da hat man schon geschaut, dass die Privatkleidung anhaben, das hat die Schwester (Name anonymisiert, Anm. d. Verf.) alles selber gewaschen. Die hat Binkl und Packl hamzaht (heimgeschleppt, Anm. d. Verf.) und daheim gewaschen und geschaut und das geordnet und gewartet." (IP3_P:20)

> „(…) also auch die ganzen Pflegepersonen wirklich in meiner Gruppe und in der Mädchengruppe, die haben das schmutzige Gewand mit nach Hause genommen, haben es zu Hause gewaschen und haben es im nächsten Dienst wieder sauber mitgebracht." (IP16_P:63)

Dieser Einsatz für die saubere Kleidung ist nicht zwangsläufig mit einem Bemühen der Pflegekräfte um eine andere, persönlichere Form des In-Beziehung-Tretens mit den Kindern und Jugendlichen gleichzusetzen. Wieder scheint die Hinwendung zur Sache im Vordergrund zu stehen, im konkreten Fall zur Wäsche, die es mit persönlichem Einsatz sauber zu halten gilt, da sie als Privatkleidung nicht der Anstaltswäscherei übergeben werden kann. Inwieweit damit auch eine stärkere Hinwendung zu den Menschen, für die diese Wäsche gedacht ist, verbunden war, lässt sich nicht beantworten. Eventuell könnte auch die daraus lukrierbare Anerkennung von Seiten der Lehrkräfte für das Pflegepersonal stark motivierend gewirkt haben, darüber gibt das erhobene empirische Material aber nicht direkt Auskunft. Folgende Erinnerung der ärztlichen Leitung am Pavillon lässt vermuten, dass die Anstaltslogiken (Vermeidung von Mehraufwand durch individuelle Kleidung etc. – s.u.) die Pflegehandlungen bis zum Schluss des Untersuchungszeitraums stark strukturierten:

> „(…) kein Gewand, kein Nichts. Nein, die haben gehortet gehabt schönes Gewand, wenn Besuch kommt, dann haben sie die Kinder alle wieder rausgeputzt (…).“ (IP3_P:20)

Die nicht schulpflichtigen Kinder trugen in der Regel den ganzen Tag Anstaltskleidung. Die anstaltseigene Kleidung bestand lange Zeit im Wesentlichen aus weißen Nachthemden und bei Bedarf Strumpfhosen, mit der u.a. die als Windeln benutzten Stoffteile zusammengehalten wurden. An diese Strumpfhosen wurden Bänder wie Hosenträger mit Knöpfen befestigt. Auch von Latzhosen für größere Kinder bzw. von blauen Hosen für die Buben (und eventuell auch Mädchen) wird berichtet.[107] Bei Kindern, die häufig direkt körperlich beschränkt wurden, dürfte die Kleidung auch in erster Linie aus den zur Fixierung verwendeten Tüchern bestanden haben. Zudem wurde berichtet, dass anderen überhaupt Kleidung verwehrt geblieben sei, um ihnen keine Gelegenheit zum Zerreißen und Essen der Wäsche zu geben:

> „Das war unten ein Leintuch, das ist eine eigene Technik, ich weiß nicht, ob ich es noch könnte, (I: So binden, ja) und oben dann die Zwangsjacke. Kleidung in dem Sinn: nein. Ja das war- ist eh warm, die Zwangsjacke, oder? Überhaupt wenn sie dann nass ist und fest am Körper pickt.“ (IP13_B:481; zeitlicher Bezug: Anfang 1960er Jahre)

> „Es gab Jugendliche, die meist völlig nackt im Netzbett waren – ohne Bettzeug – weil sie Gewand und Bettzeug sonst zerlegt und aufgegessen hätten.“ (Memo_P:22; zeitl. Bezug: Anfang 1980er Jahre)

Keine Kleidung, sondern „nur Nachthemden“ gehabt zu haben, taucht auch wiederholt in den Erinnerungen von ehemals auf Pavillon 15 untergebrachten InterviewpartnerInnen auf.[108] Eine Frau erinnert sich im Gespräch, dass sie sich später erst an das Tragen von Kleidung gewöhnen musste (IP17_B:38). Sie habe durch die erlebten freiheitsbeschränkenden Praktiken auch Probleme gehabt, engere Kleidungsstücke zu tragen:

> „Nur die enge Hose, das hab ich nicht so wollen. (…) Na ich kann das nicht anziehen, ich kann mich nicht rühren. Da fühl ich mich wie- so eingesperrt wie eine Zwangsjacke.“ (ebd.:532)

Selbst wenn die Kinder und Jugendlichen (zumeist gespendete) Privatkleidung erhielten, bot ihnen diese nur eingeschränkt die Möglichkeit individuellen Ausdrucks, sondern entsprach teilweise nicht dem Bedarf und wirkte in

---

[107] Vgl. IP7_P:183; IP15_P:15 und 173; IP21_P:44 und 206ff.; IP17_B:519ff.; IP45_A:366; IP48_B:425ff.; IP55_B:971ff.; IP70_B:152; IP74_B:146ff.; IP76_B:341ff.

[108] Vgl. IP17_B:528; IP55_94; I74_B:146; IP76_B:336ff.

der Öffentlichkeit potenziell stigmatisierend. So beschreibt eine seinerzeit über den Elternverein engagierte Frau, wie die etwa 6-8 TeilnehmerInnen eines Ende der 1970er Jahre organisierten Urlaubs mit „extrem schlechter Kleidung (…) in allen unpassenden Farbschattierungen“ (IP6_E:299) ausgestattet mitfahren mussten. Die Größe der Kleidung habe den jungen Menschen meist nicht entsprochen, zudem hatten sie nur schlechtes Schuhwerk mit, so die Erinnerung der Interviewpartnerin. Auf die Beschwerde über die unzulängliche Kleidung habe die Schwester zur Antwort gegeben, keine andere Kleidung zu haben (ebd.:297ff.). Auch von anderen Bekleidungsmängeln wird berichtet, beispielsweise von einer großen Empörung unter den LehrerInnen darüber, dass „die Mädel (…) im Winter keine Unterhose angehabt (haben)“ (IP63_P:218).

Einzelnen Berichten und auch Korrespondenz aus den Direktionsakten zufolge gab es in der letzten Phase des Bestehens des „Kinderpavillons“ am PKH von mehreren Seiten systematischere Versuche, den Kindern und Jugendlichen individuelle Kleidung zu ermöglichen. Zunächst dürfte der 1978 gegründete Elternverein die AnstaltsvertreterInnen und politisch Verantwortlichen bezüglich der nicht adäquaten Bekleidungssituation sensibilisiert haben. In einem Brief aus dem Frühjahr 1978 an den Stadtschulrat Wien (er ging in Kopie auch an die ärztliche Direktion des PKH) wird seitens der Eltern festgehalten, dass die ihnen zufließenden Spenden fast ausschließlich zur Beschaffung von Bekleidung für die Kinder ausgegeben werden (vgl. KO_S:26.04.1978). Es finden sich nachfolgend einige Interventionen des Elternvereins auf unterschiedlichen Ebenen der Politik und der zuständigen Verwaltungsbehörden (v.a. MA 17, aber auch MA 11) zur Verbesserung der Bekleidungssituation auf Pavillon 15 in den Direktionsakten des PKH abgelegt.

Seitens der Pavillonsleitung und der Verwaltung werden ebenfalls Bemühungen zur Verbesserung und Individualisierung der Bekleidung erkennbar, wenn auch auf Verwaltungsebene zumindest bis Ende der 1970er Jahren die bürokratisch-administrative Perspektive auf die Kleiderfrage überwog. Dies lässt sich etwa an der Stellungnahme der ärztlichen Direktion des PKH auf eine über die Magistratsabteilung 17 eingebrachte Beschwerde des Elternvereins zur Bekleidungssituation am „Kinderpavillon“ ablesen. Von Anstaltsseite wurde als Lösung die „Anschaffung von neuer und einer allgemein üblichen Bekleidung sehr nahen Patientenkleidung“ (KO_S:10.11.1978) präferiert, d.h. von einheitlicher Anstaltskleidung, die weniger offensichtlich wie solch eine aussieht. Die vom Elternverein angestrebte Entwicklung hin zur „Beschaffung individuell unterschiedlicher Kleidung“ (ebd.) wird hingegen vorsichtig abgelehnt:

> „Soweit ich das beurteilen kann, würde eine solche Diversivikation (sic!) ein anderes Anschaffungssystem und unterschiedliche Arbeiten im Zuge der Pflege solcher Bekleidung mit sich bringen. In der gegenwärtigen Situation dieses Krankenhausbetriebes würden dies, denke ich, erhebliche Nachteile sein, sosehr die Individualisierung der Patientenbekleidung dem allgemeinen Trend in der Psychiatrie und einer bedürfnisgerechten Versorgung der Patienten entspräche." (KO_S:10.11.1978)

Erkennbar wird an dieser Begründung der Präferierung einer einheitlichen, wenn auch ‚alltagsnahen' Anstaltskleidung erstens das Aufeinanderprallen zweier unterschiedlicher Logiken bzw. Bedürfnisse: der Logik der „Verwaltungsmaschinerie der Anstalt", von der die PatientInnen „reibungslos durch Routinemaßnahmen gehandhabt werden" (Goffman 1973:27) sollen, und den Bedürfnissen der PatientInnen, ihrer individuellen Identität, die sich u.a. über persönliche Bekleidung ausdrückt, zu erhalten bzw. – bezogen auf die Kinder – überhaupt ausbilden zu können. Zweitens deutet die vorsichtige und um den Eindruck einer wohlwollenden Abwägung bemühte Begründung darauf hin, dass die Dominanz administrativ-bürokratischer Logiken zum Nachteil individuellen PatientInnenwohls Ende der 1970er Jahre nicht mehr uneingeschränkt Geltung hatte, sondern zunehmend begründungsbedürftig geworden war. Dennoch zielte das Schreiben darauf ab, der Anstaltslogik mit ihrem etablierten Beschaffungs- und Wartungssystem für PatientInnenkleidung weiter den Vorrang zu geben (vgl. hierzu auch Forster/Pelikan 1978a:70).

Eine Liste der Magistratsabteilung 17 aus dem Jahre 1979 über benötigte Kleidungsstücke lässt nach wie vor einen eklatanten Mangel an privater Kleidung erkennen. Im Dokument ist zugleich festgehalten, dass die von der Gemeinde Wien bereitgestellten „Latzhosen und Pyjamas (…) nicht getragen (werden), weil sie offensichtlich ungeeignet sind" (KO_S:22.01.1979). Im gleichen Jahr wird auch vom Erwerb einer Waschmaschine am Pavillon berichtet, nachfolgendes Zitat lässt wieder die Zweiteilung in die Schul- und Kindergartenkinder einerseits sowie die „schlechten" Kinder andererseits erkennen:

> „Und ich glaub 79 ist dann eine Waschmaschine gekommen aus Spendengeldern von den Roten Falken. Und dann wurde im Haus gewaschen eben für diese beiden Gruppen (Schulgruppen, Anm. d. Verf.) und für diese Kindergartengruppe." (IP16_P:65)

Für die Folgejahre finden sich vereinzelt Berichte von Kleidereinkäufen mit Jugendlichen, allerdings lassen sich diese Erzählungen nicht eindeutig der

Zeit auf Pavillon 15 zuordnen, sie könnten sich u.U. auch auf Pavillon 17 beziehen.[109]

Hygiene - Körperpflege

Die Pflegekräfte schienen den Erzählungen zufolge zwar großes Augenmerk auf die Sauberkeit der gespendeten Privatkleidung gelegt zu haben, ansonsten wird aber von manchen InterviewpartnerInnen berichtet, dass saubere Wäsche (Kleidung, Bettzeug etc.) keineswegs durchgängig Standard war. Die erhobenen Daten legen nahe, dass dies durch mangelnde Ausstattung mit sauberer Wäsche, an der es in den pflegeintensiven Bereichen des Pavillons großen Bedarf gab, mitverursacht war. Gerade bei den Kindern und Jugendlichen mit schweren Behinderungen, die als nicht bildungsfähige Pflegefälle betrachtet wurden, scheint jedoch von manchen Pflegekräften der Arbeitsaufwand auch auf ein Mindestmaß reduziert worden zu sein. Zudem erschwerten massive Hospitalismus-Symptome (vgl. hierzu Finzen 1974;Spitz 1985) teilweise die Versorgung mit notwendiger Wäsche, da manche Kinder Wäsche in kleine Stücke rissen und zum Teil aßen. Die personelle Unterbesetzung und der daraus resultierende Zeitmangel trugen das ihre zu deren rudimentären Versorgung bei.[110]

Mehrfach erwähnen InterviewpartnerInnen, dass es für die untergebrachten Kinder und Jugendlichen kein Klopapier gegeben habe, sondern lediglich Stofffetzen, die von sogenannten Arbeitszöglingen gewaschen werden mussten (vgl. Kap. 12).[111] Dieses Detail, das möglicherweise in der retrospektiven Betrachtung nicht als der gravierendste aller Mängel erscheinen mag, ist manchen als besonderer Ausdruck der menschenunwürdigen Zustände in Erinnerung geblieben. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch ein Zeitungsartikel, der 1973 in der AZ erschien und in dem ein zuvor etliche Monate am Pavillon 15 untergebrachte 14-jähriges Mädchen folgendermaßen zitiert wird:

> „Toilettenpapier bekommen nur die Lieblinge der Schwester (…). Die anderen müssen sich an einem alten Durchzug abwischen, der neben dem Klo liegt." (AZ Journal, 30.07.1973:9 – Was ein Durchzug ist, wird im übernächsten Zitat beschrieben.)

Im von der Journalistin Karin Obholzer verfassten Beitrag ist weiter zu lesen:

---

109 Vgl. IP3_P:42; IP17_B:540.
110 Vgl. IP7_P:29 und 75f; IP15_P:23; IP21_P:56ff. und weitere.
111 Vgl. IP6_E:71; IP7_P:197ff.; IP63_P:218 und weitere.

> „Hinter einem Verschlag befindet sich eine Toilette. Das Toilettenpapier wird im Schrank aufgehoben, sagt die Stationsschwester, und bei Bedarf rationiert ausgegeben. Sonst wird die Toilette verstopft, die Kinder werfen alles hinein, erläutert Dr. Mimra.“ (ebd.:8)

Letzteres mag nicht unrealistisch sein, wenn man Kindern keinerlei andere Betätigungsmöglichkeiten offeriert und sie großteils sich selbst überlässt (s. nachfolgendes Kapitel). Viele der Kinder gingen allerdings nicht selbstständig zur Toilette, sondern wurden gewickelt. Dies trifft vor allem auf die im unteren Stockwerk untergebrachten PatientInnen zu. Die als Stoffwindeln verwendeten Materialien bestanden den Erinnerungen zufolge aus Durchzügen oder auch Spiegeln, also Teilen der Bettwäsche:

> „Also es gab Leintuch, das ist ein normales Leintuch. Durchzug ist kleiner, das schaut aus wie ein Leintauch, wie ein kleines Leintuch, das hat man dann auf ein Bett so quer drüber geben, übers angepinkelte, der hat einen dünnen- also der hat so in größeren Abständen dünne blaue Streifen. Und dann gab's noch die Spiegel, die sind von der Größe her zwischen Durchzug und Leintuch, die haben so blau-weiße Streifen und die haben einen ziemlich festen Stoff.“ (IP7_B:182)

Teilweise wird auch von „Fetzen“ gesprochen, mit denen die Kinder anstatt mit Windeln gewickelt wurden (vgl. IP6_E:73). Zu berücksichtigen ist, dass Einwegwindel im überwiegenden Teil des Untersuchungszeitraums noch nicht erfunden oder sehr unüblich gewesen waren. Eine ehemalige Pflegekraft bezeichnet die Baumwollmaterialien als „Glück“ für die Kinder, da diese nicht oft gewickelt worden seien und „(…) dauernd in ihrer ‚Suppe‘ gesessen, gelegen (sind). (…). In einem Plastikdings wären sie wahrscheinlich alle offen gewesen (…)“ (IP15_P:15). In welcher Weise die Windel auch Teil einer umfassenderen Freiheitsbeschränkung werden konnte, verdeutlicht die schriftlich festgehaltene Erinnerung einer Pflegeperson:

> „‘Wickeln‘ hieß ‚raufbinden‘, was bei einigen eine mehrfache Beschränkung mit Anstaltslatzhosen, sehr fest um den Bauch gebundener Strumpfhose, einem Durchzug, in dem die Arme an den Körper gebunden wurden, ein Leintuch oder „Spiegel“, das um den Bauch gebunden, zwischen den Beinen durchgeführt und im Nacken geknotet wurde. Alles, was um den Bauch gebunden wurde, wurde recht fest gebunden, um das Stuhl-Schmieren zu verhindern.“ (Memo_P:20)

Für die Zeit Anfang der 1980er Jahre wird auch die Verwendung sogenannter T-Folie berichtet, einer dünnen Plastikfolie, die als äußere Windelschicht diente (vgl. IP7_P:188ff.). Sie war der Erinnerung zufolge vor allem bei jenen Kindern im Einsatz, die sich die Windel nicht selbst herunter rissen bzw. dazu aufgrund mangelnder Bewegungsfähigkeit nicht in der Lage waren.

Die Begriffe „Toilettentraining“ oder „Sauberkeitstraining“ tauchen in den ausgewerteten Krankengeschichten erstmals ab 1979 bzw. den frühen 1980er Jahren auf, d.h. systematisch-methodische Ansätze, den Kindern zu lernen, eigenständig auf die Toilette zu gehen, sind erst ab diesem Zeitpunkt verzeichnet.[112] Daraus kann zwar nicht geschlossen werden, dass es nicht auch davor individuelle Bemühungen von PflegemitarbeiterInnen in diese Richtung gab, allerdings lässt sich anhand der Krankengeschichten nicht erkennen, dass es ein dezidiertes Ziel der Pflege und Betreuung darstellte, die Kinder beim Trockenwerden zu unterstützen.

Zudem waren freiheitsbeschränkte Kinder physisch gehindert, ihre Notdurft auf der Toilette zu verrichten, selbst wenn sie dazu grundsätzlich in der Lage gewesen wären. Eine Interviewpartnerin, der dies als Kind widerfuhr, beschreibt die Zustände in klaren Worten: „Da hab ich im Gitterbett drinnen einescheißen müssen, aufs Klos hast müssen, hast nicht können, hast stinkend schlafen müssen.“ (IP17_B:38) Eine ehemalige Pflegemitarbeiterin erinnert diese Zustände folgendermaßen:

> „Und entweder wenn man dann die Matratze hochgehoben hat oder wenn man keine Matratze gehabt hat, hat man einfach (…) da durch (den Rost des Netzbettes, Anm. d. Verf.) hinaus gepinkelt und geschissen. Und ich weiß noch in meinem ersten Nachtdienst, da bin ich durchgegangen (…) und ich hab Badeschlapfen angehabt. (…) Ich mein, die anderen haben das Problem nicht gehabt, weil sie einfach im Nachtdienst geschlafen haben, die haben das nicht so mitgekriegt.“ (IP7_P:75)

Diese Schilderungen lassen vermuten, dass sich das Pflegepersonal großteils insbesondere in der Nacht nicht um solche Grundbedürfnisse der Kinder in den Netzbetten kümmerte, sondern diese sich selbst überließ, sofern sie sich leise verhielten (vgl. hierzu auch Kap. 8). Folgende Erzählung der oben zitierten ehemaligen ‚Patientin‘ macht sichtbar, dass Kinder selbst unter diesen widrigen Umständen versuchten, sich Würde zu bewahren und – zumindest heimlich – Selbstbehauptung zu zeigen:

> „Und einmal hab ich heimlich die Netz schnell aufgemacht, hab mir (gedacht), so, reicht es, ich will nicht mehr im Gitterbett rausscheißen und aufs Klo, schnell aufs Klo und bin schnell wieder reingegangen, hab ich es schnell zugemacht, weil ich will ja nicht umgebracht werden von denen.“ (IP17_B:542)

---

[112] Vgl. KG2a_S:1983; KG3a_S:1982; KG5a_S:1979; KG12a_S:1980, 1981 und 1982; KG13a_S:1980; KG15a_S:1984; KG33a_S:1982 – in KG1b_S:1983 wurde ebenfalls Sauberkeitstraining verzeichnet, allerdings waren damit Tätigkeiten wie Bad aufwischen bzw. Aufräumen gemeint.

Der letzte Satz verweist darauf, dass Kinder, die eigenmächtig das Netzbett verließen (manche entwickelten ein enormes Geschick darin, sich selbst zu befreien), mit empfindlichen Strafen rechnen mussten.

Vielen ZeitzeugInnen ist das Baden oder Waschen der Kinder als besonders schrecklich in Erinnerung. Die Erzählungen dürften sich dabei vor allem auf die Zustände im Erdgeschoß bei den „schlechten" PatientInnen beziehen. Berichtet wird von einer Badewanne, die in einem Zimmer zwischen zwei Schlafsälen platziert war. Im anfangs warmen Wasser der Badewanne wurden die Kinder und Jugendlichen reihenweise kurz gewaschen, das Badewasser dabei zwischen den einzelnen Personen nicht oder nur einmal gewechselt, sodass es am Schluss völlig kalt und schmutzig gewesen sei, so die Erinnerungen. Erschwert sei der Badevorgang durch zu wenig vorhandenes Warmwasser geworden. Es ist unklar, ob die PatientInnen diesem Vorgang täglich oder in größeren Abständen unterzogen wurden. Der Umgang mit den Kindern und Jugendlichen bei diesem Waschvorgang stellt sich lieblos-rüde bis äußerst gewalttätig dar. Folgende Interviewzitate veranschaulichen die grausamen Praktiken:

> „Und die Kinder sind nicht in die Badewanne getragen worden, die sind geschmissen worden. Aber ich lüge nicht, wenn ich sage, von einer Entfernung von da bis da rüber (zeigt Entfernung an, Anm. d. Verf.). Ja dann ist halt wieder was gebrochen gewesen oder es war das oder das." (IP13_B:18; zeitl. Bezug: Anfang 1960er Jahre)

> „(…) die eine Hausarbeiterin hat die Kinder aus den Betten geklaubt und dorthin (zur Badewanne, Anm. d. Verf.) geschliffen. Also haben ja die meisten nicht richtig gehen können, die sind da richtig hingeschliffen worden und dann sind sie ausgezogen worden. Und eine andere Schwester, also das haben wir so im Akkord, die sind gekommen bei der Türe, dann ausziehen, den ganzen Dreck da irgendwie, dann hat man sie in (der) Badewanne irgendwie so abgeschwemmt (…), dann raus, das haben wir zu zweit immer, die waren ja zum Teil groß, waren 15, 16 Jahre alt. Und dann mussten sie sich an die Wand lehnen und dann sind sie, na ja abgetrocknet nicht wirklich, aber halt in etwa so einmal drüber. Und dann ist diese Windelgeschichte gekommen und anziehen und dann ist sie wieder von Hausarbeitern, ja es müssen mindestens zwei gewesen sein, einer hat gebracht und einer hat weggebracht." (P15_P:19; zeitl. Bezug: Mitte 1970er Jahre)

> „Wir haben warmes Wasser gehabt im Saal für eine Badewanne voll. Wenn ich jetzt zum Beispiel ein Kind gehabt hab, das- also viele gehabt hab, die mit Stuhl geschmiert haben, dann waren halt die als erstes drinnen. Und wenn dann das Wasser nur mehr lauwarm war, dann ist der reingekommen mit den fingertiefen Rhagaden (Schrunden, Anm. d. Verf.) mit Blut, der hat dann da noch das Ölbad gekriegt in dieser Scheiße und dann war nur mehr kaltes Wasser da." (IP7_P:357; zeitl. Bezug: Anfang 1980er Jahre)

Manche MitarbeiterInnen nannten das Baden der Kinder „owetauchen“, was eine realistische Beschreibung des Vorgangs gewesen sei (ebd.:209). Dieses Untertauchen wurde auch von betroffenen Personen thematisiert: „in Badewanne haben sie mich auch runtergetaucht“ (IP17_B:88; vgl. weiters IP70_B:154ff.). Und die aktuelle Betreuungsperson eines ehemaligen Patienten des „15er“ schilderte im Gespräch dessen lange Zeit währende Furcht vor dem Baden:

> „(…) der (hat) immer ganz viele Ängste gehabt (…), wenn es so ums Baden gegangen ist. Also weil der halt dann so berichtet hat, dass er mit kaltem Wasser bespritzt wurde oder dass der Kopf untergetaucht wurde. (…) Ja und der ist blind und hat halt dann immer wieder ganz viel so Ängste geäußert und das habe ich schon noch sehr stark mitgekriegt, dass er sich immer sehr, sehr da gesträubt hat und da hat man ganz viel zureden müssen und vertrauensbildend einwirken müssen, dass er sich die Pflege hat machen lassen.“ (IP27_S:21ff.)

Die Erzählung lässt erkennen, dass die traumatischen Erlebnisse in der Kindheit lange Zeit, oft bis in die Gegenwart, nachwirken und das Wohlergehen der betroffenen Menschen beeinträchtigen.

Im Gegensatz hierzu mutet die Erinnerung einer ehemaligen Erzieherin auf Pavillon 15 wie aus einer anderen Welt an. Sie betreute ab Ende der 1970er Jahre eine Gruppe männlicher Schüler im oberen Stock und erzählt vom wöchentlichen Baden als einem spaßigen Ereignis für die Kinder:

> „Jede Gruppe hat einen Tag gehabt, das hieß Hauptbadetag (…). Und bei uns war das eben der Montag und da war immer so ab fünfzehn Uhr war dann großes Baden und Haare waschen und Nägel und Ohren und alles, was dazu gehört. Und in meiner Gruppe hat es den Kindern immer sehr viel Spaß gemacht, das war immer eine Riesenhetz. (…) entweder der Pfleger oder die Schwester und ich, das haben wir immer gemeinsam gemacht, weil das bei so vielen Kindern doch relativ viel war. Ja und wir haben schnell einmal ein paar Stirnfransen geschnitten oder solche Sachen. Also so ganz normal halt.“ (IP16_P:55ff.)

Die Diskrepanz zwischen den Erzählungen wird zum Teil über die Unterschiede zwischen den Lebens- und Betreuungsbedingungen im Erdgeschoß bzw. bei den als „nicht bildungsfähig“ eingestuften Kindern und im oberen Stock bzw. bei den Schulkindern erklärbar sein. Von der ehemaligen ärztlichen Leitung wurde erwähnt, dass bei den Gruppen mit den Schulkindern „ein besseres Pflegepersonal“ (IP3_P:88) gewesen sein. Zudem dürfte das ab der zweiten Hälfte der 1970er Jahre neu eingestellte sozialpädagogische Personal für die Kinder, mit denen diese Personen arbeiteten, merkbare Veränderungen zum Positiven gebracht haben – jedenfalls in der Zeit, in der sie im Dienst waren. Dennoch weichen die Erinnerungen dieser Interviewpartnerin über die allgemeinen Zustände auf dem „15er“ mehrfach deutlich von jenen

der überwiegenden Anzahl an interviewten Personen ab, was Fragen bezüglich ihrer Verallgemeinerbarkeit aufwirft.

Die Zahnpflege ist ein weiterer Aspekt, auf den in den Interviews wiederholt eingegangen wurde. In manchen Sälen bzw. Kindergruppen dürfte es eigene Zahnbürsten für die Kinder gegeben haben, diese wurden Berichten zufolge auch angehalten, ihre Zähne zu putzen. Betroffene Personen, die in früheren Jahren auf Pavillon 15 untergebracht waren, erinnern sich an ein Zahnpulver. Im Erdgeschoß hingegen bei den Kindern und Jugendlichen, die als besonders schwierig oder pflegeintensiv galten, dürften solche Praktiken nicht zum alltäglichen Pflegeritual gezählt haben. Vereinzelte Versuche in diese Richtung stießen auf Unverständnis oder Widerstand durch die (anderen) Pflegekräfte.[113]

Insgesamt lassen sich bezüglich der hygienischen Zustände einerseits mehrfach deutliche Differenzen zwischen der Situation von Kindern und Jugendlichen, die aufgrund schwerer Behinderungen oder Auffälligkeiten bzw. aggressivem Verhalten – überwiegend als Folge der Unterbringungssituation – als „schlechte" PatientInnen galten, und jenen, die als „bildungsfähig" bzw. beschulbar eingestuft worden waren, erkennen. Andererseits deuten sich in den Berichten auch eigentümliche Widersprüchlichkeiten in den Hygienebemühungen des Personals an: Während die Privatkleidung mit großem persönlichen Aufwand gewaschen und geordnet wurde, ließ man die Kinder in den Netzbetten ihre Notdurft durchs Gitter verrichten, auch wenn diese offenbar teilweise auf die Toilette gehen konnten und wollten. Dieser Aspekt wird in Kapitel 9 nochmals aufgegriffen und ausführlicher diskutiert.

7.3. Lebensalltag der Kinder & pflegerische Betreuungspraxis

> „Kein Mensch hat von diesem Krankenpflegepersonal erwartet, dass es diese Kinder hinsichtlich ihrer Entwicklung fördert. Das war nicht der Auftrag." (IP40_P:173)

Die bisherigen Ausführungen präsentieren bereits in vielfältiger Weise die Pflege- und Betreuungspraxis auf Pavillon 15. Der Lebensalltag der Kinder

[113] Vgl. IP7_P:57; IP15_P:59; IP16_P:70f.; IP55_B:26ff.; IP76_B:336ff.

und Jugendlichen lässt sich von dieser Praxis gar nicht trennen, bildete doch die Pflege die im Pavillonsalltag dominierende Personalgruppe und waren die Kinder den Pflegepersonen in diesem Kontext umfassend ausgeliefert. In diesem Kapitel soll die vorherrschende Pflege- und Betreuungspraxis und die Konsequenzen für die Lebens- und Entwicklungsbedingungen der untergebrachten Kinder spezifischer herausgearbeitet werden.

Wieder ist mehrfach auf beachtliche Differenzen zwischen unterschiedlichen Kindergruppen bzw. den als „bildungsfähig" und „bildungsunfähig" kategorisierten Kindern und Jugendlichen zu verweisen. Allerdings sind die Grenzziehungen wieder nicht eindeutig möglich und waren auch jene Kinder mit einer etwas besseren Versorgungs- und Betreuungssituation großteils weit weg von adäquaten Lebens- und Entwicklungsbedingungen. In der letzten Periode des Untersuchungszeitraums zeigt sich ein vermehrtes Bemühen um eine Verbesserung der Betreuung und Erziehung.

Spiel- und Betätigungsmöglichkeiten

Die Gespräche mit den ZeitzeugInnen vermitteln mit beklemmender Deutlichkeit, dass ein Großteil der Kinder die überwiegende Zeit ihrer Unterbringung auf Pavillon 15 sich selbst überlassen war. Es herrschte ein großer Mangel an Stimulationen bzw. Umweltanregungen, sei es durch Personen oder durch Gegenstände bzw. Spielsachen. Dieser Befund trifft insbesondere für die Zeit bis Mitte/Ende der 1970er Jahre und für die nicht zur Schule oder (ab 1978) in den Kindergarten gehenden Kinder und Jugendlichen zu, denen multiple Deprivation widerfuhr. Bei vielen von ihnen wurden zudem die eigenen Betätigungsimpulse durch sedierende Medikamente gedämpft. Die nachfolgenden Zitate geben dieses „Nichts" an Anreizen, Zuwendungen und Lernimpulsen jeder Art bedrückend wieder:

> I: „Was haben die Kinder da eigentlich den ganzen Tag am Anfang, also wo es noch keine-"
> B: „Nichts."
> I: „Nichts, also die sind in ihrem Bett gesessen-„
> B: „Nichts. Gewackelt oder sonst irgendwelche autistischen Verhaltensweisen, wenn sie noch ein bissl ein Leben in sich gehabt- oder herumgerannt, herumgerannt und mit irgendeinem Fetzen gespielt oder so, die, die herumlaufen konnten, die etwas besser waren." (IP3_P:113ff.)

> „Es hat ja wirklich niemand geredet mit denen, also wirklich niemand." (IP7_P:110)

> I: „Habt ihr Spiele gespielt als Kinder im Zimmer?"
> B: „Nein. Gelegen im Bett."
> I: „Seid ihr nur im Bett gelegen?"

> B: „Habe ich geschlafen. Viel Pulver gekriegt, weißt du?“ (IP74_B:52ff.)
>
> I: „Spielzeug oder sonst was?“
> B: „Nein, nichts. Gar nichts und das jeden Tag.“ (IP15_P:29ff.)
>
> „Die sind am Boden herumgelegen, meistens am Boden, oder in den Gitterbetten angeschnallt gewesen, das war's. Dann sind sie im Bett gesessen und da sind halt diese Wackelticks und ab und zu ein Schrei (…).“ (IP54_P:87)
>
> „Zuerst hab ich geglaubt, ich schmeiß mich irgendwas runter, von einem Fenster oder irgendwas, bei den Stiegen, das hab ich alles gedacht im Kopf. Da hab ich nicht so sitzen, da hab ich so gewackelt, Langeweilige, gefürchtet.“ (IP17_B:56)

Zunächst ist festzuhalten, dass viele der untergebrachten Kinder umfassender emotionaler Deprivation, d.h. einem weitgehenden bis völligen Mangel an emotionaler Zuwendung, ausgesetzt waren. Dieser Aspekt wird auch im anschließenden Kapitel ausgeführt. Hinzu kam bzw. damit verbunden war ein Mangel an Stimulation von Sinneswahrnehmungen, es fehlte vielfach an Möglichkeiten zu spielen und die Umwelt zu erfahren. Jene Kinder und Jugendlichen, die weder zur Schule noch in den Kindergarten gehen konnten, sondern den Großteil der Zeit im großen „Laufstall“ (s. Bild unten) bzw. „Matratzeneck“ (IP15_P:23), Netzbett oder direkt körperlich fixiert verbringen mussten, erfuhren auch nur rudimentär so etwas wie eine soziale Strukturierung des Alltags; für manche dürfte es nicht einmal ein Wechseln der Kleidung am Abend und Morgen gegeben haben – auch darin ist das Vorenthalten basaler Zuwendung ablesbar. Nachfolgendes Bild stammt wieder aus der Serie von Harry Weber Anfang der 1960er Jahre. Auch wenn zu vermuten ist, dass die Gegebenheiten der Kamera in einem möglichst vorteilhaften Licht präsentiert wurden, lässt das Foto dennoch dieses „Nichts“ an Beschäftigungsmöglichkeiten erahnen.

Abbildung 2: Kinder auf Pavillon 15, Fotografie von Harry Weber, 1962; Quelle: ÖNB/Wien HWvp601.

Die weitgehende Absenz von Beschäftigungsanreizen wird im Fehlen von Spielzeug besonders augenscheinlich. Diese zentralen Objekte des Kindseins, kindlicher Freude und kindlichen Lernens waren zwar offenbar in gewissem Ausmaß am Pavillon vorhanden, gelangten aber nur selten in Kinderhände, sondern lagerten zumeist versperrt außerhalb der Reichweite der PatientInnen. Auch von besuchenden Eltern mitgebrachte Spielsachen dürften nach Besuchsende weggenommen worden sein. Zwei betroffene Personen erinnern sich im Interview:

> „Der (Vater, Anm. d. Verf.) hat mir mal so ein Puppenbett gemacht. (…) Es ist mir alles weggenommen worden von den Betreuern, hab ich nicht spielen dürfen nicht." (IP17_B:118)

> B: „Spielsachen hat sie mir gebracht, die Mutter."
> I: „Spielsachen hat sie dir gebracht?"
> B: „Und die Schwester hat sie mir weggenommen. (I: Wirklich?) Ja, die hat sie mir weggenommen." (IP79_B:154ff.)

Die ärztliche Leitung bestätigte im Gespräch die unter ihrem Vorgänger übliche Vorgehensweise, nur in den Besuchszeiten den Zugang zu Spielsachen zu gewähren: „Der Mimra (Oberarzt auf Pav. 15 bis 1976, Anm. d. Verf.) hat Spielzeug gehabt, das er ausgeteilt (hat), wenn Besuch gekommen ist, und dann ist es wieder eingesammelt worden." (IP3_P:20) Legitimiert wurde

diese Praxis – wenn überhaupt – vordergründig damit, dass die untergebrachten Kinder und Jugendlichen aufgrund ihrer Behinderung nicht imstande wären zu spielen. Sie würden sich mit dem Spielzeug entweder gar nichts anzufangen wissen oder es zerstören bzw. aufessen oder verschlucken; einzelne Kinder wiederholten diese Argumentation der BetreuerInnen auch noch als Erwachsene im Interview: „Die machen alles hin, die Kinder. (I: Was?) Die machen alles hin, die Kinder." (IP78_B:466).

Neben dem Umstand, dass die zumeist gespendeten Spielwaren nicht immer der Lebenssituation und dem Entwicklungsalter der Kinder entsprochen haben werden, ist diese Praxis einerseits als Ausdruck mangelnder Zeitressourcen, aber auch fehlender Bereitschaft des betreuenden Personals zu deuten, sich mit den Kindern zu beschäftigen und diese bei Bedarf beim Spielen zu unterstützen. Andererseits muss sie auch als Konsequenz einer tendenziell entmenschlichenden Wahrnehmungsweise der Kinder (insbesondere jener mit schwereren Behinderungen) gesehen werden, durch die diesen das Kindsein verweigert und ein kindliches Spielbedürfnis abgesprochen wurde. Nach außen hin sollte aber offenbar der Schein aufrechterhalten werden, dass es den Kindern gut gehe – darauf deutet jedenfalls u.a. die Praxis hin, bei Besuchen von Angehörigen die Spielsachen auszupacken.

Jene Kinder, die in ausreichendem Ausmaß frühere Erfahrung und Erlebnisse außerhalb dieser totalen Institution als Ressource nutzten konnten und auch nicht zu sehr physisch oder medikamentös freiheitsbeschränkt waren, konnten sich manchmal mit ihrer Phantasie abhelfen, wie folgende Erinnerung erkennen lässt: „Wir sind am Bett gesessen und haben mit den Fäusten immer da wie ein Auto gespielt und gehupt und haben wir gelenkt." (IP46_B:77) Nicht selten aber konnten sich jene Kinder und Jugendlichen, denen Schul- und Kindergartenbesuch bzw. andere Zuwendungen und Förderungen verwehrt blieben, mit nichts anderem beschäftigen als mit sich selbst. Viele Verhaltensweisen, die vom ärztlichen und Pflegepersonal als Ausdruck und Bestätigung der Behinderung gedeutet wurden, dürften in erheblichem Ausmaß durch die Umgangsweisen mit den Kindern und deren umfassende Vernachlässigung (mit-)verursacht worden sein. Unter dieser Perspektive sind nachfolgende Beschreibungen zu lesen:

> B: „(…) eine(r) von unseren Buben aus diesem Matratzeneck (…), der hat immer die Knöpfe von diesem komischen Konstruktion abgedings und die hat er gegessen, drauf rumgespielt und dann auch gegessen. Also das war ein Spastiker. Und der hat sich halt mit irgendwas beschäftigt, bitte, der hat gehabt sein Gewand und die Matratzen." (IP15_P:29ff.; zeitl. Bezug: Mitte 1970er Jahre)

> „(…) da ist ein Mädel auf den Boden gelegen (…) und die hat sich immer die Augen so reingebohrt. Und irgendwer schreit: ‚Helft mir, ich krieg der (Nachname des Mädchens, Anm. d. Verf.) ihre Augen nicht mehr rein!' Und ich hab

> mir gedacht, was heißt das, ich krieg ihre Augen nicht mehr rein? (…) die hat sich die Augen so nach unten hineingedrückt unter die Augenhöhle. Na ja, der war den ganzen Tag wirklich, wirklich stinkefad und die hat halt was gefunden, womit sie sich beschäftigen kann. Und dann hat man halt schauen müssen, wie man das Auge halt irgendwie heraufdrückt.“ (IP7_P:29ff.; zeitl. Bezug: Anfang 1980er Jahre)

> „Die Kinder (…) haben dann angefangen, wie soll ich das sagen, die Aggressivität oder Verzweiflung gegen sich selbst zu richten, ja? Das habe ich dann auch notgedrungen- also versucht, ja? Indem man mit dem Kopf gegen die Wand rennt oder dass man seinen Oberkörper immer vor und zurück neigt, ja, den ganzen Tag, ja, um mit der Verzweiflung irgendwie zurechtzukommen, weil als Kind, dir wurde ja nicht gesagt, warum dass du dort bist.“ (IP55_B:84; zeitl. Bezug: Anfang 1960er Jahre)

> „Die Kinder spielten mit ihrem Kot, das war ihr einziges Spielzeug.“ (IP13_B:76; zeitl. Bezug: Anfang 1960er Jahre)

> „Also wir haben z.B. in der (Einrichtung der Behindertenhilfe, Anm. d. Verf.), wo ich halt gearbeitet habe, eine Frau gehabt, die hat irrsinnig viel Stuhl geschmiert. Die hat wirkliche Gemälde gemacht. Und ich hab die Frau gekannt, wie sie war, wie sie am 15er war, wie keiner zu ihr hingegangen ist, ganz furchtbar. Und die hat ja nichts zum Spielen gehabt, die hat halt ihre Gemälde geschmiert und dann hat sie immer wen hergeholt zum Bewundern.“ (IP7_P:166; zeitl Bezug: Anfang 1980er Jahre)

> „Da haben wir einen Mann gehabt, (…) der war achtzehn, kurz vor achtzehn. Der hat den Mastdarm durch die Netzbettmaschen so durch rausschieben und reinziehen können. Der lag den ganzen Tag nackert auf der nackerten Matratze. Ohne Pyjama, ohne- also einfach pudelnackert. (…) Und hat sich halt auch was gefunden, womit er spielen kann. Der Mastdarm. Der hat das wirklich ganz genauso an die Netzbettmaschen angelegt und durchgestülpt und wieder zurück.“ (IP7_P:102; zeitl. Bezug: Anfang 1980er Jahre)

Manche beschriebenen Verhaltensweisen lassen auch erahnen, in welch geringem Ausmaß den Kindern ein kulturell überformter Körperbezug vermittelt wurde. Diese einfach als Folgeerscheinung der kognitiven Behinderung zu deuten, scheint angesichts der Bedingungen, unter denen sie leben mussten, völlig verkürzt und widersinnig und ist eher als Ausdruck eines sich selbst bestätigenden Kreislaufs stereotyper Wahrnehmung von und des vorgeblichen ‚Wissens‘ über Behinderung zu sehen. Viel eher dürfte es den betroffenen Kindern gerecht werden, diese Beschäftigungsformen mit sich selbst als Ausdruck des kindlichen Spiel- und Erkundungsbedürfnisses bzw. des verzweifelten Bemühens um irgendeine Art von Reizzufuhr zu betrachten:

> „Also das war wirklich für mich beeindruckend, dass es nicht möglich ist, den Menschen das Spielen zu verbieten. Wenn ich nichts zum Spielen krieg, wenn ich keinen Fernseher hab, wenn ich nichts Interessantes sehen kann, wenn ich

> mit meinen Fingern nichts Interessantes machen kann, dann drücke ich halt bei den Augen herum und spiele rauf-runter, das macht optisch was, man kann mit Stuhl schmieren, man kann den Darm rausstülpen und wieder reinstülpen, man kann Mageninhalt rauf- und runterholen und damit spielen, man kann immer irgendwas machen, wenn einem schon alles verboten ist, aber den Körper kann einem niemand wegnehmen." (IP7_P:31; zeitl. Bezug: Anfang 1980er Jahre)

> „Aber natürlich kann man auch verstehen, dass der (Name des Kindes, Anm. d. Verf.), was der will mit seinem Analspiel, dass der wenigstens noch das Bedürfnis hat, was zu spielen. Mit dem haben z.B. dann diese Schwestern, diese Schülerinnen, Schülerinnen und Schüler waren das, glaube ich, aufgebaut etwas. Dann hat er das nicht mehr notwendig gehabt (…)." (IP3_P:98; zeitl. Bezug: ab zweite Hälfte 1970er Jahre)

Zum erstzitierten Interviewausschnitt ist zu ergänzen, dass manchen Kindern sogar der eigene Körper ‚weggenommen' wurde, indem durch Fixierung der Gliedmaßen bestimmte, meist selbstbeschädigende Verhaltensweisen unterbunden wurden (vgl. auch Kap. 8). Das zweite Zitat deutet an, was mehrfach berichtet wurde: Oft hörten auffällige Verhaltensweisen auf, wenn die Kinder Aufmerksamkeit, positive Zuwendung und andere Beschäftigungsmöglichkeiten erhielten.

In vielen Krankengeschichten finden sich Eintragungen zu solchen Verhaltensweisen, die darlegen, dass ihre Ursachen in den Kindern selbst gesehen wurden, sie wurden als direkte Folgen ihrer Behinderungen gedeutet. Die Kinder waren in einem Teufelskreis gefangen, aus dem es kein Entkommen gab: Sie wurden in einer Art und Weise untergebracht und behandelt, die sie behindert werden ließ bzw. zumindest ihre Behinderungen – teils massiv – vergrößerte und verschlimmerte, ihre daraus resultierenden oder dadurch verstärkten Verhaltensweisen dienten wiederum zur Legitimation der menschenunwürdigen Unterbringung und Behandlung. Devianz wird hier als „sozial erlernte, ausweglose und damit höchst unfreiwillige Rolle wirkmächtig" (Kremsner 2016a:351 – vgl. insbes. auch die in dieser Forschungsarbeit analysierten Mechanismen, die Behinderung sozial konstruieren).

Nicht alle Kinder und Jugendlichen waren in dieser umfassenden Weise vernachlässigt. Manchen gelang es, die Gunst einzelner Schwestern zu erringen und als deren „Lieblinge" ein höheres Ausmaß an Zuwendung zu erreichen (s.u.). Und jene Kinder, die als „bildungsfähig" kategorisiert wurden und in den Kindergarten oder die Schule gehen durften, konnten zumindest in dieser Zeit ein gewisses Ausmaß an Anregungen und Aufmerksamkeit erhalten (vgl. Kap. 11). Zudem gibt es vereinzelt Hinweise auf ehrenamtlich tätige Personen: Eine Lehrkraft erwähnte etwa im Interview, dass ein Mann einmal pro Woche gekommen sei und sich mit ein paar Kindern nach dem Schulunterricht beschäftigt habe (IP21_P:232). Weiters konnte eine ehemali-

ge Laienhelferin für ein Gespräch gewonnen werden, sie hatte in ihrer Freizeit mit SchulfreundInnen gemeinsam in den letzten Jahren des Bestehens des „Kinderpavillons“ vor allem einzelne unbesuchte Kinder betreut (vgl. IP40_P:136).

Die mobileren und als die „Guten“ kategorisierten Kinder und Jugendlichen hatten auch eher die Chance, hie und da ins Freie zu kommen und an der frischen Luft zu sein sowie auf den wenigen Spielgeräten rund um den Pavillon zu spielen. Die erschlossenen Datenquellen weisen darauf hin, dass diese Geräte (Schaukel, Rutsche etc.) erst im Laufe der 1970er Jahre errichtet worden sind (vgl. Kap. 3). Die „Erdgeschoß-Kinder“ hingegen und auch die laut einzelnen Interviewaussagen in einem Zimmer im oberen Stock untergebrachten immobilen jugendlichen PatientInnen erhielten kaum jemals Gelegenheit, die freie Natur zu erfahren.[114] Manche kamen jahrelang überhaupt nicht mit der Außenwelt in Berührung und entbehrten jeder Vorstellung und Erfahrung eines sich Bewegens und Zurechtfindens außerhalb der Pavillonsräume, wie der nachstehende Interviewausschnitt beispielhaft beschreibt:

> „(…) ich hab mir dann gedacht, ich ertrage das nicht, wenn die Leute nicht hinunterkommen, und hab aber nicht gewusst, dass die noch nie im Freien waren. (…) Und Aufzug haben wir keinen gehabt, (…) und trag halt einen nach dem anderen runter und wie ich dann mit dem letzten unten war, stell ich fest, mir fehlt einer. Und das war ein blinder Mann, der war komplett blind, der ist eigentlich den ganzen Tag nur gesessen, (…) und wenn er gegangen ist, hat er also man hat ihn so mit den Händen ziehen müssen (…). Und ich schau, wo ist der (Vorname des Patienten, Anm. d. Verf.), also wo ist der? Und eine Schwester steht da und schaut so ganz schadenfroh: ‚Na, abgehaut ist er dir.‘ (…) Und ich hab dann geschaut, da ist er gerannt, in so einer unpackbaren Panik, also wirklich gerannt. An einen Baum, tusch, nächster Baum, tusch, nächster Baum, tusch. So barfuß, mit dieser kurzen Anstaltshose und diesen Spiegelbinden da. Dann haben wir ihn eingefangen und wieder zurückgeholt, der war nur in Panik. Und dann hat eben eine gesagt: ‚Na ja, glaubst du, dass der in seinem Leben schon im Freien war? Das war seine erste Sonne, wirst dir schon überlegen müssen, was du tust.‘“ (IP7_P:73)

Mit den Kindern aus dem Erdgeschoß spazieren zu gehen – manche wären dazu sehr wohl in der Lage gewesen, obwohl ihre Mobilität selten gefördert worden sein dürfte – wird als „Privatvergnügen“ (IP15_P:31) einzelner engagierter Pflegekräfte bezeichnet, es war im am Pavillon faktisch geltenden Pflegeauftrag nicht vorgesehen. Auch die Betten der immobilen Kinder wur-

---

[114] Vgl. IP7_P:71ff; IP13_B:66 und 76; IP15_P:21 und 31; IP17_B:672ff.; IP37_P:17ff.; IP54_P:86ff.; IP48_B:420ff.;IP74_B:145ff.

den den Berichten zufolge bei Schönwetter kaum jemals auf die Veranda im Erdgeschoß geschoben, obwohl dies laut ZeitzeugInnen-Aussagen ohne jede Schwierigkeit möglich gewesen wäre.[115] Das vom Fotografen Harry Weber 1962 angefertigte Bild, das zahlreiche Kinder in Gitterbetten auf der Veranda zeigt, ist auf Basis aller gewonnenen Eindrücke eher als situationsbedingtes Kurzzeit-‚Engagement' zu bewerten: Dem Fotografen sollten offenbar möglichst ideale Zustände vorgeführt werden.

Abbildung 3: , Fotografie von Harry Weber, 1962; Quelle: ÖNB/Wien HWvp606.

[115] Vgl. IP13_B:66; IP15_P:21.

Erst in den letzten Jahren der Nutzung von Pavillon 15 als „Kinderpavillon“ wird ein systematisches Bemühen um Spiel- und Beschäftigungsmöglichkeiten für die Kinder erkennbar (vgl. KO_S:22.05.1978/Bl.4). Doch auch hier zeigen sich zum einen beachtliche Widerstände vom Stammpersonal, zum anderen blieb die Umsetzung großteils auf die „besseren“ Kinder beschränkt. Von größeren Outdoor-Aktivitäten wie Ausflügen oder einem Schikurs wird in erster Linie im Zusammenhang mit Initiativen des Lehrpersonals erzählt (vgl. Kap. 11), auch wenn in der Durchführung Pflegepersonal involviert gewesen sein wird.

Beziehungspersonen – Unbeständigkeit der Beziehungen

Die erwachsenen Bezugspersonen der Kinder und Jugendlichen bestanden überwiegend aus Pflegepersonal und die Pflege unterstützenden Personen (etwa „PatientenhausarbeiterInnen“ bzw. „Arbeitszöglinge“). Anderes Personal war auf bestimmte Kindergruppen beschränkt und wurde – mit Ausnahme des Lehrpersonals – erst in den letzten Jahren des Untersuchungszeitraums in nennenswertem Umfang beschäftigt. Nur wenige Kinder erhielten zudem Besuch von Angehörigen, solche Besuche dauerten nur kurze Zeit und oft vergingen Wochen oder Monate bis zum nächsten Besuch (vgl. Kap. 13).

Die potenziell möglichen Kontakte zu den Pflege- und Betreuungspersonen waren durch die Diensteinteilungen bzw. den Rhythmus wechselnder Dienstzeiten („Radldienst“ bzw. „Toursystem“) grundgelegt, durchbrochen von Urlauben, Krankenständen etc. Es ist unklar, aber naheliegend. dass das bei Forster/Pelikan (1978c:43ff.) beschriebene „Toursystem“ auch für Pavillon 15 gegolten hat, wenn auch mit Ausnahme der „Schulkinder“ in der letzten Phase (s.u.). Dadurch wurde eine zeitliche Reihenfolge von Tagdiensten, Nachtdiensten und freien Tagen festgelegt. Diese maßgebliche Rahmenbedingung für die Pflegearbeit wird von Forster und Pelikan im Hinblick auf die Patientenversorgung als hochproblematisch beschrieben, da damit äußerste Diskontinuität im PatientInnenkontakt, schlechte Informationsweitergabe, Überforderungssituationen des Personals etc. einher gingen. Allerdings zeigt die zitierte Studie auch auf, dass die Diensteinteilung beim Pflegepersonal durch die ausgedehnten Freizeitphasen sehr beliebt war. Zugleich wurden sehr wohl die Nachteile für die PatientInnen wahrgenommen, allen voran die diskontinuierlichen Beziehungen zwischen Pflegepersonen und PatientInnen (vgl. ebd.:51).

Solch eine in institutionellen Unterbringungen häufig gegebene Kontaktstruktur widerspricht zunächst allgemein dem üblichen kleinkindlichen Aufwachsen im familiären Umfeld grundlegend – an dieser Problematik haben

sich alle stationären Unterbringungen und vor allem die dort lebenden Menschen abzuarbeiten. In Bezug auf Pavillon 15 ist zu ergänzen, dass dies die überwiegende Zeit überhaupt nicht als Problematik wahrgenommen worden sein dürfte, was einerseits den zeitgenössischen Standards der Fremdunterbringung von Kindern und Jugendlichen bis Ende der 1960er bzw. Anfang der 1970er Jahre entsprach (vgl. Wolfgruber 2013:99ff.). Andererseits lässt sich erkennen, dass Beziehungsaufbau zu den Kindern und die Übernahme von Betreuungsaufgaben (und nicht nur körperlicher Pflege) überhaupt nicht dem Arbeitsauftrag und Selbstverständnis der Pflegekräfte entsprach, wie bereits das Zitat zu Kapitelbeginn zum Ausdruck brachte. Der Mangel an Personalressourcen und die großen Gruppen, in denen die Kinder zusammengefasst waren, sind hierfür als wesentlich mitverantwortlich zu betrachten.

Im oberen Stockwerk bei den als bildungsfähig(er) eingestuften Kindern und Jugendlichen dürfte es in der letzten Periode des Untersuchungszeitraums Abweichungen von diesem „Radlsystem“ und ein Bemühen um konstantere Betreuungspersonen gegeben haben.[116] Hierfür zeigten sich auch entsprechende Initiativen des Elternvereins als motivierend. Dennoch war die personelle Kontinuität auch in diesen Kindergruppen durch die Dienstzeiten des Pflegepersonals und der ErzieherInnen fragmentiert. Die Beantwortung einer 1978 an Stadtrat Stacher gerichteten umfangreichen Anfrage des Elternvereins durch den ärztlichen Direktor des PKH lässt vermuten, dass die Routinen der Diensteinteilung sehr beständig waren:

> „Für die anderen Patienten ist eine ähnliche Konstanz (wie bei den Schulkindern, Anm. d. Verf.) noch nicht erreichbar gewesen (ich sehe dieses Problem im Zusammenhang mit der Verschachtelung des Dienstwechsels im Rahmen eines Radels mit dem Wechsel des Dienstortes/Stockwerkes innerhalb eines Pav., was in diesem Krankenhaus bisher allgemein üblich ist. Ich bin darüber in Gespräche mit der Pflegevorstehung und der Personalvertretung eingetreten.)“ (KO_S:02.06.1978/Bl.4)

Es gibt keine Hinweise, dass die an den bürokratisch-administrativen Gepflogenheiten und Bedarfen, nicht aber an den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen ausgerichteten Diensteinteilungen bis zum Ende der Nutzung von Pavillon 15 als Kinderpavillon geändert worden wären.

Faktisch war es dem Gutdünken und persönlichen Engagement des Pflegepersonals überlassen, inwieweit sie zu einzelnen Kindern eine Beziehung aufbauten. Für die längste Zeit des Bestehens des „Kinderpavillons“ am PKH

---

[116] Vgl. KO_S:02.06.1978; IP3_P; IP16_P u.a.

und den Großteil der dort untergebrachten Kinder gab es keinerlei Betreuungskonzept, schon gar nicht ein fachlich reflektiertes Bezugsbetreuungssystem bzw. ein Bemühen um familienähnliche Betreuungssettings. Eine Art unprofessionelle ‚Bezugsbetreuung' bildete sich in gewissem Ausmaß wildwüchsig heraus, indem einzelne PatientInnen von Pflegepersonen als Lieblingskinder auserkoren wurden und ihnen besondere Zuwendung widerfuhr (siehe Ausführungen unten).

Dem überwiegenden Teil der Kinder waren solche ‚Privilegien' nicht vergönnt, sie erhielten maximal rudimentär und fragmentiert positive Zuwendung durch häufig wechselndes Pflegepersonal – oder auch vorrangig negative Aufmerksamkeit bzw. gar keine Beachtung durch die vielfach emotional gleichgültigen oder abblockenden Pflegekräfte. Manchen PatientInnen, und zwar vor allem jenen mit schweren Behinderungen, scheint jede Art von Beziehung versagt geblieben sein, sie hatten eher den Status von zu säubernden Objekten, wie in folgendem Zitat ganz direkt zum Ausdruck kommt:

> B: „Ich hab ja nicht gewusst, wie die Kinder heißen, bei den wenigsten hat man die Vornamen gewusst."
> I: „Wie hat man die dann angesprochen?"
> B: „Man hat sie doch nicht angesprochen. ‚Komm iss, steh gerade, wackel nicht so.' Man hat sie doch nicht angesprochen, das waren ja keine- die sind nicht wie Menschen oder wie Kinder behandelt worden, das waren Objekte." (IP15_P:105ff.; zeitl. Bezug: Mitte 1970er Jahre)

Dass diese wie Dinge behandelten Kinder ihre Umwelt feinfühlig wahrnahmen und auf sie reagierten, dem dürfte wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden sein, zumindest nicht von jenen Pflegepersonen, die im nachstehenden Zitat als „unangenehm" beschrieben werden:

> „(…) diese Kinder, (…) die waren wahnsinnig sensibel. In dem einen Saal links, da sind wirklich nur die gelegen, die nur gelegen sind, die überhaupt nichts gemacht haben. Und die haben gespürt in der Früh, welche Schwester kommt. Wenn das eine war, die aggressiv war und unangenehm, haben sie sofort angefangen alle zum Schreien und unruhig werden. Wie Seismographen, wirklich." (IP3_P:106; zeitl. Bezug: ab 2. Hälfte der 1970er Jahre)

Die mit einem Aufwachsen unter solchen Bedingungen einhergehenden massiven Entwicklungsrückstände beschreibt nachdrücklich René Spitz in seinen empirischen Hospitalismusstudien zum frühen Kindesalter (vgl. Spitz 1985a[1945] und 1985b[1946]). In den Berichten der ZeitzeugInnen finden sich viele Folgen der umfassenden Vernachlässigung beschrieben, einige dieser Hospitalismussymptome kamen bereits in den weiter oben zitierten Gesprächsausschnitten zum Ausdruck. Die nachfolgenden beiden Zitate aus

einem Interview mit einer freiwilligen Helferin fokussieren auf den Beziehungsaspekt zur sozialen Umwelt:

> „Ich war damals (…) gerade 17 und war sehr beeindruckt davon, dass- (…) auf jedem Finger fünf Kinder hängen und dich nicht mehr auslassen. Also es war einfach so meine erste emotionale Begegnung mit diesem Wort Hospitalismus." (IP40_P:11; zeitl. Bezug: Anfang 1980er Jahre)

> „Der Umgang von einem hospitalisierten Menschen mit einem anderen Menschen in einer Beziehung, das ist glaube ich der Hauptpunkt. Es sind Leute, die jetzt in dem Sinn keine normalen Beziehungen und Bindungen innerhalb ihrer Entwicklungsphasen aufgebaut haben, das heißt, sie verhalten sich anders. Also diese Angst vor Verlassen-werden einerseits, sich einlassen auf eine Beziehung andererseits." (ebd.:155)

Die mehrfach beschriebene „Anhänglichkeit" der Kinder dürfte aber überwiegend nicht als Folge ihrer Lebensumstände und den ihnen verweigerten Erfahrungen von stabilen Beziehungen zu nahen Bezugspersonen gesehen, sondern als Ausdruck ihrer Behinderung interpretiert worden sein. Im nachstehenden Zitat, in dem die Erinnerung an Pavillon 15 allgemein zusammengefasst wird, deutet sich dies an:

> „(…) viele mehr oder weniger schwierige Tendenz zur Unruhe, auch rein motorische Unruhe, also es geht ja nicht immer nur ums Schreien, sondern Patienten zum Teil, wenn man da einmal hingekommen ist und durchgegangen ist, zum Teil auch anhänglich, aber nicht im Sinne von Aggressivität, sondern also so ein bissl wie man sich landläufig einen Schwachsinnigen vorstellt (lacht)." (IP1_P:103)

Besondere Hinwendung zu einzelnen Kindern

Am Beispiel der „Lieblingskinder" lässt sich die von Willkür geprägte pflegerische Betreuungskultur, die zwischen völliger Vernachlässigung und Gleichgültigkeit, Gewalttätigkeit bzw. Misshandlungen und unreflektierter emotionaler Hinwendung sowie Bevorzugung einzelner Kinder schwankte, nachzeichnen.[117] Daran wird auch das zutiefst asymmetrische Beziehungsverhältnis zwischen dem in einer beruflichen Rolle eingebundenen Personal, das von persönlicher Beziehung jederzeit wieder zu Distanz wechseln und den Kontakt abbrechen konnte, und den mit ihrer ganzen Person in die Beziehung involvierten und von ihr in besonderer Weise abhängigen Kindern

[117] Vgl. u.a. IP7_P:158, 334ff; IP15_P:29; IP21_P:315ff; IP26_P:430; IP37_P:73; IP40_P:136 und 159; IP63_P:43ff.; IP17_B:122ff.; IP80_B:335ff.; IP46_B:114ff. sowie zahlreiche Vermerke in Krankengeschichten.

und Jugendlichen sichtbar. Zunächst hatten die Pflegepersonen die Macht, sich unter den Kindern ihre „Lieblinge“ nach Belieben auszuwählen, wobei sich die Auswahlkriterien nicht primär an den Bedürfnissen letzterer orientiert haben dürften. Zudem lässt sich teilweise auch in der Beziehung zu „Lieblingskindern“ eine stark objekthafte Bezugnahme erahnen, die Kinder erscheinen mitunter als bloßes Mittel zur Befriedigung eigener Bedürfnisse, wie im zweiteren der nachfolgenden Zitate erkennbar wird.

> I: „Und hätten die Kinder von sich aus irgendwie auch Körperkontakt oder so gesucht?“
> B: „Na freilich, na sicher.“
> I: „Und wie ist dann damit umgegangen worden?“
> B: „Na ja, es hat jede so seine Schatzerl gehabt und wenn die sich da so angeklammert haben irgendwie, dann hat man halt so- ja was weiß ich, irgendwas gesagt dazu oder so. Aber das war natürlich nicht durchgehend, sondern wenn eines besonders putzig ausgeschaut hat. Das war so. Die, die unputzig waren, keine Chance.“ (IP15_P:26ff.)

> „Da hatten wir eine Schwester, (…) also der eine Bub war ihr Schatzerlkind. Nur sie hat sich eigentlich ein Mädchen gewünscht. Und immer wenn die Dienst gehabt hat, musste der Mädchenkleider tragen. ‚Bist du meine schöne, süße Puppe‘ und so weiter.“ (IP7_P:158)

Die Zeit und Aufmerksamkeit, die dem ‚auserwählten‘ Kind geschenkt wurde, blieb den anderen verwehrt bzw. schmälerte die geringe Zuwendung ihnen gegenüber noch zusätzlich. Hierin wird – wie auch an anderen Stellen – erkennbar, dass ein Mangel an Zeitressourcen, der wiederholt als zentrale Ursache für die menschenunwürdige Lebenssituation der Kinder ins Treffen geführt wurde, nur zu einem Teil die auf Pavillon 15 herrschenden Missstände zu erklären vermag. Es fehlte zudem insgesamt eine von den Vorgesetzten gestützte positive Pflegekultur. Manche Pflegepersonen setzten ihre Arbeitszeit nach eigenen Interessen und Gutdünken ein, ohne sich um das Wohl der Kinder zu kümmern – und von Seiten der Vorgesetzten scheint dem nicht entgegengearbeitet worden zu sein.

> B: „Die (Schwester, Anm. d. Verf.) hat einen Liebling gehabt, das war ihr Wolfi. Und das war ein schwerer Epileptiker (…). Also jedenfalls hat sie den Wolfi geliebt über alles und der Wolfi und der Wolfi, und alle anderen waren nebensächlich. Aber gut, man kann ja ein Lieblingskind haben. (…) Und wenn sie Dienst gehabt hat, hat sie sich den Wolfi geholt und- na gut.“
> I: „Und die anderen Kinder?“
> B: „Sind halt daneben gerannt. (…) Weil das sind typisch die Schwestern (…).“ (IP21_P:318)

Manche dieser Kinder wurden am Wochenende, über Weihnachten etc. von Pflegekräften mit nach Hause genommen und durften kurzfristig in eine pri-

vate Lebensumgebung mit einer oder wenigen privaten Bezugspersonen eintauchen, um danach wieder in die Anstalt zurückgegeben zu werden. Hierfür war keine besondere Erlaubnis notwendig, es wird aber davon berichtet, dass üblicherweise die ärztliche Leitung des Pavillons oder die Oberschwester informiert wurde (vgl. IP7_P:345f.). In manchen Krankengeschichten finden sich solche privaten ‚Ausflüge' vermerkt.

Die Kinder waren der Willkür des Personals ausgeliefert und wurden nicht selten für die Bedürfnisse der Pflegepersonen instrumentalisiert, zugleich konnten die wenigen, die zu „Lieblingen" auserwählt wurden, dadurch etwas positive Zuwendung erfahren, wie pädagogisch hinterfragbar die konkrete Praxis auch immer sein mag. Mehrfach wurde auch davon berichtet, dass die mit Hospitalismus einhergehenden Verhaltensweisen in der Zeit, in der sich die entsprechenden Pflegepersonen den Kindern widmeten, aufhörten. Einige der ehemals auf Pavillon 15 untergebrachten Personen erzählten im Interview von solchen speziellen Zuwendungen:

> B: „Eine Schwester war lieb. Wenn die gekommen ist, hat sie mich gleich genommen in den zweiten Stock, in den ersten Stock, in den (dritten) Stock, die hat mich überall mitgenommen, überall, immer, wenn sie Dienst gehabt hat."
> I: „Das war die liebe?"
> B: „Wenn sie Dienst gehabt hat, wenn sie Dienst gehabt hat. (…) Ich habe immer eh gesagt, (Kurzname für Schwester, Anm. d. Verf.), nimm mich mit hinauf. Ich darf mitmachen, kein anderer." (IP80_B:335ff.)

> B: „Dann hab ich einen Stofffuchs gekriegt, da war ich 14, auch die (Name der Betreuerin), erstes Mal ein Stofftier in der Hand, hab ich gesagt: ‚Was ist das, das darf ich haben?' Ah so das gehört dir, das hast du Geburtstag gekriegt. Das war die Fotos oben (B hatte zum Interview Fotos mit, Anm. d. Verf.), das war der Stofffuchs."
> I: „Ah ja, (…). Das haben Sie noch?"
> B: „Das hab ich heute noch und das gebe ich im Leben nicht weg. Was ich von einem Betreuer gekriegt hab, das behalte ich." (…) Die wohnt bei die Breitenseer Kirche. (…)"
> I: „Sehen Sie die noch hie und da oder-"
> B: „Na, ich hab schon die Adresse, hat gesagt, ich kenne keine Frau (B. sagt ihren eigenen Nachnamen, Anm. d. Verf.) nicht (…)." (IP17_B:122ff.)

Im letzten Zitat wird die Diskrepanz zwischen der Unverbindlichkeit der Beziehung auf Seiten des Personals und dem Grundbedürfnis nach stabilen persönlichen Beziehungen auf Seiten der Kinder augenscheinlich – darin kommt allgemein eine der Grundproblematiken des Aufwachsens in einem solchen institutionellen Setting zum Ausdruck. Auch bei LaienhelferInnen bzw. ehrenamtlich engagierten Personen ist dieses Grundproblem erkennbar, möglicherweise fiel ihnen aufgrund ihrer nichtprofessionellen Betreuungsrolle die Abgrenzung schwerer. Teilweise ließen sie sich auf langfristige Bezie-

hungen ein, auf Basis des erschlossenen empirischen Materials lässt sich aber nicht einschätzen, wie häufig dies geschah und von welcher Qualität die Beziehung war. Das erste der beiden nachstehenden Zitate bezieht sich auf einen Jungen, der mit anderen Kindern gemeinsam auf einen vom Elternverein organisierten Urlaub mitgenommen wurde:

> „(…) für mich am meisten beeindruckend war eben der (Name des Buben, Anm. d. Verf.), der da so aufgeblüht (ist). Und ich hab ein ziemlich schlechtes Gewissen gehabt, dass ich mich nachher nicht mehr um ihn gekümmert hab, weil die Frau (Name einer im Elternverein engagierten Mutter, Anm. d. Verf.) hat mir schon erzählt, dass er immer wieder nach mir fragt." (IP6_E:127)

> „Und die (Lehrerin am Pavillon 15, Anm. d. Verf.) hat mir sowas von eingeschärft, wenn ich mir das jetzt im Alter von 18 Jahren anfange, dass es ganz genau eine Entschuldigung gibt dafür, es wieder aufzuhören, nämlich wenn ich heirate und mein späterer Mann das nicht will. Weil diese Kinder dermaßen- also der, den ich da genommen habe, der hatte eben die Krankenschwester, die ihn mit sieben (Jahren, Anm. d. Verf.) aus dem Bett geholt hat, also Käfig geholt hat, und nachher sind sie kaputt, wenn diese Person weg ist und das wird immer schlimmer, die Verhaltensweisen, die dann ausgepackt werden. Also die Botschaft an mich war, was du tust ist wunderbar und geht doppelt so fett nach hinten los, wenn du den dann verlässt." (IP40_P:159)

Manche Berichte deuten darauf hin, dass die Lieblingskinder einzelner Schwestern von letzteren in personalinterne Feindseligkeiten einbezogen und mitunter als Racheobjekt instrumentalisiert wurden, wie nachfolgende Erinnerung nachdrücklich erkennen lässt:

> „Und irgendwann einmal komme ich in den Saal und da hat die Schwester, die mit mir in der Tour war, ist da gestanden und hat die Badewanne eingelassen mit eiskaltem Wasser, hat (…) diesen Buben (das Lieblingskind einer anderen Schwester, Anm. d. Verf.), der war damals sieben oder acht, recht klein und zart, in die Badewanne mit dem eiskalten Wasser reingesetzt und untergetaucht. Und hat dazu immer gesagt: ‚Sauf, (Nachname der anderen Schwester, Anm. d. Verf.)-Trottel!' Also das war diese Schwester die sie nicht mögen hat. Und ich reiß ihn raus, hat der gezittert und gebibbert am ganzen Körper und panisch, reiß ihn raus, trockne ihn ab und sag zu ihr: ‚(…) was kann denn er da dafür?' ‚Ja, das ist der (Nachname der anderen Schwester, Anm. d. Verf.)-Trottel.' Sag ich: ‚(…) darf ich jetzt heute zu dir nach Hause gehen und deinen Buben in die Badewanne eintauchen und sagen, sauf (Nachname der Schwester, Anm. d. Verf.)-Trottel? Und sie schaut mich so-: ‚Das ist ja ganz was anderes.'" (IP7_P:158)

Die Kollegin habe, so wird weiter erzählt, schlussendlich doch eine gewisse Einsicht gezeigt, dass der Vergleich mit dem eigenen Sohn nicht jeder Grundlage entbehre. Das Phänomen solcher über die Kinder ausgetragenen Spannungen innerhalb des Pflegepersonals wird in nachfolgendem Kapitel nochmals aufgegriffen.

Absichtsvolles Quälen und Misshandeln von Kindern

In einem umfassenden Gewaltsystem, wie es der Pavillon 15 repräsentierte, ist es nur sehr begrenzt möglich und sinnvoll, besondere Gewalthandlungen zu unterscheiden. Gewalterfahrungen unterschiedlichster Art gehörten zum Alltag der Kinder und Jugendlichen, wie in den bisherigen Ausführungen vielfach erkennbar wurde,[118] auch wenn unterschiedliche Gruppen von ‚PatientInnen' in verschiedenem Ausmaß davon betroffen waren. In den Erinnerungen der ZeitzeugInnen lassen sich über die Gewalt durch umfassende Vernachlässigung und Entmenschlichung hinaus allerdings auch gewalttätige Handlungen gegen die Kinder ausmachen, die in stärkerem Ausmaß den Charakter eines absichtsvollen Quälens und Misshandelns aufweisen. Auch solche Verhaltensweisen klangen in den bisherigen Beschreibungen bereits an, etwa im Zusammenhang mit den Badegepflogenheiten. Sie sollen nachfolgend nochmals explizit zum Thema gemacht werden.

Der überwiegende Teil der interviewten Personen, die in ihrer Kindheit auf Pavillon 15 untergebracht waren, berichtete von körperlichen Misshandlungen, teilweise auch in massiver Form.[119] Insbesondere in den 1960er Jahren werden wiederholt Namen von zwei bis drei Pflegekräften genannt, die Kinder systematisch und vorsätzlich gequält haben dürften. Manchmal scheinen die körperlichen Misshandlungen Reaktionen auf kleine ‚Unartigkeiten' bzw. Regelverstöße (unerlaubtes Ballspielen, laut sein etc.) im Sinne von Bestrafungen gewesen zu sein, manchmal wussten die Kinder nicht, weshalb sie körperlich gezüchtigt werden.

> „Die (Schwester, Anm. d. Verf.) hat mich geschnappt, die Rute hingehaut, ich war ganz blau, der ganze Rücken. (…) so gehaut sind wir worden und später sind wir geduscht, eiskalte Wasser, da war ich dann komplett verkühlt. Da war ich krank. (…) mit Schlüssel haben sie auch gehaut, da war ich da ganz bis daher mit zwei Händen blau, mit den groben Schlüsseln. Die haben so Schlüssel gehabt, so mit Ketten Schlüssel haben sie gehabt, mitsamt den Ketten auch hingehaut." (IP73_B:77ff.; zeitl. Bezug: Ende 1950er-Mitte 1960er Jahre)

> „(…) die (Schwester, Anm. d. Verf.) hat mir die Hand umgedreht (...). Dann ist sie- dann war sie komplett gebrochen. (…) Ja, die hat uns die Hände ordentlich umgedreht. Und dann ist die (Name einer anderen Schwester, Anm. d. Verf.) gekommen, hat eh gesagt, ‚(…) gib die Schutzjacken runter, die (Name des

---

[118] Pavillon 15 war zugleich in einen von umfassender Gewalt gekennzeichneten Anstaltskontext eingebettet – vgl. hierzu Forster/Pelikan 1978a.

[119] Vgl. IP13_B; IP17_B; IP49_B; IP52_B; IP55_B; IP70_B; IP73_B; IP74_B; IP75_B; IP76_B; IP78_B; IP79_B – Da in den Gesprächen in der Regel wiederholt Gewalt thematisiert wurde, sind hier die konkreten Absätze nicht näher angegeben.

> Mädchens) hat die Hand gebrochen, sofort ins Krankenhaus. Ja, ich war wirklich im Krankenhaus dort. Waah, das hat wehgetan und der Gips hat gejuckt, bist du deppert, bist daher (zeigt, bis wohin der Gips reichte, Anm. d. Verf.).“ (ebd.:315ff.)

> „Erst war ich Kinderheim, dann war ich Baumgartner Höhe, da bin ich gehaut worden auch, kalte Wasser geduscht, mit Schutzjacke bin ich geduscht-.“ (IP74_B:15); „Viel blau, da war ich blau, ganzer Bauch war blau. (…) Mit einem Bartwisch, mit einem Besen hat sie mich gehaut. Das hat wehgetan.“ (ebd.:93ff.; zeitl. Bezug: Mitte 1960er bis Mitte 1970er Jahre)

> „Geschlagen immer, nicht? (…) Haben den Besen auch hingehaut aufs Knie, gell?“ (IP76_B:121ff.) – “Ja, viel geschlagen. Ein Pfleger auch geschlagen gehabt. (I: Der Pfleger auch?) Ja, bei mir, ja, Gitterbett hineingehaut, nicht? (…) Schlüssel zusperren, nicht? (…) Ist ja wie ein Häf’n (Gefängnis, Anm. d. Verf.), nicht?“ (ebd.:167ff.; zeitl. Bezug: Mitte 1960er bis Mitte 1970er Jahre)

> B: „Wir haben auch müssen alle- früher haben alle müssen knien auch die ganze Nacht.“ (…)
> I: „Warum haben Sie knien müssen?“
> B: „Weiß ich nicht.“ (IP78_B:280ff.; zeitl. Bezug uneindeutig)

Die erhobenen Daten lassen die begründete Annahme zu, dass sich an diesen massiven physischen Misshandlungen der Kinder durch einen Teil der Pflegekräfte bis jedenfalls Mitte der 1970er nichts geändert hat. Manche der oben zitierten betroffenen Personen waren auch diese lange Zeitspanne auf Pavillon 15, andere, die erst in den 1970er Jahren auf den Pavillon kamen, berichten ebenfalls von regelmäßigen Gewalttaten:

> „(…) die anderen haben es (Elternbesuch, Anm. d. Verf.) nicht gekriegt, da haben sie immer geschrien: ‚Jö, sie hat Besuch kriegt und die anderen nicht.‘ Da haben die beim Fenster (…) immer runter gewunken. Aber die haben leider immer Schläge gekriegt. (I: Von wem?) Von Pflegern und von Schwestern. (…) Und vom Doktor auch.“ (IP17_B:8ff.; zeitl. Bezug: Mitte 1970er Jahre)

> „() Watschen gekriegt, weil ich deppert war. (…) Dann habe ich geweint. Und dann hat sie mir eine Spritze gegeben.“ (IP52_B:306ff.; zeitl. Bezug: 1970er Jahre)

Dass es auch von Seiten des bis 1976 auf Pavillon 15 im Dienst stehenden Oberarztes wiederholt körperliche Misshandlungen der Kinder gegeben haben dürfte bzw. Gewalttaten gebilligt wurden, wird ebenfalls in mehreren Interviews bezeugt.[120]

---

[120] Vgl. u.a. IP7_P:120; IP17_B:8ff.; IP70_B:179.

Bestrafungen wie Ohrfeigen, Schläge mit Pantoffeln bzw. anderen Gegenständen, Einsperren im Keller oder Essensentzug, werden bis zum Ende der Nutzung von Pavillon 15 als „Kinderpavillon" berichtet. Mehrfach weisen ZeitzeugInnen der letzten Periode ab Mitte/Ende der 1970er Jahre auch darauf hin, dass Kinder mit einem nassen Tuch geschlagen wurden, damit keine Spuren der Misshandlung zurückbleiben.[121] Die verübte Gewalt geht auch hier über Disziplinarmaßnahmen klar hinaus; von manchen Pflegekräften dürfte sie aus Lust am Quälen ausgeübt worden sein – etwa einfach deshalb, weil man ein Kind nicht mochte:

> „(…) und dann ist man so mit diesem Menage-Reindl durchgegangen. (…) Und dann hat es natürlich auch sein können, wenn da jetzt ein Kind da war, das die Schwester, die jetzt heute im Dienst war und vielleicht morgen auch noch, nicht mögen hat, dann ist sie mit dem Menage-Reindl, Löffel reingetaucht, so ganz nah hingegangen, so ans Netzbett ran, und das Kind ist schon ganz flipprig, weil es hat ja sonst nichts zu tun gegeben als wie Essen (…), und dann so mit dem Löffel (zeigt Geste des Abwendens, Anm. d. Verf.): ‚Geh scheißen, depperter Aff', und dann zum Nächsten." (IP7_P:355; zeitl. Bezug: Anfang 1980er Jahre)

Das Misshandeln von Kindern scheint zudem von manchen Pflegepersonen völlig gedankenlos eingesetzt worden zu sein, um Feindschaften mit KollegInnen auszuleben, wie weiter oben bereits am Beispiel des in kaltem Wasser untergetauchten „Lieblingskindes" einer verhassten Kollegin deutlich wurde. Auch folgende Erzählung handelt von solchen Praktiken und lässt zudem erkennen, dass einzelne Personen, die überdurchschnittliches Engagement in der Pflege und Betreuung der Kinder zeigten, von manchen KollegInnen des Stammpersonals schikaniert wurden:

> „Also ich weiß, bei mir haben sie einmal im Nachtdienst, weil ich mich immer so aufgeregt und weil ich halt immer so Spassettl gemacht hab, (…) solche Sachen waren halt immer vielen ein Dorn im Auge, weil sie dann immer Angst gehabt haben, es könnte dann wer anderer auch verlangen. Und dann haben sie mir irgendwann in einem Nachtdienst von mir, (…) haben sie den Kinder und Jugendlichen Abführmittel gegeben im Tagdienst. (…) Und es haben die ganze Nacht alle geschissen, endlos. Und ich hab schon geglaubt ich dreh durch. (…) Aber da ist so Mobbing wirklich total über die Kinder gelaufen." (IP7_P:158)

Beide berichteten Vorfälle lassen erahnen, dass es den Täterinnen völlig an Bewusstsein dafür fehlte, dass für die gegen KollegInnen gerichteten Feindseligkeiten andere Menschen (im konkreten Fall Kinder und Jugendliche mit

[121] Vgl. u.a. IP3_P:26; IP6_E:217; IP7_P:83ff.

Behinderungen) instrumentalisiert und misshandelt wurden. Auch hieran wird erkennbar, dass die Kinder – jedenfalls von einem Teil des Pflegepersonals – lediglich als empfindungslose Objekte wahrgenommen worden zu sein scheinen. Dass solche Gepflogenheiten des Personals am Steinhof insgesamt üblich gewesen sein dürften, zeigt die Anfang der 1980er Jahre durchgeführte empirische Studie von Schwediauer (1984). Auch er stellt anhand der Verabreichung von Abführmittel fest, dass PatientInnenen „als bloßes Objekt zur ‚Rache' an der anderen Tour (Arbeitsschicht, Anm. d. Verf.) missbraucht" (ebd.:61) wurden. Und diese ‚Traditionen' scheinen kein Spezifikum des Steinhofs gewesen zu sein; Gert Lyon schildert beispielsweise aus den 1970er Jahren einen vergleichbaren Fall aus der Erwachsenenpsychiatrie eines anderen österreichischen Krankenhauses:

> „Zwei rivalisierende diplomierte psychiatrische Krankenschwestern tragen ihren Konflikt miteinander aus, indem sie allen 60 Patientinnen einer Station jeweils einige Stunden vor dem Schichtwechsel eine große Dosis Abführmittel verabreichen. Dieser über den Darm der Patientinnen abgeführte Krieg wird übrigens erst nach mehreren Monaten zufällig entdeckt, als bei der Überprüfung der Medikamentenkostenrechnungen der unerklärlich hohe Abführmittelbedarf der Station auffällt." (Lyon 1980:2)

Die geschilderten Gewalthandlungen können nur zum Teil mit individuellem Fehlverhalten einzelner Pflegekräfte begründet werden, wurde jenen doch in besonderer Weise durch die organisationalen und professionellen Rahmenbedingungen auf Pavillon 15 ermöglicht, eventuell vorhandene sadistische Neigungen oder Rachegelüste auszuleben. Insofern ist diese Gewalt zugleich als systembedingt zu betrachten (vgl. Forster/Pelikan 1978a). Und ähnlich wie im ehemaligen Kinderheim Wilhelminenberg (vgl. Helige et al. 2013; Mayrhofer 2013:19ff.) und vermutlich vielen ähnlichen stationären Einrichtungen trug auch in dieser totalen Institution jener Teil des Personals, der selbst keine derartige Gewalt gegen Kinder ausübte, sondern diesen möglicherweise sogar positive Zuwendung entgegenbrachte, durch Hinnehmen oder Wegschauen zum Fortbestehen des Gewaltsystems bei. Manche verließen sich auch darauf, dass die interne Kontrolle durch die Pflege- oder Pavillonsleitung schon funktionieren werde (vgl. u.a. IP21_P:328ff.), dies war aber ganz offensichtlich nicht der Fall. Die ärztliche Leitung des Pavillons dürfte bis zum personellen Wechsel Mitte der 1970er Jahre nicht nur kein Interesse an einer Veränderung der Zustände gezeigt, sondern vielmehr zu diesen Missständen aktiv beigetragen haben. Auch wenn dieser Befund keinesfalls für seine Nachfolgerin gilt, scheint es bis zur Auflösung des Pavillons 15 an Durchsetzungskraft der ärztlichen Leitung gegenüber dem angestammten Pflegepersonal gefehlt zu haben. Rechtlich waren diese gewalttätigen Prakti-

ken keinesfalls gedeckt, und zwar auch nicht vor den rechtlichen Veränderungen in den 1970er Jahren (vgl. Hammerschick in diesem Band, Kap. 28).

Beziehungen und Gewalt zwischen den Kindern

Die Beziehungsmöglichkeiten der Kinder und Jugendlichen untereinander waren in mehrfacher Hinsicht durch das soziale Umfeld limitiert bzw. negativ beeinflusst. Das Umfeld, in dem sie untergebracht waren, war großteils nicht dazu angetan, ihre sozialen Fähigkeiten zu entwickeln und zu fördern. Ganz im Gegenteil: Oft hatten sie gar keine oder negative Vorbilder für die Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen, sie wuchsen in einer von emotionaler Gleichgültigkeit und Gewalt geprägten und aggressionsfördernden Umgebung auf (der Begriff „aufwachsen" vermag allerdings das teilweise gegebene Dahinvegetieren nicht adäquat zu beschreiben). Zu berücksichtigen ist zudem, dass ein Teil der Kinder aus einem familiären Umfeld kam, das durch Gewaltbeziehungen geprägt war, oder vor der Einweisung auf Pavillon 15 bereits einige Lebensjahre in Heimen verbringen mussten (vgl. Kap. 5). Auch letzteres zeigt sich auf Basis zahlreicher empirischer Studien der Entwicklung von Beziehungsfähigkeit und sozialer Kompetenz überwiegend abträglich (vgl. u.a. Helige et al. 2013; Sieder/Smioski 2012). Angesichts der zahlreichen und stark ausgeprägten Hospitalismussymptome, die die Kinder als Folge ihrer Unterbringung zeigten, erscheint ein Spekulieren über den durch die ursprüngliche Behinderung mitbewirkten Anteil an „sozial unverträglichem Verhalten" bzw. problematischen Beziehungen zwischen den Kindern müßig.

Zunächst ist herauszustreichen, dass manche Kinder und Jugendliche auch unter diesen denkbar widrigen Bedingungen Vertrauens- und Freundschaftsbeziehungen untereinander ausbilden konnten, auch wenn die Schilderungen keine Rückschlüsse darauf erlauben, wie häufig sie vorkamen.[122] Sodann zeigen die Erzählungen in den Interviews eine Reihe von unter Kindern erwartbaren Zankereien und Auseinandersetzungen: Es wird verspottet, gemobbt, gekratzt, getreten, verprügelt und manchmal offenbar auch gebissen. So berichtete die Schwester eines in den 1960er Jahren am „Kinderpavillon" untergebrachten Buben davon, dass ihrem Bruder einmal ein Stück vom Ohr fehlte: Es war von einem Mitpatienten abgebissen worden. Die Einstellung des Personals dazu wurde erlebt als: „Das passiert halt unter Behinderten."

[122] Vgl. IP17_B:544ff.; IP44_A:282ff.; IP48_B:268ff.; IP52_B:43ff. und 837ff.; IP79_B:25ff.; IP76_B:68ff.

(IP18_A:111). In der Krankenakte dieses Kindes sind auffallend viele Bisswunden dokumentiert, die ihm laut Eintragungen durch mehrere verschiedene Mitpatienten zugefügt wurden, zugleich wird er selbst als aggressiv anderen Kindern gegenüber dargestellt.

Die Akten hinterlassen den Eindruck, dass Gewalt unter den Kindern nicht nur häufig auftrat und mitunter medizinische Nachbetreuung der entstandenen Verletzungen erforderte (Behandlung mit Salben, lange Abheilzeiten der Wunden), sondern auch nicht zureichend durch das Personal eingedämmt wurde – oder wenn, dann durch Freiheitsbeschränkungen (vgl. Kap. 8). Da bei einigen Vermerken zu Bisswunden der Verursacher oder die Verursacherin nicht angegeben werden kann, liegt es nahe, dass Pflegepersonal bei diesen Vorfällen nicht anwesend war.

Zudem verweisen die erschlossenen Quellen auf einzelne Kinder und Jugendliche mit ausgeprägt aggressiven Verhaltensweisen, die selbst vom Gewalt gegenüber abgestumpftem Personal als problematisch erkannt wurden: „Und weil sie so aggressiv war, haben wir gesagt, das geht nicht mehr, die gefährdet uns die Kinder, wir müssen die auf die Erwachsenenstation legen." (IP3_P:110). Ob dem Mädchen dort eine adäquate Unterstützung geboten wurde, ist fraglich bzw. eher zu bezweifeln. Unterschiedliche InterviewpartnerInnen, die ehemals am „15er" untergebracht waren, erwähnen mehrfach übereinstimmende Namen von MitpatientInnen und beschreiben diese als sehr gewalttätig ihnen gegenüber; auch die Erfahrung, mit diesen gewalttätigen Kindern allein gelassen worden zu sein, wird mehrfach berichtet.[123]

> „(…) jedes Mal haben wir Schwierigkeiten gehabt mit einem Typen da, das ist auch ein Klient, ein behinderter Klient, (…) weil der war noch mehr aggressiv, wie man es glaubt. (…) wie wir geschlafen haben, hat es dann einen Schrei gegeben, hat er dann zum Schreien angefangen, er kommt raus und rennt gleich gegenüber auf einen Klienten vor, (…) der ist dann auf ihn zuwe (hin, Anm. d. Verf.) gegangen, hat er ihm eine gepackt (einen Schlag versetzt, Anm. d. Verf.). Ich hab rennen müssen, ich wollte- die Türe war zu, ich hab geschrien: ‚Hilfe, Hilfe, helft uns!' Er geht auf den Klienten los etc., keiner hat uns gehört. Ich hab die Türe volle Wäsche- das war so eine Holztüre, ich hab die Holztüre volle, haben wir alle (-) diese gottverdammte Scheiß Holztüre aufbrechen (kann)." (IP16_B:11)

Auch wenn zu vermuten ist, dass einzelne Pflegekräfte doch erzieherisch eingriffen, lassen die Berichte der ZeitzeugInnen deutlich erkennen, dass die Kinder in hohem Ausmaß sich selbst und der Gewalt durch andere Kinder

---

[123] Vgl. IP17_B:62ff.; IP46_B:11; IP48_B:240ff.; IP52_B:17ff. (und viele weitere Stellen).

überlassen waren und kein erzieherischer Auftrag gesehen wurde (vgl. hierzu die Ausführungen in Kap. 9.1).

Aggressive Verhaltensweisen der Kinder dürfte zumeist als Symptom ihrer Behinderung interpretiert worden sein, d.h. als Ausdruck einer vorrangig körperlich/genetisch bedingten Abweichung von der Norm: „Jede Verhaltensweise ist ein Symptom für irgendwas, egal was sie tun." (IP42_A:64) Dadurch musste aus dem gewalttätigen Geschehen auch kein Erziehungsauftrag abgeleitet werden – und auch kein Auftrag, etwas an den Lebens- und Betreuungsumständen, also an den diesen Kindern zugemuteten sozialen Bedingungen zu ändern.

Wiederholt wird davon berichtet, dass manche Pflegekräfte Gewalt zwischen Kindern direkt förderten bzw. anordneten:

> B: „Ja kann ich schon noch erinnern, das war ein behinderter Bursch (…), der ist (mit) gezwungen worden für die Krankenschwestern, gesagt (-) mich so fest schlag (…)."
> I: „Also das war ein anderer, der dort am Steinhof war, der hat Sie geschlagen?"
> B: „Geschlagen und angeschafft mit den behinderten Menschen angeschafft. (…) Eine Schwester hat mit dem behinderten Bursch, (…) der hat mich schlagen müssen." (IP17_B:226ff.; zeitl. Bezug: Mitte 1970er Jahre bis Anfang 1980er Jahre)

> „Dann waren natürlich immer noch diese Mitpatienten, die ein bissl fitter waren und die halt auch mitgeholfen haben, die dann unter Umständen sehr stolz waren, wenn sie einen ganzen Saal alleine im Griff gehabt haben. Da hat es ordentlich Watschen geregnet für die Kinder, die halt schlechter beisammen waren." (IP7_P:77ff.; zeitl. Bezug: Anfang 1980er Jahre)

Für solch einen ruhigen und „braven" Saal ließ sich dann Lob durch die diensthabende Schwester lukrieren. Diese letzten Beispiele zeigen in zugespitzter Weise, was insgesamt gilt: Das soziale Umfeld der Kinder und Jugendlichen auf Pavillon 15 förderte in massiver Weise aggressive und gewalttätige Verhaltensweisen untereinander, aber auch gegen sich selbst. Pavillon 15 war damit keine Ausnahme am Psychiatrischen Krankenhaus der Stadt Wien, darauf weist die Studie von Forster/Pelikan (1978a, b und c) vielfach hin und dies wurde auch in den analysierten Krankenakten erkennbar (die Akten wurden bei Überstellung auf andere Pavillons fortgeführt) sowie in Interviews thematisiert:

> „Ein erhöhtes Aggressionspotenzial war im Vergleich zu anderen Einrichtungen schon deutlich gegeben. (…) Und ich hab viele dieser Leute, die oben (im PKH, Anm. d. Verf.) extrem aggressiv waren, Jahre später dann erlebt, ohne dass sie niedergespritzt waren, und sie waren eigentlich ganz normal betreubar. (…) es hat was mit den Leuten gemacht." (IP68:P:52; zeitl. Bezug: Anfang 1980er Jahre)

Pavillon 15 war, wie das Psychiatrische Krankenhaus insgesamt, im Untersuchungszeitraum ein umfassendes Repressionssystem, in dem strukturelle und personale bzw. aktuelle Gewalt in vielfältiger Weise miteinander verwoben waren (vgl. Forster/Pelikan 1978a:71). Entsprechend zieht sich das Thema Gewalt durch die gesamte Fallstudie, wie in den nachfolgenden Kapiteln weiter sichtbar wird.

7.4. SEXUALITÄT UND SEXUALISIERTE GEWALT

Das Thema Sexualität von Menschen mit Behinderungen wurde auf Pavillon 15 wie auch in vielen anderen Institutionen, in denen Menschen mit Behinderungen im Untersuchungszeitraum untergebracht waren, großteils ignoriert und tabuisiert. Die empirischen Daten zeigen einerseits die Tendenz auf, den jungen Menschen mit Behinderungen sexuelle Bedürfnisse generell abzusprechen. Andererseits lässt sich aber in manchen Krankengeschichten und Interviewausschnitten auch erkennen, dass einige ‚PatientInnen' als besonders triebhaft bzw. als „sexuell enthemmt"[124] wahrgenommen wurden. In jedem Fall wurde solchen menschlichen Grundbedürfnissen im Anstaltsalltag kein Raum zugestanden, wie die empirischen Erkenntnisse sichtbar werden lassen.

In den Interviews wird mehrfach geäußert, dass sexuelle Bedürfnisse und Aktivitäten auf Seiten der Jugendlichen im Anstaltsalltag „kein Problem" dargestellt hätten, da sie nur wenig in Erscheinung getreten wären. Es ist davon auszugehen und kommt vereinzelt in Interviewaussagen indirekt zum Ausdruck, dass der hohe Einsatz an Psychopharmaka, insbesondere an sedierend wirkenden Medikamenten, sexuelle Bedürfnisse stark unterdrückte. Wenn dies nicht ausreichte, wurde Epiphysan zur Triebdämpfung verabreicht. Die Ergebnisse der Aktenauswertungen lassen vermuten, dass letzteres nicht allzu häufig der Fall war, auch wenn einzelne Interviewaussagen dem widersprechen (vgl. Kap. 6). Aufgrund des völligen Fehlens von Privatsphäre für die ‚PatientInnen' auf Pavillon 15 konnte Sexualität meist nur sichtbar ausgelebt werden und sie war vorrangig als Masturbation möglich.[125] Im oberen Stock gab es eine Trennung nach Geschlecht, die Begegnungs-

---

[124] Vgl. u.a. KG9a_S:1978; KG11b_S:1977; KG15b_S:1977; KG20a_S:1977; KG39a_S:1982; IP16_P:164ff.; IP37_P:93ff.

[125] Vgl. KG9a_S:1978; KG11b_S:1962; KG30a_S:1983; KG54a_Y:1962; KG123a_Y:1955; KG124a_Y:1958; KG126a_Y:1970; KG130a_Y:1967.

möglichkeiten (v.a. in der Schule) dürften stark überwacht gewesen sein. Im Erdgeschoß ist keine Aufteilung der Schlafsäle nach Geschlecht bekannt, sie verlief vorrangig nach Grad der Behinderung bzw. dem Aggressionslevel der Kinder und Jugendlichen. In den Gesprächen wurde nicht thematisiert, inwieweit und in welcher Weise sexuelle Bedürfnisse im Zimmer der als besonders aggressiv geltenden Kinder zum Ausdruck kamen – möglicherweise waren sie durch starke Medikation und physische Freiheitsbeschränkung nahezu unmöglich.

Sexuelle Annäherungen oder auch Übergriffe zwischen den Kindern wurden, so man sie wahrnahm, sofort unterbunden, etwa durch die Unterbringung im Netzbett als Ergänzung der medikamentösen Ruhigstellung (vgl. KG54a_Y:1963). In einer Krankengeschichte ist Ende der 1950er Jahre vermerkt, dass ein damals knapp 14-jähriger Patient frühzeitig auf den Erwachsenenpavillon transferiert werden müsse, weil er aufgrund seiner auch auf andere Kinder übergreifenden sexuellen Aktivitäten „nicht länger auf dem Kinderpav. haltbar“ (KG124a_Y:1958) sei. Es ist aber davon auszugehen, dass sexuelle Übergriffe zwischen Jugendlichen auf Pavillon 15 dennoch stattfanden, auch wenn sich ihr Ausmaß schwer einschätzen lässt. Die strukturellen Rahmenbedingungen und die Lebensbedingungen der Jugendlichen, die Sexualität ignorierten oder unterdrückten, müssen als solche Übergriffe fördernd betrachtet werden, weil sie keine Möglichkeiten eröffneten, die eigenen sexuellen Bedürfnisse angemessen zu befriedigen. Auch waren Sexualaufklärung bzw. sexualpädagogische Erziehung auf Pavillon 15 nicht vorgesehen, die Jugendlichen wurden mit ihrem sexuellen Begehren sich selbst überlassen. Sie hatten nicht nur wegen verzögerter intellektueller Entwicklungen, sondern in hohem Ausmaß auch aufgrund der Verweigerung kultureller und sozialer Lernprozesse durch ihre soziale Umwelt keine Möglichkeit, ein zwischenmenschlich akzeptables Sexualverhalten zu entwickeln – manche Erzählungen der InterviewpartnerInnen lassen dies eindrucksvoll erkennen.[126]

Auch Empfängnisverhütung sei auf Pavillon 15 „kein Thema“ gewesen, so berichten die ZeitzeugInnen. Gängigstes ‚Verhütungsmittel‘ war wohl die Trennung nach Geschlecht – und damit verbunden die verschiedenen Formen von Freiheitsbeschränkung. Es ließen sich keine Hinweise finden, dass an jugendlichen PatientInnen des Pavillons eine Sterilisation vorgenommen worden wäre. Auch finden sich keine Vermerke einer Schwangerschaft weiblicher Jugendlicher in den Akten, die ZeitzeugInnen erinnerten sich ebenfalls

[126] Vgl. IP7_P:229; IP63_P:70ff.

nicht an ein derartiges Vorkommnis am „Kinderpavillon“. Einhellig wurde zudem bestätigt, dass auf Pavillon 15 selbst keine sexuellen Übergriffe von Personal oder anderen erwachsenen Personen an den Kindern und Jugendlichen bekannt sind.[127] Außerhalb des Pavillons am Anstaltsgelände lassen sich solche Vorfälle zwar nicht ganz ausschließen, auch wenn sich aufgrund des Umstandes, dass die Kinder in hohem Ausmaß überwacht wurden und eingesperrt waren, wenige Gelegenheiten dafür geboten haben dürften (vgl. IP3_P:38ff.).

In diesem Zusammenhang ist der Gesamtkontext PKH zu berücksichtigen: PatientInnen in der psychiatrischen Großanstalt „Am Steinhof“ wurden generell keine sexuellen Bedürfnisse zugestanden wurden (vgl. Forster/Pelikan 1978b:158ff.; Schwediauer 1984:49). In den Interviews wurde mehrfach darauf verwiesen, dass andere, erwachsene Psychiatrie- oder auch Pulmologiepatienten ihre sexuellen Bedürfnisse bei am Steinhof untergebrachten Menschen mit Behinderungen befriedigten, teilweise gegen eine geringe Bezahlung. Meist dürfte es sich um PatientInnen der Erwachsenenpavillons gehandelt haben. Zugleich ist davon auszugehen, dass manche sexuellen Kontakte zwischen erwachsenen PatientInnen auch in wechselseitigem Einverständnis und ohne Bezahlung stattfanden. Auch wenn in einzelnen Interviews Missbrauchsvorfälle mit ‚PatientInnen‘ des Kinderpavillons nicht ganz ausgeschlossen werden, so lässt sich auf Basis des erhobenen empirischen Datenmaterials doch schlussfolgern, dass sie kaum vorgekommen sein dürften.

Anders verhält es sich generell in Bezug auf Missbrauchserfahrungen der auf Pavillon 15 untergebrachten Kinder und Jugendlichen. Mehrfach wurde von sexuell auffälligem Verhalten, das auf Missbrauchserfahrungen schließen lässt, berichtet. Die Täter dürften dabei großteils aus dem privaten Umfeld gekommen sein, auch wenn darüber nur teilweise Wissen vorlag.[128] Zu betonen ist jedenfalls, dass sich – abgesehen von einer Ausnahme – nicht im Geringsten erkennen lässt, dass derartigen Symptomen und daraus resultierendem besonderen Unterstützungsbedarf irgendwelche Aufmerksamkeit auf Pavillon 15 geschenkt worden wäre. Die Ausnahme ereignete sich im Jahre 1983, also bereits am Übergang zu Pavillon 17: Eine Jugendliche hatte von sexuellen Übergriffen ihres Vaters beim Ausgang nach Hause berichtet, daraufhin wurde ein Besuchsverbot verhängt und Anzeige gegen den Vater wegen Verdacht des sexuellen Missbrauchs erstattet (vgl. KG74_S:1983).

---

[127] Vgl. u.a. IP6_E:221; IP16_P:254ff.; IP20_E:185ff.; IP21_P:634ff.

[128] Vgl. IP3_P:64; IP7_P:100 und 227ff.; IP17_B:80ff., IP20_E:185ff.; IP21_P:643.

Ob der betroffenen Jugendlichen auch psychologische Unterstützung zugedacht wurde, war aus der Krankengeschichte nicht erschließbar.

8. Freiheitsbeschränkende Praktiken auf Pavillon 15[129]

Hemma Mayrhofer

8.1. Beschränkungsfördernde Rahmenbedingungen

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen während der stationären Unterbringung von Personen mit psychischer Erkrankung oder kognitiver Behinderung gehörten bis in die 1970/80er Jahre – und teilweise weit darüber hinaus – zum alltäglichen Lösungsrepertoire des medizinischen und pflegerischen Personals gegenüber PatientInnen bzw. KlientInnen, deren Verhalten zu Störungen des Anstaltenalltags führte oder führen hätte können (vgl. u.a. Fengler/Fengler 2014[1980]; Schwediauer 1984). Die Gründe hierfür sind vielfältig und beginnen bei der allgemeinen gesellschaftlichen Stellung von Menschen mit Behinderungen einerseits und Kindern und Jugendlichen andererseits.[130] Weitere relevante Einflussgrößen stellen die organisationalen Strukturen, Kulturen bzw. Handlungsschemata der Einrichtungen sowie der Qualifikationshintergrund des Personals und die professionellen Standards dar. All diese Aspekte haben Einfluss auf die „kognitiven Skripts" des Personals, die „typische Verlaufsmuster für alltägliche und wiederkehrende Handlungen" (Katenkamp 2011:216) festlegen. Hinzu kommen Faktoren wie Ressourcenausstattung, die Beschaffenheit und Effektivität von Kontrollsystemen in- und außerhalb der Einrichtung, aber auch die räumliche Beschaffenheit und Lage der Unterbringung, Ausmaß und Qualität der technischen Behelfe, die zur Verfügung stehen u.v.m.

Wie auch aus der Begleitforschung des IRKS zur Einführung des Heimaufenthaltsgesetzes (vgl. Berlach-Pobitzer et al. 2005:32) sichtbar wird, wirken Organisationskulturen und -strukturen, die von niedriger Risikobereitschaft, geringer Flexibilität und unterentwickelter bzw. reduzierter sowie hierarchi-

---

[129] Zur seinerzeitigen Rechtslage in Bezug auf Freiheitsbeschränkungen gibt der Beitrag von Hammerschick in diesem Band nähere Einblicke.

[130] Die Entwicklung der Kinderrechte in Österreich kann hier nicht detailliert nachgezeichnet werden (vgl. hierzu u.a. Pinterits 2009).

scher interner Kommunikation geprägt sind, potenziell fördernd für den Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen. Die in Pavillon 15 vorherrschende Organisationskultur des Umgangs mit Risiko stellt sich den Forschungsergebnissen zufolge keinesfalls als risikofreundlich dar, ganz im Gegenteil. Pflege- und Betreuungstätigkeiten zeigen sich stark routinisiert und unflexibel und die Kommunikationsstrukturen lassen formal eine strikte Hierarchie erkennen, während teamförmige Reflexionsangebote die längste Zeit völlig fehlten (vgl. hierzu auch Kap. 4.3). Damit sind die Rahmenbedingungen für die alltäglichen Entscheidungen des Personals über den Einsatz freiheitsbeschränkender Mittel als äußerst beschränkungsbegünstigend zu bezeichnen.

Demgemäß stellt sich der Einsatz von freiheitsbeschränkenden Mitteln auf Basis zahlreicher Interviewaussagen und der Analyseergebnisse der Krankengeschichten als maßgeblicher Interventionsansatz des (überwiegend pflegerischen) Personals auf Pavillon 15 dar. Zunächst waren die Schlafsäle und das Gebäude insgesamt versperrt bzw. konnten sich die Kinder und Jugendlichen darin nicht frei bewegen:

> „Ich meine, ich hab überhaupt nichts machen können, wir sind eingesperrt bis zum Gehtnichtmehr und wir haben nichts machen können. (…) Wir sind nur da in die Scheiß gesperrten Zimmer gesessen, bei der zugemachten Holztür." (IP46_B:116ff.)

Hinzu kamen Netz- bzw. psychiatrische Intensivbetten, Schutz- respektive Zwangsjacken[131] oder andere Formen der körperlichen Fixierung und Medikamente mit sedierender Wirkung. Damit fügte sich der „Kinderpavillon" in den Anstaltsalltag im PKH ein, wie auch die Einträge in den Krankengeschichten von Personen, die bei Erreichen des „Erwachsenenstatus" (bis ungefähr 1970 mit 14 Jahren, danach mit 18 oder 19 Jahren) auf andere Pavillons transferiert wurden, nachdrücklich erkennen lassen. (vgl. zudem Forster/Pelikan 1978a-c; Schwediauer 1984) Der Umstand, dass es sich bei den PatientInnen um Kinder und Jugendliche handelte, scheint bezüglich des Einsatzes solcher Maßnahmen keine Relevanz gehabt zu haben – jedenfalls keine abmildernde.

Grundsätzlich bedurfte der Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen wie Netzbett oder Zwangsjacke und die Vergabe von Medikamenten auch im Untersuchungszeitraum einer ärztlichen Anordnung. Die faktische Handhabung gestaltete sich allerdings – und auch hier unterscheidet sich Pavillon 15

---

[131] Im Folgenden wird der Ausdruck „Zwangsjacke" verwendet, da die Bezeichnung „Schutzjacke" angesichts der Beschränkungspraktiken grundsätzlich zu euphemistisch anmutet.

nicht grundlegend von anderen Pavillons des PKHs – häufig deutlich anders, wie in folgendem Interviewauszug bezogen auf die gesamte Anstalt zum Ausdruck gebracht wird:

> „Die Nutzung davon war aber immer, immer, auch damals, gebunden an eine ärztliche Legitimation. Dass das oft unterlaufen worden ist, ist eine andere Geschichte, oder auch von den Ärzten nicht entsprechend frequent kontrolliert worden ist. Also alle diese restriktiven Maßnahmen haben eine implizite Tendenz der zeitlichen Übernutzung." (IP1_P:534)

Verstärkt wurde dies auf dem sogenannten Kinderpavillon vermutlich noch dadurch, dass kaum ärztliches Personal direkt vor Ort war und eine effektive ärztliche Kontrolle in den empirischen Daten nicht erkennbar wird.

Die Schilderungen legen den Schluss nahe, dass die Zustände nach Stockwerk und auch zwischen den einzelnen Räumen differierten. Die folgende Beschreibung bezieht sich auf die Situation Anfang der 1980er Jahre:

> „Die Mobileren waren da rechts und da ist mehr Netzbett und ja, Beschränkung gewesen. Mitte waren eher die, die man im normalen Gitterbett noch irgendwie untergebracht hat. Und (…) auf Betreiben von einer Erzieherin sind dann noch zwei oder drei in ein offenes Bett gekommen, aber dann sind sie halt gescheit sediert worden. Und im Kindergarten waren die, die sich entweder eh nicht bewegen haben können oder die halt so angebunden waren. Das waren die auf links und Kindergarten war gemischt, aber nicht wirklich- also basale Kinder nicht, aber schon auch mobilere, aber die waren dann halt auch im Gitterbett oder beschränkt oder angebunden." (IP26_P:145)

Das Zitat erweckt den Eindruck, dass all jene, die den PflegerInnen und Betreuenden zu mobil waren, beschränkt wurden. Dies dürfte zwar auch für Anfang der 1980er Jahre noch zu einem beachtlichen Teil zugetroffen haben, wie untenstehende Zitate klar zum Ausdruck bringen, in den Akteneintragungen und manchen Interviewzitaten deuten sich aber seit Ende der 1970er Jahre allmähliche Veränderungen an. Sie kamen auch darin zum Ausdruck, dass Zwangsjacke und Netzbett sukzessive weniger eingesetzt wurden (vgl. IP20_E:60ff.). Davor, d.h. bis zumindest Mitte/Ende der 1970er Jahre, zeigen die Einträge über die Jahrzehnte keine Veränderung hinsichtlich der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen.

8.2. Beschränkungsformen: Netzbett, Fixierung und Medikamente

Netz- bzw. Gitterbetten

Die in der Österreichischen Nationalbibliothek archivierten Fotografien von Harry Weber aus den Schlafsälen des Pavillons 15, die vermutlich 1962 aufgenommen wurden, lassen neben ‚normalen' Gitterbetten für Kleinkinder (in denen allerdings nicht nur Kleinkinder untergebracht waren) auch rundum geschlossene Netzbetten erkennen.

Abbildung 4: Kinder auf Pavillon 15 im Netzbett, Fotografie von Harry Weber, 1962; Quelle: ÖNB/Wien HWvp2180.

Zusätzlich wird vereinzelt von käfigähnlichen Gitterbetten berichtet, die vollständig aus Metallstäben bestanden. In den einzelnen Schlafräumen dürften unterschiedlich viele solcher Netzbetten gestanden haben. Manche Kinder waren nur zeitweise in ihnen verwahrt, andere scheinen die überwiegende Zeit darin eingesperrt gewesen zu sein, andere auch gar nicht, wie sowohl Interviewaussagen als auch die Eintragungen in den Krankengeschichten aufzeigen. Diese Eintragungen lassen allerdings keine durchgängige Systematik erkennen, es ist jedenfalls nicht davon auszugehen, dass jeder Netzbetteinsatz auch dort eingetragen wurde. Nicht selten weist ein einzelner Eintrag wie „meist im

Netzbett“ (KG17a_S:30.05.1967) auf eine längere Phase des Netzbetteinsatzes hin.

Tagsüber wurden den Interviewaussagen zufolge teilweise die Matratzen entfernt und die Kinder auf den nackten Holzplanken oder dem Metallrost (teils wird von Holz-, teils von Metallböden berichtet) im Bett belassen, um das Bettzeug zu schonen bzw. den Kindern weniger Gelegenheit zu geben, dieses zu zerreißen. Von Spielsachen oder anderen Möglichkeiten, sich im Netzbett zu beschäftigen, wird nicht berichtet, möglicherweise weil die Vorstellungen des Betreuungspersonals von einer 'ordnungsgemäßen' Verwendung von Spielutensilien deutlich von deren faktischer Nutzung abgewichen wäre, wie einer der untenstehenden Interviewausschnitte (IP21) andeutet. Die Kinder dürften in der räumlichen Isolation überwiegend sich selbst überlassen gewesen sein. Manche Kinder verrichteten offenbar ihre Notdurft durch den Rost hindurch auf den Boden (vgl. auch Kap. 7.2). Mehrfach wird geschildert, dass die untergebrachten Kinder und Jugendlichen wie Tiere in Käfigen gehalten wurden. Die folgenden Interviewzitate beschreiben die Zustände eindrücklich:

> „Und wie ich in den Steinhof reingekommen bin, (…) das war der Tag, sag ich, wo ich erwachsen war. Sie müssen sich einen Saal vorstellen, lauter Betten, wohlgemerkt zugemacht, Gitterbetten, die hast du nur mit einem Vierkant, mit so einem Hebel runterheben können, und da drinnen, ich hab ja sowas vorher nie gesehen, ich war ja erst 16 Jahre, da drinnen sind Kinder gewesen (…).“ (IP13_B:16ff) – „Ein unbeschreibliches Leid, die Kinder waren großteils in Zwangsjacken und in geschlossenen Betten gefangen. Tagsüber mussten auch die Matratzen entfernt werden, damit diese nicht beschmutzt wurden. Sie bewegten sich in den Gitterbetten, mit tagsüber nur einem Holzbrett, die Matratze kam erst abends hinein, wie Affen im Käfig, entschuldige (…).“ (ebd.:76, zeitl. Bezug: Anfang 1960er Jahre)[132]

> „(…) da hat es so im Saal ein abgetrenntes Eck gegeben mit Matratzen drinnen und da sind sie reingehaut worden und da haben sie den Tag verbracht. (…) Dann hat es welche gegeben, die sind wieder zurück in die Netzbetten gekommen und dann hat es welche gegeben, die konnten so rumkriechen frei quasi, am Boden halt in dem Saal, in dem Tagessaal.“ (IP15_P:19, zeitl. Bezug: Mitte 1970er Jahre)

> „Na die liegen ja nicht, die hupfen herum, die schreien, die plärren. Na liegen tun die nicht. Sind ja nicht brav, sonst wären sie ja nicht im Gitterbett. Schmei-

[132] Die Kurzverweise geben – wie in Kap. 1 und im Abkürzungsverzeichnis erläutert – Hinweise auf die soziale Rolle bzw. Funktion der befragten Personen: P = Personal (inkl. Personal des institutionellen Umfeldes und regelmäßig ehrenamtlich tätigem Personal), B = Betroffene/r, A = Angehörige/r, E = ExpertIn.

> ßen herum mit allem, wenn sie ihnen was reingeben, zerreißen das Gitter.“ (IP21_P:590; zeitl. Bezug: Ende 1960er-Anfang 1980er Jahre)

> „Also ein Käfig ist für mich was, was rund herum Metall, oben zu, Käfig. Und das wurde drei Mal am Tag geöffnet, zumindest sollte das drei Mal am Tag geöffnet werden zwecks wickeln und füttern innerhalb von zwei bis drei Minuten. Da drinnen sind halt Leute gelegen, die ich zum Teil heute als Besuchsdienst betreue (…).“ (IP40_P:29; zeitl. Bezug: Anfang 1980er Jahre)

> „(…) zum Beispiel auf rechts oder auf Mitte, da war das wirklich so, da waren ja auch die dabei, wo wir gewusst haben, wenn wir den aus dem Netzbett rausholen müssen, dann müssen wir mindestens zu viert sein. Dass mindestens, also mindestens einer pro Saaltür sichert, dass der da nicht vorbeikommt. Und also da hat's ganz grausige Techniken gegeben, wie man da das Netzbett aufsperrt und wie man dann hineingreift und wo man den erwischen muss, dass man den halbwegs sicher zur Badewanne bringt und wieder zurück ins Bett. Weil die Leute da natürlich nur weg wollten, ja? Aber das sind bitte Leute, die also heute ohne Probleme in einer Wohngemeinschaft wohnen und mit einer Tagesstätte betreut werden und auch auf der Straße unterwegs sind, wo niemand aufpassen muss.“ (IP7_B:156; zeitl. Bezug: Anfang 1980er Jahre)

Als Gründe für Freiheitsbeschränkung durch Netz- oder Gitterbetten zeigen sich in den analysierten PatientInnenakten häufig Verhaltensweisen, die Unruhe in den Alltagsbetrieb brachten und vom Pflegepersonal als störend wahrgenommen wurden. Beispielsweise findet sich in der Krankengeschichte eines damals etwa dreijährigen Jungen der Vermerk, dass er im Netzbett gehalten wird, weil er immer wieder in die Betten anderer Kinder klettert (vgl. KG29a_S:1972). Ein etwa zwölfjähriges Mädchen wurde wegen „sexueller Spielereien mit anderen Mädchen“ (KG54a_S:1963) nachts ins Netzbett verfrachtet. In der Krankenakte eines bei der Aufnahme sechsjährigen Jungen steht zu lesen:

> „Das Kind ist bei der Aufnahmeuntersuchung nicht kontaktfähig, völlig autistisch. Es läuft entweder im Krankensaal herum, zeigt dabei zeitweise sprungartige Bewegungen, zeitweise stößt es stereotype U-Laute hervor. Es ist im offenen Bett nicht haltbar.“ (KG4a_S:Datum nicht lesbar, vermutl. 1971)

Etwa ein Jahr nach seiner Aufnahme steht vermerkt: „Pat. (…) läuft aus dem Netzbett herausgelassen sofort wild und ziellos herum, springt im Netzbett herum, ist sehr unrein, (…)“ (ebd.:13.02.1972). Im Alter von etwa neun Jahren findet sich in seiner Krankengeschichte der Eintrag: „biß das Netzbett durch u. war bettflüchtig“ (ebd.:10.02.1974), ein Jahr später wird er mit folgenden Worten beschrieben: „Nachts laut und störend.“ (ebd.:03.04.1975) Drei Jahre danach wurde festgehalten: „Pat. ist wieder ruhiger, ist fast den ganzen Tag außerhalb des Netzbettes.“ (ebd.:01.09.1978) Und nochmals ein Jahr später ist zu lesen: „Wegen hochgradiger Unruhe u. auch Aggressivität fast den

ganzen Tag im Netzbett.“ (ebd.:19.07.1979). Die physische Einschränkung wurde begleitet durch sedierende Medikamente (Truxal, Melleril, Valium). Die Freiheitsbeschränkung wird hier – in Kombination mit medikamentöser ‚Beruhigung‘ – als selbstverständliche Universallösung für das als unruhig und störend beschriebene Verhalten des Kindes erkennbar. Der einzelne Eintrag mit dem Hinweis, dass sich der nun ruhigere Patient außerhalb des Netzbettes aufhalte, bestätigt dies nachdrücklich. Aus der Krankengeschichte werden keine Versuche erkennbar, Alternativen zum Netzbett zu erschließen. Die Eintragungen erwecken eher den Eindruck, dass sich mit dem Kind, das schon bei der Anamnese als „nicht kontaktfähig“ eingestuft worden war, jenseits der notwendigen Grundversorgung und 'Ruhigstellung' kaum jemand beschäftigte.

Auch aggressives Verhalten gegenüber dem Personal oder anderen Kindern bzw. Jugendlichen führte regelmäßig zur Isolation im Netzbett. In der Krankengeschichte eines etwa elfjährigen Jungen ist etwa festgehalten: „Muss infolge seiner Aggressivität u. des Zerstörungsdranges zumeist im Netzbett bleiben (…).“ (KG15a_S:28.04.1975). Über ein neunjähriges Mädchen wurde festgehalten:

> „Nachts sehr unruhig, weckte alle Kinder auf, musste aus dem Schlafsaal entfernt werden. Schlug gestern morgens Pat. (Name der Patientin, Anm. d. Verf.), wurde daher ins Netzbett gebracht (…). (KG8b_S:19.01.1974)

Die weiteren Einträge über mehrere Jahre setzen diese Wahrnehmungsweise fort, erst Anfang der 1980er Jahre – das Mädchen ist dann ca. sechzehn Jahre alt – verändert sich der Stil der Eintragungen merkbar: Die Jugendliche wird nun mit Vornamen bezeichnet, ihre Beziehungen zum Personal werden zusätzlich (jedenfalls kurz) mitreflektiert. Netzbett und auch Zwangsjacke kommen aber in diesem Fall weiterhin regelmäßig zum Einsatz, wie ein Eintrag von 1982 zeigt: „sollte sie aggressiv werden, einheitliche Reaktion der Betreuer: zunächst Netzbett, dann Schutzjacke“ (KG8b_S:09.01.1982). Aus dieser Zeit konnten auch Erinnerungen einer damaligen Pflegekraft an die junge Frau erhoben werden. Folgendes Interviewzitat lässt erkennen, dass erstens die Charakteristika der Unterbringung, nämlich viele Personen mit Verhaltensauffälligkeiten auf engem Raum häufig sich selbst zu überlassen bei großteils fehlender sozialer Betreuung und Förderung, Aggressivitäten (mit-)verursachten. Zweitens waren mit entsprechendem Willen und Bemühen auch unter den gegebenen Umständen Alternativen zur Freiheitsbeschränkung in begrenztem Ausmaß realisierbar bzw. wären solche möglich gewesen:

> „Die (andere Mitpatientin, Anm. d. Verf.) ist immer durchgegangen durch den Saal und hat alle gezupft bei den Haaren: 'mach ich kaputt, mach ich kaputt!' Und das hat die (Name des Mädchens, Anm. d. Verf.) beides nicht ausgehalten

> oder sie hat manchmal dann halt eben auch selber gerade ihre Geschichte gehabt, und die hat jede Nacht prophylaktisch im Netzbett schlafen müssen. Und ich hab gesagt, das mach ich nicht, ich mein, ich bin gut mit ihr zusammengekommen, ich hab sie abgestoppt, wenn sie loslegt. (…) Und vor dem Schlafsaal war heraußen eine Matratze und ich hab gesagt, sie kann ja da schlafen, dann ist sie eben nicht im Schlafsaal drinnen, da kann sie schlafen. Das hat sie gemacht. Und das hat aber manche dann sehr gestört, ja weil die gehört ins Netz. (I: Vom Personal?) Ja ja genau, und auch von da oben- also die eine Stationsschwester, die Schwester (Name der Schwester, Anm. d. Verf.) hat das auch ziemlich gestört." (IP7_P:100ff.)

An diesem Zitat lässt sich auch exemplarisch erkennen, dass alternative Maßnahmen zu den herkömmlichen Lösungsstrategien der Freiheitsbeschränkung vom angestammten Pflegepersonal als Störung des Routinebetriebs wahrgenommen wurden. Solche reformerischen Bemühungen einzelner MitarbeiterInnen (es handelte sich im konkreten Fall um eine junge, noch nicht entsprechend in der stationären Einrichtung sozialisierte Mitarbeiterin) lösen „Unruhe im Personal" aus, wie Fengler und Fengler (2014[1980]:171ff.) in ihrer ethnomethologischen Untersuchung einer psychiatrischen Anstalt umfassend beschreiben und analysieren.

Teilweise werden in den Krankengeschichten auch keine näheren Begründungen für eine Unterbringung im Netzbett vermerkt, offenbar wird dies nicht immer als begründungsbedürftig erachtet. Für die Mehrheit der MitarbeiterInnen dürfte sich die Praxis als nicht weiter hinterfragte Gepflogenheit dargestellt haben, mit schwierigeren KlientInnen zurechtzukommen, wie folgender, auf den Zeitraum Ende der 1970er/Anfang der 1980er Jahre referierende Interviewausschnitt verdeutlicht:

> „(…) aber das war keine Strafe, das war einfach so, dass die in der Nacht in einem Netzbett schliefen, (I: Und warum?) aber nur in der Nacht. Weil die ja einfach sehr schwierig waren und einfach nicht im Bett geblieben sind und halt bei den anderen aufs Bett gehüpft sind oder diverse Scherzchen und Späßchen gemacht haben, was aber für eine Person, die jetzt, weiß ich nicht, die- also das war auch angeordnet und wirklich nur für die Nacht und aber nicht als Strafe, sondern als quasi Unterbringungsart für die Nacht." (IP16_P:115)

Von den betroffenen Kindern und Jugendlichen, mit denen im Rahmen des Forschungsprojekts Gespräche geführt werden konnten, aber auch von anderen Personalangehörigen wird die Verwahrung im Netzbett hingegen sehr wohl vorrangig als Bestrafung erinnert (s.u.).[133]

---

[133] Vgl. IP17_B:38 und 321ff.; IP46_B:13ff., 116ff. und 212; IP52_B:318ff.; IP79_B:110; IP76_B:116ff.

Mitunter konnte auch ein Mangel an orthopädischen Hilfen oder therapeutischen Angeboten zur Verwahrung im Netzbett führen, wie im Falle eines vierzehnjährigen Jugendlichen, dem ansonsten ein artig-einnehmendes Verhalten bescheinigt wird:

> „Meist in Bettruhe infolge seiner stat. (statischen, Anm. d. Verf.) Insuffizienz; hantelt sich mit den Armen am Netz des Bettes hoch; ist gut kontaktfähig, freundlich, lebhaft, freut sich, wenn man sich mit ihm beschäftigt; spielt in primitiver Weise, äußert nur meist unartikulierte Laute; relat. gutes Sprachverständis; unrein, vollständig pflegebedürftig. Bisher keine Anfälle.“ (KG17a_S:25.01.1968)

Nicht wenige Akteneintragungen deuten ein grundsätzlich fehlendes Bewusstsein dafür an, dass Betreuung und Förderung den untergebrachten Kindern gut tun könnten, ja dass es sich überhaupt um 'förderwürdige' menschliche Wesen handelt. Folgende exemplarische Eintragung in eine Krankengeschichte lässt solch ein mangelndes Bewusstsein erahnen:

> „authistisch, keinerlei geistige Entwicklung; geht bzw. bewegt sich unsicher, fällt leicht, muß deshalb im Netzbett gehalten werden; unrein, vollst. pflegebedürftig.“ (KG15a_S:12.9.1972)

Der Eintrag bezieht sich auf einen damals ca. achtjährigen Jungen, für dessen unsicheren Gang offenbar die Lösung gefunden wurde, ihn generell am Gehen zu hindern. Es gibt keine Hinweise darauf, dass versucht worden wäre, ihn beim Gehenlernen zu unterstützen und seine diesbezüglichen Fertigkeiten zu fördern. Solch vernichtende Gesamtbeurteilungen von Kindern sind bis Mitte/Ende der 1970er Jahre häufig in den Krankenakten zu finden.

Zwangsjacken und andere körperliche Fixierungen

In den Krankengeschichten wird nur selten explizit der Einsatz von „Schutzjacken“ festgehalten, zumeist ist unspezifisch vermerkt, dass ein Kind „beschränkt“ wurde, dies bedeutete zumeist eine direkte körperliche Fixierung. Die Fixierungstechniken waren dabei unterschiedlich. Teilweise dürften die bekannten jackenförmigen Beschränkungsinstrumente, deren Ärmel zugenäht sind und die rundum festgebunden werden, zum Einsatz gekommen sein. Hierzu findet sich etwa im AZ-Journal vom 30. Juni 1973 auf Seite acht ein Bild, auf dem die Jornalistin Karin Obholzer auf Pavillon 15 eine „Schutzjacke“ anprobiert und dabei vom damaligen Oberarzt und der Stationsschwester des Pavillons flankiert wird. Die Reportage „Kinder im Käfig“ stand im Zusammenhang mit dem Tod eines Mädchens im Frühjahr 1973 auf Pavillon 15, das in der Zwangsjacke erstickt sein soll (vgl. Kap. 14).

Eine ehemalige Pflegekraft beschreibt folgende häufig angewandte Beschränkungstechnik und gestikuliert sie zugleich beim Interview:

> „Und dann gab's noch die Spiegel, die sind von der Größe her zwischen Durchzug und Leintuch, die haben so blau-weiße Streifen, so, und die haben einen ziemlich festen Stoff. Und mit dem sind die Kinder dann auch die Hände so beschränkt worden, also- warte, wie war das? Da hat man da hinten beim Hals so rumgebunden, wart wie war das? Hinten beim Hals, genau. Hinten beim Hals zugebunden, dann hier runter gehängt und dann so über die Hände drüber und dann noch einmal hinten, dass es richtig schön fest ist. Und drunter war ein La- also das war eine irrsinnig komplizierte Geschichte, so eine Latzhose, dann eine Strumpfhose, nass machen, damit sie besser hält, und um den Bauch binden und fest zuziehen, dann war da oben der Durchzug und unten war halt dieses Leintuch-Windel-Gebilde. Und dann- na zuerst die zu kleine Strumpfhose, dann die Latzhose, dann um den Bauch die Strumpfhose, und dann über das ganze drüber- und die Hände so beschränkt, und dann über das Ganze drüber noch einmal einen Schlafsack, am besten auch zu klein, die blauen waren die großen, die orangenen waren die kleineren, einen Schlafsack und da drüber dann noch einmal so mit einer nassen Strumpfhose so ganz fest zubinden, in der Hoffnung dass sie dann da mit der Hand nicht reinkommen zum Schmieren.[134] (…) ‚beschränkt' hat das geheißen, ja, bzw. raufbinden halt, ja." (IP7_B:182ff.; zeitl. Bezug: Anfang 1980er Jahre)

Manchmal ist in den Akten zudem zu lesen, dass jemand an Händen und/oder Füßen – z.B. am Bett – angebunden oder auf einem Stuhl festgezurrt worden war. Teilweise wurde eine Zwangsjacke bzw. körperliche Fixierung auch mit einer Unterbringung im Netzbett kombiniert. Eine ehemals auf Pavillon 15 ab Anfang der 1970er Jahre untergebrachte Frau schildert dies im Interview wie folgt, ihre Erinnerung macht auch deutlich, dass die Verschnürung teilweise zu Atemnot führte:

> B: „Wie ich da gesagt hab, so Zwangsjacken drinnen mit die steifen Decken, ganz abgewürgt, so."
> I: „So okay, Sie zeigen das vor, ja. (…) Verschränkte Hände." (Interviewerin verbalisiert die nonverbale Demonstration der Befragten, Anm. d. Verf.)
> B: „So war das."
> I: „Da sind Sie ganz festgeschnürt gewesen."
> B: „Festgeschnürt, ja nicht mehr rühren tu und dann haben sie mich mitsamt den () so reingehaut."
> I: „Und bei Ihnen hat man das so gemacht, Sie sind so-"
> B: „Bei mir haben sie das gemacht, ja."
> I: „Zwangsjacke und dann sind Sie-"

[134] Gemeint ist das Verschmieren von Kot.

B: „Sind sie abgewürgt, richtig abgewürgt bis sie fast tot war."
I: „Und wo hat man Sie reingehaut?"
B: „Ins Gitterbett, Netzbett, ja. (…)"
I: „Und wissen Sie, warum man das gemacht hat, was war da?"
B: „Ja immer wegen Kleinigkeiten, Blödsinn gemacht hab, hab ich rein müssen." (IP17_B:306ff.)

Die Gesprächspartnerin stellte dem Forschungsteam auch ein Bild zur Verfügung, das sie im Rahmen einer Kunsttherapie in Auseinandersetzung mit ihren quälenden Erinnerungen an Pavillon 15 gemalt hatte. Die Bleistiftzeichnung, deren Striche zur besseren Sichtbarkeit verstärkt wurden, zeigt sie selbst in angedeuteter Zwangsjacke vor dem Netzbett:

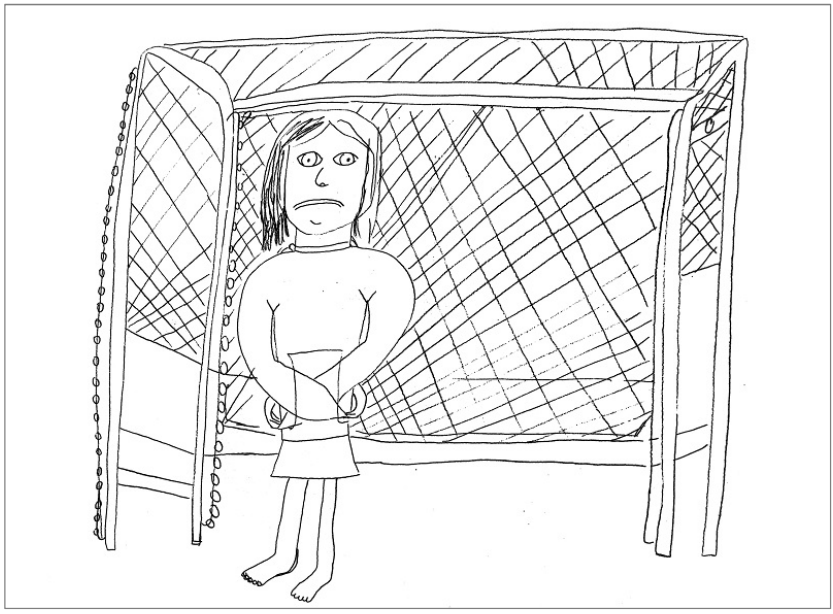

Abbildung 5: Selbstbildnis einer ehemals auf Pavillon 15 untergebrachten Interviewpartnerin; Bleistiftzeichnung, digitales Bild geringfügig nachbearbeitet (Verstärkung der Bleistiftstriche); mit Genehmigung der Besitzerin abgebildet.

Ein als Jugendlicher am „15er" untergebrachter Mann erzählt über den Umgang des Betreuungspersonals mit einem anderen Jugendlichen, der gegenüber Zimmerkollegen gewalttätig wurde, sowie über die Reaktionen auf seinen Entweichungsversuch. Auch hier wird über die Kombination beider Beschränkungstechniken berichtet:

„(…) den haben sie noch einmal reingehaut ins Bett, aber nicht nur ins Gitterbett, den haben sie (…) in die Zwangsjacke geschmissen und ihn reingehaut, zu

> das Gitterbett, basta. Das gleiche Thema war es auch bei mir und bei den anderen, das war auch nicht schön und nicht rosig. (…) ich bin davon gerannt etliche Male dann. Dann haben sie natürlich die Polizei verständigen müssen und mich suchen müssen. Na, die haben mich gesucht und gesucht, na irgendwann haben sie mich erwischt und dann wieder heim, wieder am 15er, dann bin ich dann ins Gitterbett gelandet mit Zwangsjacke oder auch ohne Zwangsjacke." (IP46_B:11ff.; zeitl. Bezug: Anfang 1980er Jahre)

Die Behandlungen werden als Bestrafungen und Erfahrungen der Machtlosigkeit geschildert, nachfolgendes Zitat verweist zudem wieder auf die Atemluft abschnürende Wirkung der Beschränkung:

> „Wenn wir schlimm waren und Strafe gekriegt haben, (…) sind wir dann in die Zwangsjacke gekommen bei der Strafe und dann in dem Netzbett gelegen, und das war auch nicht lustig. Bei mir war das auch nicht lustig. Ich hab keine Luft gekriegt bei der Zwangsjacke, ich hab mich wehren wollen und ich hab mich überhaupt nicht wehren können, ich war machtlos. Ich hab herumgetreten müssen mit den Füßen, dass ich mich irgendwie bewegen kann, dass das Scheiß Ding wegkommt." (IP46_B:212)

Aus den Aufzeichnungen in den Krankengeschichten lässt sich rekonstruieren, dass Zwangsjacken bzw. körperliche Beschränkungen allgemein häufig und schnell zum Einsatz kamen. Überwiegend wird als Grund Selbstbeschädigung bzw. autoaggressives Verhalten, aber auch aggressive Handlungen gegen andere Personen oder Gegenstände angegeben. So wurde etwa ein Mädchen laut Eintragung in der Krankengeschichte wegen Zerstörungshandlungen im Netzbett beschränkt (vgl. KG54_S:1963). Regelmäßig erfolgten Fixierungen auch deshalb, um Kinder nach Verletzungen bzw. medizinischen Eingriffen daran zu hindern, den Verband, Katheder o.ä. zu entfernen bzw. die verheilende Wunde aufzukratzen.[135]

Zudem existieren Erzählungen von vier verschiedenen ehemaligen PatientInnen zur Praxis, Personen in der Zwangsjacke in (kaltem) Wasser unterzutauchen. Eine damals 16-jährige Frau erinnert sich daran, dass diese ‚Behandlung' „normal" war und die misshandelten Kinder danach nass „reingehaut ins Bett" wurden (IP13_B:66). Die auf solche Misshandlungspraktiken referierenden Interviews beziehen sich alle auf den Zeitraum Anfang der 1960er bis Anfang/Mitte der 1970er Jahre.

[135] Vgl. KG19a_S; KG2b_S; KG34a_S; KG96a_S; KG129a_Y.

Medikamente als Freiheitsbeschränkung

Die Schilderungen der medizinischen Behandlungsstandards in Kapitel 6 lassen erkennen, dass regelmäßig große Mengen sedativer Medikamente verabreicht wurden. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, in deren Krankengeschichten häufig nichtangepasstes Verhalten vermerkt wurde, kam es neben anderen Beschränkungen zu Ruhigstellungen mit Melleretten bzw. Melleril und Nozinan, aber auch Valium und anderen Sedativa. Hinzu kamen kollektive Sedierungen der untergebrachten Kinder mittels Haldolverabreichung über das Essen. Diese medikamentösen Behandlungen lassen nur bedingt oder häufig gar keine medizinischen Begründungen erkennen, sie wurden offensichtlich oft eingesetzt, um dem Pflegepersonal die Arbeit zu erleichtern. Die Handlungsfreiheiten der Pflegekräfte stellen sich dabei als beträchtlich dar, sie entschieden in der Regel faktisch in hohem Ausmaß darüber, welches Kind wann welche Mengen an sedierenden Medikamenten bekam, auch wenn die Verordnung grundsätzlich in der Zuständigkeit des ärztlichen Personals lag. Allerdings dürften jene Kinder, die zur Schule gingen oder andere Förderungen erfuhren, weniger stark von diesen Praktiken betroffen gewesen sein, da dadurch ihre Aufmerksamkeit in der Schule oder der Therapie zu sehr gelitten hätte, wie in einzelnen Interviews erwähnt wurde (vgl. vgl. IP3_P:88).

Da die Verabreichungspraktiken ausführlich im medizinischen Kapitel beschrieben wurden, sollen sie an dieser Stelle nicht detaillierter dargestellt werden. Es bleibt zu betonen, dass sich der Einsatz beruhigender und dämpfender Medikamente umfassend und massiv gestaltete und ihr hauptsächlicher Zweck in der Ruhigstellung von Kindern mit lebhaftem und ‚auffälligem' Verhalten bestand, mit dem sich die Pflegekräfte in der Folge nicht weiter auseinandersetzen mussten. Nicht wenige der Kinder dürften in der Folge beträchtliche Medikamentenabhängigkeiten entwickelt haben, wie aus manchen Krankengeschichten ablesbar ist (vgl. exemplarisch die Fallrekonstruktion zu KG14a_S, Kap. 8.4).

8.3. WIDERSTAND GEGEN FREIHEITSBESCHRÄNKUNGEN

Über manche der geführten Interviews wird erkennbar, dass sich die Kinder teilweise gegen die ihnen widerfahrende Behandlung zur Wehr zu setzen versuchten, so sie dazu in der Lage waren – einige der oben zitierten Textstellen deuten dies bereits an. Manche Kinder entwickelten beachtliches Geschick darin, die Beschränkungen selbst zu lösen, wie folgende Interviewausschnitte verdeutlichen:

> „Und die Kinder haben- so umma (herum – wird vorgezeigt, Anm. d. Verf.) sind die Hände gefesselt worden hinten und die Kinder waren Entfesselungskünstler. Die haben mit den Zehen das Ding aufmachen können." (IP13_B:16ff.; zeitl. Bezug: Anfang 1960er Jahre – die InterviewpartnerIn war auf Pavillon 15 als Hausarbeiterin eingesetzt.)

> „Ich war nicht deppert, ich war gescheit, ich hab dann ganz vorsichtig dem Netzbett diese Feder, (…) ja, das war so eine Nylonschnur, die hab ich irgendwie aufgekriegt, bin halt aus dem Gitterbett (rausgetreten), wieder davon gerannt, ein paar Mal hintereinander. Und wieder und wieder und wieder." (IP46_B:13; zeitl. Bezug: Anfang 1980er Jahre)

> „(…) bei manchen von denen war's einfach nicht möglich, die zu beschränken. Also einem haben wir mal- der war vierzehn, der hat einmal zwei Zwangsjacken übereinander angehabt und die zerrissen. Das war ein vierzehnjähriger Bub, voll in Saft und Kraft, einfach nur ein bissl Autist, also ordentlich autistisch. Der ist zerplatzt vor lauter Kraft mit diesem Wahnsinn dort oben." (IP7_P:75; zeitl. Bezug: Anfang 1980er Jahre)

Vermutlich lassen sich nicht wenige der in den Krankengeschichten festgehaltenen aggressiven Handlungen von untergebrachten Kindern auch als Ausdruck von Widerstand deuten. Ein Interviewpartner berichtete zudem im Gespräch davon, sich gegen eine Schwester, die er als besonders gewalttätig erlebt hatte, einmal seinerseits physisch zur Wehr gesetzt zu haben. Überwiegend sind aber die Möglichkeiten der Kinder zu solchen Widerstandshandlungen als äußerst begrenzt einzustufen – begrenzt etwa durch die nächste sedierende Spritze oder körperliche Fixierung.

Wie ebenfalls bereits thematisiert, dürften sich auch manche PflegerInnen bzw. BetreuerInnen den beschränkenden Praktiken widersetzt bzw. um Alternativen dazu bemüht haben. So schildert etwa eine Anfang der 1960er Jahre zur Mitarbeit eingesetzte Patientin ihre Versuche, manchen Kindern ein wenig mehr Freiheit zu gewähren:

> „Dann hat es noch geheißen, man darf keines rauslassen und so. Und ich hab mir dann angewöhnt, die Kinder- wir haben sie durchs Gitter füttern müssen, ich hab das aufgemacht. Das erste Mal wie ich das gemacht habe, habe ich- das waren so Schüsseln, hab ich die Schüssel mit den Füßen gleich einmal im Gesicht gehabt. Und dann hab ich mir gedacht, na ja gut, hab einmal alles zusammengeputzt und dann hab ich es wieder von vorne probiert. Und auf einmal haben die Kinder, die haben sich gefreut wenn du aufgemacht hast. Dann hast du gemerkt, das müsste ja gar nicht sein." (IP13_B:18)

> „Und wie ich dann alleine im Saal drinnen war, (…) oft hab ich dann wieder einen rausgetan aus dem Ding, weil mehr hab ich mich nicht getraut, weil du ja doch nicht gewusst hast, bin rausgegangen, wenn Schwestern Kaffee trinken waren, dann sind wir wieder reingegangen. Aber das ist eigenartig, die Kinder haben das gespürt, dass sie nichts sagen dürfen." (IP13_B:66)

Auf Basis der gewonnenen Daten sind solche Bestrebungen als individuelle Bemühungen einzustufen, die beim Gros der Pflegekräfte auf Ablehnung stießen, so sie vor ihnen nicht verborgen werden konnten. Selbst als ab Ende der 1970er Jahre von ärztlicher Seite Anstrengungen unternommen wurden, freiheitsbeschränkende Umgangsweisen zurückzudrängen, lässt sich ein deutliches Beharrungsvermögen auf Pflegeebene ausmachen.

> „Das erste, wie ich hingekommen bin, dass ich gesagt hab, einen Teil der Netzbetten, bei den Aggressiven hat man das nicht können, werden aufgemacht. ‚Das geht nicht, dann werden wir in der Zeitung stehen und die werden verletzt sein' und so. Und ich hab gesagt, okay, ich unterschreib euch das jetzt, ich bin verantwortlich, mir ist lieber, ein Kind ist einmal verletzt, als es sitzt sein Leben lang in dem Netzbett." (IP3_P:20)

Es sind etliche Hinweise zu erkennen, dass selbst mit der Verantwortungsübernahme durch die ärztliche Leitung nur in begrenztem Ausmaß langsame Veränderungen zu bewirken waren, hierzu war in hohem Ausmaß zugleich ein Wechsel der betreuenden Personen notwendig (vgl. Kap. 9.4).

Leben ohne Freiheitsbeschränkungen

Dass die Beschränkungen keinesfalls alternativlos waren, machen sowohl Erzählungen als auch die aus manchen Krankenakten ablesbaren Entwicklungsschritte von PatientInnen unter anderen Lebens- und Unterstützungsbedingungen sichtbar. Insbesondere am Übergang zu Pavillon 17 oder zu anderen Unterstützungsangeboten lässt sich erkennen, dass mit den beschränkenden Maßnahmen nicht selten, wenn nicht sogar überwiegend, durch den institutionellen Kontext (mit-)verursachte „Anstaltssyndrome" (Finzen 1974:9) bzw. Hospitalisierungsfolgen ‚behandelt' wurden.

> „Also ich kenn viele von denen, die da oben waren, kenne ich jetzt noch als Erwachsener. Also von denen die halt noch überlebt haben. (…) also z.B. dieses eine Mädel, die halt in der Nacht immer so geschlafen hat, der hat man wirklich da eine Stoffwindel rumgewickelt und dann richtig fest rausgezogen und sie so angebunden, weil wenn sie den Arm erwischt hat, dann hat sie sich da hier wirklich ein Loch hineingebohrt, oder da hineingezwickt ein Loch oder so. Und (…) wir sind übersiedelt auf den 17er und unsere Gruppe hat dann gleich gesagt, wir machen heuer schon die erste Urlaubsaktion (…). Ich kann nicht auf einen Bauernhof anrufen und sagen, wir brauchen ein Bett, wo man wen anbinden kann, also muss sie bis dahin lernen, dass sie ohne Anbinden schläft. Die hat die Nächte durchgebrüllt, die hat so rotiert, weil sie nicht angebunden war und sich natürlich dauernd selber geschlagen hat. Der haben wir die Hände am Anfang mit Sandsäcken und so beschwert, damit sie sich einmal an das gewöhnt, dass sie die Hand bewegen kann grundsätzlich. Also das war wirklich nicht leicht. Und wie wir auf Urlaubsaktion gefahren sind, haben wir

> alle viel zu tun gehabt (lacht), aber es ist schon gegangen. Und ein dreiviertel Jahr später war das Anbinden überhaupt gar kein Thema mehr. Vor allen Dingen, die schläft immer auf der Seite liegend, ja? Und war jahre-, jahrzehntelang so- also die Beine auch, Hände und Füße so weggebunden, angebunden." (IP7_P:144)

In einzelnen Krankengeschichten wird eindrucksvoll erkennbar, wie der sich schrittweise verändernde Umgang mit den untergebrachten Personen mit einer Infragestellung und Reduktion freiheitsbeschränkender Maßnahmen einherging. Daran lässt sich auch ablesen, in welch großem Ausmaß Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen, die als Begründung für die Zwangsmaßnahmen dienten, überhaupt erst durch die Unterbringung in der Institution verursacht oder jedenfalls verstärkt worden waren. Die in nachfolgenden Fallrekonstruktionen abschließend dargestellte Fallgeschichte von Petra D. zeigt dies beispielhaft auf.

8.4. EXEMPLARISCHE FALLREKONSTRUKTIONEN

Folgende Fallrekonstruktionen anhand von Eintragungen in die Krankengeschichten dreier auf Pavillon 15 untergebrachter Kinder sollen die Praxis der Freiheitsbeschränkungen und ansatzweise auch deren Auswirkungen auf die betroffenen Personen auf individueller Ebene nachzeichnen.

Rudolf P. (Name anonymisiert) wurde in der zweiten Hälfte der 1940er Jahre geboren und 1955 mit acht Jahren in die Heil- und Pflegeanstalt „Am Steinhof" eingeliefert. In der Anamnese ist festgehalten, dass das Kind zuvor in der Heilanstalt Gugging untergebracht gewesen und von dort in häusliche Pflege zu den Eltern entlassen worden war. Aufgrund zunehmender Selbstbeschädigungshandlungen kam es nach ca. fünf Monaten mittels polizeiärztlicher Parere zu der neuerlichen Einweisung, diesmal auf den Steinhof. Die Aufnahme erfolgte zunächst auf Pavillon 2, von dort wurde Rudolf P. nach einem Tag auf Pavillon 15 transferiert. Die von Heinrich Gross, dem als „Euthanasiearzt" bekannt gewordenen Wiener Psychiater,[136] auf Pavillon 2 gezeichnete Anamnese beschreibt den Patienten folgendermaßen:

> „Er ist motorisch unruhig, macht mit dem Kopf Wackelbewegungen, dann schreit er unartikuliert im Zorne erregt und schlägt sich mit den Fäusten ins Gesicht, so daß er Schutzfäustlinge bekommen muß. (…) Auf den Boden ge-

[136] Vgl. hierzu Kap. 14 und 29 (Beitrag von Leo in diesem Band).

> stellt, macht er einige Schritte, beginnt dann erneut zu brüllen und sich auf den Boden zu hocken. (…) Somatisch: Kräftiger Knabe in gutem E.Z. (Ernährungszustand, Anm. d. Verf.) und A.Z. (Allgemeinzustand, Anm. d. Verf.). (...) Bei der Aufnahme zeigt Pat. das Bild eines tiefstehenden erethischen Idioten bar jeden Sprachvermögens. (…)“ (KG14a_S:10.06.1955)

Die nachfolgenden Eintragungen in die Krankengeschichte auf Pavillon 15 und ab 1960 auf Pavillon 18 lassen zum einen erkennen, dass sich die Eltern, die beide berufstätig gewesen sein dürften, um ihren Sohn kümmerten und ihn über Jahrzehnte regelmäßig besuchten. Wiederholt finden sich in den Eintragungen Hinweise, dass das als „kontaktunfähig, kein Sprechen“ (ebd.:23.09.1955) geschilderte Kind mit seinen Eltern sehr wohl in Kontakt getreten sein dürfte, wie folgende Ausschnitte aus der Krankengeschichte nahelegen: „Der Bub (…) frage nach dem ‚Papa‘, suchte in der Tasche, ob (er) ihm nicht etwas mitgebracht habe“ (ebd.:10.09.1955); „… lache beim Besuch der Eltern, interessiert sich für Spielzeug“ (ebd.: 05.01.1956). In den ersten zwei Jahren setzten die Eltern auch mehrfach Bemühungen, eine andere, bessere Unterbringung für das Kind zu finden (u.a. Sonderschulheim „Am Himmel“ oder im Rett'schen Kinderpavillon in Lainz). Dies gelang ihnen allerdings nicht, der Versuch einer Unterbringung im Sonderschulheim „Am Himmel“ Anfang 1957 währte nur sehr kurz, die Eltern wurden bereits nach einem Tag gebeten, das Kind wieder abzuholen. Zugleich waren sie selbst mit der Betreuung und Pflege überfordert, sodass Rudolf nach wenigen Tagen wieder auf Pavillon 15 zurückgebracht wurde.

Zum anderen zeichnet sich in der Krankenakte von Rudolf P. eine jahrzehntelang währende umfassende Beschränkungsgeschichte ab. Zu Netzbett und körperlichen Fixierungen kamen Sedativa in beachtlichen Mengen. Jede beobachtete Tendenz zur Selbstbeschädigung wurde auf diese Weise behandelt, und zwar häufig in Kombination, da eine medikamentöse Ruhigstellung oft kaum (mehr) Wirkung zeigte. Aus den Akten wird nicht ersichtlich, ob eine über die physische Grundversorgung hinausgehende Beschäftigung mit dem Patienten stattfand. Überwiegend dürfte Rudolf P. sediert und beschränkt im Bett liegend sich selbst überlassen gewesen sein, auch nach seiner Transferierung auf Pavillon 18 im Alter von vierzehn Jahren Ende 1960. 1982 findet sich der Vermerk einer Zuweisung zur Heilgymnastik im Akt, Rudolf P. konnte sich den Angaben zufolge kaum mehr bewegen und musste wieder mobilisiert werden. Ein Gerichtsbeschluss aus dem Jahre 1996 weist darauf hin, dass bis dorthin keine Änderung der umfassenden Beschränkung erfolgt sein dürfte. Der Beschluss hebt die Beschränkung allerdings auf – der Patient war bis zu diesem Zeitpunkt offenbar mit Manschetten an den Armen am Bett fixiert – und stellt fest, dass eine Unterbringung in einer geschlosse-

nen Anstalt nicht gerechtfertigt ist. Herr P. blieb bis 1997 im PKH, dann wurde er ins Haus der Barmherzigkeit entlassen.

Friedrich K. (Name anonymisiert) wurde 1963 mit viereinhalb Jahren auf Pavillon 15 am PKH aufgenommen. Aufgrund aggressiver Handlungen gegen die Mutter und seinen achtjährigen Bruder hatte Andreas Rett, bei dem das Kind zuvor in ambulanter Betreuung gewesen war, eine Unterbringung am Steinhof empfohlen. Auf Pavillon 15 wurde Friedrich aufgrund seiner Verhaltensauffälligkeiten meist im Netzbett belassen und mit diversen Beruhigungsmitteln in teilweise auffallend hohen Dosierungen behandelt. Die Eltern, die das Kind anfänglich oft für mehrere Tage nach Hause geholt hatten, schränkten ihre Besuche mit zunehmendem Alter des Patienten stark ein. Die Einträge in der Krankengeschichte über Zustand und Verhalten ändern sich über die Jahre kaum, es wird keinerlei Entwicklung dokumentiert. 1977 wird Friedrich K. auf Pavillon 18 transferiert, auch dort kommt es regelmäßig zu Freiheitsbeschränkungen und sedierender Medikation. Erst ab den 1980er Jahren sind Ansätze der Förderung und therapeutischen Betreuung erkennbar. 1997 wurde Herr K. in eine WG am PKH übernommen. Die Krankengeschichte endet abrupt, sodass über ein Ende des Aufenthalts am OWS keine Information zur Verfügung steht.

Petra D. (Name anonymisiert) wurde 1973 mit viereinhalb Jahren mittels Polizeiparere von einem konfessionell geführten Vertragsheim der Stadt Wien auf den „Steinhof" überstellt, „weil das Kind nicht förderbar (ist) und gegen ihre Umgebung Aggressionen zeigt" (KG2a_S:31.01.1973). Im Krankenakt ist festgehalten, dass die „Kindsmutter" laut Angaben des zuständigen Bezirksjugendamtes „wenig Interesse an dem Kind" (ebd.) zeige; die Existenz eines Vaters wird nur durch einen Eintrag 1981 erkennbar, offenbar war er wegen einer Bestätigung für das Finanzamt auf Pavillon 15 erschienen. Bei der Anamnese wird Petra D. folgendermaßen beschrieben:

> „Das Mädchen zeigt sich gut kontaktfähig, auch fixierbar, hört auf ihren Namen, Aufträge werden nicht ausgeführt. Gelegentlich kommt das Kind auf Aufforderung herbei. Sonst bewegt es sich lebhaft herum, spielt nicht mit den übrigen Kindern, hantiert aber selbst mit Spielzeug. Das Kind ist unrein und muss vollständig gepflegt werden. Bei der Untersuchung ist es teilweise abwehrend, hält die Augen geschlossen. (…) Pat. wirkt scheu u. abweisend, ebenso lässt es sich nur liegend ausspeisen, wenn das Kind aufgesetzt wird, verweigert es die Nahrung. (…) besitzt keinerlei Sprachvermögen, nur ein geringfügiges Sprachverständnis (…)." (ebd.)

Es kann hier nur darüber gemutmaßt werden, dass die frühkindliche Heimerziehung an den beobachteten ‚Verhaltensauffälligkeiten' bzw. Entwicklungsverzögerungen beachtlichen Anteil haben dürfte. Die Anamnese lässt

zugleich trotz der überwiegend negativen Perspektive auf das Mädchen grundsätzliches Entwicklungspotenzial erahnen.

Die nachfolgenden Eintragungen in der nur als Kopie vorhandenen und möglicherweise nicht ganz vollständigen Krankengeschichte schildern ein lebhaftes, liebesbedürftiges, gut kontaktfähiges bzw. zugängliches Kind, das allerdings nicht spricht und als „vollkommen pflegebedürftig" beschrieben wird. Von Beginn an finden sich Einträge zu nächtlicher Schlaflosigkeit und Unruhe sowie als störend wahrgenommenes bzw. aggressives Verhalten anderen Kindern gegenüber: „Ist nachts unruhig, klettert von einem Bett ins andere, legt sich auf die anderen K(in)der (…) Ther(apie): Abds 2,5 mg Temesta, ev. Dosis verdoppeln, bes Überwachung, bei Bed. beschränken" (KG2a_S:16.04.1973). Mehrfach ist über Jahre hinweg vermerkt „Nachts laut und störend". Von autoaggressivem Verhalten wird erstmals im Februar 1974, also ca. einem Jahr nach der Aufnahme auf Pavillon 15, berichtet.

Als ‚Therapie' erhält Petra D. von Anfang an beruhigende bzw. sedierende Medikamente (Temesta, Melleretten bzw. Melleril, Nozinan, tw. auch in Kombination). Zugleich kommt es zu Beschränkungen durch Gitter- bzw. Netzbett und insbesondere durch körperliche Fixierung, um sie von aggressivem Verhalten anderen Kindern gegenüber und Selbstbeschädigungen abzuhalten. Allerdings finden sich dazu keine regelmäßigen Einträge in der Krankengeschichte, sondern nur gelegentlich Hinweise wie folgende: „Pat. (…) beschädigt sich durch Schlagen nicht mehr, allerdings wenn sie nicht beschränkt ist durch Beißen" (KG2a_S:22.11.1976); „Pat. sitzt meist in Kindersessel, (…) spielt – da sie wegen Selbstbeschädigung beschränkt ist – mit den Füßen" (ebd.:05.01.1977).

Bis Mitte 1977 bildet die Krankengeschichte vorrangig medikamentöse Ruhigstellung und körperliche Fixierung ab, danach tritt eine deutliche Veränderung ein, die sich erstmals in folgendem Eintrag ankündigt: „Pat. wurde mobilisiert, war 2x im Garten, sonst im Sessel, beschädigt sich kaum" (ebd.:04.07.1977). Ab Ende Juli 1977 findet ca. drei Monate lang eine therapeutische Betreuung durch eine Heilgymnastin statt, deren Dokumentation der Krankengeschichte beiliegt. Im Folgenden sind Auszüge daraus exemplarisch wiedergegeben. Ohne an dieser Stelle eine fachliche Beurteilung des Therapieverlaufs abgeben zu können und zu wollen, lassen die Eintragungen dennoch erahnen, welche Entwicklungsmöglichkeiten dem Kind durch die jahrelange Beschränkung und psychosoziale Vernachlässigung genommen worden waren:

> 20.07.: „erste Versuche e Kontaktaufnahme zum am Sessel fixierten Kind"
>
> 22.07.: „(Vorname d. Pat., Anm. d. Verf.) reagiert schnell auf Augenkontakt, sucht Gesichtsnähe. Nasenspitze an Nasenspitze. (…)"

> 29.07.: „Gehversuch sehr breitbeinig, schwankend, mit starkem Festklammern. Wird im Laufe d. Therapie die Beschränkung aufgelöst (d.h. Arme und Beine entbunden), dann probiert sie sofort, sich auf die Nasenwurzel zu schlagen, was die Therapeutin sofort verhindert, wird sie durch Spielzeug od Spaziergang abgelenkt, vergißt sie die selbstzerstör. Handlungen (…)“
>
> 08.08. „(Vorname d. Pat., Anm. d. Verf.) holt sich täglich ihr nötiges Quantum an Gesichts- und Augenkontakt, das ich ihr nun nicht mehr von mir aus anbiete (…)“
>
> 19.08. „gebe Pflaster während der Beh zeit (Behandlungszeit, Anm. d. Verf.), wo Hände frei sind, über die Nasenwunde, damit neuerliches Schlagen nicht sofort Kruste wegreißt und infiziert (…)“
>
> 30.09. „(Vorname d. Pat., Anm. d. Verf.) nur im Bett behandelt, da fiebrig, sie spielte laut Angabe e Schwester die ganze Nacht schlaflos mit freien (= unbeschränkten) Händen !!!! Will wdh d Beh (während der Behandlung, Anm. d. Verf.) viel Gesichtsnähe, bei meinem Weggehen viele Selbstzerstörungsversuche (Erpressung od /und alte Gewohnheit?) aus Verzweiflung) (…)“
>
> 07.10. „(Vorname d. Pat., Anm. d. Verf.) zum zweiten Mal im Turnsaal (Pav. 3) herunten. Musikinstrumente werden ausprobiert. Das Trinken aus Becher geschieht zum ersten Mal ohne hastiges Verschütten (…), will nicht mehr aus Turnsaal zurückgehen, weint dann am Rückweg trotzig, zieht mich an Kleidung zurück, wird zornig und schlägt schließlich auf mich ein! 1x! Wegen breitspurigem Gang wird sie beim Zurückgehen ins Bett nun mit weniger abgespreizten Beinen beschränkt (…)“
>
> 10.10. „(Vorname d. Pat., Anm. d. Verf.) spielt hpts mit Gummischlauch, braucht viele Klaps, um nicht überall dran zu sein, weint zornig beim Zurückbringen u binden auf Sessel. (…)“
>
> 14.10. „Das Selbstzerstören mit Schlagen d Hände hat völlig aufgehört, aber sie schlägt sich noch viel mit den Knien, Beine müssen beschränkt sein ich demonstriere Strafpredigt deswegen. (…)“
>
> 18.10. „(Vorname d. Pat., Anm. d. Verf.) ist im Bett beschränkt, jauchzt, als ich komme, wir gehen in Einzelzimmer – sie muß gemahnt werden, nicht alles zu berühren, und schlägt Fr Dr und mich viel, da wir miteinander sprechen und sie zuwenig beachten. (…) Zunehmende Variation der Laute (…)“ (ebd., orthograph. Fehler und Abkürzungen im Original)

Die therapeutische Betreuung findet durch den Weggang der Therapeutin eine längere Unterbrechung, in der Krankengeschichte wurde von ärztlicher Seite folgende Bewertung des Therapieerfolgs vermerkt:

> „Zust. durch therapeut Betreuung durch Fr. (Name der Therapeutin, Anm. d. Verf.) wesentl. gebessert. Kaum mehr Selbstbeschädigg, interessiert an d Umgebg, Kontakt zu versch Bezugspersonen (…).“ (ebd.:27.10.1977)

Nach einer wechselhaften Phase beginnt Ende 1979 eine Rhythmik-Einzeltherapie, ab Mitte 1980 geht Petra D. in den Kindergarten. Auch wenn nach wie vor Selbstbeschädigungen vermerkt sind, werden laufend Fortschritte und ein Rückgang der Autoaggressionen dokumentiert. Die Eintragungen enden in Folge der Umwandlung in ein Förderpflegeheim mit Jahresende 1984 bzw. sind eventuelle Folgeeinträge nicht mehr in den vorliegenden Kopien enthalten.

8.5. Resümee: Freiheitsbeschränkung als Ersatz für Betreuung und Förderung

Überwiegend werden Freiheitsbeschränkungen auf Pavillon 15 als funktionales Äquivalent zu bzw. Ersatz für fehlende Förderung und Erziehung erkennbar. Sie wurden in großem Maße eingesetzt und dienten dazu, einen möglichst reibungslosen und ungestörten Stationsbetrieb aufrechtzuerhalten. Damit bestimmten sie den Alltag zahlreicher Kinder und Jugendlicher auf Pavillon 15 maßgeblich in stark negativer Weise. Deutlich zu geringe Personalressourcen und daraus resultierende Überforderung des vorhandenen Personals trugen sicher wesentlich dazu bei, derartige Praktiken zu fördern. Es würde allerdings zu kurz greifen, ausschließlich darin die Ursachen für die massiven Beschränkungen zu sehen (vgl. auch nachfolgendes Kapitel). Nicht wenige der als störend oder selbstgefährdend eingestuften Verhaltensweisen der Kinder dürften überhaupt erst durch die Unterbringung in der Institution und die ihnen dort widerfahrene ‚Behandlung' und ‚Betreuung' (mit-)verursacht worden sein und einen sich wechselseitig verstärkenden Zirkel aus Hospitalismussymptomen und Freiheitsbeschränkungen grundgelegt haben. So lässt beispielsweise folgende Erzählung einer ehemaligen Pflegemitarbeiterin die häufigen Eintragungen in Krankengeschichten über nachts wache Kinder in einem völlig anderen Licht erscheinen:

> „(…) die Leute vom Kindergarten (…) waren um halb vier wieder im Bett. Und dann war es natürlich so, die waren dann natürlich alle ziemlich früh ausgeschlafen, überhaupt die im Stock, also die, die halt weder Schule noch Kindergarten gehabt haben." (IP7_P:144)

Den in der Folge nächtens „unruhigen" und „störenden" Kindern drohten dann beschränkende Maßnahmen, wie oben ausgeführt wurde. Die in manchen Krankengeschichten eindrucksvoll erkennbaren enormen Entwicklungsschritte in förderlicheren Rahmenbedingungen führen vor Augen, welche Entwicklungschancen den Kindern und Jugendlichen durch die ihnen

widerfahrene Vernachlässigung und Beschränkung vorenthalten worden waren.

9. Arbeitshaltung und Handlungsroutinen des Pflegepersonals – systemstabilisierende Mechanismen

Hemma Mayrhofer

Die bislang aufgezeigten Zustände auf Pavillon 15 lassen bereits in vielfacher Weise die kaum vorhandenen pflegerischen Standards – selbst ein rudimentärer Pflegestandard im Sinne von sauber, satt und trocken wurde in manchen Bereichen nicht realisiert – und überwiegend nicht den Bedürfnissen der Kinder entsprechenden Arbeitsziele und -routinen des Pflegepersonals erkennen. Sie zeigen auch die gravierenden negativen Folgen der fehlenden Betreuungsorientierung und der weitgehenden Absenz professioneller Reflexion für die Kinder und Jugendlichen. Nachfolgend werden diese Aspekte nochmals mit spezifischer Perspektive auf die Einstellungen, Handlungsroutinen und Arbeitssituation des Pflegepersonals beschrieben und analysiert.

9.1. Fachliche Standards, Arbeitsauftrag und tatsächliche Arbeitspraxis

Dass die Pflegepraxis auf Pavillon 15 nicht den zeitgenössischen Standards entsprach, wird auch von ehemals dort tätigen Personen – von der ärztlichen Leitung über Pflegekräfte bis zu pädagogischem Personal – in der Mehrheit klar bestätigt: „Sicher nicht, aber am ganzen Steinhof nicht." (IP3_P:82) – „Also fachliche Standards, das hat es überhaupt nicht gegeben." (IP7_P:273) – „Es ist nie was begründet (worden) (…)." (IP15_P:21) Zunächst entsprachen bereits die materiellen Rahmenbedingungen und technischen Mittel nicht zeitgemäßen Standards (vgl. Kap. 3), geschweigen denn den Erfordernissen der Kinder. Hinzu kam eine weitgehende grobe Vernachlässigung der ‚PatientInnen' durch Teile des Pflegepersonals, wie die bisherigen Ausführungen in vielfacher Weise offenbaren.

> „Und wenn man eine Zerebralparese hat und überhaupt keinen Lagerungsbehelf kriegt, keine Füße abgestützt, gar nichts, und die Decke drückt das halt immer so runter, da haben wir Leute gehabt, die hat z.B. beide Fußsohlen unter

> dem Schulterblatt gehabt, so mit dem Lauf der Zeit so hinaufgeschoben, aber es war eh wurscht, es hat eh niemanden interessiert. (…) Die sind halt irgendwie reingeschmissen worden, keinerlei Abstützung, gar nichts, und halt diese schwere Decke dann drauf." (IP7_P:67ff.)

Es ist davon auszugehen, dass Vernachlässigung die alltägliche Praxis und nicht die Ausnahme war. Insbesondere bei den als „die Schlechten" etikettierten Kindern und Jugendlichen wurden häufig nur die allernotwendigsten Pflegehandlungen durchgeführt. Manchmal wurden auch die vorenthalten, wie die Beschreibungen der physischen Versorgung erkennen ließen.

Persönliche Zuwendung zu den Kindern und erzieherische Aufgaben ihnen gegenüber wurden in der Regel nicht als zum pflegerischen Arbeitsauftrag gehörend definiert, auch dann nicht, wenn niemand sonst den Kindern irgendeine Art von Zuwendung und Erziehung angedeihen lassen hätte können. Und dieses Aufgabenverständnis bezog sich nicht nur auf PatientInnen mit schweren Behinderungen, sondern tendenziell auf den Großteil der auf Pavillon 15 stationär untergebrachten Kinder und Jugendlichen. Bereits 1953 war im Aktenvermerk zu einem Lokalaugenschein der MA 11 in der „Kinderabteilung Am Steinhof", der auch dem Anstaltenamt übermittelt wurde, festgehalten wurden: „In diesem Milieu, das rein auf äußere Pflege abgestimmt ist, können sie (die Kinder, Anm. d. Verf.) nicht die leiseste Förderung erfahren."[137] Alle gewonnenen Einblicke deuten darauf hin, dass dieses Verständnis des Pflegeauftrags bis Mitte der 1970er Jahren auch von der ärztlichen Leitung geteilt wurde. In der letzten Periode, beginnend mit der zweiter Hälfte der 1970er Jahre, zeigt sich die Situation diesbezüglich wesentlich heterogener, angestammtes Pflegepersonal dürfte aber mehrheitlich bestrebt gewesen sein, an den bisherigen Gewohnheiten weitgehend festzuhalten. Die folgenden Zitate illustrieren beispielhaft die fehlende pädagogische Grundhaltung in der Interaktion mit den Kindern und die damit einhergehenden Konsequenzen für die psychosoziale Entwicklung der Kinder:

> „Und wenn ein Kind ein anderes sekkiert hat oder so, dann habe ich das Kind, das das andere sekkiert hat, gehaut. (…) Ja, man ist wirklich zum Tier geworden. Das hat nichts mit Minimalstpflege oder irgendwas zu tun gehabt." (IP15_P:23; zeitl. Bezug: Mitte 1970er Jahre)

> „(…) und ich bin in der Nacht halt einfach meine Runden gegangen (…) und da sitzt ein Bub drinnen im Bett, (…) und hat den ganzen Kopf voller Hautblutungen gehabt. (…) Und am nächsten Tag bei der Dienstübergabe sag ich eben, dass der diese Hautblutungen hat. Die Schwester (Name anonymisiert, Anm. d.

[137] WstLA, M.Abt. 207, Allgem. Registratur, Mappe 4/1953 – Aktenvermerk vom 21.7.1953.

> Verf.) sagt: ‚Na den wird Ihnen die (Name eines Kindes, Anm. d. Verf.) droschen haben.' (…) Und ich sag: ‚Na, das kann ich mir nicht vorstellen, es war ja ganz still.' Und sie sagt zu ihr: ‚(Vorname des Kindes, Anm. d. Verf.) Puppi, komm einmal her, hast du den (Name des Buben, Anm. d. Verf.) droschen heute Nacht? Wenn du es ehrlich zugibst, kriegst du ein Zucki.' So. Die hat's ehrlich zugegeben, drei Tage später war ich unten im Dienstzimmer bei der Schwester (Name anonymisiert, Anm. d. Verf.), auf einmal kommt die (Name anonymisiert) rein: ‚Du, ich hab den (Name des Buben) halb tot geschlagen, darf ich ein Zucki haben?' (B lacht) Ich mein, da kann sie ja gar nichts dafür, wenn sie solche Werte kriegt. (…) von wo soll die wissen, dass man das nicht machen darf." (IP7_P:102, zeitl. Bezug: Anfang 1980er Jahre)

Mehrfach wird die Grundorientierung in der Pflege mit „Zucht und Ordnung" (IP37_P:104) oder „militärisch" (IP15_P:15) beschrieben, zugleich aber auch bis in die 1980er Jahre auf das häufig geringe Engagement hingewiesen und darüber berichtet, dass die Kinder großteils sich selbst bzw. mithelfenden PatientInnen überlassen wurden.

> „Die Schwestern waren in der Kaffeeding, ich war alleine mit den fünfzehn Kindern in dem Saal drinnen. Dann hat es noch geheißen, man darf keines rauslassen und so." (IP13_B:18; zeitl. Bezug: Anfang 1960er Jahre – Interviewpartnerin war als „Patientenhausarbeiterin" eingesetzt)

Einem Teil der Pflegekräfte wird von ZeitzeugInnen vorgeworfen, lieber miteinander geplaudert zu haben oder sonstigen nicht der Kerntätigkeit zuzurechnenden Beschäftigungen nachgegangen zu sein anstatt sich um das physische und psychische Wohlergehen der Kinder ausreichen gekümmert zu haben.[138] Der Befund, dass das Pflegepersonal in der Regel darauf bedacht war, den eigenen Arbeitsaufwand so gering wie möglich zu halten, deckt sich mit früheren empirischen Befunden zur Pflegepraxis am „Steinhof" allgemein (vgl. etwa Schwediauer 1984; Forster/Pelikan 1978c).

Die medikamentöse Ruhigstellung der Kinder zeigt sich durchgehend als Entlastungsstrategie des Personals, durch die man sich eine soziale Betreuung weitgehend ersparte: „(…) nicht die Kinder brauchten mehr Medikamente, als der Arzt verschrieb, sondern sie wurden ihnen gegeben, damit es das Personal leichter hat." (IP13_B:76) Über eine jahrzehntelang auf Pavillon 15 tätige Schwester, die von einer Lehrkraft als „streng" und von einer betroffenen Person als gewalttätig beschrieben wurde,[139] berichtete eine Kollegin des Pflegepersonals:

---

[138] Vgl. IP6_E:163; IP7_P; IP IP44_A:26,

[139] Vgl. IP21_P:284; IP76_B:347ff.

> „(…) die hat dann den Kindern um halb zwei am Nachmittag schon die Abendmedikamente gegeben gehabt, damit sie den Nachmittag über eine Ruhe geben." (IP7_P:144; zeitl. Bezug: Anfang 1980er Jahre)

Dass Abweichungen von der vorrangig auf Säubern und Füttern ausgerichteten Routine von Seiten der Pflege als große Herausforderung erlebt wurden, lässt auch folgendes Zitat erahnen, das sich auf das Problem von Urlaubsvertretungen für den Schulbetrieb unterstützende Pflegekräfte bezieht:

> „(…) die Schwestern waren ja die Schulkinder nicht gewöhnt. (…) Die waren ja nur in der Pflege im Radl (Schichtdienst, Anm. d. Verf.), die haben sich unten ausgekannt, wo die Pflegekinder waren. Aber wenn die jetzt haben müssen die Schulkinder übernehmen, haben die einen ganz einen anderen Dienst gehabt. (…) die Umstellung von einem reinen Pflegedienst (mit) nur Füttern und Wickeln auf einen Schulkinderdienst (I: Mit anziehen und-) genau." (IP21_562ff.; zeitl. Bezug: ab Mitte 1960er Jahre bis Anfang 1980er Jahre)

Durch die weiter oben aufgezeigte Verschiebung des Arbeitsauftrags von der Ver- und Umsorgung von *Kindern* auf die Erledigung bestimmter *Tätigkeiten* wird erklärbar, dass die Kinder von manchen Pflegekräften als feindseliges Hemmnis für die Verrichtung der eigenen Arbeit erlebt wurden, wie in einem bereits zitierten Interviewausschnitt thematisiert worden war (vgl. IP7_P:181; Kap. 7.2).

Besonderes Augenmerk galt der Wäsche, sei es der eigenen Dienstkleidung oder derjenigen der Kinder.[140] Über die Wäsche wurde auch ein Kampf um die knappen Ressourcen und die einzuhaltenden Regeln des Ressourceneinsatzes ausgetragen.

> „Na, (wenn) die Oberschwestern- unten, (…) was glauben Sie, wenn die ein verdrucktes Hauberl aufgehabt haben, das war ärger als wie wenn sie zehn Kinder nicht gewickelt haben. Na ist ja logisch, war ja alles Krankenschwesterndienst. (…) Ich mein, die Hauberl haben ja müssen brettlsteif sein. (…) Und wehe, wenn die nicht gesessen sind. Jössasna." (IP21_P:212ff.; zeitl. Bezug: 1960er Jahre)

> „Und die Schwestern selber haben sich-, alle Radeln (Teams der Arbeitsschichten, Anm. d. Verf.), die ich kennengelernt habe, konzentriert aufs Gewand, es war wirklich so absurd. (…) Und immer wenn die (gewaschenen Kleidungsstücke, Anm. d. Verf.) von der Wäscherei gekommen sind, ist eingeordnet worden nach Größen und das war irgendwie militärisch. Also das war wirklich, das musste alles so richtig Stoß auf Stoß. Und dann haben sie, wenn eine bestimmte Tour nach ihnen gekommen ist, haben sie Verstecke angelegt, weil die immer so viel Wäsche verbrauchen und dann haben sie wieder keine, wenn sie

[140] Vgl. u.a. IP3_P:20; IP16_P:111; IP21_P:212ff. und 552.

> kommen und wieder Dienst haben. Da haben sie dann Sachen beiseite-, also es ist immer um die Wäsche gegangen. Man war unglaublich viel Zeit damit beschäftigt, diese Wäsche irgendwo hineinzudröseln und zu sortieren und- das war's.“ (IP15_P:15; zeitl. Bezug: Mitte 1970er Jahre)

Die vorherrschenden Pflegepraktiken wurden dadurch legitimiert, dass den Kindern und Jugendlichen in hohem Ausmaß Entwicklungsfähigkeit kollektiv abgesprochen wurde, dies traf insbesondere auf die als nicht bildungsfähig kategorisierten PatientInnen, in gewissem Ausmaß aber auch auf alle Kinder zu. Das Pflegepersonal auf Pavillon 15 befand sich damit im Einklang mit der im medizinisch-pflegerischen System insgesamt vorherrschenden Wahrnehmung von Menschen mit Behinderungen. Dem bis weit in die 1970er Jahren in Dienst stehenden ärztlichen Leiter wird beispielsweise die Einstellung nachgesagt: „Die Trotteln können eh nur herumrennen“ (IP3_P:20) Weit verbreitet dürfte unter den Pflegekräften die „Haltung, aber da kann man eh nichts machen“ bzw. „die kann ich eh nur wickeln“ (IP23_P:59 und 93) gewesen sein.

Dass es sehr wohl auch in den Begrenzungen der gegebenen Rahmenbedingungen anders möglich gewesen wäre und möglich war, wird ebenfalls vielfach erkennbar. Zunächst berichteten nahezu alle InterviewpartnerInnen, die den Alltag entweder als betroffene Personen oder als Mitglieder des Personals kannten, von den Kindern positiv zugewandten und um sie sehr bemühten KollegInnen oder von „lieben“ Pflegekräften, auch wenn damit noch nichts über die pädagogische Qualität der Zuwendung ausgesagt ist.

> „Es hat dann eine Assistentin, Erzieherin oder so was gegeben im ersten Stock und die ist manchmal runtergekommen. Und die war immer ein Lichtblick, weil die hat mir dann geholfen, so zu zweit haben wir das dann halt gemacht unter den scheelen Blicken des Stammpersonals, dass wir die Netzbetten auf die Veranda bringen bei schönem Wetter, dass die überhaupt einmal an die Luft kommen. Und das war auch ganz leicht, das ist gut gegangen und diese Veranda war geräumig (…).“ (IP15_P:21)

> „Was ich schon ein paar Betreuer gern gehabt habe und voll im Herz umarmt habe, was ich wirklich kenne, aber da sind schon ein paar recht liebe dabei gewesen und recht paar Garstige gewesen. (…) ‚Ja ihr könnt's überhaupt nichts anderes, nichts (trauen), nichts denken was und-‘“
> I: „Das haben die zu Ihnen gesagt?“
> B: „Ja. Ich mein, ich hab überhaupt nichts machen können, wir sind eingesperrt bis zum geht nicht mehr und wir haben nichts machen können. Ich hab gesagt, ‚(…) ihr seid alle die größten Gfraster, was ihr alle seid, von meiner Gesicht aus.‘“ (IP46_B:114ff.)

Auch von einer ehemals in der Pflegeleitung am Otto Wagner-Spital tätigen Interviewpartnerin werden die Handlungsspielräume des Pflegepersonals als grundsätzlich sehr wohl vorhanden eingeschätzt, auch formale Hindernisse

hierfür werden nicht gesehen; es sei auf den Willen der einzelnen Person angekommen:

> B: „Und wenn man wollte, konnte man auch damals sicher vieles für die Patienten tun, wenn man wollte."
> I: „Und in welcher Weise meinen Sie das?"
> B: „Indem man (ihnen) halt einfach eine Zuwendung gibt und diese Nischen ausnutzt, die es auch gegeben hat, dass man jemanden dann doch in den Garten hinaus begleitet (…) oder dass man vielleicht auch einmal einen Ausflug macht."
> I: „Hat man die Befugnis dazu gehabt? (B: Bitte?) Also die Erlaubnis dazu gehabt?"
> B: „Ach so, ja, oh ja." (IP37_P:100ff.)

Der Umgang mit den Kindern war somit im erheblichen Ausmaß von der Willkür der Pflegekräfte abhängig, die Kinder wurden „nach Laune der Schwester" (IP13_B:464) behandelt. Die Lebensbedingungen der Kinder und Jugendlichen werden in einem Interview mit einer ehemaligen Lehrkraft als „grauslich, weil abhängig vom Wohlwollen einzelner Menschen" (IP63_P:218) beschrieben. Die einzelnen Pflegekräfte wiederum waren in ihren Handlungsmöglichkeiten in hohem Ausmaß durch die materiellen und sozialen Rahmenbedingungen am PKH bestimmt, hierzu sind auch die informellen Regeln und das im speziellen Arbeitskontext erwartete „Standardverhalten" vom Pflegepersonal zu zählen. Insgesamt zeigt sich die Pflegepraxis als Resultat aus zu wenigen Ressourcen, geringer Qualifikation und fehlendem bzw. völlig einseitigem Arbeitsauftrag und Aufgabenverständnis, das nicht auf Betreuung, Zuwendung und Erziehung ausgerichtet war. Aufgrund nicht vorhandener oder nicht wirksamer Korrektive konnte sich ein System informeller Handlungsroutinen und Regeln im Pflegealltag herausbilden, das nicht darauf ausgerichtet war, eine adäquate Versorgung und Förderung der Kinder und Jugendlichen zu gewährleisten.

9.2. Überlastung und Gewalterfahrungen von Pflegekräften

Die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals auf Pavillon 15 waren – wie am PKH insgesamt – nicht dazu angetan, bei der an sich herausfordernden Arbeit zu unterstützen, sie schufen ganz im Gegenteil in hohem Ausmaß Überforderungssituationen und förderten den Einsatz von Gewalt und Freiheitsbeschränkungen. Aus Kapitel 4 lässt sich bereits ablesen, dass der Pavillon personell völlig unterausgestattet war. So konnte es vorkommen, dass bei

Erkrankung von Personal nur eine Pflegekraft ein ganzes Stockwerk, d.h. 60-70 Kinder und Jugendliche allein im Nachtdienst zu betreuen hatte. Auch tagsüber ließen die großen Gruppen mit einer teilweise hohen Anzahl an Kindern in schlechter physischer oder schwieriger psychosozialer Verfassung bei gleichzeitig niedriger personeller Besetzung nur wenig Möglichkeit, sich den einzelnen Kindern intensiver zu widmen, selbst wenn man dies gewollt und die pädagogischen Kompetenzen dazu gehabt hätte.[141].

> „(…) dort zu arbeiten war auch so auf verlorenem Posten, weil es einfach ganz wenig Personal war, ganz wenig Schwestern und ganz viele Insassen, anders kann man da eh nicht sagen, und die waren ja teilweise sehr, sehr schlecht beisammen und sind durch diese Minimalstbetreuung auch nie besser geworden, im Gegenteil. Wenn du einen Körper nicht bewegst, wenn er keine frische Luft kriegt, ich mein, es kann nicht besser werden. (…) die Kinder sauber machen und füttern und irgendwo verstauen, wo es vorgesehen war, mehr war nicht.“ (IP15_P:15; zeitl. Bezug: Mitte 1970er Jahre)

Die lange Zeit faktisch übliche Verantwortungsabwälzung der Leitungsebenen auf dasjenige Personal, das in direktem Kontakt mit den ‚PatientInnen‘ stand, ging Hand in Hand damit, die Pflegekräfte mit den großen Herausforderungen des Alltags alleine zu lassen.

> „Also das war schon immer so, wenn's wirklich brenzlig geworden ist, waren nur die Leute von der Pflege da, da waren alle anderen weg. Die Erzieher waren weg, die Ärzte waren weg, die Psych-, es waren alle weg.“ (IP7_P:259)

Das Pflegepersonal übte nicht nur in hohem Umfang physische und psychische Gewalt aus, es war auch selbst dem allgemein hohen Aggressionslevel ausgesetzt und ihm widerfuhr körperliche Gewalt von Seiten mancher Kinder. Allerdings kommen Erzählungen von solchen Gewalterfahrungen durch die Kinder in allen ZeitzeugInnen-Interviews nicht besonders häufig vor. [142] Es lässt sich mit der zur Verfügung stehenden Datenbasis nicht beantworten, worauf dies zurückzuführen ist: auf die teilweise prophylaktisch eingesetzten Freiheitsbeschränkungen physischer und medikamentöser Art, auf eine Tabuisierung solcher Erfahrungen, eventuell auch auf die sicher nicht ganz ausgewogene Zusammensetzung der InterviewpartnerInnen und der wenigen ehemaligen Pflegekräfte, die für ein Interview gewonnen werden konnten (vgl. Kap. 2).

Diese Arbeitsbedingungen förderten Resignation und den Rückzug auf einen Minimalstandard in der Versorgung. In einer Stellungnahme der ärztli-

---

[141] Vgl. IP7_P:144; IP15_P:15 und 63; IP21_P:10; IP40_P:63; IP49_P:53;
[142] Vgl. IP21_56ff., 174ff. und 574ff.; IP54_P:148

chen Direktion am PKH auf Anfrage des Elternvereins wird Resignation als „eine der häufigsten Einstellungen (…), denen ich hier vor allem im Pflegepersonal begegne“ (KO_S: 02.06.1978), bezeichnet. Fortbildung des Personals allein ohne Schaffung materieller Bedingungen zur Verwirklichung des Gelernten führe unweigerlich zu Resignation, so ist weiter festgehalten.

Abschließend ist zu betonen, dass diese Rahmenbedingungen zwar die Missstände auf Pavillon 15 in erheblichem Ausmaß förderten, aber als alleinige Ursache dieser nicht hinlänglich überzeugen. Hierfür sind u.a. auch ein ungenügender ideologischer Bruch mit der Ära des Nationalsozialismus und – damit einhergehend – eine Kontinuität abwertender und tendenziell entmenschlichender Wahrnehmungsschemata gegenüber Menschen mit Behinderungen verantwortlich zu machen. Diese Kontinuität muss zugleich als gesamtgesellschaftliches Phänomen betrachtet werden (vgl. u.a. Dörner 1994; Kremsner 2016a).

9.3. Persönliche und kollektive Abwehr- und Entlastungsmechanismen des Personals – systemstabilisierende Praktiken

Die erste Begegnung mit den Zuständen auf Pavillon 15 und den Lebensbedingungen der dort untergebrachten Kinder und Jugendliche wurde von InterviewpartnerInnen oft als schockierend beschrieben. Die Personen waren (noch) nicht mit den Anstaltsrealitäten vertraut und hatten die dort vorherrschenden Wahrnehmungsschemata und geltenden Handlungsregeln (noch) nicht verinnerlicht. Dies wirft die Frage auf, welche Mechanismen einsetzten und wirksam waren, die es dem längere Zeit dort tätigen Personal möglich machten bzw. erleichterten, die Zustände zu ertragen. Das erhobene empirische Material lässt verschiedene Abwehr- und Entlastungmechanismen erkennen, und zwar sowohl auf persönlicher als auch auf kollektiver Ebene, die vor allem, aber nicht nur in der Pflege wirksam gewesen sein dürften. Sie reichen von Verdinglichung bzw. Entmenschlichung und Rationalisierung über Distanz zu den Kindern, Meiden bestimmter Bereiche am Pavillon, Verleugnung von Missständen, Spaltung bzw. Separierung der Lebensbereiche, Immunisierung gegen Kritik von außen bis hin zu Risikovermeidung und Verantwortungsabwälzung. Systemstabilisierend zeigen sich zudem Mobbingpraktiken gegenüber unangepassten KollegInnen, die Mobilisierung des Beistands der Personalvertretung bei Veränderungsansinnen von Vorgesetzten sowie latenter Boykott solcher Ansinnen.

Als grundlegende Abwehrstrategie wurde bereits wiederholt die Verdinglichung und Entmenschlichung der Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen sichtbar. Hierfür bildete zunächst die medizinisch-psychiatrische Wahrnehmungsweise dieser Gruppe an PatientInnen den passenden Deutungsrahmen (vgl. u.a. Bernasconi/Böing 2015; Feuser 2009). Auch die Sonder- und Heilpädagogik war lange Zeit durch vergleichbare Wahrnehmungsschemata geprägt, so findet sich etwa im 1969 in dritter, völlig neubearbeiteter Auflage erschienenen Enzyklopädischen Handbuch der Sonderpädagogik[143] noch folgende Definition von als „Idioten" kategorisierten Personen:

> „Der (Voll-)Idiot lebt in einer Welt bloßer Triebbefriedigungsmittel, ist also psychol. weder das Subjekt von Wahrnehmungen noch von Handlungen, ethisch gesehen keine Persönlichkeit. Aber biologisch gesehen ist er kein Tier (sic!) sondern ein sehr kranker Mensch. Seine Tötung aus Gründen der Zweckmäßigkeit ist darum Mord (…)." (Busemann 1969:1498).

Bezeichnenderweise wird ausschließlich biologisch begründet, weshalb es in der Nachkriegszeit nicht länger möglich sei, Menschen mit Behinderungen wie in der NS-Zeit aktiv zu töten – und darauf muss offenbar im Text auch eigens verwiesen werden. Aus psychologischer oder ethischer Perspektive müsste als „Idioten" kategorisierten Menschen, denen der Personenstatus abgesprochen wird, der heil- bzw. sonderpädagogischen Definition zufolge kein spezielles Recht auf Leben zuerkannt werden. Zudem wird ihnen abgesprochen, körperlichen Schmerz verspüren zu können oder solchen als Qual zu erleben: „Der Idiot leidet unter körperlichen Schmerzen so wenig, daß er Verletzungen nicht beachtet und ohne Absicht nicht selten zu Schaden kommt." (ebd.)

Solch ein Überzeugungssystem lässt sich Axel Honneth (2015) zufolge als eine von zwei Ursachen für verdinglichende Haltungen gegenüber anderen Menschen identifizieren. Eine zweite Ursache liegt in der Partizipation an einer sozialen Praxis „eines bloß distanzierten Beobachtens und instrumentellen Erfassens anderer Personen" (ebd.:99). Beide Aspekte wirken zusammen und verstärken sich wechselseitig, wie sich auch am Beispiel von Pavillon 15 rekonstruieren ließ. Honneth schlägt in Anknüpfung an die kritische Theorie von Adorno und Horkheimer und unter Nutzbarmachung von Erkenntnissen der Entwicklungspsychologie sowie Sozialisationsforschung folgende Bestimmung des Begriffs „Verdinglichung" vor:

---

[143] Das Werk hieß bis zur zweiten, 1934 erschienenen Auflage „Enzyklopädisches Handbuch der Heilpädagogik".

> „In dem Maße, in dem wir in unseren Erkenntnisvollzügen das Gespür dafür verlieren, daß sie sich der Einnahme einer anerkennenden Haltung verdanken, entwickeln wir die Tendenz, andere Menschen bloß wie empfindungslose Objekte wahrzunehmen. (…) zwar sind wir kognitiv gewiss noch in der Lage, das ganze Spektrum menschlicher Expressionen wahrzunehmen, aber uns fehlt gewissermaßen das Verbundenheitsgefühl, das erforderlich wäre, um von dem Wahrgenommenen auch affiziert (berührt bzw. bewegt, Anm. d. Verf.) zu sein. (…) Die soziale Umwelt erscheint, nahezu wie in der Wahrnehmungswelt der Autisten, als eine Totalität bloß beobachtbarer Objekte, denen jede psychische Regung oder Empfindung fehlt." (ebd.:68).[144]

In welcher Weise die Verdinglichung bzw. Entmenschlichung in der Pflegepraxis erkennbar ist, zeigten die obenstehenden Ausführungen bereits in vielfacher Weise. Besonders markante Anzeichen hierfür sind etwa die Nicht- oder Umbenennung der Kinder: Die Verwendung von Eigennamen wurde vermieden oder sie wurden mit Tiernamen angesprochen.

> B: „Ich glaub dass es (das Ansprechen mit Namen, Anm. d. Verf.) auch ein Mechanismus gewesen wäre, der es einem noch schwerer macht, diese miese Arbeit zu machen bzw. die Arbeit so mies zu machen. Es wäre noch schwerer geworden."
> I: „Also Sie meinen, wenn es irgendeine Form von Beziehung oder Nähe dann-"
> B: „Ja, wenn die dann noch mehr personalisiert sind und es nicht nur der lästige Lange ist, der sich immer so windet und wo du immer schauen musst, wo er ist, dass er was zum Essen kriegt, sondern wenn es dann der Peter ist. Ich glaube, dass sowas eigentlich, ich weiß es nicht, aber unbeabsichtigt systematisch vermieden worden ist." (IP15_P:107ff.)

In den Krankengeschichten ist bis Ende der 1970er Jahre meist nur von dem Patienten oder der Patientin (abgekürzt „Pat.") die Rede, die menschlichen Bedürfnisse und ganzheitlichen Lebenszusammenhänge der Kinder wurden auf einen kleinen Ausschnitt, nämlich die PatientInnenrolle, reduziert. Die in der zweiten Hälfte der 1970er und ersten Hälfte der 1980er Jahre einsetzenden Veränderungen kommen folgerichtig auch darin zum Ausdruck, dass in den Aktenvermerken die Kinder und Jugendlichen immer häufiger mit Vornamen bezeichnet werden.

---

[144] Verdinglichungsmechanismen als autistischen Wahrnehmungen ähnelnd zu beschreiben, entbehrte im konkreten Forschungszusammenhang nicht einer gewissen Situationskomik, würden nicht die gravierenden Folgen dieser Mechanismen für die Kinder die Erheiterung vergällen. Der Vergleich deutet auch an, wie sehr die Definition und Kategorisierung als behindert eine Sache der Perspektive ist.

Die benannten medizinisch-psychiatrischen und biologi(sti)sch-heilpädagogischen Wahrnehmungsrahmungen (vgl. hierzu auch Berger 2016:243f.) eröffneten Intellektualisierungs- bzw. Rationalisierungsstrategien für die Missstände und ihre Folgewirkungen auf die Kinder: Die Symptome wurden als Ausdruck der Behinderung und nicht der Unterbringungsbedingungen gedeutet und eigene sanktionierende Handlungen als Maßnahmen zum Schutz der Kinder vor (Selbst-)Verletzungen legitimiert. Die zirkuläre Dynamik des sich selbst bestätigenden Systems lässt sich wie folgt zusammenfassen: Die Kinder wurden in einer Art und Weise untergebracht und behandelt, die sie behindert werden ließ oder zumindest ihre Behinderungen – teils massiv – vergrößerte, ihre daraus resultierenden oder dadurch verstärkten Verhaltensweisen dienten wiederum zur Legitimation der menschenunwürdigen Unterbringung und Behandlung.

Aus den rekonstruierten Pflegeroutinen des „Stammpersonals" lassen sich zahlreiche Bemühungen erkennen, die Kinder auf Distanz zu halten.[145] Ein Teil des Pflegepersonals scheint sich oft längere Zeit aus den Sälen, in denen die Kinder und Jugendlichen untergebracht waren, entfernt und nicht um diese gekümmert zu haben. Vor allem in Dienstschichten bei den „schlechten" Kindern dürfte dies öfter vorgekommen sein. Auch bei der sogenannten Ausspeisung zeigen sich derartige Distanzierungsstrategien, so wurden teilweise die Netzbetten nicht geöffnet, die Verabreichung des Essens erfolgte im Eiltempo oder wurde gleich PatientInnen übertragen, die zur Mithilfe angehalten waren. Und manche Mitglieder des Personals, die in Kindergruppen mit besseren Bedingungen arbeiteten, scheinen die Bereiche, in denen die Zustände als besonders schlimm beschrieben werden, nach Möglichkeit gemieden zu haben.

Auf Basis der vorliegenden Berichte mutet die Aufmerksamkeit, die dem Sauberhalten und Ordnen der Kleidung geschenkt wurde, wie ein pflegerischer Fetischismus an: Die besondere Zuwendung zu den Kleidungsstücken stellt sich als Ersatz für das Umsorgen der bedürftigen Kinder dar:

> „Kinder sind irgendwie versorgt gewesen (…) und dann haben sie sich auf die Wäsche konzentriert. Also die haben sich glaub ich da weggespaced, ich glaube, sie konnten das selber nicht ertragen, was sie da gemacht haben. Auch wenn sie jetzt keine Empathie extra gehabt haben, weil die ja eh alle blöd sind oder so, aber wirklich aushalten tut das ja keiner lange, lange Jahre." (IP15_P:15)

[145] Schwediauer (1984:55ff.) beschreibt ähnliche Distanzierungsstrategien des Pflegepersonals gegenüber erwachsenen PatientInnen auf anderen Pavillons am PKH.

Besondere Bedeutung kommt der Strategie zu, die soziale Welt des Pavillons als eine in sich geschlossene Welt zu betrachten, die mit den Lebensbereichen außerhalb nichts zu tun hat und in der die in der ‚normalen' Welt geltenden Regeln und Werte nicht zwangsläufig Gültigkeit besitzen. Dadurch gewinnt das Anstaltsgeschehen den Charakter eines „Paralleluniversums" (IP7_P:39). Als grundlegend für solch eine Aufspaltung ist die wiederholt aufgezeigte Sichtweise auf die Kinder als nicht normal, als abweichend.

Auch im unter dem Pflegepersonal verbreiteten Humor kommt ein völliges Außerkraftsetzen des moralischen Bezugssystems und Urteilsvermögens bzw. eine Art moralische Amnesie am Arbeitsplatz zum Ausdruck. So wurde einer früheren Pflegekraft auf Pavillon 15 von KollegInnen eine ‚Anekdote' erzählt, der zufolge sich kurz vor ihrem Dienstantritt am Pavillon mehrere Schwestern und Pfleger einen Spaß mit einem Kollegen im Nachtdienst erlaubten. Dieser ‚Spaß' bestand darin, dessen im vorherigen Tagdienst verstorbenes „Schatzerl" auf der Personaltoilette sitzend anzubinden. Der Kollege, der noch nichts vom Tod wusste, wurde auf seine Frage nach dem Verbleib des Kindes mit den Worten „sitzt am Klo" auf diese Toilette geschickt, über seinen Schrecken schien man sich – so wird erzählt – köstlich amüsiert zu haben (vgl. IP7_P:379). Obwohl dies eine Erzählung aus zweiter Hand (also eine Erzählung der Erzählung einer anderen Person) darstellt und schwer einzuschätzen ist, inwieweit das Ereignis so stattgefunden hat oder nicht, erscheint schon allein der Umstand, dass solch eine Geschichte als lustige Anekdote weitererzählt wird, bemerkenswert. Auch das von einer interviewten Zeitzeugin berichtete Amüsement einer Kollegin über die vergeblichen Versuche der ärztlichen Leitung, bei einem völlig unterernährten Kind, das im Sterben lag, eine Spritze zu setzen, wobei diese am Knochen abrutschte bzw. abbrach (vgl. ebd.:59), lässt diesen innerhalb des Pflegepersonals weitgehend außer Kraft gesetzten moralischen Bezugsrahmen sichtbar werden.

In manchen Schilderungen der unter dem Pflegepersonal dominanten Haltungen wird eine Einstellung erkennbar, sie sich wie folgt zusammenfassen lässt: Niemand, der oder die nicht selbst hier gearbeitet hat, versteht, was es heißt, diese Arbeit zu tun. Deshalb könnten andere möglicherweise auch nicht erkennen, dass wir, die Pflegekräfte, das, was wir tun, tun müssen – etwa Kindern Spielzeug vorenthalten, sie hart körperlich schlagen und umfassend in ihrer Freiheit beschränken. Mit solch einer Einstellung lässt sich

sowohl das Abschotten und Verbergen von Missständen rechtfertigen[146] als auch Kritik von außen als unberechtigt, weil die Zustände nicht wirklich kennend und deshalb nicht urteilsfähig und -berechtigt, zurückweisen. Die eigenen Handlungsweisen werden dadurch vor Kritik durch andere in zweifacher Weise geschützt.

Vereinzelt deutet sich in den geführten Gesprächen eine Verleugnung von Missständen an. So lässt sich etwa folgende Beschreibung und Bewertung der Arbeitsbedingungen und Betreuungssituation auf Pavillon 15 durch eine ab 1978 als Erzieherin tätige Interviewpartnerin nicht mit der überwiegenden Mehrheit der ZeitzeugInnen-Berichte in Einklang bringen:

> „Aber das, was ich gesehen hab, was ich mitgekriegt hab, wo ich dabei war, muss ich sagen, ja ein total schöner, feiner, korrekter Arbeitsplatz. Und sonst hätte ich das sicher auch nicht ausgehalten, sag ich einmal, wenn ich das Gefühl gehabt hätte, da rennt es irgendwie nicht so, wie es richtig ist.“ (IP16_P:221)

Wer in dieser mehrjährigen Zeitspanne bis zur Übersiedlung auf Pavillon 17 nichts von den teilweise gravierenden Missständen mitbekam, wollte diese nicht wahrhaben. Unter Berücksichtigung der im Laufe der Forschung gewonnenen Eindrücke erscheint es unmöglich, davon tatsächlich keine Kenntnis erlangt zu haben.

Die Ausführungen machen deutlich, dass die beschriebenen Missstände nicht vorrangig auf individueller Ebene verortet und bloß als persönliche Verfehlungen und Grausamkeiten einzelner Pflegepersonen abgetan werden können. Verschiedene InterviewpartnerInnen betonten, dass die KollegInnen bzw. MitarbeiterInnen keine grundsätzlich bösartigen Persönlichkeiten, sondern privat nett und fürsorgend gewesen wären.

> „Und das war halt irgendwie so komisch, weil das waren wirklich- ich mein das hab ich eh auch schon oft gesagt, das waren durch die Bank, es war niemand wirklich einfach böse. Das waren zum Teil total liebe Schwestern, Leute die halt zu Hause ihre normale Familie- (…), das war total schizophren.“ (IP7_P:144)

Auf Pavillon 15 hatte sich – und das kann als symptomatisch für totale Institutionen angesehen werden (vgl. Goffman 1973:15ff.; auf Institutionen der Behindertenhilfe bezogen vgl. Rohrmann/Schädler 2011:426). – eine von der gesellschaftlichen Umgebung und den dort geltenden Normen und Werten

---

[146] Berichtet wird etwa in einem Interview, dass bei Besuchen von Angehörigen regelmäßig blaue Flecken der Kinder mit Zinksalbe überdeckt worden waren und den Angehörigen dann erzählt wurde, mit der Salbe würde Ausschlag behandelt werden (vgl. IP13_B:18).

abgekoppelte Systemrealität herausgebildet, die von der institutionellen, politischen und gesellschaftlichen Umwelt zwar nicht immer begrüßt und manchmal auch beklagt, aber lange Zeit nicht grundsätzlich in Frage gestellt wurde. Es dürfte zwar einzelne Pflegekräfte mit sadistischer Neigung auf Pavillon 15 gegeben haben, die erhobenen empirischen Daten lassen aber nicht den Schluss zu, dass sie in der Mehrzahl waren. Vielmehr wurden ganz durchschnittliche Personen aktiver Teil der gewalttätigen und zugleich überwiegend gleichgültigen Pflegepraxis am „Kinderpavillon" des PKH, Sie wurden in einem Arbeitssetting mit größtenteils fehlenden fachlichen Handlungsorientierungen und im Arbeitsalltag faktisch hoher Definitionsmacht auf Seiten des Pflegepersonals in die vorherrschenden informellen Regeln und Arbeitsroutinen der Pflege sozialisiert. Diese Regeln und die Zustände erschienen nach anfänglicher Irritation bald als ‚normal' und unveränderbar, wenn auch vielleicht nicht ideal – die Vorgesetzten und KollegInnen verhielten sich (jedenfalls in der überwiegenden Mehrheit) ja auch so, als wäre es normal, so mit den Kindern umzugehen, zudem dürfte es kaum alternative Handlungsorientierungen gegeben haben.[147] Dies ist insbesondere auch unter dem Gesichtspunkt der Einbettung in die geschlossene psychiatrische Anstalt „Am Steinhof" zu sehen: Pavillon 15 war Teil eines größeren Gewaltsystems, auch die unmittelbare institutionelle Umgebung wies vergleichbare Strukturmerkmale und Handlungsorientierungen des Personals auf (vgl. hierzu ausführlich Forster/Pelikan 1978a-c, Schwediauer 1984)

An einzelnen Stellen wird die Brüchigkeit der Abwehr deutlich bzw. bleibt die Ambivalenz der Schwestern erkennbar: Eine Laienhelferin beschreibt die Haltung der Pflegepersonen gegenüber ihren Spaziergängen und Ausflügen mit den Kindern etwa folgendermaßen:

> „Also die waren nach außen teilweise sehr rigide mit ihrer ganzen Verantwortung und aufpassen und unterschreiben, und gleichzeitig haben sie ganz genau gewusst, dass das gut ist, was man-. (IP40_P:25; zeitl. Bezug: Anfang 1980er Jahre)

Gemeint war die paradoxe Praxis mancher Pflegekräfte, trotz vorgeblichem Widerspruch die irritierenden Neuerungen implizit anzuerkennen bzw. sie passieren zu lassen.

Das Zitat verweist allerdings zugleich auf die zentralen Orientierungen im täglichen Handeln des Pflegepersonals, die sich mit Vermeidung von Risiko und Abwälzen von Verantwortung zusammenfassen lassen. Dabei ging es in

---

[147] Unmittelbaren ArbeitskollegInnen ist generell eine stark disziplinierende Wirkung auf das Verhalten einzelner Organisationsmitglieder zuzusprechen (vgl. Kühl 2011:44).

erster Linie darum, sich selbst nicht das Risiko eines „Disziplinars“ einzuhandeln, und nicht etwa darum, die PatientInnen keinem Risiko auszusetzen. Dass für die Kinder das zentrale Risiko darin lag, nichts ausprobieren zu können und nicht gefördert zu werden, wurde dabei ignoriert bzw. schien nicht relevant zu sein, da die Kinder ohnehin als nicht entwicklungsfähig galten. Diese Beobachtungen deuten an, dass das Pflege- und Betreuungssystem am PKH insgesamt vorrangig am Verwahren und nicht am Fördern orientiert war und man für die Vernachlässigung der psychosozialen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen keine disziplinäre Ahndung befürchten musste.

Unter dem Pflegepersonal auf Pavillon 15 dürften vor allem folgende zwei Strategien des Abwälzens der von ihnen formal zu tragenden Verantwortung angewandt worden sein: Erstens wurde die Verantwortung für von der Norm abweichende Handlungen und Ereignisse den untergebrachten Kindern und Jugendlichen zugesprochen. Deren Verhalten, das sich wiederum als Ausdruck ihrer Behinderung deuten ließ, wurde als Grund für die Abweichung (welcher Art auch immer) betrachtet. Vermerke in den Krankengeschichten, in denen die eigenen Entscheidungen und Handlungen durch Verhaltensbeschreibungen der PatientInnen legitimiert werden, erfüllen eine zentrale Entlastungsfunktion in dieser Hinsicht (vgl. hierzu auch Eisenbach-Stangl 1977:60ff.). Zweitens mussten jene Personen, die von den herrschenden Pflegenormen abwichen, also etwa mit den Kindern spazieren gingen oder sie mit Essbesteck essen lassen wollten, sich mit ihrer Unterschrift formal dazu bekennen, die Verantwortung für daraus eventuell resultierende negative Folgen zu übernehmen. Damit wurden diese Handlungen zugleich als von der Norm abweichend markiert, als von der gültigen Ordnung nicht getragen, das restliche Personal brauchte nicht zu fürchten, dass von ihnen auch plötzlich solches Engagement erwartet werden würde.

Wenn einzelne Pflegekräfte überdurchschnittliches Engagement entfalteten, liefen sie zudem Gefahr, für diese Abweichung von den informell gültigen Regeln von Seiten des „Stammpersonals“ negativ sanktioniert zu werden. Dies gilt jedenfalls für die Dienstbereiche und -phasen, in denen die Pflege weitgehende Bestimmungsmacht im Alltag hatte. Für die Bereiche und Tagesabschnitte, in denen ab Ende der 1970er Jahre zunehmend pädagogisches und therapeutisches Personal Einfluss gewann, dürften solche Sanktionspraktiken weniger leicht und irgendwann vermutlich gar nicht mehr möglich gewesen sein. Die Palette an Sanktionierungen reichte von „scheelen Blicken“ (IP15_P:21) bis zu massiveren Formen des Mobbings, die teilweise auch über die Kinder ausgetragen wurden, wie weiter oben am Beispiel der Verabreichung von Abführmitteln vor dem Dienst einer in die

Schranken zu weisenden Kollegin sichtbar wurde. Diese Mobbing-Praktiken sind nicht nur aus individueller Perspektive als negative Charaktereigenschaften einzelner Personen zu sehen, sondern sie stellen Möglichkeiten der Durchsetzung informeller Normen in Organisationen dar, die auf formale Weise schwer durchsetzbar wären (vgl. Kühl 2011:126).

Wurde die vorherrschende Pflegepraxis auf formaler Ebene bedroht, was faktisch vor allem durch neue Leitungspersonen stattfand, dann sind vor allem zwei Strategien des Beharrens von Seiten des angestammten Pflegepersonals erkennbar: Erstens offener Widerstand mit Unterstützung der Personalvertretung und zweitens latenter Boykott durch faktisches Ignorieren unter Wahrung einer Mindesterfordernis von scheinbarer Konformität mit den neuen Regeln:

> „Bei mir haben sie immer nur das Visitengesicht halt gezeigt, (…) sie haben sich sicher vor der Therapeutin auch zusammengerissen, aber trotzdem, (…)." (IP3_P:24)

Vom Mobilisieren der Personalvertretung gegen neue ‚Zumutungen' von oben wurde sowohl gegen die ab 1976 auf Pavillon 15 neu eingesetzte ärztliche Leitung als auch die spätere Leitung des Förderpflegeheims, in das ein Teil des angestammten Pflegepersonals (jedenfalls zunächst) mit wechselte, berichtet.[148] So habe es erbitterten Widerstand gegen Bemühungen gegeben, die im Ermessen des Pflegepersonals verabreichte Anzahl und Höhe an Medikamenten zu reduzieren, um gegen die negativen Folgen ständiger Überdosierungen anzugehen:

> „(Ich) hab mir gedacht, da fahre ich jetzt einmal rein und sag das einmal. (…) Aber dann hat sich die Gewerkschaft zusammengetan, also die Schwestern in der Gewerkschaft, sehe das (noch) wie heute in so einem kleinen Raum wie da, vierzig solche gestandenen Schwestern sind über mich hergefallen, haben gesagt, das ist eine Frechheit und ich verleumde sie und sie werden geschlossen die Abteilung verlassen." (IP3_P:34)

Unterstützt wurde der Machterhalt des Pflegepersonals dadurch, dass sie die Kommunikation zwischen PatientInnen und ärztlicher Leitung zu kontrollieren und vermitteln suchten (vgl. IP3_P:46) – und dies vermutlich jahrzehntelang von ‚oben' auch akzeptiert gewesen war, machte es doch den ärztlichen Alltag deutlich bequemer (vgl. hierzu auch Kap. 4.3).

---

148 Vgl. IP3_P:34ff.; IP20_E:53ff.

9.4. Individuelles Engagement und Veränderungsbemühungen

Bis in die zweite Hälfte der 1970er Jahre hinein blieben Engagement für die Kinder und Bestrebungen zur Verbesserung ihrer Lebenssituation im Bereich der Pflege auf individueller Ebene verhaftet. Erkennen lassen sich vorrangig eher zweifelhafte Praktiken, vor allem die Bevorzugung einzelner Lieblingskinder (vgl. Kap. 7.3), wie sehr diese auch für die wenigen mit Zuwendung bedachten Kinder den Lebensalltag – jedenfalls in bestimmten Zeitphasen – verbessert haben mögen. Es dürfte aber auch Pflegekräfte gegeben haben, die sich allgemein um etwas mehr Zuwendung und Förderung der Kinder bemühten. So wurde vereinzelt von KollegInnen berichtet, die regelmäßig mit Kindern und Jugendlichen spazieren gingen: „Aber das war wirklich nur, wenn die da war, das war ihr Privatvergnügen, das war nicht normal, das war nicht vorgesehen (…)“ (IP15_P:31) In den gegebenen Rahmenbedingungen und angesichts der ansonsten dominierenden Verwahrungs- und Vernachlässigungspraktiken am Pavillon waren solche Wirkmöglichkeiten stark begrenzt. Die erschlossenen empirischen Daten lassen für die längste Zeit des Bestehens des „Kinderpavillons“ am PKH keine Verbesserungsinitiativen mit nennenswerter Veränderungswirkung erkennen.

Ein Engagement von Lehrkräften ab den 1960er Jahren um eine bessere Förderung der Kinder sowie um Beschäftigungsmöglichkeiten blieb vorerst nur wenig wirksam, zudem schlossen diese Bemühungen Kinder, die keine Schule besuchen konnten, nicht mit ein (vgl. Kap. 11). Allerdings lässt sich vermuten, dass im direkten Wirkungsbereich und -zeitraum der Lehrkräfte die sonst herrschende Pflegepraxis teilweise etwas abgemildert wurde vgl. IP21_P:88).

Ab der zweiten Hälfte der 1970er Jahre wurden die eingespielten Handlungsroutinen und festgefahrenen negativen Wahrnehmungsschemata zunehmend irritiert durch neues, (sozial-)pädagogisch oder psychologisch ausgebildetes Personal, das sich einen klar anderen Arbeitsauftrag setzte und neuen fachlichen Standards Geltung verschaffte. Diese vorerst zögerlich einsetzenden Tendenzen umfassten das Personal des Kindergartens, die ErzieherInnen im Bereich der Schulgruppen sowie das therapeutische Personal, deren professionsspezifischer Auftrag in einer Förderung und Unterstützung ihrer Klientel lag; hinzu kam ab 1979 eine Psychologin (vgl. Kap. Therapie). Bedeutsam für diese Entwicklung war u.a. der ärztliche Wechsel am Pavillon

Mitte der 1970er Jahre. Teilweise spiegeln sich diese Veränderungen in Krankenakten wider, die ab dieser Zeit sukzessive einen positiveren und empathischeren Blick auf die Kinder und Jugendlichen erkennen lassen.[149]

Allerdings gab es auf Pavillon 15 Zonen mit unterschiedlichem Beharrungsvermögen bzw. stark abweichenden Veränderungsgeschwindigkeiten: Die Bereiche, in denen Kinder und Jugendliche mit hohem Pflegebedarf untergebracht waren, blieben weiterhin vorrangige Arbeitsbereiche des Pflegepersonals, dort hatten die tradierten Arbeitsweisen großteils bis zur Überführung des Pavillons in ein Förderpflegeheim Gültigkeit. Für die als bildungsfähig eingestuften Kinder und Jugendlichen dürfte sich die Situation etwas schneller verändert haben (vgl. Kap. 7). Hier waren die Pflegekräfte zudem immer mehr mit (sozial-)pädagogischem und therapeutischem Personal in Kontakt und mussten in gewissem Ausmaß mit ihnen kooperieren.

Ein Teil des Pflegepersonals scheint diese Entwicklungen auch nach anfänglichem Zögern positiv angenommen und mitgetragen zu haben.[150] Diese Pflegekräfte konnten in der Folge beobachten und selbst miterleben, dass Entwicklungen bei den Kindern erreichbar sind und wie sie erreicht werden können (vgl. IP3_P:38). Die neuen Erfahrungen von Erfolgserlebnissen in der Arbeit motivierten, so wird berichtet, zu weiterem Engagement im Veränderungsprozess. Zudem kamen vermehrt „bessere Pfleger und Schwestern (…), die sich dann so in einer Gruppe, so eine Gegenpartei sozusagen zu denen gebildet haben“ (IP3_P:30). Der Zusammenhalt innerhalb des Pflegepersonals scheint zunehmend brüchiger, das Arbeitsverständnis und die Handlungsorientierungen dürften heterogener geworden zu sein und mitunter im Widerspruch zueinander gestanden haben.

Mit den neuen fachlichen Orientierungen auch durch KollegInnen und die ärztliche Leitung Rückhalt erfahren zu können, kann als ein entscheidendes Moment für nachhaltige Veränderungen betrachtet werden. So wird u.a. von einer Gruppe von PflegeschülerInnen berichtet, die gemeinsam neue Betreuungsimpulse setzten:

> „Da hat es eine Klasse gegeben, die sind alle gemeinsam auf eine Station gegangen. (…) und hab ich gesagt, na ob nicht zu mir welche kommen, und das war ganz eine tolle Gruppe, ganz toll engagierte junge Leute und dadurch, dass sie halt viele waren, haben sie auch zusammenhalten können. Und die haben sich um diese ganz Aggressiven gekümmert und innerhalb nicht so langer Zeit

[149] Die Eintragungen belegen aber zugleich, dass diese Veränderungen nicht durchgängig waren, in den Krankenakten der späten 1970er und frühen 1980er Jahre finden sich genauso Einträge im „alten Stil“.

[150] Vgl. IP3_P:30ff.; IP16_P:175ff.; IP20_E:53ff.; IP40_P:23ff.

> sind die mit denen raus spazieren gegangen. Also und da haben die Schwestern natürlich gesehen, man kann etwas tun, man kann was tun.“ (IP3_P:26)

Faktisch erforderte Veränderung auf Pavillon 15 bzw. auch die Überführung in die Nachfolgeinstitution „Förderpflegeheim“ somit in großem Ausmaß auch den sukzessiven Austausch von Personal durch neue, in die bisherige „Betriebskultur“ noch nicht zu sehr sozialisierte MitarbeiterInnen. Zum einen kam neues, besser ausgebildetes Pflegepersonal auf den Pavillon, zum anderen Personal, das durch andere, vor allem (sozial-)pädagogische Ausbildungshintergründe den neuen Zielsetzungen besser entsprach. Der in der zweiten Hälfte der 1970er Jahre langsam einsetzende Veränderungsprozess lässt sich insofern auch als Prozess der Zurückdrängung der Zahl und Dominanz der Pflegekräfte beschreiben.

10. THERAPEUTISCHE MAßNAHMEN

Gudrun Wolfgruber

Entsprechend der faktischen Funktion des „Kinderpavillons“ am PKH als Verwahrungseinrichtung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten und einem vorherrschenden Verständnis von Behinderung als nicht veränderbar auf Seiten des behandelnden und pflegenden Personal lassen sich den überwiegenden Teil des Untersuchungszeitraums so gut wie keine therapeutischen Maßnahmen jenseits der medikamentösen Behandlung bzw. Ruhigstellung in dieser Einrichtung feststellen. Das 1962 am „Steinhof“ eingerichtete Rehabilitationszentrum hatte zunächst einen Schwerpunkt auf der Wiederhinführung zur Arbeitswelt (vgl. Gabriel 2007:109f.) und war die ersten eineinhalb Jahrzehnte seines Bestehens von keiner wahrnehmbaren Relevanz für den „Kinderpavillon“.

Der von Volker Schönwiese (2009) ab den 1960er Jahren konstatierte Wandel in der Behindertenhilfe weg von Verwahrung hin zu Förderung und Rehabilitation macht sich erst ab der zweiten Hälfte der 1970er auf Pavillon 15 bemerkbar – und auch da nur für einen kleinen Teil der untergebrachten Kinder und Jugendlichen. Von einer umfassenderen „Therapeutisierung“ der Einrichtung, wie sie Schönwiese für Behinderteneinrichtungen allgemein feststellt, kann am „Kinderpavillon“ auch in der letzten Periode seines Bestehens nicht die Rede sein. Anzumerken ist zudem, dass auch dieses Rehabilitations-Paradigma von einer stark defizitären und individualisierenden Perspektive auf Menschen mit Behinderungen geprägt war, deren Mängel es durch heilpädagogische und therapeutische Maßnahmen zu minimieren galt:

> „Die Folge war eine Definition von Behinderung als lebenslange Therapiebedürftigkeit oder bei Erfolglosigkeit dieses Modells Resignation oder Verwahrungs-ähnliche Betreuung.“ (Schönwiese 2009:1)[151]

[151] Anzumerken ist, dass diese defizitorientierte Perspektive vor allem im medizinischen Bereich weiterhin seine Gültigkeit hatte. In einem „Wegweiser für Ärzte“ über die Leistungen zur Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen aus dem Jahre 1984 wird die Bedeutung von Rehabilitationsmaßnahmen zur Förderung der individuellen Selbständigkeit vor allem im Hinblick das Ziel einer „bestmöglichen Anpassung an die Anforderungen

Genau dieses Muster zeigt sich in der späten Phase des „15er“, d.h. in der Periode ab ca. 1976/77 bis zur Übersiedlung auf Pavillon 17: Auf der einen Seite kam es zur therapeutischen Förderung weniger Personen, auf der anderen Seite dominierte eine resignative Grundhaltung gegenüber der Mehrheit der untergebrachten Kinder und Jugendlichen. Diese blieben nach wie vor vorrangig in Verwahrung. Hierzu trugen selbstverständlich auch die fehlenden Ressourcen für therapeutische Angebote entscheidend bei. Im Zielplan „Psychiatrische und psychosoziale Versorgung in Wien“ vom April 1979 ist etwa die zu geringe Differenzierung der therapeutischen Angebote und eine „besonders deutliche Unterausstattung mit therapeutisch tätigem Personal“ (MA 17 – Anstaltenamt 1979:26) als eine der Hauptprobleme des Psychiatrischen Krankenhauses Baumgartner Höhe festgehalten.

10.1. THERAPEUTISCHES ANGEBOT

Insbesondere Kinder und Jugendliche, die in den 1950er und 1960er Jahren auf Pavillon 15 untergebracht waren, erhielten keinerlei Therapien oder Förderangebote. Aus den Krankenakten lassen sich für die ersten drei Nachkriegsjahrzehnte auch keinerlei Überlegungen über die Notwendigkeit therapeutischer Versorgung ablesen. Das Behandlungskonzept beinhaltete primär eine ausschließlich medizinisch-medikamentöse Versorgung (vgl. Kap. 6). Unterlassene Beschäftigung und Therapie trugen zusätzlich zur allgemein überwiegend fehlenden emotionalen Zuwendung durch stabile Beziehungspersonen zu Hospitalismussymptomen bei.

In den gesichteten Krankenakten finden sich für die Jahre vor 1976 nur zwei Hinweise auf den Einsatz therapeutischer Angebote. Ein erster Hinweis auf eine musiktherapeutische Behandlung ist für das Jahr 1966 in einem Krankenakt verzeichnet (vgl. KG50b_Y) und ein zweiter Eintrag im Jahr 1972 (vgl. KG4a_S). Aus den beiden Krankenakten geht nicht hervor, wie lange und in welchem Umfang dieses Therapieangebot den PatientInnen zu Verfügung stand. Therapien in Form von Heilgymnastik dürften ab 1976 begonnen und vermehrt ab Beginn der 1980er Jahre eingesetzt worden sein.

Für die Jahre ab 1976 lässt sich folgendes therapeutische Angebot ablesen: Heilgymnastik beziehungsweise Physiotherapie finden sich erstmals 1976

---

des Alltags- und Berufslebens“ formuliert. (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1984:27).

verzeichnet, Musiktherapie (mit Ausnahme der zuvor genannten beiden Fälle) 1979, Rhythmik und Beschäftigungstherapie ebenfalls, wobei letztere nur ein einziges Mal in den ausgewerteten Akten vermerkt ist, Logopädie ist erstmals 1980 in einer Krankenakte verzeichnet.

Anzumerken ist, dass die Nomenklatur der therapeutischen Angebote differiert, weshalb sich selten eindeutig identifizieren lässt, worin die therapeutischen Behandlungen tatsächlich bestanden. Aus den Krankenakten geht zudem mehrheitlich nicht hervor, wie lange und in welcher Frequenz die therapeutischen Behandlungen durchgeführt wurden. Nur in wenigen Krankenakten sind Dokumentationen über den Therapieverlauf integriert. Inwiefern eine umfassendere Dokumentation überhaupt zum Professionsverständnis der TherapeutInnen zählte bzw. von ihnen gefordert wurde, kann im Rahmen dieser Studie nicht beantwortet werden. Offen bleibt auch die Frage, inwiefern eine fallspezifische Zusammenarbeit zwischen medizinischem, pflegerischem und therapeutischem Personal mit dem Ziel der Förderung der PatientInnen stattfand, systematisch erkennbar wird sie aus den erschlossenen Daten jedenfalls nicht. Ab Beginn der 1980er Jahre wird aber von regelmäßigen Besprechungen zwischen der Psychologin des Pavillon 15 und den Nachmittagsbetreuerinnen berichtet, die auch zur Abklärung gedient haben sollen, wie die Kinder im Rahmen der Förderprogramme am besten zu fördern wären (vgl. IP23_P:63ff.).

Gezielte heilpädagogische Behandlungen, Ergotherapie, Maltherapie, Spieltherapie und psychotherapeutische Verfahren scheinen – im Unterschied etwa zu Einrichtungen wie der „Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder“ und in der „Universitäts-Kinderklinik“ – auf Pavillon 15 „Am Steinhof“ nur selten zur Anwendung gekommen zu sein. Wie den Krankenakten zu entnehmen ist, waren viele der auf Pavillon 15 untergebrachten Kinder und Jugendlichen in ihrer sprachlichen Artikulierung beeinträchtigt. In der Regel wurden Sprachstörungen als Spezifikum ihrer geistigen Behinderung angesehen. Hinweise auf logopädische Behandlungen auf der Basis einer gezielten Diagnostik einer Sprachstörung bzw. Kommunikationsbehinderung, die zugrundeliegende Ursachen berücksichtigt, d.h. die Sprachstörung auch als durch die katastrophalen Unterbringungs- und Betreuungsbedingungen verursacht oder als Ergebnis einer Störung der Grobmotorik (z.B. bei Menschen mit spastischen Problemen) in den Blick nimmt (vgl. Grunwald 1983:21f.), finden sich in den Krankenakten nicht.

Die zu Beginn der 1980er Jahre auf Pavillon 15 eingeführten Förderprogramme lassen sich eher als eine Kombination sonder- bzw. heilpädagogischer sowie verhaltenstherapeutischer Maßnahmen zur Förderung der individuellen Selbständigkeit einzelner PatientInnen im Anstaltsalltag verstehen. Anhand der

in einigen Krankenakten integrierten Förderpläne wurde ersichtlich, dass die sonderpädagogisch-psychologischen Förderprogrammemethodische Aspekte heilpädagogischer Behandlungskonzepte beinhalteten, etwa in Form von Funktionsspielen (z.B. Steckspielen), Rollenspielen (Gruppenspielen), Konstruktionsspielen (Bauen, Modellieren etc.), Musizieren und Singen etc. (vgl. von Oy/Sagi 1975). Diese wurden punktuell im Rahmen eines Kindergarten- oder Schulbesuchs umgesetzt. Angesichts dessen blieb jedoch eine insgesamt nur geringe sonder- und heilpädagogische Förderung nur jenen Kindern vorbehalten, die den Kindergarten oder die Schule besuchten. Die Verlagerung des Behandlungsschwerpunktes von medizinisch orientierten heilpädagogischen Behandlungen in den Bereich der Sonderpädagogik zu Beginn der 1980er Jahre entspricht jedoch durchaus zeitgenössischen Ansätzen der stationären wie auch ambulanten Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen (vgl. Jantzen 1980:20f.). Als wesentlicher Bestandteil von Rehabilitationsmaßnahmen (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1984:34) zielten die auf Pavillon 15 angebotenen Förderprogramme zumindest theoretisch auf eine „Verbesserung im motorischen, sensorischen, perzeptiven, geistigen und psychischen Bereich“ und somit von Alltagskompetenzen „daily Life activities“ (ebd. 35).

Physiotherapie

In der zweiten Hälfte der 1970er Jahre waren laut zwei weiter unten zitierten Schreiben der damals neuen Oberärztin des Pavillons 15 nur 2-3 Physiotherapeutinnen (Heilgymnastinnen) für das gesamte psychiatrische Krankenhaus zuständig (vgl. IP3_P:21ff.). Deren Kapazitäten waren somit äußerst enge Grenzen gesetzt. Entsprechend wurden physiotherapeutische Behandlungen nur einzelnen PatientInnen des „Kinderpavillons“ zuteil. Die seit 1979 auf Pavillon 15 tätige Psychologin beschrieb im Gespräch, dass man sich angesichts der rein medizinischen Orientierung eher darum bemüht habe, für Kinder und Jugendliche mit körperlichen Behinderungen einen Rollstuhl oder Schienen für die Füße zu organisieren (vgl. IP23_P:230ff.).

Psychotherapie

Psychotherapie scheint nicht in den Kanon therapeutischer Maßnahmen auf Pavillon 15 integriert gewesen zu sein. Die Psychologin des Pavillon 15 begründete dies sowohl mit einem unterdurchschnittlichen Intelligenzquotienten der Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen als auch damit, dass diese Therapieform an die verbalen Fähigkeiten von Kindern geknüpft sei; 20 bis 30 Prozent der Kinder hätten aber überhaupt nicht gesprochen. In diesen

Fällen habe man nicht klassisch psychotherapeutisch arbeiten können, sondern eher spieltherapeutisch (vgl. IP23_P:294f.). Sei ein Kind „der Sprache fähig" gewesen, dann habe man auch psychotherapeutisch arbeiten können, „schon auch zeichnen und verbal" (IP23_P:322). Dies sei aber nur bei einem geringen Prozentsatz der untergebrachten Kinder und Jugendlichen möglich gewesen (vgl. ebd.) – faktisch wurden aber auch diese wahrgenommenen Möglichkeiten in der Regel nicht genutzt. Diese Sichtweise auf die Möglichkeiten und Grenzen von Psychotherapie bei Kindern mit geistigen Behinderungen stellte im Untersuchungszeitraum dieser Studie kein Spezifikum der Behandlung von Kindern auf Pavillon 15 dar. Von verschiedenen, vor allem tiefenpsychologisch orientierten Bemühungen, Kinder auch psychotherapeutisch zu betreuen, waren kognitiv behinderte Kinder weitgehend ausgeschlossen. Stellvertretend für diese Perspektive seien die Psychologen Grete und Alfred Schaden zitiert, die im Rahmen des Instituts für Erziehungshilfe mit der psychologischen Begutachtung und darauf aufbauenden weiteren Betreuung der KlientInnen befasst waren:

> „Der Psychologe wird mit herangezogen bei der Entscheidung der Frage, was mit dem Kind nun eigentlich geschehen soll. Er scheidet von vornherein die Fälle aus, bei denen wegen Schwachsinns oder Frühverwahrlosung eine psychische Behandlung nur eine Verschwendung von Zeit und Geld bedeuten würde. In anderen Fällen gibt sein Gutachten oft den Ausschlag, ob das Kind auf rein administrativem Wege etwa durch Einweisung in ein für es geeignetes Heim zu versorgen oder ob eine rein physische Behandlung durch einen Arzt vorzuziehen sei oder aber eine Psychotherapie des Kindes mit gleichzeitiger Beeinflussung der Eltern angebracht erscheine." (Schaden/Schaden 1960:21)

Im gesamten gesichteten Bestand an Krankenakten von Pavillon 15 findet sich nur ein einziger Fall, in dem eine Psychotherapie dezidiert erwähnt wird. Dabei handelte es sich um die psychotherapeutische Behandlung eines zwölfjährigen Mädchens, bei dem nach fünfjährigem Aufenthalt seitens des Pflegepersonals sowie der behandelnden Ärztin der Verdacht auf ein „psychotisches Geschehen" (KG8b_S:1977) beobachtet worden war. Der Krankenakte ist zu entnehmen, dass sie in den Folgejahren weiterhin unter Halluzinationen gelitten habe und psychotherapeutisch und musiktherapeutisch behandelt worden sei (vgl. ebd.). Auch im Aufnahmeblatt nach Transferierung auf Pavillon 17 findet sich die Diagnose „geistige Behinderung bei affektiver Psychose" (KG8a_S).

Die ab 1976 zuständige Oberärztin sowie die seit 1979 angestellte Psychologin hatten eine psychoanalytische Ausbildung absolviert. Diese Betrachtungsweise floss mitunter in die Krankenakten mit ein, manche Kinder und Jugendlichen wurden nicht nur auf ihre physische Befindlichkeit, sondern auch auf ihre psychische Befindlichkeit, vor allem hinsichtlich tiefer liegen-

der Ängste und Aggressionen hin, beobachtet. Initiativen, solchen Beobachtungen auch konkrete psychotherapeutische Maßnahmen folgen zu lassen, konnten in den Quellen jedoch nicht gefunden werden.

Musiktherapie

Insbesondere Kinder und Jugendliche mit Mehrfachbehinderungen, wurden ab Ende der 1970er Jahre musiktherapeutisch behandelt. Neben einem Mangel an entsprechender physiotherapeutischer Behandlung verweist dies auch auf eine – wenngleich sich vorerst nur gering in der Praxis niederschlagende – Veränderung in der Betrachtungsweise von Kindern. War die „Wiener Schule der Musiktherapie" bis in die 1970er Jahre überwiegend pädagogisch-übungszentriert, so verschob sich die direktive musiktherapeutische Arbeitsweise auf psychodynamische Inhalte, die das Beziehungsgeschehen in den Vordergrund rückte. Musiktherapeutische Behandlungen sollten nicht durch Training und Übung, sondern durch Spiel und Erleben neue emotionale Erfahrungen und Entwicklungsschritte ermöglichen (vgl. Nissen 2005:434).

Solch eine Perspektive lässt sich beispielsweise aus dem Abschlussbericht über die Musiktherapie eines Mädchens erkennen, das ab 1981 für ein Jahr (42 Therapiestunden) musiktherapeutisch begleitet wurde. Der Therapeutin zufolge habe sich der Einsatz musiktherapeutischer Mittel in der Arbeit mit dem Mädchen als „besonders sinnvoll" erwiesen,

> „(…) wo es um die Schaffung von Situationen ging, die ihr ein Entdecken und Erproben von solchen Gefühlsäußerungen ermöglichten, welche sie sonst eher gewohnt war zu verbergen. Im geschützten Rahmen der Therapiesituation war eine selbstbewußtere (Körper-)Haltung sowie ein selbstsicherer Einsatz der Stimme zu beobachten, welcher auch Fortschritte ihrer sich entwickelnden Persönlichkeit hinweisen (sic!). Eine weitere musiktherapeutische Betreuung erscheint sinnvoll und notwendig (…)." (KG3b_S)

Positive Effekte durch musiktherapeutische Begleitung sind auch im Rhythmikbefund eines Buben vermerkt, der von November 1979 bis im Mai des Folgejahres ein- bis zweimal wöchentlich 20-40 Minuten Einzeltherapie erhielt: Er sei von Anfang an ein „begeisterter Mitspieler" und mit „ganzer Konzentration bei der Sache" gewesen. Abschließend ist in dem insgesamt liebevoll und sorgsam verfassten Bericht vermerkt, dass es mit ihm „nur vorwärts" gegangen sei, weshalb sich die Musiktherapeutin zuversichtlich hinsichtlich des künftigen Besuchs der Sonderschule äußerte. Im Abschlussbericht Ende November 1982 wird der Therapieverlauf wie folgt beschrieben:

> „(…) Im Laufe der Zeit lernt G. zwar nicht reden, aber spricht auf seine Weise. (…). Am bemerkenswertesten ist wohl sein Umgang mit der Handtrommel.“ (KG5b_S)

In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, dass in mehreren Krankenakten ehemaliger PatientInnen des Pavillon 15 die Freude der Kinder und Jugendlichen an Musik und am Singen verzeichnet ist, unabhängig davon, ob sie Musiktherapie erhielten oder nicht (bspw. „singt zeitweise“, „lt. Angaben der Mutter ist sie durch Musik besonders gut ansprechbar“ (KG3a_S). Bei einem weitgehenden Mangel an Sinneswahrnehmungen blieb Singen vermutlich oft eine der wenigen Möglichkeiten der sensorischen Stimulation.

10.2. WER ERHÄLT THERAPIEN?

Die Kriterien für die Zuteilung von Kindern und Jugendlichen zu einer therapeutischen Behandlung sind in den Krankenakten in der Regel nicht direkt festgehalten. Aufgrund der deutlich zu geringen therapeutischen Ressourcen, die zur Verfügung standen, musste sich deren Einsatz auf wenige PatientInnen beschränken. Deskriptiv auffällig erscheint, dass Kinder und Jugendliche, die als „Fürsorgefälle“ keinerlei Kontakte mit Angehörigen hatten und für die sich auch keine externer InteressensvertreterInnen einsetzten, in tendenziell geringerem Ausmaß Therapien erhielten als PatientInnen, die regelmäßig Besuche durch Angehörige erhielten (vgl. KG3b:S). Die außerinstitutionellen sozialen Ressourcen der Kinder dürften somit eine Rolle bei der Zuteilung der knappen Therapieangebote gehabt haben. Nicht auszuschließen ist zudem ein gewisses Ausmaß an Willkür von Seiten des in solche Entscheidungen involvierten Personals. Folgende Fallbeispiele sollen die Praktiken illustrieren:

Ein 1959 geborener Patient wurde mit vier Jahren mit der Diagnose „geistige Entwicklungsstörung, Erethismus und Cerebralschaden“ vom Zentralkinderheim auf Pavillon 15 überstellt, „da das Kind sich der Allgemeinheit nicht anpasst und es eine spezielle Behandlung benötigt“ (KG46b_Y:14.01.1964). Laut Fürsorgebericht sei die Mutter Kontrollprostituierte, weshalb sie das Kind nicht zu sich nehmen könne, zum Vater finden sich keine Angaben (vgl. KG46b_Y:14.01.1964). In der Krankenakte finden sich bis zu seiner Verlegung auf Pavillon 18 im Jahr 1978 lediglich medikamentöse Behandlungen (Nozinan und Neuleptil) sowie regelmäßige Einträge autoaggressiven Verhaltens und nächtlicher Ruhestörung verzeichnet. Wurde die Unterbringung des Buben in der Wiener Psychiatrie mit der Notwendigkeit einer speziellen Behandlung begründet (vgl. KG46b_Y:1401.1964), so verweist das Fallbeispiel eindrücklich, dass damit keine spezifische therapeu-

tisch-pädagogische Förderung verbunden war, sondern eine jahrelange Praxis von Beschränkungsmaßnahmen als Ersatz für jegliche andere Therapie.

Ein im Mai 1974 mit der Diagnose „Autismus, Erethismus bei Hirnschaden, hochgradige geistige Entwicklungsstörung, zentral gesteuertes Anfallsgeschehen“ vom Zentralkinderheim auf Pavillon 15 überstelltes dreijährige Mädchen erhielt trotz ihrer Mehrfachbehinderung lange Jahre ihres Aufenthalts auf Pavillon 15 keinerlei Therapie oder Förderung. Erst ab 1978 wurde sie musiktherapeutisch und ab 1979 ergänzend dazu logopädisch behandelt. Im Rahmen der Förderpädagogik wurde mit ihr ab 1983 ein Training in „Feinmotorik und Haushalt“ (KG9b_S) durchgeführt.

Auch die Krankenakte eines bei Überstellung aus einem Heim für körperbehinderte Kinder auf den „Kinderpavillon“ im Jahre 1977 neuneinhalbjährigen Jungen veranschaulicht die dort gegebene therapeutische Unterversorgung: In der Anamnese sind eine „schwere Cerebralschädigung im Sinne einer Idiotie und spastische Tetraparese“ festgehalten. Für den weiteren Aufenthalt finden sich ein „Decubitalulcus“ (Druckgeschwür vom Liegen) sowie eine „erhöhte Spastizität im rechten Bein mit beginnender Kontraktur und Schmerzen bei Streckversuchen“ vermerkt. Die daraus resultierende Schonhaltung habe eine Fehlstellung des Hüftgelenks mit sich gebracht, so ist in der Krankengeschichte zu lesen; therapeutische Behandlungen hingegen sind nicht festgehalten. In einem Schreiben der Pavillonsärztin an den Hausarzt der Familie des Buben ist folgendes vermerkt:

> „Der Bub kann an unserer Abteilung leider nicht wie im körperbehinderten Heim seiner körperlichen Krankheit entsprechend betreut werden, da bei der schweren spastischen. Lähmung des Kindes eine mindestens tägliche Betreuung durch eine Heilgymnastin notwendig wäre. Bei zwei Heilgymnastinnen für 2600 Pat. wie in unserem Krankenhaus leider dzt. die Situation ist kann eine so intensive Betreuung natürlich nicht gewährleistet sein. Wie Sie sicher wissen verschlechtert sich in so einem Fall die Beweglichkeit in den gelähmten Extremitäten und es kann auch zu Kontrakturen kommen.“ (KG6a_S:21.12.1978)

Aufgrund dieser sich abzeichnenden Entwicklung werde er „nun wegen der erhöhten Spastizität mit 3x2mg Valium täglich behandelt“ (KG6a_S:21.12.1978). Der Befund verdeutlicht, dass aufwändige und personalintensive Therapien wie Physiotherapie auch in den späten siebziger Jahren nicht (systematisch) im Behandlungsspektrum von Pavillon 15 inkludiert waren. Der prinzipielle Nutzen solcher Therapiemaßnahmen für das Wohlbefinden der PatientInnen wurde hingegen mittlerweile erkannt, mangels Therapieangebote aber nicht in Erwägung gezogen. Die aus dem Mangel erwachsenden Störungen wurden in altbewährter Weise mit sedierenden Medikamenten behandelt.

Der Fall eines im Jahr 1962 geborenen und seit seinem dritten Lebensjahr auf Pavillon 15 untergebrachten Buben verdeutlicht ebenfalls einen Mangel an Therapieangeboten für Kinder mir körperlichen Behinderungen auch noch Mitte der 70er Jahre. Nach fast 12 Jahren ohne entsprechende Therapien zeigten aber 1976 kurze Therapieeinsätze sowohl die Möglichkeiten als auch den Bedarf einer gezielten Förderung der Motorik auf (vgl. KG97a_S:1976), sodass es Bemühungen um eine therapeutische Betreuung des Patienten außerhalb der Anstalt gab. In einem Brief an die Behindertenhilfe vom Dezember 1976 suchte die Oberärztin um eine Übernahme der Therapiekosten an:

> „Der Pat. konnte wegen seiner Bewegungsbehinderung nicht eingeschult werden und konnte auch sonst bisher im Rahmen unseres Krankenhauses nur sehr gering gefördert werden, da wir keine Möglichkeit einer Beschäftigungstherapie oder sonstiger Förderungsmöglichkeiten bis vor kurzer Zeit für den Pat. hatten. Jetzt besucht er hier die Musiktherapie und wird auch heilgymnastisch betreut was jedoch auf Schwierigkeiten stößt da wir für 2600 Patienten nur 3 Heilgymnastinnen haben. Da der Pat. aber durchaus förderbar ist und es auch vorstellbar ist, daß er später in einem Heim von Jugend am Werk untergebracht werden könnte, wenn er gewisse Handgriffe selbständig zu machen imstande ist, würden wir eine Therapie wie sie im heilgymnastischen Institut von Frau Keil durchgeführt wird, sehr begrüßen. Er könnte dort vor allem in der Selbsthilfe geschult werden und motorisch etwas aktiviert werden.“ (KG97a_S:01.12.1976)

Der Bub wurde ab Mitte 1976 von Heilgymnastinnen betreut, und zwar anfangs mehrmals wöchentlich, dann mehrmals monatlich. Kontinuierliche Fortschritte der Beweglichkeit und Selbständigkeit ab dem Zeitpunkt des Therapiebeginns sind in der Krankengeschichte vermerkt. Im Abschlussbericht vom 20.10.1977 verweist die Heilgymnastin auf die Konsequenzen bisher nicht erfolgter therapeutischer Behandlungen („durch Nicht-Behandlung stark kontrakten Bein- und Rumpfmuskulatur“) sowie auf eine allmähliche Besserung seiner Mobilität und der Zunahme von Selbstständigkeit im Laufe ihrer Behandlung. Aus personellen Gründen, wie es in dem Bericht heißt, konnte die Behandlung des Patienten jedoch nicht mehr fortgesetzt werden (vgl. KG97a_S:1976). Allerdings zeigt die Krankengeschichte den Einsatz anderer Therapien, etwa musiktherapeutische Behandlungen. Generell zeigen sich bei diesem Burschen sowohl in der Akte als auch in mehreren Interviews im Vergleich zu anderen Kindern überdurchschnittliche Bemühungen der Förderung (vgl. KG97a_S).

Ein zweieinhalbjähriger Bub wurde 1975 mit amtsärztlichem Parere vom Zentralkinderheim, wo er seit seiner Geburt untergebracht war, mit der Diagnose „geistige Entwicklungshemmung, cerebrale Krampfbereitschaft, Erethismus, angeborenem Schwachsinn und Cerebralschaden“ übernommen.

Laut Aufnahmeprotokoll von Jänner 1975 „handelt es sich bei dem Knaben um einen schweren Entwicklungsrückstand, imstande auf Umweltreize durchaus zu reagieren“ (KG5b_S:11.01.1975). Für die nächsten zwei Jahre werden keinerlei therapeutische oder sonstige Fördermaßnahmen erkennbar, es deuten auch keine Einträge auf eine geistige oder motorische Entwicklung hin. Ende 1976 sind erste Gehübungen verzeichnet, Anfang 1977 ist dokumentiert, dass das Kind zu gehen beginne, mit Spielsachen hantiere, sich zeitweise aggressiv zu MitpatientInnen verhalte, ein geringes Sprachverständnis aufweise und freudig auf Kontakt und Zuweisung reagiere. Auch mit einem „Toilettentraining“ sei begonnen worden. Acht Monate später werden Weiterentwicklungen vermerkt, er gehe bereits alleine, sei zeitweise sauber und weise geringe Ansätze zur Sprachentwicklung auf. Aus einem Eintrag im Jänner 1978 geht hervor, dass er in der Folge stundenweise durch Kindergärtnerinnen betreut worden sei und Musiktherapie erhalten habe. Die Einträge der Folgejahre verweisen auf intensive Förderungen des Buben: Er besuche weiterhin regelmäßig den Kindergarten und beziehe Einzeltherapie in Form von Rhythmik und Logopädie. Weiters mache er Entwicklungsfortschritte in den Bereichen Essensroutine, Körperbeherrschung und Motorik und habe guten Kontakt zu den BetreuerInnen und MitpatientInnen. Hervorgehoben wird im Krankenakt zudem, dass das Kind besonders intensive Betreuung durch eine Pflegerin erhalten habe, die ihn auch auf Ausgänge mitgenommen habe (vgl. Psychologischer Befund November 1979). Es ist davon auszugehen, dass die erfahrene persönliche Zuwendung einen ganz bedeutsamen Beitrag zu den festgehaltenen Entwicklungserfolgen leistete.

10.3. Förderbemühungen bei fehlenden Ressourcen – und mit unsicherem Erfolg

Mit Ende der 1970er Jahre, verstärkt zu Beginn der 1980er Jahre wurden „allmählich verschiedene Therapiekonzepte eingeführt, wie man mit den Patienten umgeht“ (IP3_P:24) und gezielte Fördermaßnahmen bzw. Förderprogramme durchgeführt. Diese auf die Förderung insbesondere von Alltagskompetenzen zielenden Maßnahmen basierten auf psychologischen Gutachten, die die vorhandenen sozialen, psychischen und physischen Kompetenzen der PatientInnen berücksichtigen. Auf Grundlage einer gezielten Förderdiagnostik wurde für ausgewählte Personen ein individuelles Trainingsprogramm erstellt wie z.B. ein Sauberkeits- und Esstraining, die Förderung der Motorik, etc. Die Durchführung des Trainings erfolgte auf Vorschlag der zuständigen Psychologin, die seit 1979 an der Station tätig war.

Seine Umsetzung erfolgte im Alltag durch das an der Station tätige Pflegepersonal, weiters ihm Rahmen einer sonderpädagogischen Praxis im Kindergarten und in der Schule (vgl. IP23_P:21f.). Anzumerken ist, dass ab Mitte der 1970er Jahre der theoretische Diskurs hinsichtlich der Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen sowohl von einer Diskussion über die Zuständigkeit der Professionen, d.h. zwischen klinischen oder pädagogischen Strategien (vgl. Holtz 1983:3) als auch von einem Paradigmenstreit begleitet wurde. Auf Normalisierung abzielende Behandlungskonzepte, die sich an einer Wiederherstellung von Gesundheit und somit von Bildungs- und Arbeitsfähigkeit orientierten, standen sonderpädagogischen Modellen gegenüber, die eine Förderung der individuellen Entfaltungsmöglichkeiten als Grundbedürfnis aller Menschen einforderten (vgl. Jantzen 1983:19ff.). Eine „dialektische Einheit" (ebd.:25) von Therapie und Pädagogik im Interesse der Verbesserung der Lebensbedingungen der PatientInnen mag zwar in einzelnen Fällen auf Pavillon 15 zur Anwendung gekommen sein, wird aber keinesfalls als etabliertes Behandlungskonzept auf Pavillon 15 sichtbar. Galt „Förderbarkeit" einerseits als Voraussetzung für den Erhalt einer therapeutischen Behandlung (etwa Logopädie), so verringerte das Fehlen therapeutischer Behandlungen andererseits die Chancen, überhaupt als „förderbar" bewertet zu werden. Die Interviews mit ehemaligem Personal des Pavillons 15 sowie die Dokumentationen in den Krankenakten lassen zwar Ansätze eines Wandels von rein medizinischer in Richtung therapeutischer Behandlungskonzepte erkennen, allerdings konnten diese aufgrund der Unterversorgung mit therapeutischem Personal an der gesamten Institution real kaum in die Praxis umgesetzt werden.

Insbesondere für Kinder und Jugendliche mit sowohl kognitiven als auch physisch-motorischen Behinderungen fehlte es an heilpädagogischen bzw. physiotherapeutischen Unterstützungsangeboten. Für diese PatientInnengruppe lässt sich für den gesamten Untersuchungszeitraum eine massive therapeutische Unter- bzw. Nichtversorgung konstatieren. Insgesamt ist festzuhalten, dass eine Förderbarkeit weniger von den tatsächlichen Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen abhing, sondern vor allem durch den Ressourcenmangel der Einrichtung stark limitiert war bzw. verunmöglicht wurde.

Dieser Mangel bezieht sich einerseits auf eine personelle Unterversorgung am Pavillon selbst als auch auf die gesamte Anstalt. Die einzelnen Abteilungen verfügten über keinerlei therapeutisches Personal. PhysiotherapeutInnen und MusiktherapeutInnen waren der Rehabilitationsabteilung zugeteilt und wurden „je nach Zeit und Möglichkeit" (IP3_P:22) auf eine Abteilung geschickt (vgl. ebd.). Die Entscheidung über den Einsatz einer therapeutischen

Unterstützung lag jedoch nicht primär im Ermessen der Pavillonsärztin, sondern oblag dem Leiter der Rehabilitationsabteilung. Dessen Gutachten entschied, ob eine Therapie überhaupt als „sinnvoll" erachtet wurde (vgl. IP3_P:20ff.).

Einträge von der Notwendigkeit therapeutischer Maßnahmen, die aufgrund fehlender Ressourcen offensichtlich lange Zeit nicht durchgeführt wurden, finden regelmäßig Niederschlag in den Akten, so auch in folgendem Fall: In der Krankenakte einer Patientin, findet sich Anfang 1978 der Eintrag, dass die Patientin, die seit ihrer Aufnahme vor einem Jahr bisher keine Therapie erhalten habe, meist untätig sei, da durch Personalmangel und die spezielle Behinderung eine Beschäftigung mit ihr schwierig sei, eine intensive Förderung jedoch sinnvoll wäre. Ende September 1979 findet sich erstmals ein Vermerk „zur Heilgymnastik vorgesehen". Ab diesem Zeitpunkt erhält sie (wie oft, ist aus der Krankenakte nicht eruierbar) Heilgymnastik. 1981 kommt die zuständige Oberärztin zu dem Schluss, dass „uns die Förderung und vor allem die physiotherapeutische Betreuung, die die Patientin an unserer Abteilung bekommen kann, nicht ausreichend erscheint" (KG3b_S). Offensichtlich ist, dass die Förderung des Mädchens nicht an seiner Behinderung, sondern an personellen Ressourcen scheiterte. Mitunter mussten begonnene Therapien eingestellt werden, da die TherapeutInnen entweder überlastet waren oder gekündigt hatten.

Wenngleich im Untersuchungszeitraum der überwiegenden Mehrzahl der auf Pavillon 15 untergebrachten Kinder und Jugendlichen kein ausreichendes Therapieangebot zu Verfügung stand, verweisen Einträge in den Krankenakten auf die Praxis individueller Bemühungen von Therapeutinnen und des Pflegepersonals, einzelne Kinder zu fördern.

Einer Studie aus dem Jahre 1994 zur Evaluierung der über die Wirksamkeit medizinischer, pädagogischer und psychosozialer Maßnahmen zur Behandlung und Förderung von Kindern mit drohenden oder manifesten Entwicklungsstörungen zufolge ist die Effektivität auch bei einem frühen Einsatz therapeutischer, insbesondere medizinisch orientierter Therapieformen, wie z.B. der Krankengymnastik, bei organisch geschädigten Kindern begrenzt (vgl. Schlack 1994:1). Bilanzierend stellt der Autor fest, dass sich aus medizinischer Sicht nur ein geringer kausaler Wirksamkeitsnachweis, insbesondere für die dem medizinischen Bereich zugerechneten Behandlungsformen erbringen lasse (vgl. ebd. 5). Zudem könne eine Frühförderung nur dann positive Effekte aufweisen, wenn in die therapeutische Arbeit auch intensive elternzentrierte Maßnahmen integriert werden (vgl. ebd. 4; Datler 2009:23).

Eine Integration von Eltern in die therapeutische Behandlung konnte jedoch allein aufgrund der Tatsache, dass die Mehrzahl der auf Pavillon 15

untergebrachten Kindern und Jugendlichen keinerlei Kontakt zu ihren Eltern hatten, nicht vollzogen werden. Zudem scheint eine Zusammenarbeit mit Eltern jahrzehntelang seitens der Anstalt nicht erwünscht und schon gar nicht Teil des Behandlungskonzeptes gewesen zu sein (vgl. Kap. 13).

Eine weitere Studie über Wirkungszusammenhänge in der Frühförderung aus dem Jahre 2002 kommt zu einem vergleichbaren Ergebnis: Auswirkungen von Fördermaßnahmen und Therapien könnten nur dann langzeitig stabilisiert werden, wenn sie im Lebensalltag eines Kindes, in seinen Interaktionen, bedeutsam werden und das gesamte psychosoziale Umfeld eines Kindes im Hinblick auf dessen Gesamtentwicklung Berücksichtigung erfährt. Erhöhte Autonomie sowie die Einbeziehung des Lebenskontextes (Bezugspersonen und Umfeld) im Rahmen der Frühförderung ermöglichen Kindern mit Behinderungen eine Erweiterung ihrer partitiven Möglichkeiten. Angesichts dessen ist offensichtlich, dass ausschließlich medizinisch-therapeutische Maßnahmen und Förderprogramme ohne die Berücksichtigung dieser Zusammenhänge, nur wenig effektive Wirkungen in Aussicht stellen. Die Ergebnisqualität von Fördermaßnahmen sei daher nur über die Partizipation von Kindern mit Behinderungen in allen Bereichen des Lebens, die für ein Kind in dem jeweiligen Alter gesellschaftlich üblich sind, zu erschließen (vgl. Kühl 2002:1-29). Mögen die Förderprogramme zumindest einem geringen Teil der Kinder und Jugendlichen Entwicklungsimpulse gegeben haben, so muss jedoch zusammenfassend festgehalten werden, dass im Rahmen einer jahrzehntelangen medizinisch orientierten Behandlungspraxis auf Pavillon 15 bio-psycho-sozialen Förderkonzepte mit dem Ziel der Integration bzw. Inklusion nur eine sehr geringe Rolle spielten (vgl. Tiroler Monitoringausschuss 2016:46).

Abschließend sei noch exemplarisch das Fallbeispiel einer Patientin wiedergegeben, die für kurze Zeit auf Pavillon 15 eine heilgymnastische Therapie erhielt und in der sich ein Zusammenwirken von positiven Beziehungsangeboten und therapeutischen Impulsen erkennen lässt. Das 1968 geborene Mädchen wurde im Jänner 1973 vom Kinderheim St. Rafael (Molitorgasse) auf Pavillon 15 transferiert. Als Einweisungsgrund wird in der Anamnese festgehalten, das Kind sei „nicht förderbar“ und zeige „gegen ihre Umgebung Aggressionen“. Laut Bericht des zuständigen Bezirksjugendamtes habe die Mutter wenig Interesse an ihrem Kind und es im Heim kaum besucht. Die Einträge in der Krankenakte der Jahre 1973 bis 1976 beschreiben das Mädchen als äußerst autoaggressiv sowie auch aggressiv gegen andere Kinder. Dem wurde mit einer medikamentösen Behandlung sowie weiteren Beschränkungen (Schutzjacke im Gitterbett) begegnet. Einträge, sie sei „nachts unruhig und schlaflos“ oder „nachts laut und störend“ finden sich wiederholt

in der Krankenakte. Zudem zeige sie „keine sprachlichen Äußerungen und „keinen Entwicklungsfortschritt".

Viereinhalb Jahre nach ihrer Einweisung erhielt sie erstmals therapeutische Unterstützung in Form von Heilgymnastik. Bereits nach kurzer Behandlungszeit wird in der Akte im September 1977 ein „Rückgang der Selbstbeschädigung" festgehalten, sowie die Tatsache, dass sich die Heilgymnastin intensiv mit ihr beschäftige. Die Bedeutung des persönlichen und intensiven Kontakts mit der Therapeutin dürfte auch den behandelnden ÄrztInnen bzw. dem Pflegepersonal offensichtlich gewesen sein, da sechs Wochen nach Behandlungsbeginn vermerkt ist, dass sich der Zustand durch die therapeutische Betreuung wesentlich gebessert habe. Gleichzeitig habe ein Ausscheiden der Therapeutin vorübergehend einen Rückfall in auto- und fremdaggressives Verhalten hervorgerufen (vgl. KG2a_S).

Die ausführliche Dokumentation der von Juli bis Oktober 1977 alle zwei Tage, jeweils für 30-45 Minuten durchgeführten Therapie (Physiotherapie) verweist auf die intensiven Bemühungen der Therapeutin um das Kind. Anzumerken ist, dass diese Therapiedokumentation in seiner Ausführlichkeit und Sorgfalt eine Ausnahme in den Krankenakten darstellt. Möglicherweise erklärt sich dies mit der sehr innigen Beziehung der Therapeutin mit dem Mädchen. Dies lässt sich auch darin ablesen, dass in den Folgejahren, in denen das Mädchen Einzeltherapie in „Rhythmik" sowie verhaltenstherapeutisches Training erhielt und in Zusammenarbeit mit Kindergärtnerinnen durchgeführt wurde, ein weiterhin bestehender intensiver Kontakt mit der ehemaligen Therapeutin verzeichnet wurde. Das Mädchen, das seitens Angehöriger keinerlei Besuch erhielt, wurde laut Einträgen in den Krankenakten regelmäßig von der ehemaligen Therapeutin besucht, unternahm mit ihr Ausgänge und wurde von ihr auch mehrmals über das Wochenende mit nach Hause genommen. Im psychologischen Gutachten von August 1984, also bereits auf Pavillon 17, wurde „sogar ein Schulbesuch (…) in Erwähnung gezogen" (KG2a_S:13.08.1984).

Dieses Fallbeispiel verdeutlicht, wie trotz fehlender emotionaler Zuwendung durch Angehörige positive Effekte über ein spezifisches Zusammenspiel von Förderung/Therapie und intensiver Beziehung zu einer konstanten Bezugsperson erzielt werden können (vgl. Tiroler Monitoringausschuss 2016:46f.). Eine intensive Einzelbetreuung und Förderung durch eine zentrale Bezugsperson war jedoch im Kontext eines generell im Untersuchungszeitraum geltenden personellen Ressourcenmangels nicht die Regel. Zudem zählten bis Ende der 1970er Jahre Maßnahmen zur Beziehungsförderung und Bindungsfähigkeit weder zum Kanon der Behandlung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen, noch entsprach es dem Pro-

fessionsverständnis des auf Pavillon 15 lange Jahrzehnte überwiegend rein pflegerischen Personals.

Nach der Transferierung der Kinder und Jugendlichen auf Pavillon 17 (Förderpflegeheim) stand ihnen eine größere Palette an Therapieangeboten zu Verfügung. Die Möglichkeit der Nutzung einer Unterwassertherapie im neu errichteten Schwimmbad des Pavillons sowie zu Heilgymnastik und Physiotherapie gestaltete sich für Kinder und Jugendliche mit Mehrfachbehinderungen als physische Erleichterung. Das dort zu Verfügung stehende Therapieangebot war allerdings nicht mehr Gegenstand dieser Studie.

11. Pädagogische Angebote: Schule und Kindergarten

Gudrun Wolfgruber

11.1. Die Heilstättensonderschule auf Pavillon 15

Chronologie und Organisation

Die „Sonderschule für schwerstbehinderte Kinder" auf Pavillon 15 war eine Expositur der Heilstättenschule Kindermanngasse und unterstand organisatorisch dem Wiener Stadtschulrat, der sowohl für die personelle als auch materielle Ressourcenausstattung zuständig war. Dieser Schultyp entwickelte sich aus den Bemühungen, in Krankenhäuser aufgenommene Kinder zu unterrichten, er ist Ausdruck der Differenzierung des Sonderschulwesens. Durch die schulische Betreuung von in Krankenhäusern stationär aufgenommenen Kindern sollte diesen die Anschlussfähigkeit an die Herkunftsschule bzw. ein Schulabschluss ermöglicht werden (vgl. Benesch 1974:37).

Ursprünglich waren viele der Heilstättenschulen organisatorisch sogenannten „Hilfsschulen" angegliedert (vgl. Zentrum für Schulentwicklung 2001:7). Ansätze zur Errichtung von Hilfsschulen für „schwachbefähigte Kinder" gehen bis in das 19. Jahrhundert zurück (vgl. Bednarz 1969:31). Wann die erste Wiener Hilfsschule gegründet wurde, geht aus den zur Verfügung stehenden Quellen nicht eindeutig hervor. Sogenannte „Hilfsklassen" wurden seit den 1885er Jahren geführt. Zu Beginn der 1920er Jahre wurden jedoch im Zuge der Glöckelschen Schulreform, die zumindest theoretisch auf eine Berücksichtigung individueller Begabungen der Schulkinder sowie eine Durchbrechung eines schichtspezifischen Bildungsprivilegs zielte (vgl. Benischek 2006:25f.),[152] diverse Schulen für Kinder mit Behinderungen, insbesondere für Kinder mit körperlichen Behinderungen, errichtet. Vorrangige Aufgabe dieser Sonderschulen war es, Kinder im Hinblick auf ihre spätere

---

[152] Im Zuge einer Demokratisierung des Schulwesens umfasste die Reform eine generelle Umstrukturierung des Volksschul- und Mittelstufenunterrichts (vgl. Benischek 2006:107f.).

„Arbeitsfähigkeit“ zu fördern (vgl. Lustig 1971:114). Jene Kinder, die aufgrund ihrer kognitiven Beeinträchtigungen von einem Besuch an einer „normalen“ Volks- oder Hauptschule oder einer Sonderschule für Kinder mit körperlicher Behinderung ausgeschlossen waren und bei denen eine spätere Arbeitsfähigkeit nicht in Aussicht gestellt werden konnte, wurden bis in die 1960er Jahre in Hilfsschulen unterrichtet. Dem Sonderschullehrer und Chronisten einer Wiener Hilfsschule, Josef Leitner[153] zufolge sei jedoch das „Schülergut (…) imbeziller Kinder“ auch an den Hilfsschulen als Hemmschuh für den Unterricht empfunden worden (vgl. Leiter 1971:37). Für diese Kinder wurden eigene Vorschulklassen errichtet, doch sei nach dem oft mehrjährigen Besuch dieser Klassen in der Regel kein Übertritt an eine Hilfsschule erfolgt (vgl. ebd. 1971:39). In den Jahren 1954 bis 1959 wurden die Hilfsschulen als „Sonderschulen für schwachbefähigte Kinder (Hilfsschule)“ geführt, von 1959 bis 1962 unter dem Namen „Spezialsonderschule“ (vgl. ebd. 1974:37). Eine Ausdifferenzierung des Sonderschulwesens in eine Allgemeine Sonderschule und spezifische Formen der Sonderschule nach diversen körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen wurden im Schulorganisationsgesetz von 1962 festgelegt. Dieses setzte erstmals legistische Richtlinien für das österreichische Sonderschulwesen fest und führte die Umwandlung der ehemaligen Hilfsschulen als spezifische Form der Sonderschule zur „Sonderschule für schwerstbehinderte Kinder“ ein. In § 22 des neuen Sonderschulgesetzes wird die Aufgabe einer Sonderschule folgendermaßen definiert:

> „Die Sonderschule in ihren verschiedenen Arten hat physisch oder psychisch behinderte Kinder in einer ihrer Behinderung entsprechenden Weise zu fördern, ihnen nach Möglichkeit eine den Hauptschulen entsprechende Bildung zu vermitteln und ihre Eingliederung in das Berufs- und Arbeitsleben vorzubereiten.“ (Leiter 1971:98f.)

In diesem Gesetz wurde auch für „geistig schwer behinderte“ Kinder die neunjährige Schulpflicht festgesetzt (vgl. Leiter 1971:98f.). Ab diesem Zeitpunkt wurde das Sonderschulwesen weiter ausgebaut. Zu Beginn der 1980er Jahre setzte in Fachkreisen ein bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt aktueller Diskurs um die Abschaffung von Sonderschulen und die Etablierung eines inklusiven Unterrichts ein (vgl. Feuser 1980:58f.; Jantzen 1980:19f.).

Auf Pavillon 15 der damaligen Heil- und Pflegeanstalt „Am Steinhof“ wurde 1959 erstmals eine Schule für die dort untergebrachten Kinder und

---

[153] Josef Leitner war während der Jahre 1918 bis 1962 dreißig Jahre als Hilfsschullehrer und acht Jahre als Sonderschuldirektor tätig (vgl. Lustig 1971:112).

Jugendlichen errichtet (vgl. Zentrum für Schulentwicklung, 2001:90). Angesichts der skizzierten Entwicklung ist davon auszugehen, dass sie entweder unter dem Namen „Hilfsschule“ oder „Sonderschule für schwachbefähigte Kinder“ geführt wurde. Allerdings liegen für diese Jahre keine entsprechenden Quellen hervor. Bis 1966 bestand die Schule der Erinnerung einer ehemaligen Lehrerin zufolge aus zwei Schulklassen. Ab diesem Zeitpunkt seien Schulkinder des „Kinderpavillons“ in drei im Dachgeschoß des Gebäudes untergebrachten Klassen von insgesamt drei Lehrerinnen, einer Handarbeits- und einer Religionslehrerin unterrichtet worden (vgl. IP21_P:74ff.). Zwei der Lehrerinnen hätten über eine spezifische Sonderschulausbildung verfügt.[154] Den Lehrkräften oblag die schulische Betreuung der auf Pavillon 15 untergebrachten schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen sowie jener schulpflichtigen Jugendlichen, die nach Erlangung des 14. Lebensjahres auf einen Erwachsenpavillon verlegt worden waren.

Die gesichteten Direktionsakten des Psychiatrischen Krankenhauses „Am Steinhof“ belegen für Ende der 1970er Jahre Bemühungen um den Ausbau der Sonderschule des Pavillons 15 aufgrund eines Bestrebens nach einer stärkeren Differenzierung zwischen „geistig behinderten“ und „verhaltensauffälligen“ Kindern. Die Notwendigkeit der Differenzierung des psychiatrischen Versorgungsangebotes für Kinder und Jugendliche im stationären Versorgungsbereich stellte in jenen Jahren in Fachkreisen einen zentralen Diskussionspunkt dar (vgl. Berger/Spiel:1977). Auf Pavillon 15 bezogen konstatierte Abteilung 1 des Stadtratsbüros Geschäftsgruppe „Gesundheit und Soziales“ insbesondere für schulpflichtige Kinder und Jugendliche, „die entweder durch Suicidversuche oder Heimunfähigkeit im Pavillon XV untergebracht wurden“ nicht zufriedenstellende pädagogische Förderbedingungen:

> „Es ist unvermeidlich, dass Haupt- und Sonderschüler, die vorher nie mit schwerstgeschädigten Kindern leben mussten, den gesamten Tagesablauf in dieser für sie stark belastenden Umgebung verbringen müssen. Sie sind daher gezwungen, der Versorgung bettlägriger Fälle beizuwohnen, erleben die Reinigung der debilen und infantilen Jugendlichen, den Geruch der Exkremente, das Lallen und die stereotypen Bewegungen und verbringen auch die Nächte im Gitterbett. Diese Situation führt unausweichlich in traumatische Zustände, die

[154] Vgl. KO_S: Schreiben der Abt. I an den amtsführenden Präsidenten des Stadtschulrates für Wien vom 21.04.1978.

> nur durch eine Verbesserung der Platz- und Personalsituation erzielt werden könnte."[155]

Aufgrund der ungenügenden Rahmenbedingungen und Ressourcen, die „aus rein humanitären Gründen einer raschen Lösung"[156] bedürften, wären dem zuständigen Primar bereits 1976, die Ausstattung des leerstehenden Pavillons 17 mit entsprechenden Klassenräumen zugesichert worden. Dem 1978 gegründeten Elternverein erschien es hingegen als

> „(…) problematisch, Kinder und Jugendliche, die an sich körperlich und geistig gesund, jedoch an hochgradigen Verwahrlosungserscheinungen leiden, in den Pav. 15 zu überführen, da dies bald das Pflege- und Lehrpersonal vor kaum lösbare Probleme stellen [würde], abgesehen von der großen Unruhe, die dadurch auch bei unseren Kindern hervorgerufen wird."[157]

Einer Aufstellung der Anzahl schulpflichtiger Kinder vom April 1978 zufolge wären zusätzlich zu „30 schwerstbehinderten Kindern" noch weitere elf Kinder des Pavillons 15 von den drei Lehrerinnen betreut worden, sowie weitere drei auf Erwachsenenpavillons untergebrachte Kinder.[158] Eine Aufstellung der Oberärztin des Pavillon 15 weist knapp zwei Monate später 33 auf dem „Kinderpavillon" untergebrachte Schulkinder aus.[159] Auf anderen Pavillons untergebrachte schulpflichtige Kinder wurden in dieser Aufstellung nicht erwähnt bzw. berücksichtigt.

Diese vor allem von ärztlicher Seite sowie dem Elternverein des Pavillons 15 getragenen Initiativen konnte die schulische Betreuung schulpflichtiger Kinder und Jugendlicher verbessert werden. Ab Herbst 1978 arbeiten fünf Lehrerinnen an der Heilstättensonderschule, vier in den Klassen des Pavillons 15, eine weitere Lehrerin übernahm die Betreuung von schulpflichtigen Kindern, die auf anderen Pavillons der Psychiatrischen Krankenhauses untergebracht waren.[160] Im Schuljahr 1978/79 wurden laut einer Aufstellung des Wiener Stadtschulrates im PKH 50 Kinder von diesen fünf Lehrerinnen un-

---

155 Vgl. KO_S: Schreiben der Abt. I/Geschäftsgruppe „Gesundheit u. Soziales", Büro des amtsführenden Stadtrates, an den amtsführenden Präsidenten des Wiener Stadtschulrates für Wien vom 21.04.1978: Mitteilung über die Situation der schulpflichtigen Kinder.

156 KO_S:21.04.1978, Schreiben der Abt. I an den amtsführenden Präsidenten des Stadtschulrates für Wien: Mitteilung über die Situation der schulpflichtigen Kinder

157 KO_S:14.04.1978: Schreiben eines Elternvereinsmitglieds (…) an den Stadtschulrat

158 KO_S:21.04.1978, Schreiben der Abt. I an den Präsidenten des Stadtschulrates für Wien: Mitteilung über die Situation der schulpflichtigen Kinder

159 KO_S:07.06.1978

160 KO_S: 22.04.1979: Schreiben des Direktors des Psychiatrischen Krankenhauses an den amtsführenden Stadtrat für Gesundheit und Soziales über die „Situation der schulpflichtigen Jugend"

terrichtet. Im Jahr 1979 wurde eine Klasse aufgelassen und eine Lehrerin von der Schule abgezogen, da sich laut Schreiben des Stadtschulrats die Zahl der schulpflichtigen Kinder auf 40 reduziert habe, von denen „4 nur versuchsweise betreut wurden, weil es fraglich ist, ob sie überhaupt bildungsfähig sind“[161], und in Erwachsenenpavillons nur mehr ein Schüler zu betreuen sei (vgl. ebd.). Die Zahlen zeigen, dass für den gesamten Untersuchungszeitraum der deutlich überwiegende Teil der Kinder und Jugendlichen keine Schule besuchte, bis Ende der 1950er Jahre gar niemand.

Einer langjährig auf Pavillon 15 tätigen Lehrerin zufolge seien in den einzelnen Klassen anfangs jeweils ca. 15-18 Kindern unterrichtet worden, im Laufe der Jahre sei die Klassenschülerzahl auf zwölf Kinder reduziert worden (vgl. IP21_P:20ff.). Der Anteil der SchülerInnen pro Klasse lag somit höher als die per Gesetz für die Allgemeinen Sonderschule sowie die Sonderschule für schwerstbehinderte Kinder festgesetzte Klassenschülerhöchstzahl mit zehn SchülerInnen pro Klasse. Sonderschulen für schwerstbehinderte Kinder wurden nicht nach Jahrgangsklassen, sondern nach vier Aufbaustufen gegliedert (vgl. Benesch 1974:36). Inwiefern die Verteilung der Kinder nach Alter oder nach den Schweregrad ihrer Behinderung erfolgte, kann aufgrund des analysierten Quellenmaterials nicht beantwortet werden. Aufgrund der Aussagen zweier ehemaliger Lehrerinnen ist jedoch anzunehmen, dass die drei ab 1966 bestehenden Klassen sowohl nach Altersgruppen sowie dem Schulgesetz aus dem Jahre 1962 entsprechend nach „erlangter Reife und individueller Leistungsfähigkeit“ (ebd.:36) eingeteilt waren.[162] Ende der 1970er Jahre dürfte eine Differenzierung der SchülerInnen nach Art ihrer Beeinträchtigung erfolgt sein.

Als auch hinsichtlich des Schulbesuchs problematisch wurde die bis Anfang der 1970er Jahre gängige Praxis, Kinder ab ihrem 14. Lebensjahr in einen Erwachsenenpavillon zu verlegen, thematisiert. Dadurch sei für noch schulpflichtige Jugendliche der Abschluss des neunten Schuljahres schwierig gewesen. Bei einigen von ihnen – so erinnert sich eine seinerzeitige Lehrerin – habe sie den Verbleib von Kindern auf Pavillon 15 bis Vollendung des Schuljahres erwirken können (vgl. IP21_P:48). Weitere auf Erwachsenenpavillons untergebrachte schulpflichtige Kinder wären von ihr und ihren beiden Kolleginnen in ihrer Freizeit unterrichtet worden (vgl. IP21_P:343ff.). Aus

---

[161] KO_S:08.07.1979: Schreiben des Präsidenten des Wiener Stadtschulrates an den amtsführenden Stadtrat für Gesundheit und Soziales; KO_S:03.07.1979: Schreiben des Direktors des PKH an den zuständigen Stadtrat für Gesundheit und Soziales.

[162] Vgl. IP21_P:314, IP63_P:186.

den Direktionsakten des Psychiatrischen Krankenhauses geht hervor, dass 1978 auf Erwachsenenpavillons untergebrachte Kinder von einer eigenen Lehrerin der Heimstätten-Sonderschule unterrichtet wurden.[163] Ab wann es diese eigene Lehrerin gab, konnte nicht in Erfahrung gebracht werden. Ab Anfang der 1970er Jahre blieben PatientInnen mehrheitlich bis zur Erreichung des 18. bzw. 19. Lebensjahres auf Pavillon 15 (vgl. Kap. 15).

Eine Frage der „Beschulbarkeit": Entscheidungsinstanzen und -kriterien

Die gesetzliche Schulpflicht galt auch im gesamten Untersuchungszeitraum bis zur Erreichung des 15. Lebensjahres. Somit wären auf Pavillon 15 untergebrachten Kinder bis zu diesem Alter prinzipiell der Schulpflicht unterstanden (vgl. Benesch 1974:20). Ein Großteil der Kinder wurde in der Regel jedoch bereits vor ihrer Einweisung auf Pavillon 15 als „bildungsunfähig", beziehungsweise „nicht beschulbar" klassifiziert. Genau diese Klassifikation einer vermeintlichen „Bildungsunfähigkeit" hatte oftmals bereits ihre Überstellung auf Pavillon 15 begründet. Dies belegen insbesondere der Einweisung vorausgegangene fachärztliche Gutachten und psychologische Befunde einweisender bzw. zuweisender Behörden (vgl. Kap. 5.3). Inwiefern diese Kategorisierungen in Form von Befunden von FachärztInnen und PsychologInnen über eine mögliche „Beschulbarkeit" nachträglich auf Pavillon 15 geprüft wurden, ist aus den Krankenakten nicht ersichtlich. Es ist jedoch anzunehmen, dass in der Regel Gutachten über eine „Beschulbarkeit" unhinterfragt übernommen wurden. Einer Anfang der 1970er Jahre auf Pavillon 15 tätigen Lehrerin zufolge seien solche folgenreichen Kategorisierungen der Kinder im Allgemeinen zu jener Zeit nicht differenziert erfolgt: „Ich befürchte, das ist geschwind gegangen." (IP63_P:136) Per Gesetz sei die Beurteilung einer vorliegenden „Sonderschulbedürftigkeit" sowohl der Leitung sowie den Lehrkräften einer Sonderschule als auch PsychologInnen vorbehalten gewesen (vgl. ebd.:21).

Mitunter hatten schulpflichtige, von Heimen oder über die Jugendwohlfahrtsbehörden überwiesene Kinder vor ihrer Unterbringung auf Pavillon 15 eine Schule, sei es eine Heimsonderschule oder eine externe Allgemeine Sonderschule, besucht. Für diese Kinder war entsprechend der Konzeption von Heilstätten(sonder)schulen ab 1959 ein Besuch an der Sonderschule auf

---

[163] KO_S: 03.07.1979: Schreiben des Direktors des Psychiatrischen Krankenhauses l an den amtsführenden Start für Gesundheit und Soziales über die Tätigkeit von Lehrpersonen der Heilstätten-Sonderschule im PKH Baumgartner Höhe.

Pavillon 15 vorgesehen. Lange Jahre dürfte faktisch neben einer attestierten Bildungsfähigkeit vor allem auch das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bzw. Selbständigkeit der Kinder und Jugendlichen für einen Schulbesuch ausschlaggebend gewesen sein. In Interviews mit ehemaligem Personal des Pavillons 15 wurde insbesondere eine Kontinenzfähigkeit als Voraussetzung für einen Schulbesuch genannt, da Inkontinenz eine zusätzliche Arbeitsbelastung für die Lehrerinnen bedeutete:

> „Wissen Sie was das heißt? Acht Kinder und kein einziges kann aufs Klo gehen (…) und sie sollen unterrichten und sollen nebenbei die Kinder wickeln?" (IP21_P:142)

Im Laufe der Zeit scheint hierfür aber in gewissem Ausmaß pflegerische Unterstützung erschlossen worden sein, so sei etwa eine eigene Krankenschwester auf dem Gang eingesetzt worden, die bei Bedarf die Kinder übernommen und gewickelt habe (vgl. ebd.:314). In zumindest einigen Fällen dürfte somit Inkontinenz kein Ausschlusskriterium für einen Schulbesuch bedeutet haben. Vereinzelt wurde thematisiert, dass die Differenzierung der Kinder hinsichtlich ihrer „Sauberkeit" mit Anfang der 1980er Jahre weniger strikt gehandhabt worden sei (vgl. IP16_P:37ff.). Dies erklärt sich möglicherweise aus den in diesem Zeitraum bei einem kleinen Teil der untergebrachten Kinder durchgeführten Förderprogrammen, die neben einer Förderung sozialer Kompetenzen insbesondere auf eine Erhöhung der Selbstständigkeit abzielten. Dies inkludierte auch „Sauberkeitstrainings", die sowohl im Rahmen der Pflege, des Kindergartens und der Schule durchführten wurden (vgl. IP23_P:23).

Die Einträge in Krankenakten lassen zumindest bis Ende der 1970er Jahre nicht erkennen, dass formale und nachprüfbare Kriterien für die Aufnahme an der Sonderschule des Pavillons angewandt worden wären. Somit ist zu vermuten, dass die Entscheidungen in der Praxis in hohem Ausmaß im individuellen Ermessensspielraum v.a. des pädagogischen Personals lagen. Diese Vermutung findet sich mehrmalig in Interviews mit seinerzeitigem Personal des Pavillons 15 bestätigt,[164] so etwa auch im Gespräch mit einer seinerzeitigen Lehrerin:

> „Ja ich bin runtergangen in die Gruppe und hab geschaut, was ist an Kindern da. Und basta. (…) Aber wenn ich von außen Kinder gekriegt hab, na dann hab ich müssen schauen, hoppla wer ist gekommen." (IP 21_P:153ff.)

[164] Vgl. IP16_41, IP7_P:142, IP40_P:159.

Viele Jahre hindurch dürften somit vor allem die Lehrkräfte entscheidend an der Auswahl der für einen Schulbesuch auf Pavillon 15 geeigneten und somit „beschulbaren" Kinder verantwortlich gewesen sein. Die retrospektiven Betrachtungen von Lehrkräften vermitteln den Eindruck, dass dabei einerseits über zuvor in Gutachten vorgenommenen Kategorisierungen hinweggegangen und mitunter auch als „bildungsunfähig" stigmatisierte Kinder in die Schule aufgenommen worden waren. Andererseits lassen die Erzählungen aber ebenfalls die Reproduktion einer Jahrzehntelangen gesellschaftlichen Entwertung von Menschen mit Behinderungen zwischen den Pflegefällen und den Schulkindern erkennbar werden.

Erst Ende der 1970er Jahre dürften die Entscheidungskriterien der „Beschulbarkeit" erweitert worden sein, um einer größeren Anzahl den auf Pavillon 15 untergebrachten Kindern und Jugendlichen einen Schulbesuch zu ermöglichen. Dies lässt sich zumindest anhand der in Krankenakten integrierten psychologischen Tests sowie deren Befunde annehmen. Eine Messung des Intelligenzquotienten sei, so wurde von ehemaligem psychologischen und ärztlichen Personal des Pavillons ausgeführt, aufgrund der schweren kognitiven und körperlichen Behinderungen der PatientInnen nicht durchführbar gewesen (vgl. IP23_P:98f.; Blaschnek/Fidal 1981:5). Es dürfte jedoch der Versuch unternommen worden sein, sowohl die Eignung für einen Besuch des Sonderkindergartens als auch die Frage der „Beschulbarkeit" auf Basis einer psychologischen Diagnostik zu klären, die sich im Unterschied zu bisher gängigen Testverfahren, die sich an einer „Normalentwicklung" von Kindern orientierten, auch soziale Kompetenzen miteinbezog (vgl. Kastner-Koller/Deichmann 2011:78f.). Es bleibt die Frage offen, inwieweit bzw. in welchem Umfang dies in der Praxis tatsächlich wirksam wurde. Eine Anfang der 1980er Jahre auf Pavillon 15 beschäftigte Krankenschwester erzählte im Interview, sie habe die Kriterien der Kinder für die Auswahl eines Schulbesuchs „nicht wirklich durchschaut", denn es habe zu diesem Zeitpunkt „auch im Parterre Kinder gegeben, die jederzeit die Schule hätten besuchen können" (IP7_P:142).

Eine Frage der Mobilität

Die räumliche Unterbringung der Schulklassen im Dachgeschoß des Pavillons erwies sich insbesondere für Kinder und Jugendliche mit schweren körperlichen Behinderungen und starker Mobilitätseinschränkung als Hemmnis, die Schule zu besuchen. Aufgrund eines fehlenden barrierefreien Zugangs, d.h. eines Aufzugs, waren die Schulklassen ausschließlich über das Treppenhaus erreichbar. Somit

> „(…) konnten nur jene Leute eben in die Schule gehen, die gehen konnten, weil natürlich niemand für den Transport zuständig war. Na ja gut, wer schleppt jemanden zwei Stock hoch (…), ja das ist auch klar." (IP6_E:125)[165]

Manche Kinder blieben einzig aufgrund ihrer eingeschränkten Mobilität von einem Schulbesuch ausgeschlossen. Einzelne Kinder wurden durch das persönliche Engagement mancher Pflege- und Lehrkräfte betreut. Insgesamt ist festzuhalten, dass die räumliche Ausgestaltung des Pavillons im gesamten Untersuchungszeitraum nicht den Bedürfnissen der dort untergebrachten Kinder und Jugendlichen mit starken körperlichen Behinderungen gerecht wurde (vgl. Kap. 3.3). So erinnerte sich etwa eine Lehrerin im Interview an einen Buben, der aufgrund schwerer Spastitzität im Rollstuhl saß und die Schule nicht besuchen konnte, denn es habe niemanden gegeben, der ihn hinaufgetragen hätte. Teilweise sei sie deshalb zu ihm hinuntergegangen und habe ihn in begrenztem Ausmaß vor Ort pädagogisch betreut (vgl. IP21_P:622). Ein anderes Mädchen, so die Lehrerin, sei zu Beginn ihres Schulbesuchs von den Lehrerinnen in die Klasse getragen worden. Im Laufe der Zeit hätten sie ihr gelernt, sich mit zwei Händen anzuhalten „und dann haben wir sie geschoben über die Stiege" (ebd.). Ohne diese Bemühungen wäre dem Mädchen der Schulbesuch unmöglich gewesen.

Heime für Kinder mit körperlichen Behinderungen, in denen die Ressourcen und eine spezielle barrierefreie Ausstattung einen Schulbesuch ermöglicht hätten, weigerten sich in der Regel aufgrund eines attestierten „reduzierten Intelligenzniveaus", wie in Gutachten immer wieder formuliert ist, Kinder und Jugendliche des Pavillon 15 zu übernehmen. Nicht zuletzt wurden aus diesen Heimen auch Kinder und Jugendliche aufgrund der zuvor erwähnten Zuschreibung von einer Heimunterbringung auf Pavillon 15 transferiert. Diese Sachlage führte in einem Fall dazu, dass sich über Jahre hinweg keine schulische Institution für ein Kind zuständig fühlte (vgl. KG3b_S). Die strukturellen Bedingungen und nicht die Behinderung verhinderten somit in diesen Fällen einen Schulbesuch.

Ergänzend ist hervorzuheben, dass die Konsequenz einer jahrzehntelangen Praxis der ausschließlich medikamentösen Behandlung, die vor allem auf eine Ruhigstellung der Kinder und Jugendlichen abzielte, sich auch negativ auf die Einschätzung (Diagnose) einer „Beschulbarkeit" ausgewirkt haben mag. Es ist zudem nicht auszuschließen, dass einige Kinder, die die Schule

---

[165] Vgl. weiters IP7_P:140, IP16_P:37.

besuchten, aufgrund einer medikamentösen Überdosierung in ihrem schulischen Fortschritt eingeschränkt wurden.[166]

Ressourcenmangel

Dass bis zur Errichtung einer dritten Schulklasse die Rahmenbedingungen und zur Verfügung stehenden Ressourcen mehr als dürftig angesehen werden müssen, belegen insbesondere Erzählungen der ab Mitte der 1960er Jahre tätigen Lehrerin. Es habe vor allem an Unterrichtsmaterialien gemangelt und die hierfür zuständige Magistratsabteilung habe sich nicht für zuständig erachtet, weil die Kinder und Jugendlichen formal als „bildungsunfähig" eingestuft gewesen seien:

> „Dort habe ich nichts gehabt. (…) Oder Papier oder – wir haben ja nicht einmal einen Bleistift von der MA 56 gekriegt. Wie ich da oben angefangen habe, habe ich nicht einmal ein Heft für ein Kind bekommen, weil ja die Kinder von der Schulpflicht befreit waren." (IP21_P:388)

Das persönliche Engagement der Lehrerin belegt auch ihr Bemühen, für diese Kinder Schülerbeschreibungsbögen anzulegen und somit ihre schulischen Fortschritte bzw. ihre Eignung für einen weiteren Schulbesuch zu dokumentieren. Mehrfach wurde in Interviews vom Bemühen der betreffenden Lehrerin berichtet, die unzureichende Ausstattung der Schule durch Sammeln von Sach- und Geldspenden als auch mitunter unter Aufbringung eigener finanzieller Mittel zu kompensieren (vgl. IP21_P:48, 150; 388). Der Erinnerung einer Anfang der 1970er Jahre in der Schule am „Kinderpavillon" eingesetzten Kollegin zufolge habe sie

> „immer eine Unmenge von Dingen für die Kinder mitgehabt, Gewand, Spielsachen, Bücher, alles (…) Und ich kann mich nur erinnern, dass immer die Kinder an den Gittern gehangen sind und voll Freude geschrien, gejauchzt, getanzt, gehupft sind, weil jetzt die Schule beginnt." (IP63_P:36 und 202)

Trotz zunehmender Verbesserung der Ausstattung lässt sich auch für die späten 1970er Jahre eine weiterhin existente Unterversorgung der für den Unterricht erforderlichen Ressourcen erkennen. In einem Scheiben des Elternvereins an den Stadtschulratspräsidenten von April 1978 wird dieser darauf hingewiesen, dass sich in Rücksprache mit den Lehrerinnen eine lange Liste an Versorgungsproblemen ergeben habe. Die angeführte Liste umfasst Mal- und Bastelutensilien, Papierwaren, Musikinstrumente ebenso wie das

---

166 Vgl. exemplarisch KG1B_S, KG12b_S.

Fehlen jeglicher Turnkleidung.[167][168] Die gesichteten Direktionsakten des Psychiatrischen Krankenhauses legen nahe, dass die Bemühungen des Elternvereins, der ärztlichen Leitung des Pavillons 15 sowie der ärztlichen Direktion am PKH die schulische Ausstattung sowohl in materieller als personeller Hinsicht verbessert haben dürfte.[169]

Alltag in der Schule

Der Unterricht an der Heilstättensonderschule des Pavillons 15 wurde von Montag bis Samstag, zwischen 8 und 12 bzw.13 Uhr, mitunter auch nachmittags abgehalten, je nach der im Lehrplan vorgeschriebenen Stundenzahl (vgl. IP21_P:552). Die Einträge in den Krankenakten geben nur wenig Auskunft über den Alltag und die Inhalte des Schulbesuchs, in wenigen Fällen liegen den Akten Schulzeugnisse bei. Unterrichtet wurde nach dem Lehrplan der „Sonderschule für schwerst behinderte Kinder" (IP63_P:145f.). Im Rahmen dieses gesetzlich vorgeschriebenen Lehrplans (vgl. Benesch 1974:36) hätten sich die Lehrerinnen orientiert. Doch habe man versucht, „jedes Kind speziell nach seinen eigenen Fähigkeiten zu fördern" (IP21_P:48). Einer Anfang der 1970er Jahre am „Kinderpavillon" unterrichtenden Lehrerin zufolge seien ihre beiden schon länger dort unterrichtenden Kolleginnen sehr bemüht gewesen, die allgemein vorgegeben Lernziele zu erreichen: „Also ich hab selten jemanden so intensiv arbeiten sehen wie diese beiden Frauen" (IP63_P:145f.). Insbesondere eine Lehrerin, die bereits ab Mitte der 1960er Jahre auf Pavillon 15 eingesetzt war, sei „eine Idealistin pur" gewesen und habe ihr Arbeit als Berufung angesehen und für nichts anderes gelebt als für diese Arbeit (vgl. IP63_P:202),

> „(…) was nicht heißt, dass die auch streng war. (…) Aber die hat den festen Willen gehabt, da steckt was drinnen in den Kindern und wurscht wie viel es ist, ich hol das raus und das schau ich mir an, ob das nicht geht. Und da hat sie viel Phantasie gehabt." (IP63_P:202)

Das Engagement und die Autorität der seinerzeitigen Lehrerin wurden auch von Pflegepersonen des Pavillons 15 hervorgehoben. Die Lehrerin habe zwar ein „strenges Regime geführt" (IP7_P:140), doch hätten manche Kinder un-

---

[167] KO_S:17.04.1978: Schreiben eines Mitglieds des Elternvereins an den Stadtschulratspräsidenten bzw. Inspektor

[168] KO_S:17.04.1978: Schreiben eines Mitglieds des Elternvereins an den Stadtschulratspräsidenten bzw. Inspektor

[169] Vgl. KO_S: 03.07.1979: Schreiben des Direktors des Psychiatrischen Krankenhauses an den amtsführenden Stadtrat für Gesundheit und Soziales

ter ihrer Obhut auch Buchstaben zu schreiben sowie zweistellig multiplizieren und dividieren gelernt.[170] Eine ehemalige Behindertenbetreuerin, die rund um 1980 auf dem Pavillon arbeitete, betonte, dass die Sonderschule „auch ein Segen" gewesen sei, obwohl „die sehr autoritär war, diese Lehrerin." (IP49_P:205ff.)

Ab November 1977 wurden zwei ausgebildete Kindergärtnerinnen auf dem Pavillon eingesetzt, die nachmittags in einer Art Hortbetrieb jene Kinder, die vormittags die Schule besuchten, betreuten[171] (vgl. IP21_P:344). In einem Interview mit einer für diese Nachmittagsbetreuung zuständigen Person wurde berichtet, dass die Nachmittagsbetreuung vor allem auf Initiative der Oberärztin installiert worden sei. Die angebotenen Aktivitäten hätten neben der Aufgabenbetreuung in „viel Bewegung und vielleicht ein bissl singen und musizieren" (IP16_P:17 und 197) bestanden. In der Endphase des Untersuchungszeitraumes habe laut der Psychologin des Pavillon 15 auch ein regelmäßiger Austausch zwischen ihr und den Nachmittagsbetreuerinnen stattgefunden, um entsprechende Fördermöglichkeiten und Fördermaßnahmen zu klären (vgl. IP23_P:63ff.).

Aus den Erzählungen von Lehrerinnen des Pavillons 15 geht hervor, dass insbesondere in den 1970er Jahren die Möglichkeit bestand, die Mauern des Pavillons kurzfristig zu verlassen. Unter der Voraussetzung, die Kinder seien „brav" (IP21_P:46), wurden Spaziergänge auf den Steinhofgründen sowie gegen Ende des Untersuchungszeitraums Ausflüge außerhalb der Anstalt gemacht und einmal ein Zoo besucht (vgl. ebd.).

Auf Initiative des Elternvereins wurden ab Ende der 1970er Jahre nicht nur vermehrt Ausflüge organisiert, sondern auch regelmäßige Landschulwochen initiiert.[172] Erstmals findet sich in den Korrespondenzen der Direktionsakten des Psychiatrischen Krankenhauses Am Steinhof sowie in den Krankenakten von Schülerinnen der Heilstätten-Sonderschule des Pavillons 15 eine Landschulwoche vom 16. bis 22. Juni 1979 verzeichnet.[173] In den folgenden beiden Schuljahren wurde jeweils im Frühjahr sowie im Herbst eine

---

170 IP7_P:140, IP63_P:84

171 KO_S:21.04.1978:Schreiben der Abt. I an den amtsführenden Präsidenten des Stadtschulrates für Wien: Mitteilung über die Situation der schulpflichtigen Kinder

172 KO_S: 22.05.1978: Schreiben des Elternvereins an den amtsführenden Stadtrat für Gesundheit und Soziales

173 KO_S:16.03.1979: Schreiben des Direktors des Psychiatrischen Krankenhauses Am Steinhof an die MA 17

Schullandwoche im Kindererholungsheim „Tribuswinkel“ veranstaltet.[174] An diesen nahmen jeweils ca. zehn Schulkinder teil. Aus TeilnehmerInnenlisten, die den Anträgen der Direktion des PKH an die MA 17 bzw. MA 12 beigefügt waren, geht hervor, dass es sich in der Regel um dieselbe Gruppe von SchülerInne sowie von Betreuungspersonen handelte. Als Ziel dieser Landschulwochen wurde „eine größtmögliche Förderung besonders auch der Integration in alltägliche Umwelten“ angeführt.[175] Zudem handle es sich „um eine Maßnahme in unmittelbarem Zusammenhang mit der dem Krankenhaus aufgetragenen Förderung und Rehabilitierung geistig Behinderter.“ [176] Die Organisation der Schullandwochen oblag formal in der Zuständigkeit des Wiener Stadtschulrats, der auch die Finanzierung der begleitenden Lehrerinnen übernahm. Die Finanzierung der Unterbringungskosten sowie eines Taschengeldes zur Bestreitung der Kosten von Ausflügen erfolgte durch die MA 12 (Amt für Gesundheit und Soziales).[177] Neben zwei Lehrerinnen wurden die Kinder von einer Stationspflegerin begleitet.[178]

Ob diese Landschulwochenaktionen auch über 1981 hinaus durchgeführt werden konnten, geht aus den vorliegenden Korrespondenzen der Direktion nicht hervor. Die gesichteten Akten geben auch keine Einblicke über die während der Schullandwoche durchgeführten Aktivitäten. Mag die Teilnahme an einer Landschulwoche der Förderung der Selbständigkeit sowie der Erweiterung lebensweltlicher Erfahrungen der teilgenommenen Schülerinnen gedient und diesen Freude bereitet haben, ist jedoch anzumerken, dass dies nur einer sehr geringen Gruppe von SchülerInnen des Pavillons 15 zuteil wurde.

Insgesamt vermittelten erschlossenen empirischen Quellen zum Schulbetrieb auf Pavillon 15 den Eindruck, dass ein Schulbesuch für die Kinder und Jugendlichen in der Mehrheit eine positive Abwechslung geboten haben dürfte. Laut einer Lehrerin, die Anfang der 1970er Jahre an der Sonderschule

---

174 KO_S: 05.04.1979: Schreiben der MA 17 an die Direktion des Psychiatrischen Krankenhauses Am Steinhof, KO_S:12.09.1980: Schreiben der Kollegialen Führung an die MA 17, KO_S:13.07.1981: Schreiben der Kollegialen Führung an die MA 17

175 KO_S:16.03.1979: Schreiben des Direktors des Psychiatrischen Krankenhauses Am Steinhof an die MA 17

176 KO_S:13.07.1981:Schreiben der Kollegialen Führung an die MA 17

177 KO_S:12.09.1980: Schreiben der Kollegialen Führung an die MA 17KO_S:13.07.1981: Schreiben der Kollegialen Führung an die MA 17

178 KO_S:16.03.1979: Schreiben des Direktors des Psychiatrischen Krankenhauses an die MA 17; KO_S:14.03.1980:Schreiben der MA 17 an die Direktion des psychiatrischen Krankenhauses Am Steinhof

des Pavillons unterrichtete, seien die Vormittage für die Kinder ein „Lichtblick“ gewesen:

> „(…) Weil erstens einmal etwas passiert, zweitens einmal hat man was gemacht, drittens einmal hat man gelacht, man hat gesungen, man hat getanzt, es war ein persönlicher Kontakt.“ (IP63_P:218 und 36)

Die Möglichkeit, ab 1959 über einen Schulbesuch und ab 1978 über einen Kindergartenbesuch dem tristen Alltag zeitweise zu entfliehen, blieb allerdings nur einem Teil von Kindern und Jugendlichen des Pavillons 15 vorbehalten. Als „unbeschulbar“ und „nicht förderbar“ klassifizierte Kinder und Jugendliche blieben als „Pflegefälle“ weiterhin von jeglicher Beschäftigung und Aktivität ausgeschlossen.

11.2. Sonderkindergarten auf Pavillon 15

Organisation und Chronologie:

Die Installation eines eigenen Kindergartens auf Pavillon 15 wurde 1979 erstmals zwischen der MA 11, der ärztlichen Leitung der Anstalt und dem zuständigen Wiener Gemeinderat konkretisiert. Überlegt wurde die Unterbringung des Kindergartens in zwei Tagräumen der Pavillons im Parterre links. „Über die notwendigen baulichen Adaptierungsarbeiten sowie die Einrichtungsgegenstände (werde) zu einem späteren Termin gesprochen (nicht vor Herbst 1979).“[179] Dies erstaunt insofern, als bereits 1953, d.h. 26 Jahre zuvor, die Notwendigkeit der Errichtung eines Kindergartens auf Pavillon 15 seitens des Anstaltenamtes (MA 17) als auch des Jugendamtes der Gemeinde Wien (MA 11) zu einer „dringlich erforderlichen Maßnahme“ erklärt worden war.[180] Ausgangspunkt der in dieser Studie bereits mehrfach zitierten Diskussion bildete ein Schreiben des Anstaltenamtes an das Wiener Jugendamt, in welchem um Stellungnahme bzw. Abklärung der Durchführbarkeit eines solchen Planes ersucht wurde:

---

179 Aktenvermerk des Leiters der Anstaltsverwaltung, undatiert, KO_S.

180 Aktenvermerk vom Dr. Kothbauer (MA 11) vom 21.07.1953; MA 11, Schreiben des Jugendamtsleiters Dr. Tesarek an den amtsführenden Stadtrat Verwaltungsgruppe IV, Vizebürgermeister Karl Honay vom 28.07.1953, M. Abt.207, A1, Allgemeine Registratur, Faszikel IV/1953.

> „Im Rahmen der Heil- und Pflegeanstalt ‚Am Steinhof' wird eine Kinderabteilung mit etwa 100 Kindern geführt. Der überwiegende Teil der Kinder sind reine Pflegefälle. Dennoch befinden sich unter ihnen ungefähr 20 Kinder, die bei entsprechender Förderung und Betreuung durch erfahrene Kindergärtnerinnen eine derartige geistige Nachentwicklung erreichen können, dass sie vielleicht späterhin in die Lage versetzt sind, sogar eine Hilfsschule zu besuchen. Die Magistratsabteilung bittet, zunächst die in Frage kommenden Kinder auf die diesbezügliche Eignung überprüfen zu wollen und falls die Voraussetzungen gegeben sind, um Bekanntgabe, ob aus dem Personalstande der Magistratsabteilung 11 eine oder zwei Kindergärtnerinnen zur Verfügung gestellt werden könnten und welche Kosten der Anstalt hiedurch erwachsen."[181]

Nach Einschaltung des Sonderschulinspektors besuchte in der Folge der leitende Kindergarteninspektor gemeinsam mit einer Erziehungsberaterin des Wiener Jugendamtes den Pavillon, um sich „genauer zu orientieren". Aufgrund dieses Besuches bestätigt er die bereits seitens des Anstaltenamtes gewonnenen Eindrücke:

> „Zweifellos zeigen mehrere dort untergebrachte Kinder eine gewisse Bildungsfähigkeit. In diesem Milieu, das rein auf äußere Pflege abgestimmt ist, können sie nicht die leiseste Förderung erfahren. Es gibt kein einziges Spielzeug. (…) Es gibt keine Sandkiste, keinerlei Geräte. Soweit ich sehen konnte, sind die Pflegerinnen bestrebt, die Kinder nur um die Tische und Bänke zusammenzuhalten. (…). Auf keinen Fall können diese Zustände so belassen werden."[182]

Als „Sofortmaßnahmen" wurde die „Überprüfung aller Kinder" gefordert, auch wenn dies auf Kosten anderer Arbeit ginge, weiters die bessere Ausstattung der Tagräume sowie die Zurverfügungstellung von Spielmaterial. Mit Blick auf finanzielle Ressourcen wurden auch kostensparende Ideen vorgebracht: Es

> „(…) würde schon viel ausmachen, wenn man den Kindern zum Spiel im Garten, einige Kisten oder Kartons zu Verfügung stellen würde, die zweifellos im Wirtschaftshof Am Steinhof vorhanden sein werden. Auch eine Sandkiste wäre dringend notwendig." (ebd.)

Eine weitere zentrale Maßnahme zur Behebung der Missstände liege, wie es im Vermerk weiter heißt, in der „Überzeugung der Schwestern von der Notwendigkeit dieser Maßnahmen" sowie in einer entsprechenden Schulung derselben. „Im weiteren muß die Masse der Kinder differenziert werden.

---

181 Schreiben der MA 17/ Gruppe IV an die MA17 vom 08.07.1953, WStLA, M. Abt.207, A1, Allgemeine Registratur, Faszikel IV/ 1953

182 Aktenvermerk vom Dr. Kothbauer, MA 21.07.1953: (MA 11), WStLA, M. Abt.207, A1, Allgemeine Registratur, Faszikel IV/ 1953

Hierin liegt die Voraussetzung für eine weitere Arbeit zur Förderung der Kinder“ (ebd.). Resultiert dieses Engagement aus einem Wunsch, die Lebensverhältnisse der auf Pavillon 15 untergebrachten Kinder insgesamt verbessern zu wollen, so verweisen die angeführten Korrespondenzen auch auf Selektionsinteressen der zuständigen Gemeindeämter.

In der Folge wurden im Zuge einer Besprechung zwischen der MA 11 und der MA 17 am 08.09.1953 in der Direktion der Heil- und Pflegeanstalt „Am Steinhof“, die Begutachtung und Testung der für einen Kindergartenbesuch als „geeignet“ erscheinenden Kinder durch eine Psychologin/Erziehungsberaterin der MA 11 beschlossen.[183] Über eine tatsächliche Durchführung der Beobachtungen und deren eventuelle Ergebnisse konnten leider keine entsprechenden Quellen gefunden werden. Die Errichtung eines Kindergartens scheiterte jedenfalls, die Gründe hierfür sind unbekannt. Obwohl das zeitgenössische Angebot an Betreuungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen praktisch kaum vorhanden war, folgten aus den „dringlich geforderten Maßnahmen“ keinerlei Konsequenzen.[184]

Aus den zu Verfügung stehenden Quellen sowie den Interviews mit ehemaligem Personal des Pavillon 15 geht nicht eindeutig hervor, auf wessen Initiative die Errichtung des Sonderkindergartens Ende der 1970er Jahre letztlich zurückzuführen ist. Der seinerzeitigen Oberärztin sowie einer Lehrerin der Sonderschule des Pavillon 15 zufolge sei bereits vor der offiziellen Eröffnung des Sonderkindergartens der Gemeinde Wien eine vom Wiener Stadtschulrat eingesetzte und über die MA 11 entlohnte Lehrerin als Kindergärtnerin tätig gewesen, die sich sehr engagiert habe (vgl. IP3_P:28; IP21_P:353ff.). Die junge Lehrerin habe die „kleinen Kinder zusammengefangen, weil sie geglaubt hat, die kann man ein bissl fördern“ (IP3_P:28). Allerdings hätten ihr keinerlei Material bzw. Mittel zu Verfügung gestanden (vgl. ebd.).

---

183 Schreiben der MA 17 an die MA 11 am 18.08.1953, Aktenvermerk von Dr. Kothbauer (MA 11) (handschriftlich) vom 12.09.1953, WStLA, M. Abt.207, A1, Allgemeine Registratur, Faszikel IV/1953

184 Nur wenige Jahre zuvor eröffnete die Gemeinde Wien Ende der 1940er Jahre den ersten Sonderkindergarten „Schweizer Spende“ im Auer-Welsbachpark, 1140 Wien zur – wie einer Festschrift des Wiener Jugendamtes aus dem Jahre 1987 zu entnehmen ist – „Betreuung und Förderung behinderter Kinder“. Als Zielsetzung der neuen Einrichtung wurde programmatisch verkündet: „Den Kindern zu helfen, der Wissenschaft zu dienen, ein Denkmal der Menschlichkeit“ (Magistrat der Stadt Wien 1987:45). Die auf Pavillon 15 untergebrachten Kinder blieben ungeachtet einer konstatierten „Förderbarkeit“ von derlei pädagogischen Bemühungen weiterhin ausgeschlossen.

Auch die Erzählungen über die Zeit des Aufbaus des Kindergartens ab 1979 betonen mehrheitlich einen enormen Ressourcenmangel sowohl in Hinblick auf das Mobiliar als auch auf die Spiel- und Bastelmaterialien.[185] Die Ressourcenlage des Kindergartens dürfte sich allerdings nachfolgend bis zu Errichtung des Förderpflegheims verbessert haben, sodass die Kindergartengruppen auf 30-40 Kinder vergrößert werden konnte (vgl. IP23_57). Zu diesem Zeitpunkt wurden Interviewberichten zufolge die Kindergartenkinder von zwei ausgebildeten Kindergärtnerinnen der MA 11 betreut (vgl. IP21_P:390ff.).

Kriterien für den Kindergartenbesuch

Laut der gesichteten Krankenakten dürfte die Auswahl für einen Kindergartenbesuch zu Beginn der 1980er Jahre vor allem auf einer diagnostizierten „Förderbarkeit" des Kindes basiert haben. Erhoben wurden die Kriterien einer möglichen Förderung durch einen Kindergartenbesuch mittels Beobachtung und Testungen der seit 1979 an der Station tätigen Psychologin. Dieser zufolge hätten jedoch zu Anfang ihrer Tätigkeit keinerlei entsprechende Testmaterialien zu Verfügung gestanden, mit denen eine adäquate psychologische Diagnostik durchgeführt werden konnte. Sie habe diese erst organisieren müssen (vgl. IP23_P:70f.).

Mögen die seit Ende der 1970er Jahre einsetzenden Förderanstrengungen auch um psychologische Testung, d.h. wissenschaftlich begründete Diagnostik, bemüht gewesen sein, so dürfte sich dies in der Praxis nur bedingt umsetzen lassen haben. In einem Artikel über den „Sonderkindergarten für Schwerbehinderte" auf Pavillon 15 aus dem Jahre 1981 wurde festgehalten, dass bei dieser PatientInnengruppe eine Intelligenzabklärung nicht möglich und die Entwicklungstests nur teilweise auswertbar sei (vgl. Blaschnek/Fidal 1981:5). Allerdings standen die bis Ende der 1970er Jahre gängigen Entwicklungstests zur Feststellung eines kindlichen Entwicklungsstandes zur Vorhersage von „Abweichungen zu diagnostizieren und künftige Entwicklungen" (Kastner-Koller/Deichmann 2011:278) häufig in Zusammenhang mit Fragen der Normierung. In der Regel orientieren sich diese an Altersnormen, die es erlauben, die Testleistung der Untersuchten mit einer Bezugsgruppe Gleichaltriger zu vergleichen (z.B. Bühler-Hetzer-Tests, Simon-Binet-Test). Diese Vergleiche mit alterstypischem Verhalten sollten Aufschluss darüber geben, ob „die Entwicklung eines Kindes altersgemäß, akzeleriert oder retar-

[185] IP 21_P:390, IP3_P:28, IP23_P:21.

diert“ (Kastner-Koller/Deichmann 2011:279) war. Diese Testverfahren dienten jedoch weniger als Grundlage für eine Entwicklungsförderung, sondern zu „Platzierungsentscheidungen“ (Kastner-Koller/Deichmann 2011:279).

Einer Aufstellung des PatientInnenstandes zufolge besuchten zum Stichtag 07.06.1978 von 124 auf Pavillon 15 untergebrachten Kindern elf Kinder den Kindergarten (vgl. KO_S:07.06.1978). 1981 besuchten 14 Kinder den Kindergarten, ihr Durchschnittsalter lag bei einem Lebensalter von 11 Jahren, das auf Basis der Vineland Social Maturity Scale (VSMC) erhobene durchschnittliche Sozialalter habe hingegen eineinhalb Jahre betragen (vgl. Blaschnek/Fidal 1981:5). Im Unterschied zu den gängigen Entwicklungstests ist der Vineland Social Maturity Scale (VSMS) nicht an einer normierten Entwicklung eines Kinders nach seinem Lebensalter orientiert, sondern dient als diagnostisches Verfahren der Erfassung „sozialer Reife“ von Kindern und Jugendlichen. Als Differentialdiagnostik von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen. bezieht sich dieser auf die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen (An- und Ausziehen, Essen, Waschen), die Selbständigkeit bei Hausarbeit und Einkauf, aber auch auf Betätigungen an unterschiedlichen Formen des Spiels und die allgemeine Sozialisierung (vgl. Ettrich 2000:154).

Förderung im Kindergartenalltag

Über die Aktivitäten im Kindergartenalltag ist aus den Krankenakten nur wenig zu erfahren. Die Einträge geben vielmehr über das vom pädagogischen und psychologischen Personal beobachtete Verhalten eines Kindes in der jeweiligen Kindergruppe sowie über vorliegende Selbst- oder Fremdaggressionen Auskunft sowie ergänzend dazu, welche Förderprogramme und Trainings begonnen wurden, welche Entwicklungsfortschritte erzielt werden konnten oder auch welche Tätigkeiten (Spielen, Singen, Zeichnen etc.) einem Kind Freude bereiteten. Eintragungen finden sich häufig im Zuge der allgemeinen Dokumentation von Entwicklungsfortschritten jener Kinder, die den Kindergarten besuchen durften. So wurde etwa in der Krankenakte eines zehnjährigen Mädchens im Jahre 1980 festgehalten:

> „Pat. besucht den Kindergarten und macht dort sichtlich Fortschritte. Beschäftigt sich manchmal schon mit Spielsachen, lässt passiv auch schon Kontakt zu, sonst Neigung zu stereotypen Drehbewegungen und autistischem Verhalten. Geht alleine und hilft etwas beim Ausziehen mit, sonst pflegebedürftig, muss gewickelt werden.“[186] (KG5a_S:17.07.1980)

[186] Eintragung in der Krankengeschichte vom 17.07.1980, KG5a_S

Anzumerken ist in diesem Kontext, dass die Einträge in den Krankenakten ab Ende der 1970er Jahre durchaus differenzierter verfasst sind und mitunter einen empathischeren Blick auf die Kinder erkennen lassen.

Der Kindergartenbesuch erfolgte von Montag bis Freitag, vormittags und nachmittags bis halb vier. Dies habe es den Kindern ermöglicht – so eine seinerzeitige Krankenschwester – „aus dem Netzbett heraußen oder ohne Beschränkung zu sein“ (IP7_P:41). Ab halb vier und von Freitag Mittag bis Montag Früh mussten die Kinder wieder im Bett bleiben (vgl. ebd.:55). Im Unterschied zur Schule, in der auf Ordnung und Disziplin mehr wert gelegt worden sei, sei es „unten im Kindergarten ein bissl lockerer zugegangen“ (ebd.:140).

Die Betreuung im Kindergarten erfolgte in Kleinkindergruppen von ca. fünf Kindern (vgl. Blaschnek/Fidal 1981:5). Die Beschäftigung der Kinder hätte aus üblichen Aktivitäten wie auch in einem „Normalkindergarten“ bestanden, zudem wurden Aktivitäten durchgeführt, die in individuellen Förderprogrammen festgehalten worden waren. Letztere umfassten neben einer Sensibilisierung der sensorischen und motorischen Fähigkeiten Programme zur Sauberkeit, zur Essens- und Trinkroutine, zum An- und Auskleiden und zur Erweiterung sozialer Kompetenzen. Diese Trainings im Kindergarten sollten durch die zwei Kindergärtnerinnen und die Psychologin sowie ergänzend im Alltag durch das Pflegepersonal durchgeführt werden (vgl. ebd.). Allerdings dürften die Trainings erst nach und nach entwickelt worden sein (vgl. IP23_P:21), es liegt daher die Vermutung nahe, dass nur eine sehr kleine Anzahl an Kindern tatsächlich an solche Trainingsprogramme teilnehmen konnte.

Dem erwähnten Artikel zufolge erfordere die Arbeit mit diesen Kindern eine „emotionale Stabilität, hohe Frustrationstoleranz und das Wahrnehmenkönnen von kleinsten Entwicklungsschritten“ (ebd.) seitens des Personals, zumal es in Folge von körperlichen Krankheiten oft zu Rückschritten komme und positive Entwicklungen erst nach längerer Zeit erkennbar wären. Beispielsweise dauerte das Sauberkeitstraining bei einem 11,6 Jahre alten Mädchen ein Jahr (vgl. Blaschnek/ Fidal 1981:5).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass ein Kindergartenbesuch vermutlich zumeist eine deutliche Verbesserung des Anstaltsalltags darstellte und aufgrund der Beschäftigungsmöglichkeiten und der vermehrten Zuwendung eine etwas höhere Lebensqualität erzielt werden konnte. Allerdings wurden diese Bemühungen nur wenigen Kindern zuteil, die „reinen Pflegefälle“ blieben von den beginnenden Förderversuchen großteils unberührt.

12. (MIT-)ARBEITENDE PATIENTINNEN

Hemma Mayrhofer

PatientInnen konnten am Psychiatrischen Krankenhaus in zwei verschiedenen Formen zur Arbeit herangezogen werden: einerseits in der Funktion als HausarbeiterInnen zur Mitarbeit am Pavillon, auf dem sie in der Regel auch untergebracht waren, zum anderen ab Anfang der 1970er Jahre über die an das Rehabilitationszentrum des PKH angeschlossenen Werkstätten von Jugend am Werk, wo Arbeit und Beschäftigung rehabilitativen Charakter hatte oder haben sollte. Am Beispiel des „Kinderpavillons" lässt sich erkennen, dass zweiteres Arbeitsmodell sukzessive das erstere ablöste und darin eine Audifferenzierung und schrittweisen Professionalisierung der „Arbeitstherapie" zum Ausdruck kommt – auch wenn die Anfänge der Werkstätten am Standort Baumgartner Höhe noch viel Professionalisierungsbedarf zeigten (s.u.).

12.1. HAUSARBEITERINNEN BZW. „ARBEITSPFLEGLINGE"

Erwachsene LangzeitpatientInnen wurden auf den verschiedenen Pavillons des PKH als sogenannte „Patientenhausarbeiter" – teilweise werden sie in den Interviews auch als Arbeitspfleglinge bezeichnet – für unterstützende Arbeiten eingesetzt. Sie wurden laut Forster/Pelikan (1978c:238) in sehr geringem Umfang entlohnt, in einzelnen Interviews wurde aber auch darauf hingewiesen, dass keine Entlohnung stattgefunden habe bzw. ein unkontrolliertes System von Trinkgeldern bestand, das die Pflegekräfte nach Gutdünken verteilten.[187] Wie bereits im Kapitel 5.1 ausgeführt, finden sich bei Laburda (1981:55) mit Stichtag 23.04.1977 in Summe 15 Personen über 18 Jahre angeführt, es ist aber unklar, ob es sich dabei immer um HausarbeiterInnen handelte oder nicht. Wahrscheinlicher erscheint eine geringere Anzahl an HausarbeiterInnen auf Pavillon 15, so weist ein Dokument aus der ärztlichen Direktion des PKHs für 1979 lediglich sieben Personen explizit als in dieser

[187] Vgl. IP3_P:46; IP6_E; IP13_B.

Funktion am Pavillon tätig und wohnend aus (vgl. KO_S:20.07.1979). Von InterviewpartnerInnen werden bis zu fünf HausarbeiterInnen erinnert, die Zahl dürfte aber eher zu niedrig sein.

Die gewonnenen Einblicke legen den Schluss nahe, dass häufiger Frauen zur Mitarbeit am Pavillon eingeteilt worden sind als männliche, vermutlich weil die zu verrichtenden Arbeiten (Mithilfe bei der Pflege von Kindern und Jugendlichen bzw. bei diversen Hausarbeiten) vorrangig als ‚Frauenarbeit' betrachtet wurde. Mehrfach wurde allerdings auch von einem mitarbeitenden Burschen berichtet, er musste die Schmutzwäsche vorsäubern, also vor allem Kot und andere Ausscheidungen auswaschen, bevor sie in die zentrale Wäscherei gebracht werden konnte.[188] Im Unterschied zu den „Erwachsenenpavillons" dürften die zur Mitarbeit angehaltenen PatientInnen nicht immer erwachsen im Sinne von volljährig gewesen sein. So wurde im Februar 1963 eine damals 17-jährige junge Frau eingeliefert und drei Tage nach ihrer Aufnahme am PKH „zur Hausarbeit auf Pav. XV transferiert" (KG32a_S:05.02.1963). Zwei Tage nach diesem Eintrag ist in der Akte festgehalten: „Prognose: unbestimmt-Arbeitstherapie". Auch in Bezug auf den oben erwähnten Burschen wurde von einer Interviewpartnerin bezweifelt, dass er schon erwachsen gewesen sei (vgl. IP21_S:112). Der Altersaspekt wird gegen Ende des Kapitels nochmals aufgegriffen.

Mehrfach wurde angesprochen, dass die zur Mitarbeit angehaltenen ‚PatientInnen' keine wesentlichen gesundheitlichen Einschränkungen gehabt hätten und ihr Verbleib am PKH auch damals nur bedingt nachvollziehbar war, wie folgende Zitate illustrieren (die zweitere Textstelle bezieht sich auf eine Hausarbeiterin auf Pavillon 15):

> „Das waren meistens Leute, die im Grunde genommen heute irgendwo in einer Wohngemeinschaft oder sogar in einer eigenen Wohnung wohnen würden." (IP37_P:90)

> „Mir ist an ihr auch körperlich nie was aufgefallen, sie war sehr kräftig, sehr stark, sie hat nicht furchtbar gehinkt oder irgendwas, warum sie überhaupt dort gelandet ist und dort aufgewachsen ist, weiß ich nicht." (IP15_P:77)

Forster und Pelikan beschreiben in ihrer Studie, dass die allgemein herrschende Personalknappheit „durch den zum Teil massiven Einsatz von Patienten zur Arbeit in den Abteilungen ausgeglichen (wird)" (Forster/Pelikan 1978c:36). Die Aufgabengebiete werden als „weitreichendst" charakterisiert. Die auf Pavillon 15 mitarbeitenden PatientInnen werden in den Interviews

[188] Vgl. IP21_P:108ff.; IP16_P:225;

als „eine absolute Systemstütze“ (IP6_E:257) und „ein fixer Bestandteil der Arbeitskraft einer Station“ (IP37_P:90) bezeichnet. Sie übernahmen verschiedenste unterstützende Tätigkeiten, oft scheinen es solche Aufgaben gewesen zu sein, bei denen man in besonderer Weise mit Schmutz in Berührung kam. Diese „Drecksarbeiten“ (IP13_B:78) dürften nach Möglichkeit den „Arbeitspfleglingen“ übertragen worden sein. Ein Interviewpartner berichtete beispielsweise davon, dass er auf Pavillon 15 „den ganzen Dreck aus den angeschissenen Hosen auswaschen“ (IP78_B:238) habe müssen,[189] eine andere Gesprächspartnerin schilderte ähnliche Erfahrungen:

> „(…) weil ich hab ja diese Windeln in derselben Badewanne, wo die Kinder gewaschen sind, hast du ja zuerst einmal den Kot abwaschen müssen von den Windeln, dass sie in die Wäscherei gegeben haben werden müssen.“ (IP13_B:458; zeitl. Bezug: erste Hälfte 1960er Jahre)

Hinzu kamen Arbeiten wie Essens- und Wäschetransport im Haus und zu anderen Pavillons, Schlafsaal aufwaschen, Bettwäsche wechseln oder auch pflegerische Tätigkeiten wie Essensverabreichung oder Wickeln und Mithilfe beim Waschen der Kinder.[190] Für Pavillon 15 galt somit auch, was Forster/Pelikan (1978c:239) für einen als Versorgungpavillon kategorisierten Erwachsenenpavillon feststellten: Sogenannte PatientenhausarbeiterInnen führten auch Arbeiten aus, „die klar als Aufgaben des Pflegepersonals definiert sind“ (ebd.).

Eine in den frühen 1960er Jahren am „Kinderpavillon“ mitarbeitende ‚Patientin‘ fasst ihre Situation dort folgendermaßen zusammen:

> „Ich hab ein kleines Kammerl gehabt, aber ich hab den ganzen Tag arbeiten müssen. Also heute würde man sagen das war Schwerstarbeit, würde ich heute sagen.“ (IP13_B:20)

Generell vermitteln die Interviews den Eindruck, dass die HausarbeiterInnen schwer und zeitlich umfangreich arbeiten mussten: Sie „(haben) umsonst dort Tag und Nacht gehackelt (…), die sind nie rausgekommen“ (IP3_P:46). In einem anderen Interview wird ebenfalls berichtet, dass die „Haussklaven“ „(…) Tag und Nacht und jeden Tag gearbeitet, mitgearbeitet (haben)“ (IP15_P:17). Auf eine konkrete „Hausarbeiterin“ bezogen wird konstatiert:

---

189 Der Interviewpartner war ab den 1960er Jahren bis 1980 auf Pavillon 15, vermutlich bezieht sich der Arbeitseinsatz somit auf die 1970er Jahre.

190 Vgl. IP6_E:105ff.; IP13_B (div. Textstellen); IP16_P:225ff.; IP17_B (div. Textstellen); IP21_P:108ff.IP37_P:90; IP75_B:208ff.; IP79_B:73ff.

„Es hat sich nie wer mit ihr wirklich unterhalten. ‚Hol das' und ‚mach das', sie war Befehlsempfängerin." (ebd.:79)

In Vorbereitung der mit der Übersiedlung auf Pavillon 17 einhergehenden Veränderungen in der Versorgung und Betreuung der untergebrachten Kinder und Jugendlichen wurde das System der „PatientenhausarbeiterInnen" als zunehmend inadäquat und ein Teil der betroffenen PatientInnen im PKH als fehlplatziert betrachtet. So hält ein Schreiben der ärztlichen Direktion an die Magistratsabteilung 17 fest:

> „Im Zuge der Entwicklung des (…) Pavillon 15 sind nun verschiedene Nachteile der Heranziehung solcher Patienten zur Hausarbeit und ihrer Plazierung (sic!) auf dem gleichen Pavillon, die auch allgemein bekannt sind, überdeutlich in Erscheinung getreten, zum Beispiel die Erringung von Capo-Positionen durch solche Patienten, die Schwierigkeit der Überwachung ihrer Arbeiten, die sie in eingefahrenen, modernen Standards unter Umständen nicht entsprechenden Weisen, an denen sie aber starr festhalten, durchführen." (KO_S:20.07.1979)

Bemerkenswerter Weise könnte der letzte Teil der Beschreibung in gleicher Weise über Teile des Pflegepersonals ausgesagt werden. Aus dem zitierten Schreiben wird ersichtlich, dass im Sommer 1979 konkrete Schritte gesetzt wurden, um „statt dessen im Rahmen der dem Rehabilitationszentrum zugeordneten Arbeitstherapie eine Haushaltsgruppe im Pavillon 15 einzurichten" (ebd.) und einen Teil der HausarbeiterInnen dort zu beschäftigen. Zudem wurde angeregt, einige der erwachsenen PatientInnen „in eine alltagsnahe, heimähnlich betriebene Einrichtung" (ebd.) zu entlassen. Konkret gemeint war damit eine privat geführte Pension, in die „schon wiederholt Patienten entlassen wurden" (ebd.).

Es bleibt anzumerken, dass sich auf Pavillon 15 die Grenzen zwischen „nur" PatientIn und HausarbeiterIn vermutlich fließend gestalteten. In mehreren Interviews mit betroffenen Personen entstand der Eindruck, dass schon etwas ältere Kinder bzw. Jugendliche zur Mitarbeit herangezogen worden waren, ohne dass sie den Status eines Hausarbeiters oder einer Hausarbeiterin gehabt hätten – sie waren dafür wohl oft auch noch zu jung.[191] Ob sich diese Mitarbeit zumindest teilweise im Rahmen einer im Untersuchungszeitraum auch in privaten Haushalten allgemein üblichen Mithilfe von Kindern bewegte oder deutlich darüber hinaus ging bzw. davon abwich, ob sie von den Kindern und Jugendlichen eher als Last oder als willkommene Abwechs-

[191] Vgl. IP7_P: 77ff.; IP17_B:138ff. und 664; IP21_P:108ff.; IP52_B:1168ff.; IP75_B:65 und 208ff.; IP78_B:235ff.; IP79_B:73ff.

lung und sinnvolle Betätigung sowie Quelle von Anerkennung erlebt wurde, lässt sich nicht endgültig beantworten und ist vermutlich auch nicht einheitlich zu beantworten. Eine in Kapitel 7.3 zitierte Interviewstelle, die eine weitgehende Delegation von Aufsichtspflichten des Personals an einzelne jugendliche PatientInnen und die von Letzteren ausgeübte Gewalt gegen die zu beaufsichtigenden Kinder thematisierte, muss aber als ein Indiz dafür gewertet werden, dass in einer totalen, von umfassender Gewalt geprägten Institution auch alltägliche Mithilfe von untergebrachten Kindern und Jugendlichen von diesem institutionellen Rahmen geprägt war.

12.2. WERKSTÄTTEN VON JUGEND AM WERK

Anfang der 1970er Jahre wurde ein Werkstättenstandort von Jugend am Werk (JaW) im PKH Baumgartner Höhe eingerichtet (vgl. Jugend am Werk 2015:37). Eine ehemalige Lehrerin erinnert den Standort zunächst auf Pavillon 15 angesiedelt:

> „(…) und da war die erste Jugend am Werk-Gruppe zuerst (…) bei uns auf dem Pavillon 15 und dann hat sich der Anstaltsdirektor erweichen lassen und haben sie unten im Hauptgebäude, also gleich neben dem Portier, (…) und da unten haben die dann eine Gruppe gekriegt. Und dann hat sich das weiter ausgebaut." (IP21_P:130)

In einer Art Vortraining (z.B. Einsortieren von Buntstiften) sei im Unterricht getestet worden, welche der altersmäßig entsprechenden Jugendlichen die nötigen Fertigkeiten und persönliche Reife für eine Mitarbeit in der Werkstätte aufweisen würden: „Und dann haben wir halt gesagt, die sind halt reif, und wir haben ja gut zusammengearbeitet." (ebd.:134)

In der ersten Phase bis Ende der 1970er Jahre dürften nur wenige Jugendliche des „Kinderpavillons" in der JaW-Werkstätte, die nach gewisser Zeit eigene Räumlichkeiten in einem anderen Pavillon „im Rahmen des Rehabilitationszentrums" (vgl. KO_S: 02.06.1978) bekam, tätig gewesen sein. In einer Aufstellung aus 1978 werden 12 ‚PatientInnen', „die zur Hausarbeit eingesetzt werden bzw. die Werkstätte Jugend am Werk besuchen" (KO_S:07.06.1978) genannt. Der überwiegende Teil davon bestand allerdings aus HausarbeiterInnen (s.o.). 1980 wurde laut einem Aktenvermerk in den Direktionsakten des PKH die Einrichtung einer zusätzlichen JaW-Werkstätte „für die schulentlassenen jugendlichen Patienten des Pavillon 15" (KO_S:01.04.1980) in die Wege geleitet, die Anfang der 1980er Jahre – vermutlich noch im Jahr des Aktenvermerks – in den Räumen des alten Post-

amtes ihre Tätigkeit aufnahm (vgl. IP68_P:14). Der Aktenvermerk hält weiter fest:

> „Die ärztliche Betreuung und Supervision wird nicht vom Rehabilitationszentrum, sondern von Pavillon 15, um dessen Patienten es sich ja ausschließlich handelt, wahrzunehmen sein." (KO_S:01.04.1980)

Aus den vorliegenden Daten konnte nicht erschlossen werden, inwieweit diese Betreuung tatsächlich von Pavillon 15 aus erfolgte und ob die Beschäftigungseinrichtung auf Personen, die vom „Kinderpavillon" kamen, begrenzt blieb. In den gesichteten Krankenakten fanden sich bei drei Personen Vermerke von Beschäftigungen in der JaW-Werkstätte im Untersuchungszeitraum, alle drei Vermerke fielen in das Jahr 1981. In zwei Akten lassen die Einträge erkennen, dass die Jugendlichen vormittags die Schule besuchten und nachmittags in der Werkstätte tätig waren.[192] Die dritte Person war eine ehemalige Hausarbeiterin, für die in Vorbereitung der anstehenden Veränderungen Ende der 1970er/Anfang der 1980er Jahre eine andere Beschäftigung gesucht worden war (s.o.). Möglicherweise wurde die Werkstätte nach Inbetriebnahme von Pavillon 17 dem Förderpflegeheim zugeordnet, der Aktenvermerk lässt jedenfalls diesbezügliche Überlegungen erkennen. Dem Aspekt konnte im Rahmen der gegenständlichen Untersuchung allerdings nicht weiter nachgegangen werden.

In der bereits Anfang der 1970er Jahre eingerichteten Werkstättengruppe dürften jedenfalls Personen aus anderen Pavillons überwogen haben. Es gab aber auch KlientInnen, die von anderen Werkstätten für Menschen mit Lernschwierigkeiten weitergewiesen worden waren und von außerhalb der Anstalt kamen:

> „Das waren die, die in den Werkstätten so viele Schwierigkeiten gemacht haben, dass sie fast unbetreubar waren, und dann hat man gesagt, auf der Baumgartner Höhe geht es." (IP68_P/E:90)

Der größere Teil der in den Werkstätten arbeitenden ‚PatientInnen' – „überall sonst hat man diskutiert, ob die Bezeichung Werkstättenbesucher oder Klient ist, oben haben wir Patienten gehabt, (…) weil man es ja im Spital so übernommen hat." (ebd.:10) – war männlich, dieser Männerüberhang wurde am PKH noch stärker als auch in anderen Bereichen der Behindertenarbeit gegeben wahrgenommen (vgl. ebd.:108).

Das Personal in den Werkstätten bestand sowohl aus MitarbeiterInnen von Jugend am Werk als auch aus Pflegepersonal des PKH. Im oben zitierten

---

[192] KG27a_S; KG28a_S; vgl. zudem KG11b_S.

Aktenvermerk ist festgehalten, dass eine aus dem Personalstand des Pavillon 15 kommende Krankenschwester, mit der die PatientInnen bereits vertraut seien, in der neu geplanten Werkstättengruppe im Einsatz sein solle. Von einem Anfang der 1980er Jahre in einer Werkstätte arbeitenden Interviewpartner wird die Position der Krankenschwester – es habe in Summe zwei den Werkstätten zugeordnete Schwestern gegeben – als stark und mächtig beschrieben:

> „Das war die mächtige Frau, die mit dem Schrank gekommen ist, wo die Medikamente drinnen waren. Medikamente strahlen immer was Besonderes aus. Die hat auch den Kontakt zur Anstalt gehabt, das heißt, die hat können ohne weiteres oben anrufen und sagen, bitte den Herrn Maier abholen, das ist ein Machtfaktor gewesen." (IP68_P/E:122)

Das von Jugend am Werk bereitgestellte Personal kam aus verschiedenen Herkunftsberufen:

> „Es war (…) eine Zeit, wo es in der Behindertenarbeit durchwegs üblich war, dass Leute aus der freien Wirtschaft gekommen sind und dann bei uns gearbeitet haben, quer durch. Von einer Friseurin, die gemeint hat, sie geht in die Behindertenarbeit, bis zu einem Bautechniker und einem Polizisten und ich weiß nicht was. Da hat es alles gegeben. (…) Und das hat dann erst, ja eh so irgendwo um die 82, 81, 80 hat es dann angefangen, dass speziellere Ausbildungen gekommen sind. Das waren dann diese damals Fachbetreuer-Ausbildungen. Die sind auch nicht revolutionär gewesen, aber zumindest hat man dann als Handwerker ein bisserl ein pädagogisches Rüstzeug bekommen." (IP68_P/E:58)

Die Anzahl der Betreuungskräfte wird als in vergleichbarer Weise wie in anderen Werkstätten zu niedrig beurteilt, unter Berücksichtigung der betreuungsintensiven KlientInnen auf der Baumgartner Höhe sei der Mangel an Betreuungspersonal allerdings noch stärker ins Gewicht gefallen (vgl. ebd.:161ff.).

Es ist darauf zu verweisen, dass auf die Situation in den Jugend am Werk-Werkstätten am Standort PKH Baumgartner Höhe im Rahmen dieser Studie nur kursorisch eingegangen werden kann. Einige Eindrücke vom Arbeits- und Betreuungsalltag in diesen Werkstätten im Untersuchungszeitraum konnten aber in einem ergänzenden Gespräch mit einem damals dort beschäftigten Mitarbeiter von Jugend am Werk gewonnen werden, er wurde bereits mehrfach zitiert. Zudem liegen Erinnerungen einer als jugendliche ‚Patientin' in diesen Werkstätten arbeitenden Frau vor. Diese Eindrücke sind durch tiefergehende Untersuchungen zu fundieren und ergänzen.

Der erste Eindruck von der Werkstätte am PKH wird als „wirklich eine andere Welt" geschildert.

> Du warst plötzlich nicht mehr in einer Werkstätte mit behinderten Menschen, sondern dieser Hauch eines Spitals, der war ganz stark spürbar. Das hat mit den weißen Mäntel angefangen und mit all dem, was weiße Mäntel dann auch vermittelt haben. (…) Das war ein ganz ein anderer Umgang. (I: Können Sie mir den noch näher beschreiben?) Das war im Nachhinein gesehen doch (ein) menschenverachtender, muss ich wirklich sagen. Also hin und wieder, wenn ich heute kritisch die Zeit betrachte, sage ich, so wie ich damals teilweise als Betreuer gearbeitet habe, müsste ich mich heute kündigen." (ebd.:46ff.)

Die von den PatientInnen zu verrichtenden Tätigkeiten bestanden in Verpackungsarbeiten, im Zusammenbau einfacher Gebrauchsgegenstände, Zähl- bzw. Sortierarbeiten (etwa fertige Kugelschreiber in ein Lochbrett stecken) und ähnlichen Aufgaben. Zum einen wird diese Arbeit als monoton und teilweise auch unangenehm oder schmerzhaft (etwa stundenlange Pressarbeiten) beschrieben:

> „Das war schon eine straff geführte Arbeitsstruktur. Und auch Leute, die dann von den Pavillons gekommen sind und die teilweise eigentlich in Wirklichkeit weit weg waren vom Arbeiten, haben dann halt über lange Zeit, viel zu lange Zeit in Wirklichkeit, die ganz gleiche Arbeit gemacht. Der ist dann halt wochenlang dort gesessen und hat irgendein Ding in ein anderes hineingesteckt und das immer wieder und immer wieder und immer wieder." (ebd.:58)

Zum anderen konnte sie den beschäftigten PatientInnen in gewissem Ausmaß die Erfahrung einer sinnhaften Beschäftigung vermitteln, so die retrospektive Bewertung:

> „Wenn man dann Arbeiten gehabt hat, und das gilt für heute noch genauso, wo man dann ein fertiges Produkt sieht und auch weiß, wozu das ist, dann war das damals und heute was ganz, ganz Wichtiges. Auch für jemanden, der am Pavillon war und nicht viel herausgekommen ist, war es trotzdem schön, irgendwelche Babypakete oder etwas Ähnliches zu verpacken, wo man genau gewusst hat, jedes Kleinkind in Österreich kriegt dann irgendein Paket geschenkt. Ja, wo ich etwas gemacht habe. Oder Filzstifte, die einsortiert werden, und wenn man dann einen Ausflug gemacht hat und irgendwo beim Libro oder vergleichbar ist, dann (ist) das in der Auslage gelegen, dann gibt es dieses Gefühl, ich habe etwas geschaffen. Das soll man nicht ganz von der Hand weisen." (ebd.:115)

Die Räumlichkeiten der Werkstätte werden als „extrem beengt" beschrieben, was das ohnehin hohe Aggressionspotenzial zusätzlich erhöht habe. Dem wurde, wie am Psychiatrischen Krankenhaus überwiegend üblich, mit medikamentöser Ruhigstellung in ärztlich kaum kontrollierter Weise begegnet. Im Notfall ließ man die PatientInnen auf den Pavillon, auf dem sie untergebracht waren, zurückbringen. Letzteres dürfte auch als Drohung bzw. Druckmittel eingesetzt worden sein.

> „Da hat man einfach gewusst, die Resi bekommt die Tropfen, wenn sie eigenartig ist, obwohl ich kein Mediziner war und das jemals feststellen hätte können, ob sie eigenartig war oder ein gesundheitliches Problem hat. Also das war ganz normal. Und wenn wer nicht gespurt hat, bitte die Begriffe waren alle so, dann hat man am Pavillon angerufen und dann sind sie geholt worden und dann sind sie halt zwei, drei Tage nicht gekommen. Und wenn sie dann wiedergekommen sind, waren sie sehr ruhig. Wir haben immer gesagt, jetzt haben sie eine ordentliche Dosis gekriegt. Das war dann eher so, dass man von anderen Patienten dann gehört hat, na ja, ist niedergespritzt worden oder irgendwas. (…) also dieses ‚ich rufe am Pavillon an und du wirst geholt', das war wieder ein Druckmittel, das hat gezogen." (IP68_P/E:54)

Im Interview wird auch beschrieben, dass manche KlientInnen, die sich in der Werkstätte auf der Baumgartner Höhe aggressiv verhielten, später in anderen Kontexten solche Verhaltensweisen nicht mehr an den Tag legten. Das Umfeld PKH wirkte sich demzufolge sowohl für die BetreuerInnen als auch die mitarbeitenden PatientInnen aggressions- und gewalterhöhend aus.

Ein anderes Druck- bzw. Disziplinierungsmittel war das Taschengeld, das für die Mitarbeit ausgezahlt wurde. Je nach Verhalten und Arbeitsleistung und auch abhängig vom Gutdünken der betreuenden Person erhielten die PatientInnen eine Prämie in unterschiedlicher Höhe, diese Höhe wurde für jeden einzelnen Tag entschieden:

> „Also ich war der mächtige Betreuer, der eins, zwei oder drei hineingeschrieben hat. Ein Einser hat bedeutet 17 Schilling und ein Dreier hat bedeutet nur mehr 3 Schilling. Ich hab es jetzt nicht mehr genau im Kopf, aber so ungefähr. Und wenn man nicht da war, dann hat es gar nichts gegeben. Also Geld war schon ein unheimliches Druckmittel." (ebd.:48)

Die tägliche Umsetzung dieses Vergütungssystem wurde wie folgt beschrieben:

> I: „Wie ist das gelebt worden dieses 1, 2, 3-System?"
> B: „Ja, wir haben das verwendet als Machtinstrument, natürlich."
> I: „Wer hat einen Dreier gekriegt?"
> B: „Der, der nicht gespurt hat, der mir am Geist gegangen ist. Ja, muss man ganz offen sagen. Das hat für uns alle gegolten. Und wenn es dazwischen Probleme gegeben hat, dann hat man natürlich gesagt, aber weißt eh, wenn du dich jetzt nicht gleich zusammenreißt, dann kannst du heute den Einser vergessen." (ebd.:145ff)

Positive Motivationen für die PatientInnen stellten das reichliche Essen, aber auch Ausflüge, die mit den Werkstätten-PatientInnen unternommen wurden, dar. Als besonderer Höhepunkt der Woche wird der Besuch des auf dem Anstaltsgelände befindlichen Caféhauses Freitagnachmittag beschrieben:

> „Das heißt, das Essen hat im Vergleich zu anderen Werkstätten eine größere Rolle gespielt, eine viel größere Rolle. (…) man hat unter drei Menüs wählen

> können, das hast du sonst nirgends können, das hat eine wesentliche Rolle gespielt. (…) Das waren so diese künstlichen Höhepunkte, vom Essen beginnend über die Bewertung bei der Arbeit zwischen 1, 2, 3, und dann am Freitag um eins hast ein Taschengeld ausgezahlt gekriegt und mit dem ist man dann ins Caféhaus gegangen. Und das waren schon ganz spannende Sachen, im Nachhinein gesehen verrückt, aber es hat einen unheimlichen Stellenwert gehabt und auch schon eine gewisse Macht natürlich." (ebd.:102ff.)

Laut Eindruck des ehemaligen Mitarbeiters der Werkstätte waren die PatientInnen dort nicht ungern und schätzten die Arbeit als Abwechslung zum Pavillonsalltag. Diese Wahrnehmung erscheint plausibel unter Berücksichtigung des insgesamt gegebenen Zwangskontextes und der miserablen Zustände auf der Mehrzahl der Pavillons (vgl. Forster/Pelikan 1978a-c; Schwediauer 1984). Allerdings dürfte sie nicht allen Werkstätten-ArbeiterInnen entsprochen haben, wie folgendes Zitat einer ehemals auf Pavillon 15 und nachfolgend auf Pavillon 17 untergebrachten Interviewpartnerin erkennen lässt:[193]

> B „(…) aber ich bin gezwungen worden, bei Jugend am Werk arbeiten (…), dort war es auch streng. Uh, da hast du hackeln müssen, wennst nicht wollen hast (-) wennst nicht zusammenreißt, dann kriegst auch was. Auch in die Werkstatt bist du geschlagen worden von Jugend am Werk. (…)"
> I: „Und Sie selber haben das auch gesehen, dass man da bei Jugend am Werk schlägt oder sind Sie geschlagen worden?"
> B: „Ja, die (Name einer Mitpatientin, Anm. d. Verf.) ist geschlagen worden. (Immer) wenn so ein Glas runtergefallen ist, zack und die hat schon eine Watsche gekriegt." (IP17_B:244ff.)

Auch im Interview mit dem ehemaligen Werkstätten-Mitarbeiter von JaW wird bestätigt, dass die Grenze von körperlichen Auseinandersetzung mit defensivem Charakter hin zu offensiver körperlicher Gewalt von Seiten des Personal immer wieder überschritten wurde (vgl. IP68:130ff.).

Die gewonnenen Eindrücke machen deutlich, dass das umfassende Gewaltsystem, das am Psychiatrischen Krankenhaus Baumgartner Höhe den Alltag bestimmte, auch auf von außen kommende Einrichtungen und von diesen gestelltes Personal ausstrahlte. Die Sonderwelt der Anstalt überformte das Beschäftigungsangebot, dieses dürfte zwar in der speziellen Umgebung für die dort beschäftigten PatientInnen zumeist eine vergleichsweise positive

---

[193] Die Textstelle bezieht sich zeitlich auf die Übergangsphase vom „Kinderpavillon" zum Förderpflegeheim, möglicherweise auch schon auf die Zeit auf Pavillon 17, es ist aber nicht davon auszugehen, dass die Umgangsweisen in der Werkstätte mit PatientInnen zuvor besser waren.

Abwechslung dargestellt haben, wird aber dennoch als vom Standard der damaligen Zeit negativ abweichend erkennbar. Es ist abschließend nochmals darauf hinzuweisen, dass die Erkenntnisse auf relativ geringer Datenbasis stehen und gegebenenfalls durch weitere Studien zu prüfen sind.

13. Die vergessenen Kinder? – Aussenkontakte und Familienbesuche

Gudrun Wolfgruber, Veronika Reidinger

Aus dem gesichteten Quellenmaterial lässt sich rekonstruieren, dass die überwiegende Mehrheit der auf Pavillon 15 langjährig untergebrachten Kinder unbesucht blieb. Häufig hielten Angehörige keinen oder nur sporadischen Kontakt zu ihnen. Hinzu kam ein weitgehendes Desinteresse zuständiger RechtsvertreterInnen. Die Gründe hierfür zeigen sich vielfältig, wie im Folgenden näher dargestellt werden soll.

13.1. Fehlendes Interesse von Behörden

Wie bei Hammerschick in diesem Band (vgl. Kap. 28) ausführlich dargestellt, dürften sich offiziell bestellte RechtsvertreterInnen mit wenigen Ausnahmen weder um ihre Klientel gekümmert noch persönlichen Kontakte zu ihr unterhalten haben. Während „unbesuchten Heimkindern", die unter der Vormundschaft des Jugendamtes standen, per gesetzlicher Vorgabe minimal einmal jährlich von einer Psychologin bzw. Verbindungsfürsorgerin besucht werden sollten[194], gab es derartige Verpflichtungen bei längerfristig auf Pavillon 15 untergebrachten Mündel des Wiener Jugendamtes nicht. Zwar war bereits 1953 im Rahmen von Überlegungen zur Verbesserung der Lebensumstände auf Pavillon 15 vom Wiener Anstaltenamt festgehalten worden, dass auch der Einsatz einer Verbindungsfürsorgerin wünschenswert sei, „um den Kontakt zwischen der Anstalt und den auswärtigen Stellen im Interesse der Kinder zu intensivieren".[195] Offensichtlich wurde aber diesen Erwägungen in der Praxis keinerlei Rechnung getragen.

---

194 Vgl. Jahrbuch der Stadt Wien 1962, hrsg. von der Gemeinde Wien, Wien 1963, S. 75. Vgl. Dienstanweisung für die Fürsorgerinnen der städtischen Bezirksjugendämter (Sprengelfürsorgerinnen) der MA 11, Wien 1950, S. 1.

195 KO_S:08.07.1953: Schreiben der MA 17(Anstaltenamt) an die MA 11.

Eine ehemalige Psychologin der Wiener Jugendfürsorge begründete das Fehlen von Kontakten zwischen FürsorgerinnenSozialarbeiterInnen des Jugendamtes und den PatientInnen des Pavillon 15 damit, dass auf den „Steinhof" nur Kinder eingewiesen worden wären, „wenn die Pädagogik am Ende gewesen" (IP90_E:o.S.) sei. In solchen Fällen habe sich das Jugendamt aus der Verantwortung zurückgezogen und ein Kind „den medizinischen Kompetenzen überlassen" (ebd.). Aufgrund einer fehlenden Vernetzung zwischen Pädagogik und Medizin habe auch keine Besuchsverpflichtung von Kindern in medizinischen Einrichtungen durch Mitarbeiterinnen der MA 11 bestanden (vgl. ebd.). Dies wird auch aus den Kinderakten der Wiener Jugendwohlfahrtsbehörden offensichtlich, sie enden in der Regel mit der Einweisung der Kinder auf den Steinhof. Auch in den zu Pavillon 15 gesichteten Krankenakten sind keinerlei persönliche Kontakte zwischen FürsorgerinnenSozialarbeiterInnen des Jugendamtes und den auf Pavillon 15 untergebrachten Kindern verzeichnet. Allerdings dürfte in Fällen einer gesetzlichen Vormundschaft des Wiener Jugendamtes eine Berichtspflicht der ärztlichen Leitung des Pavillons 15 gegenüber den Jugendwohlfahrtsbehörden bestanden haben. In einigen wenigen Krankenakten finden sich jährliche Anfragen des Jugendamtes an die Kinderabteilung über den aktuellen somatischen Status sowie etwaige im Rahmen des bisherigen Aufenthalts erzielte Entwicklungsfortschritte eines Kindes. Es scheint sich hierbei aber primär um einen Formalakt gehandelt zu haben: Die mehrheitlich kurz abgefassten Antwortschreiben dienten weniger einer umfassenden Berichtlegung über das Wohlergehen der auf Pavillon 15 untergebrachten Kinder als einer Legitimation der Notwendigkeit des weiteren Verbleibs in der Anstalt.[196]

13.2. KONTAKTE ZU FAMILIENANGEHÖRIGEN

Die Tatsache, dass zwischen Eltern und ihren Kindern häufig kein Kontakt bestand, wurde seitens vieler InterviewpartnerInnen geradezu als Charakteristikum der Einrichtung angesehen: „Ich hab immer gesagt, das sind die vergessenen Kinder (…)." (IP13_B:508)[197] Offiziell waren im gesamten Untersuchungszeitraum Besuche auf dem Pavillon von Eltern und Angehörige sowie Urlaube zu Angehörigen erlaubt, diese seien jedoch „nicht üblich ge-

[196] Vgl. KG3b_S, KG6b_S, KG7b_S, KG54b_Y, KG56b_Y.
[197] Vgl. zudem u.a. IP15_P:42, IP17_B:512ff., IP63_P:244, IP45_A: 279.

wesen“ (IP15_P:42). Ob ein Kind Besuche von Angehörigen erhielt oder nicht, findet sich in vielen Krankenakten verzeichnet. Ergänzend dazu belegen Einträge von Eltern geäußerte Kontaktwünsche, etwa in Form von Anfragen, ihre Kinder an Wochenenden oder in den Ferien mit nach Hause zu nehmen.

Welche Faktoren für eine weitere Kontaktpflege beziehungsweise einen Abbruch der Kontakte von Eltern und ihren Kindern entscheidend waren, lässt sich aus den Einträgen in den Krankenakten in der Regel nicht erschließen. Aufschlussreicher erweisen sich hier Gespräche mit ehemaligem Personal des Pavillons 15 sowie mit ehemals dort untergebrachten Personen oder deren Angehörigen. Die Fortsetzung bzw. der Abbruch der familiären Kontakte seitens der Angehörigen lassen sich – wie im Folgenden gezeigt werden soll – sowohl mit institutionellen Strukturen als auch den sozialen und psychischen Ressourcen der Angehörigen erklären.

Institutionelle Einflussnahmen auf Kontakte zwischen Angehörigen und Kindern

In einigen wenigen Fällen wurde, sofern das „Kindeswohl“ eines Patienten oder einer Patientin durch Kontakte mit den Angehörigen gefährdet schien, ein Kontakt seitens der ärztlichen Leitung des Pavillons bzw. von den Fürsorgebehörden im Falle einer Vormundschaft des Jugendamtes untersagt. In Fällen von konstatierter „Verwahrlosungsgefahr“ (KG9b_S) oder aufgrund einer als negativ bewerteten psychischen Verfassung der Angehörigen (z.B. KG51b_Y) wurden mitunter Besuchs- und Ausfolgeverbote verhängt. Die Krankenakte eines 1966 für fünf Monate auf Pavillon 15 untergebrachten elfjährigen Buben belegt ein von den Jugendwohlfahrtsbehörden für zwei Monate verhängtes Besuchsverbot gegenüber der Mutter, obwohl sie Vormund ihres Sohnes war. Eine Begründung findet sich in der Krankenakte jedoch nicht. Möglicherweise legitimierte das in psychologischen Gutachten des Jugendamtes wiederholt angeführte konfliktreiche Verhältnis des Buben zu Mutter und Bruder diese Entscheidung (vgl. KG14b_S, JA5). Er selbst erzählt retrospektiv von seiner damaligen Wahrnehmung der Situation:

> „Ich wusste ja nicht, warum ich nicht besucht werde, ich bin da in irgendeinem Spital oder in einer Anstalt und werde eigentlich von meiner Familie alleine gelassen.“ (IP49_B:11)

Im Falle eines siebenjährigen Mädchens, das 1960 auf Pavillon 15 eingewiesen wurde, wurde ein Urlaub bei den Eltern aufgrund von Vorbehalten des Jugendamtes nur mit Einschränkungen genehmigt. Im Krankenakt ist verzeichnet, dass es sich bei dem Mädchen aufgrund der „sozial schwachen

Situation“ (KG55b_Y) der Familie sowie der „desolaten und engen Wohnräume“ (ebd.) um einen „Fürsorgefall“ handle. Dem Ansuchen der Eltern ihr Kind über die Weihnachtsfeiertage des Jahres 1961 auf Urlaub nach Hause zu nehmen, wurde seitens der Fürsorge zwar stattgegeben, allerdings nur „bei genauer Aufsicht“ (ebd.). Eine längere Beurlaubung zur Familie wurde nicht empfohlen.

Nur in Ausnahmefällen finden sich in den Krankenakten nähere Informationen über den Verlauf von Angehörigenbesuchen, etwa im Falle eines siebenjährigen Buben, der 1976 von seiner Mutter mit dem Wunsch einer vorübergehenden Unterbringung auf Pavillon 15 gebracht wurde. Über das Anamnesegespräch mit der Mutter ist festgehalten, dass die Mutter „sehr primitiv im Verhalten und in der Ausdrucksweise“ sei und nach Alkohol rieche. Beim ersten Besuch der Mutter, sechs Tage nach Aufnahme des Buben, findet sich der Eintrag: „Laut Beobachtung der Schwestern hat Pat. nach dem Besuch der Mutter sehr tief geschlafen, Beobachtung, ob Mutter dem Patienten Alkohol gibt“ (KG2b_S). In der Folge dürfte die zuständige Fürsorgerin kontaktiert worden sein, die die Pavillonleitung darüber informierte, dass die Mutter mit der Betreuung des Patienten gänzlich überfordert, zudem Alkoholikerin sei und teilweise die Realität nicht richtig einschätzen könne. Auch vier Monate später habe der Bub „nach Angaben der Schwestern immer nach dem Besuch der Mutter erbrochen und tief geschlafen.“ Für die Folgejahre finden sich in der Krankenakte keine Einträge über weitere Besuche der Mutter, allerdings auch keine Hinweise darauf, dass die Besuche aufgrund einer Intervention des Jugendamtes oder der Oberärztin offiziell untersagt worden wären (vgl. ebd.).

Angesichts der im gesamten Untersuchungszeitraum geringen Präsenz von Eltern auf dem Pavillon fanden auch offizielle Kontakte zwischen dem Personal und Angehörigen der Kinder und Jugendlichen nur in Ausnahmefällen statt. Dies geschah insbesondere in Fällen, die eines juristischen Einverständnisses der Eltern bzw. des Vormundes bedurften, etwa bei notwendigen operativen Eingriffen (vgl. IP3_P:308ff.). Eine Einbindung von Angehörigen in Behandlungsentscheidungen war allerdings nicht vorgesehen (vgl. IP7_P:320ff.; IP45_A: 264f.). Auch habe es keine periodische Berichtspflicht an Angehörige gegeben und – wie der ehemalige ärztliche Direktor der Anstalt vermutet – „auch keine Sensibilität dafür, dass das an sich gescheit wäre, so periodisch zu versuchen, den Kontakt zu pflegen“ (IP1_P:308ff). In einigen Fällen, in denen während des bisherigen Aufenthaltes der Kinder auf dem Pavillon keinerlei Kontakte zu Angehörigen bestanden, begründete erst eine massive Verschlechterung ihres somatischen Befindens (z.B. in Fällen von Lungenentzündung) oder der Todesfall eines

Kindes eine schriftliche oder mündliche Kontaktnahme der Institution mit den Eltern.[198]

Besuche auf dem Pavillon

Seitens einzelner Angehöriger bestanden immer wieder Bemühungen von Eltern um eine Aufrechterhaltung der Kontakte zu ihren Kindern. Wie sich die Kontakte zwischen Eltern und ihren Kindern während der Besuche auf Pavillon 15 gestalteten, darüber geben die Krankenakten nur selten Auskunft. Ehemals auf Pavillon 15 untergebrachte Kinder erzählten von kurzen, ein bis zweistündigen Besuchen, die zweimal in der Woche erlaubt gewesen wären (vgl. IP17_B:114; IP48_B:282). Aus den Krankenakten geht jedoch hervor, dass in der Regel auch jene Kinder, deren Eltern weiterhin an einem Kontakt interessiert waren, nicht in dieser Frequenz besucht wurden.

In der überwiegenden Mehrheit erfolgten Angehörigenbesuche durch Mütter, mitunter kamen auch ältere Geschwister (mit) auf Besuch. Lange Zeit dürfte ein Besuch auf dem Steinhof erst ab dem 14. Lebensjahr gestattet gewesen sein (vgl. IP44_A:18; IP45_A:202). Besuche auf dem Steinhof wurden von Geschwisterkindern mitunter als Schock erlebt und prägende Erfahrung erlebt, wie etwa ein zum Zeitpunkt seines ersten Besuches auf Pavillon 15 knapp zehnjähriger Interviewpartner berichtete:

> „Und meine Erinnerungen sind auch sehr ähnlich, also eben diese für mich als Kind halt noch diese riesigen großen Türen, wo alles aufgesperrt wird. Und was ich wirklich noch im Kopf habe, ist einfach dieser wahnsinns- es war echt ein Gestank auf den Gängen. Und das weiß ich auch noch, dass ein Netzgitterbett, am Gang ist ein Netzgitterbett neben dem anderen gestanden und war für mich damals halt furcht- es waren Monster für mich, muss ich ganz ehrlich sagen, als kleines Kind.“ (IP45_A: 206; zeitl. Bezug: 1970er Jahre)

Aus Gesprächen mit Angehörigen sowie ehemaligem Personal wurde offensichtlich, dass alleine der räumliche Rahmen für eine Förderung der Beziehung zwischen Eltern und Kindern nicht geeignet war. Einen eigenen Besuchsraum gab es nicht, das Betreten der Aufenthalts- bzw. Schlafräume der Kinder war den Angehörigen in der Regel untersagt. So erfolgten die Besuche in der sterilen, anonymen Atmosphäre auf den Gängen des Pavillons, der Einblicke der Eltern in das Leben der Kinder auf Pavillon 15 erschwerte und keinen intimen Raum für emotionale Nähe bot.[199] Der Bruder eines auf Pavil-

---

[198] Vgl. u.a. KG113b_S, KG117b_S, KG119b_S.
[199] Vgl. IP7_P:120ff.; IP13_B:544; IP18_A: 69 und 192ff.

lon 15 untergebrachten Buben erinnert sich noch heute an die Atmosphäre der gemeinsamen Besuche mit seiner Mutter:

> „Das war so eine „bedrückende Situation (…) dieser lange Gang, wo man untätig saß und das war ja sowas von kalt und (…) ganz ganz unangenehm." (IP18_A: 107)

Im Sommer konnten die Besuche mitunter in den Garten verlegt werden:

> „Und dann haben wir ihn bekommen für zwei Stunden und dann haben wir halt irgendwas mitgehabt oder- ich kann mich erinnern, da haben wir mal einen Block mitgehabt und einen Bleistift und da hat er halt in den Block gekritzelt oder wir sind eben spazieren gegangen. Aber es war natürlich, das war dann schon ganz anders, (…) es war nicht mehr die Nähe da (...)." (IP18_A:61)

Trotz erschwerter Zutritte in jene Räumlichkeiten, in den die Kinder lebten und schliefen, boten die Besuche den Angehörigen jedoch zumindest einen Einblick in die triste Lebenssituation ihrer auf Pavillon 15 untergebrachten Kinder und Jugendlichen. Die Eltern eines im Jahre 1969 auf Pavillon 15 eingewiesenen Mädchens erzählen von ihren Eindrücken während der Besuche folgendes:

> B1: „Wir sind da reingegangen in diese riesigen Hallen, wo die Gitterbetten waren, und die meiste Zeit haben wir sie ja gar nicht mitnehmen können, weil sie dort gelegen ist."
> B3: „Oder wir sind reingekommen, das waren ja noch diese riesen Türen, die man von außen gar nicht aufmachen hat können. Da hat nur der Pfleger oder die Schwester mit einem Schlüssel aufmachen können und drinnen sind dann die- (…) mit den Netzgitterbetten gestanden. Hinein in den Saal durften wir als Besucher gar nicht. (…) sie haben sie uns rausgebracht." (IP45_A:171ff.)

Teilweise sei den Angehörigen der Besuch des Mädchens auch verweigert worden: „Aber das ist x-Mal vorgekommen, dass sie gesagt haben na heute nicht." (IP45_A:171ff.) Eine befriedigende Begründung für das Besuchsverbot hätten die Angehörigen jedoch nicht erhalten: „Ja, es geht ihr nicht gut oder sie schläft oder-, aber warum oder weshalb ist nie gekommen" (ebd.).

Auch der Erinnerung einer ab Anfang der 1980er Jahre auf Pavillon 15 tätigen Krankenschwester zufolge sei der Zutritt zu den Schlafsälen der Kinder untersagt gewesen: „Da sind die Kinder immer rausgeben worden, die sind dann am Gang draußen gesessen." (IP7_P:36) Ihrer nachträglichen Einschätzung im Interview habe es für dieses Verbot jedoch gute Gründe gegeben: Die Eltern sollten möglichst wenig Einblick in die Zu- bzw. Missstände erhalten. (vgl. IP7_P:310ff.).

Eine besondere Ausnahme stellen die fast täglichen Besuche einer Mutter dar, die seinerzeitigem Personal des Pavillon 15 deutlich in Erinnerung geblieben sind.[200] Ein im Alter von sechs Jahren auf Pavillon 15 aufgenommenes Mädchen sei täglich von ihrer Mutter und auch gelegentlich von ihrem Vater besucht worden. Nicht nur die Frequenz der Besuche stellen dabei eine Besonderheit am Pavillon 15 dar, die Mutter erhielt offenbar zudem Zutritt in sonst versperrte Räumlichkeiten. So habe sie in ihrer Freizeit auch am Bett des Kindes gesessen, ihm vorgesungen und es gefüttert. Die täglichen Besuche stellten gleichzeitig eine Kontrolle des Personals dar, das dem Mädchen in der Folge ebenfalls eine höhere Aufmerksamkeit geschenkt haben dürfte, so die Erinnerung einer ehemaligen Schwesternschülerin:

> „Die ist ein bisschen besser behandelt worden, weil die Mutter jeden Tag gekommen ist, also automatisch, das macht man nicht absichtlich, sondern es ergibt sich dadurch, irgendjemand schaut auf dieses Kind und dann schauen die anderen auch." (IP15_P:39)

Möglicherweise mag in diesem Fall die „Duldung" der intensiven Präsenz der Eltern auf dem Pavillon auch damit zusammenhängen, dass der Vater des Kindes Arzt und die Mutter Krankenschwester waren, d.h. die sozial höhere Position der Eltern und deren berufliche Nähe zum institutionellen Umfeld lassen sich für ihre ‚bevorzugte' Behandlung als bedeutsam vermuten.

Ausgänge und Familienurlaube

Neben Besuchen auf dem Pavillon unterstützten Wochenend- oder Ferienurlaube bei Angehörigen die Aufrechterhaltung familiärer Beziehungen. Mag in manchen Fällen der besondere Pflegebedarf eines Kindes die Entscheidung von Angehörigen, ihr Kind auf Ausgänge und Wochenendbesuche nach Hause zu nehmen, erschwert haben, lässt sich jedoch eine in den Krankenakten diagnostizierte „Pflegebedürftigkeit" nicht zwingend als Ausschließungsgrund von Eltern ansehen, Kontakt zu ihrem Kind auch außerhalb der Institution zu pflegen. So etwa im Fall eines im Jahre 1979 auf Pavillon 15 eingewiesenen dreizehnjährigen Mädchens, das zuvor zu Hause gepflegt worden war. Die Jugendliche mit schweren Mehrfachbehinderungen musste mittels Sonde ernährt werden. Laut Krankenakte erhielt das bei seiner Aufnahme auf Pavillon 15 als „reiner Pflegefall" eingestufte Mädchen regelmäßige Besuche durch die Mutter und Großmutter und verbrachte in den Jahren 1981 bis 1984 die Sommermonate auf Urlaub bei seiner Großmutter (vgl. KG4b_S).

---

[200] Vgl. KG11a_S; IP3_P:112; IP7_P:310ff., IP15_P:41; IP40_41f.

Manche Krankenakten lassen die Überforderung der Eltern mit den sie besuchenden Kindern mit Behinderungen erkennen, wobei die in den Akten üblicherweise ablesbare Ursachenverortung in der Behinderung des Kindes zu hinterfragen ist. Im Fall eines wegen hoher „Aggressivität" mit neun Jahren 1956 auf Pavillon 15 eingewiesenen Buben etwa veranlassten die Eltern wiederholt die vorzeitige Beendigung der Urlaube. Der Krankenakte ist zu entnehmen, dass er während der Aufenthalte bei seiner Familie eine starke Aggressivität gegen sich und seine Geschwister gezeigt habe (vgl. KG49b_Y). Bereits während seines ersten Urlaubs bei den Eltern (Weihnachtsurlaub vom 22.12.1956 bis 10.01.1957) sei er zwei Mal von zu Hause weggelaufen und habe mit der Polizei zu den Eltern zurückgebracht werden müssen. Beim letzten verzeichneten Besuch im Jahre 1958 wurde er von seiner Schwester vorzeitig auf den Pavillon zurückgebracht. In der Krankenakte heißt es: „Pat. zerschlug zu Hause Fensterscheiben, wollte die jüngste Schwester erschlagen. Trotz ausgiebiger Schläge erzielten die Eltern keine Besserung!" (KG49b_Y). Ob womöglich seine Flucht von zu Hause bereits bei seinem ersten Besuch auf Gewalterfahrungen zurückzuführen war, ob Gewalt in der Familie als gängiges Erziehungsmittel eingesetzt wurde oder aus einer Überforderung der Eltern resultierte, lässt sich aus den vorliegenden Quellen nicht beantworten.

In einem weiteren Fall wurde der für eine Woche im Sommer 1977 geplanter Urlaub eines dreizehnjährigen Buben bei der Familie aufgrund störenden Verhaltens nach vier Tagen abgebrochen. Dem Eintrag in der Krankenakte zufolge sei der Patient zu Hause sehr laut gewesen, habe viel geweint und nachts derartig geschrien, dass die Nachbarn sich belästigt fühlten. Die ungewohnte Umgebung sei für den Patienten anscheinend zu viel Belastung gewesen (vgl. KG7b_S).

Aufenthalte bei Familienangehörigen dürften für im Alltag auf Pavillon 15 untergebrachte Kinder und Jugendliche aufgrund des Wechsels der gewohnten Umgebung sowie der Trennung von nahen Bezugspersonen bei Rückkehr auf den Pavillon nicht selten von psychischen Belastungen begleitet gewesen sein (vgl. Schulz 2004). Dies ist etwa auch der Krankenakte eines Mädchens zu entnehmen, in der nach seiner Rückkehr nach dem zweimonatigen Sommerurlaub bei seiner Großmutter auf den Pavillon verzeichnet ist: „vom Urlaub zurück, leidet unter der Umstellung, bricht häufig (…) intern unauffällig" (KG4b_S:1983). Auch eine seit Anfang der 1970er Jahre auf Pavillon 15 untergebracht gewesene Frau erzählte im Interview von der leidvollen Erfahrung der Trennung beim Abschied von den Eltern zu Ende der Besuche: Sie habe immer nach Hause mitgehen wollen (vgl. IP17_B:60; 403ff.).

Weder in den Krankenakten noch in Interviews finden sich Hinweise darauf, dass wiederholte Trennungserfahrungen in der Betreuung der auf Pavillon 15 untergebrachten Kinder und Jugendlichen berücksichtigt worden wären. Eine ehemalige ehrenamtliche Mitarbeiterin berichtete jedoch, dass die Einrichtung bewusst nicht in Elternkontakte investiert habe. Die Kinder sollten durch den Besuch ihrer Eltern nicht irritiert werden: „Wenn es Eltern gegeben hat, dann sollten wir sie nicht so präsent halten, dass die Kinder schwierig waren dort." (IP40_P:134) Demzufolge scheinen die Intentionen, Besuche von Familienangehörigen möglichst gering zu halten, weniger darin begründet gewesen zu sein, den Kindern und Jugendlichen eine psychische Belastung aufgrund einer Trennungssituation ersparen zu wollen, sondern vielmehr darin, den Stationsalltag nicht durch ein „schwieriges Verhalten" der Kinder zu beeinträchtigen.

„Weil sie es nicht ausgehalten haben" – Hilflosigkeit der Eltern

Mehreren Krankenakten ist zu entnehmen, dass manche Angehörige anfangs noch regelmäßige Besuche nach längerer Aufenthaltsdauer ihres Kindes auf Pavillon 15 reduzierte bzw. gänzlich einstellten.[201] Manche Eltern hätten es aufgrund der dortigen tristen Situation „einfach nicht ausgehalten" (IP7_P:296), so die Einschätzung einer ehemaligen Pflegekraft. Die Eltern hätten keine andere Möglichkeit gesehen, ihr Kind unterzubringen und waren vermutlich angesichts der jahrzehntelangen trostlosen Situation auf Pavillon 15 schockiert (vgl. ebd.:317; KG2b_S). ZeitzeugInnen berichteten davon, wie sich Angehörige bei Besuchen ihrer Kinder auf Pavillon 15 erneut mit ihrer eigenen Hilflosigkeit konfrontiert gesehen hatten.[202] Solche Erfahrungen der Hilflosigkeit und Verzweiflung aufgrund fehlender alternativer Unterbringungsmöglichkeiten dürften vor allem jene Angehörige begleitet haben, die einen engeren Kontakt zu ihren Kindern gewünscht hätten (vgl. Studener 1998:156f.). Psychosoziale Unterstützungsangebote für Eltern von Kindern mit Behinderungen gab es im Untersuchungszeitraum in der Regel nicht. Von der Mutter eines auf Pavillon 15 untergebrachten Mädchens wird im Interview eindrücklich geschildert, welche Überwindung sie der Besuch ihrer Tochter alle zwei Monate kostete:

> „Das war für uns jedes Mal ein Gräuel, mir hat es jedes Mal den Hals zusammengedreht, wenn wir dort rauffahren haben müssen. Also müssen, hätten wir

[201] Vgl. u.a. KG3b_S; KG2b_S.
[202] Vgl. IP20_P:20, 136; IP7: 310ff.; IP40_P:134.

> ja nicht müssen, aber wir sind halt gefahren wegen dem Gewissen, dass wir sagen, das ist unser Kind. (…) Also diese Steinhof-Phase war für mich persönlich das Fürchterlichste was es gegeben hat. (…) Wir haben ja das mehr oder weniger verdrängt und rein gewissensmäßig haben wir müssen zu ihr. Und jedes Mal, wir sind tränenüberströmt da wieder weg, weil das war ein Wahnsinn." (IP45_A:171f. und 357ff.)

Einbindung von Eltern

Sowohl die Krankenakten als auch Interviews mit seinerzeitigem Personal des Pavillons 15 lassen sichtbar werden, dass vor der Installierung eines Elternvereins Familienangehörige wenig bis gar nicht Einfluss auf den Stationsalltag nahmen. Kontakte mit Angehörigen wurden seitens der ÄrztInnen sowie des Pflegepersonals lange Jahre weder gewünscht und somit auch nicht gefördert, vermutlich auch im Bestreben Beschwerden und Vorwürfe „querulanter" und „uneinsichtiger"[203] Angehöriger zu unterbinden. Auch dürfte es im Rahmen regelmäßiger Elternbesuche auf Pavillon 15 für das Pflegepersonal nicht üblich gewesen sein, mit den Eltern in Kontakt zu treten.[204] Weiters habe es auch unter den Angehörigen keine Kontakte gegeben, selbst wenn man einander im Zuge von Besuchen gesehen habe (vgl. IP18_A:192ff.). In der Regel dürften Eltern den Kontakt mit VertreterInnen der Institution auch vermieden haben, möglicherweise mitunter aufgrund von Befürchtungen, Beschwerden könnten negative Konsequenzen für ihre Kinder nach sich ziehen. Auch wurde ein vorherrschender entwertender Umgang des Personals, insbesondere der ÄrztInnen, gegenüber Angehörigen in den Interviews erwähnt, die diese in eine defensive Position gedrängt und daran gehindert habe, für die Interessen ihrer Kinder einzutreten. Erzählungen ehemaligen Personals zufolge wären Eltern von ihnen dafür verurteilt worden, ihre Kinder überhaupt an die Anstalt abgegeben zu haben.[205] Umgekehrt dürften manche Eltern eigene Schuldgefühle und Ambivalenzen ihren Kindern gegenüber auch auf das Personal des Pavillons 15 übertragen haben (vgl. IP23_P:116ff.).

In der letzten Phase des „Kinderpavillons" lässt sich bei einem Teil des Personals in gewissem Umfang ein verändertes Bewusstsein für die Bedeutung sozialer und familiärer Bindungen im Hinblick auf das Wohlergehen der stationär untergebrachten Kinder beobachten. Eine ausgebildete Sonderkin-

---

[203] Vgl. KG51b_Y; KG12b_S.
[204] Vgl. IP6_P:209; IP15_P:47; IP18_A:156; IP45_A:244ff.
[205] Vgl. IP7_P:327 und 128; IP23_P:116ff.; IP40_P:134.

dergärtnerin und Nachmittagsbetreuerin von Schulkindern des Pavillon 15 berichtete von ihrem Versuch, im Zuge einer „Muttertagsaktion“ Mütter über den Versand von selbstgebastelten Karten ihrer Kinder auf den Pavillon einzuladen. Retrospektiv bewertete sie ihre damaligen Bemühungen angesichts der kaum nachhaltigen Effekte im Hinblick auf folgende kontinuierliche Besuche als „sehr naiv“ und tendenziell kontraproduktiv:

> „Und das hat sich im Nachhinein als nicht sehr gut herausgestellt, weil (…) es sind schon ein paar Mütter gekommen, die sind aber nur einmal gekommen und dann nie wieder und dann haben die Kinder aber gewusst, ich hab aber eine Mama, vorher haben sie einfach keine gehabt.“ (IP16_P:131)

Um fehlende Besuche von Angehörigen zu kompensieren, wurden ab den späten 1970er Jahren LaienhelferInnen für unbesuchte PatientInnen eingesetzt oder zumindest zugelassen (vgl. IP40_P:136). Über die Qualität dieser Beziehungs- und Betreuungsangebote kann aufgrund zu geringer Einblicke keine Aussage getroffen werden.

13.3. Der Elternverein: Kritik und Mitbestimmung

Erst im Zuge des 1978 gegründeten Elternvereins am Pavillon 15 dürfte es zu einer intensiveren Auseinandersetzung zwischen engagierten Eltern und dem Personal gekommen sein. Wie es zur Gründung eines Elternvereins kam, erschließt sich aus einem Zeitungsartikel von Kurt Buchinger in der Presse aus dem Jahr 1979: Aus diesem geht hervor, dass er unter dem Titel „Theorie und Praxis der Randgruppenarbeit“ am Institut für Tiefenpsychologie und Psychotherapie eine Lehrveranstaltung in Form eines „hochschuldidaktischen Experiments“ abgehalten habe, das die Gründung einer Elternrunde auf Pavillon 15 mit folgender Zielsetzung vorsah:

> „Unsere Zielsetzung war es, den Eltern ein Forum zur Bearbeitung ihrer psychischen und sozialen Probleme, die ein behindertes Kind beziehungsweise seine Abgabe an eine Anstalt mit sich bringen, zu ermöglichen; sie aus der Isolation, in der sie, ohne darüber zu kommunizieren, ein ähnliches Schicksal teilten, herauszuholen in eine Situation, in der sie es einander mitteilen und darüber Erfahrungen austauschen können sollten.“[206]

[206] Buchinger, Kurt (1979): Aus einer Lehrveranstaltung wuchs eine Selbsthilfeaktion. „Randgruppenarbeit“ im Psychiatrischen Krankenhaus. In: Die Presse am 17.03.1979 (o.S)

Die ursprüngliche Elterngruppe des Pavillons 15 habe sich in der Folge zu einer Selbsthilfegruppe entwickelt, die schließlich über die Gründung eines Elternvereins zu einer Selbsthilfeorganisation umgestaltet wurde.[207] Aufgrund der zunehmenden Autonomie der Elterngruppe hätten sich folgend die Zielsetzungen des Seminars von jenen der Eltern sukzessive unterschieden. Das Interesse der Eltern verlagerte sich zunehmend von psychohygienischen Intentionen auf eine aktive Mitbestimmung und Einflussnahme auf die Gestaltung des Pavillonalltags, und zwar auch über die Initiierung politischer Aufmerksamkeit (vgl. u.a. IP44_A:43).

Wesentliche Initiativen zur Verbesserung der Lebensumstände der auf Pavillon 15 untergebrachten Kinder und Jugendlichen seien – den Erinnerungen seinerzeitigen Personals des Pavillon 15 zufolge vor allem vom Elternvereinsvorstand ausgegangen. Sie hätten „halt Rabatz gemacht, wenn's irgendwo nur gegangen ist. Für Einrichtungsgegenstände, für bessere Betreuung, solche Sachen halt" (IP6_E:4). Das Vorstandsehepaar wird in mehreren Interviews als treibende Kraft des Elternvereins benannt.[208] Zur „Behebung der auf Pavillon 15 befindlichen Missstände" wandte sich der Elternverein in der Folge an Presse und Politik[209] – erwiesenermaßen durchaus erfolgreich.[210] Im Interview wurde das Bemühen des Elternpaares zur Durchsetzung rechtlich-finanzieller Ansprüche, etwa auf Waisenpensionen der auf Pavillon 15 untergebrachten Kinder und Jugendlichen, erwähnt (vgl. IP6_E:19). Auch sei es darum gegangen,

> „dass irgendwelche Sachen zur Therapie bezahlt werden, weil es da auch Schwierigkeiten gegeben hat. Einfach so selbstverständliche Dinge, die theoretisch normal sein müssten in einem Krankenhaus, einfach die durchzusetzen." (ebd.:4)

---

[207] Eine zeitliche Rahmung der Lehrveranstaltung ist in Buchingers Artikel nicht angeführt. Ein Formular, das an das Vereinsbüro der Polizeidirektion Wien gerichtet ist, weist jedoch 6 Namen von Eltern aus, die in der Hauptversammlung des Elternvereis „für schwerstbehinderte Kinder und Jugendliche im PKH" am 04.1.1980 gewählt wurden. Ob damit zugleich das Datum der Vereinsanmeldung genannt wurde oder dieser schon zuvor bestand, kann nicht beantwortet werden (vgl. KO_S:16.10.1980).

[208] Vgl. IP1_P:12; IP42_A:17.

[209] Z.B. Schreiben des Elternvereins an den Stadtrat für Gesundheit, KO_S:22.04.1978, Schreiben des Obmannes des Elternvereins an den Stadtrat für Gesundheit, KO_S:08.06.1979.

[210] Dass das Elternehepaar bereits vor der Gründung des Elternvereins eine aktive Rolle spielte, zeigt sich jedoch in einem Schreiben der Verwaltung des PKH an die MA 17, datiert mit Mai 1974, in dem zu einem Beschwerdeschreiben, dass das Elternehepaar an die Kronenzeitung geschickt haben dürfte, Bezug genommen wird (vgl. KO_S:27.05.1974, ebd.).

Auf Initiative des Vereinsvorstands wurden neben Schullandwochen auch regelmäßige Landurlaube, etwa auf der Hohen Wand oder in Aflenz, mit jeweils 15 Kindern und drei BetreuerInnen durchgeführt (vgl. IP6_E:4).[211] Die Initiative wurde, wie aus den gesichteten Direktionsakten des PKH hervorgeht von der ärztlichen Leitung des PKH sowie der Oberärztin des Pavillon 15 durchaus unterstützt.[212] Der Anstaltsleiter bemühte sich wiederholt um eine Kostenübernahme der Landaufenthalte durch die MA 17 (Anstaltenamt).[213]

Wie viele Eltern sich im Elternverein engagierten, lässt sich nicht gänzlich rekonstruieren. Die Angaben differieren zwischen ca. 15 Personen (vgl. Buchinger 1979), zehn Elternpaaren (vgl. IP3_P:112) und nur einzelnen Eltern, die sich im Rahmen des Elternvereins engagiert hätten (vgl. IP1_P:24). Allerdings sei es auch für Elternvereinsmitglieder schwierig gewesen, an andere Eltern „ranzukommen" und sie zur Mitarbeit zu bewegen (vgl. IP6_E:34). Nicht zuletzt dürfte das fehlende Engagement einiger Eltern auch aus deren Angst resultiert haben, ihre Kinder könnten bei Konflikten mit dem Personal Schaden tragen:

> „Und dann war das Problem, sehr viele Eltern haben natürlich auch sich nicht aufbegehren getraut. Das hat mir die Frau (Obfrau des Elternvereins, Name anonymisiert) auch immer wieder gesagt, es hat ja keiner den Mund aufgemacht, wenn was nicht gepasst hat, da waren ja immer nur sie die Bösen. Weil sie immer alle Angst gehabt haben, es leiden dann die Kinder darunter." (IP42_A:17)

Das Engagement des Elternvereines führte sehr wohl Spannungen zum Pflegepersonal mit sich. Folgendes Zitat lässt vermuten, dass sich das Pflegepersonal gegen zusätzlichen Arbeitsaufwand infolge der Elternvereins-Aktivitäten verwehrte:

> „Die Spannungen sind meistens darüber entstanden, wenn die (Eltern, Anm. d. Verf.) gesagt haben, sie holen ihre Kinder ab und dann waren die nicht hergerichtet und angezogen. Und das ist natürlich vorgeworfen worden als Unaufmerksamkeit. Und die Schwester ihrerseits haben gefunden, was ist das für eine Hilfe, wenn wir dann noch mehr Arbeit haben, also auf der Ebene ist das gewesen." (IP1_P:24)

---

211 Schreiben des Elternvereins an den ärztlichen Direktor des PKH, KO_S:06.05.1981.
212 Vgl. Aktenvermerk der seinerzeitigen Oberärztin des Pavillon 15, KO_S:05.08.1981.
213 Schreiben der ärztlichen Direktion an die MA 17, KO_S:12.06.1981.

Zudem scheint es auch Versuche der Koalitionsbildung mit Teilen des Personals gegen andere Personalgruppen gegeben zu haben, was laut folgendem Zitat von ärztlicher Seite zurückgewiesen worden war:

> „Die waren zunächst sehr kooperativ und wollten aber mich spalten. Die bösen Schwestern, die bösen Schwestern. Und wir, wir sind die Guten (…) obwohl sie sich eh nicht gekümmert haben um ihre Kinder. Und das hab ich nicht zugelassen (…), worauf sie dann mich als Feind erwählt haben und auf mich losgegangen sind." (IP3_P:35)

Konflikte zwischen dem Vereinsvorstand und dem Personal bzw. der Oberärztin auf Pavillon 15 sind auch aufgrund von Einträgen in einer Krankenakte nachvollziehbar. Regelmäßige Vorwürfe und Beschwerden einer im Verein engagierten Mutter über eine unzureichende Körperpflege, die Missachtung und fehlende Versorgung von Verletzungen sowie zu hohe bzw. falsche medikamentöse Behandlung ihrer Tochter etc. sind in der Krankenakte genau verzeichnet, ebenso die Rechtfertigungsversuche des Personals (vgl. KG12b_S).[214]

Auch Buchinger (1979) verweist darauf, dass die Eltern, die bislang eher als „geduldete Störfaktoren" angesehen worden waren, durch ihre Einflussnahme den Krankenhausbetrieb mitgestaltet und damit das Kräfteverhältnis innerhalb der Einrichtung selbst verändert hätten:

> „Durch die Einflußnahme einer bisher nicht wahrnehmbaren Kraft wurden die Krankenschwestern in ihrer Tätigkeit irritiert und fühlten sich kontrolliert. In gemeinsamen Sitzungen mit den Schwestern wurde daher erwogen, ob Eltern und Schwestern nicht, anstatt einander mit Mißtrauen, ja Kampfbereitschaft zu begegnen, einander unterstützen könnten." (ebd.)

Aus dieser Überlegung heraus habe sich am Pavillon 15 die Idee entwickelt, ein Jour Fixe zu veranstalten, „in dessen Organisation Elternverein, Schwestern und Ärzte als Einheit nach außen auftreten können" (ebd.).[215] Jedoch lässt sich aus dem vorhandenen Quellenmaterial nicht rekonstruieren, ob und inwiefern diese Jour Fixe tatsächlich realisiert wurden. Dem ärztlichen Direktor zufolge hätten die Spannungen zwischen Personal und Elternverein dazu geführt, dass er „im Einvernehmen mit Stacher eine regelmäßige Sprechstunde für diese Eltern eingeführt" (IP1_P:12) habe. Zudem hätten gemeinsame „situationsanalytische Gespräche" (ebd.:24) im Konferenzzim-

---

[214] Beispielsweise ein Antwortschreiben der Oberärztin auf einen Beschwerdebrief der Kindsmutter. KO_S:11.06.1979.

[215] Dieses Vorhaben sei sogar vom Verband wissenschaftlicher Vereinigungen mit 30.000 Schilling subventioniert worden. Buchinger, 1979.

mer der ärztlichen Direktion stattgefunden, bei denen vereinzelt auch der Gesundheitsstadtrat anwesend gewesen sei (vgl. ebd.).

Wie lange der Elternverein Bestand hatte, geht aus dem zur Verfügung stehenden Quellenmaterial nicht eindeutig hervor. Anzunehmen ist, dass die Aktivitäten des Elternvereins mit der Entlassung der Tochter des Elternvereinsvorstandes im Frühjahr 1983 (vgl. KG12b_S) reduziert bzw. eingestellt wurden. Aus der Krankenakte ist ersichtlich, dass die Entlassung des Mädchens auf Wunsch der Mutter erfolgte und sich zudem der Zustand des Mädchens gebessert habe (vgl. KGb12_S). Im Interview mit einem Angehörigen hingegen wurde ein eskalierender Konflikt mit dem Pflegepersonal dafür verantwortlich gemacht:

> „Meine Mutter hatte Angst teilweise hinaufzugehen, nachdem das Ganze angestoßen war (…) sie wurde auch bedroht von den Pflegern und Pflegerinnen (…) und dass es meine Schwester zu spüren bekommt. Das war eine Geschichte, die nicht wirklich witzig war. (…) Das ist nicht mehr gegangen, also meine Mutter hat Angst gehabt um meine Schwester." (IP44_A:29ff.)

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Initiativen des Elternvereins einen wichtigen Beitrag dazu geleistet haben dürften, dass die bis Ende der 1970er Jahre feststellbaren Mängel hinsichtlich der materiellen und personelle Ausstattung, der therapeutischen Versorgung sowie von spezifischen pädagogischen Freizeitangeboten, zwar nicht behoben, aber abgeschwächt werden konnten. Dies veranschaulicht exemplarisch, wie über ein intensives Engagement und die Einforderung von Mitsprachrechten von Eltern stationär untergebrachter Kinder positive Veränderungen der jahrzehntelang herrschenden Missstände erzielt werden konnte.

14. Todesfälle, Obduktionen und Untersuchungen an Gehirnen verstorbener Kinder

Katja Geiger, Hemma Mayrhofer, Gudrun Wolfgruber

Anhand von Sterbe- und Obduktionsprotokollbüchern der Prosektur „Am Steinhof"/PKH Baumgartner Höhe konnten für die Jahre 1956, 1963, 1968-1977 und 1982 in Summe 76 auf Pavillon 15 verstorbene Kinder und Jugendliche identifiziert werden. Die Protokollbücher der Prosektur sind allerdings nicht vollständig erhalten, sodass die Ergebnisse nicht auf den gesamten Untersuchungszeitraum übertragen werden können.[216] Obduktionsprotokolle wurden nur von 70 Kindern gefunden, eines davon ist nur teilweise lesbar. Ergänzend zu den Obduktionsprotokollen wurden 14 Krankengeschichten exemplarisch nach Alter, Geschlecht und Todesjahr des/der Verstorbenen ausgewählt und näher untersucht.

14.1. Todesursachen

Laut Krankenakten und Obduktionsprotokollen handelt es sich bei den Verstorbenen überwiegend um Kinder und Jugendliche mit cerebralen Schädigungen und Krämpfen sowie spastischen Lähmungen. Als Todesursachen sind in der Mehrheit der untersuchten Obduktionsprotokolle – unabhängig von der Aufnahmediagnose – Pneumonie, also Lungenentzündung, und Herz-Kreislaufversagen angeführt. Unterschiedliche Formen von Pneumonie finden sich insgesamt auf 80% der Obduktionsprotokolle mit lesbaren Angaben vermerkt – oft auch als eine unter mehreren Erkrankungen bzw. Todesursachen. Die Dokumentation in den exemplarisch gesichteten Krankenakten der verstorbenen Kinder und Jugendlichen vermittelt den Eindruck, dass die diagnostizierte Todesursache eines „Herz-Kreislauf-Versagens" aus voran-

---

[216] Wie bereits in Kapitel 7.2 ausgeführt, müssen etwa für die unmittelbare Nachkriegszeit auf Basis der Berichte der damaligen Anstaltsleitung aufgrund der katastrophalen Versorgungssituation deutlich höhere Sterberaten angenommen werden.

gegangenen grippalen Infekten, Bronchitis oder einer Pneumonie resultierte oder auf einen Infarkt infolge cerebraler Krampfanfälle zurückzuführen war. In Einzelfällen wurde als Todesursache auf einen bereits angeborenen Herzfehler oder eine Herzschwäche („Vitium Cordis“) verwiesen.

Auf Basis der Krankengeschichten lässt sich nicht erkennen, ob es bezüglich der medizinischen bzw. medikamentösen Behandlung von Krankheiten (z.B. Bronchitis) zu Unterlassungen gekommen sein könnte oder nicht. Die Frage nach möglichen Missständen im pflegerischen Alltag, die den tödlichen Ausgang akuter oder chronischer Erkrankungen beschleunigt oder gar kausal bedingt haben könnten, drängt sich angesichts der rekonstruierten Pflegestandards auf Pavillon 15 zwar auf, sie lässt sich über die verfügbaren Akten allerdings nicht eindeutig „beweisen“.

Die überwiegende Mehrheit der Verstorbenen, zu denen Obduktionsprotokolle sowie zum Teil auch Krankengeschichten vorliegen, waren Kinder und Jugendliche mit schweren körperlichen Behinderungen, die als „reine Pflegefälle“ angesehen wurden, also primär immobil und bettlägerig waren und mitunter Schwierigkeiten in der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme hatten. Diese PatientInnengruppe bedurfte im Stationsalltag intensiver Versorgung und Unterstützung durch das Pflegepersonal – oder hätte solch einer intensiven Pflege und Betreuung bedurft, ist angesichts der gewonnenen Einblicke in die pflegerischen Standards auf Pavillon 15 zu mutmaßen. Diese Pflegepraxis wirft die Frage auf, inwiefern ständige „Bettruhe“, großteils fehlende Mobilisierung, die beschriebenen Praktiken der Essensverabreichung u.a.m. beispielsweise das Entstehen von Lungenentzündungen begünstigt haben könnte. Auch lassen Einträge in den Krankengeschichten der betroffenen Personen als auch in den Obduktionsprotokollen vermerkte Decubitus (Druck- bzw. Wundliegegeschwüre) wiederholt auf mangelhafte Pflege und Mobilisierung bettlägriger Kinder und in der Regel fehlende physiotherapeutische Maßnahmen schließen. Das Auftreten hypostatischer Pneumonien, verursacht durch schlechte Belüftung und Durchblutung der unteren Lungenfelder bei fehlender Bewegung in Bettruhe, dürfte verantwortlich für eine große Zahl der Todesfälle auf Pavillon 15 gewesen sein, die auch durch eine in der letzten Akutphase durchgeführte antibiotische Therapie nicht verhindert werden konnten.

Auffällig ist zudem, dass in den Obduktionsprotokollen häufig starkes Untergewicht vermerkt wurde. Das Spektrum der Einträge hinsichtlich des Ernährungszustandes reicht von „mäßig guter Allgemeinzustand“, „mäßig guter Körperbau“, „reduzierter Allgemeinzustand“, „reduzierter Ernährungszustand“, „herabgesetzter Allgemeinzustand“ bis zu „kachektisch“ (sehr stark abgemagert, ausgezehrt) und „hochgradig kachektisch“. Ein guter Ernäh-

rungszustand wurde in den Obduktionsprotokollen hingegen selten vermerkt. In den Krankengeschichten wiederum finden sich kaum Einträge, die auf Bemühungen und Maßnahmen schließen lassen, den schlechten Ernährungs- und damit verbundenen Allgemeinzustand zu verbessern. Die aus den Interviews mit ZeitzeugInnen gewonnenen Einblicke deuten insbesondere bei den als die „schlechten Kinder" im Erdgeschoß bezeichneten PatientInnen Missstände bei der Essensverabreichung an (vgl. Kap. 7.2), durch die manche Kinder zusätzlich körperlich geschwächt worden sein dürften. Bei einem allgemein geschwächten Gesundheitszustand und Immunsystem (s.u.), die in großem Ausmaß als Hospitalismussymptome infolge der Unterbringung zu betrachten sind (vgl. Finzen 1974; Spitz 1985), hat eine zusätzliche Lungenentzündung häufiger einen tödlichen Ausgang als bei gesunden Menschen. So ist dem aktuellen Forschungsstand zufolge der „letale Ausgang (…) in etwa der Hälfte der Fälle anderen Grunderkrankungen zuzuordnen" (Ramsthaler/Verhoff et al. 2013:243). Zudem weisen an Pneumonie erkrankte Personen, die in Pflegeheimen untergebracht sind, im Vergleich zu ambulant betreuten PatientInnen ein deutlich höheres Sterberisiko auf. Solch ein „nursing home setting" gilt „(a)ls eigener Risikofaktor" (ebd.:246).

Die gewaltsamen Ausspeisungspraktiken – u.a. bei PatientInnen mit Schwierigkeiten beim Schlucken der Nahrung – verdienen im Zusammenhang mit der häufigsten Todesursache Lungenentzündung noch weitere Erörterungen. Sie legen die Hypothese nahe, dass dadurch die Wahrscheinlichkeit einer „Aspirationspneumonie" (Ramsthaler/Verhoff et al. 2013:250) beträchtlich erhöht wurde. Damit ist die „Entstehung einer Pneumonie im Zusammenhang mit Aspiration v.a. von Mageninhalt und Speisebrei" (ebd.), d.h. durch Eindringen solcher Substanzen in die Atemwege, bezeichnet. Der Abklärung der Frage, ob solch ein Zusammenhang bestehen könnte, kommt bei forensischen Untersuchungen einerseits große Bedeutung zu. Andererseits – so die zitierten ExpertInnen der Rechtsmedizin – sei im Rahmen solch einer Untersuchung generell schwer zu klären, ob solch eine Aspirationspneumonie durch medizinische oder pflegerische Fehlleistungen bewirkt worden ist oder andere Ursachen hat. In Verknüpfung mit den rekonstruierten Pflegeroutinen liegt im konkreten Untersuchungszusammenhang die Hypothese nahe, dass diese Praktiken neben anderen Pflegeversäumnissen (s.o.) in manchen Fällen die Entstehung einer Lungenentzündung befördert haben dürften. In manchen Obduktionsprotokollen ist auch „Fremdmaterial" in der Lunge festgehalten (s.u. exemplarische Fallrekonstruktion). Zunächst wurde den PatientInnen mit erhöhter Aspirationsgefahr aufgrund einer Behinderung in den seltensten Fällen (wenn überhaupt) genug Zeit zum und Unterstützung beim Essen und Trinken gegeben (verstärkt wurde dies sicher auch durch die

zu geringen Personalressourcen). Die von ZeitzeugInnen berichteten gewalttätigen Essensverabreichungen legen zudem nahe, dass eine Aspiration von Speisebrei durch die ‚Techniken' des Pflegepersonals manchmal auch aktiv verursacht worden sein könnte, auch wenn sich direkte Zusammenhänge zwischen solchen Pflegepraktiken und dem Versterben konkreter PatientInnen auf der zur Verfügung stehenden Datenbasis im Nachhinein nicht zuverlässig herstellen lassen.

Gerichtsmedizinische Untersuchungen aufgrund ungeklärter Todesursachen fanden nur in drei der 76 Fälle, die aus den Obduktionsbüchern eruiert wurden, statt. Ein ehemaliger Prosektur-Mitarbeiter erinnert die Anzeigepraxis des Primars der Prosektur am Psychiatrischen Krankenhaus Baumgartner Höhe wie folgt:

> B: „Der Primarius Hackl war ein lieber Kerl, da gibt's nichts. Der war wie ein Vater, so auf die Art."
> I: „War er da sehr streng in der Praxis des Anzeigens von ()-
> B: „Nein, nein, nein, er war da sehr sehr einsichtig, wenn er dann mit den Abteilungen gesprochen hat oder irgendwie, dann hat man das halt irgendwie geschaut. Aber es hat eben Fälle gegeben, da ist nichts anderes übrig geblieben, als dass man sie angezeigt hat. Aber es hat keine Konsequenzen gegeben, nie und nimmer."
> I: „Also es ist Ihnen überhaupt nichts in Erinnerung, dass irgendwann einmal ein Verfahren (B: Nein, dass da irgendeine Verbesserung-) sich angeschlossen hätte oder-"
> B: „Nein, nie. Da hat man vielleicht einmal die Krankenschwester kurz einmal suspendiert oder meistens die kleinen, sowieso, wenn irgendwas gewesen wäre." (IP54_P:130ff.)

Die entsprechenden Dokumentationen der gerichtsmedizinischen Untersuchungen konnten nicht gefunden werden und standen auch über Anfrage bei den jeweiligen gerichtsmedizinischen Stellen nicht zu Verfügung, da sie offensichtlich skartiert worden waren. Über weitere Untersuchungen in diesen Fällen konnte nichts in Erfahrung gebracht werden.

14.2. Exemplarische Fallrekonstuktionen

Folgende Fallbeispiele sollen detailliertere Einblicke in unterschiedliche Unterbringungsverläufe von Kindern und Jugendlichen und – soweit rekonstruierbar – die Umstände ihres Todes ermöglichen:

Fallrekonstruktion 1 zu Anita F. (Name anonymisiert): Das Mädchen wurde 1967 mit elf Jahren aufgrund einer Zunahme von störenden Schreinanfällen, so das ärztliche „Parere“,[217] mit der Diagnose „schwerer Cerebralschaden mit Tetraplegie, Idiotie, cerebrale Krämpfe, foetale Encephalopathie“ von der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder auf Pavillon 15 des PKH transferiert. Sie war dort offenbar im Alter von zwei Jahren stationär aufgenommen worden und hatte bereits neun Jahre stationäre Unterbringung hinter sich. Dem „Anstaltsparere“ von Andreas Rett ist lediglich eine als erfolglos bewertete medizinische und physikalische Therapie (Unterwassermassagen) zu entnehmen. Der Ernährungszustand des als „vollkommen pflegebedürftig“ kategorisierten Mädchens war bereits bei der Aufnahme auf Pavillon 15 als bedenklich eingestuft worden und scheint sich während ihrer zweijährigen Unterbringung am „Kinderpavillon“ nicht verbessert zu haben. Den Aufzeichnungen der Krankengeschichte sind keinerlei Bemühungen um persönliche Zuwendung und Förderung zu entnehmen, vielmehr wird wiederholt festgehalten, dass sich Anita „in ständiger Bettruhe“ (KG121b_S:20.10.1968) befand. Mehrfach finden sich auch Eintragungen zu Erkältungen, Husten und Bronchitis in der Krankenakte.

Am 27.03.1969 wurde ein Krampfanfall („Verkrampfen des Gesichtes u. der Hände, teilweise auch klon. Krämpfe des gesamt. Körpers“ – ebd.) in der Krankenakte vermerkt, einen Tag danach ist hohes Fieber und Bronchitis verzeichnet. Drei Tage später findet sich der Eintrag: „keine Nahrungsaufnahme, geringe Flüssigkeitsaufnahme“, erstmals ist auch eine Lungenentzündung diagnostiziert. An diesem Tag erfolgte eine formelle briefliche Benachrichtigung der Direktion an die Eltern, dass bei ihrer Tochter „leider eine bedenkliche Verschlimmerung“ eingetreten sei – es handelte sich dabei um ein vorgedrucktes Standardkärtchen, in das lediglich der Name des Patienten bzw. der Patientin und das aktuelle Datum eingesetzt wurde. Offensichtlich haben die Eltern diese Verständigung nie erhalten, sie kam mit dem Vermerk „unbek. verz.“ zurück. Zwei Tage später, am 02.04.1969, ist in der Akte zu lesen, dass das Mädchen 39 Grad Fieber habe und in schlechtem Allgemeinzustand, „nicht ansprechbar“ sei und sich in „vollkommen passive(r) Lage. (…) Stat. Moribundus“ befände.

Anita F. verstarb noch am selben Abend. Um 19:15 h steht als letzter Eintrag in der Akte: „Exit. letal., Diag.: Cerebrale Kinderlähmung, Tetraplegie, Idiotie, cerebrale Krämpfe, Pneumonie, Bronchit., Kreislaufversagen“ (ebd.).

---

[217] „Parere“-Gutachten von Rett vom 24.02.1967 (der Krankenakte beiliegend), vgl. auch Aufnahmeprotokoll auf Pav. 15 (KG121b_S).

Auch die Todesursache dürfte in erster Linie in den diagnostizierten Behinderungen gesehen worden sein, die völlig inadäquaten Lebens- und Betreuungsumstände des Mädchens finden nicht in geringster Weise Beachtung. Die pathologisch-anatomische Diagnose im Obduktionsprotokoll hält „Pneumonia lobularis" und „Tracheobronchitis purulenta" bzw. beim Detailergebnis der Lungenuntersuchung „Bronchopneumonie"[218] fest. Der Ernährungszustand des Mädchens wird bei der Obduktion als „kachektisch", also sehr stark abgemagert, eingestuft. Wie aus der Krankengeschichte ersichtlich ist, wog Anita F. bei der Aufnahme 16,5 kg bei einer Größe von 115cm. Bei ihrem Tod, zwei Jahre später, wog sie 16 kg, sie scheint zudem in der Zeit ihrer Unterbringung auf Pavillon 15 nicht gewachsen zu sein.

Fallrekonstruktion 2 zu Manuela S. (Name anonymisiert): Der Tod des dreieinhalbjährigen Mädchens Anfang der 1970er Jahre wurde zunächst zur gerichtsmedizinischen Obduktion angezeigt, das Verfahren dann aber eingestellt: Bei der Aufnahme des Mädchens auf Pavillon 15 im Oktober 1970 wurden „Idiotie bei schweren Cerebralschäden" und „cerebrale Krämpfe" diagnostiziert. Laut Anhaltebeschluss des Bezirksgerichts Innere Stadt sei sie „nicht kontaktfähig" und zeige „keine geistige noch statische Entwicklung", weshalb sie als „Dauerpflegefall zu betrachten" sei.[219] Sie verstarb am 15.03.1972, in der Krankenakte ist dazu folgender Vermerk festgehalten:

> „Um 22.30 h wurde das Mädchen in ihrem Bett unter dem Pat. (Name anonymisiert, Anm. d. Verf.) tot aufgefunden; der Pat. (…) lag mit seinem Körper so auf dem Mädchen, daß diese erstickte. Pat. (…) ist von seinem Bett in das der (Vorname des verstorbenen Mädchens, Anm. d. Verf.) geklettert." (KG113b_S:15.03.1972)

In der Folge wurde aufgrund des Verdachtes eines gewaltsam herbeigeführten Erstickungstods eine gerichtliche Obduktion beantragt. Der vom zuständigen Pavillonsarzt verfasste „Bericht über ein außergewöhnliches Ereignis auf dem Kinderpavillon" (ebd.:16.03.1972) an die Direktion des PKH versucht den Todesfall zu erklären und medizinische als auch pflegerische Säumnisse auszuschließen:

> „(…) Die beiden diensthabenden Schwestern, die im neben diesem Kinderzimmer befindlichen Raum den Nachtdienst versahen, konnten keinerlei Ge-

---

[218] Vgl. Obduktionsprotokoll Nr. 350 vom 03.04.1969; auf Blatt 2 des Protokolls ist genau genommen „Bronchopneunie" festgehalten, es kann sich dabei aber nur um einen Tippfehler handeln.

[219] Beschluss des BG Innere Stadt zur pflegschaftsbehördlichen Genehmigung der Anhaltung vom 18.12.1970, KG113b_S.

> räusche, die auf ein Hinüberklettern des Pat. (Nachname des Buben, Anm. d. Verf.) in das danebenstehende Bett des Mädchens hingewiesen hätten, wahrnehmen. Zu diesem tragischen Vorfall darf bemerkt werden, dass wiederholt Kinder in die danebenstehenden Betten zu den anderen Pat. klettern, wie dies auch bei normalen Kindern der Fall ist. Infolge des hochgradigen Schwachsinns (mit fehlendem Sprachvermögen) war (Vorname des verstorbenen Mädchens, Anm. d. Verf.) anscheinend zu einer adäquaten Reaktion (Schreien, Abwehr) nicht in der Lage." (ebd.)

Der Grund dafür, dass der Vorfall von den beiden diensthabenden Schwestern nicht rechtzeitig bemerkt wurde, wird klar in der Behinderung des Mädchens verortet. Bemerkenswerter Weise ist in dem Schreiben auch ausgeführt, dass die Schwestern sowohl um 22:00 h als auch um 22:30 h, als der Tod des Mädchens bemerkt wurde, einen Kontrollgang durchgeführt hätten. Auf Basis der erschlossenen Daten zur Pflegepraxis erscheint ein Kontrollrhythmus im 30-Minuten-Abstand außergewöhnlich oft. Dem Obduktionsprotokoll ist zu entnehmen, dass die Leiche des Mädchens „ursprünglich zur gerichtsmedizinischen Obduktion angezeigt" worden war, jedoch von der Staatsanwaltschaft zur Beerdigung freigegeben und eine „gerichtsärztliche Öffnung der Leiche (…) nicht vorgenommen" wurde.[220]

Fallrekonstruktion 3 zu Renate H. (Name anonymisiert): Ein weiterer Todesfall, der zur gerichtsmedizinischen Untersuchung angezeigt wurde, ereignete sich ein Jahr später am 23.05.1973. Die Krankenakte des zum Todeszeitpunkt 13-jährigen Mädchens, es soll hier Renate H. genannt werden, konnte allerdings im Rahmen der gegenständlichen Studie im Archiv des OWS nicht mehr gefunden werden. Wohl aber fand sich das Obduktionsprotokoll des PKH, dort ist „Fraglicher Erstickungstod" festgehalten. Als klinische Diagnose findet sich zudem „Schwere geistige Entwicklungshemmung. Encephalopathie. Taubstummheit. Erethismus" vermerkt. Weiter ist zu erfahren, dass die Leiche am 25.5.1973 zur gerichtsmedizinischen Obduktion abgeholt worden sei. Beigefügt findet sich auch eine Kopie der Staatsanwaltschaft, die mit 24.05.1973 diese „gerichtsärztliche Öffnung der Leiche" (ebd.) angeordnet hatte.[221]

Der Fall fand knapp eine Woche später auch mediale Aufmerksamkeit: Am 29.05 1973 veröffentlichte die Arbeiterzeitung (AZ) einen Beitrag mit dem Titel „Steinhof – Kind tot in der Schutzjacke". Dem Bericht zufolge war Renate H. „vergangenen Mittwoch gegen 4.30 Uhr vor ihrem Bett tot aufgefunden" (ebd.) worden. Die Jugendliche hatte Strangulationsspuren am Hals,

---

220 Schreiben vom 17.03.1972, vgl. Obduktionsprotokoll Nr. 363 vom 16.03.1972.

221 Vgl. Obduktionsprotokoll Nr. 572/73 vom 23.05.1973.

„die möglicherweise von der Schutzjacke herrühren, die sie während der Nacht getragen hat“ (ebd.). Die Polizei sei verständigt und das Mädchen in das gerichtsmedizinische Institut des Landesgerichtes Wien überstellt worden. Die im Artikel aufgeworfenen Fragen, „ob die Schutzjacke (…) zu fest zugeschnürt war“ und „ob eine Schwester ihre Aufsichtspflicht vernachlässigt“ habe, sollte die Obduktion klären. Zwei Tage später berichtete die AZ in einem Kurzbericht vom Ergebnis der gerichtsmedizinischen Obduktion: „Deutliche Druckspuren am Brustkorb und Stauungen am Hals, Tod durch Atembeschwerden.“ Allerdings sei die „Schutzjacke“ beim Eintreffen der Polizei am Pavillon „nicht mehr greifbar“ gewesen, da sie bereits zur Wäsche gegeben worden war.[222] Der AZ gegenüber habe der ausführende Pathologe nachträglich betont: „Ich kann es mir nicht erklären.“ (ebd.)

Zwei ehemalige Lehrkräfte der Heilstätten(sonder)schule auf Pavillon 15 erinnerten sich im Interview an diesen Todesfall: Eine berichtete davon, die oben zitierte mediale Berichterstattung angestoßen zu haben, auch wenn sie den Vorfall nicht direkt beobachtet habe: „Aber mit Sicherheit hat mich das so beunruhigt, dass ich mir gedacht habe, man muss was tun. Offiziell geht nicht, man geht zu einer Zeitung.“ (IP63_P:280) Unter den Lehrkräften habe sie einerseits „eine gewisse Angst oder Unsicherheit“ wahrgenommen, aber „man hält still, sicher“ (ebd.:297). Die zweite Interviewpartnerin erzählte im Gespräch, sie sei angesichts des ungeklärten Todes von Renate H. auf die Polizei gerufen worden. Jedoch habe sie keine eigenen Beobachtungen mitteilen können, da sich der Todesfall in der Nacht ereignete. Sie äußerte im Interview die Möglichkeit, dass eine andere Beschränkungsmaßnahme als die Zwangsjacke für den Tod des Mädchens verantwortlich gewesen sein könnte:

> „Wir haben ja immer so- bei uns hat es Bandlhosen geheißen. Das waren so Latzhosen blaue und die sind dann so irgendwie gebunden worden. Und wenn ein Kind sich selbst beschädigt hat in der Nacht, dann sind die Hände so dazu gebunden worden. Also so soll es gewesen sein. (…) Na ja, wenn ich die Hände so habe und das tobt herum oder das verrutscht sich, es kann alles passieren.“ (IP21_P:84ff.)

Der Erinnerung dieser ehemaligen Lehrerin zufolge sei die damals zuständige Krankenschwester wegen falscher Zeugenaussage verurteilt worden (IP21_P:286). In staatsanwaltschaftliche bzw. gerichtliche Unterlagen konnte im Verlauf dieser empirischen Studie keine Einsicht genommen werden, da

---

[222] AZ vom 31.5.1973: „Debile starb an Atembeschwerden. Schutzjacke war in der Wäsche als die Polizei kam.“

die entsprechenden Akten laut Auskunft des zuständigen Gerichts nicht mehr vorhanden waren (vgl. Kap. 28).

Die in Kapitel 8 beschriebenen Erfahrungen von Personen, die einst selbst auf Pavillon 15 in einer Zwangsjacke freiheitsbeschränkt worden waren und dabei unter großen Erstickungsängsten litten, lässt einen dadurch verursachten Erstickungstod durchaus möglich erscheinen. In einer ausführlicheren Reportage des AZ-Journals einen Monat nach dem Todesfall findet sich noch eine Begründung für die erfolgte Freiheitbeschränkung angeführt:

> „(Name des Mädchens, Anm. d. Verf.) … soll den Schwestern auf die Nerven gegangen sein, weil sie gern herumtanzte. In der Nacht neigte sie dazu, umherzugeistern. Das sagt eine Mitpatientin. Deshalb kam sie in die sogenannte Schutzjacke, in der sie, so die offizielle Version, erstickt sein soll." (AZ-Journal, 30.06.1973:8)

Diese vermuteten Gründe für das Anlegen der Zwangsjacke erscheinen unter Berücksichtigung der nun gewonnenen Forschungsergebnisse zu den freiheitsbeschränkenden Praktiken auf Pavillon 15 sehr realistisch, auch wenn sie sich für den konkreten Fall nicht eindeutig nachweisen lassen.

Fallrekonstruktion 4 zu Ernst T. (Name anonymisiert): Die Krankengeschichte eines 1972 mit sechseinhalb Jahren ebenfalls von der "Rett-Klinik" auf Pavillon 15 transferierten Buben, bei dem „Oliogophrenie bei praenatalenem Cerebralschaden, Erethismus, Schwerhörigkeit" diagnostiziert wurde, zeigt einen wechselhaften Verlauf: Die überwiegende Zeit der über 10 Jahre gehenden Unterbringung von Ernst T. auf Pavillon 15 lässt sich die übliche Gleichgültigkeit und Vernachlässigung in der medizinisch-pflegerischen Versorgung erahnen. Ab Ende der 1970er Jahre bis zum Tod im Frühjahr 1982 werden wechselnde, teilweise auch intensivere Bemühungen des Personals, seinen Allgemein- und Ernährungszustand zu verbessern, erkennbar, wie nachfolgende ausführlichere Fallrekonstruktion aufzeigt:

Bereits bei der Aufnahme wurde festgehalten, dass der Bub „im offenen Bett nicht haltbar" (KG4a_S:11.02.1972) sei. Wiederholte Einträge in der Krankenakte weisen darauf hin, dass Ernst T. über viele Jahre regelmäßig „wegen hochgradiger Unruhe u. auch Aggressivität fast den ganzen Tag im Netzbett" (ebd.:19.07.1979) gehalten wurde. Darüber hinaus finden sich viele Verletzungen eingetragen, die teils als selbstverursacht, teils als von anderen PatientInnen zugefügt festgehalten sind. Die wichtigste Funktion der Einträge scheint darin zu liegen, die Handlungen des Personals als korrekt auszuweisen und ein Fremdverschulden auszuschließen. Ab Mai 1973, d.h. gut ein Jahr nach der Einweisung, finden sich zudem erstmals Einträge, dass der Patient fast jede Mahlzeit erbreche und Verdacht auf „psychisch bedingte Rumination" (KG4a_S:25.05.1973) bestehe. Er esse das Erbrochene wieder

und habe 6 Kilogramm Körpergewicht verloren. Zudem trinke er Badewasser und Wasser aus dem Klo und erbreche anschließend heftig. Aufgrund andauernden Erbrechens nehme der Bub weiter an Gewicht ab, so ist über viele Jahre in der Krankenakte festgehalten, ohne dass – abgesehen von sedierenden Medikamenten – irgendwelche Bemühungen erkennbar werden, dagegen etwas zu unternehmen. Es findet sich nachfolgend auch kein direkter Vermerk auf psychische Ursachen der Symptome mehr, obwohl die festgehaltenen Beschreibungen dies sehr wahrscheinlich machen.

Erst ab Mitte 1979 sind in der Krankenakte Anstrengungen verzeichnet, beim nunmehr Jugendlichen über feste bzw. „eingedickte" Nahrung das Erbrechen zu verringern und so eine Gewichtszunahme zu erreichen – offenbar teilweise, aber nicht immer mit Erfolg. In der ersten Jahreshälfte findet sich auch eine bemerkenswerte Gewichtsschwankung auf 40 kg im März bis Mai 1979 in der Krankenakte vermerkt. Danach sank das Gewicht wieder rapide auf schlussendlich 28,5 kg zum Jahresende. Zur ersten Jahreshälfte finden sich allerdings keinerlei Eintragungen in der Krankengeschichte, sodass die Gründe für die Schwankung völlig unklar sind. Am 15.01.1980 sind erstmals die Überlegung in der Krankenakte vermerkt, den Patienten mittels Sonde zu ernähren. Kurze Zeit später wurde er „wegen zunehmender Austrocknung und Rumination" (ebd.:19.03.1980) für knapp drei Monate auf die „psychosomatische Station" (so die Bezeichnung in der Akte) des Wilhelminenspitals verlegt. Konkret handelte es sich um die „Interne Kinderabteilung mit Psychosomatik" des Wilhelminenspitals, wo durch künstliche Ernährung eine Gewichtssteigerung um drei Kilogramm auf nunmehr 27,5 Kilo Körpergewicht erreicht werden konnte. Im Befund der Abteilung ist zugleich festgehalten: „Die stationäre Betreuung gestaltete sich äußerst schwierig, da das Ruminieren kaum zu durchbrechen war." (ebd.) Im gesamten Schreiben der Abteilung ist kein Hinweis auf eine psychologische Betreuung des Jugendlichen zu finden, obwohl es sich um eine psychosomatische Station handelte. Neben der Ernährung mit Magentropfsonde ist lediglich medikamentöse Behandlung vermerkt: „(…) und sedierten ihn mit Melleril retard (150-150-100mg) und Valium (2x10 mg). (…) Vorübergehend erhielt der Patient auch Truxal 30mg im." (ebd.)

Bei der Rückkehr des Jugendlichen auf Pavillon 15 wurde laut Akteneintrag die Betreuung durch einen Erzieher beschlossen (ebd.:09.06.1980), was sofortige positive Wirkung gezeigt haben dürfte:

> „(Vorname des Patienten, Anm. d. Verf.) in eine Gruppe gebracht und dort vom Erzieher (…) mit anderen Kindern betreut. Weniger Erbrechen! (…) Sein Gewicht vor der Transferierung[223] 27 kg, jetzt 32 kg!!“ (ebd.:26.06.1980)

Drei Wochen später wurde ein „wesentlich besseres Zustandsbild“ in der Akte vermerkt, der Jugendliche suche Kontakt und gehe häufig mit dem Erzieher spazieren, tagsüber sei er „die meiste Zeit aus dem Bett, bricht weniger. Spiel mit dem Hüpfball“ (ebd.:14.07.1980). Zwischen August und September 1980 lässt sich aber wieder eine Veränderung zum Schlechteren erahnen: Stand am 12.08. noch „Fortsetzen der Therapie, kein Erbrechen“ vermerkt, so ist am 1. September wieder regelmäßiges Ruminieren festgehalten. Bemerkenswerter Weise wird ab diesem Zeitpunkt auch der Erzieher nicht mehr in der Akte erwähnt. Die Abwärtsspirale von Erbrechen und Gewichtsverlust beginnt sich nun wieder zu drehen. Ein psychologischer Befund vom Oktober 1980 kommt zu einem sehr negativen Ergebnis: Dem Jugendlichen wird in knapp-distanzierten Worten das niedrigste „Sozialalter“ innerhalb seiner „Fördergruppe“ bescheinigt, auch wurden keinerlei Therapievorschläge vermerkt. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass der Patient daraufhin wieder zu den „Pflegefällen“ zurückverlegt worden sein könnte, allerdings findet sich in der Akte kein entsprechender Vermerk. Am 19. Jänner 1981 kommt es zum neuerlichen Transfer auf die „psychosomatische Station“ am Wilhelminenspital, wo drei Wochen später im Entlassungsbefund „Sedative Therapie wie bisher“ festgehalten wird (ebd.:09.02.1981). Nach einer kurzen Beruhigung der Situation verschlechtert sich der Gesundheitszustand weiter und der Patient verliert massiv an Gewicht auf 17 Kilo Ende 1981.

Ungefähr zu dieser Zeit existieren auch Erinnerungen einer ehemaligen Pflegekraft auf Pavillon 15 an den Jugendlichen. Sie lassen das Nebeneinander der herkömmlichen Pflegepraxis und eines neuen Engagements für die Kinder und Jugendlichen in dieser Zeit auf Pavillon 15 sichtbar werden, ohne dass sich aber letzteres breiter und systematischer etablieren konnte:

> „Und er hat das also wie viele andere halt auch gekriegt, indem er das Flascherl ohne Schnuller mit dem Babybrei-, liegt am Rücken und dann leert man das mit drei Mal so Schwupps hinein in das Kind und dann schluckt man das halt

[223] Es scheint sich um einen Vergleich mit dem im Februar 1980 in die Gewichtstabelle eingetragenen Körpergewicht des Jugendlichen zu handeln. Möglicherweise ist hiermit aber auch die Verlegung innerhalb des Pavillons zur Bubengruppe im ersten Stock gemeint, dies geht jedoch aus der Krankengeschichte nicht direkt hervor. Die Gewichtssteigerung wäre dann allerdings tatsächlich enorm für diese kurze Zeitspanne.

> irgendwie. Er hat das immer runtergeschluckt, hat sich aufgesetzt und gespieben.“ (IP7_P:59)

Die Pflegemitarbeiterin berichtet anschließend im Interview von ihren Bemühungen, den Jugendlichen über löffelweise verabreichten eingedickten Brei zu ernähren, was der Erinnerung gemäß nach Anfangsschwierigkeiten auch erfolgreich war:

> „Und da hat er den ersten Löffel gekriegt. Ich hab ihn immer mitgenommen und hab Kinder gebadet und dann wieder einen Löffel. Und es hat natürlich- zwei Löffel hat er drinnen gehabt, also genug Substanz zum Speiben, und der hat natürlich sofort gespieben. Dann hab ich ihn (…) auf den Boden hingesetzt, hab ihm das gezeigt, festgehalten, weil sonst hätte er das Gespiebene gleich wieder weggeschlürft, hab gesagt so, schau her, hab das so aufgewischt, damit er sieht, um was es geht, bin mit ihm in die Küche gegangen, hab den Brei genommen und in den Saukübel gelernt. So, weg, das war's. Hab ihn wieder in seinen Stuhl hineingesetzt, hab ihn wieder mitgenommen. Zu Mittag wieder das Gleiche gemacht, das Essen ist drinnen geblieben. (…) Und das ist drinnen geblieben, war überhaupt kein Thema, nachdem er mal gecheckt hat, dass er sonst gar nichts kriegt. (…) Und das hab ich dann halt auch bei der Visite gesagt, dass das drinnen bleibt, ja ja, ja ja, es war nicht einmal der Auftrag da, dass das andere auch so machen müssen.“ (ebd.)

In der Krankenakte ist für September 1981 vorübergehend eine leichte Verbesserung vermerkt, es wurde versucht, die Sonde abzusetzen, was kurze Zeit auch erfolgreich gewesen sein dürfte. Zugleich ist festgehalten: „Wird von willigem Pflegpersonal innerhalb der Anstalt spazierengeführt.“ (KG4a_S:15.09.1981)

Am 07.01.1982 findet sich der Eintrag: „Pat. verfällt zusehends“, es folgen Einträge, die eine weitere Verschlechterung erkennen lassen. Versuche, mittels Sondenernährung den schlechten physischen Zustand des Buben zu verbessern oder zu stabilisieren, bleiben erfolglos. Im Februar 1982 ist erstmals „regelmäßiger Besuch der Mutter“ festgehalten, bisher war bestenfalls sporadischer Besuch vermerkt. Ab März 1982 kam ein bakterieller Infekt hinzu, der Zustand verschlechterte sich in der Folge stark. Am 14.04.1982 verstarb der knapp 17-jährige Jugendliche mit der Diagnose „Pneumonie“ (KG4a_S). Im Obduktionsprotokoll ist ergänzend „Leberfunktionsschaden und Marasmus“ (= Protein- bzw. Energiemangel, der zum Abbau aller Energie und Eiweißreserven führt) als Todesursache angeführt. Zudem finden sich dort nähere Angaben zur Art der Lungenentzündung – die Beschreibungen deuten auf eine Aspirationspneumonie hin, auch wenn der Begriff nicht direkt verwendet wird: „Riesenzellpneumonie vom Fremdkörpertyp“ bzw.

„in der Lunge Gruppen von Riesenzellen vorwiegend vom Fremdkörpertyp, manchmal mit Einlagerung von koerperfremdem Material (…)“[224]

Im Unterschied zu den ersten drei rekonstruierten Fällen zeugen die ab Ende der 1970er Jahre sprachlich mitunter empathischer formulierten Einträge in der Krankenakte von gewissen Bemühungen um den Jugendlichen. Dies lässt sich auf erste Verbesserungsansätze in medizinischer als auch pflegerischer Hinsicht in dieser letzten Periode des Bestehens des „Kinderpavillons“ zurückführen. Auch vereinzelte Überlegungen über die Bedeutung positiver Beziehungen und konstanter Kontakte zu Bezugspersonen sind erstmals erkennbar. Allerdings war man auf der Betreuungsebene nicht in der Lage, diese Überlegungen in der Praxis hinlänglich wirksam werden zu lassen und beispielsweise dem Jugendlichen die persönliche Zuwendung bzw. Beziehung zu einer beständigen Bezugsperson zu bieten, die er vermutlich gebraucht hätte. Am beschriebenen Fallverlauf lässt sich exemplarisch die Unzulänglichkeit und fehlende Nachhaltigkeit dieser ersten Verbesserungsbemühungen ablesen: Sie reichten nicht aus, um dem Jugendlichen ein Überleben zu ermöglichen.

14.3. Gehirnuntersuchungen durch Heinrich Gross

Die Leichen der auf Pavillon 15 verstorbenen Kinder und Jugendlichen wurden an die Prosektur der Anstalt überstellt. Die Gehirne sind mehrheitlich eigens präpariert und zur neuropathologischen Untersuchung weitergegeben worden, in den Sterbeprotokollbüchern der Prosektur war häufig vermerkt, dass sie an das „Neurohistologische Labor“ oder das „Neuropathologische Institut“ (insgesamt 17 Vermerke) bzw. an das „LBI“ (s.u. – 14 Vermerke) oder „ad Gross“ (11 Vermerke) gingen. In etlichen der vorliegenden Obduktionsprotokolle aus den Jahren 1963-1977 wurde ebenfalls ausdrücklich festgehalten, dass Gehirne von Verstorbenen an Primarius Heinrich Gross bzw. an das von ihm geleitete Ludwig Boltzmann-Institut (LBI) zur Erforschung der Missbildungen des Nervensystems übergeben wurden. Andere ÄrztInnen, die weitere Untersuchungen an den Gehirnen durchführen sollten bzw. wollten, sind nicht genannt. Die Formulierungen lauteten: „Das Gehirn, das Rückenmark und Teile aus dem peripheren Nervensystem werden zur weiteren Untersuchung durch das Boltzmann-Institut in Formol fixiert.“ (Obdukti-

[224] Vgl. Obduktionsprotokoll SPN 0304/82 vom 15.04.1982.

osprotokoll 115/75 vom 18.1.1975) Oder: „Das Gehirn wird zur Gänze in Formol fixiert, mitfixiert werden Teile aus sämtlichen parenchymatösen Organen und endokr. Drüsen u. Herrn Prim. Dr. Groß[225] zur weiteren Untersuchung überlassen." (Obduktionsprotokoll Nr. 2 vom 2.1.1963). Oder: „Das Gehirn das Rückenmark und Teile aus den (sic!) peripheren Nervensystem werden zur weiteren Untersuchung durch Herrn Prim. Dr. Groß in Formol fixiert." (Obduktionsprotokoll 53/72 vom 10.1.1972)

An die Entnahme, Aufbewahrung sowie an die weitere Verwendung der bei den Obduktionen entnommenen Gehirne durch Heinrich Gross in den 1970er Jahren erinnert sich der oben zitierte ehemalige Mitarbeiter der Prosektur:

> B: „(…) und kurze Zeit darauf später ist der Primarius Dr. Gross persönlich vorstellig geworden, weil er im Hause selbst in der Pathologie ja, meistens am Abend dann, die Gehirne obduziert hat."
> I: „Also er ist dann selber, auf Mitteilung aus der Prosektur, dass-„
> B: „Na ja, er hat angekündigt, er kommt heute vorbei, das und das möchte er gerne haben und das wird hergerichtet. Und dann ist eben seine Oberärztin gekommen, die Frau Oberarzt Kaltenbäck, die ja jahrzehntelang bei ihm war, (…) und die hat halt das Ganze mit ihm gemacht. Also sie hat ihm die schwierigen Sachen halt aus dem Weg geräumt und er ist nur gekommen und hat halt seine Statements oder seine wissenschaftlichen Meinungen so abgegeben. Und das wurde dann protokolliert und wurde dann befundet und fertig."
> I: „Und hat er ein spezielles Interesse noch an den Gehirnen von verstorbenen Kindern gehabt?"
> B: „Natürlich, natürlich. Es hat das Programm gegeben, 1A und 1B genannt, das waren eben Idiotie und Schwachsinn. Und diese Fälle, die ja in der Krankengeschichte ja vermerkt sind mit diesen Kürzungen, das waren immer eben diese sogenannten idiotischen Kinder."
> I: „Und die hat er bis in die 80er Jahre-"
> B: „Die hat er bis zum Schl-, die hat das Boltzmann Institut bis zu den 90er Jahren, hat es die (bearbeitet), das war eine eigene Obduktion. Da hat man zwei Stunden oder drei Stunden angesetzt und da wurde von sämtlichen Organen eben eine Histologie entnommen. Es wurde das Rückgrat entnommen, es wurde überall-"
> I: „Und aufbewahrt?"
> B: „Aufbewahrt, ja, für Untersuchungen für Missbildungen sozusagen." (…)
> I: „Und die Gehirne von erwachsenen Verstorbenen aus der Anstalt hat auch der Dr. Gross-?"

---

[225] Die Schreibweise variiert in den Akten zwischen „Gross" und „Groß", es kann sich in allen Fällen aber nur um Heinrich Gross (s. nachfolgender Absatz) handeln, wie zusätzlich durch ein Interview mit einem ehemaligen Mitarbeiter der Prosektur des PKHs bestätigt wird – vgl. IP54_P.

> B: „Die hat der Dr. Gross, wenn es in seinem Interesse oder in seinem Gebiet eben gelegen ist, dann hat er das vermerkt, ‚Gehirn ad Boltzmann', da hat man gewusst, aha, die haben ein Interesse am Gehirn sozusagen, oder es ist nichts draufgestanden, dann hat es eben- die Hausverfügung war dann."
> I: „Und wo hat er das drauf vermerkt?"
> B: „Da hat es eigene Zettel gegeben, die waren bei jeder Krankengeschichte praktisch dabei, eine Obduktionsanweisung praktisch. Und da wurde eben vom Arzt die vermutliche Todesu-, na das Ableben hingeschrieben und etwaige Fragestellungen und dann eben, was besondere Wünsche waren, eben das Gehirn bitte zur neuropathologischen Untersuchung (…)." (IP54_P:47ff.)

Heinrich Gross (1915-2005), 1941-43 Stationsleiter der Reichsauschuss-Abteilung an der Klinik „Am Spiegelgrund", war nachweislich an der Ermordung behinderter Kinder und an ihrem Missbrauch für Forschungszwecke beteiligt (vgl. Czech 2002a und b; ders. 2003). 1945 zunächst entlassen, konnte er als Arzt schnell wieder Fuß in Wiener Krankenanstalten fassen. 1955 kehrte er nach Absolvierung seiner Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Neurologie an der Nervenheilanstalt Rosenhügel auf den Steinhof zurück, wo er 1957 die Leitung der 2. Psychiatrischen Abteilung sowie des Neurohistologischen Laboratoriums übernahm. Den untersuchten Obduktionsprotokollen zufolge wurden die Gehirne der auf Pavillon 15 verstorbenen Kinder bis 1968 dem Neurohistologischen Laboratorium übergeben, in den Folgejahren dem 1968 gegründeten und unter der Leitung von Gross stehenden „Ludwig-Boltzmann-Institut zur Erforschung der Missbildungen des Nervensystems", das ebenfalls am Anstaltsgelände des Psychiatrischen Krankenhauses der Stadt Wien untergebracht war. 1981 wurde das Institut mit dem „Ludwig-Boltzmann-Institut für klinische Neurobiologie" zusammengelegt. Die Leitung teilte sich Gross bis 1989 mit dem Neurologen Kurt Jellinger, der anschließend bis 2002 alleine die Leitung innehatte.

Wie Czech und andere in zahlreichen Publikationen aufgezeigt haben, führte Heinrich Gross seine in der NS-Zeit begonnenen Forschungen an den Gehirnen von ermordeten Kindern aus der Nervenheilanstalt „Am Spiegelgrund" nach Kriegsende fort. 1959 wurde er für diese Arbeit mit dem Theodor Körner-Preis ausgezeichnet. Zwischen 1954 und 1978 publizierte er 34 Arbeiten, deren Schwerpunkte weiterhin „angeborene und frühzeitig erworbene hochgradige Schwachsinnszustände" waren. Die Veröffentlichungen entstanden teilweise gemeinsam mit dem Pathologen Franz Seitelberger, der seinerzeit am Steinhof tätigen Pathologin Barbara Uiberrak und seiner Mitarbeiterin am Neurohistologischen Laboratorium des LBI, Elfriede Kalten-

bäck,[226] sowie mit Hans Hoff (Universitätsklinik für Psychiatrie und Neurologie, Universität Wien). Eine gemeinsame Publikation liegt auch mit Andreas Rett vor.[227] Auch wenn an dieser Stelle nicht ausreichend beantwortet werden kann, in welcher Weise Gross neben den Gehirnpräparaten der „Spiegelgrund"-Opfer auch die Gehirne von PatientInnen, die auf Pavillon 15 verstarben, für seine Forschungs- und Publikationstätigkeit verwendete, erscheint solch eine Verwendung sehr wahrscheinlich. Die Obduktionsprotokolle aus der Prosektur der Anstalt belegen jedenfalls, dass über zumindest eineinhalb Jahrzehnte regelmäßig solche Gehirn- und Rückenmarkpräparate an Gross übergeben wurden. Es ist sehr naheliegend und wird auch durch obiges Interviewzitat bekräftigt, dass diese Präparate anschließend für Forschungszwecke verwendet wurden.

Es ist mit großem Nachdruck darauf hinzuweisen, dass dieser Zugriff auf „Krankenmaterial" keinesfalls ahistorisch als lediglich genuine Aufgabe medizinischer Forschung beurteilt werden kann. Dass Gross auch nach seiner Wiedereinstellung an der Heil- und Pflegeanstalt „Am Steinhof" jahrzehntelang die institutionellen Rahmenbedingungen vorfand, um seine im Zuge der „Kindereuthanasie" begonnenen Forschungen fortzuführen, ist als NS-Kontinuität zu verstehen, wenn auch aus Quellen der Zeit nach 1945 kein Verdacht auf gezielte Tötungen von PatientInnen abzuleiten ist.

Die aus dem Forschungsprojekt gewonnenen Hinweise auf personelle und institutionelle Verbindungen, nicht zuletzt zurückreichend bis in die NS-Vergangenheit, sowie die Verwertung von „Kinderhirnen" für wissenschaftliche Forschungen wurden bislang nicht ausreichend untersucht. Eine umfangreiche zeithistorische Auseinandersetzung mit Netzwerken der Wiener „Hirnforschung", ihren ProtagonistInnen und FörderInnen sowie mit ihren theoretischen und praktischen Forschungsansätzen wäre dringend nötig, um Aspekte der Österreichischen Medizingeschichte nach Ende des Zweiten Weltkriegs besser zu verstehen.

---

[226] Vgl. Personenbeschreibungen im Beitrag von Rudolf Leo in diesem Band.

[227] Vgl. Heinrich Gross/Kurt Jellinger/Elfriede Kaltenbäck/Andreas Rett, 1968: Infantile Cerebral Disorders. In: Journal of the Neurological Sciences 7, S. 551-564.

15. LEBEN NACH PAVILLON 15

Hemma Mayrhofer

Gemäß der primären Orientierung an den institutionellen Rahmenbedingungen und organisatorischen Routinen wurden die auf Pavillon 15 untergebrachten Jugendlichen überwiegend nicht dann in andere Versorgungs- und Betreuungssettings überstellt, wenn dies ihren Bedürfnissen und persönlichen Entwicklungen entsprochen hätte, sondern wenn sie ein bestimmtes Lebensalter erreicht hatten. Dieses war lange Zeit mit 14 Jahren definiert, d.h. mit Vollendung des 14. Lebensjahres wurden ‚PatientInnen' des sogenannten Kinderpavillons in den „Erwachsenenstand" versetzt, wie es im bürokratischen Terminus hieß. Erst ab den 1970er Jahren ging man gemäß den ausgewerteten Krankenakten dazu über, das Alter hinaufzusetzen, vereinzelt kam es auch schon gegen Ende der 1960er Jahre zu Überstellungen mit 15 Jahren. 1971 findet sich in den gesichteten Akten eine letzte Überstellung mit ca. 14-einhalb Jahren, dann folgen bedingt durch die Altersausweitung etliche Jahre keine Überstellungen aus Altersgründen. Für Ende der 1970er Jahre sind einige Überstellungen mit 18 Jahren vermerkt, ab 1980 dürfte generell erst mit 19 Jahren in andere Pavillons oder Einrichtungen transferiert worden sein.

In wenigen Ausnahmefällen blieben ‚PatientInnen' über das jeweils geltende Transferierungsalter hinaus auf Pavillon 15 oder kamen erst mit einem höheren Alter dorthin, etwa wenn sie als „PatientenhausarbeiterInnen" eingesetzt werden sollten. Teilweise finden sich aber auch retrospektiv nicht nachvollziehbare Sonderbehandlungen. In den Akten finden sich allerdings nur vereinzelt Hinweise auf eine Verwendung als Arbeitspflegling bzw. HausarbeiterIn (vgl. KG32a_S:1963), obwohl durch die Interviews deutlich wurde, dass darüber hinaus Personen (meist waren es Frauen) in dieser Weise am „Kinderpavillon" eingesetzt worden waren.

Insgesamt lassen sich auf Pavillon 15 hohe Verweildauern feststellen. Viele hatten zum Zeitpunkt des Transfers in einen anderen Pavillon oder der Entlassung in eine andere stationäre Unterbringung lange Jahre, teilweise auch den überwiegenden Teil ihres bisherigen Lebens, auf Pavillon 15 verbracht und waren in hohem Ausmaß durch körperliche, psychische und soziale Folgen des Aufenthaltes in dieser totalen Institution gezeichnet. Entlassungen fanden in der Regel – nicht zuletzt aufgrund unzureichender alterna-

tiver, den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen entsprechender ausgestatteter Einrichtungen und Betreuungsangebote – nicht statt, dies gilt insbesondere für die Zeit bis Ende der 1970er Jahre. Die langjährigen Unterbringungen sind auch durch die seinerzeit gültige Rechtslage begründet, der zufolge eine Entlassung als „nicht anstaltsbedürftig" nur möglich war, wenn sich eine Institution oder Familie bereit erklärte, ein Kind, einen Jugendlichen oder erwachsenen mit Behinderung aufzunehmen (Laburda 1982:71). Die gesichteten Krankenakte belegen, dass Versuche einer alternativen Unterbringung von Kindern und Jugendlichen des Pavillons 15 an andere Institutionen, wie z.B. Kinderheimen in der Regel nicht unternommen wurden. In den vereinzelten Fällen, in denen dies doch versucht wurde, blieben die Bemühungen erfolglos (vgl. beispielhaft KG14a_S). Nur ganz wenige der Kinder oder Jugendlichen wurden tatsächlich „als nicht mehr anstaltsbedürftig" aus der Anstalt entlassen. Und oft bildete Pavillon 15 nur den Auftakt zu einer lebenslangen Anstaltskarriere in der Psychiatrie, dies trifft insbesondere für Personen zu, die in der ersten Hälfte des insgesamt knapp 40 Jahre umspannenden Untersuchungszeitraums auf den „15er" kamen.

15.1. Transfer innerhalb des Psychiatrischen Krankenhauses

Die längste Zeit bedeutete das Erreichen der entsprechenden Altersgrenze für den Großteil der bislang am „15er" untergebrachten Personen, auf einen „Erwachsenenpavillon" am PKH überstellt zu werden. Da die im Rahmen dieser empirischen Untersuchung erschlossenen Krankenakten nicht als repräsentativ für die Gesamtheit der untergebrachten Kinder und Jugendlichen angesehen werden können (vgl. Kap. 2 und 5.1), lassen sich daraus auch keine validen Rückschlüsse auf die Verteilungsmuster auf andere Pavillons bzw. stationäre Einrichtungen oder die Häufigkeit und den Grund für eventuelle Entlassungen ziehen. Für die 1970er Jahre bietet aber die Dissertation von Laburda (1981) hierzu Erkenntnisse auf einer soliden Datenbasis:

> „Werden sie erwachsen, so werden die weiblichen Patienten auf alle übrigen Pavillons aufgeteilt (…). Bei den erwachsenen geistig behinderten Männern konzentriert sich die Unterbringung auf den Pavillon 18 (85% Schwachsinnszustände) und den Pavillon 16 (50% Schwachsinnszustände). In den restlichen Abteilungen beträgt der Anteil geistig behinderter Patienten zwischen 1% und 9%." (ebd.:44)

Ein zentrales Kriterium für die Zuweisung bildete das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit. Hinzu kamen andere anstaltsbezogene Faktoren, etwa freie Bet-

tenkapazitäten, wie u.a. Eintragungen in den ausgewerteten Krankenakten zeigen. Fallweise konnte es vorkommen, dass PatientInnen länger am „Kinderpavillon“ verblieben, weil auf den in Frage kommenden Pavillons keine Betten frei waren, meist handelte es sich dabei aber nur um eine kurze Zeit, d.h. ein paar Wochen oder Monate Verzögerung.

Der Wechsel der zwar alles andere als optimalen, aber dennoch gewohnten Umgebung auf Pavillon 15 häufig bedeutete eine zusätzliche Belastung. Dies lässt sich aus manchen Krankenakten indirekt erschließen, in anderen ist es auch direkt festgehalten (z.B. KG30_S:1983). In Einzelfällen dürfte die erzwungene Umstellung auch das Ableben von PatientInnen beschleunigt haben, so etwa im Falle eines beim Transfer auf Pavillon 16 bereits 19-jährigen jungen Mannes, der die knapp zehn Jahre, die er am „Kinderpavillon“ verbrachte, generell in einem schlechten Gesundheits- und Ernährungszustand, nämlich stark untergewichtig, war. Für die Phase kurz vor seiner Übersiedlung ist allerdings eine positive Entwicklung in der Krankengeschichte vermerkt, zum einen erstmals eine Gewichtszunahme und zum anderen häufiger Besuch von den Eltern, die laut Eintrag viel mit ihrem Sohn spazieren gehen. Anfang Oktober wird der Patient altersbedingt auf Pavillon 16 transferiert, in der Krankenakte ist vermerkt, dass er sich in der ungewohnten Umgebung nicht zurechtfindet und im geschlossenen Bett schlafen muss. Die Eltern, so ist zu lesen, äußern sich besorgt wegen zunehmender Selbstbeschädigungstendenzen, der Dekurs hält Erbrechen mit Verdacht auf Magenblutung fest, die Behandlungen würden sich erfolglos erweisen. Nur einen knappen Monat nach dem Transfer verstirbt der junge Mann auf Pavillon 16 (vgl. KG35a_S:1980).

Die Lebens- und Betreuungssituation auf den nach Männern und Frauen getrennten Erwachsenenpavillons stellte sich die längste Zeit, d.h. im Prinzip den gesamten Untersuchungszeitraum über, katastrophal dar, wie bereits anhand einzelner Fallbeschreibungen auf Basis von Aktenanalysen sichtbar wurde (vgl. u.a. Kap. 8.4). Die Studie von Forster/Pelikan (1978a-c) lässt dies für die 1970er Jahre umfassend sichtbar werden und es gibt keinerlei Anlass anzunehmen, dass es die Jahrzehnte vorher besser war, eher im Gegenteil. Auch in den Gesprächen mit ZeitzeugInnen werden die menschenunwürdigen Rahmenbedingungen der Unterbringung und das große Ausmaß an Vernachlässigung erkennbar:

> „Und merkwürdigerweise auf der Erwachsenenstation war es auch nicht so, dass man Personal gesehen hat, weil jetzt gerade erinnere ich mich, wir saßen ja dann oft so eine Stunde bei seinem Bett, aber ich erinnere mich nicht, dass ich da wen gesehen habe. Und ich kann mich nur erinnern, dass es eben furchtbar bedrückend war, weil ja da auch Fälle waren- er war ja einer von den Ruhigen, und also dann eben welche die nur gebrüllt haben oder die eben, ich erin-

> nere mich, mit dem Kopf gegen die Wand geschlagen haben stundenlang. Also wirklich, also muss ja furchtbar gewesen sein, es war für uns schon diese kurze Zeit, die wir dort waren, fürchterlich auszuhalten.“ (IP18_A:97; zeitl. Bezug: Ende 1960er/Anfang 1970er Jahre)

> „Im 18er war es dann ganz aus, also 18er war für mich eine- ja, eine Todeszelle. 18er kann ich mich nur an die schlimmen Sachen erinnern, also da, ich weiß gar nicht, ob wir beim 18er überhaupt raus haben dürfen oder rausgegangen sind. (…)“
> I: „Was hat denn Ihr Bruder da den ganzen Tag gemacht?“
> B: „Zwischen nichts und gar nichts, weil er hat in seinem Bett gewesen, gesessen und aus. (…) also da ist er für mich wirklich senil geworden, da war er wirklich, der ist in dem Bett drinnen und hat da herumge-, hat uns auch nimmer mehr so wirklich erkannt, nicht?“ (IP41_A:235ff.; zeitl. Bezug: Ende 1960er/Anfang 1970er Jahre)

Zahlreiche Krankengeschichten von auf anderen Pavillons untergebrachten Personen deuten noch weit bis in die 1980er Jahre durch Freiheitsbeschränkungen und Vernachlässigung dominierte Aufenthaltsverläufe an. Oft wurden die jungen Menschen zu meist wesentlich älteren Personen in häufig schwierigen Lebenssituationen gelegt, was ihren Entwicklungsmöglichkeiten ebenfalls kaum förderlich sein konnte. So ist beispielsweise in der Krankenakte einer jungen Frau, die 1981 mit 19 Jahren nach über 13 Jahren Unterbringung am „Kinderpavillon“ auf Pavillon 5 transferiert wird, festgehalten, dass sie sich dort aggressiv gegen alte Mitpatientinnen zeige, mit denen sie sich offenbar nichts anzufangen weiß. Weiter werden mangelnde Beschäftigungsmöglichkeiten beklagt und die Abgabe ins Haus der Barmherzigkeit überlegt. Die Patientin ist allerdings noch weitere 16 Jahre am PKH, bevor sie 1997 ins Haus der Barmherzigkeit entlassen wird (vgl. KG34a_S). Im Jahre 1978 beanstandete auch der Elternverein in einem Schreiben an den Stadtschulrat für Wien diese inadäquaten Unterbringungsperspektiven für auf Pavillon 15 schulentlassene Jugendliche:

> „Fast immer landen sie (die Jugendlichen, Anm. d. Verf.) bei alkoholkranken, drogensüchtigen und alten schwer kranken Menschen. Die Jugendlichen werden mit Medikamenten gedämpft und verbringen ihr weiteres Leben im Gitterbett. Alle Bemühungen der Schule, unsere Kinder zur Selbstständigkeit zu erziehen(,) waren umsonst.“ (KO_S:17.04.1978)

Speziell auf Pavillon 18, auf dem fast ausschließlich erwachsene Männer mit Behinderungen untergebracht wurden, zeigen sich die Zustände als besonders katastrophal, wie beispielhaft folgende Krankengeschichte erahnen lässt: Im Jahr 1977 wurde ein zum damaligen Zeitpunkt bereits 19-jähriger junger Mann vom „Kinderpavillon“ auf den „18er“ verlegt. Die weiteren knappen Eintragungen zeigen, dass der Patient dort die meiste Zeit fixiert, aber den-

noch oft verletzt war und unter sedierender Medikation stand. 1984, d.h. sieben Jahre später, wurden erstmals Versuche, ihn auch ohne Fixierung zu mobilisieren, verzeichnet. Doch auch die Folgejahre ist der Patient oft fixiert, erst ab Anfang der 1990er Jahre weist die Akte vermehrt Einträge über Ausflüge sowie Ess- und Körperpflegetraining auf (vgl KG20a_S).

Vereinzelt finden sich in Krankenakten von auf Pavillon 18 transferierten Personen bereits ab den frühen 1980er Jahren Einträge, die auf eine vermehrte Zuwendung und Förderung verweisen. Dies lässt beispielsweise die Krankengeschichte eines Mannes erkennen, der zuvor 17 (!) Jahre lang am „Kinderpavillon" gewesen war, wohin ihn seinen Eltern 1963 nach diversen Behandlungen an der Abteilung Rett als Zweijährigen gebracht hatten. Auf Pavillon 15 war er ständig im Bett belassen worden, die körperliche Entwicklung war zudem durch die ausbleibende ausreichende Gewichtszunahme stark beeinträchtigt. Die Vermerke in der Krankengeschichte weisen für diese Periode stark autistisches Verhalten und völlige Kontaktlosigkeit aus. 1980 wurde er mit 19 Jahren auf Pavillon 18 überstellt, ab 1981 ist in der Krankenakte vermerkt, dass er dreimal pro Woche Heilgymnastik erhalte und deutlich Fortschritte mache. Anfang 1983 ist zu lesen: „Durch die vermehrte liebevolle Zuwendung (durch Heilgymnastin, Anm. d. Verf.) haben sich seine Stereotypien gebessert. Er ist ruhiger geworden." Es wird zudem gesteigertes Umweltinteresse, Lächeln und Kontaktaufnahme mit Pflegepersonen vermerkt (KG19a_S:28.01.1981). Dies lässt zwar noch keinesfalls auf akzeptable Lebensbedingungen schließen, auch wenn darin leichte Verbesserungen zumindest für einen (eher kleinen) Teil der PatientInnen erkennbar werden.

Aufschlussreich hinsichtlich der Überforderung anderer stationärer Abteilungen sowie den Abschiebestrategien von schwer hospitalisierten Menschen mit Behinderungen erscheint auch folgende Fallgeschichte, sie soll etwas ausführlicher dargestellt werden: Ein mit knapp sieben Jahren auf den „Kinderpavillon" eingelieferter Patient wurde 1980 nach Vollendung des 19. Lebensjahres zunächst auf Pavillon 20 transferiert. Die letzte Eintragung auf Pavillon 15 lautet:

> „Pat zeigt seit Jahren ein völlig autistisches Verhalten; zieht sich ins Bett zurück, deckt sich mit der Bettdecke völlig zu. Reagiert auf Kontakt nur kurz mit Lächeln oder Hinhalten der Wange, damit man ihn streichelt. Spricht nicht, kaum Sprachverständnis." (KG9a_S:20.6.1980)

Am neuen Pavillon wird der „Zugang v. Pav. 15" als „überhaupt nicht kontaktfähig, kein Sprachverständnis oder Sprachvermögen vorhanden" (ebd.:25.06.1980) beschrieben. Wenige Tage später ist festgehalten, dass der junge Mann Wäsche und Matratzen zerreißt (dies tat er laut Krankengeschichte auch bereits auf Pavillon 15). Etwa zweieinhalb Monate später fin-

det sich die Eintragung „Bitte ev. Austausch mit Pav. 18 einrichten“ in der Akte, was vier Tage später auch passiert. Im Folgenden ist festgehalten, dass sich der Patient sehr unruhig am Pavillon zeigt, die nächsten Jahre folgen zahlreiche Eintragungen zu sedierender Medikation, Beschränkungen im Netzbett und vielen Selbstverletzungen trotz oder auch wegen des Netzbetteinsatzes („Der Pat fuhr am 11.4. mit der Hand durch Netzbett und konnte nicht mehr zurück, mußte mit Werkzeug befreit werden. Hautabschürfungen und Schwellungen li Ellbogen.“ – ebd.: 13.4.1981). Folgende beiden Zitate deuten an, dass schrittweise die Beschränkungen zurückgingen, sie lege zugleich die Hypothese nahe, dass dem jungen Mann vor allem alternative Beschäftigungsmöglichkeiten zum Zerreißen der Bettwäsche und Zerlegen der Betten fehlten:

> „Pat. jetzt viel außer Bett, beschäftigt sich am liebsten damit, die Schrauben aus den Bettgestellen herauszudrehen, oder liegt mit nach hinten überstrecktem Hals, stereotype Körperbewegungen ausführend, auf einer Matratze. Ist nie laut.“ (ebd.:6.11.1981)

> „Der Pat. befindet sich in der Aktivwerkstätte, er liegt dort auf einer Matratze, hat die Gelegenheit(,) Spielsachen in die Hand zu nehmen. Er zerlegt daher die Betten auch weniger.“ (ebd.:28.1.1983)

Im Jahre 1985 wird eine orthopädische OP, die bereits 1980 für sinnvoll erachtet wurde, erneut erwogen und zunächst auch ärztlich befürwortet, vom zugezogenen Orthopäden wird aber wegen der Schwierigkeiten, die ein mehrmonatiger Gips bei einer Person mit Behinderung mit sich führen würde, abgeraten. Ein Eintrag von 1986 zeichnet folgendes Bild:

> „ruhig, liegt viel in ‚seiner Kuschelecke‘, verkriecht sich in der Nacht vollkommen eingerollt unter Decke, macht gelegentlich kleine Spaziergänge mit Pflegepersonal auf Station, spielt mit Stoffflecken, zupft an Matratzen.“ (ebd.:16.1.1986 – bemerkenswerter Weise scheint er letztere nicht mehr zu zerreißen)

Etwa ein Jahr später im Februar 1987 kommt es zur Überstellung in das Pflegeheim Lainz, nach einem halben Jahr erfolgt aber die Rücküberstellung des nunmehr 26-jährigen Mannes, da er dort für zu viel Unruhe sorgte. Der Krankenakte ist Schriftverkehr beigefügt, der im Vorfeld der Rücküberstellung stattfand. Zunächst findet sich ein Brief an die Magistratsabteilung 17 beigelegt, den die Tochter eines in diesem Heim untergebrachten älteren Mannes – er lag mit dem Zugang vom PKH in einem Zimmer – verfasst hatte:

> „Sehr geehrter Hr. Hofrat. Mein Vater (...) liegt seit 15.11.1983 im Lainzer Versorgungsheim. Ich seine Tochter (...) besuche ihn zwei Mal in der Woche. Vor 3 Wochen wurde Hr. (...) in dieses Zimmer gelegt. Er kommt von der Psy-

> chiatrie Anstalt. Es ist eine Zumutung von dieser Anstalt, Hr. (...) in ein Altersheim zu stecken, da dieser doch ganz sicher hier nicht hin gehört. Er schlägt sich mit aller Wucht die Faust auf den Kopf und Brust, spielt mit seinem Geschlechtsteil und schreit irrsinnig, es ist furchtbar das mit anzusehen und anzuhören. Ich bin nervlich fertig jedesmal wenn ich nach Hause gehe. Ich bitte Sie inständig sich diesen bedauerlichen Fall anzunehmen." (ebd.:03.04.1987; Kommasetzung wie im Original)

Die MA 17 bat daraufhin die kollegiale Führung des Pflegeheims, den Fall zu prüfen. Ein Brief von oberärztlicher Seite des Pflegeheims Lainz beschreibt die dortige Situation wie folgt:

> „(...) Die Betreuung dieses Patienten stellte uns von Anfang an vor unlösbare Probleme: Wir haben kein Krankenzimmer, in dem andere, ähnlich behinderte Patienten gepflegt werden. Deshalb mußten wir Herrn (...) mitten zwischen unsere, zumeist durch ihr hohes Alter und die sich daraus ergebenden Beschwerden, behinderten Patienten legen. (…) Wir müssen den Patienten hingegen den ganzen Tag im Gitterbett zwischen den anderen Patienten liegen lassen. Seine einzige Beschäftigung besteht darin, alles was er in die Hände bekommt zu zerreißen, sich auszukleiden und unter der Decke zu verstecken." (ebd.:15.04.1987)

Im Schreiben des Primars der Pflegeeinrichtung ist zudem zu erfahren, dass Versuche, dem jungen Mann im Heim eine adäquatere Umgebung einzurichten, nach Erkenntnissen über Abschiebepraktiken „schlechter" Patienten am „18er" des PKH nicht weiterverfolgt wurden:

> „(…) Ich möchte aber nicht unerwähnt lassen, nachdem der Patient auch die Betteinrichtung mehrmals demolierte und auch ißt, wurde auch unser Tapezierer in das Psychiatrische Krankenhaus geschickt, um dort entsprechende Einrichtungen dafür in Augenschein zu nehmen. Wie er mir berichtete, wurde er mit einem Gelächter empfangen und man gab ihm zu verstehen, daß man diesen Patienten an unser Pflegeheim angebracht hat und im Austausch bessere Patienten bekommen hat. (…)" (ebd.:16.04.1987)

Der Brief endet mit der Aufforderung, die MA 17 möge dafür sorgen, dass der Patient wieder in seine seit 19 Jahren gewohnte Umgebung zurückkomme. Die von ärztlicher Seite vorgenommene Eintragung nach der Rücküberstellung deutet die dem jungen Mann aus dem Abschiebeversuch erwachsene Belastung an:

> „Der Pat. wird vom Pflegeheim Lainz zu uns rücktransferiert, da er dort nicht haltbar war, kein Gewand anließ und die Bettwäsche und Matratzen sowie Matratzenüberzüge zerriß. Hier (auf Pav. 18, Anm. d. Verf.) wird der Pat. im Netzbett liegend angetroffen, wirkt unruhig, irritiert, äußerst blaß, läßt sich kaum untersuchen, scheint unter großer Spannung zu stehen. Verbaler Kontakt ist mit ihm nicht möglich, er reagiert nicht auf Aufforderungen, scheint auch

> die ihm ja früher vertraute Umgebung nicht wieder zu erkennen, bzw. die Stimmen der ihn betreuenden Personen (…).“ (ebd.:2.7.1987)

Pavillon 18 scheint als anstaltsinterne „Endstation“ für männliche Patienten mit Behinderung fungiert zu haben, dies wird auch in einer anderen Krankengeschichte ersichtlich, in der im Jahr 1968 zunächst ein Transfer auf Pavillon 20 festgehalten ist. Nach nur wenigen Tagen wurde um Austausch mit Pavillon 18 ersucht, folgender Eintrag findet sich dazu in der Akte:

> „Patient ist auf Pav. 20 nicht haltbar, aggressiv, reißt anderen die Kleider herunter, zeitweilig laut. Da für die Alterspatienten des Pav. dadurch das Risiko einer Verletzung gegeben ist, wird (um) Austausch (Pav. 18) gegen einen älteren Pflegefall ersucht.“ (KG17a_S: 16.05.1968)

Der Befund wird in der empirischen Studie von Laburda (1981:171) bestätigt, sie stellt auf Basis von Aktenauswertungen fest, dass auf Pavillon 18 von anderen, „besseren“ Pavillons „verstärkt ‚abgebaute‘, das heißt pflegebedürftige Patienten überwiesen wurden“ (ebd.). Auf Pavillon 18 befanden sich gegen Ende der 1970er Jahre besonders viele Patienten, die auf diesem Pavillon (bislang) nur ein einziges Mal aufgenommen worden waren und dann zu Dauerpatienten wurden: Wer einmal dort war, kam kaum mehr weg.

> „Gerade die hohe Anzahl von Erstaufnahmen beweist ja auch die ‚Endstation‘ Steinhof, der besonders hohe Anteil in der Population des Pavillon 18 ist Ausdruck für die ‚Endstation‘ der internen Anstaltskarriere.“ (ebd.:165)

Während Pavillon 15 aufgrund seiner Definition als „Kinderpavillon“ für minderjährige Menschen mit Behinderungen gewissermaßen der „Eintrittspavillon“ in die „Endstation Steinhof“ war, ging es für diejenigen männlichen Patienten, die direkt oder mittelbar über Zwischenpavillons auf den „18er“ gekommen waren, kaum mehr weiter – außer nach Ybbs. Weibliche PatientInnen hingegen waren – wie eingangs ausgeführt – stärker auf unterschiedliche Pavillons verteilt, die allerdings auch häufig zur langfristigen Verwahrungsstätte wurden.

15.2. Überweisungen in das Psychiatrische Krankenhaus der Stadt Wien in Ybbs/Donau[228]

Auch wenn sich keine genaue Zahl benennen lässt, so dürfte doch eine beachtenswerte Anzahl an ehemals auf Pavillon 15 untergebrachten Kindern und Jugendlichen im späteren Verlauf in die Heil- und Pflegeanstalt in Ybbs überstellt worden sein. Auf Basis der zur Verfügung stehenden Krankengeschichten zeigt sich, dass der überwiegende Teil nicht direkt im Anschluss an den „15er" nach Ybbs überstellt wurde, sondern zumeist erst nach der Transferierung auf einen anderen Pavillon am PKH die Entscheidung zur weiteren Verlegung fiel. Dies konnte bereits kurze Zeit später sein, oft lagen aber viele Jahre dazwischen, d.h. die Personen befanden sich – wie oben beschrieben – lange Zeit weiter am „Steinhof". Nur in drei Akten ist eine direkte Überstellung vom Kinderpavillon in die Heil- und Pflegeanstalt in Ybbs verzeichnet.

Aus den gesichteten Krankenakten ließen sich nur wenige Überstellungsmuster identifizieren, konkrete Gründe für einen Transfer können nicht festgemacht werden. Weder die Berücksichtigung des Aufnahme-, noch des Überstellungsalters, der Aufenthaltsdauer, des Geschlechts, der Aufnahmediagnosen bzw. des Pflegebedarfs konnten als entscheidende Kriterien für die Transferierung identifiziert werden. Eine Ausnahme bildet der Überstellungszeitpunkt: Es finden sich zwar seit den 1950er Jahren über die Jahrzehnte verteilt immer wieder Überstellungen, eine auffällige Häufung zeigt sich aber Ende Jänner 1980, wo es zu einem größeren Transfer von Patienten des Pavillons 18 nach Ybbs gekommen sein dürfte. Gründe hierfür konnten aus dem Aktenmaterial nicht erschlossen werden. Danach sind vereinzelte Überstellungen erst wieder Mitte der 1990er Jahre in das nunmehrige Therapiezentrum Ybbs in Krankenakten vermerkt.

Ähnlichkeiten der nach Ybbs überstellten PatientInnen des PKH lassen sich noch in folgender Hinsicht ausmachen: Der größere Teil dieser Patien-

---

[228] Nach dem Trennungsgesetz von Wien und Niederösterreich aus dem Jahre 1921 fiel die ehemalige „Irrenastalt des Landes Niederösterreich" an die Stadt Wien und hieß ab 1922 „Wiener städtische Heil- und Pflegeanstalt in Ybbs an der Donau". Nachdem in der NS-Zeit ein Großteil der PatientInnen deportiert und umgebracht worden war, wurde die Anstalt nach unterschiedlicher Zwischennutzung, u.a. für militärische Zwecke, ab 1947 wieder mit PatientInnen belegt. 1967 kam es zur Umwandlung und Umbenennung in „Psychiatrisches Krankenhaus der Stadt Wien in Ybbs/Donau". Seit 1996 wird die Einrichtung unter dem Namen „Pflege- und Therapiezentrum – Psychiatrischen Krankenhaus" geführt. Quellen: Chronologie Ybbs, internes Dokument des Pflege- und Therapiezentrums Ybbs; weiters URL: www.wienkav.at/tzy/texte_anzeigen.asp?ID=685 (Stand: 22.10.2016).

tInnengruppe wurde zu einem frühen Zeitpunkt des Untersuchungszeitraumes, nämlich Mitte der 1950er bis Mitte der 1960er Jahre, auf Pavillon 15 aufgenommen. Zudem ähneln sich ihre Lebensverhältnisse vor der Einweisung auf Pavillon 15. Wenngleich nicht wenige der insgesamt auf Pavillon 15 untergebrachten Kinder und Jugendlichen aus schwierigen Familienverhältnissen stammten, so waren unter den nach Ybbs transferierten Personen, deren Krankenakte gesichtet wurden, bis auf eine Ausnahme alle nicht bei ihren Familien aufgewachsen, sondern der „Gemeindepflege" überstellt worden. Die überwiegende Mehrheit war zuvor in Heimen untergebracht, zwei Kinder in Pflegefamilien. Kleinkinder wurden vom Zentralkinderheim auf den Steinhof überwiesen, ältere Kinder aus dem Kinderheim Liebhartstal. Daraus könnte sich das Muster ableiten lassen, dass bevorzugt Personen ohne Angehörigenkontakte in Wien nach Ybbs transferiert wurden, allerdings findet sich dies in keiner Akte ausdrücklich vermerkt.

In einem Interview mit einer ehemals auf Pavillon 18 tätigen Person wurde die Beobachtung geäußert, dass Patienten deshalb zur Überstellung nach Ybbs vorgeschlagen wurden, weil sie lästig fielen oder – etwa bei Hausarbeitern, die zu eigenständig oder ‚mächtig' geworden waren – diszipliniert, d.h. bestraft, werden sollten: „(…) also ich spritz dich nieder oder du kommst nach Ybbs! Also das Schlimmste war damals Ybbs." (IP35_P:40; zeitl. Bezug: Anfang/Mitte 1970er Jahre) Hinweise darauf, dass die Zustände in der psychiatrischen Dependence Ybbs bis Mitte der 1980er Jahre keinesfalls besser, sondern eher noch schlechter als am „Steinhof" gewesen sein sollen, finden sich wiederholt in Interviews.[229] Ab diesem Zeitpunkt kam es allerdings auch im PKH Ybbs zu umfassenden Reformen. Für die zweite Hälfte der 1990er Jahre berichteten Angehörige im Interview von einer deutlichen Verbesserung der Lebenssituation der Tochter bzw. Schwester durch die Übersiedlung in eine Wohngemeinschaft im nunmehrigen Therapiezentrum Ybbs:

> B3: „Zuerst haben sie sie in die Geriatrie gesteckt. Und da haben sie dann die alten Damen über sie beschwert, weil die (Vorname der Tochter, Anm. d. Verf.) ist eine gute Esserin. Und jetzt wenn die was überlassen haben, ist sie () von Bett zu Bett gegangen und hat ihnen das Essen weggenommen. Und dann haben sie beschlossen, na da gehört sie doch nicht her. Und dann ist sie eben in die Wohngemeinschaft gekommen zu Schwerstbehinderten."
> B1: „Das war wie Tag und Nacht eigentlich."
> B3: „Also gegen Steinhof war das das Paradies." (IP45_A:215ff.)

[229] Vgl. IP14_P:247; IP2_P:255 (die Zustände in Ybbs werden mit „Tierhaltung" beschrieben); IP8_P:425; IP7_P:441ff.; IP26_P:356.

In einem anderen Gespräch wurde auch für die jüngere Zeit noch Kritik vor allem an den nicht WG-förmig gestalteten Bereichen geübt. Die gegenständliche Studie kann allerdings keine validen Erkenntnisse über die dort gewährleistete Lebens- und Unterstützungsqualität bieten.

15.3. Übersiedlung in Pavillon 17 – „Förderpflegeheim"

Aufgrund der spezifischen Zugangsstrukturen zu den Krankenakten von ‚PatientInnen' des Pavillons 15 liegen überdurchschnittlich viele Akten zu Personen vor, die dort in der letzten Phase des Untersuchungszeitraums untergebracht waren. Der Großteil von ihnen wurde im Frühjahr 1983 räumlich in den Pavillon 17 übersiedelt. Viele von ihnen verbrachten dort anschließend viele Jahre, bevor sie zumeist in gemeinwesenintegrierte Wohngemeinschaften ausgegliedert wurden. Die Situation auf diesem „Nachfolgepavillon" von Pavillon 15 kann in dieser Studie nur ansatzweise dargestellt werden, sie stand auch nicht im Forschungsfokus. Da allerdings das Leben der betroffenen Personen nach Pavillon 15 in Grundzügen sehr wohl thematisiert werden soll, werden nachfolgend einige Eindrücke kurz zusammengefasst, sie sind gegebenenfalls durch umfassendere empirische Studien zu ergänzen und zu korrigieren.

Wie aus Direktionsakten ersichtlich wurde, war die Adaptierung des Pavillons 17 als Ersatz für den baulich auch damals bereits als völlig inadäquat erkannten Pavillon 15 schon seit Anfang der 1970er Jahre im Gespräch und spätestens seit 1974 beschlossen (vgl. Kap.3.3). Über die stärker werdende Kritik an Ausrichtung und Zustand der psychiatrischen Versorgung sowie die anschließenden Reformpläne zur Wiener Psychiatrie verknüpften sich diese baulichen Pläne mit Veränderungsabsichten in inhaltlicher, professioneller und organisatorischer Hinsicht. 1978 bzw. 1979 lässt sich am PKH in den Personalplänen für Pavillon 17 aber zunächst noch ein deutliches Übergewicht bei pflegerischem Personal erkennen (vgl. Kap. 4), es dürfte nach wie vor eine medizinisch-pflegerische Perspektive dominiert haben, die um pädagogische und therapeutische Elemente ergänzt wurde. Im Zielplan für die psychiatrische und psychosoziale Versorgung in Wien von 1979 ist bereits die rechtliche Eigenständigkeit eines „Behindertenzentrums Baumgartner Höhe" festgehalten. Allerdings lassen die begleitenden Enqueten vermuten, dass weiterhin ein medizinischer Fokus überwog, der nun eine stärker rehabilitative Ausrichtung hatte. So schlug Friedrich (1979) in Bezug auf die Neustrukturierung der Versorgung der Kinder und Jugendlichen im PKH Baumgartner Höhe eine Dreiteilung der PatientInnen vor: Erstens wird eine Grup-

pe von PatientInnen genannt, „bei denen keine Therapie hilft, sie bedürfen der humanen Unterbringung“ (ebd.:49). Zweitens werden Kinder und Jugendliche „mit geringer Rehabilitationschance“ (ebd.) unterschieden, bei denen es vor allem darum gehe „paramedizinischen Personalnotwendigkeiten“ Rechnung zu tragen. Die dritte Gruppe von Kindern und Jugendlichen am PKH sei jene, „die wiederhergestellt werden können“ (ebd.), sie seien in einem allgemein psychiatrischen Krankenhaus aber am falschen Ort, um ihre „Heilung und Wiedereingliederung in Familie, Schule und Arbeitplatz“ (ebd.) voranzutreiben. Für sie werden andere Unterbringungen vorgeschlagen, die aber dennoch zunächst stationär gedacht werden.[230] In der bereits 1977 von Berger und Friedrich erschienenen „Bedarfsschätzung für den stationären Bereich der Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters“ findet sich hingegen aufbauend auf der Erkenntnis, dass die Behandlung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen weniger durch medizinische als durch pädagogische Aspekte gekennzeichnet sei, die Empfehlung formuliert:

> „Daher wäre auch für die geistig Behinderten an ein Konsiliar-Neuropsychiatrisches Versorgungssystem zu denken und die pädagogisch-therapeutischen Aufgaben könnten delegiert werden.“ (Berger/Friedrich 1977:11)[231]

Um das Jahr 1980 herum – einer Erinnerung nach war es 1981 (vgl. IP33_E), das Datum ist allerdings nicht hinreichend abgesichert – startete ein ca. zweijähriger Prozess der konzeptionellen Neuausrichtung hin zu einer pädagogisch orientierten Einrichtung für junge Menschen mit Behinderungen. Der Prozess, in den Berichten zufolge die ärztliche Direktion des PKHs, verschiedene thematisch zuständige Magistratsabteilungen der Stadt Wien, ein Experte für Behindertenpädagogik, „der in der Konzipierung des Förderpflegeheims die zentrale fachliche Rolle gespielt hat“ (IP1_P:12), und möglicherweise noch andere Personen und Institutionen eingebunden waren, wird als von Widerständen gegen die angestrebten Veränderungen geprägt beschrieben:

---

[230] Friedrich kritisiert aber auch bereits die strikten Altersgrenzen bei Jugendlichen, die in neuralgischen Entwicklungsphasen zu einem problematischen Wechsel der (ärztlichen) Bezugspersonen führe. Dass die Altersgrenze faktisch bereits seit Anfang der 1970er Jahre aufgeweicht wurde (Friedrich ging davon aus, dass Jugendliche nur bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres am PKH bleiben können), war entweder nicht bekannt oder offiziell nicht thematisierbar.

[231] Das Wort „delegieren“ bringt die dennoch klare Hierarchie zwischen Medizin und Pädagogik bzw. Therapie zum Ausdruck.

> „(…) mein Ziel war ja, denen irgendeinen Paradigmenwechsel hinüberzubringen, also dass man zum Beispiel Phänomene anders sehen auch kann, also sozial oder pädagogisch usw. Und das war natürlich eine Riesenaufgabe. (…) Wenn eine Institution verändert werden soll oder mehr oder weniger überflüssig gemacht werden (soll), dann gibt es auch dementsprechend einen Widerstand." (IP33_E:56)

Die Frage der inhaltlichen Ausrichtung war eng verknüpft mit der Frage, in welchem Verhältnis die unterschiedlichen Professionen sowohl zahlenmäßig als auch hierarchisch in der neuen Einrichtung zueinander stehen sollen:

> „(…) wie es dann konkret worden ist, ist natürlich schon mehr oder weniger das Machtgefüge angesprochen worden zwischen medizinischer Leitung, Primar usw. und pädagogischer Leitung, also (…) wer hat da mehr Einfluss usw. Meine Position war klar, also das heißt, es müsste eigentlich (eine) pädagogische Leitung sein." (IP33_E:62)

Pavillon 17 erhielt mit Anfang 1984 tatsächlich eine pädagogische Leitung[232] und wurde mit 01.01.1985 als Förderpflegeheim aus dem Psychiatrischen Krankenhaus Baumgartner Höhe formal ausgegliedert, auch wenn sich die Einrichtung räumlich weiter am Anstaltsgelände befand. Auch in der Leitungsstruktur spiegelt sich die Verbundenheit mit dem PKH wider: Im Förderpflegeheim gab es ebenfalls eine kollegiale Führung, die neben der pädagogischen Leitung des Heimes den ärztlichen Direktor und den Verwaltungsdirektor des PKH Baumgartner Höhe umfasste.

> „Und es hat dort auch Sitzungen der kollegialen Führung periodische gegeben. Also es war eine gemeinsame Verantwortung, (…) aber natürlich hat die, ich mein das Wort jetzt positiv, die Ideologie ist natürlich vom pädagogischen Leiter gekommen, und sollte kommen, weil's ja eben nicht fortgeführt werden sollte als eine medizinische Einrichtung." (IP1_P:14)

> „(…) in dieser Stelle war eben ich als pädagogischer Leiter, war aber als einziges Mitglied der kollegialen Führung direkt vor Ort, hab also dort schon deutlich Einfluss nehmen können auf die Personalauswahl, das war für die Stadt Wien was völlig Unfassbares. Die haben mir Leute geschickt und ich hab sie wieder zurück geschickt. Das haben sie dann nicht verstanden." (IP20_P/E:10)

Die Übersiedlung und vor allem auch der anschließende Leitungswechsel waren mit größeren Veränderungen der Zusammensetzung des Personals am Pavillon 17 insgesamt verbunden. Hinzu kam eine deutliche Personalaufstockung auf 70 BetreuerInnen und TherapeutInnen (hinzu kam Reinigungsper-

---

[232] Möglicherweise war die Leitungsfunktion formal auch erst Anfang 1985 mit der formalen Ausgliederung des Pavillons aus dem PKH in Kraft gesetzt, die Angaben hierzu sind uneinheitlich.

sonal etc. – vgl. IP20_P/E:68) bei gleichzeitiger Senkung der Wohnplätze auf 84. Die Veränderungen hatten schon in den letzten Jahren auf Pavillon 15 schrittweise begonnen (vgl. Kap. 4 und 10), waren durch die Übersiedlung und die dort veränderte Betreuungsstruktur (s.u.) verstärkt und infolge der vorrangig pädagogischen bzw. interdisziplinären Ausrichtung und der im letzten Zitat bereits angedeuteten veränderten Personalpolitik nochmals beschleunigt worden:

> „(…) also es war sicher alles sehr schwierig, weil da waren teilweise Pflegepersonen, die haben 30 Jahre so gearbeitet und dann kommen ganz junge von der Schule daher und sagen, na, jetzt machen wir es aber ganz anders. (…) Und es haben schon viele Pflegepersonen einfach auch das dann genutzt für sich, um in Pension zu gehen." (IP16_P:99)

> „Und ich hab dann sehr bald, weil es hat ja doch ein bissl einen alternativen Ruf gehabt, mehrheitlich pädagogisches Personal dann zu Verfügung gehabt bzw. Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Kindergärtnerinnen, Kindergartenpädagoginnen, so ganz gemischt und vereinzelt noch Pflegehelfer und diplomiertes Pflegepersonal." (IP20_P/E:10)

> „Da sind dann einige natürlich nicht mitgegangen, einige sind mitgegangen und manche sind dramatischerweise wirklich bis zur Auflösung vom 17er da gewesen. (I: Was heißt dramatischerweise?) Na ja, das waren halt so-, also die eine war die, die mir das mit dem Nase zuhalten gesagt hat, ‚na weißt eh, wie das ist, wir alten Hasen kennen uns aus, haltest ein bissl das Naserl zu und-' (…) aber sie waren dann natürlich ganz anders kontrolliert." (IP7_P:393ff.; zur angesprochenen Praxis der Essensverabreichung mit zugehaltener Nase vgl. Kap. 7.2)

Das letzte Zitat deutet bereits an, was die Interviews insgesamt sichtbar machen: Auf Pavillon 17 wurden gewisse personelle und strukturelle ‚Altlasten' noch längere Zeit mitgetragen, wie auch die Erinnerungen einer zunächst auf Pavillon 15 und dann auf Pavillon 17 untergebrachten Frau zeigen: „(…) es sind dieselben Betreuer gewesen, auch so streng so behandelt." (IP17_B:436) Die retrospektive Bewertung der Situation auf Pavillon 17 ist entsprechend ambivalent: Einerseits wird die entscheidende Verbesserung gegenüber den Zuständen auf Pavillon 15 überwiegend hervorgestrichen. Die Schaffung kleiner, in Wohngemeinschaften zusammengefasster Gruppen von zunächst sieben, später sechs Kindern und Jugendlichen in gemischter Zusammensetzung, die jeweils in wohnungsähnlichen Räumlichkeiten zusammen untergebracht waren, eine stabilere Bezugsbetreuung und unterschiedliche therapeutische Angebote zur Verfügung hatten, wird überwiegend als sehr positiv bewertet. Andererseits verweisen mehrere InterviewpartnerInnen auf eine auch dort nach wie vor nicht ideale Situation, auch Pavillon 17 blieb noch eine stark vom institutionellen Rahmen geprägte und zudem räumlich von

der ‚normalen' Welt abgeschiedene Großeinrichtung. Nachfolgende Zitate zeigen dies exemplarisch auf:

> „Also es war am 17er bei Gott noch nicht Wunder, ja? Aber es war im Prinzip ich mein es ist wieder ein riesen Haus gewesen, komplett weg von allem und es sind halt doch ziemlich viele (vom Personal, Anm. d. Verf.) mitgegangen. Aber für das also war schon der Anfang vom 17er- also war für viele schon eine ziemliche Erlösung. (…) Also mit heutigen Maßstäben gerechnet würde man sagen, das ist eine Katastrophe." (IP7_P:397)

> B: „Bei der Straße haben wir spazieren fahren müssen, das wurde gespendet, sieht man ja, das ist ein alter Rollstuhl. Der hat eine ganz eine schmale, enge gehabt. Beim Spazierenfahren ist das immer umgekippt, hab ich schon immer eine Tetschn (Ohrfeige, Anm. d. Verf.) gekriegt. Die haben geglaubt ich ihn immer umgeschmissen, ob das so schmal war, hab ich gesagt, wir machen es ja eh vorsichtig.
> I1: „Von wem hast du da eine Tetschn gekriegt? Am 15er oder am 17er?"
> B: „Von den Betreuer am 17er, am 17er auch ja, hab ich auch eine Tetschn gekriegt. Das war nicht besser nicht. Und die haben behauptet, am 17er ist es gut gegangen, das hat auch nicht gestimmt." (IP48_B:376ff.)

> „Und irgendwann später drauf ist dann der neue Pavillon dann da neu renoviert worden, der Pavillon 17, da haben wir alle uns in die Dusche schmeißen müssen, Haare waschen und die arme depperte Schwester, die g'schissene hat uns jedes Mal an die Haare rausgerissen von der Badewanne ohne Grund. (…) Ich hab das nicht gefallen lassen und das haben sich auch nicht die anderen gefallen lassen. Und jedes Mal dann hab ich alles auf kurz und Kleinholz zerschlagen (…) mit vollem Zorn und voller Wut. Ja und so ist das halt dann so gewesen." (IP46_B:17)

> „Ich hab zum Entsetzen vieler wahrscheinlich schon bei der (…) Inauguration zum pädagogischen Leiter (…) gesagt, dass der 17er natürlich ein schönes Heim ist, wunderbar, toller Personalstand, (…) dass auch ein schönes Heim kein Ort auf Dauer sein kann. Das haben natürlich manche nicht gerne gehört, weil jetzt haben sie gerade so viel Geld investiert und dann sagt der, das wollen wir wieder auflassen. (…) Und eben Ende '84 haben wir dann in Zusammenarbeit damals noch mit dem PSD die erste WG gemacht in der Fuchsthallergasse, bestehend aus 18, 19-jährigen Klienten des Pavillon 17." (IP20_P/E:10)

In den nachfolgenden Jahren und Jahrzehnten kam es sukzessive zur Umsiedlung von BewohnerInnen des Förderpflegeheims, vorrangig in gemeinwesenintegrierte Wohngemeinschaften (vgl. hierzu Berger 1995; Berger et al. 2006). Die vollständige Auflösung des im Jahre 2000 formal wieder in das Psychiatrische Krankenhaus eingegliederten Heimes dauerte allerdings noch ungefähr in weiteres Jahrzehnt an (vgl. Kap. 3).

15.4. Andere Einrichtungen und eigenständiges Wohnen

Bereits im Zuge bzw. kurz nach der Überführung des Pavillons 15 in das Förderpflegeheim auf Pavillon 17 wurden einige Personen in neu entstehende Wohngemeinschaften ausgegliedert, etwa in die im Interviewzitat bereits erwähnte WG des Psychosozialen Dienstes, wenn überwiegend eine psychische Beeinträchtigung vorlag. Einzelne Personen kamen 1983 auch in Einrichtungen der Lebenshilfe. Bei jenen ehemals auf Pavillon 15 untergebrachten Personen, die danach im Verbund des Psychiatrischen Krankenhauses geblieben waren, finden sich Vermerke zu späteren Ausgliederungen in den Akten. So kam etwa ein Teil der in früheren Jahren auf Erwachsenenpavillons transferierten Personen im Laufe der 1990er Jahre in das Haus der Barmherzigkeit. Andere Personen kamen ab Ende der 1980er in unterschiedliche Wohngemeinschaften für Menschen mit Lernschwierigkeiten, beispielsweise von Jugend am Werk. Vor allem BewohnerInnen des Pavillons 17 wurden in den 1990er Jahren in WGs des Vereins GIN übersiedelt, der 1992 u.a. vom pädagogischen Leiter des Förderpflegeheims gegründet worden war.[233] Einzelne Personen konnten später in eine eigene (z.T. teilbetreute) Wohnung übersiedeln, andere ehemalige ‚PatientInnen', die auch für damalige Bewertungsmaßstäbe am „Kinderpavillon" offensichtlich fehlplatziert worden waren, lebten ohnehin danach außerhalb von Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Die Zufriedenheit mit den späteren Wohn- und Unterstützungsstrukturen konnte nur für einzelne Personen in Erfahrung gebracht werden, deshalb kann diese Frage im Rahmen der vorliegenden Studie auch nur fragmentarisch erörtert werden. Von den interviewten Personen äußerten sich viele mit dem späteren Leben in Wohngemeinschaften oder im teilbetreuten Wohnen zufrieden.[234] Es ist aber nicht einschätzbar, inwieweit manche InterviewpartnerInnen sozial erwünschte Antworten gaben. Und vor allem jene Personen, die lange Zeit auf Pavillon 15 waren, haben von früh auf gelernt, nicht viel vom Leben zu erwarten. Die Gespräche lassen zugleich häufig eine hohe emotionale Verbundenheit mit Betreuungspersonal erkennen, mit der teilweise auch eine entsprechende Abhängigkeit von „professionellen Beziehungen" einhergeht. Oft bestehen nach wie vor Kontakte zwischen Personen, die ihre

---

[233] Vgl. hierzu die Geschichte des Vereins GIN unter der URL: http://www.gin.at/ueber-uns/chronik (Stand: 31.10.2016).

[234] IP70_B:188ff; IP73_B:81ff.; IP74_B:121ff.; I75_B:45; IP76_B:382ff.; IP78_B:100ff. und 373ff.; I79_B:184ff.; IP80_B:230ff.

Kindheit und Jugend am „15er“ verbringen mussten, manche Freundschaften, aber auch Feindschaften haben bis in die Gegenwart Bestand.

Wie personenzentriert und zufriedenstellend sich die Lebens- und Unterstützungsstrukturen in größeren Einrichtungen gestalteten (das Haus der Barmherzigkeit taucht etwa wiederholt als spätere stationäre Unterbringung auf), kann auf Basis der erschlossenen Daten nicht beantwortet werden. Vereinzelte Berichte lassen aber vermuten, dass gerade in den 1980er Jahren und teilweise auch danach unzureichende, von Restriktionen, medikamentöser Ruhigstellung und Vernachlässigungen geprägte Unterbringungsverhältnisse noch gegeben waren (vgl. u.a. IP42_A:84).

Generell ist anzumerken, dass die heutigen Lebenssituationen der betroffenen Personen, zu denen während der Forschung Kontakt hergestellt werden konnte, zwar in keinster Weise mit der Situation während des Untersuchungszeitraums vergleichbar sind. Dennoch lassen sich in einzelnen Lebenserzählungen nach wie vor erhebliche Eingriffe von Seiten des Betreuungspersonals in die Autonomie der zu betreuenden Personen erkennen. Der Übergang zwischen erforderlicher Unterstützung und notwendigem Schutz einerseits und unzulässiger Bevormundung andererseits ist fließend und zeigt sich als neuralgische Ermessenssache der unterstützenden Personen, die es ständig kritisch zu reflektieren gilt.

15.5. Langzeitfolgen und Diskriminierungserfahrungen

Wer unter den auf Pavillon 15 gegebenen Bedingungen aufwachsen musste, trägt daran das ganze Leben lang. Die Berichte der ZeitzeugInnen machen schwerwiegende Traumatisierungen und Hospitalismussymptome sichtbar, unter denen sie bis heute leiden. Eine Frau schilderte beispielsweise im Interview, wie sie 2005 für kurze Zeit aus ihr nicht nachvollziehbaren Gründen in das Psychiatrische Krankenhaus OWS eingeliefert worden war und sich dadurch den schlimmen Erfahrungen der Kindheit wieder besonders massiv ausgesetzt sah: „Da ist das alles wieder hochgekommen (…) Und da hab ich geweint und das hat mir sehr weh getan, seelisch verletzt.“ (IP17_B:493) Eine andere Gesprächspartnerin erzählte von der schweren Belastung während ihrer Schwangerschaft:

> „(…) ich hab in der Schwangerschaft, ich sage es Ihnen, ich hab Schreikrämpfe bei der Nacht gekriegt, ich hab geschwitzt als eine Ganze, ich hab immer geglaubt, ich kriege so ein Kind wie da (am Steinhof, Anm. d. Verf.).“ (IP13_B:599)

Manche Personen kämpfen bis heute mit schweren Selbstbeschädigungstendenzen und versuchen, damit besser umgehen zu lernen, wie in folgendem Gesprächsausschnitt mit großer Eindringlichkeit zum Ausdruck kommt:

> „Ich bin auch halt ein Gewalttäter selber, wo ich mich selbst wehtue, ich schneide mich immer viel mit dem Messer herum und ich schlage mich auch, jetzt ich schlage mich auch viel selbst, wenn es mir irgendwie nicht gut geht oder wenn da irgendwas nicht passt oder was passiert irgendwas, dass ich ein Messer in die Hand nehme und mich schlitzen tue oder ich nehme mir die Faust und mit der Faust renne ich volle Wäsche an und schlage immer die gleiche Seite (…). Ja. Ich bin einfach ein Selbstgewalttäter, wie man es auf Deutsch sagt, aber seitdem bin ich jetzt da viel klüger geworden und viel gescheiter geworden, dass ich jetzt da nicht mehr mit dem Scheiß mir mach, was ich nicht mehr tun darf." (IP46_B:162)

Eine ehemalige Lehrkraft berichtete von einem früheren Schüler auf Pavillon 15, der nun verheiratet sei und auf einem geschützten Arbeitsplatz arbeite, aber „er wird sofort verrückt, wenn er was vom Steinhof hört" (IP21_P:408).

Hinzu kommen in manchen Fällen schwierige persönliche Auseinandersetzungen mit der Herkunftsfamilie und deren ablehnendem Verhalten, mit der (früh-)kindlichen Erfahrung, weggegeben worden zu sein, und dem nachfolgenden Desinteresse am Leben des Kindes.

> „Ja ich hab schon mal einen Kontakt gehabt, aber der Kontakt ist mir überhaupt abgebrochen worden seit längeren Jahren. Wie, was, warum, das versteh ich nicht. Und ich bin das Kind natürlich der Mutter von mir und ich bin (…) rüber nach Liesing zu meinen Eltern besuchen, mit der einen Kontakt verbringen und mit ihnen zwar reden. (…) ich war schlau genug, weil ich bin nicht der depperte Bub, was alle behaupten, ja der Bub ist deppert, er weiß nicht einmal wo seine Eltern wohnen oder er ist echt ein Volltrottel, er ist ein geistig Gestörter oder was weiß ich denn sonst noch. (…) meine Mutter plärrt mich gleich volle Wäsche in die Sprechanlage rein, hat sie gesagt, du, lass uns in Ruhe, wir wollen mit dir nichts mehr zu tun haben. (…) Ich bin kreuz und quer gegangen. Ich hab mich nicht mehr ausgekannt. (…) Na der (Vater, Anm. d. Verf.) hat mich da auch da volle Wäsche mich angeplärrt und so, wir wollen mit dir nichts mehr zu tun haben. Und so ist das auch gewesen. Und dann hab ich so einen Ärger gehabt, so einen Zorn gehabt und hab halt das Messer genommen, ich bin rausgegangen mit dem Messer, ich hab das Messer so in die Höhe gehalten und wollte gehen, mir selber da, wo mein Zimmer war, da ist das Fenster, da oben, (da am Geschoß unten). Hab das Messer genommen, in die Höhe mit voller Wäsche dort in die Scheibe getroffen, aber nichts kaputt gegangen, aber ich bin davon gerannt, ich hab geplärrt (…)." (IP46_B:54ff.)

Nicht immer waren die problematischen Beziehungsverhältnisse allerdings in Desinteresse oder Ablehnung begründet, manche Eltern hatten selbst eine psychische oder kognitive Beeinträchtigung und waren nicht imstande, für ihre Kinder zu sorgen bzw. verhielten sich ihrem Kind gegenüber in nicht

förderlicher Weise. Das ambivalente Verhältnis kommt in folgendem Satz einer betroffenen Frau zum Ausdruck: „Aber immer war ich trotzdem traurig und trotzdem hab ich sie gern gehabt die Eltern." (IP17_B:396)

Personen, die auch unter den damaligen Maßstäben als auf Pavillon 15 fehlplatziert zu beschreiben sind, konnten aus dem Umstand, am „Steinhof" gewesen zu sein, Probleme beim Führerschein oder dem Abschließen einer Lebensversicherung erwachsen.[235] Berichtet wurden zudem Diskriminierungserfahrungen durch öffentliche Einrichtungen wie das Arbeitsmarktservice aufgrund der ‚Psychiatriekarriere'. Das Erleben von Zurückweisung und Benachteiligung durchzieht manche Lebensgeschichten: „(…) weil ich war ja nur ein behinderter Steinhofler" (IP55_B:26).

Viele der Menschen, die ihre Kindheit und Jugend auf Pavillon 15 erleiden mussten, dürften früh verstorben sein, wie in zahlreichen Interviews berichtet wurde. Eine Interviewpartnerin berichtete über einen ehemaligen ‚Mitpatienten': „Der ist auch schon gestorben, der (Name des anderen Kindes, Anm. d. Verf.), vielleicht ist das, weil das alles weh tut, vielleicht hat (der) auch so fertig die Nerven." (IP17_B:232) Einige Personen verstarben auch auf einem der Erwachsenenpavillons am Psychiatrischen Krankenhaus, manche dieser Lebensgeschichten geben erschütternde Zeugnisse umfassender Vernachlässigung und Gleichgültigkeit des institutionellen Umfeldes (vgl. beispielhaft KG96a_S).

Manche der ehemals auf Pavillon 15 untergebrachten Personen erhielten Entschädigungen über den Weißen Ring oder auch – da nicht wenige vorher oder nachher in anderen Institutionen leben mussten – über andere Entschädigungseinrichtungen, beispielsweise die sogenannte Klasnic-Kommission. Wie viele Personen dies gewesen sein könnten, in welchem Umfang die Entschädigungen waren und wie viele bis heute keinerlei Entschädigungen erhalten haben könnten, darüber lassen sich keine gesicherten Aussagen treffen.

[235] Vgl. IP13_B:323; IP55_B:16f. und 161.

TEIL C: FALLSTUDIE ZUR ABTEILUNG FÜR ENTWICKLUNGSGESTÖRTE KINDER – LAINZ/ROSENHÜGEL

Die Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder, im Folgenden auch teilweise kurz „Rett-Klinik" genannt, war bislang ein unerforschtes Terrain, sieht man von Selbstdarstellungen der Abteilung und seiner VertreterInnen während ihres Bestehens ab. Die vorliegende Fallstudie hat insofern stark explorativen Charakter: Es ging um eine allgemeine Erkundung des Forschungsgegenstandes, wobei vorweg noch wenig Wissen über den Aufbau der Klinik und das Zusammenwirken ihrer verschiedenen Teile (Station/Abteilung,[236] Ambulanz, Forschungsinstitut) vorhanden war. Der Forschungsgegenstand stellte sich bald als wesentlich umfangreicher und komplexer dar, als vorweg ersichtlich war. Dabei wurde erkennbar, dass durch die Fokussierung auf den stationären Bereich nur ein Teil der forschungsrelevanten Aspekte ausreichend erfassbar war, da die unterschiedlichen Klinikbereiche eng miteinander verwoben waren: Die Ambulanz befand sich sowohl hinsichtlich ärztlichen Personals als auch PatientInnen in einem engen Austausch mit dem stationären Bereich. Zudem waren Abteilung und Ambulanz mit dem 1967 von Andreas Rett gegründeten Ludwig Boltzmann-Institut (LBI) zur Erforschung kindlicher Hirnschäden örtlich, inhaltlich und teilweise auch personell eng verbunden.

Im Forschungsprojekt blieb der Fokus dennoch vorrangig auf der stationären Unterbringung von Menschen mit Behinderungen in der „Rett-Klinik". Das legte einerseits die gemeinsame Erforschung der Abteilung mit Pavillon 15/Steinhof bzw. PKH Baumgartner Höhe nahe, darauf waren andererseits auch die zeitlichen und budgetären Rahmenbedingungen ausgerichtet. Die übrigen Teilbereiche der Klinik können nur in Ansätzen mit behandelt werden. Hier zeigt die vorliegende Studie zugleich weiteren wichtigen Forschungsbedarf auf, der abschließend skizziert werden soll.

Zu betonen ist zudem, dass in dieser Fallstudie zu Teilbereichen der „Rett-Klinik" keinesfalls Retts Wirken bezogen auf Menschen mit Behinderungen

---

[236] Der Begriff „Abteilung" wird in den zur Verfügung stehenden Dokumenten unterschiedlich verwendet: Zum einen ist damit oft die gesamte Klinik mit ihren Stationen und verschiedenen Ambulanzen gemeint, zum anderen speziell der stationäre Betrieb. Im Folgenden wird deshalb bei Relevanz speziell ausgewiesen, von welchem Teilbereich gesprochen wird.

insgesamt dargestellt werden kann, dies übersteigt den inhaltlichen Fokus und die Ressourcen des Forschungsprojekts. Auch das dem Wirken Retts zugrundeliegende Gedankengut, die theoretisch-ideologische Basis seiner Wahrnehmungen von und Handlungen gegenüber Menschen mit Behinderungen kann nur bruchstückhaft aufgezeigt werden – exemplarisch etwa am Themenkomplex Sexualität/Fortpflanzung/Sterilisation (vgl. Kap. 20 und 25). Es ist jedoch darauf zu verweisen, dass eine umfassendere Auseinandersetzung mit solchen Aspekten wichtige Erweiterungen und Vertiefungen der hier gewonnenen Erkenntnisse über das Wirken Retts im Kontext von Behinderung ermöglichen würde und in diesem Sinne einzufordern ist.

Der Ergebnisdarstellung muss schlussendlich noch vorausgeschickt werden, dass für die erste Phase der Abteilung auf Pavillon XVII am Gelände des Altersheimes Lainz, und zwar insbesondere für die Zeit bis Ende der 1960er Jahre, die empirische Datenlage häufig ungenügend ist. Insofern beziehen sich die Ergebnisse vorrangig auf die 1970er und 1980er Jahre bzw. sind zeitliche Bezüge und Eingrenzungen entsprechend ausgewiesen.

Die nachfolgenden Detailausführungen zur Fallstudie „Rett-Klinik“ verweisen auf viele Uneindeutigkeiten und Widersprüchlichkeiten: Der Forschungsgegenstand wandelte sich immer wieder, je nachdem, wessen Perspektive auf die Klinik und ihr Wirken in der Forschung rekonstruiert wurde. Die Mehrdeutigkeiten bzw. Diskrepanzen gilt es in der nachfolgenden Ergebnisdarstellung auch immer wieder aufzuzeigen, zeigt sie sich doch als zentrales Charakteristikum der „Rett-Klinik“.

16. Geschichte und Struktur der „Rett-Klinik“

Hemma Mayrhofer

Die zunächst als „Abteilung für Kinder-Neurologie“ des Altersheims Lainz und später als „Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder“ auf Pavillon C des Neurologischen Krankenhauses der Stadt Wien-Rosenhügel von Andreas Rett geführte Einrichtung wird in den nachfolgenden Darstellungen häufig kurz „Rett-Klinik“ genannt. Diese Bezeichnung dürfte neben anderen Kurzformen seinerzeit verbreitet gewesen sein, kaum jemand verwendete in den Interviews die vollständigen Namen der Einrichtung. Mit dem Kürzel „Rett-Klinik“ ist nachfolgend die von Andreas Rett gegründete und geleitete Einheit aus stationärer Abteilung und Ambulanz bezeichnet, dem zugleich ein Forschungsinstitut angegliedert war (s.u.).

16.1. Chronologie und institutionelle An- und Einbindung

Kurzer Abriss der geschichtlichen Entwicklung der „Rett-Klinik“

Im Jänner 1956 erfolgte auf Initiative des Neuropädiaters Andreas Rett die Errichtung einer „Sonderabteilung zur Unterbringung von anstaltsbedürftigen Jugendlichen“ auf Pavillon XVII (ehemals Rotlaufpavillon) des damaligen Altersheimes (AH) Lainz. Sie hatte zunächst die Bezeichnung „Abteilung für Kinder-Neurologie“.[237] Zuvor war Rett bereits seit Dezember 1954 an der Neurologischen Abteilung des AH Lainz bei Walter Birkmayer tätig gewesen, letzterer wird im Gründungsansuchen auch als Befürworter der neuen Sonderabteilung angeführt.[238] Rett wurde „mit Wirksamkeit vom 1.1.1956 als

[237] Vgl. PA18: Schreiben der Magistratsabteilung 17 – Anstaltenamt (M.Abt.17/II-P3142/3) vom 19. September 1955 an die Verwaltungsgruppe I, Aufnahme.

[238] Vgl. PA18: Schreiben Andreas Retts an den Magistrat der Stadt Wien Mag.Abt. 17 - Anstaltenamt vom 17. September 1955.

leitender Facharzt mit Sondervertrag hauptberuflich aufgenommen“[239], um die Abteilung zu leiten. Faktisch begann auch bereits mit Anfang Jänner 1956 der kontinuierliche Aufbau der Abteilung, formal nahm die „Kinderabteilung im Altersheim Lainz“ erst am 22. Februar 1956 ihre Tätigkeit auf, wie einem Schreiben des Anstaltenamtes diesen Datums an die Direktionen der Wiener städtischen Kranken- und Wohlfahrtsanstalten zu entnehmen ist.[240] Dieses Dokument führt auch aus, dass die Abteilung in ihrer ersten Bestandsphase im Rahmen der geschlossenen Anstaltsfürsorge geführt wurde und die Einweisungen „ausschließlich über die Magistratsabteilung 12“ (ebd.) stattfanden. Zudem war für eine Aufnahme ein Gutachten des Abteilungsvorstandes der „Kinderabteilung“, d.h. von Andreas Rett, notwendig. Die „Rett-Klinik“ konnte also selbst maßgeblich (mit-)entscheiden, wen sie aufnahm. Die Zielgruppe wird im Schreiben wie folgt definiert:

> „Zur Aufnahme sollen nur jene Kinder zwischen 0 – 17 Jahren beantragt werden, die mit chronischen Leiden, Mißbildungen und physischen Schädigungen behaftet sind und einer Anstaltsbetreuung bedürfen, die in dem erforderlichen Ausmaße in einem Krankenhaus aber auch innerhalb der Familie nicht gewährt werden kann.“ (ebd.; Kommasetzung entspricht dem Original)

Den Direktionen der Wiener städtischen Kranken- und Wohlfahrtsanstalten, an die das Schreiben ging, wurde empfohlen,

> „(…) besonders jene Kinder, die in eine Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke überstellt werden sollen, vorher noch in der Kinderabteilung in Lainz begutachten zu lassen.“ (ebd.)

Die „Rett-Klinik“ wurde somit explizit als Alternative zur Unterbringung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Heil- und Pflegeanstalten wie „Am Steinhof“ geschaffen. Dies geht auch schon aus dem Ansuchen Retts um Leitung der zu gründenden Kinderabteilung hervor, in dem festgehalten ist, dass die „medizinische Notwendigkeit einer solchen Abteilung“ auf Untersuchungen u.a. „Am Steinhof“ und im Altersheim Lainz aufbaut (vgl. PA18). Zugleich ist im oben zitierten Schreiben des Anstaltenamtes vom 22.02.1956 bereits der Ambulanzbetrieb angedeutet, indem der Abteilung von Anfang an die Funktion einer begutachtenden Stelle zugedacht war, die über die Begutachtung der eigenen stationären PatientInnen hinausging.

---

[239] Vgl. Schreiben der Magistratsabteilung 17 – Anstaltenamt (M.Abt.17/II-P-3142/3) vom 20. Februar 1959 an die Magistratsabteilung 2; PA18.

[240] Vgl. Schreiben der Magistratsabteilung 17 – Anstaltenamt (M.Abt.17-384/56/IV) vom 22. Feber 1956 betreffend die „Eröffnung der Kinderabteilung im Altersheim Lainz: WStLA, M.Abt.209.A3; Sachakten des Anstaltenamtes.

Auch in den Selbstdarstellungen der „Rett-Klinik“, die in den Korrespondenzmappen Retts abgelegt wurden, sowie in Interviews finden sich Hinweise darauf, dass von Anfang an eine Ambulanz betrieben worden war. Weiters wurden seit der Gründung der Abteilung eine Sonderschule und ein Sonderkindergarten an der „Rett-Klinik“ betrieben (vgl. Kap. 24).

Der stationäre Betrieb begann laut den Erinnerungen einer von Anfang an mitarbeitenden Pflegekraft mit Pflegepersonen und PatientInnen im einstelligen Bereich und wuchs nach kurzer, aber nicht näher bestimmter Zeit auf 30-40 PatientInnen an (vgl. IP66_P:14), um im Laufe der 1960er Jahre auf in Summe 90 systemisierte Betten anzusteigen. Es ist unbekannt, wann diese Anzahl an PatientInnen genau erreicht worden war. 1971 ist diese Zahl an belegten Betten in einem Tätigkeitsbericht der Klinik jedenfalls eine offenbar schon länger bestehende fixe Größe (vgl. KO_R:16.08.1971).

Mit Anfang 1959 wurde der Sondervertrag Retts in ein „beamtetes Dienstverhältnis zur Stadt Wien“ (PA18) und Retts Dienstposten von einem Facharztposten zu einer Vorstands- bzw. Primariararztstelle umgewandelt. Wann die formale Angliederung der Abteilung an das Neurologische Krankenhaus der Stadt Wien Rosenhügel mit Andreas Rett als Primararzt erfolgte, wird verschieden überliefert: Laut Schnaberth/Koblizek (2012:45) vollzog sich diese Angliederung im Dezember 1966. In den Dokumenten der Korrespondenz-Akten Retts finden sich hiervon abweichende Angaben:

> „Im Jahre 1963 wurde der Status der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder von einer Pflegeanstalt in den eines öffentlichen Krankenhauses umgewandelt. Diese Änderung dokumentiert einen Wendepunkt der Einstellung, daß nämlich die geistige Behinderung in vielen Fällen keineswegs eine medizinisch-therapeutisch unbeeinflußbare endgültige Tatsache ist, bei der jede Mühe umsonst sei.“ (KO_R:1975)[241]

Für einen früheren Zeitpunkt spräche auch die Angabe Retts, dass der Pavillons-Neubau auf dem Areal des Rosenhügels bereits seit 1965 geplant war.[242] Die Klinik blieb aber bis Mitte der 1970er Jahren räumlich am Anstaltsgelände des Altersheimes Lainz.

---

[241] Idente Angaben finden sich in einem Lebenslauf Retts (vgl. KO_R:30.06.1975) sowie in einem Antrag zur Anerkennung der Abteilung als Ausbildungsstelle: „1963 wurde sie (die Abteilung, Anm. d Verf.) aus dem Verband des AH-Lainz herausgelöst und dem Neurologischen Krankenhaus der Stadt Wien-Rosenhügel angeschlossen.“ (KO_R:10.01.1977).

[242] Vgl. KO_R:17.09.1973: Schreiben an die International League of Societies for the Mentally Handicapped Information Service.

1967 habilitierte sich Andreas Rett an der Universität Wien für das Fach Neurologie und Kinderheilkunde (vgl. Schnaberth/Koblizek 2012:45)[243] und gründete im selben Jahr das Ludwig Boltzmann Institut zur Erforschung kindlicher Hirnschäden.[244] Spätestens ab diesem Zeitpunkt setzte sich die „Rett-Klinik" aus den drei Teilbereichen Station, Ambulanz und Forschungsinstitut zusammen.

In einem Schreiben an die Verwaltung des Neurologischen Krankenhauses der Stadt Wien-Rosenhügel vom 29.06.1973 wird die Abteilung nach wie vor „Kinderneurologische Abteilung" genannt. Kurze Zeit später schrieb Rett in einem Brief an die Direktion des NKH der Stadt Wien-Rosenhügel: „Betrifft: Dienstpostenplan für die Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder" (KO_R:23.08.1973). Der neue Name wurde offenbar 1973 schon geführt – im gleichen Schreiben führt Rett aus:

> „Die Gemeinde Wien hat sich 1961 entschlossen dieser Abteilung einen Neubau zu errichten. Es ist jedem Informierten bekannt, welche Schwierigkeiten diesem Bau entgegenstanden." (ebd.:2; Kommafehler im Original)

Die Angaben zum Beschluss des Neubaus sind somit nicht einheitlich, bekannt ist aber, wann die Übersiedlung stattfand: Mit 1. April 1975 wurde der neu gebaute Kinderpavillon am Rosenhügel eröffnet, sodass die Abteilung gemeinsam mit Ambulanz und Forschungsinstitut auch räumlich von Lainz auf den Rosenhügel übersiedeln konnte. Am neu errichteten Pavillon C waren schlussendlich 101 systemisierte Betten vorhanden, teilweise finden sich auch Angaben zu 102 systemisierten Betten.[245]

Als ärztlicher Direktor des Neurologischen Krankenhauses Wien-Rosenhügel war Andreas Rett von Jänner 1985 bis September 1988 tätig, als Primarius auf Pavillon C allerdings noch bis Ende Juni 1989 aktiv.[246] Mit März 1990 übernahm Ernst Berger die Nachfolge Retts an der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder, die in der Folge zur „Abteilung für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters mit Behindertenzentrum" umbenannt

---

[243] Rett selbst bezeichnete das Fach teilweise kurz als „Kinder-Neurologie" – vgl. KO_R:12.10.1977.

[244] Vgl. u.a. KO_R:10.01.1977: Antrag zur Anerkennung der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder im Neurologischen Krankenhaus der Stadt Wien - Rosenhügel als Ausbildungsstelle.

[245] Vgl. etwa KO_R:10.01.1977: Antrag zur Anerkennung der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder im Neurologischen Krankenhaus der Stadt Wien - Rosenhügel als Ausbildungsstelle.

[246] Auf Retts Personalakte findet sich der 30.06.1989 als Pensionierungsdatum eingetragen (vgl. PA18).

und grundlegend umstrukturiert wurde (vgl. Schnaberth/Koblizek 2012:52; Berger 1990 und 1991).

Die „Rett-Klinik“ im Kontext der Wiener Psychiatrie und Neurologie sowie Behindertenhilfe

Wie in Kapitel 3.1 der Teilstudie zu Pavillon 15 ausgeführt, war die „Rett-Klinik“ eine von drei zentralen medizinischen Einrichtungen zur Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Wien. Zugleich hatte sie von Anfang an einen Sonderstatus inne: Sie ist die jüngste der drei Einrichtungen, war keine Universitätsklinik und zunächst einem Altersheim und keinem Krankenhaus angegliedert. Anfangs scheint sie vor allem einerseits zur stationären Unterbringung von minderjährigen Personen mit Behinderungen gedacht gewesen zu sein, die für reine Verwahrungseinrichtungen wie das PKH als „zu gut“ angesehen wurden, denen somit „Förderbarkeit“ zugeschrieben wurde. Zum anderen sollte sie genau das diagnostisch feststellen, d.h. Kinder und Jugendliche, bei denen eine Verwahrung in einer geschlossenen Anstalt(sfürsorge) überlegt wurde, auf eine mögliche Förderbarkeit hin begutachten (s.o.).

Die verfügbaren Daten erwecken insgesamt den Eindruck, als hätte sich der Abteilungsvorstand Andreas Rett von Anfang an mit dieser gegenüber den beiden Universitätskliniken (Kinderstation der Wiener Universitätsklinik für Psychiatrie und Neurologie sowie Heilpädagogische Abteilung der Universitätskinderklinik des Allgemeinen Krankenhaues) merkbar schlechteren Position seiner Abteilung nicht abgefunden und mit Nachdruck daran gearbeitet, sich als (zumindest) gleichwertiger Player ihnen gegenüber zu etablieren.[247] Auf die äußerst angespannten Beziehungen zu Walter Spiel von der Wiener Universitätsklinik für Psychiatrie und Neurologie kann an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden. In den im Archiv des Pavillons C abgelegten Korrespondenzakten Retts finden sich allerdings zahlreiche Belege für ein ausgeprägtes Konkurrenzverhältnis, etwa am Beispiel von Retts Bemühungen, Mitte der 1970er Jahre seine Klinik als Ausbildungsstätte für Kinder- und Jugendpsychiatrie anerkennen zu lassen und Spiels Bestreben, dies zu verhindern.[248] Über das Verhältnis zwischen Andreas Rett und Hans Asperger, Leiter der Universitäts-Kinderklinik, ist aus den Akten kaum etwas

---

[247] Vgl. auch IP2_P:219; IP8_P:26.

[248] Vgl. KO_R:12.10.1977: Schreiben an Univ.Doz. Dr. H. Neugebauer, Präsident d. Ärztekammer für Wien. – Vgl. auch die Schilderungen in IP8_P:26ff.

zu erfahren, was insofern verwundert, als Aspergers heilpädagogische Station eigentlich ein wichtiger Ansprech- und Kooperationspartner in Fragen rund um die Betreuung von Kindern mit Behinderungen gewesen wäre. Generell lassen verschiedene Dokumente der gesichteten Korrespondenzakten deutliche Profilierungsbemühungen Retts in wissenschaftlicher bzw. medizinischer Hinsicht erkennen. Es bleibt allerdings künftigen Forschungen vorbehalten, die wissenschaftlichen Aktivitäten der Rettschen Klinik und des ihr angeschlossenen Boltzmann-Instituts im Kontext der Wiener Psychiatrie und Neurologie sowie darüber hinaus umfassender zu beleuchten.

Zwischen den zwei genannten Institutionen und der „Rett-Klinik" dürfte es kaum wechselseitige Überweisungen von PatientInnen gegeben haben: In der gezogenen Stichprobe an Krankenakten findet sich überhaupt kein Hinweis auf eine entsprechende Überstellung, weder in die eine noch die andere Richtung, lediglich in einer im Zusammenhang mit der „Malariatherapie-Studie" gesichteten Krankenakte konnte ein Hinweis auf eine Einweisung in die „Rett-Klinik" gefunden werden (vgl. Geiger 2015:261). Möglicherweise war dies aber keine Überweisung, sondern geschah anschließend an den Aufenthalt auf der Kinderabteilung der Universitätsklinik für Psychiatrie und Neurologie des Allgemeinen Krankenhauses auf Initiative der Eltern, die sich an eine weitere Stelle um Hilfe wandten (vgl. hierzu auch Kap. 19). Allerdings ist unbekannt, inwiefern es eventuell im Ambulanzbereich zu Weiterverweisungen gekommen sein könnte.

An den „Steinhof" hingegen wurden regelmäßig, wenn auch nicht häufig, PatientInnen weiterverwiesen. Wie in der Fallstudie zu Pavillon 15 ausführlich dargestellt ist, handelte es sich dabei vor allem um PatientInnen, die als medizinisch nicht (ausreichend) behandelbar und therapeutisch „nicht förderbar" diagnostiziert wurden und deren Verhalten den Klinikbetrieb zu sehr störte. Als „nicht förderbar" eingestufte Kinder und Jugendliche wurden jedoch in der Regel dann nicht an das PKH abgeschoben, wenn es sich um SonderpatientInnen mit zahlungskräftigen Angehörigen handelte (vgl. Kap. 27). Die soziale Herkunft scheint allgemein eine gewisse Rolle für solche Weiterverweisungsentscheidungen gespielt zu haben.

Somit hatte der „Kinderpavillon" des PKH bzw. dieses insgesamt eine wichtige entlastende Funktion für die „Rett-Klinik", auch wenn man sich deutlich von den dortigen Zuständen abgrenzte. Dass diese Entlastungsfunktion lange Zeit tatsächlich gegeben war, wurde vor allem in den letzten Jahren der Ära Rett sichtbar, als der „Kinderpavillon" am PKH bereits aufgelöst war und man die „lästigen" Fälle nicht mehr abschieben konnte (vgl. Kap. 19.3).

Das Verhältnis der „Rett-Klinik“ zu anderen Einrichtungen der Behindertenhilfe zeigte sich zunächst kaum relevant, da es kaum derartige Einrichtungen gab. Das Zusammenwirken mit den seit den 1960er Jahren und v.a. 1970-80er Jahren sukzessive entstehenden Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen kann in dieser Studie nicht ausreichend nachgezeichnet werden. Auch Retts Wirken in diesem Zusammenhang als Berater großer Einrichtungen der Behindertenhilfe (vgl. Schönwiese 2012) und Präsident der Lebenshilfe Wien (vgl. IP14_P:73) kann in dieser Studie nicht dargestellt werden. Die Einträge der ausgewerteten Krankenakten lassen aber erkennen, dass nur selten PatientInnen aus Einrichtungen der Behindertenhilfe an der „Rett-Klinik“ stationär aufgenommen und auch nicht allzu oft in diese entlassen wurden (vgl. Kap. 19.2 und 27). Wie dies zu werten ist (als Ausdruck des Bemühens um alternative Unterbringungen, als Tendenz zur weiteren stationären Unterbringung von Menschen mit Behinderungen etc.), darauf lassen die vorliegenden Daten keinen eindeutigen Schluss zu. Bemerkenswert erscheint aber, dass in der letzten Phase der „Ära Rett“ seine Klinik in gewissem Ausmaß ungewollt in die Rolle des ab spätestens 1984/85 nicht mehr vorhandenen „Kinderpavillons“ des PKH gekommen sein dürfte. Dies muss u.a. auch im Kontext der vermehrten Unterstützungsangebote für und Integrationsbemühungen von Menschen mit Behinderungen gesehen werden, die nun offenbar als die besseren Alternativen zur „Rett-Klinik“ galten.

Mission und (Selbst-)Wahrnehmung der „Rett-Klinik“ – Monopolstellung im zeithistorischen Kontext

Bei ihrer Gründung wurde der Klinik als Motto eine Gedichtzeile von Peter Rosegger zugedacht: „Auf dem Wege zum Licht lasset keinen zurück.“[249] Darin kommt – v.a. unter Berücksichtigung des Gesamtgedichts[250] – sowohl ein messianischer Anspruch, den Weg in eine ‚lichte‘ Zukunft zu weisen, als auch paternalistische Fürsorge zum Ausdruck. Nachfolgendes Bild vom Fotografen Harry Weber, es stammt wahrscheinlich aus dem Jahre 1962, zeigt

---

[249] Vgl. KO_R:1975 (o.D., aufgrund der Reihenfolge der Ablage und einer Zeitangabe im Text höchstwahrscheinlich Ende Jänner/Anfang Februar 1975 verfasst): Die Wiener Klinik für hirngeschädigte Kinder und das Ludwig-Boltzmann-Institut zur Erforschung kindlicher Hirnschäden, verfasst von OA Heinz Krisper.

[250] „Auf dem Wege zum Licht lasset keinen zurück! Führet jeden mit Euch, der verlassen vom Glück, dem die Ampel verlosch, dem die Glut nie gebrannt, das Kind, das den leitenden Stern nie gekannt! Sie taumeln in Nacht und Verlassenheit, Ihr begnadeten Pilger der Ewigkeit! Führet alle mit Euch in Liebe und Pflicht, Lasset keinen zurück auf dem Wege ins Licht.“ Peter Rosegger, zit. n. Grimmlinger (Hg.) 1997.

den noch provisorisch angebrachten Wahlspruch – und im Hintergrund vermutlich stationär untergebrachte Burschen, die das Geschehen neugierig-abwartend zu beobachten scheinen. Auf Pavillon C/Rosenhügel war das Leitmotiv dann in eine Tafel am Pavillonseingang eingraviert.

Abbildung 6: Gang mit PatientInnen auf Pavillon XVII, Fotografie von Harry Weber, 1962; Quelle: ÖNB/Wien HW1071.

In den Interviews mit ehemaligem Personal wurde als zentrale Zielsetzung der Klinik benannt, „ein Zentrum für entwicklungsbehinderte Kinder ein Leben lang" (IP32_P:615) zu sein und eine „geschlossene Kugel der Versorgung" (ebd.) zu bieten. Dabei kam der Integration von Forschung ein besonderer Stellenwert zu:

> „Und die Mission war natürlich, auch sowas wie einen Standard der kinder-, jugendneurologischen Betreuung und medizinischen Versorgung zu etablieren. (…) Und ich glaube, davon war er (Rett, Anm. d. Verf.) beseelt, sich sozusagen unsterblich zu machen, nicht so sehr mit einem Nobelpreis, sondern mehr mit dem, da haben wir einen Wiener Standard der Betreuung in diesem Bereich und der ist forschungsbasiert, evidenzbasiert und nicht nur sozusagen aus der Routine heraus." (IP56_P:189)

Etwas nüchterner wurde die „Philosophie" des Hauses im Interview mit einer ehemaligen Pflegekraft zusammengefasst: „Beschützen, abschirmen, gut behandeln, aber nicht die Öffentlichkeit behelligen" (IP53_P:536 – gemeint war, die Öffentlichkeit nicht mit Menschen mit Behinderungen zu behelligen).

Vielfach herausgestrichen wurde die Vorreiterrolle Retts und die über lange Zeit bestehende Monopolstellung der Klinik in der Beratung und Betreuung von Menschen mit Behinderungen:

> „Kurz nach der Euthanasie als Staatsgesetz war Professor Rett der erste und der einzige, etwa 10 Jahre lang, der sich mit schwer geistig behinderten, mehrfach behinderten Kindern und Jugendlichen und Erwachsenen, wir haben ja da keine Altersgrenze gehabt, mit einer unheimlichen Energie auf den verschiedensten Ebenen auseinandergesetzt hat. Das ist einmalig.“ (IP32_P:10)[251]

> „Denn er war immerhin der erste, der gesagt hat, die Kinder haben in einem Altersheim nichts verloren und auch auf einer Erwachsenenpsychiatrie nichts verloren, sondern die bedürfen einer eigenen Begleitung und das ist ein Verdienst, das man wirklich nicht hoch genug schätzen kann.“ (IP53_P:949)

Eine sehr prägnante, wenn auch weniger respektvolle Zusammenfassung der Rolle Andreas Retts und seiner Klinik im Kontext der Wiener der Gesundheits- und Behindertenpolitik der 1950er bis 1980er Jahre bietet folgendes Interviewzitat:

> „Der Rett war in den 50er Jahren (…) ein Visionär für damalige Vakuumbegriffe, Vakuum der Behinderten, er war ein Einzelkämpfer, autoritär, submanisch, sein Wort hat gegolten, ich kann mich auf niemand verlassen, ist einer seiner Sätze. Er war Gesetz, das klingt nach einem Western, aber das war (sehr) autoritär. Und ab 1975 (…) war (er) kein Visionär mehr, stagnierend, konservatives Verhalten und gesundheitspolitisch dann eher retardiert würde ich sagen in meiner Sprache, retardiert.“ (IP2_P:177)

Mehrfach wurden die einflussreiche Position Retts innerhalb der ÄrztInnenschaft und der (Gesundheits-)Politik sowie seine parteipolitischen Netzwerke in Österreich hervorgehoben, die auch zum Erhalt und zur Ressourcensicherung der Klinik genutzt wurden: „Also er war politisch extrem vernetzt und sehr mächtig im politischen Agieren im Hintergrund.“ (IP14_P/E:111)

> „Andreas Rett war eine prominente Figur in der österreichischen medizinischen Szene, er war sozusagen der Papst für alle Fragen von behinderten Menschen und war auch im politischen Feld, gesellschaftlich-politischen Feld relevant. Er war irgendein hochrangiger Freimaurer, er war Vorsitzender des Bundesbehindertenbeirats (…).“ (IP8_P:16)

> „Aber ich denke, der Rett hat nicht nur die Monopolstellung, letztlich ist das ja eine Machtposition. Wenn man Monopolist ist, hat man Macht. Er war ja bei

[251] Die Kurzverweise geben – wie in Kap. 1 und im Abkürzungsverzeichnis erläutert – Hinweise auf die soziale Rolle bzw. Funktion der befragten Personen: P = Personal (inkl. Personal des institutionellen Umfeldes und regelmäßig ehrenamtlich tätigem Personal), B = Betroffene/r, A = Angehörige/r, E = ExpertIn.

> Ärztekammer oder Fachgesellschaft bei Vorträgen war er ja natürlich kompetent eingeladen. Allerdings mit zunehmend 70er Jahren der damals schon verzopften Meinung der zentralistischen Betreuung.“ (IP2_P:99)

Auch aus den über zwei Jahrzehnte hinweg vorliegenden Korrespondenzen Retts geht diese politisch und institutionell hervorragende Vernetzung vielfach hervor. Dass die politischen Kontakte auch konsequent für die Dursetzung verschiedener Forderungen und Interessen genutzt wurden, lässt sich beispielhaft an der politischen Interventionsandrohung aus Anlass der bevorstehenden Pensionierung seiner Chefsekretärin und „rechten Hand“ (vgl. Kap. 18) erkennen. Der Personalakte der Mitarbeiterin ist ein handschriftlicher Aktenvermerk zu einem Telefonanruf Retts beigelegt, der mit dem Satz endet:

> „Weiters teilte er mir mit, daß er bei einer KÜ (Kündigung, Anm. d. Verf.) des DV (Dienstverhältnisses, Anm. d. Verf.) von Frau (…) den politischen Weg bestreiten (sic!) wird (Bgm., Stadtrat).“ (PA25:13.10.1986)

Auf der Kopie des schon versandten Kündigungsschreibens findet sich handschriftlich vermerkt: „WIDERRUFEN!“ (ebd.; Blockbuchstaben im Orig.)

In den Beschreibungen der „Rett-Klinik“ kommt zum Ausdruck, dass die Einrichtung in einem ambivalenten Verhältnis zu ihren Umwelten im Allgemeinen gestanden haben dürfte. Folgende Auszüge aus Interviews vorwiegend mit ehemaligem Personal, teilweise auch mit Personen des institutionellen Kontextes, machen dies deutlich: „Es war eine Festung“ (IP22_P:623) bzw. „ein sehr homogenes, abgeschlossenes System“ (IP24_P:39), „das Biotop Rett“ (IP2_P:41), „ganz was Abgeschlossenes“ (IP30_P:17) oder auch eine in sich geschlossene „Dorflandschaft“ (IP88_P:57). „Das Haus war fast autonom“ (IP25_P:59), es sei ein „autarker Betrieb“ (IP88_P:47) mit Isolationstendenzen (ebd.) und geprägt vom „zentralistischen Gedanken, ein behindertes Kind muss man schützen, er (hat) den Kindern einen beschützten Bereich geschaffen (…).“ (IP2_P:27) Mehrfach wurde auch auf eine vorgebliche Offenheit verwiesen, so etwa im folgenden Interview:

> „Sie haben sich zwar immer sehr offen präsentiert, aber wenn man sozusagen wirklich da versucht hat, näher hineinzukommen, hat man das Gefühl gehabt, da tut sich eine Wand auf.“ (IP30_P:47)

Die Einsichten in die „Rett-Klinik“ lassen insgesamt erkennen, dass öffentlich ein zumeist sehr überzeugendes Bild der aufopfernden Pflege und Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen vermittelt wurde, getragen von einer evidenzbasierten Medizin und Therapie. Die Praxis wich davon in manchen Aspekten nicht unbeträchtlich ab, wie die nachfolgend ausführlich dargestellten Forschungsergebnisse aufzeigen. Damit soll kei-

neswegs das teilweise sehr hohe persönliche Engagement der MitarbeiterInnen der „Rett-Klinik“ und ihre Überzeugung, Teil eines guten Werks zu sein, in Abrede gestellt werden. Auch ist auf die permanent thematisierte große Verbundenheit zahlloser Eltern zu verweisen (vgl. Kap. 19.4)

16.2. Organisation, materielle Ressourcen und Räumlichkeiten der Abteilung

Zusammenwirken von Abteilung, Ambulanz und Boltzmann-Institut

Ein Ambulanzbetrieb war, wie oben dargestellt, bereits seit den Anfängen der Abteilung integriert. Von einem ehemaligen ärztlichen Mitarbeiter wurde der stationäre Bereich als „ein Heim mit medizinischer Betreuung“ (IP88_P:39) beschrieben, während die Ambulanz eine „normale Ambulanz“ (ebd.) gewesen sei. Dabei differenzierten sich im Laufe der Zeit unterschiedliche Ambulanzbereiche aus; 1977 werden sechs verschiedene Ambulanzen angeführt: 1. Allgemeine Ambulanz (kinderneurologische/-psychiatrische Ambulanz), 2. Neuro-orthopädische Ambulanz, 3. Logopädische Ambulanz, 4. Enuresis[252]-Ambulanz, 5. Anfalls-Ambulanz und 6. Risiko-Kinder-Ambulanz (Frühgeborenen-Ambulanz).[253]

Laut Selbstbeschreibung der Klinik stand die Ambulanz „im Mittelpunkt unserer Bemühungen“[254]. Diese zentrale Stellung des Ambulanzbetriebs innerhalb des „Systems Rett“ wurde auch vielfach in den erschlossenen empirischen Quellen erkennbar: Allein der Umstand, dass im Laufe des Bestehens der Klinik bis Ende der 1980er Jahre zehntausende Personen mit Behinderungen aus ganz Österreich und darüber hinaus dort in Beratung, Begutachtung und Behandlung waren, machte sie einzigartig. Jede Woche besuchten einer Angabe aus dem Jahre 1975 zufolge 300-400 PatientInnen die Ambulanz[255] Laut einem Schreiben Retts aus dem Jahre 1987 überschaue die Klinik allein zu diesem Zeitpunkt „18.000 Behinderte verschiedenster Art“ (KO_R:20.01.1987).

---

252 Enuresis = unwillkürliches Einnässen.

253 Vgl. Vgl. KO_R:12.10.1977: Anlage zum Schreiben an Univ.Doz. Dr. H. Neugebauer, Präsident d. Ärztekammer für Wien.

254 Vgl. KO_R:o.D.(1975): Die Wiener Klinik für hirngeschädigte Kinder und das Ludwig-Boltzmann-Institut zur Erforschung kindlicher Hirnschäden, Verfasser: OA Heinz Krisper.

255 Vgl. KO_R:o.D.(1975): Die Wiener Klinik für hirngeschädigte Kinder und das Ludwig-Boltzmann-Institut zur Erforschung kindlicher Hirnschäden, Verfasser: OA Heinz Krisper.

Für einen stationären Aufenthalt stellte die Ambulanz den zentralen Zugang dar, da zunächst in der Regel eine ambulante Abklärung stattfand. Die Ausführungen in Kapitel 19 zeigen zudem, dass über drei Viertel der stationär aufgenommenen PatientInnen vor ihrer ersten Aufnahme schon in ambulanter Betreuung gewesen waren. Während ihres Aufenthalts kamen sie auch zu Untersuchungen von der Station auf die unterschiedlichen Ambulanzen (vgl. Kap. 20).

Die Ambulanz stand nicht nur in Bezug auf die PatientInnen, sondern auch hinsichtlich des ärztlichen und vermutlich ebenfalls des therapeutischen und psychologischen Personals in einem engen Austauschverhältnis mit den Stationen. Die Erzählungen in den Interviews lassen zugleich darauf schließen, dass die unterschiedlichen Personalgruppen differierende Bewegungsradien hatten: Das pflegerische Personal wechselte demnach kaum zwischen den verschiedenen Bereichen der „Rett-Klinik", sondern war einer bestimmten Station oder der Ambulanz zugewiesen:

> „Aber das waren ganz verschiedene Bereiche und (…) ich habe ich glaube 5 Jahre nicht gewusst, wo das Labor ist, weil ich dort nie was zu tun gehabt habe. Die sind auf die Station gekommen." (IP53_P:61)

Das ärztliche und psychologische, ev. auch das therapeutische Personal hingegen übte, wie erwähnt, teilweise in verschiedenen Bereichen Tätigkeiten aus. Die Sonderschul- und Kindergarten-PädagogInnen wiederum dürften in klar abgegrenzten Bereichen ihrer Tätigkeit nachgegangen sein.

Das Geschehen in der Ambulanz stellt hinsichtlich des medizinisch beratenden und behandelnden Wirkens der „Rett-Klinik" den eindeutig zentraleren Bereich der Einrichtung dar. Zu diesem Bereich zeigen sich weitere Forschungen als sehr bedeutsam, wie in den nachfolgenden Ergebnisdarstellungen wiederholt sichtbar wird.

Zudem waren Stationen und Ambulanz mit dem 1967 von Andreas Rett gegründeten Ludwig Boltzmann-Institut (LBI) zur Erforschung kindlicher Hirnschäden örtlich, inhaltlich und personell eng verbunden. Die schwer durchschaubare Verzahnung wird u.a. anhand eines flexibler Umgangs mit den finanziellen und Personalressourcen der unterschiedlichen Tätigkeitsbereiche[256] der „Rett-Klinik" (vgl. Kap. 17), der klinischen Studien an PatientInnen (vgl. Kap. 20) sowie – damit zusammenhängend – dem Thema

[256] Das LBI verfügte beispielsweise „im Budget-Jahr 1976 über Forschungsmittel in der Höhe von 1,26 Millionen Schilling" (KO_R:10.01.1977: Antrag zur Anerkennung der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder im Neurologischen Krankenhaus der Stadt Wien - Rosenhügel als Ausbildungsstelle).

„schwarze Kassen“ (vgl. Kap. 26) sichtbar. Eine Aufarbeitung des entsprechenden Archivbestandes (vgl. Ausführungen in Kap. 1 und 2) erscheint u.a. auch deshalb entscheidend, als die Dokumente wichtige Einblicke in das spezifische Zusammenspiel zwischen Forschung an und Behandlung von Menschen mit kognitiver Behinderung (Kinder als Objekte der Wissenschaft) ermöglichen. Generell wurde die Qualität der wissenschaftlichen Forschung sehr verschieden bewertet,[257] aber auch auf eine Nähe zu Gedankengut des Nationalsozialismus verwiesen:

> „Der (Mitarbeiter der Rett-Klinik, Anm. d. Verf.) war Mediziner und Genetiker und (…) der aber absolut keine Ausstattung hat, wirklich genetisch zu untersuchen, und der eine altmodische genetisch-morphologische Herangehensweise hatte, das ist die Vermessung des Menschen mit Morphologie. Wo Sie sagen, da haben wir sehr merkwürdige Fotografien gefunden, da haben wir Haare gefunden, da haben wir Fingerprints gefunden. (…) Also von einem morphologischen Merkmal auf eine sehr komplexe andere Störung zu gehen. Das sind so die primitiven Formen von- (I: Also stark simplifizierende-) Ja genau. Und was sehr nahe an Modelle kommt, die damals, als Rett Medizin gelernt hat, in diesem Kontext. (…) Ja, das war auch in Retts Denken drinnen.“ (IP14_P/E:229ff.; die letzten Sätze spielen auf die NS-Zeit an)

Beide Bereiche, Ambulanz und Forschungsinstitut lassen somit bedeutsamen Forschungsbedarf erkennen, der in dieser Studie offen bleiben muss.

Ressourcenausstattung und Beschreibung der Räumlichkeiten

Die Ressourcenlage an der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder zeigt sich insgesamt wesentlich besser als auf Pavillon 15, was vorrangig ein Verdienst Andreas Retts gewesen sein dürfte, der durch sein Ansehen, die guten Netzwerke zur Politik und auch durch entsprechende Beharrlichkeit sowie ein hohes Sendungsbewusstsein mit beachtlichem Erfolg unterschiedlichste Ressourcen für die Abteilung erschloss. Dies äußerte sich nicht zuletzt darin, dass ein Pavillon neu nach seinen Vorstellungen am Gelände des NKH Rosenhügel errichtet wurde:

> „Architekt dieses dritten Patientenpavillons (Pav. C) war Anton Schweighofer, dessen Architektur damals eine in einem Haus konzentrierte Behindertenbetreuung zur Ideologie hatte.“ (Schnaberth/Koblizek 2012:45)

Anhand der Beschreibungen lassen sich große Unterschiede zwischen der Lainzer Phase und der Phase im neuen Gebäude am Rosenhügel vermuten.

---

[257] Vgl. u.a. IP11:_P; IP14_P/E; IP32_P; IP56_P.

Neben einer permanenten Personalvermehrung (vgl. nachfolgendes Kapitel) im Laufe der Zeit wurden insbesondere der Zustand und die Ausstattung der Räumlichkeiten auf Pavillon XVII am AH Lainz vielfach als miserabel beschrieben. Rett erwähnte etwa in einem Schreiben Anfang der 1980er Jahre, dass die Krankenzimmer am Lainzer Pavillon ohne Fließwasser gewesen wären.[258] Folgende Interviewausschnitte deuten die Zustände an:

> „(…) nur damals natürlich, wo das im Pavillon des Pflegeheim Lainz untergebracht war, waren das, ja erschreckend große Säle mit vielen Kindern in einem Saal, was aber glaube ich der Zeit oder diesem alten Pavillon entsprochen hatte und natürlich damals nichts renoviert wurde in Hinblick darauf, dass dieser Bau am Rosenhügel endlich fertig wird." (IP11_P:139)

> „(…) das waren sehr hohe Räume, die Betten waren Metallbetten, die so nicht schön waren, sehr alt waren, wo die Farbe zum Teil abgekratzt war, (…), das hat alles so düster ausgesehen. Keine Farben, alles abgelebt, etwas graulich, nicht weiß in den Räumen, die Fenster nicht renoviert, das hat alles düster ausgesehen." (IP38_P:59)

> „Also in Lainz (…) das Parterre war mit 33 Patienten und ich war dazumals im ersten Stock, da haben wir gehabt 50 Patienten, glaube ich. Es waren wirklich große-, da waren zwei Babyzimmer, also das waren pflegeabhängige Patienten, also kleinere, also von einem halben Jahr bis 4-5 Jahre. Und dann hat man gehabt einen großen Schlafraum für, die waren zwischen 10 und 15 und dann hat man noch kleinere Schlafräume gehabt, wo halt so-, in dem einen war ein Gitterbett und auch, was weiß ich, Kinder, die was zwischen 5 und 10 waren offiziell." (IP24_P:25)

> „(…) die Psychologie und das EEG waren im Souterrain. Das heißt, wir sind über Stiegen praktisch unter die Erde gegangen (…)." (IP9_P43)

Ein Schreiben an den ärztlichen Direktor des NKH Rosenhügel zum Zeitpunkt der Übersiedlung gibt Auskunft über die Stationsverteilung und –benennung auf Pavillon C:

> „Wir verfügen über insgesamt 3 Stationen. Im Parterre die beiden klinischen Stationen (Reuss) und im ersten Stock die heilpädagogische Station (Kundratitz)". (KO_R:28.04.1975/2).

Die Bezeichnungen „Reuss" und „Kundratitz" bezogen sich auf „irgendwelche berühmten Kinderärzte" (IP8_P:122), dürften sich aber in der Praxis wenig durchgesetzt haben, in den Interviews sprach man meist von „links",

---

[258] Vgl. KO_R/Mappe „Elternvereinigung Rett-Syndrom-Kinder" o.J.: Schreiben an „The International Retts' Association, Fort Washington.

„rechts“ und „oben“ oder verwendete die Bezeichnungen C1, C2 und C3 aus späteren Zeiten.

> „(…) Station C3, damals noch eine große Station mit 48 Patienten in 4 Einheiten aufgeteilt mit je 12 Patienten in einer Einheit. Ja und das war halt dann aufgeteilt jede Einheit in Kinder, Jugendliche, Erwachsene, Männer, Frauen getrennt.“ (IP25_P:13)

> „Also es war so, dass C1 und C2 vielleicht ein bisschen die jüngeren Patienten hatte, aber es war ziemlich gleich durchmischt, wobei C3, denke ich mir, war immer so, da waren halt die meisten eigentlich jetzt, die aufwändigeren Patienten, die halt auch in diesen psychiatrischen Intensivbetten oder in den Netzbetten sozusagen untergebracht waren.“ (IP30_P:25)

Diese Beschreibung wird auch durch andere Interviews bestätigt (vgl. u.a. IP32_P:362ff.) Wiederholt wird auch von einem sogenannten „Babyzimmer“ im Erdgeschoß berichtet:

> „Wir haben auch ein sogenanntes Babyzimmer gehabt, da waren zwar keine Babys drin, aber die kleineren Kindern, so wie das Volksschulalter, (…) Babys selten, aber es war immer das Babyzimmer, weil es eben die kleinsten, die jüngsten Kinder waren und (…) das Zimmer hat auch eine eigene Schwester gehabt, damit sich dort wirklich gut gekümmert wird.“ (IP53_P:285)[259]

Jede Einheit dürfte dabei aus zwei Schlafräumen mit je sechs Betten bestanden haben:

> „Da war immer vorne ein großer Raum, der Beschäftigungsraum (…). Und dahinter waren zwei Schlafräume und zwischen den zwei Schlafräumen ein Badezimmer.“ (IP12_P:17)

Hinzu kamen einzelne Ein- und Zweibett-Zimmer.[260] Die Qualität des neuen Gebäudes wurde sehr unterschiedlich bewertet: Während manche vom neuen Gebäude regelrecht schwärmten, kritisierten es andere als den Bedarfen nicht entsprechend.[261] Schnaberth/Koblizek (2012) merken etwa an, dass „(d)ie Innengliederung sowie die in den 1970er Jahren noch übliche Ausführungsqualität des Hauses (…) in der Folge zum Problem geworden (sind)“ (ebd.:45). Jedenfalls stellte der Neubau aber eine entscheidende Verbesserung im Vergleich zu Pavillon XVII dar. Einhellig wurde das parkähnliche Umfeld des Pavillons, das für zahlreiche Außenaktivitäten genutzt werden konnte, als sehr positiv hervorgehoben (vgl. Kap. 21.2).

---

[259] Vgl. zudem IP22_P:162; IP51_P:331; IP62_19.

[260] Vgl. u.a. IP39_P:151; IP53_P:860ff.; IP56_P:99.

[261] Vgl. u.a. IP2_P:78; IP11_P:139; IP38_P:59; IP39_P:150; IP53_P:844ff.; IP56_P:11; IP62_P:19; IP64_P:51; IP88_P:27.

17. Personal und Beschäftigungsverhältnisse

Hemma Mayrhofer, Gudrun Wolfgruber

17.1. Zusammensetzung und Beschäftigungsverhältnisse des Personals

Der Personalstand der „Rett-Klinik“ vermehrte und diversifizierte sich über die Jahrzehnte ihres Bestehens beträchtlich. Im Jahre 1956 wurde laut Aukunft einer bereits damals mitarbeitenden Pflegekraft mit einer fachärztlichen Stelle (Rett) und vier oder fünf Pflegepersonen begonnen (vgl. IP66_P:52). Über die Entwicklung des Personalstands und dessen Zusammensetzung in den ersten 15 Jahren der Klinik liegen keine weiteren Informationen vor. Erst ab dem Jahr 1971 konnten entsprechende Dokumente im Archiv auf Pavillon C gefunden werden. Einem kurzen Tätigkeitsbericht aus 1971 ist zu entnehmen, dass zu diesem Zeitpunkt bereits eine beträchtliche Anzahl an MitarbeiterInnen verschiedener Ausbildungshintergründe und Professionen an der Klinik tätig war:

> „7 Ärzte, 4 Psychologen, 1 Dipl. Chemiker, 2 Kindergärtnerinnen, 2 Lehrer, 1 Logopäde, 1 Musiktherapeutin, 1 Heilgymnastin, 2 Sekretärinnen, 48 Schwestern sowie entsprechendes Hauspersonal.“ (KO_R:16.08.1971)

Der Bettenstand wird zu diesem Zeitpunkt mit 90 angegeben. Nur ein Jahr später wurde in einem Schreiben an einen ausländischen Diplomaten angegeben, dass u.a. sechs Vollzeit-Ärzte und fünf Konsiliarärzte sowie drei PsychologInnen an der Klinik tätig sind. Die Gründe für die leichten Differenzen sind nicht bekannt. Es liegt auch kein gesichertes Wissen darüber vor, wie sich die angeführten MitarbeiterInnen auf die unterschiedlichen Bereiche Ambulanz – Stationen – LBI verteilen.

Zu vermuten ist, dass nicht alle Personen eine formale Anstellung hatten, sondern teilweise informell über Spendengelder o.ä. finanziert wurden. Einem Schreiben an den amtsführenden Stadtrat für Personal der Stadt Wien vom Februar 1971 geht etwa hervor, dass „(…) die Finanzierung der bisherigen logopädischen Arbeit (…) aus privaten Mitteln aufgebracht wurde“ (KO_R:08.02.1971; vgl. hierzu auch Kap. 26 zu informellen Einnahmen und deren Verwendungszwecke). Wann die im Schreiben geforderte Planstelle für eine/n LogopädIn bewilligt wurde oder nicht, erschließt sich aus den Ak-

ten nicht; erst für 1977 gibt es eine konkrete Angabe über zwei LogopädInnen (s.u.). Das pädagogische Personal (Sonderkindergarten, Sonderschule) war durch die Magistratsabteilung 11 und die Wiener Hilfs- bzw. Heilstättenschulen angestellt (vgl. Kap. 24).

Ein flexibler Umgang mit den Budgets und dem Personal der unterschiedlichen Täigkeitsbereiche der „Rett-Klinik" deutet sich in einer Stellungnahme von Andreas Rett aus dem Jahr 1971 gegenüber der Direktion des NKH Rosenhügel zur Befürchtung einer möglichen Beeinträchtigung der Arbeit der Abteilung durch das Boltzmann-Institut an: Aus dem Schreiben geht hervor, dass durch die Finanzierung von sieben MitarbeiterInnen über das Boltzmann-Institut, „die ausschließlich für die Arbeit an unserer Abteilung zur Verfügung stehen" (KO_R:07.07.1971), der Abteilungs- und Ambulanzbetrieb in beträchtlicher Weise mitermöglicht wird:

> „Ohne diese Mitarbeiter wäre die Führung des klinischen Betriebes heute nicht mehr möglich, bzw. nur in einem Maße, das den derzeitigen Anforderungen einer Klinik für hirngeschädigte Kinder nicht entsprechen würde." (ebd.)

Auch wenn es nicht dezidiert festgehalten wurde, so ist doch zu vermuten, dass diese sieben Personen bei der oben zitierten MitarbeiterInnen-Aufstellung inkludiert wurden.

Mit Übersiedlung in das neue Gebäude wurde in einem Schreiben an die ärztliche Leitung des NKH Rosenhügel um eine Personalvermehrung im Bereich der Logopädie (von einer Teilzeit- zu einer Vollzeit-Kraft) gebeten. Ebenso sei „besonders für die Versorgung der stationären Patienten ein 4. Psychologe unerlässlich" (KO_R:28.04.1975/1). Zugleich lässt das Schreiben erkennen, dass die Nutzung von LBI-Ressourcen für den Klinikbetrieb für die Forschungsaufgaben problematische Auswirkungen zeigt:

> „In diesem Zusammenhang muß festgestellt werden, daß unsere bisherige Ausweg-Lösung über das Ludwig-Boltzmann-Institut nicht mehr möglich ist, weil die zu zahlenden Löhne bereits dzt. das Forschungs-Budget excessiv belasten." (ebd.).

Da zum damaligen Zeitpunkt nur eine Oberarzt-Stelle bei nunmehr drei Stationen vorhanden war, ersuchte Rett darum, „2 Anstaltsarzt-Posten unseres derzeitigen Stellenplanes in Oberarzt-Stellen umzuwandeln" (KO_R:28.04.1975/2).

1976 wandte sich Rett mehrfach mit der Bitte um zusätzliches Personal an die Leitung des NKH Rosenhügel, wie die archivierten Korrespondenzakten erkennen lassen. Im Mai des Jahres ging ein „Gesuch um Personalvermehrung" (KO_R:10.05.1976) an die Vewaltung des NKH Rosenhügel: Demnach seien die bislang zwölf in der Betreuung der „Heimstation (Station Kundratitz – 1. Stock)" (ebd.) eingesetzten Schwestern zu wenige, es werden

zwei zusätzliche Pflegekräfte gefordert. Über die Gesamtzahl des Pflegepersonals der „Rett-Klinik“ wird im Dokument keine Auskunft gegeben. Das Dokument beschreibt auch die Diensteinteilung auf dieser Station, die um die 50 PatientInnen umfasste:[262] Die Pflegepersonen waren „in Form eines doppelten Radl-Dienstes“ (ebd.) zu jeweils fünf Personen (zwei Reserven/Urlaube etc.) in den vier Einheiten der Station (à zwölf PatientInnen/Einheit) im Einsatz. Idealiter war jeweils eine Schwester einer Einheit zugeteilt und die fünfte Schwester hatte den Hauptdienst für medizinische Belange und Schreibarbeiten inne. Das erwies sich in der Praxis als teilweise nicht realisierbar, so Rett:

> „Durch Ausgleichstage (‚Punkterltage‘), Urlaube und Krankenstände gab es personelle Beläge von nur 3 Schwestern insgesamt und das auch an Wochenenden, wo alle Kinder auf der Station waren (ohne Schule oder Kindergarten).“ (ebd.)

Im Schreiben werden als Zukunftswunsch zwei unterschiedliche „Radldienste“ angedacht: ein personell möglichst beständiger Kindergartendienst (mit zwei Radldiensten) und „ein 6-Radl mit zwei Nachtdiensten“ (ebd.). Dadurch sollte künftig die „gehetzte() Atmosphäre mit raschem Personalwechsel wie im Radldienst“ (ebd.) durch eine stärkere Bezugsbetreuung mit „einer möglichst ruhigen und familiären Atmosphäre“ (ebd.) abgelöst werden.

Nur einen Tag später suchte Rett bei der Direktion des NKH Rosenhügel um eine „Postenvermehrung für 1977“ (KO_R:11.05.1976) an, konkret wurde eine sozialarbeiterische Stelle (bisher gab es laut Schreiben keine/n SozialarbeiterIn) und ein/e zusätzliche/r MusiktherapeutIn beantragt.

Im Oktober desselben Jahres wurde der Wunsch nach einer umfassenderen Personalerweiterung bei der Direktion des NKH deponiert: zwei zusätzliche FachärztInnen für den Ambulanzbetrieb, zwei PsychologInnen (eine/r für die heilpädagogische Station, eine/r für die Ambulanz), zwei ErzieherInnen „für die heilpädagogische Arbeit an der Station“, zwei medizinisch-technische AssistentInnen (vermutlich für den Ambulanzbetrieb), zwei BeschäftigungstherapeutInnen, ein/e MusiktherapeutIn für ambulante Betreuungen (zwei Halbtagskräfte waren laut Aufstellung bereits vorhanden), eine Sozialarbeiterin (offenbar hatte die oben erwähnte Anforderung noch nicht Früchte getragen), ein/e LogopädIn, fünf Pflegekräfte für den Stationsalltag und zwei Schreibkräfte (vgl. KO_R:04.10.1976). Den Vorbemerkungen zu dieser Per-

[262] Die Angaben schwanken in diversen Dokumenten über die Jahre zwischen 49 und 52 PatientInnen, vermutlich schwankte auch deren Anzahl entsprechend.

sonalanforderung ist zu entnehmen, „daß unsere bisherigen Personalwünsche alle abgelehnt wurden“. (ebd.)

Aus dem Jahre 1977 finden sich in den Korrespondenzmappen genauere Personalaufstellungen, eine vom Jänner 1977[263] und eine weitere vom Oktober desselben Jahres. Letzterer zufolge verfügt die „Rett-Klinik“ zu diesem Zeitpunkt über einen Personalstand im ärztlichen, psychologische, wissenschaftlichen, pädagogischen und therapeutischen Bereich von 50 MitarbeiterInnen. Neben dem Abteilungsvorstand Rett werden im Dokument zwei OberärztInnen, sechs AbteilungsärztInnen, drei KonsiliarärztInnen, fünf PsychologInnen, acht wissenschaftliche MitarbeiterInnen (LBI), zwei nichtakademisches, wissenschaftliches Hilfspersonal (Fotograf und EDV-Programmierer!), zwölf pädagogische MitarbeiterInnen (4 Sonderschul-Lehrkräfte, 6 Sonderschul-Kindergärtnerinnen, 2 LogopädInnen) und elf therapeutische MitarbeiterInnen (darunter drei mit einer Diplomausbildung: 2 Dipl-PhysioterapeutInnen, 1 Dipl.Heilmasseur) genannt.[264] Die Zahlen verraten zwar den Beschäftigungsumfang nicht, im Vergleich zum Jahresbeginn zeigt sich aber eine leichte Personalvermehrung in Personen, wenn auch deutlich unter dem geforderten Ausmaß (jeweis ein/e zusätzliche/r ÄrztIn, PsychologIn, LehrerIn sowie TherapeutIn). Über die Anzahl der Pflegekräfte geben beide zitierten Dokumente keine Auskunft. Auch die laut Schreiben vom 16.08.1977 an die Direktion des NKH Rosenhügel zugeteilte Vollzeit-Sozialarbeiterin findet keine Erwähnung. Nachdem aber bereits 1971 48 Pflegekräfte genannt worden waren, zudem noch verschiedene administrative und Hilfskräfte hinzu kamen, ist in Summe in der zweiten Hälfte der 1970er Jahre von weit über hundert MitarbeiterInnen an der „Rett-Klinik“ auszugehen.

Dass es auch auf Ebene des Pflegepersonals zu Personalerhöhungen gekommen war, lässt ein Schreiben Retts an die Verwaltung des NKH Rosenhügel vom Februar 1979 erkennen: Dort wird von nunmehr 14 (anstatt vorher 12) Schwestern auf der „Heilpädagogischen Station“ gesprochen, zugleich aber die bereits 1976 eingeforderte weitere Personalaufstockung auf dieser Station (s.o.) dringend eingemahnt. Durch den in der Folge veränderbaren „Radl-Dienst“ solle eine höhere personelle Kontinuität in der Betreu-

---

263 Vgl. KO_R:10.01.1977: Antrag zur Anerkennung der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder im Neurologischen Krankenhaus der Stadt Wien - Rosenhügel als Ausbildungsstelle.

264 Vgl. KO_R:12.10.1977: Anlage zum Schreiben an Univ.Doz. Dr. H. Neugebauer, Präsident d. Ärztekammer für Wien.

ung der Kinder gewährleistet werden. Das Schreiben lässt die beständige Hartnäckigkeit des Abteilungsleiters in der Einforderung von Personalressourcen beispielhaft sichtbar werden.

Auch in den Folgejahren finden sich immer wieder Ansuchen um Personalaufstockungen in den verschiedenen Bereichen (ärztliches und pflegerisches Personal, TherapeutInnen, medizinisch-technische Assistenz) in den archivierten Korrespondenzakten, ohne dass immer erkennbar ist, inwieweit den Wünschen nachgekommen worden war. Ein Schreiben aus 1983[265] lässt aber darauf schließen, dass sich die Zahl der KindergärtnerInnen im Vergleuch zu 1977 auf insgesamt zwölf verdoppelt hatte. Das gleiche Schreiben gibt auch Auskunft über die Zahl der Pflegekräfte auf den Stationen: Demnach verteilen sich insgesamt 40 Krankenschwestern auf die drei Stationen (zu den Ambulanzschwestern und -pflegern gibt das Dokument keine Auskunft), hinzu kommen permanent zwischen 10-12 KrankenpflegeschülerInnen, die als „große Hilfe" im Stationsalltag beschrieben werden.

In der zweiten Hälfte der 1980er Jahre konnten drei Schreiben gefunden werden, die auf einen dringenden Bedarf an pädagogisch-therapeutischem Personal (es ist abwechselnd auch von BeschäftigungstherapeutInnen bzw. Sonder- und HeilpädagogInnen die Rede) verweisen, um mit der zunehmenden Zahl an PatientInnen mit psychischen Störungen zurechtzukommen. Bemerkenswerterweise führt Rett in einem Schreiben vom Jänner 1989 an die Kollegiale Führung des NKH Rosenhügel aus, dass die Berufsart „pädagogisch-therapeutisches Personal „derzeit nicht im Stellenplan" vorgesehen sei, es wird ersucht, „Wege und Möglichkeiten der Systemisierung zu finden" (KO_R:31.01.1989). Dieses Stellendesiderat lässt sich vermutlich damit erklären, dass die Sonderschul-Lehrkräfte und Sonder-KindergärtnerInnen über andere Dienststellen (Wr. Stadtschulrat und MA 11) angestellt waren.

Die Anzahl der informell beschäftigten und entlohnten MitarbeiterInnen lässt sich naturgemäß nicht eindeutig rekonstruieren. Sowohl die Korrespondenzakten als auch die Interviews geben aber wiederholt Hinweise, dass es diese Praktiken gab (vgl. auch Kap. 26). So wird etwa in einem Schreiben aus dem Jahre 1972 eine „seit 3 Jahren an unserer Abteilung als unbezahlte wissenschaftliche Hilfskraft" in der Musiktherpie arbeitende Mitarbeiterin angeführt.[266] In einem anderen Schreiben, gerichtet an den Kirchenkanzler

---

[265] Vgl. KO_R:10.10.1983: Schreiben an Prim. Dr. A. Nievoll, Landes-Sonderkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie in Graz.

[266] Vgl. KO_R:14.06.1972: Schreiben an SC Grimburg im Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, Wien.

einer evangelischen Zentrums in Wien (der Anlass des Schreibens ist unklar), erläuterte Rett, dass die „im Rahmen eines Forschungsprogrammes des Ludwig Boltzmann Institutes“ tätige Therapeutin einen Betrag von öS 5.000,-- erhalte:

> „Frau (Nachname, Anm. d. Verf.) ist bei uns als freie Mitarbeiterin tätig. Sie ist nicht sozialversichert. Der ihr ausgezahlte Betrag ist voll als Aufwandsentschädigung im Rahmen eines wichtigen Forschungsprogrammes aufzufassen.“ (KO_R:28.05.1985)

Im letzten Satz des Schreibens wird ausgeführt, dass die Therapeutin in frühestens einem Jahr „als Nachfolgerin der derzeitigen Leiterin unserer Musiktherapie eine fixe Anstellung im Rahmen der Gemeinde Wien erhalten“ (ebd.) soll.

Neben formal angestelltem und entlohntem Personal und der ‚informellen‘ Bezahlung von mitarbeitenden Personen stellten ehrenamtlich tätige Personen eine essenzielle Ergänzung und Entlastung des Personal dar. Rett berichtet etwa 1983 einem Grazer Kollegen, dass das Problem der verlängerten Wochenenden ohne Beschäftigung für die PatientInnen mit freiwilligen HelferInnen gelöst werde, „die am Samstag und Sonntag (…) kommen. Es haben sich hier Gruppen gebildet, die gemeinsam kommen.“ (KO_R:10.10.1983)

Ergänzend unterstützten PraktikantInnen den laufenden Betrieb. Der personellen Zusammenstellung aus dem Jahre 1977 zufolge handelte es sich dabei um Studierende bzw. Auszubildende des Instituts für Psychologie sowie des Instituts für Humanbiologie der Universität Wien, der Sozialakademie der Stadt Wien und des Bundes, der Kindergärtnerinnenschule der Stadt Wien und des Bundes, der Familienhelfer-Schule der Caritas socialis, der Hochschule für Musik (Musiktherapie), der Beschäftigungstherapie-Schule, der Kinderschwesternschule Glanzing sowie des Physikalisch-therapeutischen Kurses der Universität Wien. Auch MitarbeiterInnen der Lebenshilfe Wien, Oberösterreich und Tirol haben der Aufstellung zufolge in diesem Jahr ein Praktikum an der Abteilung absolviert (ebd.). Um wie viele Personen es sich dabei insgesamt handelte, geht aus der Aufstellung Retts nicht hervor. Es ist auch unklar, in welchem Bereich bzw. welchen Bereichen (Station, Ambulanz, Boltzmann-Institut) die PraktikantInnen im Einsatz waren.

Auch auf der „Rett-Klinik“ gab es MitarbeiterInnen mit Behinderungen, anders als auf Pavillon 15 waren diese aber nicht mitarbeitende PatientInnen, obwohl sie sich zum Teil aus ehemaligen PatientInnen rekrutierten (vgl. KO_R:11.08.1975). Vielmehr wurden diese „Hilfskräfte“ (IP32_P:102) „seit der Existenz unserer Abteilung (…) von Jugend am Werk zur Beschäftigung

an unserer Abteilung delegiert“.[267] Einem Schreiben Retts aus dem Jahre 1974 an die Magistratsabteilung 12 ist zu entnehmen, dass zu diesem Zeitpunkt sieben Jugendliche oder junge Erwachsene mit Behinderungen auf diese Weise an der Abteilung mitarbeiteten. Nach Übersiedlung in das neue Gebäude am Rosenhügel würden aber deutlich mehr, nämlich zwischen 15-20 Personen, benötigt, werden, „die u.a. in der Milchküche, im Archiv, Labor, Physiotherapie, Kindergarten, Schule usw. eingesetzt werden können und sollen“[268] – es ist davon auszugehen, dass sie bei den drei letztgenannten Tätigkeitsbereichen mit Hilfsarbeiten unterstützten sollten. Hierfür wurde auch erstmals „ein Erzieher von Jugend am Werk zur Führung der Gruppe“ (ebd.) angefordert. In den Korrespondenzakten finden sich keine weiteren Hinweise, ob bzw. in welchem Ausmaß die zusätzlichen Arbeitskräfte zur Verfügung gestellt wurden. In einem Interview mit ehemaligem Personal wurde aber von schlussendlich zehn mitarbeitenden Personen mit Behinderungen berichtet (vgl. IP32_P:98).

Aus der Personalakte einer solchen Hilfskraft geht hervor, dass im Jahre 1981 erstmals ein Teil von ihnen in ein vertragsmäßiges Dienstverhältnis bei der Gemeinde Wien übernommen wurde (vgl. PA13). Zuvor wurden sie für ihre Hilfsdienste lediglich mit Taschengeld „entlohnt“. Aus einem in der Personalakte integrierten Schreiben Retts an die Magistratsdirektion von Juni 1981 geht hervor, dass „die vier speziell für Behinderte geschaffenen Dienstposten im Neurologischen Krankenhaus, Pav. C“ auf seine Bemühungen zurückzuführen war. Die vier für eine Anstellung vorgeschlagenen Personen hatten zu diesem Zeitpunkt bereits viele Jahre lang (zwischen 12 und 21 Jahren) an der „Rett-Klinik“ mitgearbeitet, und zwar in einem beträchtlichen Stundenausmaß. Den Angaben Retts zufolge wären sie wochentags täglich neun Stunden und an Samstagen vier Stunden an der Station tätig gewesen. Die Tätigkeitsbereiche der weiblichen Hausarbeiterinnen umfassten Rett zufolge Stationsarbeiten wie Reinigungsarbeiten und Betten machen sowie Hilfe in der Pflege und Betreuung der Kinder (wickeln, füttern, spielen). Der männliche Hausarbeiter sei zusätzlich mit Botengängen betraut. Die Einstufung der ehemaligen PatientInnen als HausarbeiterInnen erschien Rett, wie er in dem Ansuchen hervorhob, „vor allem in Hinblick auf das hierarchische Empfinden des anderen Personals“ (ebd.) sinnvoll. Die in Aussicht gestellte

---

[267] Archivbestand Krankenhaus Hietzing, Pav. C/Rosenhügel, Korrespondenzen Rett: Schreiben an die Geschäftsleitung „Jugend am Werk“, 1160 Wien vom 07.04.1975.

[268] Archivbestand Krankenhaus Hietzing, Pav. C/Rosenhügel, Korrespondenzen Rett: Schreiben an die Mag.Abt. 12 Behindertenhilfe, 1010 Wien vom 11.11.1974.

Anstellung sei sowohl mit den „Behinderten als auch mit deren Eltern“ besprochen worden, die so Rett, „alle (…) überglücklich (sind), daß ein Dienstvertrag nach so vielen Jahren nun doch zustandekommen wird“ (ebd.). Im Einvernehmen Retts mit dem Behindertenreferat der MA 12, sollten „diese Arbeitsplätze ‚geschützte‘ im Sinne des Wiener Behindertengesetzes“ werden. Unter der Voraussetzung positiver amtsärztlicher Gutachten wurde die Anstellung in die Wege geleitet. Im Gutachten der amtsärztlichen Untersuchungsstelle vom 29.10.1981wurde festgehalten, daß „(s)ämtliche Personen (…) im Neurologischen Krankenhaus Rosenhügel in Tätigkeitsbereichen verwendet werden, die ihrer gesundheitlichen Behinderung angepaßt sind.“ Alle vier vorgeschlagenen Personen wurden ab 1. Dezember 1981 als HausarbeiterInnen bei der Gemeinde Wien angestellt (vgl. ebd.).

Aufgrund geringer Datenlage können die Arbeitsbedingungen der Hilfskräfte mit Behinderungen an der „Rett-Klinik“ nicht näher behandelt werden, es konnte nur eine Person, die früher in dieser Funktion an der Abteilung beschäftigt war, interviewt werden. Die Erzählungen ehemaligen Personals über diese Belegschaftsgruppe waren relativ allgemein gehalten und erlauben keine tiefergehenden Einblicke. Allerdings ist der Umgang mit diesen MitarbeiterInnen im Kapitel über Sterilisierungspraktiken an der Klinik nochmals aufzugreifen (vgl. Kap. 25.4).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die erschlossenen Daten ein permanentes Bemühen des Abteilungsvorstandes um eine Erhöhung der Personalausstattung und auch um eine Diversifizierung der Professionshintergründe erkennen lassen. Retts Hartnäckigkeit und Kreativität im Erschließen zusätzlicher Personalressourcen (manchmal auch unter Nutzung informeller Ressourcen bzw. mit fragwürdigen Mitteln – vgl. u.a. Kap. 25) ist eine vergleichsweise als gut einzuschätzende Personalsituation zu verdanken – jedenfalls für die Zeit am Rosenhügel. Obwohl auch an der „Rett-Klinik“ wiederholt ein Mangel an Pflegekräften moniert wurde, wurden diese zu manchen Tageszeiten durch eine beachtliche Anzahl an pädagogischen und therapeutischen als auch teils ehrenamtlichen Kräften unterstützt. Dennoch stellt sich auch am Beispiel dieser stationären Einrichtung die Frage, inwieweit das Berufsverständnis der Pflegekräfte den Bedürfnissen vor allem der Langzeit-PatientInnen zu entsprechen und deren personenzentrierte Förderung zu gewährleisten vermochte, wie anhand der Ausführungen in Kapitel 21 sichtbar wird.

17.2. QUALIFIKATION DES ÄRZTLICHEN, PSYCHOLOGISCHEN UND PFLEGEPERSONALS

Eine Aufstellung über das gesamte ärztliche Personal der „Rett-Klinik“ auf dem Jahr 1977 lässt erkennen, dass von den damals acht Ober- und AbteilungsärztInnen fünf über eine Facharztausbildung für Kinderheilkunde verfügten, eine hatte zusätzlich die Facharztaubildung für Neurologie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters. Eine Person des ärztlichen Personals war InternistIn und zwei weitere hatten Ausbildungen zur Allgemeinmedizin. Zu diesen acht ÄrztInnen kamen noch drei KonsiliarärztInnen (Neuro-Orthopädie, HNO und Augenheilkunde) hinzu. Zudem waren in der Aufstellung fünf PsychologInnen mit Doktorat angeführt.

Die Pflege der an der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder und Jugendliche untergebrachten PatientInnen erfolgte mehrheitlich durch nicht diplomiertes Krankenpflegepersonal, d.h. durch angelernte StationsgehilfInnen bzw. StationspflegerInnen, PflegehelferInnen. Die längste Zeit waren dies ausschließlich Frauen, im letzten Jahrzehnts des Untersuchungszeitraums waren vereinzelt auch Pfleger tätig (vgl. IP12_P:58ff.). Die Nomenklatur des pflegerischen Hilfspersonals in den gesichteten Personalakten differiert, bezeichnet aber denselben Aufgabenbereich an der Abteilung als auch denselben Status in der Dienstgruppeneinteilung des Wiener Magistrats. Angesichts eines insgesamt im Untersuchungszeitraum bestehenden Mangels an diplomiertem Pflegepersonal (vgl. Kap. 4.2 im Studienteil B) ist davon auszugehen, dass der hohe Anteil von undiplomierten Pflegerinnen im Bereich der Krankenpflege kein Spezifikum der Abteilung darstellt. Das Krankenanstalten beklagte im Jahre 1956, also im Jahr der Eröffnung des Kinderpavillons im Altersheim Lainz, einen generellen Mangel an „geeigneten Krankenpflegerinnen“.[269]

Über den familiären und sozialen Hintergrund des Pflegepersonals geben die gesichteten Personalakten zumeist keine näheren Informationen. Die in den Einstellungsbögen verzeichneten Berufe der Eltern sowie des schulischen und beruflichen Ausbildungshintergrundes lassen jedoch auf ein mehrheitlich kleinbürgerliches Herkunftsmilieu schließen. Der Familienstand der Pflegekräfte zeigt sich heterogen.

Die Personalakten lassen erkennen, dass es sich bei undiplomiertem Krankenpflegpersonal um Personen handelte, deren schulischer Ausbildungshin-

---

[269] Schreiben der MA 17, Anstaltenamt an die Direktionen (Leitungen und Verwaltungen aller städtischen Kranken- und Wohlfahrtsanstalten) vom 23.07.1956.

tergrund einem Hauptschulniveau entsprach. Im Anschluss an die Schulpflicht absolvierte die Mehrheit von ihnen eine berufsbildende Schule (Polytechnikum, Handelsschule) oder eine Berufsschule.[270] In der Regel waren sie anschließend zumindest kurze Zeit in anderen Berufssparten tätig, einige hatten bei ihrer Einstellung an der Abteilung jedoch bereits spezifische Erfahrungen im Bereich der Krankenpflege, etwa als Aushilfsstationspflegerinnen an anderen Krankenanstalten.[271]

Schriftliche Unterlagen, wie etwa Bewerbungsschreiben, die auf nähere Hintergründe und Motivationen der Berufswahl schließen lassen, fanden sich in den gesichteten Personalakten nicht. In zwei Bewerbungen wird um die Anstellung bei der Gemeinde Wien bzw. in einem Wiener Gemeindespital ersucht.[272] Für definitive Bewerbungen um einen Arbeitsplatz an der Abteilung, d.h. den Wunsch, mit Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen arbeiten zu wollen, fanden sich keine Hinweise.

Aus der Sichtung der Personalakten von Pflegepersonen geht hervor, dass für eine Aufnahme in den Pflegedienst an der Abteilung keinerlei fachspezifische Qualifikation oder eine persönliche Eignung voraussetzend waren, sondern lediglich eine positive Beleumundung, ein positives amtsärztliches Gutachten über die physische Eignung sowie die Absolvierung der gesetzlichen vorgeschriebenen Schulpflicht. Pflegpersonen ohne fachspezifische Ausbildung wurden für die Dauer von sechs Monaten als Aushilfskräfte eingestellt. Nach Absolvierung dieser Probezeit wurden sie in der Regel in ein vertragsmäßiges Dienstverhältnis der Gemeinde Wien übernommen, mit der Auflage der positiven Absolvierung eines Ausbildungskurses für Sanitätsberufe innerhalb der nächsten beiden Jahre. Den gesichteten Personalakten zufolge erfolgte dies in der Mehrheit der Fälle innerhalb von zwei Jahren. Nur in einem einzigen Fall wurde die an eine Weiterbeschäftigung gebundene Erfordernis einer beruflichen Qualifizierung als Stationsgehilfin nicht erfüllt bzw. auf eine solche verzichtet (vgl. PA2).

Ein Teil des Pflegepersonals erwarb im Verlauf der Tätigkeit an der „Rett-Klinik“ ein Diplom zur Krankenpflege. Insbesondere ab Ende der 1970er/Anfang der 1980er Jahre scheint es zu einer regelrechten “Diplomierungswelle” unter dem bislang nicht diplomierten Pflegepersonal der Abteilung gekommen zu sein.[273]

---

270 Vgl. PA6, PA8, PA9.
271 Vgl. PA2, PA8, PA9, PA19.
272 Vgl. PA2, PA6.
273 Vgl. PA8, PA19; siehe auch IP12_P sowie IP24 (div. Stellen).

Ausgenommen von Berufsunterbrechungen im Zuge von Mutterschutz- und Karenzurlauben, umfasste die Dauer der Dienstzeit auf dem Pavillon bei den sechs gesichteten Personalakten der Pflegeebene die Jahre ab dem Einstieg bis zur Pensionierung bzw. bis zum Ende der Rett-Ära.[274] Dies trifft auch auf jene Personen zu, die bereits in sehr jungen Jahren an der Abteilung in Lainz zu arbeiten begonnen hatten.[275] Allerdings ist zu beachten, dass die gesichteten Personalakten in keinster Weise als repräsentativ für die Gesamtheit der Pflegekräfte an der „Rett-Klinik" ist, konnten doch namentlich vor allem jene in Erfahrung gebracht werden, die längere Zeit dort blieben. Dennoch scheint ein erheblicher Teil der Pflegekräfte langjährig an der Klinik gearbeitet zu haben. Anlässlich des 25jährigen Jubiläums der Abteilung im Jahre 1981 wurden sechs Mitarbeiterinnen, darunter vier langgediente Schwestern (großteils in pflegerischen Führungspositionen) und zwei zentrale Sekretariatskräfte (inkl. Retts Chefsekretärin – vgl. Kap. 18.3) für ihr langjähriges Engagement an der „Rett-Klinik" offiziell geehrt. Seine personelle Auswahl der zur Ehrung vorgesehen MitarbeiterInnen der Abteilung begründete Rett mit folgenden Worten:

> „Ich weiß sehr wohl, was diese Frauen bisher leisteten und weiß auch, daß ihr Arbeit von manchen zu wenig verstanden wird. Wer jedoch unser Haus kennt, versteht ihren Einsatz zu würdigen, der weiß, daß unsere Schwestern mit großem Einsatz und unter größter körperlicher Anstrengung, zum Teil auch mit körperlichen Gefahren und Verletzungen arbeiten."[276]

Seit der Übersiedlung ins neue Gebäude am Rosenhügel im Jahre 1975 wurden mehrfachen Interviewberichten zufolge regelmäßig interne Weiterbildungsveranstaltungen für das Personal durchgeführt. Auch Rett selbst beschrieb in einem Brief an die Direktion des NKH Rosenhügel mit dem Betreff: „Innerbetriebliche Fortbildung des Krankenpflegepersonals" von diesem jeden Montag von 8-9 Uhr in der Aula des Pavillons C stattfindenden Fortbildungsprogramm für das gesamte Personal:

> „Das Programm beinhaltet Patienten-Vorstellung, Vorträge, Diskussionen, Vorführung wissenschaftlicher Filme mit dem Tenor (sic!) dem gesamten Personal, d.h. Ärzten, Psychologen, Therapeuten, Schwestern, Lehrern, Kindergärtnerinnen eine breite und verständliche Information zu bieten. (…) Das Pro-

---

[274] Vgl. PA2, PA5, PA6, PA8, PA19.

[275] Vgl. PA2, PA19, PA6, PA8.

[276] KO_R:20.05.1981: Brief von Rett an das Präsidialbüro des Stadtrates Stacher. Erste Bemühungen um die Verleihung offizieller Auszeichnungen langjähriger MitarbeiterInnen belegt ein Schreiben an den Bundesminister für Gesundheit um Umweltschutz, Dr. Kurt Steyrer, vgl. KO_R:26.01.1981.

> gramm wird zum Teil von Mitarbeitern des Hauses, vom Abteilungsvorstand bzw. geladenen Gästen getragen." (KO_R:06.09.1976)

Die Qualität dieser Fortbildungsmaßnahme wurde sehr unterschiedlich bewertet, folgende beiden Zitate geben das Spektrum an Beschreibungen wieder:

> „Die Woche begann montags in der Früh, um 8 Uhr war eine Fortbildung für das ganze Haus in (einem) großen Raum. (…) Da gibt es so eine Aula da drinnen, wo sicherlich gut 150 Personen Platz nehmen können (…) und wo in der Regel ein Vortrag war montags. Nicht immer vom Rett, sondern er lädt Leute ein, sind andere vom Haus die etwas beitragen, wenn etwas Neues eingeführt wird." (IP14_P:11ff.)

> „Die Fortbildung hat das eigentlich geheißen in der Aula immer, aber er hat eigentlich dann die letzte Zeit nur sich viel beklagt, es waren immer Reden, wo er sich beklagt hat, er wird nicht genügend anerkannt in Österreich, niemand schätzt, wertschätzt das, was er da entwickelt hat und da muss er nach Amerika gehen, er war ja auch viel in Amerika. Dort fallen alle auf die Knie vor ihm, aber da ist es furchtbar und so halt, das waren dann so Sachen, wo man manchmal dann aufgestanden ist und gegangen ist, weil das hat gar nichts mehr mit Fortbildung zu tun gehabt." (IP64_P:59)

Trotz des offenbar nicht immer als nützlich erlebten Verlaufs der internen Fortbildungen bleibt das Bemühen um solch interne Schulungen und den damit potenziell möglichen Austausch innerhalb des Personals zu erwähnen.

18. Leitungsstrukturen und Entscheidungspraxis an der „Rett-Klinik“

Hemma Mayrhofer

Die Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen der „Rett-Klinik“ weisen in mehrfacher Hinsicht bedeutsame Besonderheiten auf, die sich teils aus ihrer Entstehungsgeschichte und Sonderstellung im Gesamtzusammenhang der Krankenanstalten sowie Behindertenhilfe erklären lassen, zu einem nicht unerheblichen Teil aber auch mit der Person und dem Führungsstil des Abteilungsvorstandes, Andreas Rett, zusammenhängen. Die in Krankenanstalten an sich stark formalisierten Entscheidungskompetenzen scheinen in der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder in beachtlichem Ausmaß außer Kraft gesetzt gewesen zu sein. Das kommt bereits im Selbstverständnis als „große Familie“ zum Ausdruck: Die Einrichtung und Teile ihrer MitarbeiterInnen verstanden sich weniger als Subeinheit einer Krankenanstalt, sondern als eine mit nichts anderem zu vergleichende Einheit, als autonome Gemeinschaft, in der man sich als ganze Person weit über die berufliche Rolle hinaus engagierte und in der für die PatientInnen umfassend gesorgt werden sollte.

Solche in Organisationen importierte „Communio-Konzepte“ wirken Peter Fuchs (2009) zufolge als funktionale Äquivalente zur Hierarchie und erhöhen die Erwartbarkeit von formal nicht einklagbaren Leistungen auf Seite der MitarbeiterInnen:

> „Die Referenz auf das WIR der Gemeinschaft kopiert die ethisch grundierten Zusammenhalt-Ansprüche, das FÜREINANDER in die Organisation hinein (…)“ (Fuchs 2009:69; Hervorhebungen im Original)

Communio-Konzepte lassen sich in Form von Leitbildern konstruieren, aber eben auch durch familiären Systemen entlehnte Metaphoriken. Durch ihren Einsatz wird Hierarchie nicht außer Kraft gesetzt, sondern ergänzt und abgesichert (vgl. ebd.). Im Falle der „Rett-Klinik“ lässt sich anhand des erhobenen empirischen Materials eine für Organisationen ungewöhnlich hohe Identifikation vieler MitarbeiterInnen, aber auch PatientInnen und ihrer Angehörigen mit dem Gründer und Leiter der Abteilung und der von ihm geprägten Mission erkennen. Leitfigur und Leitidee waren stark miteinander verschmolzen – eine ehemalige Pflegekraft der Abteilung bezeichnete sich und ausgewählte Kolleginnen etwa als „Rettianerinnen“ (IP29_P:248). Durch

diese große Identifikation und emotionale Verbundenheit mit der „Rett-Klinik“ wurde eine distanziert-reflektierte Wahrnehmung des dortigen Geschehens potenziell reduziert. Zugleich dürfte bei einem Teil der MitarbeiterInnen, wenn auch nicht bei allen, eine besondere Einsatzbereitschaft weit über die berufliche Rolle hinaus (vgl. Kap. 21.3) und ein hoher Zusammenhalt gegeben gewesen sein. In nachfolgenden Interviewzitaten kommt dies exemplarisch zum Ausdruck:

> „Mütterliche, sanfte, fleißige Schwestern, die das als Lebensaufgabe gesehen haben und gewusst haben, da bleiben sie bis zur Pensionierung (…), dadurch ist eine Stabilität entstanden faktisch und ein Teamgeist.“ (IP32_P:76)

> „Da gab es einen gemeinsamen Gedanken, ja, ein gemeinsames Empfinden. Und das hat diese Gruppe sozusagen miteinander ganz massiv verbunden. (…) Und dass die kritische Draufschau auf das Ganze natürlich gefehlt hat.“ (IP30_P:135ff.)

Diese besondere Grundgestalt der Abteilung, die sich mit den Schlagworten „Mission“, „charismatischer Führer“ und „Familie“ kurz umreißen lässt, dürfte – organisationstheoretisch reformuliert – die „Indifferenzzonen“ in der Organisation beträchtlich ausgeweitet haben. Damit ist jenes Feld an Anordnungen und Handlungen gemeint, die von den MitarbeiterInnen der Organisation fraglos akzeptiert werden (vgl. Barnard 1968[1938]:167ff.). Daraus erklärt sich vermutlich auch in hohem Ausmaß, weshalb die im Folgenden näher beschriebenen Leitungs- bzw. Entscheidungsstrukturen innerhalb der „Rett-Klinik“ vom Personal weitgehend hingenommen wurden und kaum nach außen hin problematisiert worden sein dürften, obwohl sie teilweise der formalen Hierarchie und Kompetenzzuweisung gravierend widersprachen – sie hielten sich über Jahrzehnte und waren erst durch die Pensionierung von Leitungspersonen in Schlüsselstellungen zu durchbrechen.

18.1. Leitungsstrukturen: formale Hierarchie, informelle Machtmonopole und Laissez faire

Die Erinnerungen der interviewten MitarbeiterInnen der „Rett-Klinik“ zeigen sich keinesfalls ganz einheitlich, was die Beschaffenheit der Leitungsstrukturen betrifft, dennoch weisen sie in zentralen Aspekten eine hohe Übereinstimmung auf. Insgesamt scheint die Klinik mit ihren verschiedenen Teilbereichen zwischen unterschiedlichen „Systemzuständen“ oszilliert zu haben: Zunächst finden sich die in einem Krankenhaus als professioneller Organisation im klassischen Sinn erwartbaren Organisationsstrukturen mit den sich kollegial koordinierenden MedizinerInnen als Leitprofession und entspre-

chender Autonomie bei der Fallbearbeitung, denen die Pflege als assistierende „Semiprofession“ unterstellt ist (vgl. Iseringhausen/Staender 2012:186ff.). Sie wurden ergänzt durch andere wissenschaftsbasierte Professionen, insbesondere durch PsychologInnen, die im Forschungsbereich fallweise eine Kooperation auf Augenhöhe realisieren konnten, im Klinikbetrieb aber faktisch tendenziell ebenfalls den MedizinerInnen untergeordnet waren und zuarbeiteten – dieser Schluss lässt sich jedenfalls auf Basis der gewonnenen Daten ziehen, wie auch immer die offizielle Rhetorik der „Rett-Klinik“ war. Hinzu kam eine Reihe von therapeutischen Kräften, die hierarchisch der ärztlichen Ebene unterstellt waren und teilweise aus angelernten Kräften bestanden (vgl. Kap. 23). Schule und Kindergarten zeigen sich als stärker abgegrenzte Bereiche, die Lehrkräfte sowie die KindergärtnerInnen der MA 11 waren formal auch anderen Stellen untergeordnet (vgl. Kap. 24) Die Strukturen des Forschungsbereichs können hier aufgrund der Schwerpunktsetzung der Studie nicht näher herausgearbeitet werden, auch wenn sie immer wieder mit dem Ambulanz- und Stationsbetrieb überlappten.

Die Kommunikation in der Klinik changiert zwischen verschiedenen „Zuständen“, sie zeigt sowohl Ansätze kollegialen Austauschs im multiprofessionellen Team, springt aber immer wieder in stark hierarchisierte Kommunikationsmuster zurück. Dies lassen etwa folgende Zitate exemplarisch erkennbar werden:

> „Also ich kann mich erinnern, (…) also dass die Psychologen durchaus zu Wort gekommen sind mit den Fallbesprechungen, dass die ausführlich waren, manchmal so in Erinnerung fast zu ausführlich für manche, also irgendwo recht ausgiebig, aber trotzdem, was ja finde ich gut ist. Und dass das ein gutes Klima war, wobei natürlich es sehr, sehr stark von ihm dominiert war. Also das war sozusagen da hat er das alles sehr klar gesteuert (…).“ (IP11_P:137; zeitl. Bezug: Anfang Rosenhügel-Ära)

> „(…) in diesen Teambesprechungen gab es eine klare Hierarchie, ja? Also die heilpädagogisch-therapeutische Seite hat wesentlich weniger Mitsprachemöglichkeit gehabt, also ist überhaupt keine Frage, also da dominierte die medizinische Expertise.“ (IP56_P:139; zeitl. Bezug: Anfang Rosenhügel-Ära)

In der Gesamtleitung der Klinik zeigt sich eine große Diskrepanz zwischen der formalen Hierarchie, der zufolge Andreas Rett als Gründer und Leiter aller drei Teilbereiche (Abteilung, Ambulanz und Forschungsinstitut) eine alles überragende Entscheidungskompetenz zukam (s.u.), und der tatsächlichen Entscheidungspraxis im Klinikalltag. In zahlreichen Interviews wurde eine Art Kollegium von drei Personen – mehrfach wurde auch das Wort „Triumvirat“ verwendet – als das eigentliche Leitungsgremium bezeichnet. Es bestand neben dem Abteilungsvorstand und einem seit Mitte der 1970er Jahre an der Abteilung tätigen Oberarzt noch aus einer Person, deren Position

zumeist als Chefsekretärin des Abteilungsvorstands beschrieben wird. Nicht wenige Entscheidungen, die den Alltag der Abteilung und Ambulanz betrafen, dürften von letzterer Person getroffen worden sein, sie soll nachfolgend abgekürzt „Schwester M.“[277] genannt werden. Die InterviewpartnerInnen waren sich – unabhängig von der eigenen Position in der Klinik – in keinem Punkt so einig wie in Bezug auf ihre herausragende Machtfülle. Die verschiedenen Begriffe und Phrasen, mit denen sie und ihre Position in den Gesprächen beschrieben wurden, sind eindrucksvoll: „die Bestimmende in dem Haus“ (IP12_P:29), „die einzige, die die Fäden in der Hand gehabt hat“ (IP22_P:72), „Dragoner“ (IP24_P:212); „Zerberus“ (IP29_P:168), „allgegenwärtig“ (IP53_P:629), Retts „rechte und linke Hand“ (IP62_P:27), „einfach die Herrin“ (IP65_P:16) oder „Hohepriesterin des Hauses“, welche „das Kommando geführt“ habe (IP88_P:42). Gleich von vier InterviewpartnerInnen wurde sie mit dem Begriff „graue Eminenz“[278] bedacht, eine Bezeichnung, die seinerzeit innerhalb des Personals verbreitet gewesen sein dürfte und sie als einflussreiche Person, die aber als solche nach außen hin kaum in Erscheinung trat, charakterisiert.

Die formalen Kompetenzen dieser Person wären in einer medizinischen Einrichtung deutlich begrenzt gewesen, verfügte sie doch über keinerlei Fachausbildung im medizinischen und Pflegebereich, sondern hatte ursprünglich ein Handwerk erlernt (s.u.). Faktisch dürfte sie durch Ermächtigung Retts in seinem Schatten und mit seiner Billigung als eine Art Oberschwester und „Hilfsärztin“ zugleich agiert haben. Sie leistete damit im Alltag wertvolle Entlastungsarbeit für den Abteilungsvorstand und hielt diesem große Teile des „Alltagsbetriebs“ vom Leibe:

> „(…) und dem Chef den Rücken freigehalten, bitte, der hatte eine Produktivität, x Bücher geschrieben, (…) Filme gemacht, Kongresse besucht bis hinein in den arabischen Raum, nach Amerika zum Schluss. Also es war ja gigantisch dann, was sich da alles entwickelt hat. Also das hätte er sonst nie können, nie.“ (IP32_P:357)

Die umfassend wahrgenommene Entscheidungsmacht in vielerlei Belangen scheint vom Personal – auch von den (Ober-)ÄrztInnen – großteils unwidersprochen hingenommen worden zu sein. So wurde von einem ehemaligen

---

[277] Die Bezeichnung steht deshalb unter Anführungsstrichen, weil damit nicht nur eine Person, sondern auch und vor allem eine Institution der „Rett-Klinik“ benannt wird. Zudem bringt der Begriff „Schwester“ in diesem Fall keine formale Position zum Ausdruck.

[278] Vgl. IP8_P:200; IP12_P:25; IP29_P:8; IP88_P:42; IP29_P:97ff.; IP39_P:191; IP62_P:68ff.

Oberarzt im Interview lapidar geäußert: „Was die Schwester M.[279] entschieden hat, das war entschieden.“ (IP88_P:42) Die den Entscheidungen zugrundeliegenden Kriterien konnten im Gespräch auf Nachfrage nicht benannt werden.[280] Die eigentliche Oberschwester der Abteilung wurde in den Interviews entweder gar nicht thematisiert oder als „graue Maus“ (IP12_P:51; zeitl. Bezug: Anfang 1980er Jahre), die kaum Präsenz zeigte, beschrieben.

Das Verhältnis zwischen ärztlicher und pflegerischer Ebene zeigt sich relativ streng hierarchisch, allerdings dürften der Pflege bei der Durchführung ihrer Tätigkeiten im Stationsalltag große Freiräume – zumindest auf die Innenbereiche der jeweiligen Station bezogen – gewährt worden sein. Dies erklärt sich u.a. daraus, dass der Stationsbetrieb teilweise einem Internat ähnelte und bei einer beachtlichen Zahl an PatientInnen nicht die medizinische Behandlung im Vordergrund stand, so sie überhaupt von Belang war. Von Seiten der ärztlichen Ebene scheint gegenüber dem stationären Pflegebereich ein Laissez faire-Führungsstil überwogen zu haben, sofern bei den institutionalisierten Begegnungen (etwa Visite) formal die Unterordnung unter die ärztliche Autorität gewahrt wurde. Folgende Erzählung einer Pflegekraft lässt erkennen, wie eine neue Mitarbeiterin, die in einem Krankenhaus mit einem bereits höheren Ausmaß an kollegialer Kommunikation zwischen Pflege und ÄrztInnen ausgebildet worden war, erst in die noch traditionelleren Kommunikationsnormen der Klinik sozialisiert werden musste:

> „Das war eine (meiner) ersten Visiten, wo der Professor Rett eben mitgegangen ist und der Oberarzt mitgegangen ist und die Stationsärztin mitgegangen ist. Und an und für sich hab ich dort dann erfahren, dass eigentlich nur die Stationsleitung dort sprechen darf, aber ich nicht als Pflegeperson, weil ich hab damals ganz einfach mit ihm (Rett, Anm. d. Verf.) gesprochen und diskutiert und auch widersprochen punkto einem Patienten. (…) Ich hatte dann auch zwei Gespräche, sowohl mit der Stationsärztin eines als auch die Schwester (Name der Stationsschwester, Anm. d. Verf.), die damals schon gemeint hat, sie sieht meine Sichtweise schon ein, aber das geht nicht, dass man als normale kleine Schwester mit dem Chef so spricht und sich so einsetzt und das diskutiert.“ (IP12_P:61; zeitl. Bezug: Anfang 1980er Jahre)

---

[279] Der Name wird in allen Zitaten zur Wahrung der Anonymität abgekürzt, auch wenn jeder mit der „Rett-Klinik“ vertrauten Person die Identität der Mitarbeiterin bekannt sein dürfte.

[280] Zugleich bekundete der Gesprächspartner überrascht, nichts von der fehlenden Pflegeausbildung gewusst zu haben – anhand der Kleidung sei für ihn nicht erkennbar gewesen, dass es sich formal nicht um eine Schwester gehandelt habe (ebd.:45). Bei der überwiegenden Zahl der interviewten MitarbeiterInnen bestand aber entsprechendes Wissen.

Allerdings war die hierarchisch geprägte Kommunikation zwischen Pflege und anderen Personalgruppen, v.a. der ÄrztInnenschaft, nicht ungebrochen. So wurde beispielsweise von ehemaligen Pflegekräften berichtet, dass innerhalb der Klinik Gewalterfahrungen (v.a. in Bezug auf körperliche Gewalt) mit großer Offenheit thematisiert werden konnten (vgl u.a. IP24_P:79. Das entsprach der klar ablehnenden Haltung des Abteilungsvorstands gegenüber körperlicher Gewalt als Erziehungemittel (vgl. hierzu auch Kap. 21.2).

Den Stationsschwestern kam faktisch besondere Bedeutung für die Leitung der Station und die Versorgungs- und Lebensqualität der untergebrachten Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen zu; dies trifft vor allem auf die länger- bis langfristig stationär aufgenommenen Personen zu. Generell lassen die in Kapitel 21 näher beschriebenen Pflegestandards und Beziehungskonstellationen zwischen Pflege und PatientInnen vermuten, dass die einzelnen Pflegekräfte teilweise relativ große Freiheiten in der Ausübung ihrer Tätigkeit hatten, zugleich wurden große Unterschiede zwischen den Stationen berichtet. Die Zusammenarbeit auf Stationsebene war – ähnlich wie auf Pavillon 15 am PKH – stark geprägt durch die „Radldienste" des Pflegepersonals; mehrheitlich wurde berichtet, es habe so etwas wie Teambesprechungen auf Pflegeebene kaum oder nicht – jedenfalls nicht in institutionalisierter Form – gegeben. [281] Vor allem von Pflegepersonen wurde wiederholt angemerkt, dass die unterschiedlichen Bereiche der Klinik, die auf die PatientInnen „zugriffen" bzw. einwirkten, weitgehend getrennt voneinander agierten und ungenügend miteinander kommunizierten. Mitunter waren aber auch gegenteilige Erfahrungen berichtet worden. Die Ursachen hierfür könnten zum einen in der insgesamt geringeren Einbindung der Pflege in Fallbesprechungen und Interventionsplanungen gelegen haben. Zum anderen dürften interdisziplinäre Abstimmungen von medizinischen, therapeutischen und pädagogischen Interventionen vorrangig auf Fallbesprechungen bei der Aufnahme über die Ambulanz begrenzt gewesen und auch nicht immer systematisch erfolgt sein.

> „Diese Qualität an Zusammenarbeit, also die hat es sicher nicht gegeben. Aber (…) ich glaube, man hat es auch gar nicht-, man hat auch davon gar nicht so gewusst, dass man so arbeiten könnte oder dass das was Gemeinsames-, ich meine, ich weiß, wie schwierig das war, Pflege und Pädagogik zusammenzuführen." (IP24_P:77; zeitl. Bezug: Anfang 1970er bis Ende 1980er Jahre)

> „(…) also wir untereinander, die Ergotherapeuten, Logopädie, Musiktherapie und Physiotherapie, also speziellen, wir haben uns natürlich auf diese Neuan-

[281] Vgl. u.a. IP12_P:166; IP22_P:222ff.; IP24_P:24.

> kömmlinge gestürzt, manchmal waren Mutter, Kind da, wenn es die Kassa bezahlt hat, also das war schon eine unglaubliche Einigkeit (…).“ (IP29_P:50; zeitl. Bezug: Anfang/Mitte 1970er bis Ende 1980er Jahre)
>
> „Dann war Begleitung hinüber in die Schule, (…) dann kamen die Kinder wieder retour, am Nachmittag hat es diesen Tagesstrukturbereich gegeben, das alles sehr getrennt und in sich war und wo die Zusammenarbeit oder so, Gespräche miteinander, was macht ihr, an was soll man arbeiten oder so, das hat es nicht gegeben, das waren sehr isolierte Bereiche.“ (IP12_P:75; zeitl. Bezug: 1980er Jahre)
>
> „Eine Situation war, ein gesundes Mädchen kommt und es ist uns gesagt worden, sie hätte Anfälle gehabt, epileptische Anfälle. Sehr seltsam, weil sie war weder erschöpft (…) noch war sie irgendwie beeinträchtigt, komisch. Ist uns komisch vorgekommen. Dann hat sich herausgestellt (lacht), das war die Nichte von einem bekannten (Fußballtrainer, Anm. d. Verf.) und ist aufgenommen worden, weil sie in ihrer Verzweiflung, warum auch immer, (…) wahllos den Inhalt eines Apothekenschrankes, es waren eh hauptsächlich Antibiotika, eingenommen hat. Und damit sie nicht auf eine Psychiatrie muss, wo das gemeldet werden muss, ist das unter Epilepsie de novo aufgenommen worden, damit nichts aufscheint. Nur uns hat man das nicht gesagt und das fand ich also wirklich arg, weil man stellt sich ja ganz anders ein auf ein Kind (…). Und das fand ich schon ziemlich fahrlässig.“ (IP53_P:651; zeitl. Bezug: 1980er Jahre)

Nicht zuletzt wurden die Bereiche Ambulanz und Stationen auf Pflegeebene den Erzählungen zufolge auch durch „Schwester M.“ möglichst getrennt gehalten, wodurch sich letztere eine Broker-Position zwischen den Bereichen sichern konnte (vgl. Kap. 18.3). Die gewonnenen Einblicke lassen die These begründet erscheinen, dass die Familien- und Gemeinschaftsmetaphern Differenzen und ein wenig strukturiertes Nebeneinander der Teilbereiche zwar oberflächlich zudeckten, aber nicht wirksam reduzieren konnten.

18.2. „Es gab nur einen Gott“:[282] Zur Führungsrolle des Abteilungsvorstandes an der Klinik

Auch wenn nicht die Person Andreas Rett, sondern die von ihm geleitete stationäre Einrichtung im Mittelpunkt dieser Fallstudie steht, ist es für deren Verständnis unvermeidbar, sich mit dem Abteilungsvorstand und seiner spezifischen Führungsrolle innerhalb der von ihm geleiteten Klinik auseinanderzusetzen. Anzumerken ist zunächst, dass Rett in nahezu allen Interviews

[282] IP39_P:87 – Das Gesamtzitat lautet: „Ich meine, es gab nur einen Gott. Das war mein Eindruck oder meine Wahrnehmung halt damals.“

zumeist unaufgefordert zu einem zentralen Thema gemacht wurde. Die Beschreibungen unterscheiden sich dabei beträchtlich, gemeinsam ist ihnen die absolut herausragende Position, die Rett zugesprochen wurde. Zugespitzt kommt dies in Bezeichnungen wie „god himself" (IP39_P:59) oder „godfather" (IP29_P:54) zum Ausdruck.[283] Die von ehemaligen MitarbeiterInnen wiederholt verwendete Gott-Metapher charakterisiert die Person Rett als allmächtig, allwissend, allgegenwärtig und unerreichbar zu gleich. Auch wenn ihm nicht alle eine gottähnliche Position gaben, so wurde ihm durchwegs eine sehr charismatische Persönlichkeit und damit ein vorrangig spirituell-emotionaler Führungsstil zugesprochen.[284]

> „Und das, was halt war, dass halt alle eine gewisse ehrfürchtige Beziehung ihm gegenüber gehabt haben, er war dieser allesüberstrahlende Mensch dort." (IP30_P:192)

> „Er hat ein wahnsinniges Charisma gehabt, das muss man sagen, er war extrem liebenswürdig im alten Sinn (I: Also ein Charmeur der alten Schule?) Ja, total, so richtig. Aber du hast nichts sagen können, der hat dich niedergeredet. Da ist keiner dagegen angekommen." (IP39_P:252ff.)

> „Es war immer eine gewisse Distanz. Es war dann so ein Offiziers-Du nach unten und nicht nach oben." (IP32_P:577)[285]

Als wissenschaftlicher Förderer und Lehrer trat Rett in den Interviews vor allem bei jungen Männern am Anfang ihrer wissenschaftlichen Karriere in Erscheinung. So wurde etwa berichtet, „(…) dass er für mich sehr wichtig war, als Lehrer mich stimuliert hatte, also auch die Dissertation bei ihm zu machen." (IP11_P:22; vgl. auch IP14_P/E:19)

Die unterschiedlichen Beschreibungen der Führungsrolle Retts durch ehemaliges Personal lassen zusammengefasst eine Mischung zwischen autoritativer Führung (vgl. Goleman et al. 2002) als Visionär, der die MitarbeiterInnen für seine Visionen zu begeistern vermag und ihnen gewisse – teilweise auch beachtliche – Spielräume für die Erreichung der gemeinsamen Ziele lässt, und autoritärer Durchsetzung seiner Vorstellungen, wenn es mit der autoritativen Führung nicht nach seinen Vorstellungen klappte bzw. er als

---

283 Vgl. zudem IP22_P:246. – Von FachkollegInnen bzw. WissenschaftlerInnen wurde Rett auch als Papst (vgl. u.a. IP8_P:16) in Behindertenfragen zu seiner Zeit tituliert.

284 Vgl. u.a. IP11_P:22; IP24_P:139; IP56_P:63ff.: zur charismatischen Autorität siehe Weber 1922:1209.

285 Nicht nur die PatientInnen wurden ungeachtet ihres Alters als Kinder betrachtet, Rett sprach offenbar teilweise auch das Personal mit der Bezeichnung „Kinder" an (vgl. IP32_P:139; IP38_P:139).

Leitperson mit seiner Leitidee vom Gegenüber zu wenig anerkannt wurde, erkennen. Dieser Führungsstil wurde ergänzt durch joviales[286] Verhalten dem Personal gegenüber, das vorgeblich hierarchische Differenzierungen überbrückt, sofern davon ausgegangen werden kann, dass diese unhinterfragt Geltung haben. Manche empfanden dies als wertschätzend, andere als herablassend, wie folgender Interviewausschnitt verdeutlicht:

> „Und dann ist der Herr Professor (zur Visite, Anm. d. Verf.) gekommen und mit den Schwestern und eben seiner ganzen Gefolgschaft und hat dann über den Kopf gestreichelt und so, und alle haben sich gefreut und dann hat er halt ein bisschen Scherzerl gemacht und ja, also wie man es sich halt klassisch vorstellt. Dann ist God Himself gekommen. Und dann die Schwestern waren natürlich sehr froh und stolz, dass der Herr Professor gesagt hat, schön habt ihr es, gut habt ihr es gemacht, also für die Schwestern war es sicherlich so, dass die belobigt wurden, wenn es ruhig war, wenn es sauber war, wenn es ordentlich war. (…) also vom Klima her war es ganz, ganz klassisch ein starkes Autoritätsgefälle, streng hierarchisch. (…)“ (IP39_P:59)

Überwiegend zeigte sich aber eine hohe Akzeptanz und Beliebtheit Retts beim ehemaligen Personal, selbst bei solchen mit eher kritischer Haltung der Klinik gegenüber. Manche Pflegekräfte erzählten von besonderen Erlebnissen, in denen sie gemerkt hätten, dass er wusste, wer sie waren, und dass er sich um sie und ihre Belange kümmerte. Nachfolgende Beispiele lassen die dem Personal vermittelte Wertschätzung erkennen:

> „Und genau ein Jahr nachdem ich angefangen habe dort zu arbeiten, dreht er sich in der Visite um und schaut mich an und sagt Regina, Sie sind jetzt ein Jahr ungefähr bei uns, am Tag genau. Und ich hab geglaubt er hat mich bis dahin nicht einmal noch wahrgenommen, dass ich da bin.“ (IP22_P:252)

> „(…) er konnte loben und jeder braucht ein Lob. Und das, das hat er gut gekonnt, ja. Das war auch was sehr, sehr Menschliches. (…) Also er war zur kleinsten Putzfrau genauso wie zu einem Kollegen. (…) sie (die Vorarbeiterin des Putzpersonals, Anm. d. Verf.) hat sich von ihm nicht so wie als kleines Putzweiberl gefühlt, sondern er hat sie wahrgenommen als Person, als Mensch. Und das hat er, das war eine große Gabe.“ (IP29_P:68)

Die bisherigen Ausführungen lassen bereits auf ein hohes Ausmaß an Respekt, wenn nicht gar Ehrfurcht des Personals Rett gegenüber schließen. Während damit einhergehend Kritik ihm gegenüber überwiegend als sich nicht geziemend betrachtet worden sein dürfte, berichteten einzelne InterviewpartnerInnen davon, mit ihrer geäußerten Kritik akzeptiert worden zu sein. Fol-

---

[286] Laut Duden lässt sich jovial als „im Umgang mit niedriger Stehenden betont wohlwollend“ definieren. – Vgl. http://www.duden.de/rechtschreibung/jovial (Stand: 30.11.2016).

gendes Interviewzitat verdeutlicht dies exemplarisch, es bezieht sich auf ein Ereignis, bei dem ein junger Mitarbeiter Rett vor dem versammelten ärztlichen und wissenschaftlichen Team widersprach:

> „Und Monate später, wo ich mit einem der Ärzte da ein bisschen einen anderen Kontakt hatte, sagt er, Sie haben sich damals etwas getraut, das hätte sich niemand von uns getraut, ihm das so zu sagen, obwohl wir alle dieser Meinung waren. Und das schildert einiges von Rett und seiner Vorgangsweise. Ich hatte das Glück hineinzukommen, sage ich im Nachhinein, zu einem Zeitpunkt wo er 60 war, also am Ende der Karriere, und wo er nicht mehr den autoritären Stil hatte, wie ja mir später oft erzählt worden ist, aber mir gegenüber war er nie so.“ (IP14_P/E:19)

Trotz einzelner gegenteiliger Erzählungen (vgl. IP25_P:37) geben die Interviews in der Regel eine weitgehende Nichteinmischung in das stationäre Geschehen zu erkennen: „Der Rett hat sich da nie eingemischt.“ (IP53_P:161) Folgendes Zitat deutet an, dass dieses Nicht-Einmischen von manchen als mangelnde Wahrnehmung ärztlicher Pflichten auf den Stationen wahrgenommen wurde:

> „Eigentlich (hat Rett) vor allem die Ambulanz betreut, wenig Präsenz im stationären Bereich. Es waren auch bei den Visiten, beim Durchgehen, wo er sich berichten hat lassen (…) und sich angehört hat und eher dem zugestimmt hat, was vorgeschlagen worden ist, nicht wirklich jetzt viel mit Kindern oder Jugendlichen so wirklich Kontakt hatte. Also er ging eher so als der Durchgeher, sage ich jetzt mal so. Es haben ihn massiv gestört schief gehängte Bilder, nicht hinaufgezogene oder zur Hälfte hinaufgezogene Jalousien, Vorhänge, die nicht- also er war da zwänglich. Und das waren die Dinge, die er bekrittelt hat, über Kinder eigentlich nichts.“ (IP12_P:183)

Mehrfach geben die Interviews Hinweise darauf, dass Retts Hauptaugenmerk vorrangig auf seiner öffentlichen Reputation als Forscher lag.[287] Von großer Bedeutung hierfür war, wie oben erwähnt, seine „Chefsekretärin“, die Rett den Alltagsbetrieb an der Klinik in beachtlichem Ausmaß genommen haben dürfte, damit er sich prestigeträchtigeren Arbeiten zuwenden konnte.

[287] Vgl. u.a. IP14_P/E:107; IP56_P:187.

18.3. Das System „Schwester M.“: Die Macht des Vorzimmers

Die faktische Machtfülle der Schwester M. war nicht durch die Formalstruktur der Organisation abgesichert. Sie realisierte diese Machtakkumulation vielmehr in einem organisatorischen und professionellen Umfeld, über dessen formalisierte Machtressourcen (formale Qualifikation und Position) sie nicht verfügte. Entsprechend konnte sie nach außen hin auch nicht als Führungskraft in Erscheinung treten, sondern eben vor allem als Retts „Vorzimmerdrachen“ (IP12_P:29) wirken. Ihre zentrale Machtquelle bestand in ihrer Nähe zum Klinikvorstand und ihrer Unverzichtbarkeit für das Managen seiner vielen Aufgaben und Verpflichtungen bzw. für die Aufrechterhaltung des Betriebs an der Klinik allgemein. Als „Vorzimmerdame“ wurde sie zum Teil des Machtzentrums und besetzte, so lassen die erschlossenen Erinnerungen vermuten, „in der informellen Firmenhierarchie (…) die Position 1 B“ (Student 2005:o.S.). Wechselseitige Abhängigkeiten des „Chefs“ und seiner „rechten Hand“ voneinander dürften das Machtsystem über Jahrzehnte stabilisiert haben, wie nachfolgend detaillierter rekonstruiert werden soll. Dabei soll aber nicht aus dem Blick geraten, dass die umfassenden Befugnisse von „Schwester M.“ auf informeller Ebene jederzeit durch den Abteilungsvorstand mit Bezug auf formale Kompetenzregelungen beendet bzw. stark eingeschränkt werden hätten können.

„Schwester M.“ hatte ursprünglich das Handwerk der Weißnäherei erlernt und war einige Jahre als Arbeiterin beschäftigt, bevor sie 1954 auf der neurologischen Abteilung des Altersheimes Lainz als Saal- bzw. Aushilfspflegerin eingestellt wurde. In ihrem Ansuchen an die Stadt Wien um Aufnahme in den Städtischen Krankenpflegedienst schrieb sie: „Es war immer mein sehnlichster Wunsch, Krankenschwester zu werden, doch hat der Krieg dies leider verhindert.“ (PA25:Datum unleserlich) 1955 wurde sie in ein unbefristetes Dienstverhältnis übernommen und 1956 zunächst der neu gegründeten Abteilung von Andreas Rett zugeordnet– es ist unbekannt, ob dieser Wechsel auf eigenen Wunsch geschah oder nicht – und im Herbst desselben Jahres verbeamtet. Mit Inkrafttreten des neuen Krankenpflegegesetzes im Jahre 1961 wurde sie wie alle Pflegekräfte ohne entsprechender Ausbildung aufgefordert, innerhalb von fünf Jahren einen Ergänzungslehrgang zu besuchen. Dieser Aufforderung wurde nicht nachgekommen, laut verschiedener Schreiben Retts aufgrund ihrer Unabkömmlichkeit im Klinikbetrieb. „Schwester M.“ blieb bis zu ihrer Pensionierung trotz mehrerer dokumentierter Interventionen Retts die formale Einstufung als Diplomkrankenschwester verwehrt.

Ihre einflussreiche Stelle dürfte die angelernte Pflegekraft unter anderem dem Umstand verdankt haben, dass sie Rett vom ersten Tag an unermüdlich beim Aufbau seiner Klinik unterstützte und sich unentbehrlich machte. Sie scheint seit diesem Tag offenbar nahezu rund um die Uhr im Dienst gewesen zu sein. Rett schreibt hierzu in einem seiner Ansuchen um Umstufung seiner „Chefsekretärin" von einer Stationsgehilfin zur Krankenschwester aus dem Jahre 1975:

> „(…) Am 2. Jänner 1956 ist sie mit mir in den Pav. XVII des AH-Lainz versetzt worden, wo sie als Sekretärin, Ambulanzschwester und Mädchen für alles den Aufbau der Abteilung mitvollzog. Seit dem obengenannten Datum lebt sie für dieses Haus, seine Kinder und seine Arbeit. Sie ist seither über ihre eigentliche Dienstzeit hinaus von Montag bis Freitag täglich von 7 Uhr 30 bis 21 Uhr (Samstag von 7 Uhr 30 – 13 Uhr) im Dienst. Vorhaltungen von Seiten der Personalvertretung, daß sie zuviel arbeite und dadurch unkollegial handle, hat sie negiert. Bemerkenswert ist weiterhin, daß sie in nunmehr bald 20 Jahren k e i n e n Tag Krankenstand hatte." (PA25; Hervorhebung im Original)[288]

Auch in zahlreichen Interviews wird diese ständige Anwesenheit seit Anbeginn und nahezu jeden Tag bis in die Nacht hinein thematisiert, teilweise offenbar auch zusätzlich an Sonn- und Feiertagen. Sie schien sowohl von Pflegekräften als auch ärztlichem Personal als allgegenwärtig und allwissend erlebt worden zu sein. Die nachstehenden beiden Zitate (das zweite Zitat stammt aus einem Gepräch mit einem ärztlichen Vertreter) bringen dies exemplarisch zum Ausdruck:

> „Die M. war für uns irgendwie, also für mich, also eine Unantastbare, da vorne Residierende, alles Erledigende, immer anwesend Seiende von sechs Uhr früh bis zehn am Abend, fast hat sie so eine Art Geheimnis umgeben (lacht)." (IP53_P:624)

> „Und sie war jeden Tag bis zehn Uhr abends in der Klinik oder bis neun und um sieben wieder in der Früh. Hat diese Entwicklung von Anfang an im alten Pavillon mitgemacht, wusste genauestens Bescheid, ja besser wie jeder, der später dazu gekommen ist, weil er das ja nicht wissen konnte, ich zum Beispiel. Ich war von ihr und ihrem Wissen abhängig. Weil sie die Erfahrung hatte und jeden Patienten von Angesicht und Namen kannte am Telefon. Und war am Te-

[288] Personalakte P25: Beilage zum Schreiben des ärztlichen Leiters des NKH Rosenhügel an den Amtsführenden Stadtrat der Geschäftsgruppe I, Personal und allgemeine Verwaltung, Herrn Kurt Heller, vom 30.10.1975. – Dem wiederholten Ansuchen Retts auf Umstufung seiner „rechten Hand" zur Krankenschwester wurde nicht stattgegeben, allerdings erhielt „Schwester M." auf Intervention ihres Chefs hin eine Sondervergütung, die Ausnahme vom Besoldungsplan wurde über die höheren Arbeitsstunden der Mitarbeiterin legitimiert (vgl. div. Dokumente in PA25).

> lefon rund um die Uhr erreichbar, das muss man mal wo organisieren, von sieben Uhr früh bis zehn Uhr abends.“ (IP32_P:293; zeitl. Bezug: Mitte 1970er Jahre bis Ende Untersuchungszeitraum)

Ihre permanente Anwesenheit und das umfassende Wissen, das sich „Schwester M.“ durch ihre Allgegenwart und ihre Position an verschiedenen neuralgischen Schnittstellen angeeignet haben dürfte, wurden wiederholt als zentrale Machtquellen benannt. Dabei handelte es sich offenbar sowohl um im Laufe der Tätigkeit erworbenes medizinisches Wissen, um umfassende Kenntnisse der PatientInnen als auch um Einblicke in Vertrauliches und Privates.

> „(…) alle intimen Sachen laufen dort übers Sekretariat, die gesamte Terminvergabe, ein enormes Wissen, was die Anfallstherapie betrifft, weil sie mehrmals täglich unter Umständen die Rückmeldungen der Patienten persönlich kriegt und natürlich auch die Therapieumstellungen empfehlen konnte, in eventu dann schon besprochen hat, aber sie hat gewusst, um was es geht, und hat gewusst, wenn es schlecht geht, dass der wieder zur Kontrolle kommen muss und vielleicht ein EEG machen und das und jenes. Also sie hat auch die Untersuchungen mehr oder minder gewusst, die da sein müssen. Sie war durch ihre Präsenz, ja, sehr mächtig und sehr wissend.“ (IP32_P:293)

> „(…) sie hat sich im Lauf der Jahre einfach ein Wissen angeeignet, das vermutlich in mancher Hinsicht mehr als ein Medizinstudium war (…).“ (IP53_P:624)

> „(…) die hat auch ihr Leben lang mit ihm gearbeitet, hat alle Familien und Kinder gekannt, die halt im Haus und in der Ambulanz waren. Und hat natürlich von allen gewusst, was los ist, wie es zuhause ist und auf den Stationen.“ (IP25_P:157)

> „Sie hat wirklich alles gewusst, sie war also wirklich ein verlängerter Arm von ihm und sie war blitzgescheit (…). Also erstens einmal hat sie das ganze Archiv in der Hand gehabt, die ganzen Patienten auswendig. (…) Sie hat also die Patienten alle gekannt und zwar durch Jahrzehnte. (…) Also ich würde sagen, ohne sie ist er der halberte Arzt gewe-, oder sagen wir, Arzt hat sie nicht-, aber die ganze Administration wäre zusammengefallen.“ (IP65_P:56)

Von großer Bedeutung für die Absicherung der informellen Machtposition war zudem die weitreichende Kontrolle des Zugangs zum Abteilungsvorstand. Zunächst verfügte sie selbst über einen bevorzugten Zugang zu ihrem Chef, der in Interviews beispielhaft damit aufgezeigt wurde, dass Rett seine Chefsekretärin regelmäßig im Auto mit zur Arbeit genommen haben dürfte:

> „(…) natürlich durch diese enge Zusammenarbeit auch mit dem gemeinsamen Fahren in die Klinik, da hat sie schon vieles in einer halben Stunde ausgetauscht vom 3. Bezirk, an Programm für den nächsten Tag und was gewesen ist und welche Probleme sind.“ (IP32_P:349)

Die Zugangskontrolle zum Abteilungsvorstand erfolgte sowohl in zeitlicher Hinsicht durch ihre Zuständigkeit für die Terminvergabe als auch direkt physisch: In Retts Büro kam man auf offiziellem Wege nur über ihr Vorzimmer, dem ein zweites Vorzimmer mit einer ‚einfachen' Bürokraft folgte, erst anschließend befand sich Rett's Büro. Dieses wäre grundsätzlich auch noch über eine zweite Tür, die in das Zwischenbüro der ‚einfachen' Sekretärin mündete, erreichbar gewesen, offenbar war es aber nur wenigen Personen möglich, davon Gebrauch zu machen. Üblicherweise hielt sich das Personal an den offiziellen Zugang bzw. scheint positionsunabhängig regelmäßig an „Schwester M." gescheitert zu sein, wie folgende Interviewzitate exemplarisch zum Ausdruck bringen:

> „Und da ist ein Sekretariat, ein zweites und dann ist dem Rett sein Bereich gekommen. Und über diese zwei Zimmer, da bist du nicht drüber gekommen." (IP24_P:219)

> „Und die Ärzte durften ja auch nie ins Allerheiligste (…). Jeder Anruf und jede Änderung ist über die berühmte Schwester M. gegangen, nicht? Das war einmalig in der Geschichte der Stadt Wien." (IP29_P:174)

Auch ein ehemaliger Arzt der Abteilung schilderte im Gespräch, manchmal mit einem „Jetzt nicht!" wie ein kleiner Junge weggeschickt worden zu sein, wenn er den „Chef" sprechen wollte (vgl. IP88_P:42); er scheint dies wie die meisten anderen akzeptiert zu haben.

Die Agenden der „Schwester M."umfassten Aufnahme und Entlassung der stationären und ambulanten PatientInnen inkl. Terminkoordination der täglichen ambulanten Untersuchungen, zentralen Telefondienst, Briefverkehr, Retts Terminkoordination, Kontakte zu Krankenkassen und anderen Ämtern u.v.m. Zudem nahm sie Tätigkeiten wahr, die ihren formalen Kompetenzbereich deutlich überstiegen, wie weiter unten näher beschrieben wird. Ihre Position stellt sich als Steuerzentrale und Knotenpunkt der „Hauptverkehrswege" des Klinikbetriebs dar, sie war etwa das zentrale Bindeglied zwischen dem ansonsten relativ getrennt arbeitenden Ambulanzbereich und den Stationen. Die genannten Aufgabengebiete ermöglichten ihr zudem eine weitreichende Kontrolle der Organisationsgrenzen, insbesondere hinsichtlich der Ein- und Austritte der PatientInnen und ihrer Angehörigen in Ambulanz als auch Stationen. Solch eine Broker-Position zwischen ansonsten nur lose verbundenen Bereichen verleiht der vermittelnden Person besondere Einflussmöglichkeiten, sie erhöht Burt zufolge ihr soziales Kapital (vgl. Burt 2007). Nachstehende Interviewausschnitte verdeutlichen diese spezielle Stellung der „Schwester M." in der Klinik:

> „Es war ein Ambulanzbetrieb da mit einem bestimmten Zimmer, wo die Ambulanz abgeführt worden ist. Und es war der stationäre Betrieb da, die hatten in

> dem Sinn jetzt nicht viel gemeinsam zu tun außer einer zentralen Anlaufstelle, derzeit die berühmte Schwester M. gewesen, das war das Vorzimmer von Rett, wo alle hin müssen, die ins Haus gekommen sind, die entweder für den Ambulanzbetrieb einen Termin hatten oder die auch eine stationäre Aufnahme aus diesen Gründen gekommen sind. Die sind alle darüber gelaufen und von da an ist es dann gesteuert worden.“ (IP14_P/E:23; zeitl. Bezug: 2. Hälfte 1980er Jahre)

> „Also das hat alles irgendwie ein Eigenleben geführt und die Fäden gezogen hat die Schwester M. Der Rett hat sich auch brav untergeordnet.“ (IP22_P:24; zeitl. Bezug: Ende 1970er Jahre bis Ende Untersuchungszeitraum)

> „Zuerst (in der Rett-Ära, Anm. d. Verf.) war es ein sehr homogenes, abgeschlossenes System. Da hat es eine Schwester M. gegeben, die praktisch in der Ambulanz beim Professor Rett gesessen ist und du (als Pflegekraft der Station, Anm. d. Verf.) hast das Kind von der Schwester M. übernommen, du hast da mit den Angehörigen nicht sehr viel zum Reden gehabt.“ (IP24_P:39; zeitl. Bezug: 1970er und 1980er Jahre)

> „Wenn man den Rett angerufen hat, hat die Schwester M. abgehoben und die Schwester M. war eine zentrale Drehscheibe in der Abteilung. Die Schwester M. hat in Wirklichkeit statt dem Andi Rett die Entscheidungen getroffen, ab dem- ich glaub Mitte der 80er Jahre.“ (IP8_P:200; zeitl. Bezug: 2. Hälfte der 1980er Jahre)

> „(…) wenn wir Neuaufnahmen bekommen haben, hat die heilige sacrosancto Schwester M. ist sie persönlich gekommen, weil sie wollte nicht, dass man in die Nähe von ihrem geheiligten Professor kommt. Und ja, sie hat auch da keine Rücksicht genommen, das war ihr egal, ob man Oberschwester oder Stationsschwester war. Also sie hat diesen Ambulanzbereich total abgeschirmt.“ (IP29_P:42; zeitl. Bezug: 1970er und 1980er Jahre)

Die erschlossenen Daten vermitteln sehr eindrücklich, dass Retts „rechte Hand“ im Laufe der Zeit derartig viele Aufgaben übernommen, Kompetenzen an sich gezogen und Kommunikationswege in ihrer Kontrolle hatte, dass sie absolut unverzichtbar geworden war. Mit „Pouvoir“ (IP88_P:42) und unter Duldung der formalen Leitung der Klinik war eine große Abhängigkeit von dieser einen Mitarbeiterin entstanden, die ihre Stellung weiter stärkte und ihre strukturelle Macht ausbaute: Das System „Schwester M.“ wurde als „allumfassend“ (IP53_P:618) charakterisiert. Vielfach wurde darauf hingewiesen, dass ohne sie der Klinikbetrieb zusammengebrochen wäre – man könnte auch sagen, sie hatte gar keine andere Wahl als nie krank zu werden und nahezu immer anwesend zu sein, denn ansonsten wäre die riskante Abhängigkeit von einer Person schmerzhaft spürbar geworden. Manche GesprächspartnerInnen berichteten von gravierenden Folgen ihrer Pensionierung Anfang 1988 (s.u.).

Von Andreas Rett liegen zwei Schreiben vor, die darauf verweisen, dass diese Aufgabenakkumulation bei einer einzigen Person schon im Jahre 1971 von Seiten der Verwaltung des NKH Rosenhügel wahrgenommen und ein Versuch der Entlastung und Kompetenzaufteilung unternommen worden war – ohne Erfolg:

> „Im Auftrag von SR Dr. Sokolovsky hat eine Kommission die Arbeitsleistung der Sr. M. beurteilt und sollte eine Entlastung vorschlagen. In den Abschlussbesprechungen teilte mir SR Dr. Sokolovsky mit, daß Sr. M. die Arbeit von 3 Personen absolviert. (…) Eine Änderung könne er aber nicht empfehlen, weil für drei Leute kein Platz wäre. Entgegen den Verwaltungsvorschriften wurden alle einschlägigen Agenden Sr. M. belassen, weil sie einfach die beste und einfachste Lösung der Probleme sei." (PA25:30.10.1975)[289]

In einer Stellungnahme auf eine Beschwerde von Eltern ein Jahr später (vgl. auch nachfolgendes Kap. 18.4) spricht Rett gar davon, dass bei ebendieser Überprüfung festgestellt worden sei, „Schwester M." erfülle die Arbeit von vier Bediensteten. „Da er (SR Dr. Sokolowsky, Anm. d. Verf.) mir die fehlenden 3 nicht geben könne, solle alles beim Alten bleiben." (KO_R:27.10.1976) Die Zerschlagung dieser Kompetenzakkumulation hätte eine erhebliche Störung der eingespielten Routinen bedeutet und wäre auch für die Krankenanstalt mit negativen Folgen (höherer Personalbedarf) verbunden gewesen, sodass alle Beteiligten lieber am bestehenden System festhielt. Dieses hatte eine kaum mehr reformierbare Beständigkeit entwickelt – zumindest solange die tragende Struktur[290] „Schwester M." ihres Amtes waltete.

Bei der Diskussion der Frage nach der Verantwortung für dieses entstandene System ist zu berücksichtigen, dass es in mehrfacher Hinsicht Vorteile für die formale Klinikleitung hatte. Diese wurde, wie bereits oben beschrieben, nicht nur vom Alltagsbetrieb entlastet, die Figur „Schwester M." scheint auch widerständige Energien auf sich gezogen zu haben. Leitungsversäumnisse wurden teilweise ihr und nicht Rett zugerechnet bzw. angelastet, für manche MitarbeiterInnen wurde sie zum stellvertretenden „Reibebaum", sie dürfte also auch in dieser Hinsicht viel für ihren Chef „abgefangen" haben. Durch die Struktur „Schwester M." wurde potenziell die Sicht darauf vernebelt, dass die formale und tatsächliche Verantwortung für die Geschehnisse

---

[289] Personalakte P25: Beilage zum Schreiben des ärztlichen Leiters des NKH Rosenhügel, Univ.Prof. Dr. H. Tschabitscher, an den Amtsführende Stadtrat der Geschäftsgruppe I, Personal und allgemeine Verwaltung, Kurt Heller, Wien.

[290] Personen lassen sich organisationstheoretisch auch als Strukturen einer Organisation betrachten – vgl. u.a. Luhmann 1988.

selbstverständlich weitestgehend beim Abteilungsvorstand lag, aber auch bei seinem ÄrztInnen-Team und anderem Personal mit Leitungsverantwortung, etwa der Oberschwester. Das nachstehende Zitat deutet das komplexe und tendenziell paradoxe Verhältnis von „Überwachung von Untergebenen“ und „Unterwachung von Vorgesetzten“ (Kühl 2011:81 – vgl. auch Kap. 4.3 in diesem Band) an, es verweist aber auch darauf, dass die Prioritätensetzungen auf Ebene der formalen Leitung („wenn es ihm wichtig erschienen ist“ – s.u.) nicht unwesentlich zu den Handlungsspielräumen der untergebenen Ebene beigetragen haben dürften:

> B: „Einsicht hätte er überall gehabt, aber was für sie nicht relevant war, das wird er nicht erfahren haben (…).
> I: „Also er hat das gewissermaßen auch akzeptiert, dass er abgeschirmt wurde?“
> B: „Ja, weil er mit so vielen Dingen beschäftigt war und ein Buch schreiben und dann Beobachtung und wieder forschen und testen und so weiter. Wenn man das jetzt ein bisschen herunterspielt mit Alltagskram, das hat sie ihm abgehalten.“
> I: „Der Alltagskram war der laufende Betrieb? (B: Ja) Krankenhausbetrieb?“
> B: „Jaja, aber er hat sich schon sehr gekümmert, also er hat schon sehr viel gewusst, aber vielleicht nicht Details. Also wenn es ihm wichtig erschienen ist, ist er der Sache sicher auf den Grund gegangen, da hätte auch die M. nichts machen können.“ (IP29_P:176ff.)

Trotz der oben beschriebenen wechselseitigen Abhängigkeit zwischen dem Abteilungsvorstand und seiner Mitarbeiterin „Schwester M.“ war es selbstverständlich Aufgabe der formalen Klinikleitung, die Verantwortung für die Geschehnisse in der Klinik wahrzunehmen. Darüber hinaus ist auf die grundsätzliche Kontrollpflicht der Krankenhausleitung am NKH Rosenhügel hinzuweisen.

18.4. Entscheidungspraxis: Intransparenz, Kompetenzüberschreitungen und riskante Abhängigkeiten

Die bisherigen Ausführungen ließen bereits ein hohes Ausmaß an Informalität erkennen, diese Informalität kommt zugespitzt im Selbstverständnis als „große Familie“ oder Gemeinschaft zum Ausdruck, durch die Abweichungen von in Krankenanstalten erwartbaren bzw. vorgegebenen Formalstrukturen

und Mitgliedschaftsrollen vorprogrammiert[291] sind. Informalität ist jedoch nicht per se als Ausnahme bzw. Anomalie in Organisationen zu betrachten, sondern als unverzichtbar für deren tägliches Funktionieren (vgl. Kühl 2011:116ff.). Die Problematik der informellen Strukturen der „Rett-Klinik" scheint allerdings darin zu liegen, dass sie mit einem besonderen Ausmaß an Intransparenz – jedenfalls nach außen und zwischen verschiedenen Teilbereichen der Klinik – und insbesondere einem hohen Willkür-Potenzial gekoppelt waren. Gleichzeitig richteten sich die Aktivitäten auf Personen, die zum Personal der Klinik in einem großen Machtgefälle standen und über geringe persönliche Ressourcen verfügten, ihre Bedürfnisse und Interessen zu artikulieren und durchzusetzen. Gerade in solchen Bereichen ist ein besonderes Ausmaß an systematischer Reflexion der professionellen Handlungen, an funktionierender Peer-Kontrolle und an wirksamen externen Kontrollmechanismen essenziell, diese waren aber nicht nennenswert vorhanden oder unwirksam. Und die internen Kontrollmechanismen wurden durch die oben beschriebenen Strukturmerkmale abgeschwächt, auch wenn offenbar in bestimmten Grenzen sehr wohl ein offener und kritischer Diskurs möglich gewesen sein dürfte (s.o.) – hier zeigt sich ein uneinheitliches Bild der „Rett-Klinik".

Konkret äußerten sich die skizzierten Machtverhältnisse und Kompetenzverteilungen im Alltag der Station und Ambulanz zwar sicher häufig auch in außerordentlichen Bemühungen des Personals um die PatientInnen, die großes persönliches Engagement mit einschlossen, sie führten aber auch zu fahrlässigen Praktiken und gravierenden Kompetenzüberschreitungen – teilweise erscheint der Ausdruck „Machtmissbrauch" angebracht. Im Folgenden sollen einige solcher problematischen Entscheidungs- und Handlungspraktiken an der „Rett-Klinik" anhand des erschlossenen empirischen Materials skizziert werden, es wird aber auch in den anschließenden Kapiteln immer wieder auf sie eingegangen.

Eine besondere Problematik kristallisierte sich rund um das beschriebene System „Schwester M." heraus, da hier hohe Informalität auf weitreichende Machtkonzentration traf, die zudem ständig aufgrund fehlender formaler

[291] Den selbstgesetzten Zweck der Einrichtung, eine Art Ersatzfamilie für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen zu bieten, stellt zwar auch ein Entscheidungsprogramm (vgl. Luhmann 2000:257) dar, dieses steht aber im potenziellen Widerspruch zu institutionalisierten Umwelterwartungen, welche Zielsetzungen eine Krankenhaus-Abteilung zu verfolgen hat.

Machtressourcen mühsam aufrechterhalten[292] und – so lassen die geschilderten Erinnerungen ehemaligen Personals vermuten – auch über verschiedene Mikrostrategien des Machterhalts laufend rekonstruiert werden musste. Zu letzteren sind etwa auch die Strategien der fortwährenden Monopolisierung von Wissen und der Förderung von Intransparenz (z.B. durch das Minimieren der Kontakte zwischen Pflegepersonen und Angehörigen) zu zählen (s.u.). Wenig günstig wirkte sich zudem „Schwester M.‘s“ enorme Arbeitsbelastung, die immer wieder in Überlastung gekippt sein dürfte, aus.

Ein Großteil der Kompetenzüberschreitungen betraf die Ausübung von Tätigkeiten, die eigentlich im medizinischen Kompetenzbereich oder zumindest in jenem des diplomierten Pflegepersonals gelegen wären. In einem in der Korrespondenz Andreas Retts abgelegten Aktenvermerk des Ombudsmannes für die Wiener Krankenanstalten und Pflegeheime vom September 1976, in dem Anregungen einer Angehörigenfamilie zur Verbesserung der Organisation der „Rett-Klinik“ an deren Vorstand weitergeleitet wurden, finden sich die Tätigkeitsgebiete und Kompetenzüberschreitungen der Chefsekretärin prägnant zusammengefasst:

> „Schwester M. hat das Telefon zu bedienen, sie gibt die Injektionen, sie verschreibt Medikamente und stellt Rezepte aus (obwohl sie angeblich nicht einmal diplomierte Schwester ist), verschreibt und unterschreibt sogar Rezepte, gibt telefonische Auskünfte über Dosierung von Medikamenten, wenn Eltern anrufen (…), führt die Aufnahme- und Entlassungsformalitäten durch, gibt an wartende Eltern und Kinder allfällig notwendige Medikamente aus und hat im übrigen (sic!) eine Art Generalkompetenz.“ (KO_R:16.09.1976; Hervorhebung im Original)

Die Nachricht, in der zugleich die aus einer völligen Überlastung von „Schwester M.“ resultierenden „enormen Wartezeiten“ (ebd.) für Eltern und ihre Kinder in der Ambulanz mehrfach betont wurden, wurde in Kopie auch an die MA 17-Zentrale (Anstaltenamt) übermittelt. Es ist unbekannt, ob es daraufhin von Seiten des Anstaltenamtes zu irgendwelchen Überprüfungen oder Interventionen kam. Rett wies in einem Antwortschreiben an den Ombudsmann die Vorwürfe zurück und bezeichnete es als „geradezu ungeheuerlich“ (KO_R:27.10.1976), die fachlichen Kompetenzen seiner Mitarbeiterin zu bezweifeln.[293]

---

[292] Allein die zeitliche „Allgegenwart“ auf der Klinik über Jahrzehnte hinweg mutet übermenschlich oder unmenschlich an – je nach Sichtweise darauf.

[293] Diese Kompetenzen waren allerdings laut Schreiben des Ombudsmannes von der Familie überhaupt nicht in Zweifel gezogen worden: „Es ist nochmals zu betonen, daß von der Fam. G. (Name anonymisiert, Anm. d. Verf.) die menschliche und fachliche Qualifikation

Auch in den Interviews mit ehemaligem Personal der Klinik wurde mehrfach bestätig, dass „Schwester M." regelmäßig – vermutlich täglich – über die Medikation von PatientInnen entschieden und Rezepte ausgestellt haben dürfte.

> „Die hat auch Medikamente verordnet. Kann ich mich erinnern, war ich gerade einmal drinnen, habe ich irgendwas gebracht und sie telefoniert gerade, ja geben Sie ihm ein Klacid. Antibiotikum darf nur ein Arzt verordnen, überhaupt Medikamente darf nur ein Arzt verordnen." (IP52_P:275)

> „Und was ich ja auch nicht verstanden habe, das wäre heute unmöglich. Sie hat- über Kontinente ist ein Blödsinn, aber Länder übergreifend hat sie Rivotriltropfen zum Beispiel oder-, das waren alles Medikamente, also Antiepileptika. Und man hat sie angerufen und sie hat gesagt, naja, dann geben sie halt zwei Tropferl mehr Rivotril oder von diesem oder jenem Medikament, nicht? (…)
> I: „Und wem hat sie diese Anweisungen oder diese-"
> B: „Na, den Eltern, die angerufen haben aus dem Ausland. Weil sie war quasi befugt oder hat sie sich das selber erdreistet, sie ist wahrscheinlich-"
> I: „Das ist ja eigentlich ärztliche Aufgabe, würde ich jetzt mal sagen."
> B: „Na selbstverständlich, na selbstverständlich. Aber da sie ja immer bis um zehn am Abend da war und keiner mehr von den Ärzten." (IP29_P:170ff.)

> „(…) da wurden auch die Medikamente so zur Probe mitgegeben, ja? Ich bin da mal, ich erzähle nur das, was ich selber erlebt habe, dazugekommen, weil ich dort was holen musste, wie die Schwester M. zu einer Mutter sagt, (die) mit ihrem Sohn gerade nachhause gegangen ist, also entlassen worden ist, ah warten Sie, da haben wir noch was Neues, probieren Sie das einmal ein paar Wochen und schauen Sie mal, wie es ihm da geht damit." (IP64_P:19)

Auf Basis von Erzählungen zweier ärztlicher Vertreter der Abteilung lässt sich mit hoher Wahrscheinlichkeit annehmen, dass Schwester M. auch Befunde schrieb, nämlich nicht nur abtippte, sondern auf Basis vorliegender Teilbefunde zusammenfassend-interpretierend den Gesamtbefund verfasste. In beiden Gesprächen wurden dahingehende Aussagen getätigt, wenn auch immer wieder abgeschwächt bzw. relativiert wurde. Zur besseren Nachvollziehbarkeit sind anschließend aus einem Gespräch längere Interviewabschnitte wiedergegeben:

> B: „Über ihren Schreibtisch sind alle psychologischen Befunde, alle genetischen Befunde, alles, bitte, sie hat alle Befundberichte in dieser Nacht ge-

---

von Schwester M. keineswegs in Abrede gestellt wurde, jedoch (…) eine Organisationsänderung durch Übertragung einiger Agenden der Schwester M. an eine andere Schwester oder andere Bedienstete die vielen langen und vor allem unnötigen Wartezeiten abkürzen könnte." (KO_R:16.09.1976/2)

> schrieben, (…). Eine Arbeit, von der man was verstehen muss, wo ich die Werte und das wissen muss, wer kann stimmen, wer stimmt nicht usw. Und über dieses tägliche Machen hat sich ein ungeheures Spezialwissen angehäuft, wo ich sagen kann, naja, darf die das? Der Chef hat dann nur mehr unterschrieben und das war in Ordnung bitte, jahrzehntelang in Ordnung.“
> I: „Was hat er unterschrieben genau?“
> B: „Die Befunde muss er unterschreiben, nicht? Wer es geschrieben hat, den Befund, ist ja dann gleich. Da steht gezeichnet Professor Rett, er hat so einen Schippel jeden Tag unterschrieben.“ (IP32_P:293ff.)

Auf Nachfrage wurde später im Interview nochmals konkretisiert:

> I: „Was heißt, sie schreibt die Befunde? Was hat das genau beinhaltet?“
> B: „Das beinhaltet die Zusammenfassung unserer Ergebnisse des Vormittags.“
> I: „Okay. Also sie hat die Teilergebnisse vorliegen gehabt?“
> B: „Das heißt Krankengeschichte, klinische Untersuchung, psychologischer Test beigelegt, Hörprüfung, Sehprüfung, Blutbefunde sind noch am selben Mittag gemacht worden, genetischer Befund dauert etwas länger, und alles Sonstige und was wir in der Mittagsbesprechung besprochen haben, von den Patienten zusammengefasst. Eine Leistung, die unbezahlbar ist, unbezahlbar.“ (IP32_P:308ff.)

Kurz später kreiste das Interview erneut um das Thema Befunde und ließ neue Details erkennbar werden:

> B: „Also sie war dann nicht bei der Mittagsbesprechung[294] dabei, wo sie über die Befunde natürlich dann alles erfahren hat-“
> I: „Sie war dabei oder nicht?“
> B: „Bei der Mittagsbesprechung nicht, da ist das Sekretariat, das Telefon hat sie ja 10 Stunden am Tag nicht auslassen dürfen, sie hat ja dort sein müssen, nicht? (…)“
> I: „Wenn die Schwester M. nicht dabei war bei Ihren Besprechungen, in welcher Weise flossen die dann in den Befund ein?“
> B: „Schriftlich, jeder hat ja schriftlich abgeliefert, was er gemacht hat. Und das ist ja dann auch in den Befund eingeflossen. Der Psychologe, die Augenuntersuchung, alles, das ist ja alles als Befund beigelegt worden der Krankengeschichte. Ist ja alles schriftlich, ist ja alles vorhanden, ist ja alles dokumentiert worden.“ (IP32_P:389ff.)

Auch wenn im Gespräch immer wieder nicht ganz eindeutige Schilderungen der damaligen Gepflogenheiten gegeben werden, verdichtete sich die Hypothese, dass zumindest Teile der eigentlichen Befundung, die eine zentrale ärztliche Berufspflicht darstellt, durch „Schwester M.“ geleistet wurden. Dies

---

[294] Gemeint sind die Fallbesprechungen im Ambulanzbetrieb zwischen den ÄrztInnen, PsychologInnen und teilweise pädagogisch-therapeutischem Personal.

bestätigte auch das zweite Gespräch auf ärztlicher Ebene auf die Frage danach, welche Rolle „Schwester M." bei der Befundung zukam: Dem Gesprächspartner zufolge habe sie Befunde gesammelt, teilweise auch Befunde geschrieben, und zwar wiederkehrende Standardbefunde bei sich jährlich wiederholenden Kontrollen, also etwa den dritten oder vierten Befundbericht bzw. -brief. Eingeschränkt wurde, dass sie diese ärztlichen Aufgaben nur für Rett übernommen habe, aber nicht für andere ÄrztInnen; „Schwester M." habe von Rett das „Pouvoir" dazu gehabt (vgl. IP88_P:42). Wie eingeschränkt oder weitgehend sie die eingeräumten Befundungsrechte auch immer ausgeübt haben mag, es bleibt jedenfalls die langjährige regelmäßige gravierende Kompetenzüberschreitung, die von oberster Stelle der Klinik nicht nur geduldet, sondern angeordnet und für gut befunden worden sein muss, wurden doch die Befunde auch formal vom Klinik-Chef abgezeichnet.

Von Pflegeseite wurde besonders häufig „Schwester M.s" Machtposition gegenüber den PatientInnen und ihren Angehörigen thematisiert. Ihr oblagen, wie oben ausgeführt, die gesamten Aufnahme- und Entlassungsagenden – und das bedeutete ganz offenbar nicht nur Terminvergaben und administrative Verwaltung, sondern auch Entscheidungen darüber, wer stationär aufgenommen und wann wieder entlassen wurde.[295] Dies wurde auch von einem der interviewten Ärzte bestätigt, ihm zufolge habe „Schwester M." von Rett das Pouvoir gehabt zu entscheiden, ob ein Kind aufgenommen wird oder nicht (vgl. IP88_P:42). In den vorliegenden ZeitzeugInnen-Berichten wird bei der Ausübung dieser zugesprochenen Kompetenz insgesamt viel Willkür sichtbar, die teilweise eindeutig den Charakter eines Missbrauchs der Machtposition annimmt. Folgende Zitate zeigen dies exemplarisch, zudem wird das Thema auch in nachfolgenden Kapitel nochmals aufgenommen (vgl. Kap. 19 und 21.2).

> „(…) die Leute (haben sich) nicht getraut, gegen die M. aufzutreten, die haben ja die Termine gebraucht. Die Termine haben sie ja monatelang gebraucht vorher schon. (…) die Eltern können ja da nichts dafür. Wenn ich ein krankes Kind habe, kann ich nicht sagen ich komm jetzt und muss drei Monate warten oder so. Also das war ein bissl eine ungute Geschichte." (IP65_P:34ff.; zeitl. Bezug: 1970er und 1980er Jahre)

> „Das was von Anfang an (…) dieses System, das nicht durchschaubar irgendwo war. Zum Beispiel Besuche: Manche Eltern durften ohne weiteres die Kinder und Jugendlichen besuchen, die anderen durften das nicht. Und was da

[295] Vgl. u.a. IP12_P:147ff. und 203ff.; IP14_P/E:23; IP22_P:72ff.; IP25_P:155; IP29_P:8 und 42; IP53_P:630ff.; IP62_P:27 und 271; IP65_P:43ff.

> wirklich ausschlaggebend war, (…) dass da sehr wohl auch was gegangen ist mit- ganz banal so mit Lebensmittel, wie man es früher am Land oder irgendwas, wenn dann Bauern gekommen sind und ihre Kinder besuchen wollten, (…) dann durften die, weil die der Schwester M. sozusagen den Speck abgeliefert haben oder den Wein-, ich glaub dass es da jetzt nicht um riesen Dinge gegangen ist, sondern wirklich so ein bisschen eine Machtposition.“ (IP12_P:25) – „(…) aber das (die Besuchsregelung, Anm. d. Verf.) war etwas absolut nicht Durchschaubares, immer wieder Diskutiertes, auch mit den Ärzten Diskutiertes und wo man auch das Gefühl gehabt hat, auch die haben da nicht wirklich Entscheidungsmacht gehabt.“ (ebd.:149; zeitl. Bezug: 1980er Jahre)

> „Wir haben z.B. ein Mädel gehabt, die ist immer wieder zur medikamentösen Einstellung, zur Durchuntersuchung gekommen, eine Steirerin, liebevoll gepflegt zu Hause. (…) Und erst viel später haben wir dann erfahren, die Eltern hätten sie nach zwei Tagen gerne wieder heim gehabt, es waren meistens Monate, und dann war die (Vorname des Mädchens, Anm. d. Verf.) in so einem schlechten Zustand vor lauter Heimweh, dass sie wieder heimgehen darf. Die M. hat gesagt nein. (I: Weshalb?) B: Bettenpolitik, auch damals schon. (I: Auslastung?) Ja.“ (IP22_P:270ff.; zeitl. Bezug: Ende 1970er-Ende 1980er Jahre)

Diese Praktiken lösten zwar teilweise personalintern Kritik aus, vereinzelt dürfte auch versucht worden sein, gegen sie Widerstand zu leisten und manche Erzählungen lassen zudem erkennen, dass Rett über problematische Umsetzungspraktiken der Aufnahme- und Entlassungsbefugnisse Bescheid wusste. Es ist davon auszugehen, dass auch andere Personen in Leitungsfunktionen davon Kenntnis hatten – jedenfalls aber wussten alle von der formal nicht rechtfertigbaren Kompetenzausübung „Schwester M.s“. Dennoch wurde dagegen bis zum Schluss nicht oder zumindest nicht systematisch, sondern nur in Einzelfällen eingeschritten.

Die nachfolgenden beiden Zitate aus einem Interview mit einem Vertreter der ÄrztInnenschaft an der „Rett-Klinik“ unterstreichen die vom Klinikvorstand vorgelebte und zur Klinikkultur gewordene Haltung, über gültigem Recht bzw. im speziellen institutionellen Kontext geltenden Regeln zu stehen. „Schwester M.“ wird in den Zitaten wieder als unverzichtbarer Bestandteil dieses Systems sichtbar:

> I: „Also da hat sie direkt auch medizinische Auskunft gegeben am Telefon den Personen?“
> B: „Wenn man so will, ja, soweit es ihrem Kompetenzrahmen entsprochen hat, der ein echter war, aber kein offizieller, ja richtig. Also mir ist es wurscht, wer mein Auto repariert, wenn er total kompetent ist und alles weiß. Er muss keine Mechanikerprüfung irgendwo abgelegt haben. (…) Und sie war ja in ständiger Kontrolle. Am nächsten Tag sind wir ja wieder zusammengesessen, wenn irgendwas war oder wenn irgendein Problem war.“ (IP32_P:312f.)

> „Und ja, mein Gott, es war ein Nachtdienst nur. Und ich habe für manche Lehraufträge oder für das oder jenes das Haus verlassen mit einem Pager. Weil

> unser stationäres Krankengut überschaubar war und wir keine Akutaufnahmen hatten. Und wenn was gewesen wäre, wäre ich in einer Viertelstunde im Spital gewesen und bis dorthin telefonisch Anweisungen gemacht, was zu tun ist. (…) Da hat sie den Rücken freigehalten, das hätte ich sonst nicht machen können, wenn ich nicht eine so kompetente Person an vorderster Stelle habe. Es war meine Freiheit, die mir sehr viel Wert war natürlich, weil sonst hätte ich vieles nicht machen können. (…) Und heutzutage sind zwei Nachtdienste dort parallel, die nichts machen. Ich war einer." (IP32_P:301ff.)

Die beschriebene Grundhaltung kommt auch in anderen Kompetenzübertragungen an MitarbeiterInnen, deren formale Ausbildung und Position die Ausübung der jeweiligen Kompetenzen nicht gestattet hätte, zum Ausdruck. Das folgende Zitat zeigt dies beispielhaft auf und lässt zudem zwei zentrale Gründe für ein Kontrollversagen innerhalb der Klinik erkennbar werden: Erstens minimierte eine das System ‚schützende' Personalpolitik und zweitens die starke persönliche Verbundenheit mit der Einrichtung eine wirksame Kontrolle des Geschehens.

> „Und die Oberschwester, wie auch immer die hingekommen ist, die war ein unheimlicher netter Mensch, aber Führung hat sie halt in der Form nicht wahrgenommen, weil dazu war sie letztendlich, auch von ihrer Persönlichkeit her, zu schwach, ja? Und aber sie hat gut können mit dem Professor Rett und sie hat gut in dieses System hineingepasst, ja?"
> I: „Inwiefern hat sie da gut reingepasst?"
> B: „Ja weil sie all das so halt auch gut mitgetragen hat und sich auch mit dem so identifiziert hat, wie es war. Weil, ich meine, sie hätte ja auch müssen verhindern, dass eine Stationsgehilfin EEG schreibt, ja? Und dann gab es eine Ambulanzschwester auch, die ein ganz ein lieber Kerl war, aber die halt auch nur das Gute gesehen hat und die gar nicht gesehen hat, dass halt auch Dinge laufen, die halt so nicht laufen sollten, weil man hat immer sozusagen diese hohe Loyalität dieser Abteilung gegenüber gehabt. Also es war eine ganz massive Identifikation aller Beteiligten mit dem, was dort war und was dort geschehen ist." (IP30_P:127)

Die Selbstwahrnehmung, in einer besonderen Einrichtung mit besonderen PatientInnen zu arbeiten, die nicht mit anderen PatientInnen bzw. stationären Einrichtungen vergleichbar seien,[296] trug vermutlich mit dazu bei, die permanenten Abweichungen von geltenden Regeln als Ausdruck dieser „Besonderheiten" weitgehend zu akzeptieren. Hinzu kam, dass ein grundsätzliches Infragestellen von Personen, denen zugesprochen wird, sich für die gemeinsame Mission persönlich in außergewöhnlicher, ja aufopfernder Weise zu engagieren, schwerer soziale Akzeptanz findet. Das über in einem Dienst-

[296] Vgl. u.a. IP53_P:851ff.; IP65_P:199;IP24_P:31; IP30_P:138f.

verhältnis Erwartbare hinausgehende Engagement dürfte vor allem dann potenziell immunisierend gegen Kritik wirken, wenn dieses besondere Engagement durch die informellen Organisationsstrukturen grundgelegt ist und von der Leitungsebene gutgeheißen wird (s.o.).

Die beschriebene Führungs- und Entscheidungsstruktur machte den gesamten Klinikbetrieb in hohem Ausmaß von dieser einen Person abhängig und damit auch starr und riskant. Genau genommen erscheint es ungewöhnlich, dass sich die vom System „Schwester M.“ in retrospektiv schwer nachvollziehbarem Umfang getragene „Rett-Klinik“ überhaupt mehrere Jahrzehnte gehalten hat. Doch die Gesetzmäßigkeiten des verbeamteten Lebenslaufes führten, nachdem sie durch intensive Interventionen Retts noch ein Jahr lang hinausgezögert werden konnten, im Frühjahr 1988 zur Pensionierung „Schwester M.s“. Folgendes Zitat vermittelt einen Eindruck von den für manche Personen weitgehenden Konsequenzen dieser Versetzung in den Ruhestand:

> „Und es ist auch sehr viel zusammengebrochen, wie sie nicht mehr war, (…) da war keine telefonische Auskunft mehr, die, wie hat sie geheißen, die nächste Sekretärin? (…) Null, Null. Keine medizinische Auskunft mehr, Null, sie hat auch niemanden gekannt. (…) Nachdem jahrzehntelang hier ein Kompetenzzentrum pulsiert hat, ist plötzlich nichts. (…) Ich kann jetzt die Jahreszahlen nicht genau sagen, aber es ist alles zusammengebrochen und kurze Zeit der Chef später (auch), weil die hat ihm den Rücken nicht freigehalten, hat nichts gewusst. Das ist die Gefahr einer solchen zentralen Schaltstelle, dass da kein Zweiter heranwächst mit ähnlichen Kompetenzen und Möglichkeiten (…). Nach kurzer Zeit hat ja keiner mehr angerufen, weil die gewusst haben, kriegen wir nichts, haben nur versucht, den Chef anzurufen, und der ist bis hier bombardiert dann.“ (IP32_P:318ff.)

Es ist davon auszugehen, dass dies in nicht unerheblichem Ausmaß mit zum Ende der Abteilung in der bisherigen Form beitrug. Retts eigene Pensionierung folgte nur gut ein Jahr später; die gesamte Abteilung konnte und musste anschließend neu aufgesetzt werden.

Zu ergänzen bleibt, dass sich mit dem Wechsel in der kollegialen Führung 1988 – Rett trat von dieser Funktion zurück, neben dem Wechsel der ärztlichen Leitung kam es im gleichen Jahr auch zu einem Wechsel in der Pflegedirektion – auch die institutionellen Kontextbedingungen merkbar geändert haben dürften. Trotz Widerstand gegen Rett und den Pavillonsneubau am Rosenhügel (vgl. IP2_P:21ff),[297] scheinen die Leitungsgebarungen auf Pavil-

[297] Rett beklagt sich in seinen Korrespondenzen auch mehrfach über die Verzögerungen beim Neubau und den ihm entgegen gebrachten Widerstand (vgl. Kap. 16).

lon C bislang relativ kritiklos hingenommen worden zu sein. Seine Stellung am NKH Rosenhügel Mitte der 1980er Jahre wurde wie folgt beschrieben:

> „(…) er war schon damals eigentlich so eine sehr gewichtige Persönlichkeit am Rosenhügel und natürlich auch in seiner Rolle als ärztlicher Direktor war er eigentlich recht anerkannt, aber mehr aufgrund seines charismatischen Wirkens und weniger eigentlich aufgrund seines tatsächlichen Tuns." (IP30_P:9)

Mit der neuen kollegialen Führung setzten aber offenbar vermehrt Nachfragen und innerinstitutionelle Kontrollbemühungen ein.[298] Auch dies wird sich zumindest nicht systemerhaltend ausgewirkt haben, darüber hinaus war Retts System immer weniger kompatibel mit gesundheits- und behindertenpolitischen Entwicklungen der 1980er Jahre (vgl. auch Kap. 16.1). Zu den internen Umbrüchen kamen somit externe Entwicklungen, die gegen den Fortbestand der Abteilung arbeiteten.

[298] Vgl. IP2_P; IP30_P:9ff.

19. BESCHREIBUNG DER STATIONÄR AUFGENOMMENEN ‚PATIENTINNEN'[299]

Hemma Mayrhofer

Die stationären PatientInnen der „Rett-Klinik" setzten sich in vielerlei Hinsicht heterogen zusammen: Die ausgewertete Aktenstichprobe zeigt eine breite Altersstreuung, die PatientInnen kamen aus unterschiedlichen Bundesländern und teilweise auch aus dem Ausland und ihr familiärer bzw. sozioökonomischer Hintergrund dürfte sehr verschieden gewesen sein. Die Gründe für eine stationäre Aufnahme variieren stark, tendenziell ebenso auch die Aufnahmediagnose. Und nicht zuletzt waren die PatientInnen auch äußerst unterschiedlich lange auf der Abteilung.

19.1. ANZAHL, AUFENTHALTSDAUER, ALTER UND GESCHLECHT DER KINDER, JUGENDLICHEN UND ERWACHSENEN

Zur Anzahl der insgesamt an der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder (Lainz & Rosenhügel) im Laufe des Untersuchungszeitraums untergebrachten Kinder, Jugendlichen und (jungen) Erwachsenen liegen keine gesicherten Informationen vor, aus den gewonnenen Daten lässt sich aber ein grober Annäherungswert ableiten. Zunächst können Angaben von Andreas Rett herangezogen werden, diese erweisen sich aber insofern als nur eingeschränkt aussagekräftig, als sein Augenmerk vor allem auf den Ambulanzbesuchen lag. Dort wurden etwa laut einem Tätigkeitsbericht der Klinik bereits in den ersten 15 Jahren des Bestehens der Einrichtung, d.h. zwischen 1956 bis inklusive 1970 insgesamt 8.240 „Kinder" untersucht (vgl. KO_R:16.08.1971) Für 1976 findet sich eine Aufstellung der PatientInnen-

[299] Es ist nochmals darauf hinzuweisen, dass diese Bezeichnung für die in der Rett-Klinik stationär aufgenommenen Kinder, Jugendlichen und erwachsenen Personen nicht immer der tatsächlichen Funktion des Aufenthalts entspricht, wie nachfolgende Darstellungen zeigen werden. Deshalb wird der Begriff im Text teilweise unter einfache Anführungsstriche gesetzt.

Frequenz in den Korrespondenzakten von Rett, dem zufolge allein in diesem Jahr 5.522 Personen in der Ambulanz untersucht, beraten bzw. behandelt wurden sowie insgesamt 424 Personen stationär aufgenommen waren (vgl. KO_R:12.10.1977/Anlage:12). Und 1987 gibt Rett in einem Brief folgende unpräzise Auskunft: „Unsere Klinik überschaut dzt. 18.000 Behinderte verschiedenster Art (…)“ (KO_R:20.01.1987) – es ist davon auszugehen, dass der absolut überwiegende Teil davon mehr oder weniger häufig ambulant betreut wurde. Aus der Anzahl der systemisierten Betten wiederum lässt sich nicht auf die Gesamtzahl der stationär untergebrachten Personen hochrechnen, da deren Verweildauer äußerst unterschiedlich lang war (zwischen einem Tag und über zehn Jahren) und sich der Großteil von ihnen auch mehrmals zu unterschiedlich langen Aufenthalten auf der Station befand.

Der Bestand an Krankenakten im Archiv des Pavillons C am Rosenhügel kann in zweifacher Weise keine sicheren Zahlen bieten: Erstens ist er nicht vollständig, es fehlen vor allem aus den ersten beiden Jahrzehnten Krankenakten unbekannter Anzahl und Struktur. Zweitens wäre seine gesamte Sichtung ein äußerst zeitintensives Unterfangen, die Akten sind zudem mit solchen aus späteren Jahren (1990-2008) vermischt (vgl. Kap. 2.1). Die im Rahmen dieses Forschungsvorhabens gezogene Stichprobe lässt allerdings auf die aktuell noch vorhandene Anzahl an Krankenakten den Untersuchungszeitraum betreffend hochrechnen: Demgemäß dürften etwas über 2.500 solcher Akten derzeit noch archiviert sein. Unter Berücksichtigung der großteils fehlenden Akten für die erste Periode lässt sich eine Anzahl von zwischen 3.500 und 4.000 PatientInnen schätzen, die insgesamt auf der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder zwischen 1956 und 1989 stationär untergebracht waren, viele davon allerdings mehrfach in diesem Zeitraum.

Die Einblicke in die Verweildauer, die die ausgewertete Stichprobe gewährt, zeigen einen deutlichen Unterschied zu Pavillon 15 am PKH und lassen zugleich den bereits angesprochenen „Mischtypus“ der Station zwischen Kurzzeitbehandlung, mittelfristiger „Internatsunterbringung“ und manchmal auch langfristiger Verwahrung erkennbar werden. 230 Krankenakten der Stickprobe enthielten zu diesem Aspekt verwertbare Informationen, in Summe konnten ca. 630-640 Aufenthalte[300] gezählt werden, sodass im Durchschnitt von knapp drei stationären Aufenthalten pro PatientIn auf der „Rett-Klinik“ ausgegangen werden kann. Allerdings bewegt sich die Anzahl der Aufenthalte pro Person zwischen einem und bis zu 28 Einzelaufenthalten,

[300] Die Angaben in den Krankengeschichten ließen sich nicht immer eindeutig identifizieren, was diesen etwas unpräzisen Wert zur Folge hat.

zugleich liegt die Dauer der einzelnen Aufenthalte zwischen einem Tag und weit über zehn Jahren. Die nachfolgende Grafik über die Verweildauer pro einzelnem Aufenthalt vermittelt insofern ein verzerrtes Bild, als bei nicht wenigen PatientInnen durch mehrere aufeinanderfolgende Aufenthalte in Summe oft mehrjährige stationäre Aufenthalte zusammenkommen, die allerdings durch Monate oder auch längere Zeit unterbrochen sind. Sie finden sich vor allem auf die Kategorien „bis zu 1 Monat", „bis zu 3 Monate" und „bis zu 6 Monate" verteilt:

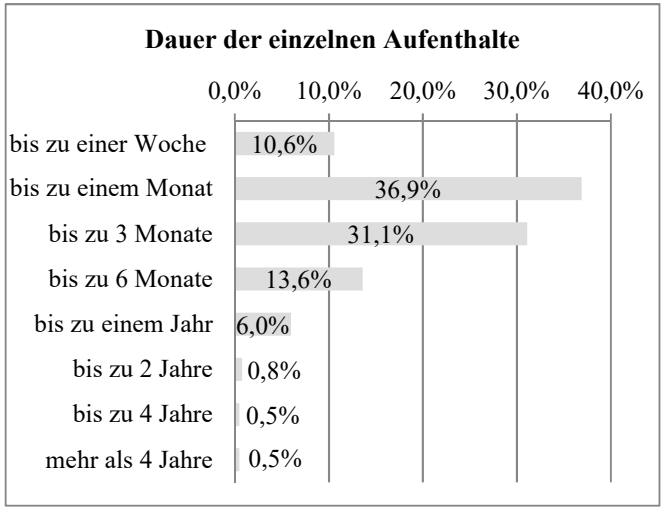

Abbildung 7: Dauer der einzelnen Aufenthalte auf der Abteilung; n=230 (aufgrund fehlender Werte), Mehrfachnennungen wegen wiederholter stationärer Aufenthalte.

Auch wenn die Zahl der Daueraufenthalte in der Grafik nur teilweise erkennbar wird, macht die Auswertung dennoch sichtbar, dass die ‚PatientInnen' der Abteilung von wenigen Ausnahmen abgesehen keine mit Pavillon 15 vergleichbare Dauerunterbringungen erfuhren. Hierfür war vermutlich zum einen das oft vorhandene familiäre Unterstützungsnetzwerk verantwortlich, das auch Kinder und Jugendliche mit wiederholter Unterbringung immer wieder phasenweise nach Hause nahm (vgl. auch Kap. 19.3). Zum anderen wurden jene Personen, die einer dauerhaften Unterbringung bedurften, in andere Einrichtungen überwiesen, so etwa wiederholt Langzeit-„Pflegefälle" auf Pavillon 15 (vgl. Kap. 27).

Durch eine Auswertung der Stichprobe nach der Zeitspanne, die zwischen der ersten Aufnahme und der letzten Entlassung liegt, wird sichtbar, dass dennoch ein beachtlicher Teil der stationär untergebrachten PatientInnen eine

lange Bindung an die Rett-Klinik aufwies. Diese Bindung würde sich mit Sicherheit noch deutlich stärker zeigen, wenn die Daten aus den Krankenakten mit Ambulanzakten verknüpft worden wären, waren doch viele Kinder und Jugendliche mit Behinderungen zugleich jahre- und oft auch jahrzehntelang in der Rett-Klinik in ambulanter Behandlung.[301]

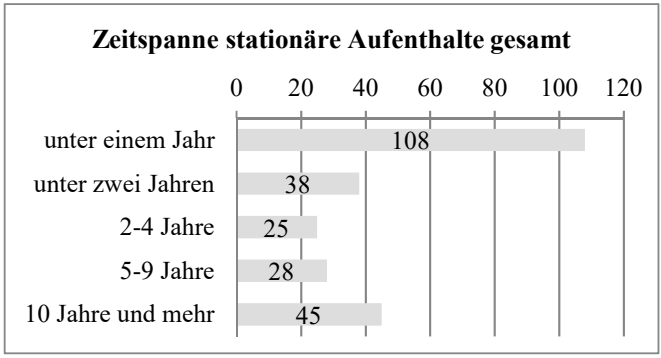

Abbildung 8: Zeitspanne zwischen erstem und letztem stationären Aufenthalt auf der „Rett-Klinik"; n=244 (3 fehlende Werte).

Die größte Kategorie ist zwar jene mit Personen, die häufig nur einmal auf der Station waren (oft zur Abklärung, manchmal vermutlich auch, weil der Aufenthalt aus unterschiedlichen Gründen nicht den Vorstellungen der Angehörigen entsprochen hatte), aber immerhin 30% (73 Personen) der in die Stichprobe aufgenommenen PatientInnen ist fünf Jahre oder zumeist auch deutlich länger in stationärer Behandlung, die sich nicht selten auf mehrere Einzelaufenthalte von unterschiedlicher Länge mit verschieden langen Unterbrechungen aufteilen. Würde man nur die Kinder berücksichtigen, die bei der (Erst-)Aufnahme unter 10 Jahre alt waren, dann wären es 39% dieser Teilstichprobe, die nachfolgend eine solch lange stationäre „Bindung" an die Abteilung aufweisen würden. Der von nicht wenigen ehemals an der „Rett-Klinik" arbeitenden Personen geschilderte Eindruck, dass eine große PatientInnen-Zahl lange Zeit stationär untergebracht war, steht nicht im Widerspruch zu diesen Zahlen. Diejenigen, die nur kurz dort waren, erscheinen zwar im Nachhinein viele, sie verteilten sich aber auf eine deutlich geringere Bettenanzahl, da sie ja ständig wechselten.

[301] Dies war im Rahmen der Studie nicht möglich, da Ambulanzakten aufgrund des Studienfokus' nur exemplarisch ausgewertet wurden. Solch ein Unterfangen dürfte insgesamt äußerst zeitintensiv und von ungewissem Erfolg sein, da unbekannt ist, wie vollständig die Ambulanzakten erhalten sind.

Das Alter bei der (Erst-)Aufnahme[302] weist eine sehr breite Streuung zwischen Säuglingsalter und 44 Jahren auf. In nachfolgender Tabelle ist die Stichprobenverteilung zu Alterskategorien von jeweils fünf Jahren zusammengefasst, eine Ausnahme bilden alle Personen, die erst mit 30 Jahren oder darüber erstmals auf der Station aufgenommen worden waren, sie wurden in einer Kategorie gebündelt.

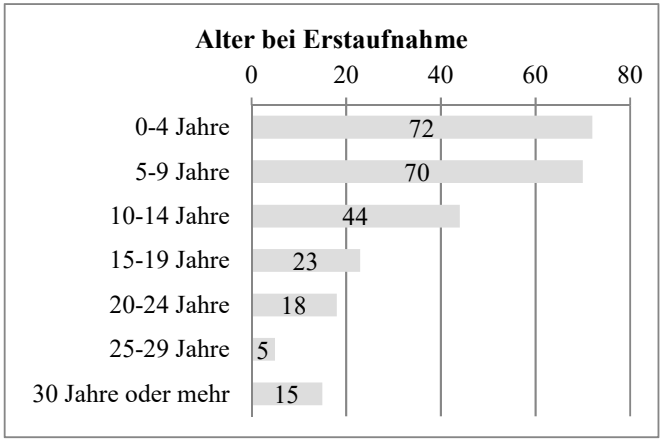

Abbildung 9: Alter der stationär untergebrachten Personen bei der (Erst-)Aufnahme; n=247.

Die Grafik lässt erkennen, dass ein junges Aufnahmealter überwog: Mehr als die Hälfte der PatientInnen (57,5% bzw. 142 Personen), die zwischen den 1960er Jahren und Ende der 1980er Jahren (erstmals) auf der Abteilung stationär aufgenommen wurden, war zu diesem Zeitpunkt noch unter 10 Jahre alt. Immerhin 38 Personen, das entspricht 15% der Gesamtstichprobe, waren allerdings zu diesem Zeitpunkt bereits erwachsen. Berücksichtigt man die oben dargestellte Verweildauer bzw. teilweise jahrelange „Bindung" an die Rett-Klinik, dann bildet sich der in den Interviews oft thematisierte flexible Umgang mit Altersgrenzen auf der Abteilung auch in den Zahlen ab. In den Interviews mit ehemaligem Personal wurde mehrfach darauf verwiesen, dass Rett unabhängig vom Alter die PatientInnen seiner Klinik als „seine Kinder" betrachtete. Dies sei von Politik und Anstaltenamt zumindest geduldet worden:

[302] Bei all jenen, die mehrfach stationär aufgenommen worden waren, wurde das Datum der ersten Aufnahme auf der Abteilung für die Auswertung herangezogen.

> B: „Es waren alles seine Kinder. Deswegen haben wir ja so eine enorme Überalterung ja gehabt, weil er seine Kinder nicht loslassen hat können und es hat die Infrastruktur gegeben. (…) Das heißt, die sind am Rosenhügel gekommen, weil es irgendwo Schwierigkeiten gegeben hat, und dann waren sie dort, weil man konnte sie nicht mehr unterbringen. Und wir haben auf einmal auf der Kinderabteilung einen Altersdurchschnitt von 57 gehabt und einen Gewichtsdurchschnitt von 102."[303]
> I: „Wann war das?"
> B: „Na Ende der 80er Jahr, kurz bevor der Rett gegangen ist."
> I: „Also sie sind mit ihm alt geworden gewissermaßen."
> B: „Genau. Und es waren alles seine Kinder." (IP22_P:258ff.)

> „Und da kann ich mich erinnern, weil das war eine reine Kinderklinik und die darf nur Patienten bis 15 Jahre haben. Und da ist irgendein Stadtrat einmal gekommen (…). Der Stacher ist gekommen und hat ihn also zurechtweisen wollen, er kann da nicht machen, was die anderen nicht machen dürfen und so. Und dann hat er gesagt (B lacht), also das hab ich noch gehört, dass er gesagt hat, da war er sehr deutlich und laut, dass seine Patienten nicht vom Jahrgang abhängig sind, sondern die sind von ihm als Arzt und wenn es sein muss bis zum 30. Lebensjahr." (IP65_P:16ff.)

Die Stichprobe verweist auf eine deutlich asymmetrische Verteilung der PatientInnen der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder nach Geschlecht: 59,1% der ausgewerteten Krankenakten beziehen sich auf männliche und 40,9% auf weibliche Personen. Die erhobenen Daten geben keinen Aufschluss über die Gründe hierfür.

19.2. Herkunft der PatientInnen und Wege in die „Rett-Klinik"

Die in der Rett-Klinik stationär aufgenommenen Personen weisen insgesamt in mehrfacher Hinsicht eine andere Zusammensetzung auf als die auf Pavillon 15 am PKH untergebrachten Kinder und Jugendlichen. Da auf den Krankenakten aber nur äußerst dürftige Informationen vermerkt wurden und der Anamnesebogen – so einer ausgefüllt wurde – in der Mehrzahl bei den Ambulanzakten verwahrt worden sein dürfte, müssen die nachfolgend dargestell-

[303] Diese Zahlen sind vermutlich theatralisch überzeichnet, allerdings finden sich in mehreren Interviews Hinweise, dass in der letzten Phase der „Rett-Klinik" ein beachtlicher Anteil älterer PatientInnen stationär aufgenommen war. Bezeichnenderweise regte Rett am LBI auch Forschung zu Menschen mit Behinderungen im fortgeschrittenen Erwachsenenalter an, die auf Pavillon C stationär untergebracht waren (vgl. IP14_P:9).

ten Daten zu regionaler Herkunft, Wohnort/-form vor (erster) Unterbringung, rechtlicher Obsorge und beruflichem Hintergrund der Eltern (meist des Vaters) genügen.

Eine Auswertung der Stichprobe, die jedenfalls für die noch erhaltenen Krankenakten aus dem Untersuchungszeitraum als repräsentativ angenommen werden kann (vgl. Kap. 2.1), zeigt, dass die stationär aufgenommenen Personen überwiegend aus verschiedenen österreichischen Bundesländern kamen:

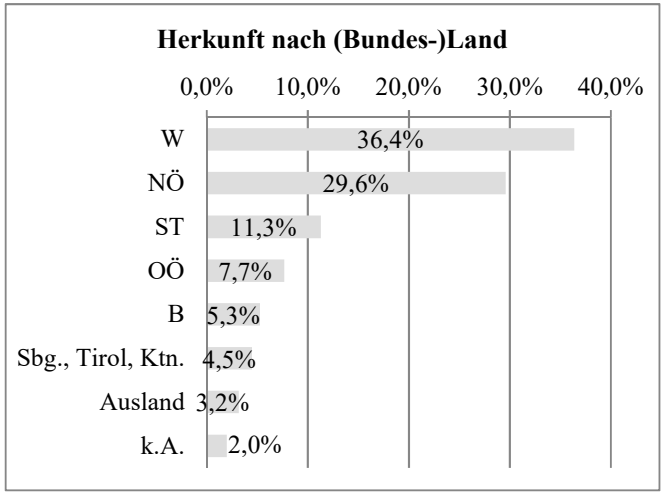

Abbildung 10: Herkunft der PatientInnen nach (Bundes-)Land; n=247.

PatientInnen, die aus Wien stammten, waren zwar am häufigsten vertreten, betrugen mit 36,4% allerdings nur gut ein Drittel aller PatientInnen. An zweiter Stelle kamen Kinder, Jugendliche und (junge) Erwachsene aus Niederösterreich (29,6%), gefolgt mit etwas Abstand von solchen aus der Steiermark (11,3% der Gesamtstichprobe von n=247). Die übrigen Personen verteilen sich auf die anderen österreichischen Bundesländer (nur aus Vorarlberg war niemand in der Stichprobe) oder kamen aus dem Ausland (Griechenland, Italien, Libyen, Katar). Die beiden Kinder aus Libyen dürften aus Diplomatenfamilien gewesen sein, die während des Österreicheinsatzes der Familie mittelfristig (knapp ein Jahr bzw. 2 Jahre) auf der Rett-Abteilung untergebracht waren. Mit Wegzug der Familie wurden sie offenbar wieder aus der stationären Unterbringung entlassen. Der Junge aus Katar hingegen, ein Sonderpatient, dessen Unterbringungskosten über die Botschaft von Katar in Österreich beglichen wurden, war fast 13 Jahre ununterbrochen auf der

Abteilung und wurde erst mit Dienstantritt der neuen ärztlichen Leitung im März 1990 entlassen.

Der absolut überwiegende Teil von 88% der PatientInnen (218 Personen) lebte vor der (ersten) stationären Unterbringung bei den Eltern (186 Personen) oder bei einem Elternteil (32 Personen, davon dreißig bei der Mutter). Nur 15 PatientInnen (6%) waren vor ihrer ersten stationären Aufnahme auf der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder fremduntergebracht. In der Mehrzahl waren es öffentliche und private Heime für Kinder bzw. Menschen mit Behinderungen (Heime der Lebenshilfe,[304] Kinderheim Liebhartstal, Caritasheim Lanzendorf, Klara-Fey-Kinderheim, Ursulinenkonvikt etc.), zwei Kinder lebten bei Pflegeeltern. Zu den restlichen sieben Prozent sind überwiegend keine Angaben verfügbar (möglicherweise sind hierunter nochmals etliche, die bei den Eltern lebten), zwei lebten bei anderen Familienmitgliedern und eine erwachsene Person allein.

Das Datenmaterial lässt nur eine sehr grobe Einschätzung zur sozioökonomischen Situation der Eltern zu, da sich hierzu nur sehr dürftige Angaben in den Krankengeschichten finden. Der Versuch, die Stichprobe nach dem statushöchsten Beruf der Familie zu kategorisieren, zeigte, dass bei über 40% gar keine diesbezügliche Angabe in der Akte enthalten war. Und die vorhandenen Angaben sind nicht immer genau bzw. aussagekräftig. Berufsangaben bezogen sich zumeist auf den Beruf bzw. die Beschäftigung des Vaters, bei den Müttern finden sich nur vereinzelt eine entsprechende Angabe, sie dürften häufig nicht berufstätig gewesen sein. Die dennoch möglichen Einblicke zeigen eine breite Streuung über verschiedenste Berufe bzw. Arbeitsverhältnisse, die zum Teil auch auf entsprechend unterschiedliche Bildungsstufen, Qualifikationen und Einkommenssituationen schließen lassen. Auf die Teilstichprobe mit verwertbaren Angaben bezogen (n=142) lässt sich erkennen, dass etwa 30% der PatientInnen aus Arbeiterfamilien kamen. Ungefähr 20% der Eltern (meist Väter) waren angestellt, wobei die nur teilweise vorhandenen näheren Angaben vermuten lassen, dass sich darunter sowohl Angestelltenverhältnisse mit geringem als auch höherem Qualifikationsniveau befanden; leitende Angestellte sind nur selten ausgewiesen. Etwas über 20% der Väter (bzw. vereinzelt Mütter) sind Beamte, auch hier zeigt sich eine breite Streuung über unterschiedliche Positionen und Bereiche des öffentlichen Dienstes. Ungefähr 15% der PatientInnen kamen aus Familien mit handwerk-

[304] Die höhere Zahl von fünf PatientInnen, die aus Heimen der Lebenshilfe in die „Rett-Klinik“ kamen, verwundert insofern nicht, als Andreas Rett eine Zeit lang Präsident der Lebenshilfe Wien war.

lichem Berufshintergrund und knapp 8% hatten Eltern mit einem landwirtschaftlichen Betrieb. Die restlichen Prozente umfassen sieben AkademikerInnen (darunter zwei Frauen) mit nicht näher spezifizierter Profession bzw. Tätigkeit sowie einzelne Eltern, die sich bereits im Ruhestand befanden. Diese Verteilung lässt sich aufgrund der teilweise ungenauen Angaben nicht auf ihre Entsprechung mit der Berufsverteilung in der österreichischen Bevölkerung prüfen, zwischen Ende der 1950er und Ende der 1980er Jahre veränderte sich diese darüber hinaus erheblich. Die Aufstellung erlaubt aber die Schlussfolgerung, dass auf der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder weder auffällig gehäuft Kinder aus sogenannten unteren Schichten (wiewohl diese auch vertreten waren) noch besonders oft solche aus wohlhabenden und höhergebildeten Elternhäusern untergebracht waren. Es zeigt sich vielmehr ein breiter Querschnitt durch die österreichische Bevölkerung, der überwiegende Teil der Familien dürfte nicht über hohe materielle Ressourcen verfügt haben.

Von den 247 in die Auswertung einbezogenen Krankenakten weisen nur vier einen Hinweis auf, dass nicht die Eltern die gesetzliche Vormundschaft innehatten: In drei Fällen befanden sich die Kinder unter der Vormundschaft des Jugendamtes (davon zweimal in Wien, einmal in Niederösterreich) und in einem Fall hatte der Onkel die rechtliche Obsorge inne. Möglicherweise befanden sich auch unter den anderen Personen der Stichprobe noch einzelne unter „Amtsvormundschaft", wie es im zeitgenössischen Terminus hieß. Es ist allerdings davon auszugehen, dass die absolut überwiegende Zahl der Kinder und Jugendlichen in der rechtlichen Obsorge der Eltern war. Vermutlich hatten auch viele der erwachsenen PatientInnen eine gesetzliche Vertretung (vor 1984 gemäß Entmündigungsordnung, danach gemäß Sachwalterschaftsrecht), allerdings finden sich hierzu bemerkenswerter Weise keine Angaben in den Krankenakten.

Diese Beschreibungen lassen annehmen, dass es überwiegend die Eltern waren, die mit ihrem Kind mit Behinderung die „Rett-Klinik" bzw. in einem ersten Schritt in der Regel die dortige Ambulanz oder auch die Privatordination von Andreas Rett aufsuchten. Den wenigen Gesprächen, die mit Angehörigen oder betroffenen Personen geführt werden konnten, ist zu entnehmen, dass sein Alleinstellungsmerkmal und hoher Bekanntheitsgrad als auf Kinder und Jugendliche mit Behinderung spezialisierter Arzt viele Eltern dazu bewog, bei ihm Rat und Hilfe zu suchen. Rett wurde häufig von Verwandten und Bekannten empfohlen oder man erfuhr von ihm aus den Medien

und wandte sich daraufhin – auch mangels Alternativen – an ihn.[305] Die „Rett-Klinik galt lange Zeit weithin als „(…) das Beste, was man machen hat können“ (IP39_P:97).

19.3. Einweisungsgründe und Aufnahmediagnosen

PatientInnen der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder wurden nicht zwangsweise per Parere eingewiesen,[306] sondern kamen, wie eben ausgeführt, überwiegend in Begleitung ihrer Eltern bzw. selten auch anderer Angehöriger dorthin, welche sich aus freien Stücken zu einer Behandlung ihres Kindes in der „Rett-Klinik“ entschieden hatten.[307] Einer statistischen Aufstellung stationärer Aufnahmen und ambulanter „Neuanfälle“ an der „Rett-Klinik“ zwischen 1966-1975, die der Magistratsabteilung 12 übermittelt worden war,[308] lässt erkennen, dass gut drei Viertel der stationär aufgenommenen Personen bereits eine „Ambulanzkarriere“ aufwiesen. In einem Einzelfall wurde laut Krankenakte eine Überweisung durch das Wilhelminenspital veranlasst, in drei Fällen ist eine Einlieferung auf Betreiben der Jugendwohlfahrt in den ausgewerteten Akten vermerkt. Selbst wenn in Rechnung gebracht wird, dass die Eintragungen in den Krankenakten auch in dieser Hinsicht lückenhaft sein dürften, lässt sich dennoch festhalten, dass die Unterbringung auf der Abteilung formal grundsätzlich anders geregelt war als am „Kinderpavillon“ des PKH: Es handelte sich formal um keine geschlossene Einrichtung, auch wenn faktisch viele PatientInnen in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt gewesen sein dürften (vgl. Kap. 22 sowie Kap. 28 von Hammerschick in diesem Band).

---

305 Vgl. u.a. IP43_A:13ff.; IP59_A:19ff.; IP61_A:44; IP67_B:25ff.

306 Nur in einer der ausgewerteten Krankenakten ist vermerkt, dass ein junger Mann per Polizeiparere eingeliefert wurde, allerdings war dies sein dritter Aufenthalt auf Pavillon C, der zugleich deutlich außerhalb des Untersuchungszeitraums lag und nicht mehr die „Ära Rett“ betraf (vgl. KG60b_R).

307 Bei Gründung der Rett-Klinik dürften auch aus der Heil- und Pflegeanstalt „Am Steinhof“ sowie dem Altersheim Lainz einige Kinder und Jugendliche mit Behinderungen herausgenommen und auf die „Rett-Klinik“ transferiert worden sein – in Bezug auf den Steinhof wurde etwa von vier transferierten Kindern berichtet (vgl. IP53_P:949; IP66_P:52ff.).

308 Vgl. KO_R:22.03.1976: Schreiben an OSR Dr. Drapalik, Mag.Abt. 12-Behindertenhilfe.

Gründe für die stationäre Aufnahme

Die Krankenakten erlauben nur eine grobe Annäherung an die tatsächlichen Gründe für die stationäre Aufnahme, da erstens solche Begründungen teilweise unvollständig verzeichnet wurden, zweitens die Angaben nicht immer aussagekräftig sind und drittens realer Grund und formale Dokumentation mitunter nicht deckungsgleich gewesen sein könnten (nähere Ausführungen hierzu s.u.). Manchmal dürften auch verschiedene Gründe zusammengekommen sein, ohne dass immer alle in der Akte angegeben worden sein dürften. Auf Basis der vorliegenden Begründungen (solche liegen zu ca. zwei Drittel der insgesamt weit über 600 gezählten Einzelaufenthalte vor) wurde versucht, die Eintragungen zu Kategorien zusammenzufassen. Nachfolgende Grafik gibt die so gewonnene Verteilung über unterschiedliche Kategorien von Einweisungsgründen wieder. Die Zahlen sind allerdings nur als ungefähre Annäherung zu interpretieren, sie stellen die quantitative Relation der Gründe für eine stationäre Aufnahme aus den genannten Ursachen keinesfalls exakt dar:

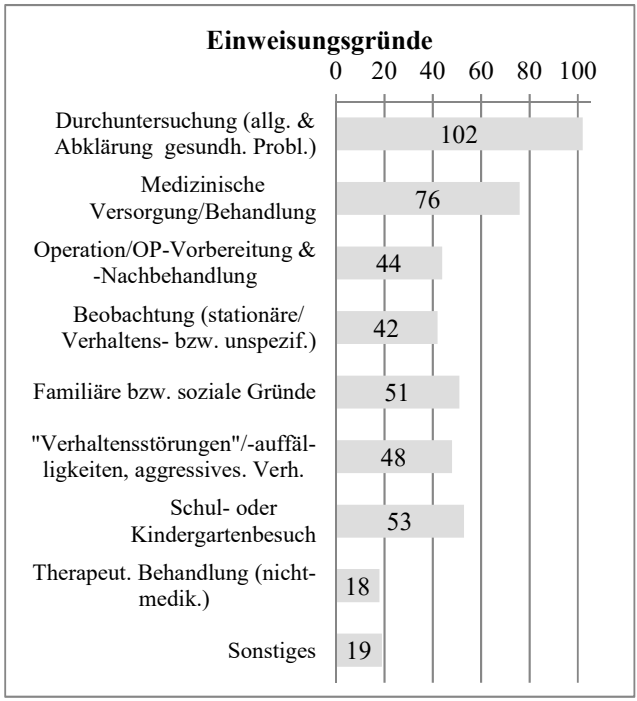

Abbildung 11: Einweisungsgründe pro Aufnahme laut Krankenakte, nachträgl. kategorisiert; n=ca. 220 (tw. fehlende Angaben, Mehrfachnennungen).

Zunächst wird durch die Auswertung deutlich, dass Durchuntersuchungen der häufigste Grund für stationäre Aufnahmen waren, in gut drei Viertel der identifizierten Aufnahmen aus diesem Grund findet sich keine weitere Angabe bzw. lässt sich teilweise erschließen, dass es sich um eine regelmäßige Routineuntersuchung ohne spezifischem Anlass handelte. Möglicherweise ist die Zahl auch zu niedrig begriffen und finden sich unter den fehlenden Angaben auch noch zahlreiche Aufnahmen aus diesem Grund – dies kann aber nur vermutet werden. Sowohl aus den Krankenakten als auch den geführten Interviews geht zudem hervor, dass Durchuntersuchungen oft mit anderen Gründen kombiniert waren; sie wurden häufig routinemäßig bei einer Aufnahme vorgenommen.

Unter der zweithäufigsten Rubrik „Medizinische Versorgung/Behandlung" wurden sehr unterschiedliche Einträge, teilweise auch sehr unspezifische Vermerke zusammengefasst, etwa neun Aufnahmen mit dem Vermerk „Anfälle" oder „Anfallshäufung" bzw. drei Aufnahmen mit dem Eintrag „Behandlung" ohne nähere Angaben. Nicht selten dürfte das medizinische Anliegen keine „behinderungsspezifische" Erkrankung gewesen sein. Bemerkenswert oft geschah eine Aufnahme beispielsweise zur Vor- oder Nachbereitung einer Operation bzw. ev. zur Vornahme eines operativen Eingriffes auf der Abteilung selbst (insgesamt 44 Nennungen). Überwiegend dürfte der chirurgische Eingriff allerdings in einer anderen Krankenanstalt erfolgt sein, etwa im Falle von Mandeloperationen – sie wurden am häufigsten genannt – im Krankenhaus Lainz. Fünf Aufnahmen geschahen auch zur Vorbereitung oder Nachversorgung einer Sterilisation (vgl. Kap. 25). Im Interview berichtete eine Mutter, ihr Sohn sei in den 1980er Jahren nach Varizenoperation im Wilhelminenspital für ca. eine Woche zur Rekonvaleszenz auf Pavillon C gebracht worden, „weil der Professor Rett gemeint hat, es ist besser, er wird dort betreut" (IP61_A:118). Auch die zweite Aufnahme sei wegen einer „Normalerkrankung" (ebd.:126) erfolgt, nämlich zur medikamentösen Einstellung des zuckerkranken Sohnes. Generell dürfte in den Aufnahmen aus unterschiedlichen medizinischen Gründen zum Ausdruck kommen, was bereits in der Fallstudie zu Pavillon 15 thematisiert wurde: Viele medizinische Einrichtungen weigerten sich, Personen mit Behinderungen aufzunehmen, weil sie mit ihnen weder umgehen konnten noch wollten (vgl. auch IP53_P:105).

Die Interviews mit ehemaligem Personal verweisen zudem darauf, dass einige PatientInnen aufgrund eines erhöhten Pflegebedarfs mit spezifischem Pflege-Knowhow auf einer der beiden klinischen Stationen untergebracht waren, so etwa Personen mit einem apallischen Syndrom (Wachkoma) oder Säuglinge mit schweren Behinderungen, bei denen eine Versorgung durch

die Eltern nicht gewährleistet schien und deren Pflege im Zentralkinderheim zu aufwändig war. Weiters kamen Kinder und Jugendliche nach Unfällen mit Hirnschädigungen (u.a. Ertrinkungsunfälle) auf die Abteilung, um sie dort nach Möglichkeit wieder so weit zu mobilisieren, dass sie nach Hause entlassen werden konnten.[309]

Die Kategorie „Beobachtung" umfasst Einträge, in denen nicht mehr als das Stichwort vermerkt war, teilweise stand auch „stat(ionäre) Beobachtung" und in 17 dieser Fälle war „Verhaltensbeobachtung" in der Akte festgehalten. Im Kontext anderer Informationen, die den Akten zu entnehmen waren, entstand in einem Teil der Fälle der Eindruck, dass sich hinter diesem offiziell festgehaltenen Grund eine Aufnahme als familiären bzw. sozialen Gründen verbergen könnte. Allerdings wurden solche Gründe in einer beachtlichen Zahl von Akten auch direkt vermerkt bzw. waren sie aus Anmerkungen wie „Entlastung" oder „Ferienunterbringung" erschließbar. Die Kategorie könnte auch Aufnahmen aufgrund medikamentöser Einstellungen enthalten, wurde solch eine Einstellung explizit erwähnt, dann war die Aufnahme der Kategorie „medizinische Versorgung/Behandlung" zugeordnet worden.

In einer beachtlichen Anzahl an Akten waren als Einweisungsgründe „Verhaltensstörungen" bzw. unterschiedliche Verhaltensauffälligkeiten der PatientInnen angegeben, seltener wurde aggressives Verhalten direkt vermerkt. Unter Berücksichtigung weiterer Angaben in den Akten ist zu vermuten, dass sich diese Kategorie nicht immer klar von einer stationären Aufnahme aus familiären bzw. sozialen Gründen trennen lässt. Manche Kinder und Jugendlichen dürften aufgrund einer mit „Verhaltensauffälligkeiten" einhergehenden Überforderung ihrer betreuenden Angehörigen, die keine alternativen Unterstützungsangebote in der Betreuung zur Verfügung hatten, aufgenommen worden sein. Die Angaben auf den Krankenakten geben dabei keinen Aufschluss darüber, in welchem Ausmaß den Eltern von ärztlicher Seite proaktiv dazu geraten worden war, das zunächst zu Hause betreute Kind wegzugeben (vgl. hierzu auch Kap. 5.3 im Studienteil B).

Die „Rett-Klinik" fungierte faktisch auch als eine Art Internat für Kinder und Jugendliche, denen in ihrer Herkunftsregion keine Möglichkeit des Kindergarten- oder Schulbesuchs offenstand. Dies machen die Akteneintragungen sichtbar, der Aspekt wurde aber auch in den geführten Interviews wiederholt thematisiert. Demgemäß waren nicht wenige ‚PatientInnen' genau genommen InternatsschülerInnen, die während des Schuljahrs auf der Abteilung zum Schul- oder auch Kindergartenbesuch aufgenommen waren und in

[309] Vgl. IP12_P:31 und 193; IP14_P:13; IP24_P:29; IP29_P:50 und 112.

den Weihnachts-, Oster- und Sommerferien zu ihren Eltern nach Hause fuhren.[310]

> „Also ich denke die Waldschule oder Sollenau oder ähnliches, wird wahrscheinlich ungefähr in den Strukturen ganz ähnlich gewesen sein, also das waren Internatsstrukturen." (IP12_P:105)

In der letzten Phase der Rett-Ära sei der Bedarf an einer Unterbringung zum Schulbesuch gesunken, da die pädagogische Infrastruktur für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen in Österreich sukzessive ausgebaut wurde und sich „(…) das Schulsystem so geändert hat, dass, um in die Schule zu gehen, man dann nicht mehr an die Klinik Rett musste." (IP9_P:289)

Manche Akten deuten darauf hin, dass die Vermerke „Kindergartenbesuch" und „heilpädagogische Betreuung" teilweise synonym gebraucht wurden, eine heilpädagogische Betreuung also den Besuch des Kindergartens meinte. Rett selbst führt sowohl Kindergarten als auch Schule in einer Bestandaufnahme zur Abteilung als „heilpädagogische Einrichtungen"[311] an. Der in sechs Akten vermerkte Aufnahmegrund „heilpädagogische Betreuung" wurde deshalb unter der Kategorie Schul- oder Kindergartenbesuch subsumiert.

Alternierend mit den „Internatskindern" wurden im Sommer regelmäßig Kinder und Jugendliche mit Behinderungen zur Entlastung der betreuenden Angehörigen für zumeist ein bis zwei Monate aufgenommen.[312] Solch eine „soziale Indikation", wie dieser Aufnahmegrund intern auch bezeichnet wurde, konnte auch bei Aufnahmen während des Schuljahres vorliegen. Abbildung 11 zeigt, dass familiäre bzw. soziale Gründe relativ häufig eine Aufnahme veranlassten. Die Zahl gibt die Bedeutung dieses Grundes vermutlich eher ungenügend wieder, da sich – wie ausgeführt – manchmal hinter anderen angegebenen Gründen ebenfalls eine Überlastungssituation der betreuenden Angehörigen verbergen dürfte. Für eine Ferienbetreuung der Kinder zur Entlastung/Erholung der Eltern musste in der Regel privat gezahlt werden, wie in mehreren Interviews ausgeführt wurde. Ein ehemals an der „Rett-Klinik" tätiger Arzt erzählte im Gespräch, dieser Unterbringung während der Sommermonate zunächst kritisch gegenüber gestanden zu haben und Rett mit seinen Bedenken darüber konfrontiert zu haben, dass Kinder auf der Ab-

---

310 Vgl. IP12_P:31 und 105; IP22_P:51ff. und 316; IP24_P:15

311 Vgl. Beilage zum Schreiben an Univ.Doz. Dr. H. Neugebauer, Präsident der Ärztekammer für Wien vom 12.10.1977, Korrespondenzakten Andreas Rett, Mappe 5/1977.

312 Vgl. IP12_P:195; IP2_P:117; IP25_P:15ff.; IP29_P:48; IP32_P:48; IP53_P:97ff. und 301; IP88_P:33ff.

teilung „abgegeben" werden konnten. Ihm sei allerdings daraufhin einen andere Perspektive auf die „Ferienaufbewahrung" verdeutlicht worden: Die Angehörigen hätten Belastung der Betreuung ihrer Kinder mit Behinderung das ganze Jahr über, „wir können ihnen eine Pause anbieten" (IP88_P:34).

Stationäre Aufnahmen aus nicht-medikamentösen therapeutischen Gründen fanden sich nicht besonders oft vermerkt, nur 18 entsprechende Einträge finden sich in den Akten. Daraus lässt sich allerdings noch nicht schließen, dass überwiegend keine therapeutische Behandlung während des Aufenthalts erfolgte. In 28,7% der Krankenakten der Stichprobe (das entspricht 71 Personen) findet sich bei zumindest einem Aufenthalt, teilweise aber auch bei mehreren Aufenthalten häufig eine, manchmal auch mehrere Therapien eingetragen (vgl. auch Kap. 23). Eine Interviewpartnerin berichtete, auf Anregung von Rett – sie war bei ihm auch in ambulanter Behandlung – über mehrere Jahre regelmäßig zu mehrwöchigen Therapie-Aufenthalten auf die Abteilung gekommen zu sein. Das nachfolgende Interviewzitat lässt eine Mischung aus Kuraufenthalt und Kultur- bzw. Sozialevent vermuten:

> I: „(…) auf wessen Initiative erfolgte die stationäre Unterbringung? Das waren jedes Mal-"
> B: „Der Herr Professor Rett. (…) Also er hat das immer mit mir besprochen und hat gesagt, er könnte sich vorstellen, dass es gut wäre, wenn ich das wieder mal mache, ein bisschen wieder mit anderen Menschen zusammenkommen, die Wiener Kontakte zu pflegen, ein bisschen Kultur auch und so. Und ich habe das dann eigentlich immer sehr gern angenommen." (IP67_B:116ff.)

Unter der Kategorie „Sonstiges" finden sich am häufigsten Aufnahmen aus Gründen der Gewichtsreduktion (11 von 19 Nennungen), vermerkt wurde etwa „Einweisung wegen Adipositas" oder „Übergewicht" bzw. „Aufnahme zum Abmagern" oder „Gewichtsabnahme". In den Interviews mit ehemaligem Personal wurden zudem Aufnahmen von Personen mit psychisch bedingten Essstörungen (Anorexia nervosa) thematisiert.[313] Weiters wurden der Kategorie „Sonstiges" auch einzelne Aufnahmen zugeordnet, die offenbar aus keinem anderen Grund als zur langfristigen institutionellen „Verwahrung" der Person mit Behinderung erfolgten.

Einleitend wurde bereits kurz erwähnt, dass die angegebenen Gründe mitunter vorgeschoben gewesen sein dürften. Mehrfach wird beispielsweise davon erzählt, dass die für Aufnahmen zentral zuständige "Schwester M." (vgl. Kap. 18.3 und 18.4) auch zur Erhöhung der Auslastung stationäre Aufnahmen angeregt haben soll. So erzählte die Mutter eines in den 1970er und

---

[313] Vgl. IP29_P:138; IP32_P:88; IP39_P:75.

1980er Jahren mehrfach auf der Abteilung untergebrachten Kindes: „(…) die Schwester M. hat mich überredet, die hat mich überredet einfach." (IP36_A:104) Später im Interview ergänzte sie: „Wahrscheinlich haben sie wenige Kinder gehabt, dass sie mich so weit gebracht hat." (ebd.:242) Auch von einer ehemaligen Pflegemitarbeiterin werden solche Gepflogenheiten bestätigt:

> „Ich glaube, dass vorher (vor der letzten Phase der „Rett-Klinik", Anm. d. Verf.) zum Teil auch Kinder und Jugendliche sehr wohl aufgenommen worden sind, gerade jetzt über (die) Schwester M.-Geschichte, dass es ihr auch wichtig war, dass Betten belegt sind. Wo es dann auch zum Teil sicher fadenscheinige Gründe gegeben hat mit- ‚da gehört wieder eine Einstellung gemacht, das gehört wieder angeschaut'. Wo man sich dann gefragt hat, für das, was da alles angegeben worden ist und was dann wirklich gemacht worden ist, wo dann Unterschiede waren. Also das glaube ich schon auch, weil es gab auch Eltern, die Mütter, die geweint haben, weil die Kinder jetzt aufgenommen werden, die es nicht wollten. Also auch das hat sicher eine Rolle gespielt." (IP12_P:203)

Fraglich erscheint auch, ob Aufnahmen aus „sozialen Gründen" (s.u.) immer als solche ausgewiesen waren, und zwar insbesondere dann, wenn die Angehörigen nicht privat für den Aufenthalt zahlten, sondern dieser über die Krankenkasse abgerechnet wurde.

Insgesamt zeigt sich bei etlichen Aufnahmegründen, dass die „Rett-Klinik" in mehrerlei Hinsicht gravierende Versorgungsmängel und Unterstützungslücken für Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen auszugleichen versuchte, etwa bezüglich der allgemeinen gesundheitlichen Versorgung, der Bildungsinfrastruktur oder der Entlastungsmöglichkeiten für die betreuenden Angehörigen. Zugleich scheint die Einrichtung eine institutionelle Eigenlogik entwickelt zu haben, sodass stationäre Aufnahmen nicht mehr nur dann erfolgten, wenn sie zweckrational unumgänglich erschienen, sondern auch dann, wenn es sich als systemrational erwies, die vorhandenen Betten auszulasten.

Aufnahmediagnosen

Die auf den Deckblättern der Krankengeschichten angegebenen Diagnosen sind sehr unspezifisch und geben kein klares Bild von der Art der Behinderung oder Beeinträchtigung der einzelnen PatientInnen. Die mit Abstand häufigste Diagnose (61% der Stichprobe) lautete „Encephalopathie" – ein Begriff, unter dem Schädigungen des Gehirns von verschiedener Art, verschiedenen Schweregraden und verschiedener Symptomatik subsumiert wurden. In vielen Fällen war diese oberflächliche Einordnung um den Anlass der Aufnahme (z.B. „Verhaltensstörung", „psychotisches Zustandsbild" oder

„hoch fieberhafter Infekt" – s.o.) oder den Zweck der Aufnahme (z.B. „Durchuntersuchung" oder „Tonsillektomie"), ergänzt. Eine weitere große Gruppe von PatientInnen lässt sich nach der Diagnose „Mongolismus", also Down Syndrom bzw. Trisomie 21, (11% der Stichprobe) bilden, wobei auch auf diesen Krankengeschichten zusätzliche Begriffe wie „Adipositas" oder „excessive Verhaltensstörung" etc. weniger als medizinische Klassifizierung, sondern vielmehr als Bezeichnung der Aufnahmegründe zu lesen sind. Auf weiteren 11% der Krankenakten der erhobenen Stichprobe ist eine Spastische Tetraparesis verzeichnet, wiederum oft um Angaben wie bei den beiden erstgenannten Gruppen erweitert. Als weitere Diagnosen finden sich in 3% der Krankenakten aus der Stichprobe epileptische Erkrankungen und vereinzelt spezifischere Krankheitsbezeichnungen wie etwa „Hypoton astatisches Syndrom", „Fragliche Commotio, Status post Unfall", „Rett-Syndrom" oder „Erb'sche Muskeldystrophie".

Die auf den Krankengeschichten vermerkten Diagnosen allein eignen sich demnach wenig, um die PatientInnen des Rett-Pavillons nach bestimmten Gruppen von Behinderungen oder auch Erkrankungen einzuteilen, sondern sind eher im Kontext des Stationsalltags zu betrachten, in dem sie nicht zuletzt für das Pflegepersonal schnell leicht verständliche Basisinformationen über PatientInnen bereitstellen sollten.

Aus den ausgewerteten Akten lassen sich aufgrund zahlreicher fehlender Akten aus der „Frühzeit" der Abteilung auch keine validen Hinweise auf Veränderungen der Zusammensetzung der PatientInnen im Laufe des Bestehens der „Rett-Klinik" erschließen. In Interviews mit Personal, das über eine lange Periode auf der Abteilung tätig war, deutet sich solch eine Veränderung allerdings an:

> „Also ich war eben als sehr junger Mensch, also ich habe den 17er (Pavillon XVII in Lainz, Anm. d. Verf.) so erlebt, das waren für mich sowieso meinesgleichen, also da habe ich vom Patienten her gar nicht so viel Unterschied bemerkt (B lacht), ich meine, das sage ich jetzt einfach so frei heraus. Und dann war es natürlich differenzierter, dann haben wir eben Schädel-Hirn-Traumen gekriegt und dann, ich meine auch nur aus den Bundesländern, dann verschiedenste Fragestellungen (…)." (IP24_P:39)

Zudem habe im Laufe der 1980er Jahre die Zahl der Personen mit einer Mehrfachdiagnose zugenommen, vor allem PatientInnen mit einer zusätzlichen psychischen Erkrankung bzw. schwereren „Verhaltensauffälligkeiten" seien zusehends häufiger vertreten gewesen.[314] Auch in den Korrespondenzen

[314] Vgl. IP9_P:199 und 291; IP12_P:90ff.; IP24_P:21ff.

Retts findet sich die Veränderung der stationären PatientInnen in einem Schreiben an die Kollegiale Führung des NKH Rosenhügel vom April 1986 erwähnt:

> „Das Krankengut unserer Abteilung hat sich im Laufe der vergangenen Jahre wesentlich verändert. (…) Die stationären Aufnahmen werden immer mehr zu Not-Aufnahmen, d.h. von Pat., die im häuslichen Milieu bzw. in Heimen und Wohnheimen nicht mehr gehalten werden können und vor allem durch plötzliche Ausbrüche von Aggressivität für die Familie bzw. das Heim nicht mehr tragbar sind." (KO_R:14.04.1986)

Solche PatientInnen waren früher häufig nach einer bestimmten Zeit an Pavillon 15 des PKHs weitergereicht worden, wenn es nicht gelang, sie durch medikamentöse Behandlung zu ‚beruhigen' und wieder in die Familien zu entlassen. Diese Möglichkeit stand aber offenbar spätestens seit Umwandlung des „Kinderpavillons" am PKH in ein Förderpflegeheim (1984/85 – vgl. Kap. 15.3) nicht mehr offen. Rett selbst führt im zitierten Schreiben aus,

> „(…) daß diese Fälle früher in das Psychiatrische Krankenhaus Baumgartner Höhe eingewiesen wurden, das sich heute weigert, solche Pat. aufzunehmen bzw. am Tag nach der Aufnahme unverändert wieder in die Familie entläßt, wo sie dann automatisch und völlig begreiflich an unsere Abteilung eingewiesen werden." (ebd.)

Ein Jahr später berichtete Rett in einem Ansuchen an das Personalreferat der Magistratsabteilung 17 (Anstaltenamt) von der „wachsenden Zahl psychotischer Kinder" (KO_R:18.05.1987). Zugleich kamen offenbar weniger Personen mit ‚leichteren' Behinderungen auf die Stationen der „Rett-Klinik", da für sie das Unterstützungsangebot in ganz Österreich sukzessive ausgebaut wurde. So entwickelte sich „so ein Mischmasch von sehr viel(en) schwierigen Klienten" (IP24_P:21), die weder nach Hause entlassen noch in andere stationäre Einrichtungen abgeschoben werden konnten. Retts Abteilung scheint in den letzten Jahren unfreiwillig partiell die Funktion des Pavillons 15 übernommen zu haben, die Veränderungen der Umwelt hatten eine Veränderung der PatientInnen auf der Abteilung zur Folge, die nicht beabsichtigt und auch offensichtlich nicht gewünscht war. Alternativen für die speziellen PatientInnengruppen zur „Krankenhausunterbringung" am Rosenhügel mussten nach Ende der Ära Rett erst schrittweise erschlossen werden (vgl. Kap. 27).

19.4. Exkurs: Retts Haltung gegenüber Menschen mit Behinderungen – Elternbeziehungen

Gemäß Retts Schriften stellten Menschen mit kognitiven Behinderungen bzw. Lernschwierigkeiten vorrangig ein Problem dar, nämlich sowohl für Medizin, Familie als auch die Gesellschaft insgesamt. Dies kommt bereits im Untertitel eines seiner bekanntesten und wiederholt aufgelegten Bücher, „Das hirngeschädigte Kind. Ärztliche, erzieherische und soziale Probleme" (1971; 5. Neuauflage 1981), zum Ausdruck. Entsprechend gälte es, ihnen und vor allem ihren Familien dabei zu helfen, ihr schweres Schicksal zu tragen. Die in Retts Publikationen und Manuskripten zum Ausdruck kommenden Wahrnehmungsschemata und theoretischen Grundannahmen können in dieser Studie allerdings nicht vertiefend dargestellt werden, dies wäre eine eigene Forschungsarbeit, die entsprechende Ressourcen benötigt. Kurz dargestellt werden soll nachfolgend aber sein in den unterschiedlichen Interviews erinnerter Umgang mit und Haltung gegenüber PatientInnen mit Behinderungen an der Klinik.

Das vordergründig Auffälligste an diesen Beschreibungen ist, dass sie sehr unterschiedlich und teilweise widersprüchlich ausfielen. Einerseits wurde wiederholt geschildert, dass Rett einen „besonderen Zugang zu den Kindern" (IP25_P:37) habe (vgl. auch IP56_P:175). In folgenden Zitaten kommt dieser positiv bewertete Kontakt zu den PatientInnen beispielhaft zum Ausdruck:

> „Und es waren alles seine Kinder. Er ist extrem liebevoll mit den Kids umgegangen und das Abschotten der Eltern oder etwaiger Beschwerden, das hat die M. (Retts Chefsekretärin; Anm. d. Verf.) übernommen." (IP22_P:262)

> „Das war für mich beispielhaft, wie er z.B. als Arzt eine Untersuchung gemacht hat. (…) Er hat ein Kind neurologisch untersucht mit seinen Reflexen, mit seinen Bewegungssachen, mit seinem Sich-an-etwas-erinnern-Können und er hat dabei ein Gespräch mit dem Kind geführt. Das Kind hat nicht gemerkt, das war eine Spielsituation, dass es untersucht werden würde. Das heißt das Gespräch hat begonnen, dem Kind zu schmeicheln, (…) und er hat sie zuerst einmal persönlich abgeholt irgendwo und er konnte sich an etwas vom letzten Jahr erinnern, ein ur Gedächtnis, hat er das angeknüpft und jetzt spielen wir mal zusammen. (…) Und dann nebenbei hat er das Stethoskop hat (er so gehört). Also das war etwas, er hat eine Show gemacht da, (…) dieses in Beziehung treten zum Kind gepflegt, das war eine von seinen Stärken." (IP14_P/E:245ff.)

> „Er hat wirklich jeden Menschen, was er auch ist, wie ein Unikat und ganz persönlich angesprochen, auch den Behinderten." (IP29_P:58)

Andererseits erinnerten sich ehemalige MitarbeiterInnen an eine sachlich-unpersönliche bzw. distanzierte Haltung den PatientInnen gegenüber, im

ersten Zitat wird dabei erkennbar, dass offenbar zwischen beiden Haltungen gewechselt wurde:

> „Einerseits hat er einen direkten und sehr sympathischen Zugang gehabt. (I: Zu den Kindern?) Ja, ja. Das ist überhaupt keine Frage. Das war ein Teil seines Charismas, also da Kinder direkt anzusprechen, Gaudi zu haben, die Kinder auch soweit zu bringen, dass sie mit ihm Behandlungssituationen durchstehen und irgendwas tun (…). Das andere ist halt irgendwie, was immer im Spitalsbereich auch damals befremdend ist, ist natürlich auch dieser sachliche, kalte Ton, den es auch gibt gleichzeitig, ja? Das heißt, dass man eben vor einem vernetzten Bett steht und dann halt übers Kind spricht (…), da war er nicht anders als alle anderen auch. (IP56_P:67)[315]

> I: „Der Professor Rett, wie würden seine Haltung gegenüber Kinder und Jugendlichen beschreiben?"
> B: „Distanziert. Ich weiß nicht, wie er in der Ambulanz war zu den ambulanten Patienten, aber es ist halt einmal drüberstreicheln und Hand auflegen vielleicht ein bisschen zu wenig. (…) Also gesprochen hat er schon mit den Kindern, ja? Aber das war so, so woops! Und es war wieder vorbei. (…) So wie der Gott in Weiß irgendwie so und drum täte ich das sogar distanziert beschreiben." (IP62_P:254ff.)

Es ist davon auszugehen, dass solche hierarchisch-distanzierte Arzt-PatientInnen-Beziehungen kein Spezifikum der „Rett-Klinik", sondern in der Medizin weit verbreitet waren – und teilweise noch sind.

Die beiden nachfolgenden Interviewzitate weisen auf ein fallweise joviales Verhalten den PatientInnen gegenüber hin, das insbesondere im zweiten Zitat als freundlich-herablassende Grenzüberschreitung Retts erkennbar wird. Möglicherweise liegt genau darin eine Ursache für die unterschiedliche Deutung von Retts Verhalten: Die einen erlebten joviales Verhalten des Vorgesetzten als Geste der aufmerksamen Zuwendung oder gar als Begegnung „auf Augenhöhe", andere nahmen dies als mehr oder weniger subtile Reproduktionsmechanismen von Herrschaftsverhältnissen wahr:

> Also so wie ich ihn von den Visiten noch (…) in Erinnerung habe, sozusagen fällt mir der Begriff Patientengut ein, also (der) in der Wissenschaft verwendet wird. Also nicht sozusagen ein persönlicher Kontakt, sondern eher sehr Versuchsobjekt vielleicht oder sagen wir distanziert. (…) dass er durchaus sozusagen seine väterliche Rolle durchaus sehr ausgespielt hat. (…) also er hat so eine jovial väterliche Art, also auch zu den Kindern und Patienten gehabt und das war durchaus auch so eine Fähigkeit von ihm und Eigenschaft." (IP11_P:123ff.)

---

[315] Vgl. hierzu auch IP8_P:146ff., wo auf ein achtlos-abwertendes Reden über PatientInnen in deren Anwesenheit verwiesen wurde.

> „Da gab es dann schon ein paar Erlebnisse, die ich auch sehr grenzwertig empfunden habe, und es war von Professor Rett so eine kumpelhafte Art, mit den älteren Menschen umzugehen. Es gab keine Scheu, in der Aula einen Menschen vorzuführen und da seine ganzen Geschichten zu erzählen, von diesen Menschen. Und als eh immer so auf dem Tenor: ‚gell, das macht eh nix und du tust da-', also es war zum Teil sehr peinlich, also sehr grenzüberschreitend und unangenehm." (IP64_P:13)

Auch auf die defizit- bzw. defektorientierte medizinisch-wissenschaftliche Perspektive Retts auf die PatientInnen wurde mehrfach hingewiesen:

> „Er war halt, hat sehr stark auf dieser doch letztlich medizinischen Perspektive, nicht, einer medizinischen Behandlung, einer Pathologisierung sozusagen dieser, dieser Phänomene und also, ja." (IP56_P:159)

> „Aber er hatte ein Denken über Behinderung, über die Ursprünge von Behinderung und wie man auch Behinderung vermeiden soll, was sehr nahe an Denkstrukturen war, die aus der Zeit vom 19. Jahrhundert kommen, das ist diese Degenerationstheorie. Und auf der anderen Seite hat er sich aber (…) sehr klar für ein Recht aufs Leben, ein Recht auf Förderung und auf Sonderförderung für diese Gruppe (-) (…)." (IP14_P/E:299)

Die zitierten Interviewstellen lassen bereits wiederholt eine ausgeprägt paternalistische Haltung Retts Menschen mit Behinderungen gegenüber erkennen. Diese wurden in der Klinik insgesamt in der Regel als „Kinder" bzw. „unsere Kinder" bezeichnet, womit auch Erwachsene gemeint waren. Aufgrund der Behinderung hatten auch sie den Status von Kindern (vgl. u.a. IP88_P:50). Retts Bemühungen gingen in Richtung Bewahrung dieses Kind-Status.

> „(Ich) habe (…) immer in den Eindruck gehabt, für ihn war es schwierig damit umzugehen, wenn die jetzt erwachsen sind. Solang das Kinder waren, war das okay, aber dann natürlich sind die ersten provokanten Themen wie Sexualität, Partnerschaft, Kinder kriegen, Kinder nicht kriegen, Verhütung und so auf den Tisch gekommen und das war für ihn schwierig." (IP24_P:39)

So sollten sexuelle Bedürfnisse der „Kinder" nach Möglichkeit gar nicht geweckt werden, wofür nicht nur die im folgenden Kapitel 20 beschriebenen Praktiken der Epiphysan-Verabreichung beitragen, sondern auch sonstige „Anregungen" im Klinikalltag vermieden werden sollten:

> „(…) wir haben die Kataloge gehabt, Quellekatalog und das, was es halt früher alles so gegeben hat zum Anschauen. Ich meine, da hat er (Rett; Anm. d. Verf.) die Unterhosen herausreißen lassen, die Seiten mit der Unterwäsche." (IP24_P:139)

Die Wahrnehmung und Behandlung der PatientInnen als Kinder implizierte einerseits eine gewisse Schutzbedürftigkeit, die Rett einmahnte und der er zu entsprechen suchte. Andererseits spiegelt die Bezeichnung „Kinder" den

paternalistischen, die individuelle Autonomie beschränkenden Charakter Retts theoretischer Auseinandersetzung und praktischer Arbeit mit Menschen mit Behinderungen wider. Die paternalistisch geprägte Verantwortungsübernahme lief auf eine weitgehende Entmündigung der PatientInnen hinaus. Dies wirkte sich insbesondere in über ihren Kopf hinweg getroffenen Entscheidungen aus, die von massiver Konsequenz für ihr Leben waren (vgl. hierzu exemplarisch den Umgang mit Sexualität und Sterilisation, Kap. 25).[316]

Retts Beziehung zu Angehörigen

Einer von Retts Erfolgsfaktoren war zweifelsohne sein besonderes Verhältnis zu den Angehörigen seiner PatientInnen, das sich vorrangig in persönlicher Aufmerksamkeit ihnen und ihrer spezifischen Situation gegenüber begründet zeigt – etwas, das viele von ihnen wohl sehr selten erlebten.[317] Eine ehemalige Pflegekraft berichtete von einem Vorfall, bei dem Rett einen medizinischen Eingriff bei einem Kind (Entfernung der Mandeln) rein deshalb vornehmen habe lassen, um die Mutter zu beruhigen. Medizinisch sei der Eingriff nicht notwendig gewesen, aber die Mutter hätte dadurch eine vorgebliche Lösung für die ihrem Kind zugeschriebenen Nahrungsmittelunverträglichkeiten gehabt (vgl. IP53_P:215). Dieses Beispiel erscheint symptomatisch für das Beziehungsdreieck zwischen Arzt, seinen PatientInnen und deren Eltern: Im Mittelpunkt der Bemühungen zeigen sich kontinuierlich die Sorgen, Nöte und Bedürfnisse der Eltern, die mit Sicherheit meist groß waren und mit denen diese oft alleine gelassen wurden. Nachfolgende Interviewausschnitte lassen vermuten, dass das Verhältnis zentrale Elemente einer Patronatsbeziehung aufwies: Rett wurde von vielen Eltern als positive Autorität anerkannt, die ihre Sorgen ernst nahm, ihnen Unterstützung gewährte und versuchte, ihnen ihre Probleme ein Stückweit abzunehmen, dafür wurde ehrerbietige Gefolgschaft erwartet.

> „Er war bei vielen Eltern sehr angesehen. Er hat sicher von der Haltung her sehr dazu motiviert, für die Kinder da zu sein, hat das als eine schwierige Aufgabe schon auch beschrieben und als Aufopferung, (…). Ich glaube auch, dass (…) für ihn sozusagen eine seiner Kernthematiken eigentlich war, Eltern dazu zu bringen, ihre Kinder nicht abzugeben, sondern selbst zu betreuen und in

316 Archivbestand Krankenhaus Hietzing, Pav. C/Rosenhügel, Korrespondenzen Rett 1/3 1988. Brief an Oberseneatsrat Dr. Prohaska, Leiter der MA 11, Wien, 8.2.1988.

317 Vgl. u.a. IP2_P:173; IP8_P:357; IP9_P:157ff.; IP12_P189; IP29_P:60; IP53_P:215; IP56_P:199.

> Schulen zu bringen und zu fördern und das alles. (…) man merkt, wie angesehen er bei vielen war, die wirklich alles was er an Ratschlägen gegeben hat, sofort übernommen haben. Fast ein bisschen so ein Hörigkeitsgefühl und ihn als Koryphäe gesehen haben und ihm sehr vertraut haben." (IP12_P:189)

> „Und der Andi Rett hat alle Menschen gekannt, das war eine seiner Stärken, sich Gesichter und Personen zu merken mit ihren Biographien (…). Und so waren seine Kontakte mit den Angehörigen: Patriarchalisch, durchaus zugewandt, die Leute haben sich von ihm akzeptiert und betreut gefühlt, weil er die ganze Geschichte von den Kindern im Kopf gehabt hat. Mitentscheidung, Mitbestimmung war kein Thema (…)." (IP8_P:357)

> „Das war irgendwie so, als wenn da der Fürst residiert hätte, aus meiner Sicht, ja? Das war immer eine sehr devote Beziehung auch zu ihm." (IP30_P:192)

> „Und dann kam ein Satz, wo ich ihn gefragt habe, ich wundere mich, wieso du die Geduld hast und mir so lange zuhörst. Und da hat er dann gesagt, das ist oft das einzige, was ich den Eltern bieten kann." (IP2_P:173)

> „Also ich habe schon den Eindruck immer gehabt, es ist ihm irrsinnig wichtig, (…) dass er da auch anerkannt wird, auch von den Eltern und (die) ihn auch dann sozusagen in seiner Expertise, Kraft der Autorität seiner Expertise akzeptieren, was er ihnen vorschlägt." (IP56_P:199)

> „(…) die (Eltern; Anm. d. Verf.) haben ihn verehrt wie einen Guru, weil er so mit ihnen und auch aufs soziale Umfeld geschaut hat und wie man den Eltern was abnehmen kann und erleichtern kann. (…) Also es war irgendwie eine Magie." (IP29_P:60)

Nachfolgendes Zitat einer Person, deren Bruder zunächst bei Rett in Behandlung war, später aber auf den „Steinhof" überwiesen wurde, lässt erkennen, dass das obige Zitat „Es gab nur einen Gott" (vgl. Kap. 18.2) auch im Verhältnis zu den Eltern eine gewisse Gültigkeit gehabt haben dürfte. Es zeigt zudem, dass bei aller wechselseitigen Abhängigkeit – auch Rett scheint die Anerkennung der Eltern gebraucht zu haben – das Machtverhältnis stark asymmetrisch war:

> „Ich hab schon gesagt, meine Eltern waren sehr christlich, waren in so einer christlichen Gemeinschaft und da hat diese christliche Gemeinschaft ihnen bezahlt eine Reise nach Lourdes. Woraufhin dann der Dr. Rett gesagt hat, wenn sie das machen, brauchen sie zu ihm gar nicht mehr kommen. Was ich natürlich als eine Frechheit empfinde, weil ich meine, natürlich ist das ein wahnsinnig naiver Gedanke, aber er steht Eltern zu, er steht einfach Eltern zu. (…) alleine dass ein Psychiater sagt, Sie brauchen dann gar nicht mehr kommen, ist ja Wahnsinn eigentlich. Ich mein, so ein Gewissenskonflikt auch für diese religiösen Eltern, die sich ja wahrscheinlich doch irgendwas erhofft haben, eine Erleich- keine Ahnung, das kann ich ja jetzt nicht mehr nachvollziehen. Er hat sie aber dann doch noch betreut (…)." (IP18_P:9)

Die gesichteten Korrespondenzakten enthalten zahlreiche Briefe Retts, die sein umfassendes Engagement für unterschiedlichste soziale oder ökonomische Belange der Familien mit einem Kind mit Behinderung sichtbar machen (vgl. KO_R:1971-1989). Diese Korrespondenz konnte im Rahmen der Studie nicht vollständig ausgewertet werden, sie betrifft oft auch Personen in ambulanter Behandlung. Folgendes Zitat aus einem Interview lässt exemplarisch erkennen, dass Rett seine paternalistisch-beschützende Zuständigkeit und Interventionsbefugnisse sehr weitreichend definierte:

> „Und er hat auch zum Beispiel, das fand ich immer so toll, er hat auch, wenn der Schwiegervater zum Beispiel schäbig war zu der Mutter, hat er den angerufen." (IP65_P:94)

Wie später insbesondere am Beispiel von Schwangerschaftsabbruch und Sterilisierung sichtbar wird, muss teilweise von einer unheilvollen Allianz zwischen Arzt und Eltern gesprochen werden.[318] Die (manchmal auch schon erwachsenen) Kinder scheinen dabei oft nicht als Subjekte mit legitimen Wünschen, Bedürfnissen und Interessen, sondern als das zu bewältigende Problem wahrgenommen worden zu sein, die Lösungen gingen teilweise zu ihren Lasten (vgl. Kap. 25).

Die Beziehung zwischen Andreas Rett und den Angehörigen seiner PatientInnen konnte in dieser Studie nur kursorisch behandelt werden. Dieses Thema wäre insbesondere bei der noch ausstehenden wissenschaftlichen Aufarbeitung des ambulanten Wirkens der „Rett-Klinik" mit zu erforschen.

[318] Manche AutorInnen sprechen auch von einer perversen Allianz und markieren sie damit als abnorm – vgl. etwa Milani-Comparetti/Roser 1981.

20. MEDIZINISCHE STANDARDS UND VERSORGUNG

Gudrun Wolfgruber, Katja Geiger

Die „Rett-Klinik“ war eine Einrichtung für die spezifische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit kognitiven und teilweise auch körperlichen Behinderungen. Das Angebot verschiedener medizinischer Therapien richtete sich an PatientInnen, die langfristig ambulant betreut wurden, akuter stationärer medizinischer Versorgung bedurften oder für eine bestimmte Zeit zur Diagnostik und Therapie bereits länger bestehender Erkrankungen in die Einrichtung aufgenommen wurden. Daneben waren aber während des gesamten Untersuchungszeitraums auch Kinder und Jugendliche auf der Station anzutreffen, die längerfristig und nicht nur aus Gründen medizinischer Behandlungserfordernisse blieben (vgl. Kap. 19.3).

Gemessen an dem von mehreren Seiten konstatierten Mangel an medizinischer Versorgung für Menschen mit Behinderung in Österreich im Untersuchungszeitraum dieser Studie bot der Rett-Pavillon am Neurologischen Krankenhaus ein vergleichsweise breites Spektrum an medizinisch-therapeutischen Angeboten. Im Unterschied zu Pavillon 15 ermöglichte die Ausstattung des Hauses, ergänzt durch ambulante Konsiliartätigkeiten, die umfassende medizinische Behandlung erkrankter Kinder mit Behinderungen direkt an der Abteilung (vgl. IP88_P:59f.). Das Haus habe geradezu wie ein kleines Krankenhaus autonom funktioniert (vgl. IP25_P:59). Wiederholt wurde beispielsweise auch die im Haus untergebrachte Zahnstation als besonders wertvolle Einrichtung hervorgehoben.[319]

20.1. ANAMNESE UND DIAGNOSTIK

Grundlage der Diagnosestellung war eine neuropädiatrische Untersuchung, bei der motorische Funktionen, Haltung, Bewegung und Koordination, Tonus und Trophik getestet wurden. Durch „Verhaltensbeobachtung“ wurden stereotype Bewegungsmuster, Unruhezustände und die Mimik beurteilt. Um

[319] IP14_P:13, IP62_P:410f., IP32_P:94

den Ursachen von körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen auf den Grund zu gehen, standen unter anderem Einrichtungen für Elektroencephalographie, Elektromyographie, ein biochemisches Laboratorium, ein cytogenetisches Laboratorium und ein psychologisches Laboratorium zur Verfügung.[320]

Was die Quantität der Untersuchungen betrifft, wird in einem Tätigkeitsbericht für das Jahr 1970 die Zahl 8.240 genannt. Rund 5.000 der PatientInnen standen außerdem in regelmäßiger ambulanter Kontrolle.[321] Die wöchentliche Frequenz der Poliklinik betrug 1973 rund 300 PatientInnen, in späteren Dokumenten ist von bis zu 400 wöchentlich ambulant behandelten Personen die Rede.[322] Eine Altersbegrenzung bestand für die PatientInnen nur bei der Erstuntersuchung,[323] während bereits in Behandlung und Kontrolle stehende PatientInnen über das Erreichen des Erwachsenenalters hinaus kontinuierlich ambulant oder stationär weiter betreut werden konnten.[324]

Im Zuge von Elterngesprächen wurde neben der Erhebung physischer und psychologischer Befunde die soziale und familiäre Situation der PatientInnen sowie das Vorkommen psychischer Erkrankungen in der Familie erfragt. Einem ehemaligen ärztlichen Mitarbeiter zufolge war die Ambulanz eine zentrale Anlaufstelle, um Diagnosen für Patientinnen aus ganz Österreich und auch aus dem Ausland, insbesondere aus Osteuropa und Griechenland zu erstellen. Man habe jeweils unmittelbar im Anschluss an die Befunderstellung ein therapeutisches Konzept vorgeschlagen, bei dem die am Wohnort der Kinder zu Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten berücksichtigt worden seien (vgl. IP32_P:45f.). Auf Basis der Anamnesen sollte also nicht zuletzt die weitere Unterbringung und Behandlung eines Kindes, sei es im Familienverband, in einem entsprechenden Heim für Menschen mit Behinderungen oder an der Station entschieden werden (IP14_P:25). Der Ambulanz kam somit eine wichtige Funktion bei der Organisation und Administration der vorübergehenden oder dauerhaften Unterbringung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen außerhalb der Familie zu.

---

320 Vgl. Manuskript, Begleittext zu Film über Retts Arbeit mit PatientInnen, KO_R1/1971.

321 Tätigkeitsbericht vom 16.8.1971, KO_R1/1971.

322 Vgl. KO_R:o.D.(1975): Die Wiener Klinik für hirngeschädigte Kinder und das Ludwig-Boltzmann-Institut zur Erforschung kindlicher Hirnschäden, Verfasser: OA Heinz Krisper.

323 Ob diese Altersgrenze in der Praxis tatsächlich immer eingehalten wurde, ist auf Basis aller gewonnenen Einblicke in die „Rett-Klinik“ allerdings fraglich. Die Ambulanzakten waren jedoch nicht Bestandteil dieser Forschung.

324 Schreiben an die International League of Societies fort he Mentally Handicapped Information Service, 17.9.1973, KO_R1/1973.

Im Jahr 1977 verfügte die Abteilung über acht diagnostische Einrichtungen: Test-Psychologie, Elektroencephalographie, Elektromyographie, Elektrocardiographie, Audiometrie, Ophthalmologie, Neuropädiatrie sowie ein humanbiologisch-anthropologisches Labor, das vor allem der Diagnostik stationär an der Abteilung untergebrachter Kinder und Jugendlicher dienen sollte.[325] Dem Abteilungsvorstand Rett zufolge kam der differenzierten und umfassenden Diagnostik als Grundlage zielführender medizinischer und therapeutischer Maßnahmen zur Behandlung von Kindern mit Behinderungen entscheidende Bedeutung zu.[326] Auch ehemalige MitarbeiterInnen erwähnten die umfassende Befundungen und ausführliche Anamensen als Spezifika der Abteilung.[327] In den Krankenakten der Abteilung lassen sich allerdings für den gesamten Untersuchungszeitraum keine Dokumentationen einer umfassenden Differentialdiagnostik finden. Die Krankengeschichten, die primär Fieberkurven, Einträge über Stuhlgang etc. und medikamentöse Verordnungen verzeichnen, beinhalten – mit Ausnahme von EEG-Befunden – selten weitere im Zuge der Aufnahme ermittelte Befunde.

Die Anamnesebögen, die in unterschiedlichem Umfang ausgefüllt und denen verschiedene Befunde beigelegt wurden, sind, wie stichprobenartige Prüfungen erkennen ließen, bei den Ambulanzakten archiviert worden und konnten im Rahmen dieser Studie nicht ausgewertet werden. „Das war zuerst nur so ein Doppelblatt im Querformat und dann ist so ein richtiges Bücherl geworden mit acht oder zehn Seiten.“ (IP22_P:376) – Genau genommen wies der „Anamnesebogen“ schlussendlich die Form eines 20-seitigen A4-Heftes auf, wie die erwähnte Stichprobensichtung zeigte. Dass die Bögen nicht immer vollständig ausgefüllt worden sind, wurde von einer Pflegekraft auf die unterschiedlich gewichteten Interessen und Blickrichtungen der einzelnen ÄrztInnen bei der Aufnahme neuer PatientInnen zurückgeführt (vgl. ebd.:371ff.). Befunde, die im Rahmen der Anamnese und Diagnostik erhoben wurden, hatten nicht nur den Zweck, über die weitere medizinische Behandlung zu entscheiden, sondern sollten auch in die wissenschaftliche Arbeit des eng mit der Abteilung verbundenen Ludwig Boltzmann-Instituts (LBI) zur Erforschung kindlicher Hirnschäden einfließen. In welchem Aus-

---

325 Anhang an einen Brief an Univ. Doz. Dr. H. Neugebauer, Präsident der Ärztekammer für Wien, 12.10.1977, KO_R2/1977.

326 Andreas,Rett: Über die Bedeutung der neurologischen Hilfsuntersuchungen in der Diagnose kindlicher Hirnschäden. Manuskript undatiert, KO_R1/1981

327 IP39_P:164ff, IP56_R:166ff., IP14_R:245ff.

maß und welcher Systematik sie tatsächlich für Forschungszwecke ausgewertet wurden, kann im Rahmen dieser Studie nicht beantwortet werden.

Neben der Entscheidung über die weitere medizinische Versorgung der Kinder und Jugendlichen und der Datengewinnung für Forschungsarbeiten des LBI hatte das Anamnese- und Diagnoseverfahren die Funktion, die Eltern aufzuklären. Von einigen ehemaligen MitarbeiterInnen wird als vorrangiges Ziel der Elterngespräche die Entlastung der Eltern genannt (vgl. u.a. IP24_P:72ff. und 214ff.). Rett habe „alle mitbehandelt, die Eltern, Geschwister, Nachbarn, Freunde. Die waren alle in sein System inkludiert." (IP53_P:214f.)

20.2. Medikamentöse Behandlungen

In den Krankenakten finden sich Aufzeichnungen über die medikamentöse Behandlung von stationär aufgenommenen PatientInnen. Das Spektrum der verabreichten Präparate umfasste neben pädiatrischer Medikation etwa bei der Behandlung von Infekten vor allem Medikamentengruppen, die der Behandlung neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen dienten. Darunter fielen Antiepileptika, Sedativa, Neuroleptika sowie triebdämpfende Mittel.

In einem Manuskript für einen pädiatrischen Fachartikel aus dem Jahre 1973 präsentiert Rett seine langjährigen Erfahrungen in der medikamentösen Behandlung psychomotorischer Erregungszustände. Chlorpromazin (Largactil), Laevopromazin (Nozinan), Chlorprothixen (Truxal), Thioridacin (Melleril), Propericiazin (Neuleptil) hätten jahrelang die „Basis unserer Behandlungsmethoden" dargestellt.[328] Die regelmäßige und umfangreiche Verordnung von Psychopharmaka erstaunt insofern, als Rett im selben Manuskript betonte, die Medizin bewege sich in der Verwendung von Psychopharmaka im Bereich des Spekulativen: „Wir wissen kaum etwas von den Krankheitsbildern, die wir behandeln, und ebenso wenig oder noch weniger von den sie behandeln sollenden Medikamenten." (ebd.)

Im Vergleich mit Erzählungen ehemaliger MitarbeiterInnen des Pavillon 15 werden in Interviews mit einstigem Personal der Rett-Abteilung weniger Vorwürfe erhoben, Sedativa wären in zu hoher Dosierung verabreicht worden. Rett sei ganz allgemein flexibel bei Dosierungen von Medikamenten

[328] Sinn und Unsinn mit Psychopharmaka Kindesalter, Manuskript undatiert, KO_R1 1973

gewesen und habe sich stark auf seine persönlichen Einschätzungen und Erfahrungen verlassen. Die „optimale Dosis“ sei für den Einzelfall „(…) keineswegs nach kg/ Körpergewicht zu errechnen“, da innerhalb der einzelnen Fälle außerordentliche Schwankungen bestünden. Der Arzt bzw. die Ärztin müsse die Dosierung individuell, d.h. nach eigenem Ermessen abwägen.[329]

In den Krankengeschichten ist die Verordnung einer Vielzahl von Sedativa dokumentiert. Den meisten Kindern und Jugendlichen wurden verschiedene Medikamente gleichzeitig verordnet. Von einem ehemaligen Mitglied des medizinischen Personals der Abteilung wurden Retts Medikationen als „Polypragmasie“ und damit als nicht mehr dem medizinischen Standard der 1980er Jahre entsprechend bezeichnet.[330] Er habe „von allem ein bisschen etwas“ verordnet (IP88_P:61; zeitl. Bezug: 2. Hälfte 1980er Jahre). Laut einem bereits zu dieser Zeit tätigen Kinderpsychiater habe dieses Vorgehen im Rahmen des damaligen medizinischen Diskurses stattgefunden. Dieser drehte sich in den 1970er Jahren um die Frage, ob es zweckmäßiger sei, Medikamente hochdosiert zu verabreichen, oder mehrere Präparate in niedrigerer Dosierung gleichzeitig zu wählen, um die Nebenwirkungen gering zu halten. In den 1980er Jahren hingegen sei die Medizin schon weg von solchen Praktiken gegangen (vgl. IP94_P/E).

Sedierende Präparate und Antiepileptika wurden neben der Bekämpfung von epileptischen Anfällen vor allem zur Reduktion von Unruhezuständen eingesetzt. Wenn die verordnete Medikation nicht in diesem Sinne funktionierte, sei man auf andere Medikamente umgestiegen, „so lange bis man einen Weg gefunden“ habe (IP22_P:401f.). Und wurde kein Weg gefunden, dann zeigt sich mehrfach die Praxis, solche PatientInnen an den „Steinhof“ bzw. das PKH Baumgartner Höhe „weiterzureichen“. Das nachfolgende Fallbeispiel veranschaulicht diese Abschiebepraxis – es deutet genau genommen eine Mischung unterschiedlicher Gründe für die Überstellung an das PKH an: störendes Verhalten und einen als „schwierig“ eingestuften familiären Hintergrund, d.h. soziale Gründe:

Die Krankenakte eines 10jährigen Buben, der 1981 für zwei Monate aufgrund nicht näher definierter „schwieriger familiärer Verhältnisse“ an der Abteilung stationär untergebracht war, verzeichnet wiederholt Verordnungen

---

329 Unadressierter Erfahrungsbericht vom 24.06.1985, KO_R1/1985. – Vgl. zudem IP12_P:237ff.; IP14_P/E; IP32_P u.a.

330 Polypragmasie = sinn- und konzeptlose Diagnostik und Behandlung mit zahlreichen Arznei- und Heilmitteln sowie anderen therapeutischen Maßnahmen. Quelle: Wikipedia

neuer Medikamente (Neuleptil, IB 503, Styngyl, Psychopax, Valium, Periactin, Medtodril, Truxal, Sordinol und Kemadrin). Die „permanente Unruhe" des Buben, dem eine „Encephalopathie, schwerer Entwicklungsrückstand (Autismus)" diagnostiziert wurde, war jedoch offensichtlich mit keinem der ausprobierten Medikamente in den Griff zu bekommen. Versuche, auf andere Weise als durch medikamentöse Sedierung auf das Verhalten des Patienten einzuwirken, finden sich in der Krankengeschichte nicht. Mit der Begründung, er könne zuhause nicht angemessen gefördert werden, wurde er nach 14 Monaten auf Pavillon 15 „Am Steinhof" überstellt (vgl. KG97b_R).[331] Angesichts des an der „Rett-Klinik" vorhandenen Wissens über die Zustände auf Pavillon 15 auch noch Anfang der 1980er Jahre mutet diese Begründung zynisch an.

Seitens einiger VertreterInnen des psychologischen Personals als auch einzelner jüngerer Pflegepersonen wäre, so wird in etlichen Interviews berichtet, sowohl am Einsatz als auch an der Dosierung ärztlich verordneter Sedativa wie etwa IB 503 und Epiphysan (zu diesen Medikamenten siehe weiter unter) Kritik geübt worden.[332] Mitunter wären die Präparate einfach nicht verabreicht worden (IP12_P:65ff.). „Wir geben nichts, was nicht offiziell klar abgesichert ist und klar ist, dass es auch gut ist für denjenigen" – so eine ehemalige Krankenschwester (IP12_P:248ff.). Eine Interviewpartnerin lehnte es rückblickend ab, die PatientInnen „zuzudröhnen" (IP53_P: 954ff.).

Wenngleich die Medikation – wie auch in anderen Spitälern – eine ärztliche Entscheidung war, erfolgte die Verabreichung der Medikamente durch das Pflegepersonal. Der Wahrnehmung einer ehemaligen Mitarbeiterin zufolge gab es innerhalb des Pflegepersonals verschiedene Zugänge zur Frage der Medikamentenverabreichung. Einige, vor allem jüngere MitarbeiterInnen zu Beginn der 1980er Jahre haben einzelne Medikamente ganz weggelassen, andere wiederum hätten zur Ruhigstellung „eher mehr verabreicht". (IP12_P:238ff.) Eine andere, im gleichen Zeitraum auf der Station beschäftigte Mitarbeiterin hob hingegen hervor, dass es seitens des Pflegepersonals keine Möglichkeit gegeben habe, gegen die medikamentösen Verordnungen zu opponieren, man habe sich den ärztlichen Vorgaben unterworfen

---

331 Zugleich ist aber in der Krankenakte vermerkt, dass er auf der „Rett-Klinik" regelmäßig Besuch von den Eltern erhielt. Ebenfalls ist dort zu lesen, dass die Krankenkasse keine weiteren Aufenthaltskosten mehr übernehme – dies dürfte ein Mitgrund für die Transferentscheidung gewesen sein.

332 Vgl. IP28_P:115ff., IP 12_P:65ff.,117 und 248ff., IP53_P: 954ff.

(IP24_P:76f.). Diese Aussage bestätigt allerdings grundsätzlich unterschiedliche Umgangsweisen der Pflegekräfte mit ärztlichen Verordnungen.

In manchen Erzählungen ehemaliger MitarbeiterInnen deutet sich an, dass die interne fachliche Kontrolle durch ärztliches Personal im Stationsalltag eingeschränkt wirksam gewesen sein dürfte. Manche ÄrztInnen seien im Unterschied zur Ambulanz im Alltag der Abteilung kaum präsent gewesen, nicht zuletzt aufgrund ihrer Einbindung in die Forschungsarbeit.[333] Vor allem während der Nachtdienste seien mitunter Probleme aufgetreten, zu deren Lösung sich das Pflegepersonal ärztliche Hilfe gewünscht hätte (IP12_P:72f.). Von einer ehemaligen Krankenschwester werden die geringe Präsenz der ÄrztInnen auf der Station und ihre wenigen Kontakte mit Kindern und Jugendlichen damit begründet, dass die Pflege der Kinder und Jugendlichen insgesamt mehr Raum eingenommen habe als ihre medizinische Betreuung (vgl. IP62_P:28ff., 131 und 164ff.).

Aus den Gesprächen mit ehemaligen MitarbeiterInnen der Abteilung geht hervor, dass in den letzten Jahren des Untersuchungszeitraumes die interne fachliche Kontrolle durch den Primar und den Oberarzt deutlich abgenommen haben dürfte.[334] Bis etwa Mitte der 1980er Jahre wären einmal wöchentlich Visiten durch den Primar erfolgt, später nur mehr ca. einmal im Monat (IP12_P: 106ff.). Eine ehemalige Mitarbeiterin der Station erinnert sich an die für das Personal belastenden wöchentlichen Chefvisiten: „Er ist durchgerast, alle Kinder mussten geschneuzt und kampelt und mit dem Lineal aufgelegt sitzen, da war die Hektik dann noch größer." Diese Anordnung an das Pflegepersonal habe jedoch mehr den Wünschen Schwester M.s entsprochen als denen Retts, der die Arbeit des Pflegepersonals durchaus zu schätzen gewusst habe (vgl. IP22_P:248ff.).

20.3. MEDIKAMENTENTESTUNGEN

Krankenakten, die Korrespondenzen Retts sowie Erzählungen ehemaliger MitarbeiterInnen der Abteilung geben Hinweise darauf, dass Medikamente an PatientInnen der Abteilung getestet wurden, teilweise unter Involvierung des Ludwig Boltzmann-Instituts (IP12_P:236ff.). Begründet wurde dies in

---

333 Vgl. IP 12_P:106ff. und 181ff., IP51_P:106f., IP53_P902f.

334 Vgl. IP14_P:61ff., IP25_P:37f. IP29_P:102ff., IP65_P:142ff., IP66_P:109f. – In einem Interview wurde im Widerspruch zum allgemeinen Tenor berichtet, dass Rett "das ganze Haus täglich visitiert hat" (IP25_P:37), dies erscheint allerdings eher unwahrscheinlich.

Interviews u.a. damit, dass Rett immer den Anspruch gehabt habe, „neue Wege“ zu gehen, etwa in der Behandlung epileptischer Kinder. In einer „Paarung von wissenschaftlichem Interesse und dem Wunsch, positive Behandlungserfolge zu erzielen“ (IP28_P:166ff.), habe er auch neue Medikamente ausprobiert und sich dabei „sehr viel Freiheit (...) zu experimentieren“ (ebd.) herausgenommen.

In den Korrespondenzen Retts werden Versuchsreihen mit Medikamenten unterschiedlicher Wirkstoffgruppen erwähnt. In einem Tätigkeitsbericht über das Ludwig-Boltzmann-Institut zur Erforschung kindlicher Hirnschäden gab Rett 1972 an, dass bekannte Medikamente wie Nozinan, Clonazepam, Pyritino, Niamid, Acrisuxin u.a. erstmals an seinem Institut an Kindern hinsichtlich eines möglichen Einsatzes in der Pädiatrie getestet wurden.[335] In einem Bericht über die Erfahrungen mit einem Testmedikament aus dem Jahr 1985 gibt Rett die Zahl der auf seiner Abteilung getesteten Psychopharmaka mit 36 an:

> „Wir möchten betonen, dass an unserer Abteilung seit dem Jahre 1956 insgesamt 36 sogen. Psychopharmaka klinisch-psychologisch untersucht wurden, unsere Abteilung also zunächst ein großes einschlägiges Krankengut, aber auch genügend Erfahrung in der Prüfung von Psychopharmaka besitzt“[336]

Nach Einschätzung eines ab den 1970er Jahren tätigen Fachkollegen sei Rett für Pharmafirmen „überall, wo es um behinderte Menschen ging, die alleinige Autorität“ (IP8_P:318) gewesen. So bei dem Antiepileptikum Rivotril, das an zahlreichen seiner vielen, an Epilepsie leidenden PatientInnen getestet wurde (vgl. ebd.). Ein ehemaliger ärztlicher Mitarbeiter berichtet, dass das Medikament unter dem Testnamen RO 121, nach der pharmazeutischen Bestätigung seiner Wirksamkeit aber noch ein bis zwei Jahre bevor es zugelassen wurde, von der Herstellerfirma in großer Menge gratis und exklusiv für die Station zur Verfügung gestellt wurde. Das Präparat habe dem Interviewpartner zufolge bessere Erfolge erzielt und weniger Nebenwirkungen gehabt als zuvor verwendete Präparate. Die Aufgabe der MitarbeiterInnen habe im Rahmen der Testung darin bestanden, Tabellen über die Dosis des Versuchsmedikaments zu führen, die Art der epileptischen Anfälle und die Anfallsfrequenz zu beobachten und zu dokumentieren. (IP32_P:526f.) Einer der Mitarbeiter sei eigens für die Durchführung psychologischer Tests von PatientInnen vor und nach ihrer Einbeziehung in Medikamentenversuche zuständig gewesen. (IP9_P:236f.)

---

335 Tätigkeitsbericht des LBI, undatiert, KO_R1/1972.

336 Unadressierter Erfahrungsbericht vom 24.06.1985, KO_R1/1985.

Die Frage, ob Rett mehr oder weniger klinische Medikamententestungen durchführte als die AbteilungsleiterInnen anderer Krankenanstalten, muss an dieser Stelle offen bleiben, da Vergleichsmöglichkeiten fehlen. Laut einem interviewten Vertreter der Kinderpsychiatrie wären in den 1970er Jahren auch an anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen, wie etwa an der von Walter Spiel geleiteten Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik des Wiener AKH, Medikamententestungen üblich gewesen (IP8_P:337f.).

Die Medikamententests waren auch mit finanziellen Zuwendungen verbunden (vgl. Kap. 26). Wer an den Testungen – neben Rett – mitwirkte und von ihnen u.U. auch finanziell profitierte, kann auf Basis der vorliegenden Befunde nicht eindeutig festgestellt werden. Mehrfach wurde aber berichtet, dass damit vorrangig „der innerste Kreis" (IP11_P:58) um Rett befasst war. Eine in den 1980er Jahren auf der „Rett-Klinik" tätige Krankenschwester berichtete im Interview, die Verabreichung eines zu testenden Medikaments (Psychopax) verweigert zu haben:

> „Weil das hätte Kindern gegeben werden sollen, die völlig mit sich im Reinen sind. Und das war eine Frechheit. Ich habe gesagt, das ist ja wie (…) auch bei den Nazis, diese Versuche. (…) Denn wozu braucht ein Kind, das glücklich ist und zufrieden und nie eine körperliche oder seelische Auffälligkeit hat, ein Psychpopax, wie der Name schon sagt, ein Medikament zur Beruhigung?"(IP53_P:735)

Im Schriftverkehr Retts finden sich neben Hinweisen auf klinische Testungen von neuen Medikamenten an der „Rett-Klinik" auch Belege für Therapieversuche mit so gennannten Frischzellen bei Kindern mit Down-Syndrom. Später wurde diese „Therapie", die von vielen Seiten scharfe Kritik erfuhr, von Rett vehement abgelehnt.[337] In einem Brief an eine Sanitätsrätin aus Mainz aus dem Jahr 1974 berichtete er, vor 16 Jahren einen Versuch mit „Haubold Frischzellen" an einer Gruppe von zehn „mongoloiden" Kindern durchgeführt zu haben. Dieser Gruppe stand eine Kontrollgruppe von ebenfalls zehn „mongoloiden" Kindern gegenüber, die mit Vitamin B12 behandelt wurde. Der Versuch habe gezeigt, dass die Frischzellenkur ohne jeden Effekt blieb, während sich durch die Gabe von Vitamin B12 Besserungen im Zustandsbild der PatientInnen erkennen ließen. Gerade bei hirngeschädigten Kindern bestünden nach Rett eine Vielzahl unseriöser medizinischer Angebote, die völlig unwirksam seien und lediglich darauf abzielten, „den verzweifelten Eltern das Geld aus der Tasche zu ziehen".[338] Bei den so genann-

---

[337] Tätigkeitsbericht des LBI, undatiert, KO_R1/1972.

[338] Brief an Frau San-Rät.Dr. Kersten, Mainz, 29.4.1974, KO_R3/1974.

ten Frischzellen handle es sich um artfremdes Eiweiß, das, wenn es etwa wie das Extrakt aus Kalbshirn einem „mongoloiden" Kind in den Oberschenkel gespritzt würde, keinen positiven Effekt haben könne.[339] Auch wenn Rett mit solchen Äußerungen die Frischzellentherapie später ablehnte, scheint er sich zu einem früheren Zeitpunkt auf Versuche eingelassen zu haben.

Ob die Erziehungsberechtigten vor der Durchführung von Medikamententestungen an Kindern und Jugendlichen auf der Station um ihr Einverständnis gebeten wurden, kann weder anhand der Krankenakten noch anhand der Aussagen ehemaliger MitarbeiterInnen eindeutig beantwortet werden, wiewohl es sehr unwahrscheinlich erscheint. Mehrere InterviewpartnerInnen verweisen in diesem Zusammenhang darauf, dass in den 1950er bis in die 1980er Jahre ethisch und rechtlich verbindliche Standards zur klinischen Testung neuer Medikamente in Österreich fehlten.[340] Erst in den 1980er Jahren wurden in Österreich strenge ethische Kriterien (Freiwilligkeit, Informationspflicht der PatientInnen, Einhaltung hoher Sicherheitsstandards, Einschaltung einer Ethikkommission) verbindlich eingeführt, davor lag die Verantwortung für klinische Versuche „im Prinzip alleine bei den durchführenden ÄrztInnen" (Sperk 2013:69).

Es ist somit anzunehmen, dass Angehörige von PatientInnen in der Regel nicht über die Durchführung von Medikamententestungen informiert wurden bzw. die ärztliche Verordnung spezifischer Präparate und Medikamente nicht in Frage gestellt haben. Erst im Rückblick entstanden Zweifel an der Zweck- und Rechtmäßigkeit der medikamentösen Behandlung. Die Mutter eines Buben, der in regelmäßigen Abständen über 25 Jahre lang an der Abteilung untergebracht war, äußerte den Vorwurf, ihr Sohn wäre als „Versuchskaninchen" verwendet worden (IP36_A:55ff.). Andere Angehörige hingegen verteidigen die Praxis von Medikamententestungen damit, Rett habe „nicht herumexperimentieren", sondern „helfen wollen und dazu musste er natürlich, nachdem es ja vorher nichts gab, Verschiedenes ausprobieren" (IP59_A:9)[341]

IB 503

IB 503, das Rett 1965 zu verwenden begann, zählte mehr als 20 Jahre zu den an der Ambulanz und auf der Station am häufigsten verordneten Medikamenten. 1988 schreibt Rett an einen bei Jugend am Werk beschäftigten Psycho-

---

339. Vgl. ebd. – Zur wissenschaftlichen Diskussion im deutschsprachigen Raum sowie zu Retts Position vgl. Pohl-Zucker 2010.

340 Vgl. IP30_P:182, IP32_P:526ff., IP24_P:90ff.

341 Vgl. zudem IP60_A:87f.

logen, dass das Präparat IB 503 von der Firma Sandoz ausschließlich für seine Abteilung hergestellt wird und „in Übereinstimmung mit dem obersten Sanitätsrat einzig für unsere Abteilung zugelassen und nicht im Handel“[342] ist. Das „Benzodiazepin-Derivat mit einer geringen Abweichung von der Grundstruktur“ läge in der Wirkungsrichtung des Valiums, hätte aber eine geringere sedierende Wirkung. Rett fasst die Bedeutung von IB 503 für seine Praxis wie folgt zusammen: „Für uns hat sich IB 503 sehr bewährt und ist derzeit und seit über 25 Jahren das mildeste und bestwirksamste Sedativum, das wir kennen.“ (ebd.) Nebenwirkungen bestünden ihm zufolge einzig in Müdigkeit bei Überdosierung. Rett bemerkte weiters, das Präparat sei „ausschließlich zur Behandlung erethischer bzw. psychomotorischer Unruhe sowie Schlafstörungen bei hirngeschädigten Patienten eingesetzt“ worden.[343] Die „Sedierung“ habe in vielen Fällen zu einem „deutlich verbesserten Sozialverhalten in Familie und Schule bzw. Kindergarten und Beschäftigungstherapie“ geführt.[344] Die jahrelange Suche nach Präparaten mit analogen Wirkungsweisen wäre Rett zufolge erfolglos geblieben.[345]

Das „Wundermedikament“ (IP12_P:307), das in großen Behältern bei Retts Chefsekretärin, Schwester M., verwahrt wurde, die „eine kleine Pharmazie im Vorzimmer vom Rett“ (IP14_P:97) gehabt habe, sei nicht nur auf der Station ausgegeben, sondern auch an Eltern ambulanter und ehemaliger PatientInnen nach Hause mitgegeben worden.[346] Neben dem im Handel nicht erhältlichen IB 503 sei auch das Antiepileptikum Rivotril (vermutlich in der Zeit, als es als noch nicht für den Handel zugelassenes Testmedikament auf der Station in Verwendung stand) ausschließlich über „Schwester M.“ zu

---

342 Archivbestand Krankenhaus Hietzing, Pav. C/Rosenhügel, Korrespondenzen Rett 2/3 1988. Brief an Dr. Peter Brezovsky, Jugend am Werk, Wien, 27.4.1988.

343 Schreiben an den Vorstand des Pharmakologischen Institutes der Universität Wien am 28.05.1985, KO_R1/1985.

344 Schreiben an die Firma Sandoz vom 28.05.1985, KO_R1/1985.

345 Schreiben an den Vorstand des Pharmakologischen Institutes der Universität Wien am 28.05.1985, KO_R1/1985.

346 IP14_P:98, IP64_P:21. Auch eine Mitte der 1980er Jahre an der Abteilung beschäftigte Krankenpflegerin erinnert sich an den Raum von Schwester M., „voll mit Schachteln“ von Medikamenten. (IP64_P:20ff.). Angehörige an der Station oder der Ambulanz behandelter Kinder bezeugen diese Praxis. IP10_A44ff., IP36_A:183ff. und 275ff. , IP69_A:316ff., IP81_A: 57ff., IP44_A: 173ff., IP60_A:15ff.

beziehen gewesen. Laut Rett habe sie es „nach Maßgabe der Notwendigkeit“ [347] direkt an die Eltern verteilt. (vgl. hierzu auch Kap. 18.4)

Zu Beginn des Jahres 1981 richtete Rett ein verzweifeltes Schreiben an die Abteilung für wissenschaftliche Forschung der Firma Sandoz. Aufgrund des „Auslaufens der letzten Prüfung“ sei es an der Klinik zu „dramatischen Ereignissen, Krisen und Zusammenbrüchen“ gekommen, da

> „(…) Patienten, die jahrelang in ihrem Verhalten erträglich gehalten werden konnten (…) katastrophale Krisen befallen (haben), die z. T. zum Ausschluss aus Kindergarten, Schulen, Werkstätten und Heimen führten. Verzweifelte Familien, die in ihrem Alltag völlig durcheinandergerieten.“

Das Präparat sei „für hunderte von Kindern, Jugendlichen und in den langen Jahren der Behandlung erwachsen Gewordenen e x i s t e n z e r h a l t e n d.“ gewesen (Hervorhebung im Original). Obwohl Rett beteuerte, die „Prinzipien der pharmakologischen Sicherheit“ voll zu befürworten, drängte er „erdrückt von der ärztlichen Verantwortung“ die Firma Sandoz zu einer „Lösung des Problems.“[348]

Auch 1984 dürfte es aufgrund des neuen österreichischen Arzneimittelgesetzes, das IB 503 nicht für den Handel zuließ, zu einem Engpass in der Versorgung der Rett-Klinik gekommen sein. Retts Bemühungen, bei PolitikerInnen sowie wissenschaftlichen KollegInnen zu intervenieren, blieben vorerst erfolglos. Angesichts dessen wandte er sich an das Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz:

> „Unsere Probleme werden immer schwieriger, da wir einfach keine Substanz finden können, die IB 503 auch nur annähernd zu ersetzen vermag. Die Sorgen so vieler Eltern sind also sehr groß und auf anderem Wege einfach nicht zu lösen. (…) So waren wir im vergangenen Jahr gezwungen eine Reihe von Patienten in Pflegeheimen einzuweisen, weil sie in der Familie, in Schulen und Tagesheimstätten untragbar geworden waren.“ [349]

Im Folgejahr ersuchte er, „um die Sache etwas voranzutreiben“, auch die Hersteller-Firma Sandoz zu intervenieren: „Seit über einem Jahr tut sich in der Angelegenheit IB 503 nichts. Die Katastrophe für uns ist perfekt.“[350]

---

[347] Archivbestand Krankenhaus Hietzing, Pav. C/Rosenhügel, Korrespondenzen Rett 3/3 1976. Antwort auf Brief von Franz Thenner, Ombudsmann f. d. Wr. Krankenanstalten und Pflegeheime, Wien, 27.10.1976.

[348] Schreiben an die SANDOZ AG, Abt. Wissenschaftliche Forschung, Basel vom 14.01.1981, KO_R1/1981.

[349] Schreiben an das BM f. Gesundheit und Umweltschutz 28.01.1985/ Korrespondenzen 1985/1, vg. unadressierter Erfahrungsbericht vom 24.06.1985, KO_R1/1985.

[350] Schreiben an die Firma Sandoz vom 28.05.1985, KO_R1/1985.

Letztlich konnte das Präparat der Abteilung wieder zur Verfügung gestellt werden, wann und auf welchem Wege dies gelang, konnte auf Basis der Korrespondenzen nicht geklärt werden. Die Versorgungslage scheint allerdings prekär geblieben zu sein. Noch Mitte März 1989, kurz vor seiner Pensionierung, ersuchte Rett die Firma Sandoz, eine größere Menge IB 503 zu liefern, da sich die Vorräte an der Klinik wiederum dem Ende zuneigen würden.[351]

Wenngleich Rett die Behandlung mit IB 503 als unerlässlich erklärte, wurde die Wirkungsweise des Präparats nachträglich von MitarbeiterInnen der Abteilung als nur wenig effektiv eingeschätzt: „Das ist für mich so ähnlich wie das Gescheitheitssaftl Encephabol[352] für mich, Null Wirkung." (IP29_P:283ff.; vgl. zudem IP12_P:237ff.)

Die genauen Wirkungen des Medikaments IB 503 und die Art und Weise, wie das Präparat auf der „Rett-Klinik" als zentrale Stütze der medikamentösen Behandlung von Unruhezuständen der PatientInnen eingesetzt wurde, welche Verbindungen zur Herstellerfirma bestanden und welche rechtlichen Möglichkeiten er ausschöpfte, das nicht für den Handel zugelassene Medikament in großem Umfang zu verabreichen, konnten im Rahmen dieser Studie nicht im Detail geklärt werden. Es zeigt sich aber deutlich, dass IB 503 ein wichtiges Verbindungsglied zwischen Rett, seinen PatientInnen und deren Familien darstellte. Mit der Praxis der Verschreibung und Ausgabe, die ausschließlich über die „Rett-Klinik" möglich waren, scheinen jedenfalls Abhängigkeitsverhältnisse installiert und gefestigt worden zu sein, die Retts monopolistische Position in der Behandlung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Österreich und darüber hinaus stützten.

Epiphysan

Im Rahmen einer in den Medien geführten Debatte im Jahr 2013 sowie im Kontext einer wissenschaftlichen Studie zur Kinder- und Jugendpsychiatrie der 1950er bis 1980er Jahre in Tirol wurde der Einsatz triebdämpfender Me-

---

351 Brief an Geschäftsführung der Firma Sandoz, Wien vom 15.3.1989, KO_R3/1988.

352 Encephabol ist ein stimulierendes Präparat, das auf der Abteilung Rett häufig zum Einsatz kam. Rett selbst erwähnte 1971, Encephabol bereits seit zehn Jahren in der Behandlung entwicklungsgestörter Kinder anzuwenden. Es sei zwar kein Einfluss des Medikaments auf die Intelligenzleistung der behandelten Kinder festzustellen, jedoch eine Zunahme der Aktivität bei antriebsarmen Kindern. Kontraindiziert sei Encephabol bei erethischen Kindern, deren zerebrale Krampfbereitschaft sich zudem bei einer zu hohen Dosierung steigere. In seiner eigenen klinischen Praxis wolle er Encephabol „ heute jedenfalls nicht mehr missen", wenn ihm auch die Grenzen der Wirksamkeit bekannt seien. Brief von Andreas Rett an den Hans Marseille Verlag vom 15.10.1971, KO_R2/1971.

dikamente, speziell des Präparats Epiphysan problematisiert (vgl. Sperk/Dietrich-Daum et al. 2013). Epiphysan, ein Extrakt aus der Zirbeldrüse junger Rinder, wurde ursprünglich vornehmlich in der Veterinärmedizin eingesetzt und war bis 1994 im Handel erhältlich, die Zulassung des Präparats wurde allerdings erst 2000 aufgehoben (vgl. Sperk 2013).

Auch Andreas Rett war ein Befürworter der Triebdämpfung mit Epiphysan, das er jahrzehntelang verordnete. Die Sexualität behinderter Menschen stellte für ihn ein Problem dar, dem Eltern und Ärzte aktiv, wenn nötig auch medikamentös, zu begegnen hätten. Behinderte Kinder würden eine spezielle Sexualentwicklung durchlaufen, die Eltern, ÄrztInnen und PädagogInnen bewusst sein sollte, um die richtigen Strategien im Umgang mit dem „Problem" anzuwenden. Seine Anschauungen dazu, die er in unzähligen Vorträgen und Publikationen verbreitete (vgl. u.a. Rett 1971 sowie Rett/Seidler 1981), lassen sich in etwa wie folgt zusammenfassen:

Entgegen der „noch oft gehörten Auffassung, daß mit verzögerter körperlicher und geistiger Entwicklung auch die Sexualität retardiert sei", ereigne sich nach Rett die sexuelle Entwicklung unabhängig von anderen Entwicklungsprozessen. Neurophysiologisch ließe sich das folgendermaßen erklären: „Wir meinen also, daß die Steuerungsorgane der Sexualität in solchen ‚tieferen' Regionen lokalisiert und gegenüber entzündlichen, vasculären und enzymatischen Störungsmöglichkeiten gesichert sind."[353] Allerdings würde die sexuelle Entwicklung beim „hirngeschädigten" Jugendlichen um einiges komplizierter und konfliktreicher als beim „normalen" Jugendlichen ablaufen. Die Komplikationen würden nicht nur die Jugendlichen selbst, sondern insbesondere auch ihre Eltern betreffen. Um nun Problemen entgegenzuwirken, sollten nach Rett in erster Linie die Eltern über den richtigen Umgang mit sexuellen Regungen ihrer Kinder aufgeklärt werden, wobei die Strategie klar auf die Vermeidung von Reizen ausgerichtet war. In einigen Fällen sei es neben der „pädagogischen Führung" indiziert, auch Medikamente zur Eindämmung der Sexualität zu verabreichen.

Die medikamentöse Steuerung v.a. durch Epiphysan diente weniger dazu, das psychische Wohlbefinden seiner so behandelten PatientInnen zu steigern. Im Mittelpunkt seiner niedergeschriebenen Überlegungen hierzu zeigt sich vielmehr die Absicht, sozial störende Verhaltensweisen zu vermeiden bzw. zu reduzieren, d.h. es ging vorrangig um Interessen des sozialen Umfeldes

---

353 Archivbestand Krankenhaus Hietzing, Pav. C/Rosenhügel, Korrespondenzen Rett 1/1 1972. Andreas Rett, F. Frauendorfer. Zur sexuelen Problematik Hirngeschädigter. Ungedr. Manuskript 1972. S. 2.

und nicht um die der Person mit Behinderung. In der ersten Auflage der Publikation „Das hirngeschädigte Kind“ von 1971 findet sich Retts Position hierzu folgendermaßen zusammengefasst:

> „Da die Umwelt, also die Gesellschaft, die sexuelle Betätigung von verhaltensgestörten Hirngeschädigten nicht dulden kann, weil die Grenzen dessen, was man ‚Schicklichkeit‘ nennt, eingehalten werden sollen, ist es durchaus verständlich und sicher auch richtig, hier einzugreifen. (…) So muss also unsere Aufgabe einerseits darin bestehen, durch entsprechende erzieherische Maßnahmen alle provokatorischen und stimulierenden Möglichkeiten auszuschalten. Enger körperlicher Kontakt, falsche Ernährung und Schlafgewohnheiten, starke optische Eindrücke u. v. a. m. bilden einen breiten Bogen solcher Reize, die zu vermeiden sind. Andererseits ist die Unterstützung dieser Maßnahmen durch entsprechende Medikation in vielen Fällen notwendig und auch möglich.“ (Rett 1971:102f.)

1972 gab Rett an, Epiphysan seit 16 Jahren zu verabreichen, da es sowohl wirksam als auch hinsichtlich der körperlichen und intellektuellen Nebenwirkungen selbst bei jahrelanger Anwendung ungefährlich sein. Das Medikament habe er „in einem von uns betreuten Heim“ in einem Doppel-Blindversuch getestet und dabei festgestellt, dass die Frequenz der Masturbation „wesentlich verringert wurde“. Insgesamt geben er und sein Co-Autor F. Frauendorfer an, 542 Kinder, Jugendliche und Erwachsene „Hirngeschädigte“ behandelt zu haben. Verwendet wurde das Präparat Revitorgan Nr. 23 der Firma Vitorgan[354] in Stuttgart, die auch das Produkt für die Studie zur Verfügung stellte.[355]

Im Rahmen der wissenschaftlichen Studie sollte eine Reihe von Fragen geklärt werden. Die erste Frage bezog sich auf eine mögliche positive Auswirkung der Verabreichung von Epiphysan, auf den Heim-Alltag. Denn Masturbation stelle in diesem Kontext den Autoren zufolge ein Problem dar, das sich als „Gemeinschaftslaster“ in kürzester Zeit ausbreite und disziplinär kaum zu beeinflussen sei. Weitere Fragen betrafen den Einfluss des Medikaments auf den Zyklus weiblicher Jugendlicher, auf Verschiebungen im Hormonhaushalt von Jugendlichen, auf die Folgen der Unterbindung von

---

354 Rett stand im persönlichen Briefverkehr (1971, 1972) mit Dr. Karl Theurer, dem Gründer der Firma Vitorgan. Über das Epipysen-Extrakt der Firma weiß er 1972 viel Positives zu berichten, während ihm die Sinnhaftigkeit der Anwendung anderer Produkte der Firma als fragwürdig erscheint. Brief an Prof. Dr. Robert Beckmann, Freiburg im Breisgau, 21.6.1972, KO_R1/1972.

355 Archivbestand Krankenhaus Hietzing, Pav. C/Rosenhügel, Korrespondenzen Rett 1/1 1972. Andreas Rett, F. Frauendorfer. Zur sexuelen Problematik Hirngeschädigter. Ungedr. Manuskript 1972, KO_R1/1972.

Masturbation auf körperliche und geistige Leistungsfähigkeit und Verhalten, sowie auf die Dosierung. Das Heim Gallneukirchen bot den Autoren ein ideales Setting für ihre Studie, waren doch von den 72 dort untergebrachten Jugendlichen dem Pflegepersonal 58 dafür bekannt, dass sie regelmäßig masturbierten. 4 Gruppen wurden gebildet und in separaten Schlafräumen untergebracht: jeweils 10 männliche und 5 weibliche Jugendliche in der Medikamentengruppe und jeweils 10 männliche und 4 weibliche Jugendliche in der Placebogruppe. Die PatientInnen sollten im Untersuchungszeitraum vom Pflegepersonal nicht auf die Masturbation angesprochen und auch nicht dafür bestraft werden. Das Verhalten der ProbandInnen wurde durch Tür- und so genannte Einschaufenster beobachtet.

Wenn das Experiment auch, wie die Autoren selbst einräumen, nicht auf exakten wissenschaftlichen Methoden basierte, so wurde doch ein „eklatanter Therapieerfolg" festgestellt. Neben dem Rückgang der Masturbation beobachteten die Studienleiter in der Medikamentengruppe eine Verminderung der Aggressivität und der Perseverationstendenzen, eine Verbesserung des Nachtschlafs sowie einen Anstieg von Appetit und Arbeitsleistung. Zur Langzeittherapie mit Revitorgan 23 bemerkten die Autoren, dass die Auswirkungen an 72 über einen Zeitraum von 6 Monaten getesteten Kindern (darunter 7 Kleinkinder im Alter von 10 Monaten bis 3 Jahren) als positiv zu bewerten seien.

Auch in einem Mitte 1973 verfassten Brief an eine Ärztin der Landesnervenklinik Berlin berichtet Rett positiv über seine Erfahrungen mit Epiphysan. Er gibt an, vor 20 Jahren (ergo 1953) bei „extremen" Fällen mit der Injektion von Epiphysenextrakten (Epiphysan – Disperga) begonnen zu haben und seit 4 Jahren (ergo 1969) das Präparat Revitorgan 23, bei dem es sich um eine Verdünnung von Epiphysenextrakt handle, zu verwenden. Die Therapiedauer gibt er als unterschiedlich an. Bei etwa einem Drittel des „Krankengutes" wende er eine Injektion 1x wöchentlich an, meist 3-5 Mal „bis zum Sistieren des Masturbierens". Etwa die Hälfte der so Behandelten würde ca. 1-2 Jahre unauffällig bleiben, während die Injektions-Serie bei der anderen Hälfte nach 3-5 Monaten wiederholt wurde. Ein weiteres Drittel der betroffenen PatientInnen erhalte eine wöchentliche Injektion des Präparats über Monate hinweg, meist ein Jahr lang, und die dritte Gruppe erhalte das Medikament als Dauertherapie.

Der Brief, den Rett hier beantwortete, liegt zwar nicht vor, es dürfte sich aber um eine Anfrage einer Kollegin betreffend die Behandlung von weiblichen Jugendlichen handeln, die der Psychiaterin aufgrund ihres unangepassten Sexualverhaltens vorgestellt worden sind, wie aus Retts Formulierung gefolgert werden kann:

> „Nun zu dem von Ihnen angesprochenen Krankengut. Wir haben solche Fälle, es handelt sich allerdings nur um 8 Mädchen und um 2 Burschen, allerdings nur im Sinne einer Debilität. Bei 4 Fällen hat die Therapie für ca. 3-4 Monate eine Besserung gebracht. Die übrigen entzogen sich unserer Behandlung.(…) Ich darf nebenbei bemerken, daß wir bei solcherart gefährdeten Mädchen grundsätzlich und derzeit noch gegen den Buchstaben des Gesetzes die Eileiterunterbindung durchführen."[356]

Beachtenswert ist, dass Rett, trotzdem er selbst einräumt außerhalb des gesetzlichen Rahmens zu agieren, offen von der Sterilisation „gefährdeter Mädchen" spricht und diese Maßnahme auch weiterempfiehlt (vgl. auch Kapitel 25).

Interessant ist auch seine Erklärung, wie er auf den möglichen Einsatz Epiphysans in seinem Wirkungsfeld kam:

> „Was nun die Literatur anlangt, so ist dazu kein Hinweis aus der Humanmedizin vorhanden, zumindest soweit ich die Literatur überblicke. Meine Hinweise erhielt ich aus der Veterinär-Medizin, in der es einige ältere Arbeiten gibt. Mich machte ein Tierarzt auf diesen Effekt aufmerksam. Androcur[357] haben wir versucht, es hat nicht nur keine besseren Resultate gebracht, sondern war auch kostspieliger und, wie Sie zurecht betonen, auf lange Sicht problematisch." [358]

1981 gab Rett an, auf durchwegs positive Erfahrungen mit mehreren hundert PatientInnen, die er in den letzten 17 Jahren mit Epiphysan behandelt hätte, zurückblicken zu können. Nebenwirkungen und Langzeitfolgen seien nie beobachtet worden.[359] Der Pharmazeut Günther Sperk hingegen schließt 2013 in seinem Beitrag zum Bericht der medizinisch-historischen Expertenkommission, die zur Aufarbeitung der Praktiken an der Innsbrucker kinderpsychiatrischen Beobachtungsstation unter der Leitung von Maria Novak-Vogl eingesetzt worden war, Nebenwirkungen nicht aus: Mattigkeit und eine Steigerung der Krankheitssymptome zu Beginn der Therapie wären ebenso möglich wie eine Atrophie der Gonaden (Gewebsschwund der Geschlechtsdrüsen).[360]

Aber die Auswirkungen auf das Befinden der mit Epiphysan behandelten PatientInnen stand, wie oben schon erwähnt, nicht im Vordergrund von Retts

---

356 Brief an Dr. Balla, Landesnervenklinik Berlin vom 16.8.1973, KO_R1/1973.

357 Androcur ist ebenfalls ein triebdämpfendes Hormonpräparat.

358 Brief an Dr. Balla, Landesnervenklinik Berlin vom 16.8.1973, KO_R1/1973.

359 Brief an Dr. Kryspin-Exner, Vorstand der psychiatrischen Universitätsklinik Innsbruck vom 19.01.1981, KO_R1/1981.

360 Günther Sperk, Pharmakologische Beurteilung des Präparats Epiphysan. In: Bericht der medizinisch-historischen ExpertInnenkommission, Innsbruck November 2013, 64-69; 65.

Überlegungen, wie zahlreiche seiner Äußerungen augenscheinlich machen: „Wir wären arm, hätten wir diese Substanz nicht“, da „heftige Verhaltens-Krisen, die wir im Rahmen sexueller Erregungszustände erleben“ [361], auf diese Weise so weit in den Griff zu bekommen seien, dass Patienten in ihren Familien oder in Institutionen „zu halten sind“ (ebd.). Eltern würden sich oft melden und eine erneute Behandlung wünschen (vgl. ebd.). In der 5. Auflage des Standardwerks „Das hirngeschädigte Kind“ (Rett/Seidler 1981) findet sich in einem kurzen Absatz zur medikamentösen Steuerung der Sexualität von Menschen mit Behinderungen folgender Satz – zu beachten ist dabei das Wort „damit“, das zum Ausdruck bringt, dass die Beseitigung der Unruhe Mittel zum Zweck war:

> „Es ist uns jedenfalls bisher häufig gelungen, das Sexualverhalten geistig Behinderter so zu steuern, daß die manchmal quälende innere und äußere Unruhe der Patienten beseitigt und *damit* ihr Sozialverhalten erträglich wurde.“ (Rett/Seidler 1981:281, Hervorhebung GW/KG)

Rett dürfte das Medikament hauptsächlich seinen ambulanten PatientInnen verschrieben haben, während es sich in den Krankenakten der Station eher selten vermerkt fand.[362] Bei den stationären Fällen war primär beabsichtigt, sexuelle Bedürfnisse oder vielmehr das Ausagieren derselben zu verhindern bzw. zu reduzieren. Einem ehemals an der Abteilung tätigen Psychologen zufolge sei das Präparat jedoch nicht ausschließlich zur Triebdämpfung eingesetzt worden, sondern auch zur Aggressionsminderung allgemein (vgl. IP11_P:181f.). Folgende Fallbeispiele geben exemplarisch Einblick in die Praktiken im stationären Betrieb:

Ein fünfzehnjähriges Mädchen mit der Diagnose „Encephalopathie, akut psychotisches Zustandsbild“ wurde im Zuge ihres dreimonatigen Aufenthalts 1983 an der “Rett-Klinik“ mit Epiphysan behandelt. Aufgenommen wurde sie zur Abklärung ihrer „zunehmenden Aggressionszustände“ (KG102b_R), laut Angaben der Mutter hätten Autismus und Verhaltensschwierigkeiten in der Pubertät zugenommen. Folgend wurde dem Mädchen neben diversen Psychopharmaka auch Epiphysan verordnet, dabei scheint es vor allem um die Reduktion auto- und fremdaggressiven Verhaltens gegangen zu sein. Inwiefern ergänzende therapeutische Behandlungen durchgeführt wurden, ist aus der Krankenakte nicht ersichtlich. Eine mögliche Wirkung des verab-

---

[361] Brief an Prof. Dr. Kryspin-Exner, Vorstand d. Psychiatrischen Univ. Klinik Innsbruck vom 19.1.1981, KO_R1/1981.

[362] Vgl. KG102b_R, KG76b_R, KG112b_R, KG137a_R, KG65a_R, KG88a_R, KG137a_R, KG169a_R, KG164a_R, KG141a_R.

reichten Epiphysans auf das Verhalten des Mädchens ist in der Krankenakte nicht verzeichnet (vgl. ebd.).

Bei einem 1988 bereits zum dritten Mal stationär an der Abteilung aufgenommenen 23jährigen Mann stand die Reduktion sexueller Bedürfnisse im Vordergrund. In der Krankengeschichte ist angegeben, er werde wegen „zunehmender Verhaltensstörung, insbesondere Grobheiten und sexuelle Belästigungen gegen andere Jugendliche“ zur Beobachtung aufgenommen. Der junge Mann, der in einem Heim der Lebenshilfe in Niederösterreich wohnte, wird in der Krankengeschichte als „freundlich“ und „umgänglich“ beschrieben. Nach erfolgreicher Einstellung auf Epiphysan wurde er entlassen, das Medikament wurde den BetreuerInnen der Lebenshilfe zur weiteren Behandlung im Heim mitgegeben. (KG76b_R)

Ein 1975 zum dritten Mal für fünf Wochen zwecks „Schulversuch“ aufgenommener 9jähriger Bub wurde ab diesem Zeitpunkt jahrelang – wie aus der Krankenakte hervorgeht – mit Epiphysan behandelt. Dem Buben, bei dem eine „Encephaloptahie, Autismus, psychomotorische Unruhe“ (KG112b_R) diagnostiziert wurden, wurde das Medikament verordnet, da er laut Krankenakte „masturbiert“, „recht fröhlich in Nachbarbetten klettert und sich breit macht“. Verordnungen von Epiphysan finden sich auch für alle Folgeaufenthalte verzeichnet. Bei seinem zehnten Aufenthalt im Jahre 1988 wurde ihm seit Beginn des Aufenthalts einmal wöchentlich intravenös Epiphysan verabreicht, offensichtlich mit dem gewünschten Effekt: In der Krankenakte findet sich der Eintrag: „Fallweise zieht er im Bett Kleidung aus bzw. die Bettwäsche ab, kein Onanieren unter Epiphysan bemerkt“ (ebd.). Auch im Rahmen seines letzten Aufenthaltes 1989 wurde Epiphysan verordnet.

Sexuelles Interesse gab auch im Fall eines 17jährigen Patienten Anlass zur Behandlung mit Epiphysan. Bei dem an spastischer Tetraperese leidenden Jugendlichen wurde im Zuge seines Aufenthalts im Jahr 1980 „distanzloses“ Verhalten beobachtet. Die entsprechenden Vermerke in der Krankengeschichte lauten: „versucht sich an die Schwestern anzuschmiegen, redet überall drein, kritiklos, drückt sich vor jeder Arbeit, läuft den großen Mädchen nach.“(KG164a_R)

Elektroschock-Behandlungen

Von zwei früheren MitarbeiterInnen und einem ehemaligen Patienten der “Rett-Klinik” wurde der Einsatz von Elektroschocks als therapeutische Maßnahme in der Frühzeit der Abteilung thematisiert. In den ausgewerteten Krankenakten hingegen fanden sich keine Hinweise auf solche Behandlungsversuche. Dies könnte zum einen durch die geringe Anzahl an Krankenakten aus der Lainz-Phase der Klinik bedingt sein. Zum anderen dürften,

so deuten die Interviewaussagen an, solche Behandlungen nicht besonders häufig erfolgt sein.

In einem Interview wurde berichtet, dass die „schaurige Elektroschocktherapie“ auf Anregung von Retts Kollegen Walter Birkmayer (vgl. zu dieser Person den Beitrag von Leo in diesem Band) erfolgt sei:

> „(…) Birkmayer war ein großer Anhänger der Elektroschocktherapie, der hat das auch bei Depression angewendet, auch damals noch in den 1970er Jahren.“ (IP11_P:20ff.)

Ein ehemaliger Patient, der Anfang der 1960er Jahre an der „Rett-Klinik“ stationär aufgenommen gewesen war, gab an, als Fünfjähriger aufgrund von Verhaltensstörungen bzw. „sexueller Aktivität“ im Keller der Klinik von Rett mit Elektroschocks behandelt worden zu sein. Er berichtete von bis heute belastenden und beeinträchtigenden Folgen dieser Behandlung (vgl. IP95_P). Die früheren MitarbeiterInnen der Abteilung schilderten einzelne Elektroschock-Behandlungen noch in der ersten Hälfe der 1970er Jahre. Im Falle eines jugendlichen, an Epilepsie leidenden Mädchen sei dies ebenfalls mit Verhaltensstörungen begründet gewesen, so der Mitarbeiter (vgl. IP11_P:16, 39ff. und 113). Über die näheren Umstände und Beweggründe für diese Behandlungen liegen nicht ausreichend Informationen vor, sodass eine Bewertung dieser sicher nicht zum gängigen Repertoire der „Rett-Klinik“ zählenden Behandlungsform nicht möglich ist.

Abschließend ist darauf zu verweisen, dass die die medizinische Versorgung sowie die fachlichen medizinischen Standards an der „Rett-Klinik“ retrospektiv seitens einstiger MitarbeiterInnen sowie Angehöriger ehemaliger PatientInnen sehr unterschiedlich eingeschätzt wurden. Während einige den Leiter der Abteilung und dessen Fachlichkeit in höchsten Tönen lobten, stellten andere seine fachliche Kompetenz in Frage. Seine soziale Kompetenz, sowohl im Umgang mit den PatientInnen als auch mit den Eltern, wurde überwiegend positiv hervorgehoben.[363]

Die Recherchearbeiten zur medizinischen Versorgung auf dem „Rett-Pavillon“ haben jedenfalls mehr Fragen aufgeworfen, als im Rahmen der Studie beantwortet werden konnten. Eine Bewertung der medizinischen Standards und der Angemessenheit von Maßnahmen stellte sich als schwierig durchzuführen dar, da mit Ausnahme des Pavillon 15 der Anstalt „Am Steinhof“ Vergleiche mit anderen österreichischen und internationalen Ein-

[363] IP53_P:14ff., IP 88_P:47f.

richtungen, an denen Kinder und Jugendliche mit Behinderungen betreut wurden, nicht zu leisten waren; hierzu fehlt es auch an entsprechenden empirischen Studien, die für einen Vergleich herangezogen werden könnten. Weiterer Forschungsbedarf besteht insbesondere hinsichtlich der Testung von Medikamenten und der jahrelangen Verwendung des während des gesamten Untersuchungszeitraums nicht für den Handel zugelassenen IB 503, das eine wesentliche Stütze von Retts medikamentösem Behandlungskonzept darstellte und nach seiner Pensionierung aus dem Kanon der sedierenden Medikamente am Rosenhügel gestrichen wurde. Die rechtlichen Voraussetzungen für den Einsatz des Präparats, Retts Kooperation mit der Herstellerfirma sowie seine Rechtfertigungsstrategien gegenüber offiziellen Stellen liegen noch im Dunkeln.

An dieser Stelle muss auch die Frage nach der umfangreichen Tätigkeit der Ambulanz und der medizinischen Versorgung ambulanter PatientInnen offen bleiben. Die Einflusssphäre der Klinik ging weit über die medizinische Behandlung der stationär untergebrachten PatientInnen hinaus und erstreckte sich auf Kinder und Jugendliche, die in Familien und Heimen in ganz Österreich lebten. Die Ambulanz stellt, so machen die gewonnenen Einblicke sichtbar, für die Bewertung des medizinischen Wirkens Retts den wesentlich bedeutsameren Teilbereich der „Rett-Klinik“ dar, den es erst umfassend zu erforschen gilt.

21. Lebensalltag und stationäre Pflege- und Betreuungssituation der PatientInnen

Hemma Mayrhofer

Die Rekonstruktion der Lebenssituation und -qualität der Kinder, Jugendlichen und erwachsenen Personen mit Behinderungen, die an der „Rett-Klinik" stationär untergebracht waren, weist aufgrund der spezifischen Datenlage starke Limitationen auf. So konnten nur einzelne Interviews mit ehemals dort stationär aufgenommenen Personen geführt werden und die Angehörigen verfügten häufig über wenig gesicherte Erinnerungen an den Stationsalltag – sie hatten dort auch nur begrenzt Zutritt. Zudem wurden in den Krankenakten kaum verwertbare Dekurse und sonstige Ereignisse während des Aufenthalts der PatientInnen auf der Station festgehalten. Damit stützen sich die nachfolgenden Ausführungen vorrangig auf Erinnerungen ehemaligen Personals der Abteilung, aber auch des institutionellen Umfeldes, nur vereinzelt können Erzählungen von betroffenen Personen oder ihren Angehörigen hinzugezogen werden.

Grundsätzlich gilt es bei der Diskussion der Lebens- und Betreuungssituation von stationär in der „Rett-Klinik" aufgenommenen PatientInnen zwischen solchen zu unterscheiden, die sich nur für kurze Zeit zur Durchuntersuchung oder aus anderen medizinischen Anlässen (etwa zur Vorbereitung oder Nachversorgung rund um einen operativen Eingriff) auf der Abteilung befanden, und jenen, die länger- bis langfristig dort untergebracht waren. Bemerkenswerter Weise wurden Erstere in den Interviews eher nur nebenbei erwähnt, im Mittelpunkt der Gespräche standen die Kinder, Jugendlichen oder (jungen) Erwachsenen mit längeren Aufenthalten. Ihr Anteil an der Gesamtzahl der stationär aufgenommenen PatientInnen wurde zumeist auch relativ hoch – vermutlich manchmal etwas zu hoch – eingeschätzt.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich die Erzählungen über längere stationäre Aufenthalte auf der „Rett-Klinik" zumeist deutlich von jenen über den „Kinderpavillon" des Psychiatrischen Krankenhauses Baumgartner Höhe unterscheiden. Sie lassen insgesamt eindeutig bessere Versorgungs- und Betreuungsbedingung für die stationär aufgenommenen Kinder, Jugendlichen und (jungen) Erwachsenen mit Behinderungen erkennen. Der Vergleichsbezugspunkt macht dies allerdings nicht wirklich schwierig, sodass sich davon

keineswegs zwangsläufig ableiten lässt, dass die Versorgungs- und Betreuungssituation der PatientInnen an der „Rett-Klinik“ den zeitgemäßen Standards entsprach. Zu bedenken ist bei jedem Vergleich zudem, dass die Untersuchungszeiträume nicht ganz deckungsgleich sind und die Situation ab ca. 1984 eher mit Pavillon 17 bzw. anderen Unterstützungsangeboten für Menschen mit Behinderungen aus dieser Zeit zu vergleichen wäre.

Vorauszuschicken ist noch, dass die Interviews kein einheitliches Bild liefern, die Erinnerungen unterscheiden sich teils beträchtlich voneinander. Von manchen wird die Lebensqualität in der stationären Unterbringung als „sehr eingeschränkt“ (IP12_P:157) erinnert, u.a. auch bedingt durch strukturelle Aspekte. Andere resümierten, dass es den „Kindern“, wie die PatientInnen häufig verkürzt zusammengefasst genannt wurden, den Umständen entsprechend gut auf den Stationen gegangen und die „Rett-Klinik“ für manche sogar eine Art Zuhause geworden sei.[364] Folgende Interviewzitate sollen die Bandbreite der Bewertungen illustrieren:[365]

> „Es war auf der Station immer (eine) sehr fröhliche Stimmung. Also die Kinder haben viel gelacht und jeder, der so auf Besuch gekommen ist, hat gesagt, sie haben sich das ganz schlimm vorgestellt. Sie haben sich gedacht, meine Güte, ich meine es waren natürlich von den Geräuschen her, die Kinder haben geschrien so komisch manchmal, aber das war mit lachendem Gesicht zum Beispiel, (…) natürlich waren sie manchmal zuwider auch, nicht? Aber es war- die Schwester (Vorname, Anm. d. Verf.) war so ganz eine bodenständige und hat immer einen Schmäh gehabt und hat halt dem einen Kinderl dann was weiß ich, irgendwas, gekitzelt oder so und also ich habe das auf der Station sehr, sehr freundlich empfunden.“ (IP67_B:103; zeitl. Bezug: 2. Hälfte 1970er und 1. Hälfte 1980er Jahre)

> B: „Es war okay. Also ich bin mit dem Großteil gut ausgekommen.“
> I: „Mit wem sind Sie denn nicht gut ausgegangen?“
> B: „Ich glaube mit einer Schwester. (…) Das war die einzige, mit der-, mit dem Großteil bin ich ausgekommen. (…) Die war ziemlich streng auch (B lacht).“ (IP70_B:375ff.; zeitl. Bezug: 1970er bis Mitte 1980er Jahre)

> „(…) und was da so gruselig war, weil es hoffnungslos war, weil so wenig getan wurde.“ (IP39_P:79; zeitl. Bezug: Mitte 1980er Jahre)

---

364 Vgl. IP22_P:352; IP25_P:67 und 108; IP30_P:29; IP39_P:79; IP53_P:526ff. und 544; IP8_P:154; IP67_B:103; IP39_P:79ff.; IP70_B:375ff.

365 Es sei nochmals auf die in den Kurzverweisen enthaltenen Hinweise auf die soziale Rolle bzw. Funktion der befragten Personen hingewiesen: P = Personal (inkl. Personal des institutionellen Umfeldes und regelmäßig ehrenamtlich tätigem Personal), B = Betroffene/r, A = Angehörige/r, E = ExpertIn.

> „Die Lebensqualität. Das hängt jetzt von der Perspektive ab, die man einnimmt. Aus der Perspektive der Integration behinderter Menschen, die zu diesem Zeitpunkt zumindest in Europa schon weit verbreitet war, (…) waren es historische Bedingungen, zum überwiegenden Teil extremer Isolation. (…) Aus der Perspektive einer karitativ-kustodialen Betreuungsideologie her war es eh ganz okay. Es hat dort niemand Hunger gelitten, also es ist nicht geprügelt worden, es war keine übermäßige sedierende Medikation.“ (IP8_P:154; zeitl. Bezug: 1980er Jahre)

Die Gründe für diese Differenzen dürften unterschiedlicher Natur sein: Einerseits deutet sich eine Veränderung der Pflege- und Betreuungssituation im Laufe der Zeit an. So werden dieUnterbringungsbedingungen der PatientInnen aufgrund der unzulänglichen Räumlichkeiten auf Pavillon XVII im Altersheim Lainz bzw. der dortigen materiellen Ressourcensituation, aber auch der noch niedrigeren personellen Ressourcen in der Mehrheit als wenig adäquat beschrieben: „Es war halt so wahnsinnig primitiv und so arm.“ (IP67_B:79) Auch in Bezug auf Pflege und Betreuung deuten sich in manchen Quellen für die Lainz-Phase problematischere Zustände bzw. Standards an als für die Rosenhügel-Periode der „Rett-Klinik“, allerdings ist die Datenlage zu dünn, als dass diesbezüglich zuverlässige Aussagen getätigt werden könnten.

Andererseits sind auch Unterschiede zwischen den verschiedenen Stationen der „Rett-Klinik“ zu vermuten bzw. wurden solche Unterschiede von InterviewpartnerInnen thematisiert (vgl. Kap. 21.3). Und drittens stehen die ZeitzeugInnen heute in merkbar differierender Nähe bzw. Distanz zu ihrer einstigen Arbeitsstätte: Während einige nach wie vor eine große Verbundenheit mit der Einrichtung und ihrem Gründer und Vorstand zeigen, stehen andere diesen mittlerweile deutlich kritisch gegenüber – bei manchen dürfte auch seinerzeit schon eine kritisch-reflektierende Haltung gegeben gewesen sein. Nicht zuletzt ist von Bedeutung, dass sich die Bewertungsmaßstäbe für eine angemessene bzw. menschenwürdige Lebens- und Unterstützungssituation für Menschen mit Behinderungen im Untersuchungszeitraum und auch in der Zeit danach stark änderten. In den nachfolgenden Ausführungen wird immer wieder auf die teils uneindeutigen oder widersprüchlichen Ergebnisse hinzuweisen sein.

21.1. Physische Versorgung

Die Ernährung wird in der Regel für den gesamten Untersuchungszeitraum als ausreichend beschrieben, wobei für die Lainz-Periode keine näheren Informationen vorliegen. Für den Rosenhügel konnten im Archiv auf Pavillon

C noch Speisepläne bzw. „Kostverschreibungen“, also Listen zur Essensanforderung aus dem Jahre 1975 gefunden werden, auf denen u.a. verschiedene Diet- bzw. Schonkostformen gewählt werden konnte.

Zudem berichteten interviewte Pflegekräfte davon, dass sie auf den Stationen teilweise für die Kinder dickflüssige bzw. breiförmige Speisen zubereitet hatten:

> „Es gab damals noch wenig an Breikost, es war auch so, dass man das, was man an breiiger Kost benötigt hat, selbst hergestellt hat. Wir haben da einen großen Mixer gehabt und zum Teil Eier gehabt, Milch, Schlagobers, solche Sachen, wo man dann hochkalorisch versucht hat, Bananenmilch mit Schlagobers oder mit einem Eidotter noch dazu hinein oder Kakao mit Dotter und Milch und Zucker und ein bissl Glucose noch dazu hinein.“ (IP12_P:135) [366]

Vereinzelt wurde Kritik geäußert, dass die Ernährung nicht gesund gewesen sei und bei PatientInnen Verstopfungen verursacht habe (vgl. IP64_P:31). In einem Interview wurde auch davon berichtet, dass manche Pflegepersonen begehrtere Speisen, etwa Süßigkeiten und Obst, nicht immer an die PatientInnen weitergegeben, sondern zur „Selbstversorgung“ einbehalten hatten (vgl. IP12_P:157ff.).

Mehrfach kritisch thematisiert wurde in den Gesprächen, dass die stationär aufgenommenen Kinder und Jugendlichen (zu) wenig darin gefördert worden seien, selbstständig zu essen. Folgende Interviewausschnitte illustrieren dies, der erste stammt aus einem Gespräch mit psychologischem Personal, der zweite aus einem Interview mit einer Angehörigen:

> „Es geht sehr viel geschwinder, wenn die Schwester das Kind füttert als wenn ich mit einem Kind ein Esstraining mache. (…) Und da haben wir dann beschlossen, wir machen ein Esstraining, sind dann jeden Tag zu Mittag hinaufgegangen und haben dann mit ein paar Kindern eben Esstraining gemacht. (…) Das hat natürlich schon Unruhe auf der Station gemacht. (…) Ja also sie (die Schwestern, Anm. d. Verf.) haben keine besondere Freude mit uns gehabt.“ (IP9_P:89ff.; zeitl. Bezug: vermutl. Lainz-Periode)

> „Also gegessen hat er zuhause eh mit dem Löffel und dort haben sie ihm nicht Essen gegeben, sondern sie haben ihn gefüttert. Na warum das?“ (IP36_A:32; zeitl. Bezug unklar, Sohn war ab Anfang der 1970er Jahre in Behandlung)

Das im ersten Gespräch erwähnte Esstraining dürfte sich auf die Zeit der Klinik auf Pavillon XVII beziehen und verfolgte u.a. das Ziel, den Kindern „eine bessere Chance“ (IP9_P:103) zu ermöglichen – wofür, wurde nicht gesagt. Die Initiative wurde nach einiger Zeit wieder eingestellt. Nur rudi-

---

366 Vgl. zudem IP38_P:19ff.; IP53_P:55; IP62_P:37.

mentär dürften Kinder und Jugendliche darin angeleitet worden sein, sich selbstständig Essen zu besorgen und vor- bzw. zuzubereiten zu lernen, etwa selbst ein Frühstück zu richten. Der stationäre Betrieb sah dies grundsätzlich nicht vor, auch wenn manche langfristig dort untergebrachten PatientInnen zu solchen Tätigkeiten in der Lage gewesen wären. Vereinzelt wurde davon berichtet, dass manchmal im Nachtdienst mit einem Teil der Kinder kleine Speisen gekocht worden waren, dies wäre aber der Privatinitiative überlassen gewesen (vgl. IP12_P:135ff.).

Die erschlossenen Daten lassen vermuten, dass auch an der „Rett-Klinik" ein Teil der Pflegekräfte prioritär daran orientiert war, die Pflegearbeit im Sinne des Pflegepersonals einfach zu gestalten. Allerdings scheinen diese Pflegeroutinen häufiger (und vermutlich im Laufe der Zeit zunehmend) irritiert und auch von ärztlicher Seite teilweise infrage gestellt worden zu sein. So wurde beispielsweise in einem Gespräch mit ehemaligem ärztlichen Personal geäußert, dass es aus therapeutischen Gründen nicht gern gesehen war, wenn PatientInnen zur Vereinfachung der Arbeit gefüttert wurden (vgl. IP32_P:98). In den Handlungsroutinen des Pflegepersonals dürfte sich dies nur in begrenztem Ausmaß realisiert haben.

Während auf Pavillon XVII im AH Lainz vermutlich allgemein Anstaltskleidung überwog, wird die Ausstattung mit Bekleidung und deren Qualität in der Rosenhügel-Phase unterschiedlich erinnert. Möglicherweise existierten abweichende Kleidungsstandards nebeneinander, die tatsächlichen Gründe für die in nachstehenden Interviewzitaten zum Ausdruck kommenden Differenzen lassen sich aber nicht gesichert feststellen:

> „Und wir haben häufig Spenden gekriegt von Gewand und die Kinder durften sich dann aussuchen, was sie meistens anziehen werden. Kinder haben kein eigenes Gewand gehabt, das war immer Gewand von uns. (…) Das war kein Spitalsgewand. (I: Das war keins?) In Lainz noch zum Teil, das waren eben die 70er Jahre noch, da war eine Schwester, die den Kindern alle so Latzhosen genäht hat, und (da) hat es noch Hemden gegeben vom Spital. Und dann hat begonnen eben Gewandspenden und wir haben die Kinder sehr schön angezogen, (…) dass das farblich abgepasst ist, dass das stimmt." (IP38_P:43ff.; zeitl. Bezug: ab Mitte 1970er Jahre)

> „(…) da hat es so blaue Anstaltshosen gegeben und die waren furchtbar, die haben ausgeschaut, wie du es in den Kriegsfilmen siehst, kein Gewand, keine Pyjamas, das lohnt sich für die Kinder eh nicht. Kinderpyjama schon gar nicht. Dann sind irgendwann einmal so diese Gemeindelinnen daher geflattert, (…) das sind die Nachthemden, die hinten offen sind mit dem Mascherl zum Zubinden." (IP22_P:605ff.; zeitl. Bezug: Ende 1970er bis Ende 1980er Jahre)

> „Und das Gewand, was wir gehabt haben, waren eigentlich alles Spenden (…). Wir hatten für die Größeren, die gar nichts gehabt haben, (…) so blaue Latzhosen waren das, ja, blaue Latzhosen. Das war wie am Bau oder so irgendwie, ja?

> (I lacht) Aber die kleineren, wie gesagt, da haben wir Spendengewand gehabt. Und oh ja, ich glaube Pyjamas haben wir auch gehabt vom Krankenhaus, ja, Nachthemden natürlich auch.“ (IP62_P:35ff.; zeitl. Bezug: zweite Hälfte der 1980er Jahre)

Die Ausstattung mit Windeln wird von manchen Pflegepersonen als wenig zufriedenstellend erinnert, dies dürfte zum Teil den Ausstattungsstandards der damaligen Zeit geschuldet gewesen sein – ob auch für die letzte Phase des Untersuchungszeitraums, lässt sich nicht gesichert beantworten.

> „(…) ich habe in meinem Nachtdienst am Siebzehner (Pavillon 17, Anm. d. Verf.) mit einer Waschrumpel noch Windel und Wickelbänder gewaschen und geschwemmt und ausgekocht in einem Häfen auf einem Herd, auf einem normalen, und habe die mir in so einem Trockner, der aus einem Ventilator bestand, getrocknet, damit ich praktisch eine frische Windel hatte und frische Wickelbänder hatte.“ (IP24_P:31, zeitl. Bezug: erste Hälfte der 1970er Jahre)

> „Es ist drei Mal in der Woche Wäsche gekommen und wenn zu Mittag die Wäsche gekommen ist, waren am Abend die Windeln nass. Und dann hat es Durchzüge gegeben zum Wickeln und so Kautschuk(bahnen), die wir hineingelegt haben, dass der Durchzug- also von Pampers noch weit entfernt. Die sind dann erst später gekommen und haben vieles erleichtert. Und dann halt nur so einmal ein Packerl probeweise. Da haben wir uns dann überlegt, welches Kind war brav oder ist am gefährdetsten punkto Dekubitus, (…) also welches Kind hat die Größe für die vorhandenen Pampers. Dann haben wir 14 Tage einmal Pampers gehabt, dann ist es wieder weiter gegangen mit den Durchzügen.“ (IP22_P:603; zeitl. Bezug: Ende 1970er bis Ende 1980er Jahre)

Das interviewte Personal erinnerte die körperliche Versorgung durch die Pflegekräfte relativ übereinstimmend als gut, wenn man von den durch materielle Ausstattungsmängel verursachten Pflegeproblemen absieht. Im Gespräch mit einem ehemaligen Arzt der Klinik wurde zudem betont, dass das Waschen der Kinder auch von therapeutischer Bedeutung gewesen sei, und zwar vor allem für jene Kinder, die darüber hinaus keine Therapie bekamen (IP32_P:80). Von betroffenen Personen bzw. ihren Angehörigen liegen insgesamt zu wenige Erfahrungsberichte vor, als dass ein verallgemeinerbarer Eindruck wiedergegeben werden könnte. Eine Angehörige problematisierte im Gespräch, dass ihrem mehrfach stationär in der „Rett-Klinik“ aufgenommenen Bruder dort die Selbstständigkeit beim Toilettengang verwehrt war:

> „Mein Bruder ist ja selbstständig auf die Toilette gegangen, das war ganz normal. Und dann war er am Rosenhügel und hat plötzlich Windeln gehabt und hat plötzlich einen offenen Popo gehabt, weil er ja in diesem Gitterbett gesessen ist und ja nicht selbstständig auf die Toilette gehen konnte. (…) Aber ich würde einem Menschen auch keine Windeln anlegen, wenn der selbstständig aufs Klo gehen kann. Weil als der dann zu Hause, als mein Bruder zu Hause war, ist er ja wieder aufs Klo gegangen ganz normal, weil zu Hause hatte er ja

> nie Windeln. (…) am Rosenhügel waren dann plötzlich die Windeln da, das ist eigentlich total verrückt." (IP5_A:73; zeitl. Bezug: 1980er Jahre)

In diesem Interview deutet sich wieder an, dass der Pflegealltag auf der „Rett-Klinik" zumindest teilweise vorrangig an einfachen, zeitsparenden Abläufen der Pflegehandlungen orientiert war und daraus erwachsende Nachteile für die PatientInnen in Kauf oder auch gar nicht wahrgenommen wurden. Beispielhaft wird dies in der Erzählung einer Mitte der 1980er Jahre als Praktikantin auf Pavillon C tätigen Gesprächspartnerin erkennbar:

> „Und da gab es eben diese Szene, wo sie eben gesagt haben, ich soll den einen Buben da anziehen, was eben kein Bub mehr war, sondern das war ein Jugendlicher, ein großer fester, leicht behinderter würde ich sagen, (…) aber sonst war er also meiner Meinung nach gut förderbar. Und ich war halt sozusagen so naiv und habe eben gedacht, da haben sie mir eben so eine kurze Hose gegeben, weil es ja Sommer war, und die soll ich ihm anziehen. Und dann habe ich gesagt, schau, probier einmal und so. Der hat sich halt dann die Hosen da sehr patschert (ungeschickt, Anm. d. Verf.) da so angezogen und dann war die natürlich nicht zum raufziehen, weil die relativ eng war. Und dann habe ich gesagt, nein, die kannst du dir wirklich nicht anziehen, die ist dir zu eng. Ich gehe zur Schwester und frage, ob du eine größere kriegst. Und dann bin ich da zur Schwester gegangen und (…) die scheißt mich da zusammen, also (lacht), was mir da einfällt und wir haben keine Zeit (für) solche Blödheiten, ich selber, ich soll ihm die anziehen. Und (sie) geht dann hin und zwängt den da hinein in die Hose und ich war wirklich baff." (IP39_P:45)

Auch in einzelnen Interviews mit ehemaligem Pflegepersonal deutet sich ein fehlendes Bewusstsein für die Wichtigkeit, bei den Kindern Eigenständigkeit zu fördern, an. Allerdings lässt sich auf Basis der vorliegenden empirischen Daten nicht sagen, dass solch eine Haltung in der Rosenhügel-Phase des Untersuchungszeitraums in der Mehrheit gewesen wäre. Für die Lainz-Phase bis Mitte der 1970er Jahre erscheint dies eher vorstellbar, zu dieser Periode ist aber der Wissensstand sehr fragmentarisch.

21.2. „Liebevolle Verwahrung" und Abschottung: Lebensalltag der PatientInnen auf der Station

In diesem Kapitel liegt der Hauptfokus auf der Lebens- und Betreuungssituation der PatientInnen auf den Stationen. Die pädagogischen und therapeutischen Angebote sowie deren Einfluss auf die Lebensgestaltung und -qualität der untergebrachten Personen wird in eigenen Kapiteln behandelt (vgl. Kap. 23 und 24). Auch wenn solche Angebote an der „Rett-Klinik" den PatientInnen in deutlich höherem Ausmaß als etwa auf Pavillon 15/PKH zur Verfü-

gung standen, kam dennoch den in der alltäglichen Pflege und Betreuung eingesetzten MitarbeiterInnen – und dies waren überwiegend Pflegekräfte – faktisch eine besondere Bedeutung für die Lebens- und Unterstützungsqualität der betroffenen Personen zu.

Tagesstruktur und Beschäftigungsmöglichkeiten

Die gewonnenen Einsichten in den Alltag der Kinder und Jugendlichen (bzw. teilweise auch Erwachsenen) auf der Station weisen darauf hin, dass es im Laufe des Untersuchungszeitraums zu beachtlichen Veränderungen gekommen war. Wieder ist allerdings zu betonen, dass zu den 1950er und 1960er Jahren nur sehr wenige Erinnerungen vorliegen und zugleich kaum betroffene Personen sowie deren Angehörige für Gespräche zur Verfügung standen. Insofern sind die Erkenntnisse zur Frühzeit der Klinik auf dünner und einseitiger Datenbasis. Von Gewicht erscheint aber beispielsweise die Erinnerung einer Mitarbeiterin des psychologischen Personals, die bereits in den 1960er Jahren auf Pavillon XVII in Lainz tätig war. Sie schilderte das Leben auf der Station als bedrückend, da dort vor allem Aufbewahrung, aber nicht Förderung der Kinder stattgefunden habe. Die Krankenschwestern hätten auch in keiner Weise die erforderliche Ausbildung gehabt, um mit behinderten Kindern einen sinnvollen Tagesablauf zu gestalten. Ihrer Wahrnehmung nach sei die Hälfte der Kinder die ganze Zeit auf der Station und nicht in der Schule oder im Kindergarten gewesen, von diesen

> „(…) waren relativ viele im Bett. Das heißt ob das damals kein Anliegen war der Förderung, ob wirklich zu wenig Personal war, denn natürlich dann ein Kind aus dem Bett entsprechend anzuziehen und so weiter, ist natürlich mit viel Mühe verbunden." (IP9_P:51)

Diese Kinder hatten der Erinnerung der Psychologin zufolge keine sinnvolle Tagesstruktur, mit Ausnahme kurzer Therapie-Unterbrechungen, so solche bei ihnen durchgeführt worden waren (vgl. IP9_P:8f. und 51ff.). Einzelne Krankenschwestern, die bereits in der Lainz-Phase an der „Rett-Klinik" arbeiteten, berichteten von ihrem Bemühen, „nicht nur die Kinder sauber zu halten und mit Essen zu versorgen, sondern auch sinnvoll zu beschäftigen. Also das wurde uns schon nahegelegt (…)." (IP29_P:14). Wie verbreitet diese Bemühungen innerhalb des Pflegepersonals waren und wie nachhaltig sie im Alltag umgesetzt wurden, lässt sich anhand der erschließbaren Datenbasis nicht ausreichend rekonstruieren.

Über die Rosenhügel-Periode der Abteilung liegen wieder sehr unterschiedliche Erinnerungen und Bewertungen vor. Während manchen GesprächspartnerInnen den Eindruck hatten, dass die tagsüber auf den Stationen

verbleibenden Personen viel „herumgesessen" sind,[367] schildern andere zahlreiche Aktivitäten, die mit den Kindern unternommen worden waren:

> I: „(…) inwieweit haben Sie mit den Kindern und Jugendlichen auch spielen können?"
> B: „Ja also wenn irgendwo ein bissl Zeit dazwischen war, dann haben wir das natürlich gemacht, weil die Kinder haben ja eine Beschäftigung auch gebraucht. Die haben zwar am Vormittag diese Schule unter Anführungszeichen, (…) und die Kleineren eine Kindergartengruppe, aber die meiste Zeit waren sie ja doch auf der Station. (…) Man (ist) einfach g'schurlt[368] den ganzen Tag, um die Arbeit fertig zu bringen und (hat) halt möglichst viel Zeit dann auch den Kindern gewidmet, indem man sich einmal hinsetzt und herumkuschelt oder spielt mit den Kindern, die in der Lage waren, irgendein Brettspiel zu spielen oder-"
> I: „Wie oft und wie viel Zeit haben Sie für sowas gehabt?"
> B: „Na ganz wenig nur." (IP22_P:132ff.; zeitl. Bezug: Ende 1970er-Ende 1980er Jahre)

> „(…) von der Pflegeseite her war da relativ wenig. Also ich denke, das war ein Sauber, Satt und in den Betten oder heraußen sitzend, so in der Richtung. Das was es damals sehr wohl schon gegeben hat, war der Garten. Es war der Garten angelegt schön und man ging auch relativ viel, gerade in den Sommermonaten auch viel hinaus in den Garten, also das waren schon die Dinge mit den Patienten, aber sonst an Angeboten relativ wenig." (IP12_P:17; zeitl. Bezug: 1980er Jahre)

> „Also es war schon so eine liebevolle Verwahrung, ja? Also die sind sicher nicht schlecht behandelt worden, ja? Wenn man jetzt sozusagen aus den damaligen Perspektiven drauf geachtet hat. Die (…) sind dann mit ihnen schwimmen gegangen oder manche haben sogar Patienten ins Wochenende mit nachhause genommen." (IP30_P:29; zeitl. Bezug: 2. Hälfte 1980er Jahre)

> „Diese taktilen Reize, die man den Kindern geben konnte, das war für mich sehr wichtig. Ich war nicht ausgebildet, aber für mich war das so wichtig, weil ich als Kind das erlebt habe, in Pfützen hüpfen und in Gras gehen und schmutzig sein (…) und sich bespritzen lassen und ich habe immer gedacht, das ist das, was die Kinder wollen. Und am Bauch im Winter runterrutschen, auch wenn das Gewand dann nass war und schmutzig oder zerrissen, wurscht, aber das war schön." (IP38_P:61; zeitl. Bezug: Mitte 1970er bis Ende 1980er Jahre)

> „Also dadurch, dass ein klar therapeutisch durchstrukturierter Tag war und nicht die reine Pflege wie in Gugging, ist eine Tagesstruktur da. Die sogenannte berühmte Tagesstruktur, ist auch als Ausdruck dann verwendet worden. Welche Tagesstruktur hat welcher Patient? Was passiert um 8 Uhr? Geht er da in die Schule, geht er in den Kindergarten? Was geschieht um 9? Hat er da

[367] Vgl. u.a. IP8_P:160; IP12_P:17ff.; IP39_P:67.
[368] Dialektausdruck für „sich in Eile fortbewegen".

> Therapie? Was geschieht um 11? Was geschieht zu Mittag? Aber am Nachmittag ist natürlich der gesamte Betrieb therapeutisch schon ein bisschen erlahmt, möchte ich sagen, der geht dann nicht in der gleichen Intensität weiter und auch die Kinder würden das kräftemäßig wahrscheinlich nicht so aushalten als wie ein Kind und die Schule am Nachmittag, da schaut das ein bisschen anderes aus." IP32_P:84; zeitl. Bezug: Mitte 1970er bis Ende 1980er Jahre)

Der Tagesablauf gestaltete sich für die ‚PatientInnen' (teilweise wäre es zutreffender, von InternatsschülerInnen o.ä. zu sprechen) verschieden und war abhängig davon, ob sie Schule oder Kindergarten bzw. Hort am Nachmittag besuchten oder nicht, inwieweit und in welchem Ausmaß sie Therapien und Massagen erhielten, aber auch davon, wie sehr sie körperlich beeinträchtigt waren. Die Station im ersten Stock etwa wird folgendermaßen beschrieben: „Dieses eine Stockwerk, was jetzt C3 ist, (…) war geführt praktisch wie ein Internat." (IP24_P:15). Personen im Wachkoma wurden Erzählungen zufolge zwar manchmal in den Garten geschoben, hatten aber ansonsten keine regelmäßigen Angebote basaler Stimulation, Ansätze hierzu werden als in der Eigeninitiative von Pflegepersonen liegend beschrieben.[369] Auch andere PatientInnen mit schweren körperlichen Behinderungen seien „dann nur im Bett geblieben (die) ganze Zeit, konnten nicht mobilisiert werden" (IP38_P:21), da es auch keine oder zu wenige Rollstühle und ähnliche Behelfe gegeben habe. Kinder und Jugendliche ohne Schul- oder Kindergartenbesuch blieben ebenfalls tagsüber zumeist auf den Stationen und mussten in dieser Zeit überwiegend vom Pflegepersonal mitbetreut werden (vgl. Kap. 24).

Sowohl in Interviews mit ehemaligem Personal als auch in einem Brief Retts an einen Kollegen der Grazer Psychiatrie von 1983 wird von Bemühungen berichtet, die Pflegekräfte davon abzubringen, die Kinder und Jugendlichen zu früh zu wecken und ins Bett zu bringen. Rett schrieb hierzu:

> „Weckzeiten um 4 oder 5 Uhr früh, jedenfalls vor 6 Uhr sind biologischer Unsinn (…). Wir konnten in unserem Haus die Weckzeiten auch erst nach mühsamen Versuchen auf ½ 6 – ½ 7 Uhr früh verschieben. Was nun die Schlafenszeit anlangt, bleiben unsere Kinder und Jugendlichen, soweit sie dazu in der Lage sind, bis ca. 19 Uhr auf. (…) Kleinkinder und Säuglinge werden zwischen 16 und 18 Uhr versorgt." (KO_R:10.10.1983)

In einem Interview mit einem Vertreter der seinerzeitigen ÄrztInnenschaft wurden die Veränderungsbemühungen wie folgt beschrieben:

> „(…) eine gestandene Oberschwester (…), die mussten wir ein bisschen überzeugen, dass der Patient der Kunde ist sozusagen und nicht die Bedürftigkeit

---

[369] Vgl. IP12_P:135; IP62_P:131ff.

> der Schwester sozusagen. Also was das noch länger Aufbleiben betrifft und was das Anziehen und Ausziehen betrifft und so.“ (IP32_P:76)

Wie nachhaltig die Bemühungen in der Praxis tatsächlich waren, lässt sich nicht gesichert beantworten – und ist vermutlich auch nicht einheitlich zu beantworten, wie nachfolgende Schilderung einer ehemaligen Pflegekraft auf Pavillon C nahelegt:

> „Am Abend war nachher dann so ungefähr ab 17 Uhr sowas (…) schon im Sinne von Abend mit Pyjama anziehen und ähnliches. Die Kinder, die schulpflichtig waren, sind trotzdem noch auf gewesen, (…), je nachdem wer in den Nachtdienst kam. Also es hat Schwestern gegeben, da mussten sie im Bett liegen und bei den Jüngeren, bei uns, wir haben dann am Abend noch irgendwas gespielt oder was-.“ (IP12_P:137; zeitl. Bezug: 1980er Jahre)

In welcher Weise und Qualität die auf der Station verbleibenden PatientInnen Beschäftigungsanregungen erhielten, dürfte sich ebenfalls relativ unterschiedlich gestaltet haben, so lassen die Erinnerungen ehemaligen Personals vermuten. Ein Teil des Pflegepersonals wurde jedenfalls als darum bemüht beschrieben, mit den Kindern zu spielen bzw. ihnen Aufmerksamkeit zu schenken (vgl. auch Zitate weiter oben). Mehrfach wurde aber auch darauf verwiesen, dass „die Betreuung der PatientInnen (…) nebenbei gerannt (ist)“ (IP24_P:47), sei es aus Zeitgründen oder aus fehlendem Interesse an der Beschäftigung mit den Kindern und Jugendlichen. Manche KollegInnen hätten auch „nur nach Vorschrift“ (IP53_P:127) gearbeitet und sich nicht weiter engagiert.[370] Die Ausstattung der Stationen mit Spielsachen sei für die damalige Zeit gut gewesen, so ist mehreren Interviews einhellig zu entnehmen, was u.a. auf zahlreiche Spenden an die „Rett-Klinik“, auf Initiativen des Elternvereins und auf persönliches Engagement des Personals der Abteilung zurückgeführt wird.[371] Die Spielsachen scheinen den Kindern auch überlassen worden zu sein, es wurde kein einziges Mal erwähnt, diese hätten damit nicht umgehen können.

Ergänzend beschäftigten sich zu manchen Zeiten (etwa am Wochenende) ehrenamtliche MitarbeiterInnen mit den Kindern bzw. halfen bei der Betreuungstätigkeit mit:

> I: „Was haben die gemacht, diese freiwilligen oder ehrenamtlichen Helfer, Helferinnen?“
> B: „Das ist sowas Ähnliches wie die gelben Tanten im St. Anna (…): Vorlesen, spielen, spazieren gehen, begleiten, einen Rollstuhl schieben, da sein, ein biss-

---

370 Vgl. IP9_P:130ff; IP12_P:18ff; IP24_P:47; IP39_P:156ff.; IP53_P:127ff.;
371 Vgl. IP12_P:135; IP25_P:95; IP29_P:311; IP30_P:29; IP38_P:56; IP66_P:314ff.

> chen eine Mehlspeise mitbringen, was weiß ich, schauen, was, wie die Bedürfnisse sind, ein bisschen Spenden organisieren rundum herum oder ein Eis kaufen oder was weiß ich. Also alles, was halt angenehm ist und was sie können." (IP32_P:129ff.)

In welchem Ausmaß solche ehrenamtlichen Dienste erfolgten und welche Auswirkungen sie für die PatientInnen im Stationsalltag hatten, lässt sich auf Basis der verfügbaren Erzählungen nicht klar sagen.[372] Die „Freiwilligen" sind auch manchmal nicht eindeutig von PraktikantInnen abzugrenzen bzw. waren die Grenzen zu informell bezahlten MitarbeiterInnen fließend (vgl. Kap. 17.1).

Die Möglichkeit, das Parkareal rund um Pavillon C für Outdoor-Aktivitäten mit den PatientInnen nutzen zu können, wird mit großer Übereinstimmung als wichtiger Beitrag zu einer besseren Lebensqualität der stationär untergebrachten Personen bewertet. Diese Möglichkeit sei auch ausgiebig genutzt worden, so berichtete jedenfalls die Mehrheit der interviewten VertreterInnen des Personals. Ausflüge außerhalb des Areals hingegen hätten eher selten stattgefunden, mehrheitlich wird eine (zu) große Abschottung der PatientInnen vor der Außenwelt – oder auch eine „Bewahrung" der Außenwelt vor Kindern mit Behinderung – moniert.[373]

> „Wir hatten einen großen Spielplatz, wo das Rehab-Zentrum steht, (…) einen Riesenspielplatz mit so kleinen Wasserbrunnen (…), wir haben auch draußen gegessen mit den Patienten, also es war da draußen alles frei, wo es jetzt verbaut ist. Und einen Garten haben wir uns angebaut und so, also das war auch eine Erleichterung dann von der Station weg, überhaupt bei schönem Wetter, war das überhaupt fein." (IP25_P:27ff.)

> „Wir haben dann begonnen mit Rausgehen, Ausflüge, wobei (…) es war immer eine Ausnahme. Da hätte man viel, viel, viel mehr machen können und das wird sicher heute auch so gemacht." (IP53_P:529)

Einzelne erhobene Erinnerungen deuten an, dass einem Teil der stationär untergebrachten PatientInnen die Nutzung dieses Außengeländes – zumindest phasenweise – verwehrt geblieben sein könnte. So berichtete beispielsweise die Schwester eines ehemaligen Patienten:

> B: „Und was ich auch weiß, mein Bruder war irrsinnig gern in der Natur draußen, er wollte ständig spazieren gehen. (…) Und am Rosenhügel war er glaube ich ziemlich eingesperrt in diesem Gitterbett."

---

372 Vgl. IP29_P:74 und 134ff.; IP32_P:129ff; IP53_P:793ff.; IP56_P:9ff; IP65_P:26.

373 Vgl. IP12_P:101; IP25_P:27ff.; IP38_P:61; IP53_P:526ff.; IP62_P;21; IP65_P:16; IP9_P:113ff.

> I: „Er war im- also Sie haben das Gitterbett gesehen?“
> B: „Ja, ja, ja.“ (IP5_A:33ff.; zeitl. Bezug: 1970er und 1980er Jahre)

Zur betroffenen Person liegt auch eine außergewöhnlich umfangreiche Krankenakte zu insgesamt elf stationären Aufenthalten von durchschnittlich 2-3 Monaten Dauer über knapp zwei Jahrzehnte verteilt vor, der zahlreiche Einträge zu entnehmen sind, was ebenfalls ungewöhnlich ist. Diese Einträge bestätigen einerseits regelmäßige Netzbett-Einsätze („dzt. im Netzbett, sonst wäre er ganze Nacht unterwegs, tagsüber immer unterwegs“ – KG112b_R:11.04.1984) und Fixierungen der Hände, v.a. bei der Essensverabreichung. Andererseits wurde ab Mitte der 1980er Jahre wiederholt eingetragen, dass der Jugendliche bzw. junge Mann – er war zu diesem Zeitpunkt bereits 18-20 Jahre alt – gerne mit auf den Spielplatz gehe und viele Spaziergänge unternehme: „(…) geht meist eigene Wege von der Gruppe weg, wenn man nicht aufpaßt.“ (ebd.:04.04.1985) Zu den Aufenthalten zwischen 1971 und 1983 finden sich keine derartigen Einträge. Eventuell bildet dies eine Veränderung in den Bewegungsmöglichkeiten der betroffenen Person ab, die längste Zeit wären diese damit stark eingeschränkt gewesen.

Als besonders problematisch wurden die unzureichenden Beschäftigungsmöglichkeiten für die PatientInnen am Wochenende thematisiert, die zusätzlich dadurch verschärft waren, dass Angehörigen teilweise Besuchsmöglichkeiten am Wochenende verwehrt wurden.

> B: „Es ist natürlich so, wenn am Wochenende niemand auf Besuch kommt, niemand von außen hereinkommt, läuft der Betrieb anders, als wenn man damit rechnet, dass-, nicht?“
> I: „Ungestörter? Sie nicken.“ (I verbalisiert die nonverbale Zustimmung von B, Anm. d. Verf.)
> B: „Was immer dann am Wochenende war. Ich nehme an, dass die Kinder den ganzen Tag nicht aus dem Bett herausgekommen sind, weil am Wochenende eben kein Kindergarten war, (…) keine Schule war.“ (IP9_P:53ff.)

Auch Rett problematisierte die ungenügende Beschäftigung der Kinder und Jugendlichen an manchen Wochenenden, ohne jedoch die Frage der Besuchsmöglichkeiten für Angehörige zu erwähnen:

> „Die verlängerten Wochenenden ohne Beschäftigung ist auch für uns ein unerhört schwieriges Problem. Wir lösen es mit freiwilligen Helfern, die am Samstag und Sonntag meist vormittags, z.T. auch nachmittags kommen. (…) Es eignet sich dafür auch nicht jeder, der das von sich annimmt.“ (KO_R:10.10.1983)

An der Problematik der mangelnden Beschäftigung und Betreuung am Wochenende zeigt sich exemplarisch, welche Folgeprobleme die Grundbeschaffenheit stationärer Unterbringung, in der Betreuung und persönlichen Zuwendung als berufliche Dienstleistung erbracht wird, nach sich zieht. Die

Thematik wird in nachfolgendem Unterkapitel weiter vertieft, die Frage der Besuchsmöglichkeiten für Angehörige wird weiter unten in diesem Kapitel nochmals aufgegriffen.

Beziehungspersonen und Beziehungsqualität

Die strukturellen Rahmenbedingungen einer stationären Unterbringung prägten auch in der „Rett-Klinik" grundsätzlich die Beziehungsverhältnisse zwischen den dort untergebrachten PatientInnen. Diese waren überwiegend minderjährig und/oder standen aufgrund von besonderem Unterstützungsbedarf (aus welchen Ursachen dieser auch immer resultieren mochte) in einem großen Abhängigkeitsverhältnis zu den sie betreuenden Personen. Wie bereits aus Kapitel 19.2. erkennbar wurde, dürften zwar in einem höheren Ausmaß Angehörige vorhanden gewesen sein, diese Unterstützungsressource war aber auf der Station nur bedingt greifbar (s.u.).

Das in der Institution gepflegte Selbstbild, eine „große Familie" (IP88_P:31) zu sein, der Andreas Rett als „godfather" (IP29_P:54) vorstand, zeigt sich in zahlreichen Interviews und kommt in familienbezogenen Rollenbezeichnungen (Personal wurde in Elternrollen bezeichnet, die PatientInnen als „unsere Kinder" betrachtet) zum Ausdruck.[374] Dieses tradierte Selbstverständnis wird in der Praxis auf Basis der geführten Gespräche als ambivalent und brüchig zugleich sichtbar. Zum einen dürften viele der jungen PatientInnen ein großes Bedürfnis nach familiärer Geborgenheit und ebensolchen Beziehungsstrukturen gehabt haben, insofern wären familienähnliche Unterbringungsformen durchaus als erstrebenswert und zweckentsprechend zu bezeichnen. Zum anderen lässt sich das familiäre Rollenverständnis als stark paternalistisch geprägt erkennen, manche weiblichen Pflegekräfte erscheinen als bis zur Selbstaufgabe aufopfernde Mütter, die „Kinder" als bemitleidenswerte Geschöpfe, denen es viel Liebe zu geben gilt, damit sie ihr schweres Schicksal besser ertragen können. Damit verbunden dürfte häufig eine stark bevormundende Haltung gewesen sein, über die PatientInnen wurde oft über deren Kopf hinweg bestimmt. Eine Interviewpartnerin fasst die Haltung den PatientInnen gegenüber folgendermaßen zusammen:

> „(…) natürlich waren das Patienten, die hilfsbedürftig waren und die man jetzt, sagen wir so, ich denke, man hat sie nicht als Persönlichkeiten wahrgenommen, ja? (I: Sondern als?) Wie soll man sagen? Ist schwer zu sagen, also das war wie

[374] Vgl. u.a. IP12_P:181; IP29_P:52ff.; IP38_P:43 und 153; IP62_P:69; IP65_P:18; IP66_P:20; IP72_P:46 und 230; IP88_P:31.

> halt etwas, mit dem man halt nett umgegangen ist. Also ich habe nicht das Gefühl gehabt, dass das so Individuen waren, die man in ihrer Persönlichkeit wahrgenommen hätte. Sondern man hat für sie entschieden, was für sie gut ist (…). Also man hat immer gewusst, was die brauchen und was die wollen." (IP30_P:133; zeitl. Bezug: 2. Hälfte 1980er Jahre)

Zudem waren die Stationen faktisch keine Familien, die Kinder waren vielmehr mit wechselndem Personal und demgemäß instabilen Bezugspersonen konfrontiert. Auch verweisen InterviewpartnerInnen mehrfach darauf, dass ein Teil des Personals die Arbeit weniger als Berufung verstanden haben dürfte, sondern vorrangig an einer möglichst ruhigen, unaufwändigen Arbeitsgestaltung orientiert war.

Auch in den Interviews zur stationären Unterbringung in der „Rett-Klinik" wurde wiederholt thematisiert, dass Verhaltensweisen von PatientInnen, die aus zeitgenössischer medizinisch-pflegerischer Perspektive üblicherweise aus Ausdruck der Behinderung gedeutet wurden, vorrangig auf unzureichende persönliche Zuwendung und Wertschätzung oder inadäquate Lebensbedingungen zurückzuführen waren. Folgende beiden Zitate sollen dies beispielhaft veranschaulichen:

> „Einmal in der Woche oder so hat es Visite gegeben, wo man von Bett zu Bett gegangen ist. Und da würde ich sagen, dass auch die beiden (KollegInnen, Anm. d. Verf.) und ich manchmal den Eindruck gehabt haben, dass die Patienten mehr davon verstanden haben, was über sie gesagt worden ist, und dass das manchmal kränkend, verletzend war und sie dann vielleicht auch manche dann an Ausbrüchen nachher vielleicht damit zusammengehangen sind, war unsere Vermutung. (…) Am ehesten vielleicht, wenn so auch im Tonfall und so, da kann man eh nichts machen oder-, nicht?" (IP9_P:147; zeitl. Bezug: 1960er-Ende 1980er Jahre)

> „(…) manche Mitarbeiter waren auch böse und haben ihm (einem langjährig untergebrachten Patienten, Anm. d. Verf.) die Harnflasche (die zur sexuellen Befriedigung benutzt wurde, Anm. d. Verf.) weggenommen und dann war er auf diese Mitarbeiter böse, weil dann hat man sicher sein können, weil dazumal war es ja ein gewisses Radl, wenn die in den Nachtdienst kommen, dann hat er Stuhl geschmiert, war alles voller Stuhl und hat sich auch revanchiert. (…) das war für mich so ein einschneidendes Erlebnis, weil ich habe einen Nachtdienst getauscht und das war immer wieder einmal Thema, also er schmiert immer wieder Stuhl. Und ich habe mir gedacht, irgendwie passt da was nicht, das sind bestimmte Personen und der weiß das ganz genau, bei wem er es macht. Und dann habe ich einen Nachtdienst (…) getauscht und komme in das Zimmer, ist alles vollgeschmiert. Und dem war das so unangenehm, obwohl der keine aktive Sprache-, ich meine, da sieht man wieder einmal, wie wer kommunizieren kann. Also es war mir völlig klar, das ist wem anderen angegangen, das war eine Bestrafung für jemanden. Der hat sich bei mir entschuldigt, die Hände hat er dauernd nehmen wollen und Bussi drauf geben und Dings (…). Es kommt jetzt nicht eine Aggression oder gewisse Dinge, die kommt nicht von heute vom

> Himmel, sondern (…) da kriege ich das ab, was halt andere vielleicht verbockt haben, warum auch immer." (IP24_P:147)

Diese Zitate machen die Brüchigkeit des propagierten Familienidylls sichtbar und verdeutlichen die sozialen Ursachen von Verhaltensweisen, die zumeist der Behinderung zugerechnet wurden. Insbesondere ersteres Zitat verdeutlicht den Objekt-Status der PatientInnen, über die in ihrer Gegenwart gedankenlos abwertend gesprochen werden kann. Das zweite Zitat lässt auch rigide Interaktionsmuster wechselseitiger Boshaftigkeiten erkennen, die von einer stark asymmetrischen Beziehungskonstellation und einem Kontext geprägt sind, der die Bedürfnisse der untergebrachten Person ignoriert bzw. zu unterdrücken versucht. Den betroffenen Personen bleiben zur Kommunikation und Willensäußerung bzw. Widerstand nur „aggressive" Verhaltensweisen, die dann als Ausdruck ihrer Behinderung gedeutet werden, obwohl sie vermutlich treffender als Akte des Widerstands gegen die ihnen widerfahrende Einschränkung und Abwertung bzw. Vorenthaltung von Anerkennung zu charakterisieren sind.

Die Brüchigkeit der familiären Ideologie zeigt sich nicht zuletzt an der symbolisch über die Kleidung hergestellten und zum Ausdruck gebrachten Abgrenzung und hierarchischen Differenzierung gegenüber den PatientInnen: Wiederholt wurde in Interviews v.a. von nicht-medizinischem Personal auf die Praxis hingewiesen, dass alle mitarbeitenden Personen – auch Ehrenamtliche oder PraktikantInnen – einen weißen Mantel zu tragen hatten:

> „(…) also wir sollten immer den weißen Mantel tragen, wo ich mich sehr gewehrt habe dagegen, das habe ich dann auch verweigert und wenn dann eine Führung war, dann war das immer sehr peinlich, weil der Herr Professor Rett, er hat immer gemeint, da weiß man nicht, wer sind die behinderten Menschen und wer sind die nicht-behinderten Menschen." (IP64_P:15; zeitl. Bezug: 2. Hälfte 1980er Jahre)

Besonders herauszustreichen ist, dass diejenigen MitarbeiterInnen, die sich ausgesuchten PatientInnen – ihren „Lieblingskindern" – in sehr persönlicher Weise zuwandten und einzelne Personen auch manchmal über das Wochenende oder zu Weihnachten mit nach Hause nahmen, eben in der Regel[375] nicht dauerhaft für diese PatientInnen verantwortlich waren, sondern sie nach Belieben wieder in der Klinik „abgeben" bzw. selbst aus dem Dienst gehen konnten. In einem Interview wurde etwa davon gesprochen, dass man sich Kinder „ausborgen" (IP38_P:61) konnte. Die Praxis der besonderen Hin-

[375] Vereinzelt dürften MitarbeiterInnen der „Rett-Klinik" PatientInnen als Pflegekinder übernommen haben – vgl. IP64_P.

wendung zu einzelnen Kindern zeigt sich also auch in der „Rett-Klinik“ als eine unreflektiert-wildwüchsige Form der „Bezugsbetreuung“.[376] Man konnte sich den eigenen emotionalen Bedürfnissen entsprechend an den Kindern „bedienen“ und sich an deren Freude, Anhänglichkeit und Dankbarkeit erfreuen.

Damit soll keinesfalls in Abrede gestellt werden, dass den so auserwählten Kindern daraus nicht positive Momente der persönlichen Zuwendung und die Möglichkeit schöner Erlebnisse in privaten Settings erwuchsen – solche Erlebnisse wurden wiederholt erzählt. Es ist auch das große persönliche Engagement eines Teils der Pflege- und Betreuungspersonen zu betonen. Die Problematiken liegen u.a. in der Unbeständigkeit und großen einseitigen Abhängigkeit der Beziehungen sowie in der mangelnden Reflexion der tatsächlichen Rollen-Uneindeutigkeit, die zwischen beruflicher Dienstleistung und privater Beziehung changierte. Das dürfte für die PatientInnen schwer erfassbar gewesen sein, hatte aber Folgen, indem die Pflege- und Betreuungskräfte grundsätzlich jederzeit in die berufliche Rolle zurück wechseln und die persönliche Betreuungsbeziehung beenden konnten. Zugleich bargen diese unklaren Rollengestaltungen für Letztere besondere Abgrenzungsschwierigkeiten und Überlastungsgefahren in sich, wie in Kapitel 21.3 näher thematisiert wird. Diese erhöhte Vulnerabilität des Personals war durch die Selbstdefinition der Institution als „große Familie“ grundgelegt.

Insgesamt scheint sich eine große Anzahl verschiedenster Pflege- und Betreuungspersonen (u.a. auch freiwillige HelferInnen, PraktikantInnen, SchülerInnen bzw. StudentInnen) um die PatientInnen gekümmert zu haben, ohne dass ein dahinterstehendes Betreuungskonzept fassbar wäre. Die MitarbeiterInnen konnten sehr weitgehend selbst bestimmen, was sie wann mit den „Kindern“ tun wollen, beide Seiten waren genau dadurch – wenn auch in verschiedener Weise – in besonderem Ausmaß vulnerabel. Ebenso wenig ließ sich rekonstruieren, wie gleich oder ungleich verteilt die professionellen und persönlichen Zuwendungen auf alle stationären PatientInnen waren, denn jede/r scheint sich selbst seine bzw. ihre „Lieblinge“ ausgesucht zu haben. Somit fällt auch eine abschließende Einschätzung der Betreuungs- und Beziehungsqualität schwer, allerdings verdichtet sich der Befund, dass strukturell ein großes Ausmaß an Willkür ermöglicht war.

---

[376] Vgl. IP29_P:22, 92, 112, 138 und 363; IP38_P:43 („Und jede Schwester hat ihren Liebling gehabt.“); IP53_P:47ff., 81ff. und 624; IP62_P:223ff. und 233; IP65_P:30; IP66_P:64.

Abschirmung der Angehörigen

Die erschlossenen Quellen geben wiederholt Hinweise darauf, dass die stationär aufgenommenen PatientInnen mitunter in erheblichem Ausmaß von ihren Angehörigen abgeschottet wurden. Dies wurde bereits an den Ausführungen in Kapitel 18.4 sichtbar, es zeigt sich auch an einigen Dokumenten der ausgewerteten Korrespondenz-Akten. So wird im oben zitierten Aktenvermerk des Ombudsmannes für die Wiener Krankenanstalten und Pflegeheime vom September 1976 eine diesbezügliche Beschwerde von Eltern geschildert:

> „Diese Besuchsmöglichkeiten (für Eltern, Anm. d. Verf.) wurden dann schon in Lainz und in der späteren Folge auch in der Klinik am Rosenhügel völlig gestrichen. (…) Da in der neuen Klinik sogar ein Besuchszimmer eingerichtet ist, war es ihrer (der Eltern, Anm. d. Verf.) Meinung nach sicherlich zumindest geplant, solche Besuchsmöglichkeiten zu schaffen." (KO_R:16.09.1976)

Auch in manchen Interviews wurde die schwierige Besuchssituation für Angehörige tendenziell bestätigt, ein ehemaliges Mitglied des psychologischen Personals berichtete etwa:

> „Ich weiß, dass wir, wie wir schon am Rosenhügel waren, immer wieder dann auch von den Eltern gehört haben, dass es für sie schlimm war, dass sie die Kinder nicht am Wochenende besuchen konnten, sondern nur unter der Woche. Was für Leute aus den Bundesländern geheißen hat, dass sie sich jedes Mal einen Urlaubstag nehmen mussten, um ihr Kind zu besuchen. Und da hat es schon irgendwelche Widerstände von den Schwestern gegeben (…)." (IP9_P:51)

In einem Schreiben an die Verwaltung des NKH Rosenhügel wurde knapp zwei Jahre nach dem oben zitierten Beschwerdebrief für die Informationsschrift an Wiener Spitälern folgender das Besuchsthema betreffende Textvorschlag unterbreitet:

> „Liebe Eltern! (…) Helfen Sie Ihrem Kind und uns bei allen Maßnahmen, in dem Sie die Besuche ‚individuell dosieren', d.h. den heilpädagogischen Notwendigkeiten anpassen. Die Frequenz der Besuche und ihre Dauer können wir nur gemeinsam, d.h. zwischen Eltern, Schwestern, Erziehern und Arzt bestimmen. Nur so können wir Tränen und seelische Erschütterung ersparen." (KO_R:20.04.1978)

Es ist darauf hinzuweisen, dass solche Besuchsentscheidungen an der „Rett-Klinik" teilweise von „Schwester M." nach keinesfalls transparenten Kriterien getroffen worden sein und wenig mit „heilpädagogischen Notwendigkeiten" zu tun gehabt haben dürften. Neben Entscheidungen nach Gutdünken zeigt sich auch das Interesse an einem von äußeren ‚Störquellen' möglichst unbeeinflussten Pflegealltag stark handlungsleitend. Allerdings ist davon

auszugehen, dass diese offenbar mal mehr, mal weniger intensive Abschirmung der Eltern keinesfalls ein Spezifikum der „Rett-Klinik“, sondern im Untersuchungszeitraum in Spitälern breite Praxis war.

Ablehnung körperlicher Gewalt als Erziehungsmittel

Die Anwendung körperlicher Gewalt zur Züchtigung von PatientInnen wurde in der „Rett-Klinik“ von Seiten der Einrichtungsleitung klar abgelehnt. Dies geht u.a. aus einem Schreiben Retts aus dem Jahre 1977 an alle MitarbeiterInnen der Abteilung hervor, in dem „eindringlichst“ auf das Verbot körperlicher Strafen verwiesen wird:

> „Es ist eine Selbstverständlichkeit jeder heilpädagogischen Arbeit, daß körpersliche Strafen nicht als Erziehungsmittel angesehen werden, wobei unter körperlicher Bestrafung jede Art von Schlagen oder sonstiger Manipulation des Kindes zum Zwecke der Strafe verstanden werden muß. Wer deshalb gegen dieses Grundgesetz der Heilpädagogik verstößt, hat nichts in diesem Haus zu tun und muß mit seiner sofortigen Entfernung rechnen. Körperliche Strafe ist kein Erziehungsmittel!“ (KO_R:10.11.1977; Hervorhebung im Original)

Zum einen formuliert dieses Dokument die Ablehnung körperlicher Züchtigung bzw. Gewalt als explizite und unmissverständliche Anordnung an das Personal. Zum anderen lässt es sichtbar werden, dass dieser „Grundsatz der Heilpädagogik“ offenbar innerhalb der MitarbeiterInnen noch durchgesetzt werden musste, was im zeitgenössischen Kontext vermutlich erklärbar ist. Auf Basis der Interviews wird erkennbar, dass physische Gewalt als Strafe oder Lust am Quälen stark verpönt gewesen sein und in der Praxis wenig stattgefunden haben dürfte – jedenfalls für die Rosenhügel-Phase der Einrichtung. Über die Zeit in Lainz ist zu wenig bekannt, als dass ein Resümee möglich wäre. Die nachfolgenden Zitate bilden ab, dass sich die interviewten ehemaligen MitarbeiterInnen umso weniger selbst an körperliche Gewalt durch KollegInnen erinnern, je später sie an der „Rett-Klinik“ zu arbeiten begannen:

> „Ich habe so eine Kollegin gehabt, die angezeigt war, dass sie ein Kind geschlagen hat. Sie ist dann versetzt worden für bestimmte Zeit, sie ist dann auch zurückgekommen. Ich weiß auch, dass die Kinder uns geschlagen haben und dann gesagt haben, die hat mich geschlagen. Also wie viel Wahrheit wo ist, ist schwer zu sagen.“ (IP38_P:151; zeitl. Bezug: Mitte 1970er bis Ende 1980er Jahre)

> B: „Handgreiflichkeiten habe ich nie gesehen. Ich hab gehört davon, es ist, während ich dort gearbeitet habe, auch eine Kollegin (…) disziplinär versetzt worden ins Pflegeheim, weil es angeblich Handgreiflichkeiten gegeben hat. Und bei der Kollegin kann ich mir das auch gut vorstellen.“
> I: „Handgreiflichkeiten heißt was?“

> B: „Watschen geben." (IP22_P:189ff.; zeitl. Bezug: Ende 1970er Jahre bis Ende 1980er Jahre)
>
> „Und sie (die Stationsschwester, Anm. d. Verf.) war eine, die sicher nie Handgreiflichkeiten zugelassen hat und die sicher auch dann eingeschritten wäre." IP12_P:51; zeitl. Bezug: 1980er Jahre)
>
> „Und mir ist aber jetzt nicht bekannt und ich hatte viel Kontakt zur Station, dass es bewusste Aggression im Sinne von Schlagen von Kindern gab, es gab Festhalten für das, was ich vorhin gesagt habe, eine medizinische Intervention. Ob die jetzt notwendig war oder nicht, ist eine andere Frage." (IP14_P:199; zeitl. Bezug: 2. Hälfte 1980er Jahre)

Sehr wohl aber wurde teilweise physische Freiheitsbeschränkung angewandt, wie im nachfolgenden Kapitel näher ausführt wird.

21.3. Fachliche Standards und Rollenverständnis des Pflegepersonals

Als übergreifendes Muster lässt sich – jedenfalls für die Rosenhügel-Periode ab Mitte der 1970er Jahre[377] – die Uneinheitlichkeit der Standards und Handlungspraxis in der Pflege auf den drei Stationen festhalten, d.h. es gab keine allgemein gültigen Standards, diese zu definieren, war vielmehr überwiegend den Stationsschwestern überlassen (vgl. auch Kap. 18). Wenn diese auf ihren Stationen nicht auf spezifische Standards achteten, dann blieb es letztlich den einzelnen Pflegekräften überantwortet, wie sie mit den PatientInnen umgingen, sie versorgten und betreuten. Die ÄrztInnenschaft, die formal für die Qualitätssicherung der Pflege letztverantwortlich war –ein eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich der gehobenen Pflegedienste wurde erst mit dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz von 1997 (§ 14 GuKG) rechtlich definiert, scheint sich nur mäßig um die Pflegestandards auf den Stationen gekümmert zu haben.[378]

Die Erinnerungen ehemaliger Pflegekräfte deuten an, dass auf den unterschiedlichen Stationen beachtliche Differenzen bestanden: Während eine spezifische Station von mehreren ehemaligen MitarbeiterInnen in besonderem Maße für die dort sukzessive systematisch durch die Stationsschwester erhöhten pflegerischen Standards gelobt wurde, wurden vergleichbare Standards den anderen Stationen eher abgesprochen. Diese Bewertungen lassen

---

[377] Für die Lainz-Phase der Abteilung ist wieder auf die ungenügende Datenlage zu verweisen.
[378] Vgl. u.a. IP8_P:196; IP12_P:71 und 323; IP53_P:15 und 46ff.; IP62_P:32.

sich tendenziell in der Analyse der Interviews mit Personal aus den unterschiedlichen Stationen nachvollziehen: Sie bringen verschiedene Standards zum Ausdruck und lassen vermuten, dass in unterschiedlichem Umfang von Seiten der Stationsschwestern auf die Implementierung und Einhaltung solcher Standards geachtet wurde. Somit ermöglichten die Rahmenbedingungen in manchen stationären Bereichen ein beachtliches Ausmaß an Willkür im Pflegehandeln (vgl. Quellenverweise der vorangegangenen Fußnote).

> „Die drei (Stationen, Anm. d. Verf.) waren spinnefeind teilweise und haben jeder ein anderes Auftragsgefühl gehabt, ganz verschieden. Mit dem ersten Stock wollten wir gar nichts zu tun haben. (…) da war eine unsichtbare Grenze (…). Es ist einfach anders umgegangen worden mit den Kindern. Und nachdem wir erlebt haben, wie hoch der Level sein kann bei uns, hat man natürlich ein bisschen mit Verachtung auf die anderen Stationen geblickt (…). Der hat im Haus schon einen schlechten Ruf gehabt, der erste Stock, und die Stationsschwester hat auch so einen Dreimonatskurs gemacht nach dem Krieg (…). Also ich habe genau gewusst, dort wird noch herumgeschrien mit den Kindern, dort wird noch ja-, also wie auch Psychopharmaka verwendet werden, das hätte ich nicht gemacht. (…) Der Chef, der Rett hat sich da nie eingemischt.“(IP53_P:143ff.)

> „Grundsätzlich, für mich waren sehr unterschiedlich die einzelnen Stockwerke. Es gab herunten auf Parterre rechts, das war die Schwester (Name anonymisiert, Anm. d. Verf.), die war damals dort Stationsleitung. Und das war eine, die sehr auf Haltung wertgelegt hat. Die hat auch das Diplom ursprünglich schon gehabt. Im obersten Stockwerk, die hat Schwester (Name anonymisiert, Anm. d. Verf.) geheißen. Dort hat man so das Gefühl gehabt, da war schon so eher ein Ton, der eher die Unterschicht betroffen hat und auch so, wie gesprochen worden ist. Die war ziemlich resch so in dem Sinn und das hat auch das Pflegepersonal, das rundherum war-. Also wenn man jetzt verglichen hat die Schwester (…) herunten, die (…) wirklich dann mit der Pflegeperson geschimpft hat, sozusagen das dulde ich nicht, so geht man auf der Station wo ich Stationsleitung bin, nicht mit den Kindern um. Das war unterschiedlich, das waren wirklich so ganz eigene Gruppen.“ (IP12_P:25)

Aus teils ungenügender Wahrnehmung von Leitungsaufgaben durch Vorgesetzte (sowohl auf pflegerischer als auch ärztlicher Ebene), zu wenig Personal, mangelhafter Qualifizierung desselben und fehlenden professionellen Reflexions- und Entlastungsangeboten resultierten Überforderung und Hilflosigkeit von Pflegepersonen im Arbeitsalltag. Diese zeigen sich als Ursachen für teilweise unzureichende Pflegestandards und Fehlverhalten von Pflegekräften auf den Stationen.[379] Von Leitungsseite her scheint die Proble-

[379] Vgl. IP8_P:196; IP12_P:153ff.; IP22_P:114ff.; IP24_P:147ff.; IP25_P:113ff.; IP53_P:711ff.

matik unzureichender Betreuungsqualität zwar wahrgenommen, aber weniger auf struktureller, sondern vorrangig auf individueller Ebene verortet worden zu sein. Rett äußerte in einem Schreiben an einen Grazer Kollegen beispielsweise

> „(…) den Eindruck, daß Personalvermehrung allein die Probleme nicht zu lösen vermag. Es hängt viel von der Einsatzbereitschaft und Begabung der Schwestern ab." (KO_R:10.10.1983)

Mit solch einer Problemdefinition ließ sich die Verantwortung der unterschiedliche Leitungsebenen für qualitätsfördernde Rahmenbedingungen der stationären Pflege- und Betreuungsarbeit weitgehend auf die einzelnen Pflegekräfte abwälzen.

Entsprechend heterogen zeigte sich im Alltag die individuelle Arbeitsperformance der Pflegekräfte: Während manche sich grundsätzlich auf Dienst nach Vorschrift beschränkt haben dürften, kämpften andere damit, die hohe Arbeitsbelastung zu bewältigen, und wieder andere engagierten sich in der Etablierung höherer Standards – offenbar mit wechselndem Erfolg:

> „Aber da haben einige nur nach Vorschrift. Und die haben wir dann aber auch mitgerissen, (…) ja, das war einfach ein gutes Team dann mit der Zeit und dann waren die auch nicht mehr so abgeneigt, nicht mehr so faul, sondern haben halt auch mitgemacht. Aber also der Grundstock verheerend." (IP53_P:127)

> „Es war ein reiner Funktionsdienst. (…) wir haben Radldienste gehabt, das war Hauptdienst, Beidienst, Nachtdienst, Schlaftag, frei und kurzer Dienst, und dann hat der Hauptdienst wieder angefangen. (…) Hauptdienst heißt in der Funktion sozusagen, du bist für alles verantwortlich, dass jedes Kind seine Pulver kriegt, jedes Kind sein Essen kriegt, jedes Kind rausgeräumt wird aus dem Bett. Im Endeffekt war es aber ziemlich wurscht, weil (…) jeder hat seinen Haufen Kinder gehabt, den er versorgen musste, weil wenn drei Maxerl (gemeint sind Pflegekräfte, Anm. d. Verf.) 27 Kinder sozusagen zum größten Teil (…) füttern, sondieren, wickeln, baden und so weiter muss, dann bleibt nicht viel Zeit über, um da das großartig aufzuteilen. Und der Beidienst war halt dann zuständig auch dafür, dass die Küche geputzt worden ist, bevor man am Abend den Dienst übergibt, und dass die Windeln nachgefüllt waren (…)." (IP22_P:114ff.)

> „Es waren welche, die sehr so im Sinne von sehr mütterlich umgegangen sind, aber es gab auch sehr wohl welche, die das was unbedingt gemacht werden musste, gemacht haben und dann eine Ruhe haben wollten. Also es gab sicher beide Gruppen in der Bandbreite drinnen. Es gab sicher Kollegen, die je nachdem, mit wem sie im Dienst waren, einmal dort mehr mitgeschwungen sind und einmal dort mehr mitgeschwungen sind." (IP12_P:173)

Die Erinnerungen ehemaliger Pflegekräfte lassen wechselseitige Normierungsversuche der unterschiedlichen „Lager" erkennen, die sowohl in Rich-

tung Verbesserung der Pflege- und Betreuungsstandards als auch Vereinfachung der Pflegearbeit gehen konnten, wie folgende Zitate illustrieren:

> „Die Nachtdienste waren Einzelnachtdienste, auch ich als junge Schwester. Von der Nachbarstation die Kollegin kam herüber und hat mir dann relativ bald nach dem zweiten, dritten Nachtdienst erklärt, es ist schon üblich, dass man sich in der Nacht hinlegt und schläft und jetzt da nicht die ganze Nacht glaubt, man muss da aufpassen oder was tun. Als junge Schwester traut man sich auch nicht viel widersprechen. Wenn die dann eingeschlafen ist, bin ich halt wieder rausgegangen und hab nur gesagt, wenn sie mir dann munter geworden ist und gesagt hat, warum liegst du nicht da herinnen in dem Zimmer, das war so ein Aufenthaltsraum (…), warum gehst du raus? Wo man halt dann gesagt hat, man hat auf die Toilette gehen müssen (…)." (IP12_P:71)

> „(…) und dann habe ich begonnen, in Pflegeberichte einmal das einzuschreiben, wie geht es dem Patienten, was hat der für Bedürfnisse und und und. Ja nicht einmal, dass die Mappe mit diesen Berichten verschwunden war und dass ich mir dann oft schon gedacht habe, also ich gebe es auf." (IP24_P:77)

> „Fachliche Standards: Also erstens einmal sehr unterschiedlich, ist nicht homogen zu sagen. Es gab jüngere, die aus der Ausbildung gekommen sind, die durchaus adäquate fachliche Standards aufgewiesen haben. Es gab traditionelle und ältere, die von modernen fachlichen Standards ein gutes Stück entfernt waren und die letztlich alle geprägt waren von dieser vorhin schon charakterisierten kustodial-karitativen Ideologie. Das war die Grundhaltung des Pflegepersonals." (IP8_P:196)

Genau genommen deuten die empirischen Daten drei unterschiedliche „Grundtypen" von Rollenverständnissen in der Pflege an, die in der Praxis auch in unterschiedlichen Mischtypen vorlagen: Erstens auf den „Dienst nach Vorschrift"-Typus mit Bemühen um Niedrighalten des Arbeitsaufwands im Pflegealltag, zweitens den „mütterlich-aufopfernden" Typus und drittens den qualifizierten, professionellen Typus, der sich meist unter jüngerem Pflegepersonal fand. Die Interviews mit ehemaligem Personal der „Rett-Klinik" spiegeln dabei die damals stattfindenden Umbrüche im beruflichen (Selbst-)Verständnis der Krankenpflege weg von historisch geprägten Berufsbildern der „mütterlichen" und sich „aufopfernden" Schwester hin zu einem neuen, ausbildungs- und wissensbasierten professionellen Selbstverständnis wider (vgl. hierzu u.a. Bolognese-Leuchtenmüller 1997). Dabei zeigen sich ab den späten 1970er und vor allem in den 1980er Jahren widersprüchliche Tendenzen: Einerseits dürfte vermehrt auf höherqualifiziertes Pflegepersonal Wert gelegt worden sein, andererseits bestanden starke Konservierungstendenzen für ein traditionelles, auf herkömmlichen weiblichen Rollenmustern aufbauendes Pflegeverständnis als selbstlos umsorgender und emotionalen Beistand leistender Helferin. Die Arbeit mit häufig unterstützungsbedürftigen, von ihrer Familie getrennten Kindern und Jugendlichen

begünstigte solch ein Rollenverständnis in besonderem Ausmaß: Es gab einen hohen Bedarf von Seiten der PatientInnen, vom Pflegepersonal umsorgt zu werden und persönliche Zuwendung zu erfahren. Hinzu kam bzw. damit verbunden war das in Kapitel 18 beschriebene Selbstbild der Einrichtung als „großer Familie", das ebenfalls auf herkömmlichen geschlechtsspezifischen Rollenmustern aufbauende Erwartungshaltungen mit sich führte und ein traditionelles Schwesternbild festigte.[380]

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass sich unter den Pflegekräften der „Rett-Klinik" keine mit Pavillon 15 vergleichbare verdinglichende und entmenschlichende Sichtweise auf die zu versorgenden Menschen mit Behinderungen erkennen ließ. Dennoch zeigen die gewonnenen empirischen Daten spezifische Mechanismen der Abwertung und Bevormundung von Menschen mit Behinderungen. So war auch im Pflegepersonal die Haltung weit verbreitet: „Das sind unsere Kinder." (IP53_P:35) Darin kommt zum einen fürsorgliche Verantwortungsübernahme zum Ausdruck, zum anderen wird teilweise eine entmündigende Inbesitznahme der PatientInnen erkennbar. Die Erzählungen des Umsorgens und „Bemutterns" zeigen, dass die Grenzen zwischen respektvollem Mitgefühl und mildtätigem Mitleid mit den hiermit zugleich als „hilflos" etikettierten PatientInnen oft fließend waren bzw. teilweise eine klare Tendenz zu letzterem bestand. Daraus resultierte nicht selten bevormundende und in Unselbstständigkeit haltende Überfürsorge anstatt die persönliche Entwicklung fördernde Betreuung. Kremsner (2016a:351) identifiziert „Überbehütung" als einen Behinderung konstituierenden Mechanismus, der Hilflosigkeit konstruiert und so das Risiko erhöht, Gewalt zu erfahren.

> „Und wenn (…) dieses Mädchen gesagt hat, heute möchte ich eine Zeitung, dann sind wir schon gerannt, haben eine Zeitung geholt. Also so, dass sich die Kinder einfach wohlfühlen. (…) Und die kam zu uns und hat zum Beispiel keine Schuhe gehabt. Es war selbstverständlich, dass wir ihr unsere Schlapfen geben, damit sie nicht mit nackten Füßen aufs Klo gehen muss." (IP53_P:45)

> „Weil die waren so anhänglich, wenn man gekommen ist in die Klinik, die Kinder sind einem rauf, hallo du bist da, und haben dich abgebusselt und haben dich mit der Rotznase und so, aber es war alles wurscht. Die haben die Liebe gebraucht und man hat sie einfach gegeben, mir hat es einfach nicht gegraust." (IP66_P:64)

> „Wir haben auch Gewand gekauft für die Kinder, die uns besonders am Herzen gelegen sind oder so. Wir haben auch Saft gekauft. Also wir haben schon einiges auch an Geld ausgegeben für die Kinder, die uns-." (IP62_P:233ff.)

---

[380] Vgl. u.a. IP30_P:99; IP32_P:76; IP65_P:26;

> „(…) also es war schon so, die Schwestern haben die Behinderten bedient. Die sind wirklich-, die haben Full Service gehabt, aber natürlich hat man sie auch damit direkt unmündig gehalten, völlig." (IP39_P:59)

> „Also die Identifikation (des Personals, Anm. d. Verf.) war zum Teil fast ein bisschen pathologisch in der Enge der Beziehung zu den Patienten." (IP30_P:29)

Wiederholt wurde die dankbare Freude der PatientInnen über ihnen entgegengebrachte besondere Aufmerksamkeiten geschildert (vgl. u.a. IP53_P:629), an der sich dann wiederum das Pflegepersonal erfreuen konnte. Aus solchen für die Gebenden und die mit der Gabe Bedachten schönen Erlebnissen lässt sich einerseits Kraft für die anstrengende Pflegearbeit schöpfen. Andererseits erweist es sich jedoch als essenziell zu reflektieren, inwieweit die eigenen Handlungen davon gesteuert werden, d.h. ob die Zuwendungen vorrangig den Zweck erfüllen, die Helfenden zu erfreuen, und nachlassen bzw. ausbleiben, wenn der oder die mit Hilfe bzw. Zuwendung Beglückte nicht entsprechend beglückt und dankbar reagiert. Solch systematische Reflexionen sind insbesondere in Arbeitskontexten bedeutsam, in denen die Rahmenbedingungen wenig Gelegenheit für Erfolgserlebnisse bieten und eine hohe Arbeitsbelastung gegeben ist. In der „Rett-Klinik" dürfte eine derartige Reflexion bestenfalls auf individueller Ebene passiert sein, ansonsten boten die strukturellen Gegebenheiten viel Raum für Willkür – das System der „Lieblingskinder" ist unter diesem Gesichtspunkt kritisch zu hinterfragen.

Dass kritische Reflexionsimpulse insbesondere dann, wenn sie von außen kamen, nicht übermäßig willkommen gewesen sein dürften, zeigen die nachfolgenden beiden Zitate. Beide Interviewzitate sind von Personen, die nicht zum Stammpersonal der Abteilung gehörten, nämlich erstens von einer Praktikantin und zweitens von leitendem Personal des NKH Rosenhügel:

> „(…) die Ding hat dann das gemerkt, diese Oberschwester[381], dass ich dem Ganzen sehr kritisch gegenüber stehe, und hat dann gesagt, sie will nicht mehr, dass ich da bin auf der Station und ich durfte dann nicht mehr diese Station betreten." (IP39_P:51)

> „(…) wenn man halt manche Personen in ihrer Leistung hinterfragt hat, hat (man) halt auch schnell die rote Karte gekriegt. Wobei ich jetzt aber nicht sagen könnte, dass irgendein Missstand da für mich sichtbar geworden wäre, ja? (…) Aber es war nichts, wo du-, du hast nichts fassen können." (IP30_P:196)

[381] Vermutlich handelte es sich um die Stationsschwester.

Sie machen die bereits in Kapitel 16.1 thematisierte Abschottung nach außen bzw. den abwehrenden Umgang mit Irritationen nochmals sichtbar.

Das nachgezeichnete, von der Institution insgesamt beförderte Berufsverständnis in der Pflege als aufopfernd Helfende führte bedeutsame Abgrenzungsprobleme aufgrund unklarer Grenzziehung zwischen der beruflichen Rolle in der „Rett-Klinik" und der Privatperson der MitarbeiterInnen mit sich. Dies bedeutet erhöhte Vulnerabilität auf Seiten der pflegenden und betreuenden Personen. Nachfolgende Interviewausschnitte zeigen, dass sich eine derartige Verausgabung für die „Berufung" an der Klinik unter Vernachlässigung des eigenen sozialen Lebens und bis zur Selbstbeschädigung nicht auf Pflegepersonal begrenzte, sondern auch manche ÄrztInnen umfasste.

> „Die Jungen wie wir haben doppelt gearbeitet, weil wir einfach gern dabei waren und weil ich die Kraft noch hatte. (…). Manchmal Doppeldienste, alles, wenn die (Name der Stationsschwester, Anm. d. Verf.) gesagt, bitte setz dich zu der und der Patientin. Ich bin selbstverständlich geblieben. Ich habe keine Familie gehabt damals. Das war überhaupt kein Thema." (IP53_P:127)

> „(…) und dann war die rührende Stationsärztin, (…) sie ist bei manchen dann stundenlang am Bett gesessen und wenn es schwierig war, wir haben dann so ein Mädel gehabt mit einer Selbstbeschädigung, die sich immer dann aufgekratzt hat und verletzt hat und die es, wie gesagt, wenn sie dabei war, hat sie es nicht gemacht, das war dann fast schon eine verharkte Geschichte, wenn sie weggegangen ist, ist es losgegangen und also eine solche Nähe ist nicht unbedingt günstig, aber man kann es nicht verhindern. Die ist dann in ihrer Freizeit die Nächte dann dort gesessen usw. Also da entsteht eine so enge Beziehung, nur ich kann ihr helfen oder ich verstehe sie, dass das für ihr privates und eigenes Leben dominant wird. Und die das freiwillig macht, wo man eben sagt, nein eigentlich ist es nicht gut und müsste nicht sein, aber man lässt sie natürlich auch. (…) Und also die hat sich also, was ja nicht sein muss, aber was immer wieder vorkommt, sicher im Beruf aufgeopfert. Sich aufopfern und dann weniger Kraft fürs eigene Leben haben, das ist halt eine Rechnung, die sich auf Dauer nicht gut ausgeht. (IP32_P:189)

> „(…) also mir ist es ja dort sehr schlecht gegangen, ich habe auch sehr Probleme, ich habe da wirklich lernen müssen, also das muss man aber dann täglich üben, also weil es ist nicht jeden Tag alles gleich, ja? Wie man die Grenzen, wo man die Grenzen setzt, dass man selber genug Energie behält (I: Ja), um da gut zu arbeiten und aufmerksam sein zu können etc., nicht erschöpft wird und zugleich aber diese Offenheit behält für das, wie es den Menschen da geht, jedem einzelnen." (IP64_P:47)

Erzählt wurde auch der Selbstmordversuch einer Pflegekraft, der Vorfall hätte Überlegungen angeregt oder gestärkt, vermehrt junge, diplomierte Pflegekräfte einzusetzen (vgl. IP12_P:51). Dies ist der einzige Hinweis in den geführten Gesprächen mit ehemaligem ärztlichen und Pflegepersonal, dass

Überlegungen zu einem Schutz vor solch selbstgefährdender Bereitschaft zu übergroßem Arbeitseinsatz und Selbstausbeutung angestellt wurden. Insgesamt lassen die Interviewzitate einen wenig sorgsamen Umgang der Leitungsebene mit ihren MitarbeiterInnen erkennen. Vielmehr ist die erhöhte Vulnerabilität in großem Ausmaß organisationsstrukturell verursacht, etwa durch die Selbstaufopferung fördernde Leitvorstellungen und Communio-Konzepte (vgl. Kap. 18), durch knappe Ressourcen und fehlende professionelle Reflexionsangebote. In besonderem Ausmaß ist als gefährdend anzuführen, dass die unterschiedlichen Leitungsebenen die Verantwortung für ein ausreichendes Gelingen der Abgrenzung von den beruflichen Belastungen auf individueller Ebene verorteten (vgl. etwa IP32_P:28). Es wurde nicht als Leitungsaufgabe verstanden, für systematische organisationale Schutzvorrichtungen gegen Selbstverausgabung im Beruf zu sorgen.

Abschließend ist festzuhalten, dass die auf den Stationen der „Rett-Klinik" rekonstruierbaren Standards bis Mitte/Ende der 1970er Jahre in Summe überwiegend dem zeitgenössischen Stand der institutionellen Unterbringung entsprochen haben dürften bzw. die Klinik zeitweise als Vorreiter zu betrachten ist. Im Vergleich zu Einrichtungen wie Pavillon 15 am PKH stellten sie die längste Zeit die ungleich bessere Alternative dar. Allerdings basierte das Unterstützungsmodell auf fördernder Verwahrung in einer vom Rest der Gesellschaft abgeschiedenen Welt und lag ihr in der Grundtendenz eine bevormundende und in Unselbstständigkeit haltende Umsorgung der stationär untergebrachten Menschen mit Behinderungen zugrunde.

22. FREIHEITSBESCHRÄNKUNG AN DER „RETT-KLINIK“

Hemma Mayrhofer

Die „Rett-Klinik“ war im Gegensatz zu Pavillon 15 „Am Steinhof“ keine sogenannte Sonderkrankenanstalt für Geisteskrankheiten, die Kinder und Jugendlichen, teilweise aber auch erwachsenen PatientInnen waren dort mit Zustimmung ihrer Eltern oder gesetzlichen VertreterInnen. Wie Hammerschick in diesem Band ausführt (vgl. Kap. 28), waren mit deren Übertragung der Fürsorge- und Pflegepflichten an die stationäre Einrichtung nach damaliger Gesetzeslage in gewissem Ausmaß wohl auch unmittelbare Beschränkungen der Bewegungsfreiheit erlaubt Dennoch liegen die Freiheitsbeschränkungen in der „Rett-Klinik“ in einem gesetzlich schwer zu bestimmenden Graubereich bzw. zeigt sich (auch) daran ein im Untersuchungszeitraum ungenügend ausgebildeter Rechtsschutz der untergebrachten Personen.

Die im Studienteil B zum Pavillon 15 festgehaltenen organisationalen und professionellen Rahmenbedingungen, die sich auf den Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen auswirken, gestalten sich an der „Rett-Klinik“ zum Teil etwas anders als auf Pavillon 15 am PKH: Der bedeutendste Unterschied darf darin gesehen werden, dass insbesondere ab der Zeit am NKH Rosenhügel die Abteilung eine wesentlich risikofreundlichere Organisationskultur aufwies und damit eine förderlichere Umgebung für innovativ-kreative Formen des Umgangs mit beispielsweise selbst- bzw. fremdaggressiven Verhaltensweisen der PatientInnen bot. Allerdings scheint, wie nachfolgende Ausführungen zeigen, nicht systematisch dafür gesorgt worden zu sein, dass alternative Umgangsformen zu Freiheitsbeschränkungen auch tatsächlich auf breiter Ebene umgesetzt werden. Hierfür sind vermutlich u.a. die in Kapitel 18 beschriebenen internen Leitungs- und Kommunikationsstrukturen verantwortlich zu machen, die erhebliche Unzulänglichkeiten unterentwickelte professionelle Reflexionsstrukturen aufwiesen.

Über die Anfangsphase der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder in Lainz bis Mitte der 1970er Jahre liegen zu wenige gesicherte Erkenntnisse vor, als dass ein Resümee zum Einsatz freiheitsbeschränkender Mittel möglich wäre. Das erschlossene Datenmaterial gibt diesbezüglich nur ungenügend Auskunft, Akten liegen aus dieser Zeit nur vereinzelt vor und sind zudem inhaltlich wenig ergiebig. Einzelne Interviews lassen aber vermuten,

dass Freiheitsbeschränkungen durch Netzbetten und Fixierungen häufiger stattfanden und vom Personal unhinterfragter angewandt worden sein dürften als in der Phase am Rosenhügel,[382] dies erscheint auch angesichts der gesellschaftlich sukzessive gestiegenen Sensibilität gegenüber Zwangsmaßnahmen naheliegend. Eine seit der Anfangszeit in den 1950er Jahren bei Rett arbeitende Pflegekraft berichtete im Interview:

> „Und (wir) haben ja Kinder gehabt, die waren so autistisch, die musste man zeitweise in die Zwangsjacke geben. Warum? Die haben sich mit der Faust so geschlagen, dass Blut oder- (…). Natürlich musste man sie hin und wieder-, man konnte nicht nur Beruhigungsmittel geben. Was die gekriegt haben, das war vielleicht einmal ein paar Tropfen Nozinan, dass sie sich leichter tun. Aber das ist ja alles für den Patienten, damit sie sich nicht so weh tun und damit sie nicht leiden. Es hat ja alles einen Sinn. Das war ja nicht, damit man sie ruhigstellt, sondern damit man ihnen das erleichtert, ihre Zustände, die sie haben." (IP66_P:194)

Das Interviewzitat lässt auf eine unhinterfragte Praxis von routinemäßigen Freiheitsbeschränkungen bei PatientInnen mit selbst- oder fremdbeschädigenden Verhaltensweisen schließen, ohne dass ein Verständnis für kontextbezogene Entstehungsbedingungen solcher Verhaltensweisen erkennbar wird. Letztere werden vielmehr ausschließlich aus der den PatientInnen zugesprochenen Behinderung resultierend erklärt.

In der Phase ab 1975 am Rosenhügel zeichnet sich insgesamt ein differenzierterer Umgang mit Netzbetten und Zwangs- bzw. Schutzjacken als auf Pavillon 15 am „Steinhof" ab. Entsprechende Praktiken wurden zwar auch regelmäßig eingesetzt, der Großteil der Interviews mit ehemaligem Personal der Abteilung deutet aber an, dass diese stärker reflektiert und hinterfragt wurden.[383] Bei einem Vergleich mit Pavillon 15 ist allerdings zu berücksichtigen, dass auch dort ab spätestens Ende der 1970er Jahre ein sukzessiver Wandel im Umgang mit Freiheitsbeschränkungen zu beobachten ist (s.o.), der sich in der Übergangsphase zum Förderpflegeheim ab 1983/84 nochmals verstärkte. Weiters gilt es, wie eingangs ausgeführt, zu beachten, dass die in der „Rett-Klinik" stationär aufgenommenen Kinder, Jugendlichen und (jungen) Erwachsenen nicht zwangsuntergebracht waren.

Erfahrungen ehemals in der Abteilung am Rosenhügel untergebrachter Personen mit Freiheitsbeschränkungen konnten in dieser Studie kaum er-

---

382 Vgl. u.a. IP9_P:47; IP66_P:30 und 194.

383 Dieser Befund wird auch durch Interviewaussagen von ehemaligem Personal, das der Ära Rett zwischenzeitlich durchaus (selbst-)kritisch gegenübersteht, in der Regel bestätigt.

schlossen werden, dies ist vor allem in der geringen Zahl an Interviews mit betroffenen Personen begründet. In den insgesamt inhaltlich nur dürftig geführten Krankengeschichten finden sich in knapp 7% der ausgewerteten Akten (n=247) Hinweise auf Freiheitsbeschränkungen nicht-medikamentöser Art.

Mehrfach wurde in Interviews mit ehemaligem Personal betont, dass auf Pavillon C in der Ära Rett die Freiheitsbeschränkungen nur nach ärztlicher Anordnung vorgenommen werden durften, was durch die ständige Anwesenheit von ärztlichem Personal auch kein Problem gewesen sei. Ein interviewter Arzt berichtete, dass er alle 2-3 Wochen gerufen wurde, um die Notwendigkeit einer Freiheitsbeschränkung zu bestätigen. Die gewonnenen Einblicke lassen vermuten, dass der ärztlichen Anordnungspflicht überwiegend nachgekommen wurde.[384]

> „Und nach Arztanweisung ist halt dann gehandelt worden. Entweder medikamentös oder eben, wenn Ressourcen da waren, mit einem Therapeuten, Therapeutin oder Psychologin, weg von der Station oder in einen anderen Raum oder andere Beschäftigung. Wenn alles nicht funktioniert hat, natürlich waren dann auch die Beschränkungen, ein Netzbett war eine Möglichkeit nach Arztanordnung.“ (IP25_P:101: zeitl. Bezug: Ende 1970er bis 2. Hälfte 1980er Jahre)

Vereinzelt wurde allerdings berichtet, dass sich die ärztliche Verfügbarkeit im Nachtdienst schwieriger gestaltete: „(…) weil man konnte weder einen Arzt dazu rufen, weil die ja nicht gekommen wären in der Nacht, auch wenn sie jetzt vor Ort waren“ (IP12_P:93). Zugleich war auch die Besetzung mit Pflegepersonen in den Nachtdiensten in der Regel gering, die damit einhergehenden Überforderungen des Pflegepersonals ließen illegitime Abweichungen wahrscheinlicher werden.

> „Aber sagen wir, wenn du dann oft im Nachtdienst 50 Kinder gehabt hast und es war wer dabei, der was sich absolut nicht zu helfen gewusst hat und auch ganz ein geringes Wissen gehabt hat über das Ganze, ja, da brauche ich nicht besonders gescheit sein, dass ich weiß, dass da was sein kann.“ (IP24_P:81)

Netz- bzw. Gitterbetten zur Freiheitsbeschränkung waren im Untersuchungszeitraum auch auf Pavillon C am Rosenhügel vorhanden und in Verwendung, allerdings dürften sie in eher geringer Zahl im Einsatz gewesen sein. In den Interviews wird meist von vereinzelten Betten berichtet, wahrscheinlich erscheint eine durchschnittliche Anzahl von vier bis fünf belegten Netzbet-

---

[384] Vgl. IP12_P:93; IP24_P:79ff.; IP 25_P:101ff.; IP56_P:24ff.; IP88_P:88.

ten.[385] Teilweise erinnern GesprächspartnerInnen Netzbetten in allen drei Stationen, teilweise wird darauf verwiesen, dass diese vorrangig auf der heilpädagogischen Station, vom Personal kurz „oben" (1. Stock) bezeichnet, im Einsatz gewesen seien, da dort eher diejenigen, „die sozusagen als schwierig gegolten haben, hinaufgekommen sind" (IP12_P:93). Ein Netzbett auf dieser Station dürfte zusätzlich an Säulen fixiert gewesen sein, auch von einem zweiten Bett (eventuell aber auf einer anderen Station stehend) wird berichtet, das mit Ketten zusätzlich im Raum fixiert war:

> „(…) es war auf C3 ein arabisches Kind in einem Gitterbett, das mir zuerst aufgefallen ist. Dieses Gitterbett auf C3 war noch dazu eingemauert. Der Rett hat dort Säulen errichten lassen, vier, und an diesen Säulen war dieses Gitterbett angeschraubt, weil dieser Patient in dem Gitterbett so unruhig hin und hergeschaukelt hat, dass dieses Gitterbett durch den Raum gerutscht wäre." (IP8_P:154; zeitl. Bezug: Ende 1980er Jahre)

> „Wir hatten eine Patientin, da war ein Netzbett, das dann in dem Raum drinnen gestanden ist, das mit vier Ketten befestigt gewesen ist, weil die sonst das Bett, wenn sie drin gewackelt hat, so aus den Angeln gehoben hat, dass das umgefallen ist." (IP12_P:93; zeitl. Bezug: 1980er Jahre)

Nicht immer finden sich in den Krankengeschichten Begründungen für eine Unterbringung im Netz- bzw. Gitterbett, manchmal ist nur „geschlossenes Gitterbett" (KG66b_R:1987) oder „muss in Gitterbett gesperrt sein" (KG218a_R:ohne Datum) vermerkt. Vorhandene Erläuterungen in den Akten und ergänzende Erzählungen in den Interviews mit ehemaligem Personal zeigen, dass PatientInnen vor allem bei aggressivem Verhalten anderen Kindern gegenüber oder allgemein auffälligem, störendem Benehmen, das das Pflegepersonal anders nicht in den Griff zu bekommen wusste, im Netzbett isoliert wurden.[386] Folgende Auszüge aus den Akten veranschaulichen dies:

> „(…) sie bewohnt das Gitterbett, weil sie in einem normalen Bett nicht liegen blieb(e). Tagsüber wird sie heraußen z.T. ganz friedlich gehalten (…) zwischendurch gibt es wieder wilde Phasen, wo alles fliegt und (Vorname des Kindes, Anm. d. Verf.) dann im Gitterbett bleibt." (KG104b_R:14.01.1976)

---

[385] Vgl. IP2_P:78; IP8_P:78 und 100; IP9_P:47; IP12_P:93; IP24_P:61f.; IP32_P:420ff.; IP62_P:206ff.; IP66_P:194; IP88_P:88. – Ein/e GesprächspartnerIn machte für den Zeitpunkt der Übernahme der Abteilung durch den Nachfolger Retts, Ernst Berger, die genaue Angabe von elf Gitterbetten, die es danach in kurzer Zeit von den Stationen zu entfernen galt. Allerdings geht aus der Interviewstelle nicht hervor, ob diese Betten auch alle belegt waren. Eine solch hohe Zahl an tatsächlich eingesetzten Netzbetten wird durch die anderen Interviews nicht bestätigt.

[386] Vgl. IP12_P:93; IP25_P:211ff; IP66_P:194.

> „(…) geht herum mit Spielzeug, wirft es wieder weg, stößt Kinder lachend ‚wie zum Gruß‘ um oder teilt Ohrfeigen aus – muß in Stoßzeiten ins Gitterbett, wo sie vielfach dann beißt oder Matratze zerstückelt.“ (KG104b_R:05.09.1979)

> „(Vorname der Patientin, Anm. d. Verf.) fand irgendwo eine Stecknadel, stach damit (Vorname einer Mitpatientin, Anm. d. Verf.) in den Nacken und kratzte sie. Sie schrie und schimpfte fürchterlich und anhaltend und war schließlich am Nachmittag im Gitterbett.“ – „(...) fast täglich eine nicht mehr beherrschbare Situation – wegnehmen, schlagen, zwicken von anderen Kindern, (…) muß dann für kurze Zeit ins Gitterbett.“ – „(...) beruhigt sich eine ganze Weile nicht und kam dann ins Gitterbett und Isolation für ca. 1h (...)“ – „(…) und dann ins Gitterbett gebracht werden muß, wobei man selbst vielfach Kratzer und Schläge abbekommt.“ (KG111b_R:mehrere Eintragungen 1982-83)

Auch körperliche Fixierungen waren gängige Praxis, sie kamen in unterschiedlichen Formen (Hand- und Fußfixierungen, eher selten auch Zwangsjacken) zum Einsatz. Einzelne GesprächspartnerInnen vermuten zwar, dass manche KollegInnen aus Überforderung Fixierungen auch zur Disziplinierung und Bestrafung eingesetzt haben könnten. Allerdings stellt sich dies auf Basis aller verfügbaren Informationen nicht als verbreitete Praxis, sondern als Ausnahme dar, die tendenziell mit Kritik seitens anderer Pflegekräfte oder auch ärztlichen Personals zu rechnen hatte – jedenfalls für die Zeit ab Mitte/Ende der 1970er Jahre.

Die Einträge in den Krankengeschichten deuten an, dass körperliche Fixierungen einerseits zum Schutz vor Selbstverletzungen und andererseits zur Ermöglichung bestimmter Handlungen bzw. zur Erleichterung pflegerischer Tätigkeiten wie etwa Essensverabreichungen eingesetzt wurden. Manchmal sollten sie auch Sachbeschädigungen v.a. an den Betten verhindern. Einige Vermerke in den Akten bestärken tendenziell das in manchen Interviews artikulierte Bemühen, bei Autoaggression nach Möglichkeit zu weniger einschränkenden Schutzmaßnahmen zu greifen, also etwa einen Helm anstatt direkte körperliche Fixierung bei stereotypen Bewegungen bzw. Selbstbeschädigungen einzusetzen:

> „(…) ist unruhig, haut sich die Nase blutig und zieht sich aus, wenn er nicht fixiert ist.“ – „Füttern geht nur mit fixierten Händen.“ – „Ernährung mit Dauersonde, leider müssen Arme fixiert werden.“ (KG112b_R:mehrere Eintragungen 1979-1980)

> „Nachts manchmal wach, muss zum Einschlafen fixiert werden, weil sie sonst das Bett zerlegt, Kautschuk in Stücke reißt und viel davon ißt.“ (KG82b_R:17.10.1979)

> „Beißt mit Vorliebe in den linken Unterarm, hat Narben und kratzt frühere Wunden – Schutzverband.“ (KG108b_R:06.08.1978)

> „(Vorname des Kindes, Anm. d. Verf.) bekommt einen Schutzhut, damit er sich nicht Haare ausreißt bzw. immer wieder seine Ohren anzupft.“ (KG97b_R:14.04.1981)

Der Großteil der auf Pavillon C untergebrachten Personen mit Behinderungen durfte sich den vorhandenen Informationen zufolge in den ihnen zugewiesenen Räumen bzw. auf der jeweiligen Station relativ frei bewegen. Einzelne PatientInnen hingegen scheinen die überwiegende Zeit ihres manchmal jahre- oder gar jahrzehntelangen Aufenthalts im Netzbett oder an Armen und Beinen fixiert verbracht zu haben. So etwa ein Patient aus Katar, er wurde 1977 eingewiesen, verbrachte sein Leben bis Anfang 1990 durchgehend auf Pavillon C und war laut Vermerk in seiner Krankenakte an Armen und Beinen mit Manschetten fixiert (vgl. KG51a_R). In der Akte befindet sich kein Dekurs (es ist zu vermuten, dass keiner verfasst wurde), allerdings liegen zwei psychologische Testungen bei, eine kurz nach der Einweisung und eine zweite ca. eineinhalb Jahre später: In der anfänglichen Testung des zum damaligen Zeitpunkt achtjährigen Jungen ist u.a. festgehalten, dass dieser Sprachverständnis habe, zwar Spuren von Autoaggression aufweise, aber laut testender Psychologin im Einzelkontakt bei intensiver Betreuung keine Autoaggressionen zeige. In intellektueller Hinsicht seien Fortschritte zu erwarten. Das Testergebnis nach knapp eineinhalb Jahren hält u.a. ebenfalls Sprachverständnis, aber nur Sprachvermögen von einigen Silben fest; der Patient zeige sich motorisch sehr ungeschickt und falle durch massive Selbstbeschädigung auf. Diese psychologischen Testberichte erlauben für sich allein keine valide Rekonstruktion von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen, d.h. insbesondere der tatsächlichen Auswirkungen der Form der Unterbringung auf die Erhöhung der Autoaggressionen, auch wenn sich solch eine Deutung auf Basis allgemeiner Erkenntnisse zu Hospitalismusphänomenen aufdrängt.

In mehreren Interviews wird bestätigt, dass manche PatientInnen aus dem arabischen Raum die überwiegende Zeit fixiert oder im Netzbett waren. Folgender Interviewausschnitt dürfte sich auf einen anderen Fall als den oben geschilderten beziehen, es wurde auch ein anderer Name erinnert:

> „Also der eine hatte eine Betreuerin, die dann gekommen ist und die ihn dann immer wieder stundenweise quasi befreit hat. Der eine junge Mann, der so im Bett fixiert war, war einer, der sehr wendig war, sehr geschickt war, eigentlich immer sofort irgendwo oben war, auch auf Kästen oder so raufgeklettert ist, runtergesprungen ist, so in dem Sinn. Es ist ihm eigentlich nie was passiert, aber ich glaub ein Teil dessen, von der Fixierung her ist bei dem vor allem deswegen gewesen, weil man immer Angst gehabt hat, dass dem was passieren könnte und dann gibt es das Geld nicht mehr. Beinhart.“ (IP12_P:337; zeitl. Bezug: 1980er Jahre)

Ob die von der interviewten Person gemutmaßten Gründe für die massive und andauernde Freiheitsbeschränkung tatsächlich zutreffend waren oder nicht, kann nicht eindeutig beantwortet werden. Allerdings fällt sehr wohl auf, dass in den Gesprächen mit ehemaligem Personal besonders häufig arabische Kinder bzw. junge Menschen erinnert wurden, denen ein hohes Ausmaß an Fixierung widerfuhr.

Einzelne Interviewstellen zeigen, dass manche Kinder bereits mit gravierenden Hospitalismusfolgen von anderen stationären Unterbringungen in die Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder überstellt wurden, u.a. auch vom „Steinhof“:

> „(…) speziell bei Kindern, die wir aus dem sogenannten Steinhof bekommen haben, war das sicher eine Verbesserung, weil wir hatten ja dann einige Kinder natürlich, die in Netzbetten waren, also das hat es ja auch noch gegeben, das war ja ein Standard auch. Und da waren dann unsere Bemühungen und unsere Versuche schon, dass wir die Kinder halt dann entweder ohne dieses Netz, (…) und dass wir mit ihnen hinausgehen und dass sie sich gewöhnen an freie Bewegung (…). Also das, find ich, war schon eine Verbesserung. Auch Fixierungen hat es gegeben. (…) Und das war auch dann ein Fortschritt quasi, dass wir die dann entwöhnt haben, also aus den Jacken und aus diesen Fixierungen. Und eben von den Netzbetten weg (…).“ (IP25_P:67ff.; zeitl. Bezug: Ende 1970er Jahre bis 2. Hälfte 1980er Jahre)

> „Ich kann mich an ein Bett erinnern und da war der (Vorname eines Patienten, Anm. d. Verf.) drinnen. Das war ein geistig Behinderter, ich hätte jetzt einmal gesagt, der war so zwölf bis vierzehn (…), der kam aus einem Heim und der (…) war in einem Netzbett, das allerdings nicht verschlossen war, sondern nur- also das Netzgitter, aber nicht verschlossen. Und der hat sich das selbst zugemacht. Der ist in sein Bett gegangen und hat sich das selbst zugemacht. (I: Weshalb war er da drinnen?) Ich glaube, der war das so gewöhnt vom Heim, der (…) wollte in keinem anderen Bett liegen.“ (IP62_P:209ff.; zeitl. Bezug: 2. Hälfte 1980er Jahre)

Wie in Kapitel 20.2 ausführlicher dargestellt ist, erfolgte auch in der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder ein regelmäßiger Einsatz sedierender Medikamente. Allerdings lassen sowohl Interviews als auch Krankenakten die Hypothese zu, dass es nicht in einem mit Pavillon 15 „Am Steinhof“ vergleichbar hohem Ausmaß zu medikamentösen Ruhigstellungen gekommen sein dürfte.

> „Und natürlich sind die Patienten in solchen Situationen auch sediert worden. Das ist gang und gäbe, das wird heute noch praktiziert, das wissen wir genügend (…) von anderen Einrichtungen. Wenn Verhaltensprobleme kommen, (wie) reagieren die Ärzte? Sie geben sedierende Medikamente.“ (IP14_E:211; zeitl. Bezug: ab Mitte 1980er Jahre)

Die erschlossenen Daten deuten zwar – wie eingangs thematisiert – auf Pavillon C am Rosenhügel einen stärker reflektierten Umgang mit freiheitsbeschränkenden Mitteln an, diese Tendenz zeigt sich aber nicht ungebrochen, wie auch folgende Zitate nahelegen:

> „(…) dass es schon auffallend war, dass alle Kinder, die in irgendeiner Form schwerer zu beherrschende oder zu kontrollierende Beeinträchtigungen hatten, sehr rasch in die Fixierung genommen wurden, ja, das ist völlig klar, also das kann ich mich gut erinnern. Das heißt, es gab Kinder, die auch dauerhaft fixiert waren. Das war belastend, (…) und das waren Kinder, wie gesagt, die man heute überhaupt nicht mehr fixieren würde (…)." (IP56_P:23; zeitl. Bezug: 2. Hälfte 1970er Jahre)

> „Der eine Raum war sehr klein, da waren ganz viele drinnen und (…) ein erwachsener junger Mann, dem das immer zu viel war, diese Enge und die vielen Leute in dem Raum, der hat dann wirklich durchgedreht. Ja? Der hat die Sessel aufgehoben und durch den Raum geworfen und da ist halt jemand gekommen, hat ihm eine Injektion gegeben, rauf ins Bett. Und es gab auch noch Gitterbetten zu der Zeit. So ist das halt gelöst worden. Und der Versuch, dann bei der Besprechung über das zu reden, wie man da anders-, also dass man vorher, dass man ihm das erspart, was könnte man schon vorher anders machen, das war unmöglich, also das ist auch in allen Arten signalisiert worden, das ist da nicht der Platz, wo man so redet." (IP64_P:37; zeitl. Bezug: 2. Hälfte 1980er Jahre)

Die Mehrzahl der interviewten ehemaligen MitarbeiterInnen der Abteilung (darunter Personen mit deutlich kritischer Haltung der Einrichtung in der Rett-Ära gegenüber) weist aber darauf hin, dass es regelmäßig zu Diskussionen über Notwendigkeit, Art und Ausmaß von Freiheitsbeschränkungen kam, diese seien immer wieder hinterfragt worden.

> „(…) die Sedierung war natürlich immer ein Thema, ja? Also wie, wie ausgeprägt, weil natürlich zu starke Sedierung heißt, er kann auch nicht in Therapie gehen oder wie auch immer, also da gab es schon Diskussionen." (IP56_P:135; zeitl. Bezug: 2. Hälfte 1970er Jahre)

Vereinzelt wird auch von Bemühungen berichtet, durch ein höheres Verständnis über die Ursachen von Selbst- und Fremdaggressionen und durch Kenntnisse über alternative Umgangsweisen Zwangsmaßnahmen zu reduzieren. Allerdings lässt sich keine systematische Vermittlung und Implementierung von Strategien zur Deeskalation und Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Ära Rett auf Pavillon C erkennen, es scheint sich eher um auf einzelne Bereiche bzw. Personenkreise begrenzte Bemühungen gehandelt zu haben. Überwiegt haben dürfte geringes Wissen auf Seiten des pflegenden Personals über einen korrekten Umgang mit Gefährdungssituationen, dies wird wiederum als neuralgischer Faktor für den verstärkten Einsatz freiheits-

beschränkender Mittel bzw. für mitunter auch gewalttätige Handlungen gegenüber PatientInnen in der Abteilung problematisiert. Die aggressionsfördernden Rahmenbedingungen stationärer Unterbringung allgemein und fehlende Konzepte für den Umgang mit und Schutz vor physischer Gewalt durch PatientInnen sind als Verstärkungsfaktoren für Zwangsmaßnahmen und Gewalt auszumachen. Folgende Zitate zeigen abschließend nochmals die heterogenen und widersprüchlichen Umgangsweisen mit diesen Problematiken in der Abteilung auf:

> „Weil wenn ich über das Krankheitsbild nichts weiß und ich mich nimmer mehr zu helfen weiß und ich gebe denen die Schutzjacke (…). Das hat sich sicher durch Wissen und durch Schulungen und durch- (…) und plötzlich hat ein jeder ein Deeskalationsmanagement gemacht, und und und. Also diese Dinge sind ja früher tabuisiert worden (…).“ (IP24_P:81; zeitl. Bezug: 1970er und 1980er Jahre)

> „Ich kann mich erinnern, dass zum Beispiel (…) die Therapeuten, also mit denen ich zu tun hatte, also heilpädagogische Station mit den Musiktherapeuten und den Logopäden, die waren eher auf weniger Sedierung, (…) das war immer wieder Thema, also die Fixierung, die Sedierung, quasi das Einsperren, das Reduzieren, das war ein Thema. (I: Wer war mehr dafür?) Naja dafür waren die Ärzte, das war ganz klar, die Psychologen (I: Pfleger?), wahrscheinlich auch die Pfleger, aber die Ärzte ganz sicher, die Ärzte waren eher auf dieser Linie. Die Psychologen, das weiß ich nicht mehr. (…) in diesen Teambesprechungen gab es eine klare Hierarchie, ja? Also die heilpädagogisch-, therapeutische Seite hat wesentlich weniger Mitsprachemöglichkeit gehabt, also das ist überhaupt keine Frage, also da dominierte die medizinische Expertise.“ (IP56_P:135ff.; zeitl. Bezug: Mitte 1970er Jahre)

> „Und das war ein Bereich, der mir sehr nahe gegangen ist, weil ich da auch gesehen habe, es wird möglicherweise nicht das gemacht, was man tun könnte, wenn man es wissen würde. Und das Personal war-, (wenn) ich mit Rett geredet habe darüber, du man könnte da etwas anderes versuchen, da war er immer dafür, das zu tun. (…) Ich habe den Ärzten das erzählt über diese Erklärungsmodelle (für aggressives Verhalten bzw. Selbstverletzungen, Anm. d. Verf.) und wie wir das verändern könnten in diesem Kontext. Und das ist teilweise gemacht worden.“ (IP14_E:19ff.; zeitl. Bezug: 2. Hälfte 1980er Jahre)

Resümierend lässt sich festhalten, dass freiheitsbeschränkende Maßnahmen auf Pavillon C am Rosenhügel im Vergleich zu Pavillon 15 „Am Steinhof“ keineswegs ein so umfassender und systematischer Bestandteil der alltäglichen Umgangsweisen mit den untergebrachten Kindern und Jugendlichen sowie teilweise auch erwachsenen Personen waren. Zwangsmaßnahmen zeigten sich vielmehr – jedenfalls in der Phase im neuen Haus am Rosenhügel – in höherem Ausmaß begründungsbedürftig und wurden teilweise kritisch hinterfragt. Allerdings kamen sie dennoch regelmäßig vor und betrafen manche untergebrachten Personen auch in gravierendem Ausmaß. Die er-

schlossenen Daten lassen auf Seiten der PatientInnen auch Hospitalismussymptome in unterschiedlichem Ausmaß erkennen. Es zeigen sich keine einheitlichen und systematischen Strategien in der Einrichtung, Zwangsmaßnahmen zurückzudrängen und Alternativen dazu zu entwickeln, solche Versuche wurden zwar offenbar von einzelnen Personen oder Teams unternommen, blieben aber insgesamt unkoordiniert und erratisch.

23. THERAPEUTISCHE ANGEBOTE

Gudrun Wolfgruber

Vorauszuschicken ist, dass eine umfassende Beschreibung des therapeutischen Angebotes an der „Rett-Klinik“ und dessen Verortung im zeithistorischen Entwicklungsstand therapeutischer Ansätze für die Arbeit mit Menschen mit Behinderungen in dieser Studie nicht geleistet werden kann. Dafür braucht es ein eigenes Forschungsprojekt mit einem entsprechenden Forschungsfokus und unter Integration einschlägig spezialisierter ForscherInnen. Das therapeutische Angebot der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder scheint zudem nicht ausschließlich, möglicherweise nicht einmal vorrangig, den stationär aufgenommenen Kindern vorbehalten gewesen zu sein, sodass es auch in dieser Hinsicht den Rahmen dieser Studie übersteigt. Dennoch sollen anschließend einige Eindrücke vom therapeutischen Behandlungskonzept und den hierfür eingesetzten Therapieansätzen gegeben werden.

Abteilungsvorstand Andreas Rett formulierte in seinem 1971 erstmals publizierten Werk „Das hirngeschädigte Kind“:

> Trotz manch gegenteiliger Behauptungen (…) ist es klar, daß derzeit *keine* Substanz in der Lage ist, den intellektuellen Entwicklungsrückstand auf direktem Wege zu beeinflussen, daß gegen den Schwachsinn also kein Kraut gewachsen ist“ (Rett 1971:123).

Damit erteilte er der Behandlung von Menschen mit Behinderungen mit Psychopharmaka keinesfalls eine Absage, vielmehr beschrieb Rett den Einsatz von sedierenden Substanzen als „eine für viele Fälle unerläßliche Behandlung“ (ebd.:124). Allerdings diente diese – zumindest in der Theorie, in der Praxis zeigt sich dies nicht uneingeschränkt (vgl. Kap. 19.3 sowie 21) – keiner bloßen Verwahrung, sondern reihte sich ein in ein Bündel von Behandlungsansätzen zur motorischen Förderung, der Behandlung von „Anfallsleiden“ (ebd.:132), hormonellen Therapien (v.a. Epiphysan – vgl. Kap. 20.2), neurochirurgischen Eingriffen und vorrangig psychotherapeutisch ausgerichteten Ansätzen, allen voran die Musiktherapie. Sein Behandlungskonzept fußte auf der Annahme einer lebenslangen Therapie- und Rehabilitationsbedürftigkeit, zumal „es sich bei kindlichen Hirnschädigungen um chronische Leiden handelt, die (…) nie im Sinne einer Heilung behandelt werden können“ (Rett/Seidler 1981:270).

23.1. BESCHREIBUNG DES ANGEBOTS

Für den Zeitraum ab der Eröffnung der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder im Jahre 1956 bis zu ihrer Übersiedlung ins neue Gebäude am Rosenhügel sind in der Mehrheit der ausgewerteten Krankenakten keine heilpädagogischen und therapeutischen Interventionen verzeichnet. Dies erlaubt jedoch nicht den Schluss, es habe in Lainz kein therapeutisches Angebot gegeben. Seinerzeitigen MitarbeiterInnen zufolge, habe die Abteilung bereits damals trotz unzureichender personeller und räumlicher Kapazitäten zur Behandlung der stationär untergebrachten Kinder über therapeutische Angebote in Form von Physiotherapie, Heilgymnastik und Unterwasserstrahlmassage[387] sowie psychologische Betreuung verfügt.[388] Die „Rett-Klinik" verfügte somit bereits in der Frühphase ihrer Existenz über therapeutische Ressourcen, die auf Pavillon 15 „Am Steinhof" die überwiegende Zeit völlig fehlten.

Im Rahmen der Übersiedlung der Abteilung auf den Rosenhügel wurde das Therapieangebot weiter ausgebaut.[389] Einem Bericht Retts über Ausstattung, Angebot, die personelle Zusammensetzung der MitarbeiterInnen und PatientInnen aus dem Jahre 1977 ist zu entnehmen, dass ergänzend zu medizinisch-therapeutischen Angeboten (Zahnbehandlung, Akkupunktur) das therapeutische Angebot zur Behandlung der stationären und ambulanten PatientInnen der Abteilung „Logopädie, Physiotherapie (Unterwassertherapie), Beschäftigungstherapie, Musiktherapie, Keramikotherapie, Verhaltenstherapie für autistische Kinder und andere Verhaltensstörungen sowie Lerntherapie für lerngestörte Kinder (Legasthenie-Behandlung)" umfasste.[390]

Hinweise auf therapeutische Fördermaßnahmen finden sich nur in einem Teil der Krankenakten, konkret sind in 28,7% der in die Zufallsstichprobe aufgenommenen Akten bei zumindest einem Aufenthalt, teilweise aber auch bei mehreren Aufenthalten häufig eine, manchmal auch mehrere Therapien eingetragen (vgl. Kap. 19.3). Aufgrund der unsystematischen Eintragungen lassen sich weder über die den Therapieverordnungen zugrundeliegenden

---

387 Den Beobachtungen einer seinerzeitigen Patientin zufolge, sei diese therapeutische Behandlung von den Kindern jedoch nicht immer positiv erlebt worden: „Vom Unterwasser her weiß ich, dass die Kinder sich teilweise gefürchtet haben (…) weil dieser Strahl halt und weil es laut, die Frau (…) hat auch immer so einen Gummischurz gehabt." (IP67_B:129).

388 Vgl. IP9_P:71ff.; IP24_P:69, IP32_P:68; IP38_P:134, IP66_P:16f.,30ff. und 269.

389 Vgl. IP25_P:5, IP24_P:67, IP14_189, IP2_P:37, IP9_P: 73.

390 Vgl. KO_R: 12.10.1977: Anhang an Brief Retts an den Univ. Doz. Dr. H. Neugebauer, Präsident der Ärztekammer für Wien.

Argumentationen noch über die Dauer und Frequenz der Therapien eindeutige Aussagen treffen. Dennoch ist erkennbar, dass therapeutische Interventionen an der Abteilung am Rosenhügel neben einer primär medizinisch orientierten Betreuung teilweise Bestandteil der Behandlung der PatientInnen waren. Zudem verweist bereits die multiprofessionelle Zusammensetzung des Personals auf ein für diese Zeit relativ reichhaltiges therapeutisches Angebot. Im Jahre 1977 waren zwei Logopädinnen, zwei Physiotherapeutinnen, ein Heilmasseur, ein Therapeut für Unterwassertherapie, je zwei Beschäftigungs- und Musiktherapeutinnen, eine Keramikotherapeutin sowie zwei Lerntherapeutinnen“[391] an der Abteilung angestellt. Dabei handelte es sich teilweise allerdings um Personal ohne einschlägige Qualifizierung (vgl. Kap. 17).

Zur Ausweitung der „Grenzen der Förderbarkeit“ von Kindern mit kognitiven und Mehrfachbehinderungen (Rett/Seidler 1981) sollten vor allem spezifische therapeutische Trainings führen. Dies zeigt sich unter anderem in den Therapieprogrammen, die er bzw. sein Personal entwarf. So war beispielsweise geplant, anlässlich der Eröffnung des neuen Hauses im August des Jahres 1975 „Intensiv-Trainingskurse“ für PatientInnen anzubieten.[392] Dem Konzept nach war beabsichtigt, 40 „cerebral-motorisch gestörte“ (ebd.) Kinder für drei Wochen stationär aufzunehmen, in Gruppen von 5-8 Personen einzuteilen und diese wechselnd von „je einem Psychologen, Physiotherapeuten, Beschäftigungstherapeuten, Musiktherapeuten und Logopäden“ (ebd.) betreuen zu lassen. Den Eltern war es freigestellt, an den Therapiesitzungen teilzunehmen; an den letzten 3 Tagen wäre jedoch eine aktive Teilnahme wünschenswert.[393] Geplant waren die Betreuung der Kinder sowohl in Gruppen als auch in Einzelsettings sowie ein intensiver Austausch der MitarbeiterInnen, um am Ende des Trainingskurses für jedes Kind einen individuellen Therapieplan erstellen zu können. Als TherapeutInnen sah Rett fortgeschrittene Studenten der entsprechenden Fachrichtungen gegen eine Entschädigung von ÖS 1.000 und Kostenübernahme für das Mittagessen vor

---

391 KO_R: 12.10.1977: Anhang an einen Brief Retts an Univ. Doz. Dr. H. Neugebauer, Präsident der Ärztekammer für Wien.

392 KO_R: undatiertes Konzept Retts zu einem Intensiv-Trainingsprogramm (Korrespondenzmappe 1 aus dem Jahre 1975).

393 Die Einbeziehung von Eltern in die Behandlung von PatientInnen entspricht Retts Idealvorstellung einer effektiven heilpädagogischen Behandlung, die ausschließlich über ein im Gleichgewicht befindliches „heilpädagogisches Dreieck“ zwischen Erzieher, Arzt und Eltern“, in dessen Zentrum das Kind stehe, zu erreichen sei. (vgl. Rett/Seidler 1981:250). (…)

(vgl. ebd.). Ob dieses Angebot tatsächlich realisiert wurde, lässt sich aus den Quellen nicht rekonstruieren.

Ergänzend zu den logopädischen Trainings, der Ergotherapie, der Beschäftigungs- und Physiotherapie wurden von Rett im Hinblick auf eine umfassende Förderung weitere Therapien, insbesondere die Musiktherapie, in den Kanon der therapeutischen Behandlung für Kinder mit Behinderungen an der Abteilung integriert.[394] Auch ehemaligen MitarbeiterInnen der Abteilung zufolge hätten die zuvor angeführten Therapien neben der heilpädagogischen Arbeit in Schule und Sonderkindergarten zu den zentralen Fördermaßnahmen der Abteilung gezählt.[395] Die heilpädagogische sowie therapeutische Förderung der PatientInnen sollte Rahmen einer gezielten Tagesstruktur im Kindergartens, der Sonderschule sowie der therapeutischen Angebote der Abteilung umgesetzt werden.[396] Ehemaligem Personal zufolge habe die Tagestruktur weniger aus einer systematischen Förderung und gezielten therapeutischen Aktivierung bestanden, vielmehr sei es um eine Beschäftigung der Kinder und Jugendlichen gegangen: „dass den Patienten nicht fad wird" (IP22_P:136). Jene Kinder, die nicht bettlägrig waren, wären „herumgesessen und (…) vereinzelt in diese Betreuungsstrukturen des Kindergartens und der Ergotherapie gekommen" (IP8_P:160).

Musiktherapie

Erste Erfahrungen mit den therapeutischen Effekten von Musik waren bereits an der Lainzer Abteilung gewonnen worden. In einem Manuskript „Musiktherapie in der Kinderpsychiatrie" aus dem Jahre 1987 berichtete Rett von „erste(n) Versuche (…) zur Behandlung behinderter Kinder"[397] Eine „in Wien sehr bekannte Musikerin, die Geigerin H. Koffer (hat) an unserer Klinik mit Musik für geistig Behinderte gearbeitet" (ebd.). Im Zuge dessen sei offensichtlich geworden,

> „(…) daß die Melodien im Gedächtnis behinderter Kinder mit einer geradezu unfassbaren Sicherheit haften bleiben und andererseits die Wirkung der Töne und Melodien das Verhalten der Kinder verändern konnten. Zwischen Stimulation zu intensiver Unruhe bis hinüber zum Einschlafen reichte der Bogen der Wirkung." (ebd.)

---

394 KO_R:07.03.1975: Manuskript von Rett „Musik-Therapie – Möglichkeiten und Grenzen", S.6

395 IP38_P:135, vgl. IP9_P:59, IP29_P: 204ff.

396 IP14_P:187, IP32_P:84

397 KO_R:09.03.1987: Manuskript von Rett: „Musiktherapie in der Kinderpsychiatrie, S.2.

Aufbauend auf diesen spezifischen Wirkungen von Musik in der Arbeit insbesondere mit cerebralgeschädigten Kindern, etablierte sich nicht zuletzt aufgrund des Einsatzes einer engagierten Musiktherapeutin diese Therapieform zu einem zentralen Teilbereich der klinisch-therapeutischen Arbeit an der Abteilung[398] (vgl. Mössler 2008) und zählte zu den „heilpädagogischen Basis-Methoden“[399]. Rett zufolge sei die „heilpädagogische Musiktherapie“ (…) „in Fällen schwerer Hirnschädigungen (…) vielfach der einzige Weg (…) therapeutisch an die Kinder heranzukommen“, wie er im Rahmen eines Antrags um eine personelle Aufstockung des musiktherapeutischen Personals an die Magistratsdirektion im Jahre 1985 nachdrücklich betonte.[400] Zur Motivation und Stimulation der PatientInnen empfahl Rett den Einsatz von Musiktherapie im Rahmen anderer Therapiemethoden, etwa der Physiotherapie und der Logopädie (Rett/Seidler 1981: 232f.).

Psychologische Behandlung und Psychotherapie

Wenngleich einige MitarbeiterInnen der Abteilung von einer nur geringen Präsenz von PsychologInnen an der Abteilung aufgrund deren vorrangigen Einsatzes zur Testung an der Ambulanz berichteten, dürften die heil- und sonderpädagogischen Trainings zur Förderung von Alltagskompetenzen wie Ess-, Sauberkeits-, Anzieh- und Verhaltenstrainings nicht nur in den sonderpädagogischen Gruppen (Sonderkindergarten und Sonderschule), sondern auch nachmittags von PsychologInnen an der Abteilung durchgeführt worden sein.[401] Diese Trainings orientierten sich an verhaltenstherapeutischen Behandlungsmodellen der Gruppen- und Einzeltherapie. Rett selbst hob in einem Ansuchen um die Genehmigung von Erschwerniszulagen und einer Überstundenpauschale von den an der Abteilung beschäftigten PsychologInnen aus dem Jahre 1981 deren Mitarbeit im „täglichen Stationsbetrieb“ her-

---

398 Vgl. u.a. IP11_P:157, IP24_P:69f., IP32_P:150; KO_R: 07.03.1975: Manuskript von Rett: „Musik-Therapie-Möglichkeiten und Grenzen“, S.6.

399 KO_R:16.06.1975: Schreiben Retts an die ärztliche Leitung des neurologischen Krankenhauses der Stadt Wien bezüglich der Anschaffung „dem Stand der modernen musiktherapeutischen Arbeit“ erforderlichen Geräte.

400 KO_R:08.08.1985: Schreiben von Rett an die Magistratsdirektion. Aus einem Schreiben Retts an die Verwaltung des Neurologischen Krankenhauses der Stadt Wien – Rosenhügel aus dem Jahre 1976 geht hervor, dass Musiktherapie auch an der Ambulanz der Abteilung angeboten wurde. KO_R: 20.08.1976

401 Vgl. IP9_P:47; IP19_129ff.; IP22_P:292f. IP53_P:685.

vor. Neben Einzel- und Gruppenpsychotherapie würden die PsychologenInnen auch „spezielle Trainings wie z.B. Ess-Training durchzuführen haben."[402]

In den Krankenakten findet sich hingegen kein einziger Hinweis auf eine als solche deklarierte psychotherapeutische Behandlung, auch in einem Interview wurde berichtet, solch ein Angebot nicht wahrgenommen zu haben (vgl. IP39_P:75). Von einem ehemaligen psychologischen Mitarbeiter der „Rett-Klinik" hingegen wurde erwähnt, Psychotherapien seien durch PsychologInnen im Anschluss an ihre Ambulanztätigkeit durchgeführt worden (vgl. IP14_P:188). Möglicherweise handelte es sich dabei aber um die bereits erwähnten verhaltenstherapeutischen Maßnahmen. Es konnte damit zwar nicht restlos geklärt werden, inwieweit dieses Angebot den stationär aufgenommenen PatientInnen zur Verfügung stand, besonders zentral scheint es aber keinesfalls gewesen zu sein.

Hingegen lässt sich der Einsatz von Musiktherapie aufgrund ihrer psychotherapeutischen Wirksamkeit (vgl. Lutz-Hochreutener 2009:17), ihrer Effekte auf das Verhalten sowie der damit erreichbaren „affektive(n) emotionale(n) Ansprechbarkeit" des Kindes auch als an der Abteilung angebotene psychotherapeutische Behandlungsmethode ansehen.

23.2. WER ERHIELT THERAPIEN?

Für die Mehrzahl der an der Abteilung stationär untergebrachten Kinder wurden keine therapeutischen Maßnahmen in den Krankenakten verzeichnet. Seitens der MitarbeiterInnen der Abteilung differieren Aussagen sowohl in Bezug auf das Ausmaß der zu Verfügung stehenden Therapien als auch über Kriterien, nach denen die Zuordnung spezifischer therapeutischer Angebote erfolgte, beträchtlich. Einem ab Mitte der 1970er Jahre bis Ende des Untersuchungszeitraums an der „Rett-Klinik" tätigen Arzt zufolge hätten in der Regel alle stationär an der Abteilung untergebrachten Kinder „irgendeine Form der Therapie" erhalten (vgl. IP32_P:85f.). Vergleichbar einer heutigen Rehabiliationseinrichtung sei für jedes Kind ein Therapieplan erstellt worden und „es ist eigentlich kein Kind dort gelegen, wo nichts geschehen ist" (IP32_P:50). Einer anderen Mitarbeiterin der Abteilung zufolge, hätte „maximal ein Drittel (…) Therapie gehabt" (IP62_P:174ff.). Von mehreren seinerzeitigen MitarbeiterInnen der Abteilungen wurde auch das Fehlen thera-

[402] KO_R: 13.02.1981, Stellungnahme Retts an das Personalamt

peutischer Interventionen bzw. überhaupt eines verfügbaren therapeutischen Angebots für hervorgehoben.[403]

Welche Therapien für welche Kinder gewählt wurden, welche Überlegungen der ÄrztInnen und TherapeutInnen ausschlaggebend für die Indikation therapeutischer Behandlungen waren und wem Entscheidungen darüber oblagen, lässt sich auf Basis der vorhandenen Quellen nur mangelhaft beantworten. Wenngleich einige MitarbeiterInnen der Abteilung von „umfassenden Diagnosen zur Abklärung der medizinischen und therapeutischen Behandlungen erzählen (vgl. IP9_P:75), ließ sich aufgrund der eher unsystematischen und dürftigen Dokumentation[404] kein eindeutiges Muster über die Kriterien zur Indizierung spezifischer therapeutischer oder heilpädagogischer Maßnahmen identifizieren. Auch dem Personal dürfte die Zuordnung nicht immer offensichtlich gewesen sein.[405] Das therapeutische Geschehen sei „halt wenig fassbar" (IP30_P:113) gewesen. Rett habe über die Therapien entschieden (IP65_P: 217), während die heilpädagogisch therapeutische Seite habe wesentlich weniger Mitspracherecht gehabt, „da dominierte die medizinische Expertise." (IP56_P:139)

Mitunter wurden bereits bei der Aufnahme als Einweisungsgründe gezielte therapeutische, insbesondere physiotherapeutische Behandlungsintentionen angeführt. In diesen Fällen handelte es sich in Analogie zu Aufnahmen zwecks Sonderschulbesuch an der Abteilung sehr häufig um PatientInnen, die in ländlichen Gebieten der österreichischen Bundesländer beheimatet waren, in denen den Kindern und Jugendlichen kein entsprechendes therapeutisches Behandlungsangebot zu Verfügung stand. (vgl. IP53_P:547ff.) So etwa auch im folgenden Fall eines Buben, der mit der Diagnose einer „spastischen Tetraparese" (KG211a_R) im Alter von fünf Jahren erstmals an der Abteilung für mehrere Monate aufgenommen wurde. [406] In den folgenden neun Jahren erfolgten weitere fünf Aufenthalte an der Abteilung. Als Aufnahmegründe aller Aufnahmen geht aus der Krankengeschichte eindeutig eine physiotherapeutische Behandlung hervor. Im Laufe seiner Aufenthalte erhielt der Bub Therapien in Form von Physiotherapie (u.a. Heilgymnastik),

---

403 Vgl. IP22_P:756ff., IP39_P:79 und 246ff., IP49_P:106, IP65_P:94.

404 Laut einer langjährigen Krankenschwester der Abteilung wären Therapien und Therapieverlaufe ausführlich schriftlich dokumentiert und evaluiert worden (IP29_P:204ff.). Derartige Belege fanden sich jedoch in den Krankenakten nicht.

405 Vgl. IP22_P:446 und 467, IP30_P:119, IP56_P:29f.

406 Dass die Unterbringung des Buben an der Abteilung primär dessen therapeutischer Behandlung dienen sollte, wurde auch von der Mutter des Patienten erwähnt (vgl. IP36_A:100).

Unterwassergymnastik, Beschäftigungstherapie und bei seinem letzten Aufenthalt auch Logopädie (vgl. ebd.).

Im Unterschied dazu erhielt etwa ein in im Zeitraum des Jahres 1970 bis 1989 elf Mal mit den Einweisungsdiagnosen „Encephalopathie, Autismus, Verhaltensstörung, Entwicklungsretardation“ (KG112a_R) für mehrere Wochen an der Station untergebrachter Patient, der bei seiner ersten Aufnahme vier Jahre alt war, erst bei seiner neunten Aufnahme Ende des Jahres 1985 erstmals eine therapeutische Unterstützung in Form eines Aufmerksamkeits- und Entspannungstrainings (vgl. KGb_112_R). Im Zuge des vorausgegangenen Aufenthalts, für den in der Krankenakte keinerlei Beschäftigungsversuche verzeichnet sind, ist festgehalten:

> „Bezüglich Beschäftigung ist mit (…) so gut wie nichts anzufangen (…) er versteht sicher Einiges an Sprache, greift Spielzeug an um es in den Mund zu stecken oder rasch wieder wegzuwerfen, geht am liebsten dauernd umher, nimmt jeden beliebigen fest bei der Hand um mit ihm zu gehen." (KG112b_R)

Bei seinem zehnten Aufenthalt im Jahre 1988 wurde der Patient musiktherapeutisch behandelt. Die Entscheidung zur Verordnung dieser Therapie wurde folgendermaßen begründet:

> "Nach unserer Beobachtung ist (…) Musiktherapie zugänglich, er hat Ausdauer zu Spaziergängen, eine anspruchsvollere Beschäftigung im Sinne der Ergotherapie ist ihm aber nicht zuzumuten." (KG112b_R)

Während seines letzten Aufenthalts im folgenden Jahr wurde er erneut ausschließlich medizinisch behandelt. (ebd.)

Mehrfach deutet sich an, dass PatientInnen mit sozial als störend erlebtem Verhalten in geringerem Ausmaß eine nicht-medikamentöse Therapie erhalten haben dürften, wie sich auch am zusetzt zitierten Fall zeigt, in dessen Krankengeschichte wiederholt „erethisches Verhalten“ (KG112b_R) festgehalten wurde. Auch eine ehemalige Mitarbeiterin der Abteilung berichtete entsprechende Auswahlkriterien, ihr zufolge sei das Sozialverhalten der Kinder ausschlaggebend für den Erhalt von therapeutischen Behandlungen gewesen:

> „(D)iejenigen, die (…) sozusagen liebenswert was ausgestrahlt haben und nicht jetzt im Verhalten zu problematisch waren, die hatten schon Therapien sicher manche zwei Mal in der Woche (…)“ (IP12_P:81).[407]

[407] Auch in einem anderen Gespräch wurde in Bezug auf therapeutische Angebote berichtet: „Wenn es dann schwierig wurde mit den Patienten (…), sind sie sehr schnell auf die Station zurückgekommen. (IP30_P:113)

Auch in einem anderen Gespräch wurde in Bezug auf therapeutische Angebote berichtet: „Wenn es dann schwierig wurde mit den Patienten (…), sind sie sehr schnell auf die Station zurückgekommen." (IP30_P:113) Die Zuerkennung bzw. Fortführung von Therapien zeigt somit einen großen Ermessenspielraum für das ärztliche und therapeutische Personal, in diesem Raum scheint manchmal auch nach sachlich wenig tragfähigen Kriterien entschieden worden zu sein.

Dass zudem auch soziale Kriterien eine nicht unerhebliche Rolle bei der Zuteilung therapeutischer Angebote gespielt haben dürften, geht ebenfalls aus den Erzählungen seinerzeitigen Personals hervor. Im Unterschied zu anderen immobilen PatientInnen hätten SonderklassepatientInnen, wie etwa Buben aus reichem Herkunftsmilieu aus dem arabischen Raum, die sogenannten „Prinzen" an der Abteilung, eine besondere therapeutische Behandlung genossen, etwa in Form regelmäßiger Massagen.[408] In einem anderen Interview wurde von einer „seltsame(n) Kluft zwischen Kindern, die lange dort waren, wo man nicht genau wusste, und Kindern, die gebracht wurden, explizit zu Therapie" (IP56_P:29f.) berichtet. Einer langjährigen Mitarbeiterin zufolge habe die Durchführung von physikalischen Therapien mitunter auch auf einem finanziellen und personellen Arrangement zwischen Eltern und Therapeuten basiert (vgl. IP22_P:472). Neben den finanziellen Ressourcen und der Präsenz von Eltern an der Abteilung[409] könnten auch persönliche Beziehungen zum Leiter der Abteilung oder dem Personal für die Zuerkennung von Therapieangeboten bedeutsam gewesen sein (vgl. IP53_P:562).

Eine ehemalige Privatpatientin der Abteilung etwa, die ab 1967 ambulant an der Abteilung behandelt wurde, wurde in den Jahren 1977 bis 1985 jährlich für mehrere Wochen zur Rehabilitation stationär aufgenommen. Zur Familie der Patientin hatte Rett lange Jahre intensiven persönlichen Kontakt unterhalten. Anzumerken ist, dass auch dieser Patientin an ihrem Wohnort kein adäquates Behandlungsangebot zu Verfügung stand. Ihrer Erzählung zufolge, habe ihr ein umfangreiches Therapieangebot zu Verfügung gestanden: „intensive Physiotherapie, Einzel- und Gruppentherapie, Massagen, Gehübungen (IP67_B:340), Unterwassertherapie (ebd.:17).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass von einer konsequenten praktischen Umsetzung des therapeutischen Behandlungsangebotes nicht ausgegangen werden kann. Angesichts der im Rahmen der Studie ausgewerteten Quellen wurde offensichtlich, dass nur der geringere Teil der stationär unter-

---

408 Vgl. IP12_P:135, IP22_P:452. IP56_P:29.
409 Vgl. IP22_P:452, IP53_P:558.

gebrachten PatientInnen von den therapeutischen Angeboten profitieren konnte. Die Zuteilungspraxis therapeutischer Angebote und Fördermaßnahmen erwies sich als nicht immer vorrangig an den Bedürfnissen der Patientinnen orientiert, sondern mitunter auch als Ergebnis willkürlicher Entscheidungen bzw. sozialer und persönlicher Beziehungen.

Der Notwendigkeit bereits im frühkindlichem Alter einzusetzender und weiterführender konsequenter heilpädagogischer sowie therapeutischer Behandlungen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen, die Rett in im Rahmen seine Publikation wiederholt hervorhob (vgl. Rett 1971:126f., Rett/Seidler 1981:217f.), wurde in der Praxis der Abteilung nur bedingt Rechnung getragen. Es gibt Anzeichen dafür, dass das therapeutische Angebot vor allem an der Ambulanz in Behandlung stehenden Kindern und Jugendlichen zu Verfügung stand,[410] während sich für einen Teil der stationär untergebrachten Kinder der Aufenthalt an der Abteilung vorrangig als „liebevolle Verwahrung“ (vgl. Kap. 21.2) gestaltete. Welche Effekte die therapeutischen Interventionen für jene PatientInnen, die solche erhielten, hatten, lässt sich auf vorliegender Datenlage nicht beantworten.

[410] Auch seinerzeitige MitarbeiterInnen der Abteilung bekräftigten den vielfach ambulanten Einsatz therapeutischer Angebote: vgl. IP8_P:256, IP32_P:120, IP53_P:564, IP65_P:8 und 221.

24. HEILPÄDAGOGISCHE ANGEBOTE: SONDERKINDERGARTEN UND SONDERSCHULE

Gudrun Wolfgruber

In Weiterführung eines sonder- bzw. heilpädagogischen Modells, das aus der spezifischen österreichischen Einwicklung der Heilpädagogik resultierte,[411] an der sowohl Ärzte als auch Pädagogen maßgeblich beteiligt waren, sowie überzeugt davon, dass „die Heilpädagogik die Basis der Behandlung des hirngeschädigten Kindes" darstelle (Rett 1971:106), habe die institutionelle heilpädagogische Arbeit für das hirngeschädigte Kind Andreas Rett zufolge im Sonderkindergarten einzusetzen (vgl. Rett/Seidler 1981:259). Dem entsprechend wurde die Errichtung eines Sonderkindergartens sowie einer Sonderschule an der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder „ausschließlich (zur) heilpädagogischen Betreuung der stationären Patienten"[412] konzipiert. Angesichts der Dominanz des medizinischen Personals in Bezug auf Behandlungs- und Therapieentscheidungen innerhalb der abteilungsinternen Hierarchie ist allerdings davon auszugehen, dass einem interdisziplinären Verständnis der Heilpädagogik in der Praxis des Schul- und Kindergartenunterrichts an der Abteilung nur bedingt Rechnung getragen wurde.

24.1. DER SONDERKINDERGARTEN

Kriterien für einen Kindergartenbesuch

Die Einteilung der Kindergartengruppen in eine Unter- bzw. Oberstufe basierte auf dem Lebensalter der Kindergartenkinder. Das Alter der Kinder spannte sich von Babyalter bis zum sechsten Lebensjahr. Mitunter wurden aber auch ältere Kinder im Kindergarten betreut, zumal für einen Kindergar-

---

411 Der im Jahre 1935 von Theodor Heller gegründeten „Heilpädagogischen Gesellschaft" gehörten Lehrer, Ärzte und Psychologen an, die ein interdisziplinäres Konzept der Heil- bzw. Sonderpädagogik anstrebten (vgl. Rett/Seidler 1981:262).

412 KO_R:10.01.1977: Antrag zur Anerkennung der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder im Neurologischen Krankenhaus der Stadt Wien - Rosenhügel als Ausbildungsstelle.

tenbesuch nicht primär das Lebensalter, sondern auch das sogenannte soziale Entwicklungsalter ausschlaggebend war (vgl. IP64_P:63; IP49_P:90). Somit besuchten auch Kinder, die nach der Erreichung der gesetzlichen Schulpflicht „noch nicht schulreif im Sinne einer Sonderschule“ (Rett/Seidler 1981:261) waren, den Kindergarten. Dies begründet sich auch mit einem psychologischen Paradigmenwechsel, angesichts dessen die Entwicklungsdiagnostik nicht mehr ausschließlich an ein normatives biologistisches Entwicklungsmodell gebunden war, sondern die individuelle Entwicklung sowie die Diskrepanz zwischen Lebensalter und Entwicklungsalter berücksichtigte (vgl. Ettrich 2000). Rett selbst warnte vor den negativen Effekten eines Abbruchs des Kindergartenbesuchs aufgrund der Erlangung der Schulpflicht sowie vor dem Verzicht auf einen Sonderschulbesuch. Dies „hieße die bisherige heilpädagogische Arbeit zunichte zu machen“ (Rett/Seidler 1981:261). Inwiefern die Mehrzahl der jüngeren, noch nicht schulpflichtigen Kinder an der Abteilung vor ihrem Kindergartenbesuch einer psychologischen Testung unterzogen wurden, ist den Krankenakten nicht zu entnehmen. Die Diagnostik an der Ambulanz vorstelliger Kinder dürfte sich vorrangig auf die Abklärung einer Entwicklungsretardation sowie auf Einschulungsfragen nicht stationär untergebrachter Kinder konzentriert haben (vgl. IP11_P:34ff.; IP12_P:197).

Im Hort der Abteilung, den insbesondere Kinder der Sonderschule besuchten, dürfte der Aufstellung Retts aus dem Jahre 1977 zufolge die Gruppeneinteilung hingegen auf Basis einer Differenzierung nach körperlichen und kognitiven Behinderungen erfolgt sein. Dies erklärt sich mit zeitgenössischen Entwicklung der Sonder- und Heilpädagogik, die Ende der 1950er Jahre im Rahmen des Sonderschulwesens eine Differenzierung der Sonderschultypen forderte, um eine gezielte Förderung der einzelnen Behinderungen zu ermöglichen (vgl. Benesch 1974, 19f.). Diese Gruppeneinteilung erstaunt allerdings insofern, als Rett selbst bereits Anfang der 1970 Jahre einen zunehmenden Anstieg von PatientInnen mit Mehrfachbehinderungen konstatierte (vgl. Rett 1971:106).

Von ehemaligen Mitarbeiterinnen der Abteilung wird hingegen die Einteilung in Hortgruppen der Nachmittagsbetreuung ebenfalls mit dem Alter der PatientInnen begründet. Es habe für die größeren Kinder eine Kindergartengruppe, in Form eines Hortbetriebes gegeben, die kleinen Kinder aus dem Kindergarten wären auf der Station betreut worden (vgl. IP22_P:140; IP25_P:179). Einer Sonderkindergärtnerin der Abteilung zufolge sei Mitte der 1980er Jahre die Zusammensetzung der Kindergarten- und Hortgruppen ohne spezifische Zielsetzung erfolgt, weder unter Berücksichtigung etwa der Diagnosen und des Alters. Man habe zudem auch nicht darauf geachtet, ob

die Kinder zueinander passen würden (vgl. IP64_P:37). Auch aus den gesichteten Krankenakten lassen sich keine eindeutigen Kriterien identifizieren, welche Kinder unter welchen Voraussetzungen für einen Besuch des Sonderkindergartens an der Abteilung ausgewählt wurden.

Vor der Folie Retts idealtypisch konzipierter Aufgaben und Zielsetzungen von Sonderkindergärten lassen sich dennoch leitende Entscheidungskriterien erkennen, die vermutlich auch an der Abteilung für einen Kindergartenbesuch ausschlaggebend waren. Das Ziel eines Sonderkindergartenbesuchs liege demnach in der „Annäherung an jene selbständigen Leistungen, die man als Norm bezeichnet“ (Rett/Seidler 1981:260)[413] sowie „im „konsequentes Wollen, das Kind an seine Umgebung anzupassen“ (Rett 1971:121). Entsprechend den Aufgaben der Sonderschule sei dies vor allem über Trainings zur „Anpassung an die normale Umwelt“ (ebd.:122) zu erreichen. Im Sonderkindergarten ginge es um „z.B. Toilettentraining, Schneuzen, An- und Ausziehen, Sitzenbleiben, Bereitschaft zum gemeinsamen Spiel, selbständig Essen etc.“ (ebd. 1981:260).

Angesichts der von Rett formulierten Normierungs- und Anpassungsintentionen eines Sonderkindergartenbesuchs ist offensichtlich, dass solch ein Besuch im Hinblick auf einen anschließend in Aussicht gestellten Besuch der Sonderschule entschieden wurde. Aufgrund der Zielsetzung einer späteren „Beschulbarkeit“ wurden Kinder mit primär körperlicher Behinderung bevorzugt. Mittels welcher Methodik eine „Eignung“ für einen Kindergartenbesuch, d.h. eine durch den Besuch prognostizierbare „Förderbarkeit“, erhoben wurde, wurde aus den gesichteten Krankenakten nicht ersichtlich.

Rett selbst betonte, dass „der Intelligenzquotient als entscheidendes Kriterium für eine Aufnahme in einen Sonderkindergarten nicht ausreichend“ sei, sondern eine Entscheidung primär über Beobachtung möglich wäre (vgl. Rett/Seidler 1981:260). Zudem sei eine Förderbarkeit im Kindergartenalter schwer erkennbar, da „sehr oft zuviel durch Verwöhnung oder mangelnde zielgerichtete Beschäftigung entstandener ‚erzieherischer Schutt‘ erst mühsam ausgeräumt werden“ müsse, um zu erkennen, welche Fähigkeiten tatsächlich vorhanden seien (vgl. ebd.:260).

Unter Einbeziehung der Einträge in den Krankenakten, der Aussagen Retts sowie der durchaus ambivalenten Erzählungen seinerzeitigen Personals offenbart sich insgesamt eine wenig durchschaubare und stringente Praxis

---

[413] Rett zufolge drücke der Begriff der Heilpädagogik bereits „das angestrebte Ziel aus, ähnlich wie es heute der Begriff ‚Normalisation‘ versucht“ (Rett/Seidler 1981:262).

der Beurteilung, welche Kinder mit Behinderungen als „förderungsfähig" eingestuft wurden.

Im Jahre 1981 führte Rett österreichweit 7.000 hirngeschädigte Kinder an, „die zufolge der Schwere ihrer Behinderung niemals in der Lage sein werden, einen Sonderkindergarten oder eine Schule zu besuchen (…)" (Rett 1971:115). Ungefähr 25% seiner PatientInnen lasse sich in diese Gruppe zuordnen (vgl. ebd.). Bei diesen Kindern sei „auch bei intensivsten Bemühungen kein wesentlicher Entwicklungsfortschritt zu erwarten, der eine Sonderschulausbildung mit dem Endziel einer geschützten Werkstätte möglich machen würde" (ebd.). Dennoch wurden aus Erzählungen seinerzeitigen Personals ersichtlich, dass auch Kinder mit schweren körperlichen und geistigen Behinderungen, die einer intensiven Pflege bedurften und in ihrer Mobilität stark beeinträchtigt, mitunter auch bettlägrig waren, in den Kindergarten aufgenommen wurden.[414]

Die Definition der „Förderbarkeit" dürften jedoch auch individuell zwischen dem Personal sowie den einzelnen – mitunter auch konkurrierenden – Berufsgruppen differiert haben. Während manche Kindergärtnerinnen versuchten, auch jene Kinder, die aufgrund ihrer schweren Behinderungen während ihres bisherigen Aufenthalts im Bett gehalten wurden und keinerlei Beschäftigung erfahren hatten, in den Kindergarten aufzunehmen, habe sich einer Sonderkindergärtnerin der Abteilung zufolge das Pflegepersonal diesen Bemühungen gegenüber gleichgültig verhalten bzw. ihnen nur wenig Erfolgschancen prognostiziert:

> „Es war ihnen auch egal, was mit den Kindern gemacht worden ist, also wenn man gekommen ist (…) und geschaut hat und ein Kind da im Gitterbett gelegen ist und sonst nichts war (…) und voller Stereotypien und eh schon schwer hospitalisiert (…) und man gesagt hat, könnte man das Kind mitnehmen, ist das möglich (...), da können Sie eh nichts mehr machen, ja wenn Sie wollen, so in der Art, ja ist egal, nehmen Sie es halt mit." (IP64_P:19)

Einen Austausch zwischen dem pädagogischen und medizinischen bzw. pflegerischen Personal habe es an der Abteilung „Am Rosenhügel" außer bei den Montagsbesprechungen nicht gegeben. Der Schwerpunkt der Unterbringung habe eher auf der medizinischen Ebene bestanden und „das andere war nicht so wichtig, das Sonderpädagogische (…)." (IP64_P:25).

Wer letztlich über die Aufnahme in eine Sonderkinderkindergartengruppe entschied, geht aus den zu Verfügung stehenden Quellen nicht hervor. Der zuvor genannten Sonderkindergärtnerin der Abteilung am Rosenhügel zufol-

---

414 Vgl. IP64_P:19; IP24_P:179; IP22_P:138

ge, sei die Auswahl von den Kindergärtnerinnen getroffen worden: „(…) wir sind gegangen in die Räume, also in die Zimmer (…) auf der Klinik und haben geschaut, ob es da ein Kind gibt" (IP64_P:19). Einer anderen Aussage zufolge habe die jeweilige Stationsschwester entschieden, welches Kind, den Sonderkindergarten besuchen durfte (vgl. IP8_P:224). Die Kindergärtnerinnen und das Pflegepersonal hätten nichts miteinander zu tun gehabt (vgl. ebd.:222).

Chronologie und Organisation

Bereits bei der Eröffnung der „Rett-Klinik" Anfang 1956 waren ein Sonderkindergarten und ein Hort des Wiener Jugendamtes (MA11) in die Einrichtung integriert. Aus den zu Verfügung stehenden schriftlichen und mündlichen Quellen ist nicht zu erschließen, wie viele der stationär untergebrachten Kinder und Jugendlichen in der Ära Lainz, also bis zur Verlegung der Kinderabteilung auf den Rosenhügel im Jahre 1975 im Kindergarten sowie im Hort der Abteilung betreut wurden. Über die Zusammensetzung der Kindergartengruppen, den Betreuungsschlüssel sowie die Aktivitäten im Kindergartenalltag jener Zeit stehen kaum Überlieferungen zu Verfügung. Einer Mitarbeiterin der Abteilung zufolge habe es bereits 1962 zwei Kindergartengruppen und einen Hort zur Nachmittagsbetreuung der Kinder gegeben (vgl. IP9_P:185ff.).

Der Erzählung einer Krankenschwester der Abteilung in Lainz zufolge, habe sich eine Mitarbeiterin des Kindergartens, eine „seelchenvolle Kindergartentante" (IP29_P:14), die selber ein behindertes Kind gehabt habe, intensiv um die Kindergartenkinder bemüht:

> „Da war so ein reserviertes Fleckchen, sehr schön mit Schaukel und Sandkiste usw. Und da ist besagte Tante (Vorname, Anm. d. Verf.) allein hinauf, die hat die alle wirklich wieder wohlbehalten also auf die Station gebracht und wir sind manchmal auch mitgegangen und haben uns mit den Kindern beschäftigt. Also das wäre heute undenkbar, dass das jemand sich noch aufbürden würde." (IP29_P:14)

Die Mitarbeit von jungen Pflegerinnen im Kindergarten wurde auch seitens einer ab dem Jahre 1972 an der Abteilung tätigen Krankenschwester bestätigt (vgl. IP24_P:47). Inwiefern diese Narration als Ergebnis einer nachträglichen Idealisierung anzusehen ist oder solche informellen Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kindern in der Lainz-Periode gängige Praxis waren, lässt sich rückblickend schwer beurteilen, zumal kontrastive Aussagen fehlen.

Besser dokumentiert sind Struktur und Organisation des Kindergartens nach der Verlegung der Abteilung auf den Rosenhügel im Jahre 1975, die

auch mit einem Ausbau des Kindergartenbetriebs einher ging: Einer Aufstellung Retts zufolge bestanden im Jahre 1977 vier Sonderkindergartengruppen: je eine Kindergarten-Unterstufe sowie -Oberstufe für jeweils 16 Kinder und zwei Hortgruppen zur Nachmittagsbetreuung älterer, schulpflichtiger Kinder (ein Hort für zehn Kinder mit körperlicher Behinderung und ein Hort für 16 Kinder mit kognitiver Behinderung bzw. Lernschwierigkeiten).[415]

Zur Betreuung der Kinder und Jugendlichen in Kindergarten und Hort wurden eine Sonderkindergartenleiterin und sechs Sonderkindergärtnerinnen der MA 11 an der Abteilung eingesetzt (vgl. IP64_P:11).[416] Innerhalb der einzelnen Gruppen oblag die Betreuung der Kindergarten- und Hortkinder jeweils zwei Sonderpädagoginnen und einer Helferin (vgl. ebd.:43). Die Kindergartengruppen umfassten durchschnittlich acht Kinder, doch hätten mitunter – je nach Dauer der Unterbringung – vorübergehend auch bis zu zehn Kinder den Kindergarten besucht (vgl. ebd.:41).

Im Unterschied zum Besuch einer Sonderschulklasse an der Abteilung, der in der Regel an einen längerfristigen Aufenthalt gebunden war, dürften auch nur kurzfristig untergebrachte Kinder den Kindergarten der Abteilung besucht haben. Inwiefern diese Kinder bereits vor einem Aufenthalt bzw. zwischen wiederholten Aufnahmen an der Abteilung an ihrem Herkunftsort einen Sonderkindergarten besuchten, ist nicht bekannt.

Förderung im Kindergartenalltag?

Der Besuch des Sonderkindergartens erfolgte wochentags von acht Uhr Früh bis mittags (vgl. IP22_P:140). Im Unterschied zur Sonderschule der Abteilung, an der auf Pünktlichkeit strengen Wert gelegt wurde, sei dies im Kindergarten weniger reglementiert gehandhabt worden, man habe mitunter Kinder auch mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung noch in den Kindergarten bringen können (vgl. IP64_P:33). Die Frage, ob und in welchem Ausmaß die von Rett als zentrale Aufgaben eines Sonderkindergartens ge-

---

[415] KO_R: 10.01.1977: Antrag Retts zur Anerkennung der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder im Neurologischen Krankenhaus der Stadt Wien - Rosenhügel als Ausbildungsstelle (vgl. KO_R:12.10.1977): Brief an Univ. Doz. Dr. H. Neugebauer, Präsidenten der Ärztekammer für Wien.

[416] Mit Übernahme der Abteilung durch den neuen Leiter im Jahre 1990 wurde das Kindergartenpersonal, das bisher der MA 11-Jugendamt unterstand, ausgegliedert und dem Anstaltenamt der MA 17 unterstellt (vgl. IP64_P:29). Bis zu diesem Zeitpunkt zählte ausschließlich medizinisches, pflegerisches und therapeutisches Personal zu dem MitarbeiterInnen des Krankenhauses. Nach der Übernahme wurden SonderpädagogInnen unter der Bezeichnung „multiprofessionell pädagogisches Personal“ angestellt (vgl. IP8_P:208).

nannten heilpädagogischen Trainings zur Förderung der Selbständigkeit im Kindergarten der Abteilung tatsächlich intensiv durchgeführt wurden und welche Effektivität diesen beizumessen ist, muss offenbleiben, zumal auch die Einschätzung des seinerzeitigen Personals der Abteilung diesbezüglich eher dürftig ausfällt.

Wenngleich die im Kindergarten durchgeführten Aktivitäten wie Spielen, Basteln und Musikspielen[417] im Hinblick auf eine intensive Förderung der Kinder wenig zielführend gewesen wären, habe der Kindergartenbesuch zumindest jenen Kindern, die sonst keinerlei Beschäftigung im Abteilungsalltag erhielten, zumindest eine Abwechslung geboten:[418]

> „Man konnte auch gut hinaus ins Freie gehen ohne große Hindernisse (…) und da war zumindest ein gewisser Spielraum, dass man den Ort wechseln konnte und die Kinder nicht da drinnen (…) von der Früh bis am Abend nichts mehr." (IP64_P:43)

Eine Krankenschwester gab an, sich „an nicht viel Gutes" (IP53_P:598) im Kindergarten zu erinnern, sie bestätigte die wenig hilfreichen Förderangebote. Die Kinder wären „im Kindergarten zwar nicht unglücklich gewesen, aber man hätte mehr machen können, mehr Förderung" (ebd.:612). Zurückgeführt werden die wenig effektiven Fördermaßnahmen vor allem auf das fehlende Engagement der Kindergärtnerinnen, weshalb der Kindergarten – so ihr Eindruck – „eher eine Beschäftigungsgruppe für die Kindergärtnerinnen" gewesen sei (vgl. IP53_P:610). Zudem habe es im Unterschied zu externen öffentlichen und privaten Kindergärten keine externe Kontrolle gegeben, es sei „eine Enklave (gewesen), wo keiner kontrolliert hat. (…) also da kam niemand, weil da war eh jeder froh, wenn er nicht hin muss" (IP53_P:618). In den zu Verfügung stehenden Quellen fanden sich keine Hinweise darauf, ob externe Kindergarteninspektionen stattfanden oder nicht. Der Einschätzung einer ab Mitte der 1980er Jahre im Sonderkindergarten tätigen Mitarbeiterin zufolge haben u.a. generelle Ressourcenmängel in personeller und materieller Hinsicht als Hemmnis für eine den Kindern adäquate sonderpädagogische Betreuung und Förderung gewirkt:

> „Es war auch eine Sparflamme, also in allem, was nötig gewesen wäre, damit den Menschen dort, man ihnen gerecht wird und was sie gebraucht hätten. Es war schon so 80% Aufbewahrung." (IP64_P:51)

---

417 Vgl. IP22_P:142; IP24_P:47; IP62_P:339.

418 Rett selbst hatte auf die besondere Notwendigkeit eines „täglichen Kulissenwechsels" von Kindern mit kognitiven Behinderungen hingewiesen (vgl. Rett 1974:115).

Die erschlossenen empirischen Quellen lassen vermuten, dass der Besuch des Sonderkindergartens mehrheitlich zur Beschäftigung jener Kinder der Abteilung diente, denen andernfalls im Abteilungsalltag nur wenige Anreize und Anregungen zu Verfügung gestanden hätten. Dass einige dieser Kinder dadurch zumindest in gewissem Ausmaß pädagogisch gefördert wurden, ist anzunehmen. Von einer systematischen sonderpädagogischen Förderung aller Kindergartenkinder ist jedoch eher nicht auszugehen.

24.2. Die Heilstättenschule

Geschichte und Organisation

Ergänzend bzw. aufbauend auf den Sonderkindergartenbesuch sollte die sonderpädagogische Betreuung schulpflichtiger Kinder an der ebenfalls seit Errichtung der Abteilung bestehenden Sonderschule geleistet werden (vgl. Zentrum für Schulentwicklung 2001:91). Die Funktion sowie die historische Entwicklung von Heilstättenschulen und von Hilfsschulen zu spezifischen Sonderschulen ist bereits im Kapitel 11 über den Schulbesuch auf Pavillon 15 „Am Steinhof" dargelegt worden.[419] Auch die Heilstätten-Sonderschule an der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder, eine Expositur der Heilstättenschule Pezzlgasse im 17. Wiener Gemeindebezirk, diente dazu, schulpflichtige Kinder und Jugendliche aufgrund ihres Spitalaufenthaltes nicht in ihrer schulischen Entwicklung zu behindern bzw. eine Anschlussmöglichkeit an den Unterricht der bisher besuchten Schulen nicht zu gefährden[420] (vgl. Zentrum für Schulentwicklung 2001:7, Benesch 1974:37). Angesichts der Tatsache, dass ein Teil der an der Abteilung stationär untergebrachten Kinder und Jugendlichen gerade mit Hinblick auf einen Schulbesuch aufgenommen wurde, lässt sich die Heilstättensonderschule nicht nur als Verknüpfung von Heilstättenschule und Sonderschule verstehen. Sie fungierte zugleich auch

---

419 Vgl. dazu Leiter 1971; Benesch 1974.

420 Diese Funktion wird auch in einem Rundschreiben der MA 17 an die Direktionen (Leitungen, Verwaltungen) der städtischen Kranken- und Wohlfahrtsanstalten über die neu eröffnete Kinderabteilung im Altersheim Lainz hervorgehoben: „Obwohl in dieser Kinderabteilung die ärztliche und pflegerische Betreuung im Vordergrund steht, verfügt die Abteilung über eine Heimschule mit besonders ausgebildeten Pädagogen und Kindergärtnerinnen, so daß auch bei einem längerwährenden Anstaltsaufenthalt die physische Entwicklung der Kinder gefördert werden kann" (WStLA, M. Abt.209.A3.: Sachakten, Anstaltenamt).

als Heim-Sonderschule im Sinne einer Internatsschule (vgl. Bednarz 1969:32).

Während der Unterbringung der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder auf Pavillon XVII im Altersheim Lainz verfügte die Sonderschule über zwei Schulkassen.[421] Im Zuge der der Übersiedlung der Abteilung auf Pavillon C des Neurologischen Krankenhauses Rosenhügel im Jahre 1975 wurde die Schule um eine weitere Klasse ergänzt (vgl. IP24_P:65f.). Zur Neustrukturierung der Schulklassen sowie zur Überwachung des Lehrpersonals wurde als interimistisch Leiterin eine Sonderschullehrerin des Pavillon 15 „Am Steinhof" eingesetzt (vgl. IP21_P:306ff.; IP22_P:366).

Die Sonderschule am Rosenhügel verfügte ab diesem Zeitpunkt über eine Unterstufenklasse für zwölf Kinder, eine Oberstufenklasse für zwölf Kinder sowie eine Versuchsklasse für weitere zehn Kinder, [422] über deren „Beschulbarkeit" noch zu entscheiden war.[423] Unterrichtet wurden die Schulkinder aus allen drei Stationen der Abteilung (vgl. IP62_P:51) von drei Sonderschullehrerinnen[424] (vgl. IP65_P:28). Ergänzend dazu werden in Interviews mit seinerzeitigem Personal eine „Handarbeits-Frau-Lehrer" bzw. eine „Religions-Frau-Lehrer" – so die Bezeichnung durch SchülerInnen der Abteilung – der Schule angeführt (vgl. IP53_P:576). In der Regel handelte es sich mit einer Ausnahme um weibliches Lehrpersonal (vgl. IP29_P:78).

Selektionsmechanismen und Aufnahmekriterien für einen Schulbesuch

Per Sonderschulgesetz aus dem Jahre 1962 wurde die neunjährige Schulpflicht für Kinder mit geistigen Behinderungen festgesetzt. Angesichts dessen waren ab diesem Zeitpunkt sowohl PatientInnen mit primär körperlichen Behinderungen als auch kognitiven und Mehrfachbehinderungen, sofern sie das schulpflichtige Alter erreicht hatten, potentielle AnwärterInnen für einen Sonderschulbesuch. Aus den Krankenakten wurde jedoch offensichtlich, dass in der Praxis nicht annähernd alle schulpflichtigen Kinder in das Sonderschulsystem der Abteilung integriert waren. Einer Mitarbeiterin der Abtei-

---

421 Vgl. IP9_P:185ff.; IP66_P:73.

422 KO_R: 10.01.1977: Antrag Retts zur Anerkennung der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder im Neurologischen Krankenhaus der Stadt Wien - Rosenhügel als Ausbildungsstelle (vgl. KO_R:12.10.1977): Brief an Univ. Doz. Dr. H. Neugebauer, Präsidenten der Ärztekammer für Wien.

423 Aufnahmen an der Abteilung zur versuchsweisem Unterricht finden sich auch in den Krankenakten belegt (vgl. KG104b_R; KG112b_R).

424 KO_R:12.10.1977: Brief an Univ. Doz. Dr. H. Neugebauer, Präsidenten der Ärztekammer für Wien.

lung zufolge hätte höchstens die Hälfte der schulpflichtigen Kinder tatsächlich die Schule besucht (vgl. IP62_P:43ff.).

Entsprechend der Konzeption der Schule sowohl als Heilstätten- als auch Heimschule wurden in der Regel vor allem längerfristig stationär untergebrachte Kinder an der Schule unterrichtet. In vielen Fällen handelte es sich dabei um Kinder und Jugendliche aus ländlichen Gebieten Österreichs. Aufgrund fehlender sonderpädagogischer Einrichtungen sowie unzureichenden Transportmöglichkeiten zwischen Wohnort und mitunter weit entfernten Sonderschulen blieben schulpflichtige Kinder mit Behinderungen bis Ende der 1970er Jahre häufig von einem Schulbesuch ausgeschlossen (vgl. Rett/Seidler 1981:265f.). Angesichts dessen entschied über die Einschulung von Kindern mit Behinderungen in der Regel das Vorhandensein entsprechender Schulangebote (Rett 1974:108):

> „Den Erfahrenen schmerzt es immer wieder, sehen zu müssen, daß Kinder, weil keine entsprechenden Sonderklassen oder Lehrer vorhanden sind, auf kurzem Wege als bildungsunfähig zu erklären, obwohl sie im Rahmen einer gezielten Sonderschulbetreuung durchaus förderfähig oder bildungsfähig wären. (…) Man kann es als ‚pädagogische Heuchelei' bezeichnen, wenn der Grad der Bildungsfähigkeit willkürlich verschoben wird, weil es an Lehrern fehlt und zu wenig Mittel bereit gestellt werden." (Rett 1971:107f.)

Einer langjährig tätigen Krankenschwester der Abteilung zufolge sei die heutige Station C3 im ersten Stock des Pavillon C am Rosenhügel „praktisch wie ein Internat" (IP24_P:15) geführt worden. Als „beschulbar" klassifizierte Kinder aus österreichischen Bundesländern oder vereinzelt auch aus dem Ausland lebten während des Schuljahres, also von September bis Juni an der Abteilung. In der Ferienzeit durften die Kinder in der Regel nach Hause fahren.[425]

Retts Bemühungen, jenen Kindern, die aufgrund geografischer Bedingungen von einem Schulbesuch ausgeschlossen waren, einen Sonderschulbesuch zu ermöglichen, wurde wiederholt als positives Engagement zur Förderung von Menschen mit Behinderungen hervorgehoben.[426] Diese schulische Förderung zeigt sich jedoch zugleich auch als eine Praxis der Normierung und Klassifizierung von Kindern mit Behinderungen, wie im Folgenden erkennbar wird.

Aufgrund der in den Krankenakten insgesamt eher dürftigen Dokumentationen bietet die Analyse dieses Quellenmaterials nur bedingt aussagekräftige

---

[425] Vgl. IP12_P:31ff.; IP22_P:51ff.
[426] Vgl. u.a. IP9_P:35; IP22_P:51ff.

Erkenntnisse über an der Abteilung praktizierten Entscheidungsprozesse und Auswahlkriterien für einen Schulbesuch. Aufschlussreicher erweisen sich hier Interviews mit seinerzeitigen MitarbeiterInnen der Abteilung. Aus ihnen lässt sich folgern, dass vor allem das Ausmaß der Pflegedürftigkeit sowie eine über das Niveau eines Sonderkindergartens hinausgehende kognitive Förderbarkeit eine zentrale Rolle zur Aufnahme in eine Sonderschulklasse spielten.[427]

Bettlägrige Kinder mit schweren Mehrfachbehinderungen, die mitunter im Rahmen des Sonderkindergartens pädagogisch betreut wurden, erhielten somit keinerlei weitere schulische Förderung (vgl. IP25_P:178f.). Aufgrund der räumlichen Ressourcen sowie einer besseren Ausstattung mit Heilbehelfen zur Förderung der Mobilität, etwa von Rollstühlen, dürften körperliche Einschränkungen im Unterschied zu Pavillon 15 „Am Steinhof" unter der Voraussetzung, dass die Kinder „halt geistig dazu (…) fähig waren" (IP62_P:327) in der Regel keinen Ausschließungsgrund für einen Schulbesuch dargestellt haben (vgl. ebd:43ff). Angesichts dessen stellt sich jedoch die Frage, inwiefern das Kriterium der schulischen „Förderbarkeit" auch über den Erhalt unterstützender Maßnahmen zur Förderung der Mobilität entschied.

Offensichtlich ist aber, dass ein Schulbesuch an der Abteilung, sofern „(d)as Normale im Behinderten" (Rett 1981:35) erkenn- und förderbar sei, vor allem an die Aussicht einer Teilintegration am Arbeitsmarkt sowie auch von einer gewissen Willkur bestimmt gewesen sein (vgl. u.a. IP53_P:588ff.). Inwiefern Retts Forderung einer pädagogisch, ärztlich und psychologisch begründeten Einschulung (vgl. Rett 1971:108; Rett/Seidler 1981:267) tatsächlich bei allen an der Abteilung untergebrachten schulpflichtigen Kindern durchgeführt wurde, lässt sich aus den Krankenakten kaum erschließen. Ein Teil der ehemaligen MitarbeiterInnen erzählt sehr wohl von einer umfassenden Schuldiagnostik in Form von Entwicklungs-und Intelligenztests an der Ambulanz.[428] Aus den Erzählungen geht jedoch nicht eindeutig hervor, ob es sich dabei mehrheitlich um ambulant betreute PatientInnen oder auch an der Abteilung stationär untergebrachte Kinder handelte. Lange Jahre wurden zur

---

[427] Vgl. IP12_P:75; IP14_P:13; IP62_P:327.

[428] Vgl. IP11_P:34; IP12_P:129ff.; IP9_24ff. – Zusätzlich zur Schulberatung ambulanter PatientInnen sollte die Ambulanz auch Beratung zur Ein- und Umschulung von zu entlassenden PatientInnen anbieten (vgl. KO_R:28.04.1975): Antrag von Rett an den Wiener Stadtschulrat um Aufnahme einer weiteren Sonderschullehrerin als Ersatz für eine Sonderpädagogin, die bisher die Schulberatung von der Abteilung entlassener Kinder aufgrund ihrer Arbeitsüberlastung außerdienstlich durchgeführt hatte.

Entwicklungs- und Schuldiagnostik üblicherweise primär defizitorientierte Testverfahren und Intelligenztests verwendet, die sich an einer biologistisch begründeten, normierten Entwicklung von Kindern orientierten (vgl. Benischek 2006), mitunter aber auch – wie aus einem Schreiben Retts an einen amerikanischen Kollegen aus dem Jahre 1977 hervorgeht – altersmäßig für diese Zielgruppe nicht geeignet bzw. anwendbar waren. Als gängige psychologischen Testverfahren zur Intelligenzdiagnostik von Kindern der Abteilung wären demnach die deutschen Versionen des WAIS oder WISC verwendet worden.[429] Angesichts der Tatsache, dass der Hamburg-Wechsler Test (WAIS) zur Intelligenztestung für Erwachsene und der Wechsler Intelligenztest (WISC) zur Testung von Kindern ab dem sechsten Lebensjahr konzipiert wurde, ist anzunehmen, dass auf Basis dieser Testverfahren eine „Förderbarkeit" bei der Mehrheit der an der Abteilung untergebrachten Kinder nicht oder nur bedingt zu erheben war. Ab den 1980er Jahren dürften jedoch neben klinischen Entwicklungstests[430] zeitgenössische Testverfahren angewendet worden sein, die vor allem auf eine heilpädagogischen Gesamtperspektive fokussierten (vgl. IP11_P:33; IP28_P:108f.; Rett/Seidler 1981: 263).

Einträge in den Krankenakten hinsichtlich des Verhaltes der Kinder während des Unterricht belegen zudem, dass Kriterien der „Sozialanpassung" wesentlich darüber entschieden, ob ein Kind ungeachtet seiner „Förderbarkeit" die Schule besuchen durfte.[431] Insgesamt ist hervorzuheben, dass, sofern die Einträge das Verhalten der Kinder an der Schule bzw. einzuschulender Kinder anführen, mehrheitlich Negativbewertungen verzeichnet wurden.

Alltag in der Sonderschule

Über schulische Aktivitäten sowie Inhalt und Gestaltung des Schulunterrichts liegen der Studie nur wenige Informationen vor, da diese weder in den Krankenakten verzeichnet sind noch in den Interviews mit MitarbeiterInnen der Abteilung ausführlichere Erwähnung finden. Bekannt ist, dass der Schulunterricht ebenso wie der Kindergarten an Schultagen täglich von morgens „pünktlich um acht Uhr" bis mittags abgehalten wurde. Einer Kranken-

---

429 KO_R:03.01.1977: Schreiben an Professor Peter Mittler, Hester Adrian Research Centre, University of Manchester.

430 In Interviews wurde die Verwendung des Binet-Tests und dsr Piaget-Tests sowie des HAWIK-Tests zur Intelligenzmessung genannt (vgl. IP28_P:114ff.).

431 Beispielsweise in den Krankenakten KG45b_R; KG97b_R; KG102b_R: KG104b_R; KG112b_R.

schwester der Abteilung zufolge habe die rechtzeitige morgendliche Versorgung der Schulkinder eine Belastung für das Pflegepersonal dargestellt:

> „(W)ir haben von sieben bis acht Zeit gehabt, dass die in ihrem Gewand stecken, abgefüttert waren und ihre Medikamente gehabt haben, dass wir sie pünktlich um 8 dort abgeben konnten, weil zu spät kommen hat es nicht gegeben. Wer nicht fertig war, der ist halt nicht in die Schule gekommen." (IP22_P:138f.)

Erzählungen über das seinerzeitige Lehrpersonal finden sich bis auf wenige Ausnahmen keine. Während zwei Lehrerinnen nett, aber „jetzt auch nicht rasend engagiert" (IP53_578) gewesen wären, sei vor allem eine Lehrerin, die Religion und Handarbeiten unterrichtete besonders liebevoll, respekt- und rücksichtsvoll im Umgang mit den Kindern gewesen (vgl. ebd.) Von der ältesten „sehr resche(n) Lehrerin" (IP12_P:53f.) wird hingegen mehrfach weniger positiv erzählt: „(…) die hat gar nicht da irgendwie Rücksicht genommen, was für ein IQ das war oder wie die schreibt oder so" (IP65_P: 26f.). Sie sei „eine Lehrerin nach dem alten Schlag" (IP29_P:82) gewesen und habe vor allem sehr auf Ordnung und Disziplin wert gelegt (vgl. IP22_P:357). Zwar wären die Kinder zur Einhaltung der Disziplin nicht geschlagen worden, doch

> „sie (…) hat das nicht so gemacht, wie man es hätte machen können. Denn gerade bei Kindern mit neurologischen Schäden, kann man ja viel haptisch machen. Das war nicht ihres, also das war das klare, das klassische, setz dich hin, hör zu und lern. Aber genauso kann man nicht lernen, das weiß man eigentlich." (IP53_P:576)

Eine abschließende Bewertung des sonderpädagogischen Angebots der Abteilung kann angesichts der ungenügenden Einblicke in das pädagogische Wirken nicht erfolgen. Dennoch ist davon auszugehen, dass Kindern, die eine sonderpädagogische Betreuung erhielten, zusätzliche Chancen geboten wurden, etwa zur Entwicklung ihrer Selbstständigkeit. Die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten der Schulkinder dürften jedoch lange Jahrzehnte im Rahmen eines auf Normierung und Anpassung abzielenden Schulunterrichts wenig Berücksichtigung erfahren haben und vor allem von der Bereitschaft der Lehrkräfte abhängig gewesen sein, die Individualität ihrer SchülerInnen unabhängig einer Behinderung anzuerkennen. Unter diesen Voraussetzungen wäre eine Pädagogik denkbar, die „spezifische Bedürfnisse und Bedingungen des Lernens eines als behindert geltenden Kindes nicht als ein Phänomen seiner Behinderung, sondern als ein Phänomen des menschlichen Lernens schlechthin" (Feuser 1980:66) versteht.

Angesichts dessen, kann von keiner umfassenden durch den Schulbetrieb gewährleisteten Förderung von Sozialisierungsprozessen ausgegangen wer-

den. Für einen Teil der SchülerInnen dürfte die Betreuung an der Sonderschule nur wenig über den Charakter ehemaliger Heimschulen als Bewahranstalten (vgl. Bednarz 1965:35) hinausgegangen sein, sondern diesen bestenfalls eine Beschäftigungsmöglichkeit und eine Strukturierung des Anstaltsalltags gesichert haben.

25. Zur Praxis von Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch an der „Rett-Klinik“

Hemma Mayrhofer, Katja Geiger, Gudrun Wolfgruber

Obwohl an der „Rett-Klinik“ selbst keine medizinischen Eingriffe zur Sterilisierung und vorzeitigen Beendigung einer Schwangerschaft durchgeführt wurden, war sie in bedeutendem Ausmaß in solche „ärztliche Maßnahmen“ (Rett/Seidler 1981:286) involviert. Im Zentrum der Aktivitäten stand der Abteilungsvorstand Andreas Rett: Er beriet unzählige Eltern diesbezüglich, verwies an Krankenanstalten weiter, die derartige Eingriffe durchführten, stellte die notwendigen Indikationen und leistete in manchen Fällen die Vor- und Nachbehandlung zum operativen Eingriff – in der ausgewerteten Zufallsstichprobe an Krankenakten war dies in fünf Fällen ersichtlich. Die ZeitzeugInnen-Gespräche gaben wichtige ergänzende Einblicke in diese Praktiken und die Korrespondenzakten Retts enthielten aufschlussreiche Manuskripte zu seinen wissenschaftlichen und weltanschaulichen Vorannahmen und Zielsetzungen. Zudem fanden sich in den Korrespondenzmappen Schriftverkehr bzw. Gutachten zu konkreten Fällen, in denen eine Sterilisierung oder ein Schwangerschaftsabbruch in Verbindung mit einer anschließenden Eileiterunterbindung überlegt, empfohlen und teilweise auch realisiert worden war.

In Summe enthielten die gesichteten Korrespondenzen und Krankenakten 16 Empfehlungen für einen Schwangerschaftsabbruch, drei davon bezogen sich auf behinderte Mädchen und dreizehn auf Mütter behinderter Kinder. In sechs weiteren Fällen wurde im Zuge einer Schwangerschaftsunterbrechung die Durchführung einer Sterilisierung empfohlen, drei betrafen behinderte Mädchen bzw. junge Frauen und drei Mütter behinderter Kinder. Befunde, Gutachten und Empfehlungen zu Sterilisierungen fanden sich in insgesamt 32 Fällen, in drei Fällen betrafen diese Schreiben Mütter behinderter Kinder und in 29 Fällen Mädchen bzw. Frauen mit Behinderungen oder Lernschwierigkeiten.

Retts biopolitisches Wirken (vgl. zu Biopolitik und Behinderung u.a. Naue 2005) lässt sich nur unzureichend verstehen und bewerten, ohne seine Einstellung zur Sexualität von Menschen mit Behinderungen allgemein und deren möglicher Elternschaft bzw. zur Frage der Zeugung und Geburt eines

Kindes mit Behinderung zu berücksichtigen. Insbesondere ist auch ein Blick in die an der Klinik vollzogene Praxis, d.h. die Ergründung der tatsächlichen Motive sowie des konkreten Vorgehens bei der Empfehlung und Umsetzung von Schwangerschaftsabbrüchen und Sterilisierungen bedeutsam. Die nachfolgenden Ausführungen sind dabei nicht als normative Positionierung zur Frage von Schwangerschaftsabbrüchen und Sterilisierungen generell oder in Bezug auf die derzeit hochaktuelle ethische Diskussion rund um Pränataldiagnostik zu verstehen – solch eine Positionierung kann hier nicht geleistet werden, sie ist auch nicht Aufgabe dieses Forschungsprojekts. Allerdings geht es sehr wohl um die Diskussion der Frage, wie in diesem Zusammenhang in der Rett-Klinik und den darüber hinaus beteiligten Institutionen und Personen mit den höchstpersönlichen Rechten von Menschen mit Behinderungen umgegangen wurde.

25.1. Eugenische und soziale Begründungen für Schwangerschaftsabbrüche und Sterilisierungen

Rett handelte in seinen Publikationen nur die Sterilisierung von Mädchen und Frauen mit kognitiver oder Mehrfachbehinderung ab. Über seine Praxis hingegen, auch die Sterilisation von Frauen ohne Behinderungen aus eugenischen Gründen zu empfehlen, geben die Schriften kaum Auskunft. Allerdings fanden sich in seinen Korrespondenzen diverse ärztliche Atteste, Gutachten und Briefe an Gynäkologen, in denen Rett Empfehlungen für Abtreibungen bzw. Sterilisierungen von nicht-behinderten Frauen abgab. Bei Frauen, die selbst nicht behindert waren, lässt sich anhand der verfügbaren Quellen nicht beantworten, inwieweit die Entscheidung zu einem Abbruch oder Sterilisierung von der betroffenen Frau (mit-)getroffen oder maßgeblich durch Rett angestoßen wurde. Einige Frauen dürften selbst den Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch geäußert und diesbezüglich Retts ärztliche Unterstützung gesucht haben. In manchen Schreiben deutet sich aber auch eine eindringliche Empfehlung von ärztlicher Seite zu diesem Schritt an, die angesichts des seinerzeitigen Arzt-PatientInnen-Autoritätsverhältnisses insbesondere für Frauen mit status- und bildungsbedingt geringem Durchsetzungsvermögen wohl schwer zu ignorieren war. Väter tauchen im Zusammenhang von Abtreibungen und Sterilisierungen maximal als Träger geschädigter Erbanlagen oder sonstige Risikofaktoren auf.

Anhand dieser Atteste bzw. Empfehlungsschreiben lassen sich Retts Perspektiven auf die Vererbung von Behinderungen ablesen. Die Begründungen für Abtreibungen und Sterilisierungen setzen sich „aus eugenischen Grün-

den“ (KO_R: 11.9.1973) bzw. genetischen Argumenten einerseits, die oft kaum bis nicht wissenschaftlich belegt werden, und sozialen Überlegungen andererseits zusammen. Rett gab in den vorliegenden Dokumenten so gut wie immer eine hohe Wahrscheinlichkeit für die Geburt eines behinderten Kindes an und leitete diese familienanamnestisch her. Den „Beweis“ für eine erbliche Disposition erachtete er hauptsächlich durch den Umstand erbracht, dass bereits ein oder mehrere behinderte Kinder geboren waren. Die Schreiben waren jeweils kurz gehalten und fassten Retts Überlegungen zu den einzelnen Fällen ohne Verweise auf sonstige Ergebnisse medizinischer Untersuchungen zusammen. Nachfolgende Beispiele sollen die unterschiedlichen Argumentationslinien der Empfehlungen bzw. Gutachten nachvollziehbar machen:

Zur Frage, ob die Mutter eines an Dystrophia musculorum progressiva erb (Muskelschwund) verstorbenen ehemaligen Patienten Retts eine Abtreibung vornehmen lassen sollte, bemerkte er 1975 in einem „fachärztlichen Gutachten“: „Bei dieser Erkrankung handelt es sich um ein familiär-erbliches Leiden. Die bei (Vorname des Kindes; Anm. d. Verf.) bestehende Beckengürtelform hat für die Familie einen rezessiv-autosomal gebundenen Erbgang.“ Rett schlussfolgerte eine „Summation von pathogenen Faktoren, die einen Abbruch der Schwangerschaft nicht nur im Sinne einer medizinischen Indikation möglich, sondern erforderlich macht.“ (KO_R: 2.6.1975).

1976 schrieb Rett in einem Brief an den Gynäkologen Rockenschaub, Leiter der Semmelweis Frauenklinik in Wien:

> „Familie (Nachname; Anm. d. Verf.) ist uns durch ihr am (Geburtsdatum; Anm. d. Verf.) geborenes Kind bekannt. Dieses leidet an Trisomie 21 vom 1. Schweregrad. 1962 brachte Frau (Nachname Anm. d. Verf.) eine Totgeburt zur Welt. 1965 und 1966 wurden gesunde Kinder geboren, 1973 dann unsere Pat. Frau (Nachname; Anm. d. Verf.) ist derzeit neuerlich gravid und fühlt sich zufolge der Belastung durch das mongoloide Kind (noch nicht rein, geht noch nicht frei, muß getragen werden) so stark belastet, daß sie um Unterbrechung der Gravidität ersucht. Im Hinblick auf die familiäre Situation sind wir der Meinung, daß eine Indikation zum Schwangerschafts-Abbruch gegeben ist und ersuchen Sie, diese an ihrer Klinik vornehmen zu lassen.“ (KO_R: 13.9.1976)

Aus einem 1978 an Primarius Rockenschaub gerichteten Schreiben geht hervor, dass eine Frau die „Humangenetische Beratung“ aufgesucht und dort von Rett die dringende Empfehlung erhielt, ihre „in hohem Maße Risikobelastete“ Schwangerschaft abzubrechen:

> „Frau (Name; Anm. d. Verf.) suchte am 9. März unsere Humangenetische Beratung auf. Sie ist das älteste von insgesamt 5 Kindern, von denen 4 (!) an cerebralen Krampfanfällen vom Grand mal-Typ und Oligophrenie (IQ zwischen 40-50) leiden. Der Vater der Frau (Name; Anm. d. Verf.) ist ebenfalls geschä-

> digt. Die Familie ist also in extremem Maße belastet. Die nunmehrige Graviditität der Frau (Name; Anm. d. Verf.) ist somit in hohem Maße Risiko-belastet, was wir der Pat. auch mitgeteilt haben. Der Schwangerschaftsabbruch ist somit unbedingt indiziert und wir ersuchen Sie um Aufnahme der Patientin." (KO_R: 16.3.1978)

Eine vorwiegend eugenische Argumentation für einen Schwangerschaftsabbruch und eine daran anschließende Eileiterunterbindung bei einer 29-jährigen Frau findet sich in einem Schreiben an den ärztlichen Leiter der Frauenabteilung Lainz aus dem Jahr 1970. Das eugenische Argument bleibt aber aufgrund der nicht näher präzisierten Angaben wissenschaftlich nicht nachvollziehbar. Rett konstatierte „familiär gehäuften Schwachsinn", der Mann der Patientin habe zwei „hochgradig schwachsinnige Brüder". Zum Umstand, dass die betreffende Frau bereits 3 gesunde Kinder zur Welt gebracht hatte, bemerkte er: „Nach der familiären Struktur ist die Tatsache, daß diese Kinder gesund sind, als zufällig anzusehen." Seine Schlussfolgerung in dem Fall lautete: „Das Risiko, dass die Frucht geschädigt wird, ist groß, wenn man die Möglichkeiten des Erbganges bedenkt." (KO_R: 16.12.1970)

Im Jahr 1971 informierte Rett seinen Kollegen Rockenschaub über eine Mutter von 3 seiner PatientInnen zwecks Vornahme eines Schwangerschaftsabbruchs mit anschließender Eileiterunterbindung. Das Schreiben weist ebenfalls eine deutlich eugenische Argumentation auf, obwohl diese wiederum eher kursorisch und ohne Angabe präziser Diagnosen begründet wird. Auffallend sind zudem die sozialen Kategorien, die Rett bemühte:

> „Die Kindsmutter (...) hat insgesamt 9 Graviditäten durchgemacht (...). Der Vater ist Trinker. Die von uns untersuchten Kinder sind eindeutig cerebral geschädigt und liegen im intellektuellen Bereich an der Grenze der Imbecillität. (...) Da es sich bei den 3 nacheinanderfolgenden Kindern (...) um die gleiche Hirnschädigung mit Oligophrenie handelt, ist aus der bestehenden Gravidität mit grösster Wahrscheinlichkeit ein weiteres geschädigtes Kind zu erwarten, was durch das Gebäralter der KM, die im 42. Lebensjahr steht, noch erhärtet wird." (KG197a_R)

Zwischen unspezifische Behinderungskategorien streute Rett in diesem Fall die Angabe zum alkoholsüchtigen Vater. Damit wird soziale Devianz als ein für Retts Entscheidungen relevanter Aspekt erkennbar.

Die in den analysierten Gutachten, Attesten und Briefen festgehaltenen Entscheidungsbegründungen zeigen sich als Mischung aus unpräzisen medizinischen Diagnosen und weltanschaulichen Überzeugungen. Neben sozialen Aspekten nannte er in den gesichteten Schreiben immer eine hohe Wahrscheinlichkeit für die Geburt eines behinderten Kindes aufgrund erblicher Faktoren in der Familie und argumentierte so mit einem eugenischen Risiko, das den operativen Eingriff rechtfertigen würde. Auffallend ist, dass er dabei

genaue Prognosen über den gesundheitlichen Zustand der Ungeborenen schuldig blieb (Befunde von durchgeführten Untersuchungen aus dem hauseigenen zytogenetischen Labor waren beispielsweise in den Quellen nie erwähnt) und oft zur präventiven Beendigung bzw. Vermeidung von Schwangerschaften riet. Es ist zu vermuten, wenn auch in den Schreiben nur vereinzelt erkennbar, dass in die Entscheidungen auch schichtspezifische Stereotype mit einflossen. Diese Hypothese erscheint jedenfalls auch aufgrund der Ausführungen in Kapitel 25.3 sehr naheliegend.

Retts eugenisches Denken, Argumentieren und Handeln ist nicht nur in seinen Gutachten zu erkennen, sondern findet sich auch in Quellen zu seinen wissenschaftlichen Forschungen, die im Archivbestand auf Pavillon C nach wie vor gelagert sind. Beispielsweise finden sich dort Unterlagen über Geburten, die er in Kooperation mit diversen gynäkologischen Abteilungen österreichischer Krankenanstalten in den 1970er Jahren anfertigen ließ und als Grundlage für Studien zur Vererbung von Behinderungen sammelte. Im Rahmen dieser Studie konnte solchen Fragen nicht nachgegangen werden, sie seien an dieser Stelle aber einerseits als signifikant für Retts großes Interesse an Genetik und andererseits als zeitgeschichtliche Desiderata genannt.

25.2. Der Arzt als oberste Entscheidungsautorität

Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation komme, so schreibt Andreas Rett gemeinsam mit Horst Seidler 1981, eine beachtliche „Bedeutung im Sinne einer echten Hilfe und Vorbeugung für eine optimale Betreuung der geistig Behinderten“ (ebd.:286) zu. Dabei wurde der „primären Sterilisation“, d.h. einer Sterilisation bereits vor Eintreten einer ersten Schwangerschaft, der Vorzug gegeben. Sie wurde als „die beste und einzige Lösung“[432] der Empfängnisverhütung bei Mädchen und Frauen mit kognitiven Behinderungen bzw. Lernschwierigkeiten gesehen. Bei dennoch auftretenden Schwangerschaften solcher Frauen sah Rett einen Schwangerschaftsabbruch mit nachfolgender Sterilisierung als „conditio sine qua non“ (ebd.:6), also als unerlässliche Forderung, und zwar insbesondere dann, wenn das Kind Folge eines sexuellen Missbrauchs war und sich der Täter nicht eruieren ließ (ebd.).

Rett bekannte sich in seinen Schriften auch offen dazu, Schwangerschaftsabbrüche und Sterilisierung bei weiblichen Personen mit kognitiven Behin-

---

[432] Manuskript o.J. (vermutl. 1976): Hirnschaden und Schwangerschaftsabbruch. Archivbestand Krankenhaus Hietzing, Pav. C/Rosenhügel, Korrespondenzen Rett 2/3 1976, S. 9.

derungen bzw. Lernschwierigkeiten zu praktizieren, obwohl dies bis Mitte der 1970er Jahre bestenfalls in einem rechtlichen Graubereich stattfand (vgl. hierzu ausführlich Hammerschick in diesem Band). Neben zahlreichen Manuskripten schrieb er bereits in der ersten Auflage seines medizinischen Standardwerks zu Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen (vgl. Rett 1971), dass ein Abbruch der Schwangerschaft mit anschließender Tubenligatur in bestimmten Fällen eine ärztliche Selbstverständlichkeit sei. In der gemeinsam mit Horst Seidler verfassten 5. Neuauflage des Buches ist zu lesen:

> „Zunächst muss festgestellt werden, daß der Schwangerschaftsabbruch bei geistig Behinderten von uns seit nunmehr zwanzig Jahren praktiziert wird, auch wenn die früher geltende Rechtslage nur sehr bedingt zur Durchführung solcher Maßnahmen geeignet war. Schwangerschaftsabbruch wurde von uns deshalb auch prinzipiell stets mit nachfolgender Eileiterunterbindung kombiniert." (Rett/Seidler 1981:283)

Nachdem Rett bereits im Jahre 1975 einen Brief vergleichbaren Inhalts an die damalige Wiener Landtagspräsidentin Hlawka verfasst hatte (vgl. KO_R:28.01.1975), ist davon auszugehen, dass an der „Rett-Klinik" seit Anfang an die Durchführung sowohl von Schwangerschaftsabbrüchen als auch Sterilisierungen empfohlen und unterstützt wurde. Die Eingriffe erfolgten entweder in der oben beschriebenen Kombination, wenn bereits eine Schwangerschaft bestand, oder es wurde eine Sterilisierung „als fallweise notwendige prophylaktische Maßnahme" (Rett/Seidler 1981:282) vorgenommen.

An Retts Schriften und auch seinem faktischen Handeln wird erkennbar, dass er sich als oberste Autorität für die Entscheidung über Schwangerschaftsabbrüche bzw. Sterilisationen betrachtete. Er stellte die ärztliche Entscheidung eindeutig über das Gesetz (vgl. Hammerschick in diesem Band) und stand demgemäß der 1975 eingeführten „Fristenlösung" insofern ablehnend gegenüber, als sie die Entscheidungsmöglichkeiten von Frauen im Falle einer Schwangerschaft erhöhten:

> „Wenn die Gesellschaft nach der heutigen Rechtslage die Entscheidung über Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch dem einzelnen frei überläßt, so scheint uns, dass der geistig Behinderte in ganz besonderem Maße unserer (ärztlichen, Anm. d. Verf.) Vorsorge überantwortet sein muß." (Rett/Seidler 1981:283)

Der Wille und die Bedürfnisse von Menschen mit kognitiven Behinderungen wurden nicht weiter erwähnt bzw. als ein weiteres „Problem", das Menschen mit Behinderungen verursachen würden, indem sie „die Ehe Gesunder kopieren wollen" (Rett/Seidler 1981:287), betrachtet. Auch hierin kommt die sich in Retts Schriften und Handlungen durchziehende Wahrnehmung von Men-

schen mit Behinderungen als (Klein-)Kinder, die es paternalistisch zu lenken und für die es zu aller Wohl zu entscheiden gälte, zum Ausdruck.

Als Kriterien zur Durchführung einer Sterilisation hielt Rett 1977 sieben Punkte fest: Erlangung der Geschlechtsreife und Fertilität der Patientin, Verminderung der Intelligenz unter das Niveau von 80 (nach HAWIE), „Exposition zu sexuellen Kontakten, die zur Schwängerung führen können", Einwilligung des gesetzlichen Vertreters, ärztliches sowie psychologisches Gutachten und die daraus resultierende Indikation zur Sterilisation, Gutachten über die aktuelle gynäkologische Situation und über die Durchführbarkeit des Eingriffes sowie ausreichende Überwachung der körperlichen, psychischen und sozialen Entwicklung nach dem Eingriff."[433]

Interessanterweise wurde der nicht zu überschreitende IQ in einer späteren Publikation (Rett/Seidler 1981:283) auf 75 relativiert. Berichte einer für die Intelligenztestung zuständigen Psychologin der „Rett-Klinik" deuten aber an, dass in der Praxis sehr wohl das Niveau von 80 als Entscheidungswert für Sterilisationen herangezogen wurde. Die Interviewpartnerin berichtete davon, dass ihr bei einer Testung der Verdacht kam, diese könnte etwas mit Sterilisation zu tun haben – offenbar wurde psychologisches Personal teilweise nicht über den Zweck von Testungen unterrichtet. Ob ihr vor oder nach dem Test bewusst wurde, dass dieser dem Zwecke der Entscheidung über eine Sterilisation dienen sollte, konnte retrospektiv nicht mehr beantwortet werden. Heraus kam ein IQ um den Wert 80, die Psychologin erinnerte sich, entsetzt darüber gewesen zu sein, dass eine Sterilisation vorgenommen wurde, da bei diesem Wert die Frage zu stellen sei, ob überhaupt von einer geistigen Behinderung gesprochen werden könne (vgl. IP9_P:6).

Festzuhalten ist, dass sich Rett im Zuge seiner genetischen Beratungstätigkeit einen großen Entscheidungsfreiraum geschaffen hatte, der weniger auf einer wissenschaftlichen Ebene und lange Zeit auch nicht auf einer rechtlichen Ebene abgesichert war. Vielmehr scheint diese Entscheidungsmacht faktisch über seine unhinterfragte professionelle Autorität abgesichert gewesen zu sein. Bezeichnenderweise sprach sich Rett selbst die Entscheidungsautorität in Fortpflanzungsfragen weniger aufgrund seines großen medizinischen Wissens, sondern vor allem auf Basis seiner enormen Erfahrungen in der Beratung von Familien mit einem behinderten Kind zu (vgl. Rett 1971:144).

---

[433] Archivbestand Krankenhaus Hietzing, Pav. C/Rosenhügel, Korrespondenzen Rett 3/5 1977. „Klinische, genetische, soziale und juridische Aspekte der Sterilisierung geistig behinderter Jugendlicher", Manuskript ohne Datum.

25.3. Frauen mit Behinderungen als Gefährdete und Gefährdende: Sterilisierung als Schutz vor sexuellem Missbrauch?

Die empirischen Daten zeigen, dass Andreas Rett Sterilisierungen lediglich bei Mädchen und Frauen, nicht aber bei Burschen bzw. Männern empfahl und durchführen ließ. Mögliche Gründe hierfür lassen sich aus seinen Schriften erschließen: Zum einen betrachtete er männliche Personen mit bestimmten Behinderungsdiagnosen, etwa Trisomie 21, als nicht koitusfähig, schon gar nicht im Sinne des Erzwingens eines Geschlechtsverkehrs mit einer Frau:

> „Imbezillität und Idiotie schließen Vergewaltigungen fast aus, weil dazu ein gewisser Grad von Intelligenz Voraussetzung ist. Die ‚technische' Komponente des Sexualakts ist dem Kranken zu wenig durchschaubar, um ihn gegen den Willen des anderen durchzusetzen." (Rett 1971:145; vgl. auch Rett/Seidler 1981:276).

Über die Plausibilität und empirische Evidenz dieser Auffassung soll hier nicht weiter diskutiert werden, kurz sei aber auf eine Studie von Zemp (2002:621) verwiesen, der zufolge neben anderen TäterInnengruppen auch Männer mit Behinderungen sexuelle Gewalt gegenüber Frauen mit Behinderungen ausüben, und zwar vor allem im Kontext stationärer Einrichtungen. Retts Beobachtungen zufolge gibt es das Problem nicht, er habe etwa in seinem „Krankengut" noch nie einen männlichen Jugendlichen eine sexuell aggressive Handlung setzen sehen (vgl. Rett 1971:144). Ein Kinderwunsch von Paaren mit kognitiver Behinderung oder auch eine aus solchen Beziehungen bzw. Sexualkontakten unbeabsichtigt resultierende Schwangerschaft hingegen stellte aus Retts Perspektive sehr wohl ein ernsthaftes Problem dar (ebd.:286ff.). Allerdings manifestierten sich die generativen Folgen des sexuellen Kontaktes am bzw. im Körper von Frauen – und genau darauf lag Retts Hauptaugenmerk, dies wollte er möglichst verhindern:

> „Möglichkeiten, derartige Fälle (von Schwangerschaften, Anm. d. Verf.) zu verhindern, liegen (…) in bestimmten Fällen, wenn eine erhöhte Gefährdung besteht, darin, die Unterbindung der Eileiter rechtzeitig vorzunehmen." (Rett 1971:144)

Rett betrachtete andere Verhütungsformen bei Menschen mit kognitiven Behinderungen bzw. Lernschwierigkeiten (inkl. deren lückenlose Überwachung durch Betreuungspersonen) als nicht praktikabel. Zugleich sah er Mädchen und Frauen mit kognitiven oder auch Mehrfachbehinderungen in vielfacher Hinsicht gefährdet und zugleich als eine Gefährdung an.

Die in Retts Schriften artikulierten Problematiken sexuellen Missbrauchs sind keinesfalls zu bestreiten oder abzuschwächen. Mädchen und Frauen mit kognitiven Behinderungen bzw. Lernschwierigkeiten waren und sind in besonderem Ausmaß von sexueller Gewalt betroffen, darauf weisen auch aktuelle Studien mit erschreckender Deutlichkeit hin (vgl. u.a. Brownridge 2006; Nosek/Howland et al. 2001; Schröttle/Hornberg 2014; Smith 2008). Gewalterfahrungen von Frauen mit Behinderungen zeigen sich meist sehr komplex und stehen häufig in unmittelbarem Zusammenhang mit ihrer Behinderung (vgl. Mandl/Schachner 2014). Sexualdelikte werden zudem in der Forschung relativ einhellig als schicht- und bildungsunabhängig verübte Delikte erkannt (vgl. hierzu zusammenfassend Bange 2002:566).

Problematisch – auch in ihrer Konsequenz – sind einerseits die Ursachenzuschreibungen Retts und andererseits die praktizierten ‚Lösungen' zu sehen. Die von ihm identifizierten Gefährdungslagen zeigen sich bei näherer Betrachtung als unsystematische Mischung aus in der weiblichen Person und ihrer Behinderung verorteten Gründen, schichtspezifischen Aspekten allgemein, dem nicht zähmbaren Sexualtrieb von Männern generell und solchen mit niedrigem sozialen Status und in prekären Lebenssituationen im Speziellen, den integrativen Tendenzen ab Ende der 1970er/Anfang 1980er Jahre sowie der mangelnden Glaubwürdigkeit der Opfer mit kognitiven Behinderungen vor Gericht. Die von Rett immer wieder angeführten ‚Gefährdungsfaktoren' sollen nun im Detail vorgestellt und analysiert werden:

- *„Ausgeprägte Distanzlosigkeit" und „mangelnde Kritikfähigkeit":* Die besondere Gefährdung von Mädchen und Frauen mit kognitiven Behinderungen sah Rett in hohem Ausmaß in deren Verhalten den Tätern gegenüber begründet, etwa in mangelndem Widerstand gegenüber Annäherungsversuchen und in unzureichender Kritikfähigkeit (vgl. Rett 1971:101). Der Hauptfokus bleibt dabei auf den beobachteten oder zugeschriebenen Verhaltensweisen der Mädchen und jungen Frauen, die dies ausnutzenden und missbrauchenden Männer hingegen bleiben weitgehend unthematisiert. Erhöhten Handlungsbedarf ortete Rett, „wenn ein hirngeschädigtes Mädchen infolge eines scheinbar normalen Aussehens besonders gefährdet ist" (ebd.:144) – als würde das Mädchen die Männer damit gewissermaßen hinters Licht führen und nicht durch ein „behindertes Aussehen" abschrecken.

- *Schichtspezifische Gefährdungen:* Laut den Beobachtungen von Rett (o.D.[1977]) sowie Rett/Seidler (1981)[434] entstammten jene „Fälle mit Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation (…) großteils den unteren sozialen Schichten“ (ebd.:283) und wiesen auf Seiten der schwangeren Frauen „eine auffallend hohe Rate außerehelich geborener Patientinnen sowie solcher aus ‚broken homes‘ auf“ (ebd.:284). Im Gegensatz dazu würden sich die „intakten Familien“ mit einer behinderten Tochter überwiegend für eine primäre Sterilisierung entscheiden. Rett konstatierte, dass „das Gesundheitsbewußtsein der höheren sozialen Schichten (...) in dieser Frage deutlich höher“ (ebd.:283) sei und sich häufiger die Angehörigen als die Ärzte für eine Sterilisierung der Patientinnen bereits vor einer Schwangerschaft entscheiden würden. Zugleich werden diese beobachteten schichtspezifischen ‚Muster‘ im Kontext von sexuellem Missbrauch und hier wiederum vor allem des Missbrauchs von Mädchen und Frauen mit schweren Mehrfachbehinderungen thematisiert, sodass der Eindruck zurückbleibt, diese Delikte kämen vor allem in unteren Schichten vor (vgl. ebd.). Retts ‚Problemwahrnehmung‘ zeigt sich stark durch schichtspezifische Vorurteile geprägt, in der die höheren Anfragen bezüglich einer primären Sterilisierung von Familien mit besseren sozialen, ökonomischen und finanziellen Ressourcen als Ausdruck für deren höheres Gesundheits- und Verantwortungsbewusstsein interpretiert werden. Während sich die bürgerlichen Schichten gewissermaßen selbst unter Kontrolle haben bzw. selbst ihre Töchter mit Behinderungen kontrollieren, scheinen die Fortpflanzung der „unteren sozialen Schichten“ vorrangig von ärztlicher Seite kontrolliert und – im wahrsten Wortsinn – unterbunden werden zu müssen.
- *Gesellschaftliche Teilhabe als Gefährdung:* In einem Manuskript aus dem Jahre 1977 führte Rett aus:

  „Die Schwängerung geistig behinderter Mädchen und Frauen ist ein Faktum, das sich heute schon deswegen immer wieder ereignet, weil der geistig Behinderte unserer Zeit in vermehrtem Maße in die Gesellschaft integriert wird (…).

[434] Die in der 5. Neuauflage der Publikation „Das entwicklungsgestörte Kind“ veröffentlichten Daten zu sozialen Aspekten von Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation wurden von Rett bereits in einem Manuskript mit dem Titel „Klinische, genetische, soziale und juridische Aspekte der Sterilisierung geistig behinderter Jugendlicher“, das vermutlich aus dem Jahre 1977 stammt (die chronologische Ablage in einer Korrespondenzmappe Rett legt dies nahe), nahezu wortgleich zusammengefasst. Vgl. Archivbestand Krankenhaus Hietzing, Pav. C/Rosenhügel, Korrespondenzen Rett 3/5 1977.

Damit sind sie zumindest zeitweise dem Schutz der Familie entzogen, aber auch den Gefahren sexuellen Mißbrauches exponiert."

Auch in der überarbeiteten Neuauflage der Monographie „Das hirngeschädigte Kind" wird im Unterkapitel zu Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation in eine vergleichbare Richtung argumentiert:

„Es steht jedoch außer Zweifel, daß mit zunehmender Verselbständigung und Integration in das Alltagsleben *der geistig Behinderte auch neue Probleme bringt*, die in der früheren, oft totalen Isolation kaum Bedeutung hatten." (Rett/Seidler 1981:282; Hervorhebung KG/HM/GW)

Ohne an dieser Stelle auf Retts Haltung zur Integration[435] von Menschen mit Behinderungen generell eingehen zu können, erscheint an der von ihm geführten Argumentation mehrerlei einer kritischen Analyse bedürftig: Die Probleme – etwa das Verüben sexueller Gewalt bis hin zur Vergewaltigung – „bringt" ihm zufolge die Person mit Behinderung und nicht etwa der Täter oder (in sehr seltenen Fällen) die Täterin. Die Ursachen werden hier einerseits in der Person der von sexueller Gewalt Betroffenen verortet. Andererseits wird die vermehrte Integration von Menschen mit Behinderungen für die „Schwängerung" von Mädchen und Frauen mit kognitiven Behinderungen bzw. Lernschwierigkeiten verantwortlich gemacht, so als wären nun im Sinne einer Täter-Opfer-Umkehr die potenziellen Täter nicht mehr vor einer „Gefährdung" durch letztere geschützt. Dabei wurde zudem völlig außer Acht gelassen, dass sich der überwiegende Teil von Gewalt- und Missbrauchstaten im unmittelbaren sozialen Nahraum, d.h. in den Familien oder deren Umfeld (Bekannte) ereignet (vgl. hierzu u.a. die Studie von Schröttle/Hornberg et al. 2012). Der propagierte „Schutz der Familie" (s.o.) bedeutet(e) manchmal ein schutzloses Ausgeliefertsein – darum wusste Rett auch, beschreibt er doch in seinen Werken immer wieder entsprechende Fälle. Allerdings scheint er die Ursachen vor allem schichtspezifischen Faktoren zugeschrieben zu haben (s.o.).

- *„Mangelnde Glaubwürdigkeit der Opfer":* Es ist Andreas Rett zwar nicht grundsätzlich zu widersprechen, wenn er problematisiert, dass der „verminderte Wert der Aussage hirngeschädigter Oligophrener in ge-

[435] Es wird hier der Terminus der 1970er- und 1980er Jahre beibehalten, ohne an dieser Stelle eine Diskussion zu den späteren Begriffsveränderungen hin zu Inklusion und den damit verbundenen inhaltlichen Veränderungen bezüglich der gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen leisten zu können.

richtlichen Untersuchungen“ (1971:101) Sexualverbrechen an ihnen begünstige. Allerdings bleiben die Ausführungen wieder – wie so oft – an den unzureichenden Kompetenzen der von sexueller Gewalt Betroffenen hängen, ohne die vorurteilsbehafteten Wahrnehmungsweisen der Gerichte und ihrer AkteurInnen zu kritisieren. Kritisiert wurden nicht die Gerichte, die Menschen mit Lernschwierigkeiten nicht ausreichend glauben würden, sondern die „mangelnde Glaubwürdigkeit der Opfer“ (ebd.) – das Problem bleibt wieder an Letzteren haften. Und Rett glaubte ihnen offenbar selbst nur bedingt, wie in der gleichen Publikation kurz später zu lesen ist:

> „Ein 19jähriges Mädchen mit einem IQ von 50, das von den Angehörigen ängstlich behütet und nur am Sonntag auf dem Weg zur Kirche alleingelassen wurde, wurde uns im 7. Schwangerschaftsmonat wegen eines Tumors im Unterbauch vorgestellt. Ihre Angaben über den Vater des Kindes werden von dessen Eltern als nicht glaubhaft bezeichnet.“ (ebd.:143)

Die betroffenen Personen waren somit auch dann, wenn sie sich artikulieren konnten und getrauten, ganz der Definitionsmacht ihrer Umgebung ausgeliefert.

Diese skizzierten Wahrnehmungen spiegeln sich auch in den Gutachten bzw. Indikationen wider, die Andreas Rett verfasste und mit denen maßgeblich über eine mögliche Sterilisierung entschieden wurde. Folgende Fallbeispiele auf Basis vorliegender Gutachten, Krankenakten und sonstigem Schriftverkehr sollen dies exemplarisch illustrieren:

- Bei einer seit dem Säuglingsalter bei Rett ambulant in Behandlung stehenden 17-jährigen jungen Frau, bei der in der Krankenakte die Diagnose „Encephalopathie, Hypothereose“ (Unterfunktion der Schilddrüse) verzeichnet ist, findet sich 1975 nach einem vierwöchigen stationären Aufenthalt an der „Rett-Klinik“ der am Tag ihrer Entlassung zu ihren Eltern verzeichnete ärztliche Eintrag: „sehr liebesbedürftig und kritiklos (Fall für Sterilisation!)“ (KG99a_R:25.05.1975). Es ist nicht ersichtlich, dass hier der Wunsch nach einem derartigen Eingriff von den Eltern aufgeworfen worden wäre. Ob tatsächlich eine Sterilisierung vorgenommen worden ist, konnte ebenfalls nicht in Erfahrung gebracht werden.
- In einem fachärztlichen Attest von 1986 zu einer dama1986 22-jährigen Frau – sie hatte die Allgemeine Sonderschule besucht und wurde danach in einer Tagesheimstätte der Lebenshilfe arbeitstherapeutisch betreut; zur Untersuchung in Retts Ambulanz wurde sie von ihrem Vater begleitet – finden sich folgende Ausführungen:

„In der psychologischen Untersuchung erreichte die Pat. im Testverfahren nach HAWIK einen Ges.IQ von 65. Gleichförmige Minderbegabung. (…) Klinisch handelt es sich mit grosser (sic!) Wahrscheinlichkeit um eine prae- und perinatale Schädigung mit massiven (sic!) Entwicklungsrückstand im seelisch-geistigen Bereich. Wie berichtet wurde, soll die Pat. vor kurzem ‚vergewaltigt' worden sein. Laut gynaekologischer Untersuchung kam es zu keinem GV. Auf Grund der massiven Retardierung und der damit verbundenen Tatsache, dass die Pat. jeden (sic!) Fremden kritiklos gegenübersteht ist sie sexuell enorm gefährdet da sie nicht imstande ist, eine solche Annäherung abzuschätzen bezw. abzuwehren. Es wäre deshalb unbedingt angezeigt, bei dem Mädchen ehe es nocheinmals (sic!) zu einen (sic!) solchen Zwischenfall und einer eventuellen Gravidität kommen könnte eine Sterilisation durchführen zu wollen." (KO_R/Mappe Schwester M.:14.02.1986; Kommafehler im Original)

- Bei einer an der „Rett-Klinik" in ambulanter Behandlung stehenden 18-jährigen jungen Frau mit Down-Syndrom, der einerseits ein Intelligenzalter von ca. 4 Jahren attestiert wurde, andererseits festgehalten ist, dass sie Schreiben und Lesen erlernen konnte, stand die „Gefährdung" infolge des Besuchs einer Beschäftigungsmaßnahme im Mittelpunkt der Sterilisierungsbefürwortung Retts aus dem Jahre 1987:

  „Die Pat. besucht eine Beschäftigungstherapie mit gemischter Gruppe Jugendlicher. Da weder in der Tagesheimstätte noch am Weg dort hin eine entsprechende Beaufsichtigung möglich ist, wäre eine Sterilisation bei dem Mädchen noch ehe es zu einer event. Gravidität kommen könnte unbedingt angezeigt." (KO_R/Mappe Schwester M.:11.03.1987; Kommafehler im Original)

- Im gleichen Jahr empfahl Rett die Sterilisierung einer „langjährigen Patientin" mit Down-Syndrom im Alter von 33 Jahren – aus den vorhandenen Dokumenten geht nicht hervor, auf wessen Betreiben hin dies erfolgte. Die Begründung lässt neben dem Besuch einer Tagesstruktur den „netten" Eindruck, den die Frau erwecke, als ‚Gefährdungsmoment' erkennen:

  „Trotz ihres mongoloiden Habitus wirkt die Patientin aufgrund ihrer ausgezeichneten Erziehung besonders nett und ansprechend. Da eine lückenlose Beaufsichtigung des Mädchens weder in der gesch. Werkstätte noch am Weg dorthin und nach Hause keineswegs möglich ist, sehen wir hier eine Grosse (sic!) Gefahr für die Patientin."[436]

- Auf Anfrage des Kinder- und Jugendpsychologischen Beratungsdienstes der NÖ Landesregierung empfahl Andreas Rett 1983 die Sterilisie-

[436] Schreiben von Andreas Rett an die gynäkologische Abteilung des Krankenhauses Rudolfstiftung vom 7.8.1987, KO_R:Mappe „Sterilisationen".

rung einer 18-jährigen jungen Frau, obwohl er nur eine eher geringe kognitive Beeinträchtigung feststellte. Bemerkenswert ist zunächst bereits die Anfrage seitens der NÖ Landesregierung, in der die von Gewalt Betroffene als solche Handlungen Heraufbeschwörende dargestellt wurde:

„Ein wesentliches Problem in hiesigen offen geführten Heim stellt die sexuelle Haltlosigkeit der Mj. dar. (Vorname des Mädchens, Anm. d. Verf.) sucht während der unbeaufsichtigten Ausgänge vermutlich wohl nicht aktiv Männerbekanntschaften, bietet sich aber in ihrer kritiklosen Passivität jedem an, mit dem Ergebnis, daß sie nicht nur ständig wechselnde sexuelle Beziehungen hat, sondern überdies bereits mehrmals bei ihren jeweiligen Partnern brutale körperliche Übergriffe herausgefordert hat."

Es bleibt unklar, wie sich die „Passivität" in einem „Sich anbieten" äußern konnte. Rett kam auf Basis dieser Beschreibung und seiner Untersuchung der jungen Frau jedenfalls zum Ergebnis, dass nicht nur eine Sterilisation angebracht sei, sondern sich zusätzlich ihre Behandlung mit Epiphysan „auf längere Zeit" empfehle. Die Sterilisierungsentscheidung wurde mit den sozialen Lebensumständen der Frau begründet:

„Die Sterilisation halten wir im vorliegenden Fall für unbedingt erforderlich, da die Pat. nicht in der Lage ist für sich selbst zu sorgen und nie in der Lage wäre für ein Kind zu sorgen bzw. dies zu erziehen."[437]

„Es handelt sich um ein (…) körperlich unauffälliges Mädchen, das seit dem 6. Lebensjahr in Heimerziehung steht (…). Auf Grund einer Frühverwahrlosung mit leichten (sic!) Entwicklungsrückstand im seelisch-geistigen Bereich besuchte sie die Allgemeine Sonderschule. Nach Schulentlassung besuchte sie eine (sic!) Berufsvorbereitungskurs, wo sie unter Kontrolle zufriednestellende (sic!) Leistungen erbringen konnte. Da eine Rückführung des Mädchens in die Familie wegen der dort bestehenden desolaten Verhältnisse nicht erfolgen konnte, wurde es im Mädchen- und Familienheim in Wiener Neustadt untergebracht. (…) Auf Grund des vorliegenden Zustandsbildes der Pat. müssen wir trotz der relativ guten Intelligenz der Pat. eine Sterilisation in Erwägung ziehen und ersuchen eine solche durchzuführen. Da die Pat. unbedingt durch ihr Verhalten einer Führung bedarf, eine solche durch die Familie nicht gegeben ist, bleibt weiterhin nur eine Heimunterbringung mit Beschäftigungstherapie über

[437] Schreiben von Andreas Rett an die zuständige Sachbearbeiterin der Niederösterr. Landesregierung, 1010 Wien, vom 27.5.1983, KO_R:Mappe „Sterilisationen".

> (…). Eine ständige Beaufsichtigung der Pat. ist jedoch in keinem Heim in dem Ausmass (sic!) durchführbar als es bei der Pat. erforderlich wäre. (…)“[438]

Besonders häufig finden sich in den unterschiedlichen Gutachten Begründungen wie „ausgeprägte Distanzlosigkeit, durch die die Pat. bereit ist mit jeden (sic!) Fremden zu gehen“ (KO_ Mappe „Sterilisationen“:31.01.1983) oder „völlige Kritiklosigkeit Fremden gegenüber“ (ebd.:19.08.1983) für die Empfehlung einer Sterilisation von jungen Frauen angeführt.

All diese erkennbar werdenden Argumentationslinien und Entscheidungsmaßstäbe Retts reduzieren in der Konsequenz das gravierende Problem sexueller Gewalt gegen Mädchen und Frauen mit Behinderungen auf die damit verbundene „Gefahr“ ihrer Fortpflanzung. Als praktikable ‚Lösung‘ propagierte Rett die Sterilisierung von Frauen in besonderen „Gefährdungslagen“, so als wäre dadurch die an Mädchen und Frauen mit Behinderungen verübte Gewalt als folgenlos zu betrachten. Insbesondere Retts Argumentation der Verknüpfung eines Schwangerschaftsabbruchs bei missbrauchten Mädchen und Frauen mit einer Eileiterunterbindung, „um eine eventuelle Wiederholung zu verhindern“ (Rett 1971:144), lassen klar erkennen, dass seine Sorge nicht vorrangig der künftigen Verhinderung des Missbrauchs galt, sondern der Vermeidung einer weiteren daraus resultierenden Schwangerschaft. Bezeichnenderweise spielte in seinen Schriften das Argument des „Schutzes“ der Mädchen und Frauen so gut wie keine Rolle. Erst sehr spät, nämlich in einem Manuskript aus dem Jahre 1989 wird es als nachträgliche Rechtfertigung seines Tuns bemüht.[439]

Die in den 1990er Jahren in Österreich durchgeführten Untersuchungen von Aiha Zemp u.a. zu sexualisierter Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen in Institutionen machten sichtbar, dass 27% der befragten Frauen (n=130) und nur 3% der Männer (n=117) zwangssterilisiert waren,

> „(…) was im Klartext heißt: der Institution und der Gesellschaft das ‚Ergebnis‘ der sexuellen Gewalt infolge einer Schwangerschaft der betroffenen Frau zu ersparen. Für die Frauen jedoch erhöht dieser Umstand das Risiko, Opfer sexueller Gewalt zu werden, weil sie damit als ‚Freiwild‘ angesehen werden.“ (Zemp 2002:617)

---

[438] Schreiben an die gynäkologische Abteilung des Krankenhauses Rudolfstiftung vom 27.5.1983, KO_R:Mappe „Sterilisationen“.

[439] Vgl. Beilage zu Brief an Dr. Odenbach, Geschäftsführer der Deutschen Bundesärztekammer, 9.12.1989; Archivbestand Krankenhaus Hietzing, Pav. C/Rosenhügel, Korrespondenzen Rett 1/1 1989.

Auch Berger und Michel (1997:929) verweisen unter Bezugnahme auf die internationale Fachdiskussion zu Sterilisationen in den 1970er bis 1990er Jahren auf die weitgehend unthematisierten Traumata von sexuellem Missbrauch und Vergewaltigung für die davon betroffenen Personen. Sie konstatieren ähnlich wie Zemp, dass faktisch der „Schutz" vor ungewollter Schwangerschaft durch Sterilisation eine erhöhte Wahrscheinlichkeit des sexuellen Missbrauchs bewirkt haben dürfte.

In der „Rett-Klinik" scheint man dafür in manchen Fällen gemeinsam mit den Eltern eine bemerkenswerte „Lösung" gefunden zu haben, wie ein ehemaliger Arzt der Klinik im Interview zu erkennen gab: Die Tochter (und vermutlich auch das sonstige soziale Umfeld) wurde nicht über die Sterilisierung informiert, sodass sie nicht wusste, dass nicht schwanger werden kann:

> „(…) also das waren so die Diskussionspunkte, dass ohne Wissen des Patienten, des Behinderten eine Eileiterunterbindung durchgeführt wurde auf Wunsch der Eltern, in Absprache mit dem Arzt und in Absprache mit dem Gynäkologen, der das gemacht hat. (…)
> I: „Sie haben gesagt, der springende Punkt ist, dass sie nicht wussten-"
> B: „Nicht wissen, ja. (I: Was?) Die Dimension-, weil ich weiß nicht, man hat das ganze Thema eben damit weggewischt und nie gesagt, was ist, wenn du ein Kind kriegst, was machen wir mit dem Kind? (…)"
> I: „Okay. Und habe ich Sie da richtig verstanden, man hat es ihnen auch deshalb nicht gesagt, damit sie nicht dann freizügig Sexualität pflegen?"
> B: „Ja, das war ein Argument, wie weit das stimmt, weiß ich nicht."
> I: „Okay, wer hat das eingebracht?"
> B: „Aber es war das Argument der Eltern. Meine Tochter wird zum Freiwild damit und ich will das nicht und wir wollen das nicht, wir Eltern." (IP32_P:477ff.)

Auch wenn InterviewpartnerInnen wiederholt betonten, dass Rett sexuellen Missbrauch verurteilt und gegebenenfalls Angehörige zurechtgewiesen habe,[440] widersprechen diese Aussagen nicht dem Befund, dass es dabei weniger um das physische und psychische Wohl der betroffenen Mädchen und Frauen ging als vielmehr die Sorge über eine eventuell damit einhergehende Schwangerschaft maßgeblich gewesen sein dürfte. Ob es vereinzelt auch zu einer Anzeige des Missbrauchs kam, wurde unterschiedlich beantwortet, wie sich an folgendem Beispiel erkennen lässt:

Besagter Vorfall dürfte sich in der ersten Hälfte der 1980er Jahre zugetragen haben und wurde von vier InterviewpartnerInnen unabhängig voneinander in leicht unterschiedlicher Weise geschildert – jedenfalls ist zu ver-

[440] Vgl. IP12_P:265; IP14_P:257; IP32_P:466ff.; IP88_P:70.

muten, dass es sich um den gleichen Vorfall handelte.[441] Das Missbrauchs-Geschehen bleibt dabei in den Erzählungen nahezu gleich: Eine Jugendliche mit schweren mehrfachen Behinderungen und ohne verbale Artikulationsfähigkeit wurde im Stadium fortgeschrittener Schwangerschaft in die „Rett-Klinik" eingeliefert. Die Schwangerschaft wird als Ergebnis eines offenbar bereits länger andauernden Missbrauchs des Mädchens durch den Vater und einen oder mehrere Brüder beschrieben. Am Rosenhügel wurde dann der Schwangerschaftsabbruch mit gleichzeitiger Sterilisation in die Wege geleitet sowie die Nachbetreuung des Mädchens übernommen. Die beiden nachfolgenden Interviewausschnitte zeigen die Abweichungen in den Erzählungen bezüglich der nachfolgend in die Wege geleiteten Konsequenzen zur Verhinderung eines weiteren Missbrauchs auf:

> „(…) und das ist eine Geschichte die mich immer bedrückt hat und die mich auch immer bedrücken wird, wir haben gekriegt (…) ein schwerst mehrfach behindertes, entstelltes Mädchen. Inkontinent, keine verbale Sprache, kaum eine Kommunikationsfähigkeit, also nicht einmal im basalsten Sinne. Die ist Tag und Nacht gesessen im Türkensitz im Bett, auf keine Ansprache reagiert, auf nichts. Die ist gekommen im 6. Monat schwanger. Und auf die Frage, wie das hat passieren können, war die Antwort, na wo sollen es denn der Vater und der Bruder rausschwitzen."
> I: „Wer hat das zu Ihnen gesagt?"
> B: „Die Schwester M. (Name abgekürzt, Anm. d. Verf.). (…) Die ist dann offiziell nach Lainz-, und dann wird sie gleich unterbunden, wenn man das Kind weg hat, weil sie muss ja wieder heim kommen. Nicht einmal dann hat man eine Unterbringung für dieses Mädchen gesucht."
> I: „Hat man geschaut, dass die Folgen-"
> B: „Dass die Folgen nicht da sind. Heute noch so einen Hals, so einen Hals (drückt ihren großen Zorn damit aus, Anm. d. Verf.). Damals wäre ich am liebsten gegangen, hätte ich es rausgeschrien in die ganze Welt." (IP22_P:484ff.)

> B: „(…) ein anderer Fall, schwerstbehindert, gelegen, kein Wort, keine Sprache, gefüttert, gewickelt, die ganze männliche Familie hat sich vergnügt, die ganze. Vater und zwei Brüder. Und natürlich nicht geahnt, dass da eine Schwangerschaft entstehen kann, das war dann schon ordentlich, da wurde dann auch die Polizei usw. eingeschaltet in diese Sache als Missbrauch. Aber man hat es dieser Schwerstbehinderten nicht angetan, ein Kind auszutragen, von dem man nicht weiß, wie es rauskommt und wie es geht und wie und was."
> I: „Die Polizei ist eingeschalten worden und was war dann die Konsequenz daraus, wissen Sie das?"

[441] Vgl. IP12_P:255; IP22_P:484ff.; IP32_P:466ff.; IP51_P:393ff.

> B: „Die Konsequenz wäre gewesen, weiß nicht, ob das nachweisbar ist, wer wann, wie oft. Die Konsequenz wäre gewesen, dass dieses Mädel aus der Familie in ein Heim kommt und dort dann weiter betreut wird, dass die nicht zusammenbleiben dürfen. Juristisch weiß ich jetzt nicht."
> I: „Und kam sie weg von den Eltern?"
> B: „Da weiß ich nicht, das weiß ich jetzt nicht, aber sicher, also das hat man sicher nicht belassen." (IP32_P:466ff.)

Da zum Vorfall keine weiteren Informationen erhoben werden konnten – der Nachname des Mädchens war nicht mehr in Erinnerung, sodass nicht nach einer Krankenakte gesucht werden konnte, zugleich wurden keine entsprechenden Medienberichte gefunden – kann die Frage, ob der weitere Missbrauch im familiären Umfeld durch Herausnahme des Mädchens unterbunden wurde bzw. inwieweit es rechtliche Konsequenzen gab, nicht beantwortet werden.

25.4. Machtvolle Allianzen und fragwürdige Freiwilligkeit

Rett befand sich mit dieser Propagierung von Sterilisationen keinesfalls allein, die vorliegenden Dokumente lassen mehrfach erkennen, dass nicht nur Eltern, sondern oft auch die betreuenden Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen treibende Kräfte der Sterilisierungen waren. Die Rolle letzterer kann in dieser Studie viel zu wenig beleuchtet werden, hier bleibt beachtlicher Forschungsbedarf bestehen.

In der Praxis zeigt sich eine starke Allianz zwischen Andreas Rett und den ihn aufsuchenden Eltern von Kindern mit Behinderungen. Deren Sorgen und Wünsche dürften von großer Bedeutung für seine Entscheidungspraxis gewesen sein.[442] Mit dieser empirischen Beobachtung sollen auf Sexualität, sexuelle Übergriffe und mögliche Schwangerschaften bezogenen Besorgnisse von Eltern behinderter Personen keinesfalls grundsätzlich infrage gestellt werden (siehe Ausführungen oben). Eine interviewte Mutter, deren bei Rett in Behandlung stehendes Kind auf dessen Anraten hin nicht (!) sterilisiert wurde („Und er hat gesagt, das ist nicht notwendig. Das war situationsabhängig."[443] – IP59_A:151), schilderte die Nöte der Eltern aus ihrer Perspektive:

---

[442] Vgl. u.a. IP12_P:270ff.; IP22_P:478ff.; IP32_P:477; IP19_B:252ff.; IP67_B:9ff.

[443] Vermutlich war mit „situationsabhängig" gemeint, dass die Entscheidung Retts u.a. davon abhängig war, wie ‚geordnet' die sozialen Verhältnisse der Familien eingeschätzt wurden.

> „Die Eltern von Mädchen haben eine panische Angst gehabt, dass die Mädchen Kinder kriegen, und haben panische Angst gehabt, dass ein Bursch über die Mädchen herfällt. Das war nicht gelöst, das Problem. (…) heute im Zeitalter der Pille, der Dreimonatsspritze über diese Zeit zu urteilen finde ich unfair. Heute würde man das alles anders lösen, ich habe auch Angst gehabt." (ebd.:155)

Zu problematisieren gilt es im Rahmen dieser Studie allerdings den ärztlichen Umgang mit diesen elterlichen Sorgen und die daraus ohne adäquaten Einbezug der davon betroffenen Personen gezogenen Handlungskonsequenzen.

Nicht alle Eltern scheinen zugleich von sich aus den Wunsch nach einer Sterilisation ihres Kindes an Rett herangetragen zu haben. So erinnerte sich eine ehemalige Psychologin der „Rett-Klinik" an die Mutter eines Kindes mit Down-Syndrom, die nach einem Gespräch mit Rett, in dem ihr diese Maßnahme bei ihrem Kind vorgeschlagen worden war, verstört zu ihr gekommen sei. Die Gesprächspartnerin problematisierte das hohe Vertrauen, das Eltern damals in die Empfehlungen der ÄrztInnen hatten, dann aber mit diesen Empfehlungen nicht umzugehen gewusst hätten (vgl. IP9_P:7).

Die Durchführung der Sterilisierung verlief laut vorliegender Krankenakten häufig in vergleichbarer Weise:[444] Aufnahme für wenige Tage zur Operationsfreigabe, Überstellung an die gynäkologische Abteilung des Krankenhauses Rudolfstiftung oder die Semmelweis Frauenklinik, nach Durchführung der Sterilisierung erneute kurze Unterbringung an der Abteilung, Entlassung nach Entfernung der Nähte. In einem standardisierten Vordruck der gynäkologischen Abteilung des Krankenhauses Rudolfstiftung ist angeführt, dass die Operation „auf ausdrücklichen Wunsch der Patientin" durchgeführt worden sei:

> Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Kollege, Ihre obengenannte Patientin trat an uns mit dem ausdrücklichen Wunsch heran, an ihr eine operative Infertilisation durchzuführen. Es wurden mit ihr mögliche Alternativmaßnahmen bzw. die bereits damit gemachten Erfahrungen besprochen. Auf die mutmaßliche Endgültigkeit des Operationserfolges und auch auf das wenn auch minimale Versagerrisiko wurde ausdrücklich hingewiesen.[445]

In allen vorliegenden Sterilisierungsfällen, die an der Rudolfstiftung durchgeführt wurden, ist das Formular von Dr. Loew unterzeichnet. Nähere Angaben zu seiner Person konnten nicht gefunden werden.

---

444 Vgl. KG22b_R; KG63b_R; KG107a_R; KG105a_R; KG59b_R.
445 KO_R: Mappe Schwester M.

Viele Mädchen und Frauen mit Behinderungen, bei denen eine Sterilisierung durchgeführt wurde, dürften in die Entscheidung allerdings nicht in (mit-)bestimmender Weise eingebunden gewesen sein. Ein Teil von ihnen wurde den Erinnerungen ehemaligen Personals der „Rett-Klinik" zufolge nicht einmal über diesen Eingriff informiert, sondern unter dem Vorwand einer „Blinddarm-Operation" oder teilweise auch anderer vorgeschobener Gründe einer Sterilisation unterzogen:

> „Also wie ich gekommen bin, hat es noch gegeben die sogenannten Blinddarmoperationen, wo bei den Mädchen im halbwüchsigen- die sind halt dann auf zwei Tage nach Lainz und haben dann dort eine Blinddarmoperation mit Unterbindung gekriegt. Also ich nehme schon an, dass da wirklich auch der Blinddarm rausgeholt wurde, einfach um dann nicht in Situationen zu kommen, dass ein Blinddarmdurchbruch erfolgt, obwohl schon Blinddarm operiert wurde. (…) Die letzte wo ich das mitgekriegt habe, (…) (war) eine 16-jährige, wo der Rett schon nicht mehr so der Verfechter war, wo er es aber dann noch auf Druck der Eltern gemacht hat, (…) versprochen hat, dass er sich darum kümmern wird. (…) Das ist von den Eltern ausgegangen. Wenn die Eltern wollten, dass die Kinder sterilisiert werden, dann ist es gemacht worden, und für die Kinder war es die berühmte Blinddarmoperation." (IP22_P:478ff.)

> „Es ist ja unter dem Vorwand einer prophylaktischen Blinddarmoperation gemacht worden. Bei wem und wie oft weiß ich nicht, aber das war eine Zeit lang die scheinbare Lösung dieses Problems in der Zeit, wo Wohngemeinschaften gegründet worden sind und man eigentlich nicht wollte, dass wirklich schwer oder Behinderte, die zuhause betreut wurden, in Wohngemeinschaften betreut wurden, Kinder kriegen." (IP32_P:477)

Auch aus den Korrespondenzen wurde ersichtlich, dass Sterilisationen u.a. unter dem Vorwand einer Blinddarmoperation durchgeführt wurden, im Jahre 1973 etwa in zwei Fällen.[446] Eine 16jährige Patientin, die laut Schreiben einen IQ von 62 aufweise und unter Encephalopathie und cerebralen Krampfanfällen leide, wurde beispielsweise in diesem Jahr aufgrund der uneindeutigen Diagnose „rezitivierende Schmerzen im Unterbauch" an die gynäkologische Klinik Semmelweiß überwiesen. Im Schreiben an den zuständigen Gynäkologen Rockenschaub hielt Rett fest:

> „Wir sind der Meinung, dass die (sic!) Appendix entfernt werden soll. Bei dieser Gelegenheit dürfen wir Sie bitten (…) die Unterbindung der Eileiter vornehmen zu wollen." (KO_R:02.05.1973)

[446] Vgl. KO_R:02.05.1973; KO_R: 07.05.1973.

Die Tatsache, dass die Blindarmoperationen an einer gynäkologischen Klinik durchgeführt werden sollten, verweist auf die Vorrangigkeit der Eileiterunterbindung (vgl. Falldarstellung bei Hammerschick in diesem Band).

Die Frage der Freiwilligkeit eines Eingriffs muss unter Berücksichtigung des Autoritätsverhältnisses in der Arzt-Patientinnen-Beziehung und der Rolle der Eltern oder auch der betreuenden Einrichtungen diskutiert werden. Am Beispiel von auf der „Rett-Klinik" mitarbeitenden jungen Frauen mit Behinderungen lässt sich erkennen, dass auch scheinbar freiwillige Sterilisationsentscheidungen nicht selten in einem Zwangskontext geschahen. Zum einen liegt die hierzu Aussage einer ehemaligen Pflegekraft der „Rett-Klinik" vor, zum anderen konnte eine ehemals dort beschäftigte Mitarbeiterin mit Behinderung für ein Interview gewonnen werden. Besagte Pflegemitarbeiterin fasste die Gegebenheiten lapidar so zusammen:

> „Wir haben einen ganzen Haufen behinderte Hilfen gehabt (…). Die haben dann vom Rosenhügel ein Taschengeld gekriegt, aber die meisten waren so auf Good Will-Werkstattplatz beim Rett. Die waren alle sterilisiert." (IP22_P:478)

Folgende Ausschnitte aus einem Interview mit einer ehemals auf Pavillon C am Rosenhügel als solch eine „behinderte Hilfe" mitarbeitenden Frau zeigt exemplarisch auf, wie junge Frauen auf Betreiben von Andreas Rett gegen ihren Willen sterilisiert wurden:

> B: „Und der Professor Rett hat auch aber Zwangssterilisation, das war nicht okay."
> I: „Hat er gemacht?"
> B: Hat er durchgesetzt. Ich bin auch zwangssterilisiert worden. Obwohl bei mir nie die Gefahr bestanden hätte, dass mein Kind erblich belastet worden wäre, nur weil ich ein zu enges Becken habe. (…)
> I: „Deswegen wurden Sie-?"
> B: „Ja."
> I: „Wie ist denn das passiert, hat der Professor Rett da gesagt, das müssen wir machen oder wie-?"
> B: „Das soll gemacht werden."
> I: „Können Sie da erzählen, wie das war?"
> B: „Ja, () das war in der Rudolfstiftung. Ich bin noch am gleichen Tag drangekommen, wo ich aufgenommen worden bin, um zehn bin ich operiert worden. Ich bin dann noch ein paar Tage dann, am nächsten Tag durfte ich schon am Rosenhügel rübergebracht werden, auf die Station (…) als Patientin." (IP19_B:77)

Der Bericht der Frau lässt vermuten, dass hinter der vorgeschoben medizinischen Argumentation für die Sterilisation eher soziale Beweggründe standen, insbesondere das oben bereits sichtbar gewordene zentrale Argument, Frauen mit Behinderungen können nicht ausreichend für ihre Kinder sorgen. Es ist zugleich anzunehmen, dass nicht wenige Eltern – im konkreten Fall die Mut-

ter – ohne Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse ihrer Kinder bzw. gegen deren Interessen mitentschieden:

> I: „Aber hat Ihre Mutter, war Ihre Mutter einverstanden, wegen der Sterilisation?“
> B: „War sie. Ich finde, das ist nicht okay. Ich finde, es ist nicht okay, dass damals Menschen mit Lernschwierigkeiten sterilisiert wurden.“ (ebd.:260)

Die Gesprächspartnerin erzählt von zwei Bekannten, die ebenfalls an der „Rett-Klink“ tätig waren und auf Druck von Andreas Rett sterilisiert worden seien. Beide hätten später die Unterbindung rückgängig machen lassen und Kinder bekommen. Ihrer Erfahrung nach habe Rett bei jedem Mädchen bzw. jeder Frau mit Behinderung eine Sterilisierung angestrebt: „Bei jedem behinderten (Mädchen, Anm. d. Verf.), das war sein Wunsch, damit keine behinderten Kinder nachkommen.“ (ebd.:289) Sie selbst habe den Eingriff nicht rückgängig zu machen versucht, bringt aber im Interview ihre Trauer über die ihr verwehrten Möglichkeiten zum Ausdruck:

> „Na wie gesagt, ich hab mich schon gekränkt. Und ich (…) war kurz im 20. Bezirk einmal Babysitterin bei einer jungen Frau, da bin ich mit dem Buben, mit dem 4 Monate alten spazieren gefahren, mit dem (Vorname des Kindes, Anm. d. Verf.). Mei, da war ich glücklich. Auf ein Kind aufpassen.“ (ebd.:293)

Auch folgender Fall einer 19-jährigen Patientin der „Rett-Klinik“, der sich anhand der ausgewerteten Krankenakten rekonstruieren ließ, verweist auf die schwerwiegenden Auswirkungen auf die von den Eingriffen betroffenen Mädchen und Frauen: Die seit fünf Jahren in einem Heim der Lebenshilfe in Niederösterreich wohnhafte junge Frau wurde 1983 an der Abteilung mit der Diagnose „exogene Depression“ aufgenommen. Die Einweisung erfolgte auf Wunsch der Heimleitung zur „Abklärung der psychischen und sexuellen Problematik“ (KG105a_R). Aus der Krankenakte geht hervor, dass die Patientin bereits zwei Jahre zuvor sterilisiert wurde. Im Zusammenhang mit Heiratswünschen der Patientin wären vermehrt psychische und sexuelle Probleme aufgetreten. Im psychologischen Gutachten wurde ihr ein IQ 70 attestiert. Zudem wäre sie sie in der Testsituation ängstlich, weise eine neurotische Reaktionsbereitschaft und sexuelle Konflikte auf (vgl. ebd.). Wo und mit welcher Begründung die Sterilisation durchgeführt wurde, ist aus der Krankenakte nicht ersichtlich. Es kann jedoch vermutet werden, dass die psychischen und sexuellen Probleme im Kontext des Heiratswunsches mit der durchgeführten Sterilisation in Zusammenhang stehen.

Die Haltung des Personals an der „Rett-Klinik“ schwankte zwischen Nichtwahrnehmung, stillschweigender Duldung und interner Problematisierung ohne weitergehende Konsequenzen (nach dem Motto: den Streit nicht aus der „großen Familie“ hinaustragen). Ein Arzt fasste seine Position fol-

gendermaßen zusammen: „Ich selber war nicht involviert, aber ich war natürlich dabei.“ (IP32_P:457)

Insgesamt kann festgehalten werden, dass sich Rett in seinem alltäglichen Umgang mit PatientInnen und deren Familien Einflusssphären geschaffen hat, in denen er jenseits der Kontrolle der scientific community, der Öffentlichkeit und des Strafgesetzes nach seinen persönlichen medizinischen, sozialen und ethischen Überzeugungen Biopolitik betreiben konnte und betrieben hat. Seine Gebarungen waren dabei nicht unbekannt (Rett bekannte sich, wie oben ausgeführt, auch dazu), wurden aber von verschiedenen relevanten Umwelten, auch von den politisch verantwortlichen Stellen, offenbar stillschweigend akzeptiert und von unterschiedlichen Einrichtungen in der Behindertenhilfe aktiv in Anspruch genommen.

Auch dieses wichtige Forschungsfeld zum Wirken der „Rett-Klinik“ über mehr als drei Jahrzehnte hinweg ist noch deutlich zu wenig bearbeitet. So ist etwa das biopolitische Wirken Retts über den Ambulanzbetrieb – und dieser darf als zentral hierfür angesehen werden – so gut wie unerforscht. Die im Rahmen dieser Studie gewonnenen Einblicke bieten eine erste Orientierung an, sie benötigen eine vertiefende wissenschaftliche Auseinandersetzung zur theoretisch-ideologischen Begründung, faktischen Umsetzung und den Folgewirkungen der „Live-Politics“ an der Klinik.

26. „KUVERTMEDIZIN“ UND „SCHWARZE KASSEN“: FINANZIELLE TRANSPARENZMÄNGEL AN DER „RETT-KLINIK“

Hemma Mayrhofer

Während sich in den erhobenen Daten zur stationären Unterbringung auf Pavillon 15/Am Steinhof keine Hinweise auf informelle finanzielle Einnahmen oder eine Zwei-Klassen-Medizin finden, lassen sich im Zusammenhang mit dem Rett-Pavillon gravierende Transparenzmängel bezüglich finanzieller Einnahmen und Ausgaben auf breiter Ebene erkennen. Ambulanz, Station und Boltzmann-Institut sind hierbei schwer durchschaubar verflochten, wobei das Forschungsinstitut als maßgebliche Organisationseinheit bzw. als Verwaltungs- und ‚Abrechnungsstelle‘ für nicht offiziell ausgewiesene Einnahmen gedient haben dürfte.[447] Als zentrale Figur der Lukrierung und Verwaltung von finanziellen Einnahmen im halb- oder informellen Bereich wird von all jenen, die darüber etwas zu berichten wussten, mit großer Übereinstimmung neben Andreas Rett seine „Vorzimmerdame“, Schwester M., genannt.[448] Generell dürften zwar viele, aber nicht alle MitarbeiterInnen der Station von den Gepflogenheiten gewusst haben – vor allem Pflegepersonal, das ausschließlich auf den Stationen und nicht im Ambulanzbereich tätig war, wusste nur teilweise Bescheid. Einige InterviewpartnerInnen berichten auch, dass darüber kaum gesprochen wurde: „(…) das war ja total abgeschirmt, also diese finanziellen Dinge“ (IP29_P:326), so eine ehemalige Krankenschwester im Interview. Und von Seite einer Interviewperson mit gewissem Einblick in die finanzielle Gebarung der unterschiedlichen Organisationseinheiten des Neurologischen Krankenhauses Rosenhügel wurde berichtet:

> „Und oft weiß man auch nicht, wie sozusagen Geldmittel auch geflossen sind in dieser Zeit. Also das war auch noch etwas, wo wir sehr spät (…) drauf gekommen sind, dass da manches nicht ganz so sauber war. (…) und es wollte

---

447 Vgl. IP11_P:22ff.; IP14_P:25ff; IP32_P:541.

448 Vgl. IP2_P:78ff.; IP8_P:383; IP12_P:25ff. und 324ff.; IP14_P:35; IP22_P:640ff.; IP24_P:168ff.; IP29_P:168ff. und 326; IP30_P:61ff.; IP32_P:541ff.; IP50_A:27ff.; IP66_P:114ff.; IP69_A:230ff.; IP88_P:82.

> auch niemand diese Person Rett in Frage stellen oder beschmutzen, muss man sagen. Und daher hat man auch über viele Dinge auch ein bisschen den Deckel des Schweigens darüber gebreitet.“ (IP30_P:61f.)

Folgende bedeutsame *Einnahmequellen* lassen sich vor allem aus Interviewaussagen, aber auch aus einzelnen Dokumenten der umfangreichen Korrespondenzakten von Andreas Rett identifizieren, wobei die Einnahmen teilweise, aber eben nicht durchgängig, formal ausgewiesen worden sein dürften:

- *Zuwendungen von Pharmafirmen* können als gesichert angenommen werden: Dass Medikamententestungen für verschiedene Pharmafirmen regelmäßig durchgeführt wurden, von diesen zahlreiche Vortragseinladungen an Andreas Rett erfolgten und generell enge Kontakte zu großen Pharmakonzernen bestanden, bestätigen zahlreiche Schriftstücke aus der Korrespondenz von Andreas Rett (vgl. auch Kap. 20.3). Damit waren und sind in der Regel finanzielle Zuwendungen verbunden, die vermutlich teilweise über das Boltzmann-Institut flossen, teilweise aber auch direkt an Andreas Rett, und das offenbar manchmal auch in bar. So bittet Rett 1974 in einem Brief an Pharma-Unternehmen Merck um Barauszahlung eines Honorars für kurze Zeit zurückliegende Vortragstätigkeit. Der Brief ist an die Merck-Niederlassung Stuttgart gerichtet, dort dürfte auch der Vortrag gehalten worden sein, wie aus dem Brief zu erschließen ist (es wird u.a. auf entsprechende Reisespesen und die hervorragende Betreuung vor Ort verwiesen). Rett möchte das Honorar aber „am liebsten in bar von der Austro-Merck ausbezahlt erhalten“[449], also einem anderen Standort, der auch nicht Hauptsitz des Unternehmens ist, dieser befindet sich in Darmstadt. Weiter dürfte es – den damaligen (und teilweise nach wie vor existenten) Gepflogenheiten von Pharmafirmen entsprechend – zu wiederholten Einladungen unterschiedlicher Art gekommen sein, wie manche Briefe zwische Rett und Pharmafirmen andeuten.[450]

---

[449] Brief an Dr. W. S., E.Merck-Niederlassung Stuttgart, KO_R/02.12.1974.

[450] Beispielsweise findet sich in den Korrespondenzunterlagen ein Schreiben an Ciby-Geigy in Basel (Schweiz), in dem Rett seine Ankunft nebst privater Begleitung in St. Moritz und die eine Woche später geplante Abreise ankündigt sowie um die Berücksichtigung des Wunsches nach zwei Zimmern bittet. Es findet sich kein Hinweis im Brief, dass in St. Moritz Vortragstätigkeit oder andere berufsbezogene Aktivitäten geplant waren („Ich … freue mich sehr auf die Tage in St. Moritz“ – KO_R/02.12.1974). Basel, der Sitz von Ciba-Geigy, und St. Moritz sind auch etwa 300 km Wegstrecke voneinander entfernt gelegen.

- *Zahlungen durch Angehörige beim Ambulanzbesuch* dürften gängige Praxis gewesen sein, wobei unklar ist, ob alle zahlen mussten oder nur finanziell bessergestellte Eltern. Das Geld wurde von Schwester M. verwaltet, so die übereinstimmenden Aussagen in mehreren Interviews. Selbst dem ehemaligen Chef sehr wohlwollend gesonnene Personen des interviewten Personals bestätigen eine derartige Praxis.[451] Die Vermischung von Privatordination und Ambulanztätigkeit wird als weitverbreitet zur damaligen Zeit beschrieben: „Aber die Unsitte war bei vielen Primarärzten, im Dienstzimmer sozusagen Ordination zu machen und dann Kuvert. Dass das so war, kann ich authentisch sagen." (IP2_P:82) Die berichteten Erfahrungen legen den Schluss nahe, dass es zumindest zwei verschiedene Varianten gab. Einerseits scheinen von Rett an manche PatientInnen der Ambulanz Privathonorarnoten ausgestellt worden zu sein:

  > „Ich hab in seiner Schreibtischlade (…) noch Honoararnoten gefunden, Vordrucke von Honorarnoten, wo er für die Privatpatienten unter Einschluss eines EEGs, einer Testuntersuchung, dafür natürlich nutzend die Ressourcen des Krankenhauses, ein Privathonorar von damals 7.000 Schilling verlangt hat." (IP8_P:14) – „Das war privat, das war auch sein Papier." (IP8_P:385)

  Andererseits dürften AmbulanzbesucherInnen regelmäßig Beträge unbekannter (ev. auch unterschiedlicher) Größenordnung ohne Quittung abgenommen worden sein. Eine Mutter, die mit ihrem Kind mehrfach in der Ambulanz am Rosenhügel war, beschreibt das Vorgehen folgendermaßen: „Da hat es keine Rechnung gegeben, das kam in ein Kuvert und in die Lade und das ist für den Herrn Professor." (IP50_A:29) An die genaue Höhe des Betrags konnte sie sich nicht mehr erinnern,

  > „(…) aber es war irgendwie ein ziemlich hoher Betrag, weil man noch gedacht hat, da sind Leute in den Wartezimmern gesessen, die haben wirklich nach Armut ausgeschaut." (ebd:31).

  Von Personalseite wird die Praxis – so Einblicke bestanden – bestätigt, wobei mancherseits betont wird, dass Zahlungen nach sozialen Kriterien erfolgt seien:

  > „Es (die Kuvertmedizin, Anm. d. Verf.) war kein Geheimnis, ich weiß eben von Seiten der Eltern, ich meine, aber ich sage, es war immer angepasst, also es war jetzt nie so, dass er jetzt wen ausgenommen hat, der was nichts

[451] Vgl. IP2_P:78ff.; IP12_P:324ff.; IP24_P:168ff.; IP29_P:168ff.; IP66_P:115ff.

> gehabt hat, sondern es war immer den Verhältnissen angepasst.“ (IP24_P:171)

Auch für die stationäre Aufnahme werden kleinere oder größere Zuwendungen (nicht nur finanzieller Art, sondern auch in Form von Naturalien) als förderlich beschrieben:

> „(…) waren es sicher auch Dinge, wo jemand aufgenommen worden ist, weil er bezahlt hat. Und zwar aufgenommen normal, aber trotzdem mit dem Kuvert etwas- da war sicher auch Schwester M. (anomymisiert, Anm. d. Verf.) mit Rett, also das hat sicher Rett auch gemacht.“ (vgl. u.a. IP12_P:327).

Zu betonen ist, dass es sich bei den zahlenden PatientInnen keinesfalls nur um SonderpatientInnen gehandelt haben dürfte, sondern oft auch um ‚normal‘ aufgenommene bzw. die Ambulanz nutzende Personen (vgl. u.a. IP12_P:327). Wird Rett in der Regel ‚Großzügigkeit‘ gegenüber ‚Bedürftigeren‘ zugesprochen, so haben einige Befragte diesbezüglich bei der die Gepflogenheiten in der Praxis umsetzenden Person, Schwester M., größere Zweifel. Auch dürfte die Zahlung Erinnerungen ehemaligen Personals zufolge nicht immer die gewünschte Wirkung gezeitigt haben:

> „Und da habe ich (…) hin und wieder erfahren, dass mir die Eltern der Kinder gesagt haben, ja jetzt hab ich der Schwester M. (anonymisiert, Anm. d. Verf.) eh schon ein Geld reingegeben und jetzt kommen wir erst nicht dran und jetzt müssen wir umsonst heimgehen (…).“ (IP66_P:114)

- *Zahlungen für Ferienunterbringung der Kinder* auf der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder bildeten einen Sonderfall finanzieller Einnahmen: Angehörige, die ihre Kinder in den Ferien auf Pavillon C unterbrachten, mussten einzelnen Interviewaussagen zufolge hierfür bezahlen, die Abteilung scheint generell über Jahrzehnte als eine Art Ferienpension für die Kinder mit Behinderungen erholungsbedürftiger Eltern gedient zu haben (vgl. hierzu auch Kap. 19.3). Hierfür lag in der Regel kein medizinischer Grund vor, sondern es überwog die soziale Indikation, den Angehörigen sollte zumeist eine Erholung von der Betreuungsbelastung ermöglicht werden. Aus den verfügbaren Daten geht nicht hervor, inwieweit die Einnahmen immer offiziell ausgewiesen wurden, in einem Interview wurde aber betont, dass die Praxis dem NKH Rosenhügel bekannt war und ein Teil der Einnahmen auch der Krankenanstalt weitergegeben wurde (vgl. IP88_P:82).
- *Spenden von Privatpersonen bzw. privaten* Vereinigungen oder Unternehmen dürften regelmäßig vorgekommen sein, vereinzelt finden sich

hierzu auch Hinweise in der Korrespondenz von Andreas Rett.[452] Eine Person in leitender Stellung auf Pavillon C in der Ära Rett bestätigte im Interview, selbst Spendengelder entgegengenommen und in einer schwarzen Kassa verwaltet zu haben:

> „Ich habe eine schwarze Kasse geführt, ganz mit voller Absicht, dass, wenn Leute mit Spenden gekommen sind, habe ich eine Liste gehabt, kariertes Papier, (…). War in einer Größenordnung von heute 100, 200, 300 Euro ungefähr. Das wurde ja ständig wieder ausgegeben. Diese schwarze Kassa, da war das Geld wesentlich mehr wert wie in einer offiziellen." (IP32_P:251)

Die interviewte Person beschreibt weiter, dass das Geld aus dieser Kassa für verschiedene Dienstleistungen oder Einkäufe für die Kinder ausgegeben wurde, etwa für Spielsachen, Eiskauf im Sommer, spezielle Zuwendungen für einzelne PatientInnen etc. (s.u.).

- *Zahlungen durch die Angehörigen von Sonderklasse-PatientInnen:* Insbesondere die sogenannten „arabischen Prinzen" aus den Herrschaftsfamilien aus Katar, Libyen und auch anderen Staaten dürften für erhebliche Einnahmen gesorgt haben. Diese wurden Interviewaussagen zufolge teilweise sehr wohl offiziell abgerechnet, es wird davon berichtet, dass es in der Folge zu Sonderbezügen des Personals gekommen war, und zwar über die Krankenanstalt weitergeleitet (vgl. u.a. IP9_P:294ff. und IP88_P:82). Auch das neurologische Krankenhaus am Rosenhügel insgesamt habe davon entsprechend profitiert, so ein damaliger Arzt am Rosenhügel. Allerdings wird auch von Bargeldzahlungen erzählt, von denen etwa auch das Pflegepersonal, das mit der Betreuung der SonderpatientInnen aus dem arabischen Raum beschäftigt war, manchmal sehr kleine finanzielle Zuwendungen in bar (berichtet wird von 50 Schilling pro Schwester) weitergeleitet bekamen (vgl. IP22_P:643).

Zur Verwendung der Mittel geben die InterviewpartnerInnen unterschiedliche Hinweise. Es ist davon auszugehen, dass auch verschiedene Zwecke damit bedient wurden, manche mögen hehrer Natur gewesen sein, andere mitunter auch weniger:

---

[452] So bedankt sich Rett in einem mit 26.05.1975 datierten Schreiben an die „Loge zur Wahrheit, Großloge von Österreich" (Freimaurer) „herzlichst für Eure großzügige Unterstützung unserer Arbeit. Wir verwenden den uns überlassenen Betrag zum Ankauf von Pyjamas für unsere Kinder, eine Anschaffung, die aus dem normalen Budget nicht möglich wäre." (KO_R:1975) Einem Brief des Logen-Schatzmeisters vom 30.04.1975 ist zu entnehmen, dass ein Betrag von 4.000,-- öS gesammelt und überwiesen worden war.

- Aus manchen Interviews und dem Dankesbrief an die Freimaurer-Loge für die Geldspende ist zu entnehmen, dass von einem Teil der Gelder unterschiedliche Anschaffungen für Kinder getätigt wurden.

  > „Reparatur von Spielsachen, von Spielwaren, spezielle Dinge für einen Patienten, was er sich gewünscht hat, (…). Das ist halt über mich gelaufen, über meine Lade, da war das drin und da habe ich es rausgenommen und Eis kaufen im Sommer und was weiß ich halt, lächerliche Sachen. Aber effizient, enorm effizient und kann nur ordentlich gemacht werden, wenn die Person vertrauenswürdig ist, hätte ich natürlich alles einstecken können, nicht? Und so wusste jeder im Haus, jede Schwester und selbst die Frau (…) ist um das Geld gekommen.“ (IP32_P:551)

  Die Interviewstelle zeigt das problematische Spannungsfeld zwischen dem kreativen Erschließen von Ressourcen, die den Alltag der Kinder und Jugendlichen zu verbessern helfen, und dem einem informellen und zugleich intransparenten Umgang mit finanziellen Mitteln innewohnenden Risiko eigenmächtiger und eigennütziger Mittelverwendung auf.

- Die Entlohnung von diversen MitarbeiterInnen oder PraktikantInnen, die über das Boltzmann-Institut ‚abgerechnet‘ wurden, stellte vermutlich eine zentrale Verwendungsform der finanziellen Mittel im formalen ‚Graubereich‘ dar. Mehrfach wird berichtet, dass mit Bargeld im Kuvert entlohnt wurde, so etwa ein Ferialpraktikant Mitte der 1970er Jahre, der für die „Mitarbeit am Sozialhilfeprogramm“ eine Entschädigung von 5.000 öS im Kuvert erhalten hatte (IP56_P:23[453]). Ein ehemaliger Mitarbeiter, der über das Forschungsinstitut ‚angestellt‘ gewesen (faktisch hatte er mehrere Jahre in verschiedenen Bereichen mitgearbeitet) und „mehr oder weniger bar auf die Kralle“ (IP11_P:26) ausbezahlt worden war, berichtete davon, bei seiner Pensionierung entdeckt zu haben, dass er damals offenbar nicht bei der Sozialversicherung gemeldet gewesen war, sodass ihm schlussendlich einige Pensionsjahre fehlten.[454] Auch in einem Arbeitsbericht von Ernst Berger über das Arbeitsjahr 3/1990-3/1991 findet sich festgehalten, dass in der Zeit vor seiner Leitungsübernahme ein Teil des Betreuungsaufwandes aus Spenden finanziert worden sei: „Eine Überprüfung der diesbezüglichen Gebarung

---

[453] Es handelt sich dabei um eine nachträglich per Mail übermittelte Information der befragten Person.

[454] Vgl. zudem IP14_P/E:25: „(…) da waren einige, die (bei der) Gemeinde Wien vielleicht eine halbe Stelle hatten und auch irgendeinen Werkvertrag mit dem Boltzmann Institut hatten, das war für mich nicht immer so durchsichtig.“

förderte gravierende Mängel zutage (siehe Prüfbericht)." (Berger 1991:3)

- In einzelnen Interviews wird ausgeführt, dass für MitarbeiterInnen mit Behinderung eine Art Taschengeld von Seiten der Abteilungsleitung über Schwester M. gezahlt worden wäre.[455] In einem Schreiben von Andreas Rett an Stadtrat Heller (Personalwesen) aus dem Jahre 1975 wird hingegen erwähnt, dass die an der Abteilung mitarbeitenden Menschen mit Behinderungen „entweder keinerlei Entschädigung bzw. von Jugend am Werk ein Taschengeld zwischen 200 und 450 öS"[456] erhalten. Damit kann noch nicht ausgeschlossen werden, dass es dennoch auch informelle Zahlungen an diese Gruppe von MitarbeiterInnen gegeben hat, es findet sich aber kein konkreter Hinweis in den zur Verfügung stehenden Unterlagen. Hierzu muss auf einzelne Interviewaussagen ehemaligen Personals zurückgegriffen werden.
- Zum Teil wird auch die Verwendung für private Zwecke berichtet bzw. solch eine Verwendung vermutet:

  > „Also das Schwester M(.)-Geld existiert natürlich irgendwie, wohin es gekommen ist, habe ich überhaupt keine Ahnung, wie viel habe ich auch keine Ahnung, sicher nicht wenig, könnte ich mir vorstellen, aber (…) das ist meines Erachtens rein privat ausgegeben worden. Aber meines Erachtens, bitte. Aber man könnte natürlich auch dann sagen, eine privat finanzierte Kongressreise, die sonst nicht finanziert war oder so." (IP32_P:554ff.)

  Zu betonen bleibt, dass es sich hierbei zumeist um zwar nicht unrealistische, aber letztlich im Rahmen des Forschungsprojekts nicht beweisbare Vermutungen handelt. Da einzelne interviewte Personen aufgrund ihrer Position und Vertrauensstellung allerdings umfangreiche Einblicke in die finanzielle Gebarung rund um ‚Schwester M.' gehabt haben dürften und ihnen zugleich im Gespräch insgesamt eine sehr wohlgesonnene Grundhaltung ihrem ehemaligen Chef gegenüber zu attestieren ist, kommt ihren Interviewaussagen eine hohe Glaubwürdigkeit zu.

Diese Gepflogenheiten im rechtlichen Graubereich oder auch jenseits davon sind einerseits im Kontext damaliger Gebarungen in der Medizin zu verorten, d.h. in einer Zeit, in der ‚Kuvertmedizin' durchaus üblicher Bestandteil der medizinischen Versorgung war (wobei aktuelle Debatten in den Medien zei-

---

455 Vgl. IP12_P:185; IP14_P:31ff.; I22_P:478.

456 Brief an Stadtrat Heller, Wien, zur „Beschäftigung Behinderter an der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder", KO_R/21.10.1975.

gen, dass diese Zeiten noch nicht restlos vorüber sein dürften). Andererseits gilt es dennoch, solche Praktiken als – jedenfalls teilweise – unrechtsmäßige erkennbar zu machen und die Konsequenzen solch eines intransparenten Systems, das ein hohes Ausmaß an Willkür und ‚Privilegienwirtschaft‘ ermöglicht, im Fokus zu behalten.

27. UNTERBRINGUNG NACH DER „RETT-KLINIK“

Hemma Mayrhofer

Aufgrund der geringen Anzahl an Interviews mit ehemals an der „Rett-Klinik“ stationär untergebrachten Personen oder ihren Angehörigen sind kaum detailliertere Einblicke in die spätere Lebens- und Unterstützungssituation ehemaliger PatientInnen möglich. Einen groben Eindruck von der anschließenden Unterbringungssituation ermöglicht allerdings die Stichprobenauswertung von Krankenakten aus dem Untersuchungszeitraum:

Der überwiegende Teil der PatientInnen (76% bzw. 188 Personen) wurde nach Hause zu Angehörigen (meist die Eltern) bzw. in „häusliche Pflege“, wie in vielen Akten vermerkt ist, entlassen. Dies bestätigt nochmals, dass zumeist ein familiäres Unterstützungsnetzwerk vorhanden war (vgl. Kap. 19.2). Der Vergleich mit der Wohnsituation vor der ersten Aufnahme (vgl. ebd.) zeigt aber, dass dieses teilweise zwischenzeitlich weggebrochen bzw. nicht mehr ausreichend unterstützungsfähig war (darin kann manchmal der Grund für die stationäre Aufnahme gelegen sein). Dies wird auch an den Eintragungen in den Krankenakten sichtbar: Bei 14 Personen (knapp 6% der Stichprobe) war nach einem oder mehreren Aufenthalten auf der „Rett-Klinik“ zunächst noch nach Hause entlassen worden, nach dem/den letzten Aufenthalt(en) aber in ein Heim überstellt worden. Bei weiteren 18 Personen erfolgte bei jeder Entlassung (teilweise gab es auch nur einen Aufenthalt) eine Heimunterbringung.

In zwei Fällen der Stichprobe erfolgte eine Überstellung auf Pavillon 15 des Psychiatrischen Krankenhauses „Baumgartner Höhe“. Dabei dürfte jedes Mal die bevorstehende „Asylierung“ (vgl. Kap. 5.3) mit ausschlaggebend für die Entscheidung gewesen sein. In einem Fall ist dies dezidiert festgehalten: „wegen Kassengründen auf Baumgartner Höhe überstellt“ (KG75a_R), auch in der zweiten Krankenakte ist vermerkt, dass von der Krankenkasse keine weiteren Aufenthaltskosten übernommen werden (vgl. KG97b_R). Aus den Krankenakten des Otto-Wagner-Spitals (vgl. Teilstudie B) ließ sich rekonstruieren, dass solche Einweisungen von der „Rett-Klinik“ an den „Steinhof“ zwar nicht besonders häufig, aber dennoch regelmäßig erfolgten. PrivatpatientInnen hingegen, deren Pflegebedarf als ähnlich oder höher zu bezeichnen ist, konnten für viele Jahre auf der „Rett-Klinik“ verbleiben.

Wie bereits in Teilstudie B ausgeführt, lässt sich tendenziell dann ein intensiveres Bemühen feststellen, ein Kind in einer anderen Einrichtung als dem „Steinhof“ unterzubringen, wenn es aus einer sozial besser gestellten Familie kam. Hierzu trugen vermutlich sowohl schichtspezifische Vorbehalte der ärztlichen EntscheiderInnen als auch unterschiedliche Möglichkeiten der Eltern, solch eine Überstellung zu verhindern, bei. Exemplarisch verdeutlichen lassen sich diese Zusammenhänge zwischen sozialer Herkunft und der Einweisung auf Pavillon 15 auch anhand einer Patientin, die hinsichtlich ihrer sozialen Herkunft eine Ausnahme auf Pavillon 15 darstellte. Der „Kinderpavillon“ stellte für sie ebenso wie für ihre MitpatientInnen eine Endstation dar, allerdings mit dem Unterschied, dass ihrer Einweisung mehrere Versuche vorangegangen waren, sie in anderen Einrichtungen zu behandeln.

Das 1951 im Ausland geborene Mädchen kam im Jahr 1957 mit ihrer Mutter nach Wien, um an der Kinderabteilung der Universitätsklinik für Psychiatrie und Neurologie des Allgemeinen Krankenhauses umfassenden medizinischen und psychologischen Untersuchungen unterzogen zu werden. Als Grund ist eine „schwere postencephalitische Schädigung des Gehirns“, die sich in hochgradigen sprachlichen Defiziten sowie im „autistischen“ und „enthemmten“ Verhalten des Kindes ausdrückte, angegeben (vgl. KG18a_S). Nach Abschluss der während drei längerer Aufenthalte auf der Station vorgenommenen Untersuchungen und dem Versuch, die psychische und physische Entwicklung mit einer Malariatherapie zu stimulieren, wurde das Kind mit einer schlechten Entwicklungsprognose entlassen und auf Betreiben der Mutter in der „Rett-Klinik“ aufgenommen, um es dort vor allem heilpädagogisch betreuen zu lassen. Als sie im Juli 1965 nach mehrjährigem Aufenthalt im Alter von 13 Jahren durch besondere „pädagogische Schwierigkeiten“ auffiel, veranlasste Rett ihre Überstellung auf den Pavillon 15. Laut Parere wäre sie aggressiv, laut und in „ständiger zielloser motorischer Unruhe“ gewesen.[457]

[457] Zum weiteren Schicksal dieser Patientin ist zu bemerken, dass sie noch im selben Jahr mit Vollendung des 14. Lebensjahres den so genannten Erwachsenenstatus erreichte und auf einen Erwachsenenpavillon transferiert wurde. Mit schweren Verhaltensstörungen begründet war sie bereits auf Pavillon 15 sowie in der Zeit danach die meiste Zeit körperlich beschränkt und sediert worden. Die Mutter kam selten zu Besuch, bemühte sich aber laut Krankengeschichte wiederholt um Verbesserungen in der Unterbringung ihrer Tochter, die bis 1997 Patientin des OWS blieb und schließlich von einem Wohnheim übernommen wurde (vgl. KG18a_S).

Rett selbst skizziert in der Publikation „Das hirngeschädigte Kind“ Kriterien für die Abgabe eines Kindes in ein Pflegeheim:[458]

> „1. Wenn eine positive körperliche und geistige Entwicklung bisher nicht zu beobachten war und zufolge des Ausmaßes der Schädigung auch nicht mehr erwartet werden kann und alle bisher angewandten Methoden der Behandlung versagt haben.
> 2. Wenn die Kindesmutter bzw. die Familie nicht mehr in der Lage ist, das Kind im häuslichen Milieu zu behalten und zu betreuen.
> 3. Wenn das Kind für seine Umgebung und für sich selbst durch Aggressivität und Erethismus eine Gefahr darstellt.“ (Rett 1971:116, nahezu wortgleich in Rett/Seidler 1981:299)

Neben den drei explizierten Kriterien „mangelnde Förderbarkeit“, „Überlastung der Familie“ sowie „sozial störendes bzw. aggressives Verhalten“ (dabei gälte es jeweils zu hinterfrage, wodurch diese Faktoren tatsächlich verursacht worden waren) wurden allerdings – so zeigen die bisherigen Ausführungen – solche Entscheidungen faktisch auch entlang schichtspezifischer und (damit in der Regel verbunden) ökonomischer Kriterien getroffen.

Regelmäßig scheinen die Angehörigen nicht über solch eine Überstellung informiert, geschweige denn in die diesbezügliche Entscheidung eingebunden worden zu sein, sondern standen beim nächsten Besuch in der „Rett-Klinik“ vor vollendeten Tatsachen, wie mehrfach in Interviews berichtet wurde (vgl. auch Kap. 5.3).[459]

Trotz dieser „Abschiebepraktiken“ ist festzuhalten, dass von Rett und vermutlich auch seinen MitarbeiterInnen grundsätzlich die Familie als die „ideale Lebensform“ für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen angesehen wurde, wie etwa in einer Klinikbeschreibung aus dem Jahre 1975 festgehalten ist (KO_R:1975[460]) – jedenfalls dann, wenn es sich der ärztlichen Einschätzung nach um eine ‚wohlgeordnete‘, dem bürgerlichen Ideal entsprechende Familiensituation handelte.

Unter den ausgewerteten Krankenakten befand sich eine Akte zu einem an der Klinik verstorbenem Patienten. Allgemein konnten keine Auffälligkeiten

---

458 In der ersten Auflage von 1971 wird dabei nur die „Abgabe eines hirngeschädigten Kindes in ein Pflegeheim“ thematisiert, in der 5. Auflage des Werkes von 1981 (gem. m. Seidler) hingegen findet sich eine Differenzierung in Pflegeheim und „Das Heim und das Behindertendorf als Lebensform für Behinderte“.

459 Vgl. zudem IP18_A; IP41_A; IP45_A.

460 KO_R:o.D.(1975): Die Wiener Klinik für hirngeschädigte Kinder und das Ludwig-Boltzmann-Institut zur Erforschung kindlicher Hirnschäden, Verfasser: OA Heinz Krisper.

bezüglich Todesfälle auf der Klinik festgestellt werden. Solche kamen vor, allerdings sind nur einzelne Fälle bekannt.

Mit Ende der Leitung der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder durch Andreas Rett bzw. insbesondere der Übernahme des Pavillons C durch Ernst Berger im März 1990 änderte sich die Zielsetzung der stationären Einrichtung grundsätzlich in Richtung Normalisierung und Integration (vgl. Berger 1990, 1991 und 1992). In der Folge wurden viele ehemalige PatientInnen der Klinik entlassen bzw. in anderen, teils neu geschaffenen Wohneinrichtungen und Wohngemeinschaften für Menschen mit Behinderungen untergebracht. Diese Veränderungen wurden vom ehemaligen Personal, das die neue Ära erlebte, als großer Umbruch geschildert, der mal begrüßt, mal heftig abgelehnt wurde. Auch für jene Angehörigen, die eine große Bindung zum System und zur Person Rett hatten, werden die neuen Zeiten als große Verunsicherung beschrieben.[461] Auf diese Übergangsphase kann in der vorliegenden Studie allerdings nicht näher eingegangen werden, dies hätte den zeitlichen Fokus der Forschung und deren Ressourcen überstiegen.

Rett trug maßgeblich dazu bei, dass sich in Wien und darüber hinaus die Versorgung von Menschen mit Behinderungen weg von einer reinen Verwahrung hin zu einem rehabilitativen Paradigma entwickelte. Allerdings verharrte die Einrichtung auf einer von Bevormundung und Segregation geprägten Betreuung und Förderung von Menschen mit Behinderungen und zugleich auf deren Aufteilung in „förderbare“ und „nicht förderbare“ PatientInnen. Sie entwickelte sich nicht mit einer sich verändernden gesellschaftlichen und institutionellen Umwelt mit und konnte auf die neuen Fragen und Probleme offenbar keine überzeugenden Antworten bzw. Lösungen mehr anbieten. Aus der Vorreiterrolle wurde schlussendlich ein Anachronismus, der sich nicht dauerhaft halten konnte. Bei aller Anerkennung der historischen Verdienste von Andreas Rett um die Sichtbarmachung der katastrophalen Lebens- und Betreuungssituation von Menschen mit Behinderungen in den ersten Jahrzehnten der österreichischen Nachkriegszeit gilt es immer auch die Schattenseiten seines Wirkens wahrzunehmen, die in besonderer Weise in seinen Sterilisationsaktivitäten gegenüber Mädchen und Frauen mit Behinderungen sichtbar werden.

---

[461] Vgl. IP2_P:41 und 239; IP8_P:36, 49ff. und 76ff.; IP12_P:189; IP14_P/E:35; IP22_P:230ff; IP24_P39ff., 61 und 249ff.; IP30_P:95ff. und 172; IP38_P:93ff.; IP64_P:29.

TEIL D: ERGÄNZENDE STUDIEN UND GASTBEITRÄGE

Begleitend zu den empirischen Fallrekonstruktionen der stationären Einrichtungen „Kinderpavillon Am Steinhof“ und „Rett-Klinik“ wurden unterschiedliche Rechtsmaterien, die sich im Laufe des Forschungsprozesses als relevant für den Untersuchungsgegenstand zeigten, analysiert. Die rechtlichen Fragestellungen waren hierbei primär im zeitlichen Kontext des Untersuchungszeitraums bzw. der damaligen rechtlichen Entwicklungen zu untersuchen. Als Bezugs- und Analysefolien wurden aber auch die heute geltenden und im gegenständlichen Bereich anzuwendenden Regelungen und Normen nationalen wie auch internationalen Rechts herausgearbeitet. Bei der Diskussion möglicher strafrechtlich relevanter Vorkommnisse, Übergriffe oder Unterlassungen ist festzuhalten, dass die Studie nicht als „Quasi-Strafverfolgung“ missverstanden werden darf. Es ging vielmehr darum, die strafrechtlichen Rahmenbedingungen sichtbar und deutlich zu machen sowie diese in Verbindung mit Hinweisen auf allenfalls erhärtete Vorwürfe zu bringen. Allerdings könne und sollen keine abschließenden strafrechtlichen Bewertungen vorgenommen werden. Die Ergebnisse der rechtlichen Analysen finden sich in nachfolgendem Kapitel 28 von Walter Hammerschick zusammengefasst.

Ergänzend führte der Zeithistoriker Rudolf Leo umfangreiche Recherchen zur möglichen NS-Vergangenheit von ÄrztInnen und PflegerInnen der beiden untersuchten stationären Einrichtungen in verschiedensten Archiven durch. Die Resultate flossen teilweise bereits in die Fallrekonstruktionen ein, ausgewählte Erkenntnisse und biographische Skizzen zu ehemaligem Personal sind in Kapitel 29 dieses Studienabschnittes zusammengestellt.

Die Studie wird abgeschlossen durch zwei Gastbeiträge von Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats: Darja Zaviršek erweitert den Blick über die Grenzen Österreichs hinaus auf die Situation von Menschen mit Behinderungen in Slowenien in der Nachkriegszeit und auf den aktuellen Umgang mit dieser belastenden Geschichte, über die überwiegend ein Mantel des Schweigens gebreitet wird. Gert Lyons Beitrag schlägt ebenfalls den Bogen zur Gegenwart, er formuliert fünf Thesen zum Umgang mit Gewalt und Zwang in der Psychiatrie und ermutigt dazu, aus den historischen Geschehnissen für die Gegenwart und Zukunft der psychiatrischen Praxis zu lernen.

28. Rechtlicher Rahmen und rechtliche Praxis

Walter Hammerschick

Für die Bewertung der Praxis der Unterbringung, der Pflege, Betreuung, Versorgung und Behandlung der Kinder und Jugendlichen mit Behinderung am Steinhof und am Rosenhügel ist eine Beleuchtung der gesetzlichen Rahmenbedingungen, der Praxis aus diesem Blickwinkel und der damit in Verbindung stehenden Kontrolle unabdingbar. In diesem Sinn widmet sich das folgende Kapitel der Beschreibung rechtlicher Rahmenbedingungen, deren Anwendung und Umsetzung, wie sich diese auf der Grundlage der Erhebungen darstellt, und einer Diskussion unter Einbeziehung von Befunden aus der Literatur und der rechtlichen Entwicklung. Zentrale, relevante Rechtsmaterien sind die Entmündigungsordnung (EntmO), das Krankenanstaltengesetz (KAG), das Allgemeine Bürgerliche Gesetzbuch (ABGB), das Strafgesetz (StG) sowie das 1975 in Kraft getretene Strafgesetzbuch (StGB).

Vorweg ist anzumerken, dass sich die Ausführungen zur zwangsweisen Anhaltung vor allem auf den Pavillon 15 am Steinhof konzentrieren. Das neurologische Krankenhaus Rosenhügel war keine geschlossene Krankenanstalt und damit war der Aufenthalt dort nicht als Anhaltung im rechtlichen Sinn zu betrachten. Die Kinder waren dort auf Basis des erschlossenen Datenmaterials in der Regel auf Veranlassung bzw. mit Zustimmung ihrer Eltern – mitunter auch auf deren Kosten – oder der gesetzlichen Vertreter. Von den in der „Rett-Klinik“ untergebrachten PatientInnen selbst wird der Krankenhausaufenthalt wohl oft dennoch als Zwang wahrgenommen worden sein.

28.1. Grundlagen der Ausführungen

Zentrale Grundlage der rechtlichen Darstellungen zu Pavillon 15 „Am Steinhof“ sind Krankenhausakten des PKH, Anhalteakten des zuständigen Bezirksgerichtes Wien Hietzing und Pflegschaftsakten der Bezirksgerichte Wien Innere Stadt, Wien Hietzing und Wien Donaustadt. § 10 KAG (in der Fassung von 1957) sowie § 12 des Wiener Krankenanstaltengesetz (Wr. KAG) verpflichteten die Krankenanstalten dazu, Vermerke über Aufnahme

und Entlassung, weiters Personaldaten sowie Krankheitsgeschichten mit Angaben zur Behandlung zu führen. Gerichtliche Schritte sind jeweils im Zusammenhang mit der Krankheitsgeschichte zu betrachten und die Krankenhausakten und Krankengeschichten des Pavillons 15 dokumentierten in der Regel auch Gerichtskommissionen und Schriftverkehr mit den Gerichten. Es kann jedoch nicht mit Sicherheit gesagt werden, dass alle eingesehenen Akten diesbezüglich vollständig waren. Im Rahmen des rechtlichen Studienteils wurde eine Stichprobe von 30 Krankenhausakten gesichtet und ausgewertet.

Bezüglich 20 Personen, die am Steinhof untergebracht waren, wurden Ansuchen um Einsicht in Anhalte- und/oder Pflegschaftsakten an die genannten Bezirksgerichte gerichtet. Eingesehen werden konnten letztlich Gerichtsakten zu elf der angefragten Personen. Ein großer Teil der Akten war bereits vernichtet worden, da bereits 30 oder mehr Jahre nach dem letzten aktenrelevanten Vorgang vergangen waren. Einzelne Akten konnten nicht gefunden werden und bzgl. zwei Personen wurde die Einsicht mit dem Hinweis nicht genehmigt, dass es sich um noch laufende Verfahren anderer Gerichte handle.

Zudem wurden umfassende Gesetzes und Literaturrecherchen sowie sieben ExpertInneninterviews durchgeführt. Die ExpertInnen setzten sich wie folgt zusammen: MenschenrechtsexpertIn, BezirksrichterInnen, Verfassungs- und Verwaltungsexperte, Experte zu Rechtsmaterien der Jugendwohlfahrt, Zivilrechtsexperte. Nur einer der befragten Experten war zur fraglichen Zeit im gegenständlichen Rechtsbereich als Richter aktiv. Trotz umfassender Bemühungen konnten nicht mehr damals aktive RichterInnen erreicht werden.

28.2. Die Aufnahme in die geschlossene Psychiatrie

Die rechtlichen Rahmenbedingungen

Betrachtet man die Unterbringung von Menschen in der geschlossenen Psychiatrie im zeitlichen Verlauf, so war ab 1957 zunächst das Krankenanstaltengesetz (KAG 1957) von zentraler Bedeutung. Bis dahin waren die diesbezüglichen Regelungen in zahlreichen Verordnungen und Erlässen aus dem 19. Jahrhundert verstreut. Das KAG stellte insofern einen markanten Fortschritt dar, als es diese ersetzte und die diesbezüglich relevanten Normen in einem Gesetz zusammenfasste.

Für Erwachsene wie auch Kinder und Jugendliche regelte § 49 KAG das Prozedere für die Aufnahme in die geschlossene Psychiatrie und die Aufnahmevoraussetzungen:

> „In eine Krankenanstalt für Geisteskrankheiten dürfen zwangsweise nur solche Personen aufgenommen werden, für die eine Bescheinigung (Parere) beigebracht wird, wonach anzunehmen ist, dass die aufzunehmende Person infolge einer Geisteskrankheit ihre oder die Sicherheit anderer Personen gefährdet. Eine solche Bescheinigung muss vom Amtsarzt der für den Aufenthaltsort der aufzunehmenden Person zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde bzw. Bundespolizeibehörde ausgestellt sein. Sie darf nicht älter als eine Woche sein." (§ 49 Abs.1. KAG)

Einer Parere bedurfte es nicht, wenn die Betroffenen von einer öffentlichen Krankenanstalt überstellt wurden und aus der Krankengeschichte hervorging, dass die Voraussetzungen für eine Anhaltung gegeben waren (in der Praxis wird hier manchmal – juristisch nicht ganz korrekt – von „Anstaltsparere" gesprochen), oder wenn die Einweisung von einem Gericht veranlasst wurde. Die Bestimmungen zur zwangsweisen Anhaltung im KAG waren bis zur Einführung des Unterbringungsgesetzes mit 1.1.1991 in Kraft.

Beobachtungen und Diskussion

Beobachteter Regelfall am Pavillon 15 war die Einweisung aufgrund eines Parere. Vereinzelt gab es auch Überstellungen von Krankenhäusern, z.B. von der „Rett-Klinik". Soweit die Pareren in den Krankenhausakten vorlagen, waren sie meist kurzgefasst, hielten kurze, die psychische Verfassung der PatientInnen beschreibende Diagnosen fest und verwiesen auf Umstände, die den weiteren Verbleib in der bisherigen Umgebung verunmöglichten; hier wurde in der Praxis vor allem aggressives Verhalten genannt. Mangels zusätzlicher Informationen kann die in den Pareren festgestellte „Gefährlichkeit" gegen sich selbst oder Andere hier nicht grundsätzlich oder generell in Frage gestellt werden. Auffallend ist dennoch, dass sich die diesbezüglichen Feststellungen geradezu formelhaft lesen und in etlichen Fällen in weiterer Folge keine andauernden Aggressionstendenzen in den Akten nachzuverfolgen waren (z.B. KG1b_S oder KG4a_S). Die vielen Akten zu entnehmenden näheren Beschreibungen zu den Gründen und Hintergründen der Aufnahmen vermitteln vor allem, dass die betreffenden Kinder in der bisherigen Umgebung nicht oder nicht mehr ausreichend betreut werden konnten bzw. aus verschiedenen Gründen zu einer (Über-)Belastung für die Umwelt bzw. Mitbewohner geworden waren. Das trifft sowohl auf Kinder zu, die aus Heimen oder der Kinderübernahmestelle der Stadt Wien nach Steinhof transferiert wurden, als auch auf Kinder, die auf Bitte oder Initiative ihrer Eltern bzw.

von Elternteilen eingewiesen wurden. In Kenntnis dieser Hintergrundgeschichten rückt der vom KAG geforderte Einweisungsgrund „Gefährlichkeit" oft zumindest zur Seite. Die bestehenden Einrichtungen der Kinder- und Jugendwohlfahrt waren nicht oder unzureichend für die Betreuung dieser Kinder eingerichtet, die einen besonders hohen bzw. besonderen Betreuungsbedarf hatten. Viele dieser Kinder konnten schon von klein auf auf keine elterliche Versorgung und Fürsorge zählen (vgl. hierzu Kap. 5.2). Wenn Eltern oder Elternteile präsent waren, waren diese meist mit der Unterbringung einverstanden, wenn nicht großteils faktisch weitgehend darauf angewiesen, weil sie die Versorgung selbst nicht leisten konnten. Das erklärt z.T. wohl auch, warum es nur sehr selten aktenkundige Vorbringen von Eltern im Interesse der Kinder gab, wie etwa Versorgung-, Betreuungs- oder auch Therapiewünsche bzw. entsprechende Beschwerden. Ein mehrfach beobachtetes Muster war etwa auch, dass in Mehrkindfamilien die Betreuung des Kindes mit erhöhtem Pflegebedarf zu Lasten der anderen Kinder ging. Besonders erschütternd stellte sich dies z.B. in einem Fall dar, in dem eine Mutter von sieben Kindern die Unterbringung des kognitiv und körperlich beeinträchtigten Kindes nach einem Selbstmordversuch eines Geschwisters betreibt KG24a_S und GA4[462]). Aus Informationen des Krankenhaus- und des Gerichtsaktes ist zu schließen, dass dieses Kind zwar intellektuell etwas unter der Norm kategorisiert worden war, das Hauptproblem scheint aber in einer weitgehenden Blindheit und in den körperlichen Beeinträchtigungen bestanden zu haben. Die geschlossene Psychiatrie war sicher nicht die Einrichtung, in der adäquat auf die Bedürfnisse dieses Kindes eingegangen werden konnte.

In der einschlägigen rechtswissenschaftlichen Literatur wurde die Unbestimmtheit des Gefährlichkeitsbegriffs des KAG gerügt, die eine sehr großzügige Interpretation zuließ, darüber hinaus aber in der Praxis noch überstrapaziert wurde:

> „Vielen Anhaltungen liegen amtsärztliche Parere zugrunde, die – in Verkennung des Gefährdungsbegriffs – eine Gefährdung bloß nicht ausschließen können." (Kopetzki 1986:91)

Die großzügige Auslegung des Gefährlichkeitsbegriffs kam z.B. auch dadurch zum Ausdruck, dass in den Wiener Gemeindespitälern Formblätter für die Einweisungen verwendet wurden, die als Alternative zum Hinweis

[462] GA = Gerichtsakt.

auf die Gefährlichkeit die Frage enthielten, ob der Kranke „störend“ erschien (vgl. Kopetzki 1986:92).

In die Unterbringungsentscheidungen flossen offenbar regelmäßig Aspekte ein, für die keine entsprechende gesetzliche Deckung bestand und die nicht im vorrangigen Interesse der Betroffenen waren. In diesem Verfahrensstadium fand sich in den untersuchten Fällen niemand (und wie noch zu zeigen sein wird, auch später kaum jemand), der/die die Interessen der Betroffenen wahrgenommen hätte. So blieb eine Praxis aufrecht, in der die Interessen, Bedürfnisse und Rechte der betroffenen Kinder kaum Berücksichtigung fanden, auch wenn das in dieser Form nicht der Zielrichtung des KAG entsprach:

> „Sie (Anmerkung: die Zwangseinweisung) dient der Abwehr einer Gefahr, die für die geistige Erkrankung eines Menschen typisch ist, und verfolgt vorzugsweise den Zweck der Förderung des Wohles des Geisteskranken und des Gemeinschaftslebens; sie ist – und das gehört zum Wesen der Verwaltungspolizei – nicht bloß prohibitiv, sondern auch konstruktiv.“ (Fleisch 1963:90)

In vielen Fällen bestanden faktisch offenbar kaum andere Möglichkeiten, als Kinder mit Lernschwierigkeiten der Psychiatrie zu überantworten, weil es einen akuten Mangel an geeigneten ambulanten oder auch stationären Einrichtungen für sie gab. Dass die Einweisungsvoraussetzungen bestanden, hätte man in vielen Fällen wohl in Zweifel ziehen können. Grundsätzlich durften psychiatrische Krankenhäuser aber keinen Patienten abweisen, der mit einer Parere eingewiesen wurde und bei dem die Voraussetzungen gegeben waren. Und sie konnten diese auch nur als nicht anstaltsbedürftig entlassen, wenn sich die Familie oder Institutionen bereit erklärten, die in der Regel pflege- und versorgungsbedürftigen Kinder aufzunehmen (§ 52 KAG, siehe dazu auch Laburda 1982:71).

Mängel blieben weitgehend ungerügt, weil sich niemand der Interessen der Betroffenen annahm; ein mangelhafter Rechtsschutz zieht sich wie ein roter Faden durch den gesamten Bereich der zwangsweisen Anhaltung bzw. Unterbringung in der untersuchungsgegenständlichen Zeit. Der Akt der Einweisung bzw. des verwaltungsbehördlichen Freiheitsentzugs gem. § 49 KAG beruhte zunächst auf einem formlosen Verwaltungsakt, gestützt auf eine amtsärztliche Bescheinigung und war ausschließlich präventiver Natur (vgl. Fleisch 1963:90). Auf der Grundlage dieses verwaltungsbehördlichen Zwangsaktes konnten die Betroffenen nicht weniger als drei bis fünf Wochen – bis zur Rechtskraft des gerichtlichen Beschlusses – angehalten werden. Diese Erstentscheidungen, die gemäß der analysierten Akten sehr oft dauerhafte Wirkungen erzeugten, wurden von Ärzten getroffen, die meist über keine einschlägige fachärztliche Qualifikation verfügten. Nachdem der Ver-

fassungsgerichtshof ein Parere nur als formale Voraussetzung für die zwangsweise Einweisung bewertete und nicht als Sachverständigengutachten, waren daran keine Anforderungen hinsichtlich Plausibilität und Begründung gebunden und die Parere auch keiner rechtlichen Kontrolle zugänglich (vgl. Kopetzki 1986:86). Nach Kopetzki widersprach die fehlende Kontrollmöglichkeit dem Legalitätsprinzip (ebd.).

28.3. Unterbringung und Kontrolle in der geschlossenen Psychiatrie

Die rechtlichen Rahmenbedingungen

Jede in die geschlossene Psychiatrie aufgenommene Person musste dem für den Sprengel der Klinik zuständige Anhaltegericht gemeldet werden. Diese Aufnahmeanzeige war die grundlegende Voraussetzung für jegliche weitere Möglichkeit einer gerichtlichen Überprüfung der Anhaltung, weil das Gericht andernfalls meist nicht von der Anhaltung erfahren hätte. Geregelt war diese rechtliche Vorschrift in § 16 der Entmündigungsordnung (EntmO), sie galt für sämtlich Aufnahmen, die nicht auf eigenes Verlangen erfolgten, obwohl auf manche Aufnahmen, wie noch zu zeigen sein wird, ansonsten die EntmO großteils nicht weiter anwendbar war. Gemäß § 16 Abs. 1 EntmO hatte der Leiter der „Irrenanstalt" binnen 24, längstens aber binnen 48 Stunden die Aufnahme eines jeden „Geisteskranken" anzuzeigen, der nicht auf eigenes Verlangen aufgenommen wurde. Die Aufnahmeanzeige sollte die Krankheit anführen und die dafür vorliegende Bescheinigung angeben.

Die Betrachtung der gerichtlichen Überprüfung der Aufnahme offenbart ein verwirrendes System verschiedener Zuständigkeiten bzw. rechtlicher Regelungen für unterschiedliche Personengruppen. Die EntmO sah die Möglichkeit einer Entmündigung für Kinder ab dem siebten Lebensjahr vor (§ 1 EntmO). Vor dem siebten Lebensjahr betrachtete und betrachtet das Allgemeine Bürgerliche Gesetzbuch (ABGB) Kinder als im rechtlichen Sinn handlungsunfähig (§ 21 ABGB). Daraus folgt, dass ein Kind keine rechtswirksamen Handlungen setzen kann bzw. nicht einmal wie der/die unmündige Minderjährige im Alter von sieben oder mehr Jahren Zusagen oder Zuwendungen annehmen kann, die ausschließlich zu seinem Vorteil wären. In der rechtlichen Praxis des damaligen Unterbringungsverfahrens wurde daraus abgeleitet, dass das gerichtliche Überprüfungsverfahren entsprechend der EntmO bei Kindern unter sieben Jahren nicht zur Anwendung kommt (z.B.: Entscheidung des OGH vom 12.05.1954 zu 2 Nd 162/54). Für eheliche Kin-

der unter sieben Jahren wurde angenommen, dass die Eltern bzw. gemäß der damaligen Rechtslage vor allem der Vater über die Unterbringung entscheiden konnten. Dieses Recht wurde mit den §§ 139 ABGB ff (in der Fassung bis 1977)[463], vor allem den Fürsorge- und Pflegepflichten, sowie dem Recht zur Bestimmung des Aufenthaltsortes des Kindes (§ 145 ABGB alte Fassung bzw. § 146 ABGB neue Fassung) begründet. Eine gerichtliche Überprüfung gab es demnach in diesen Fällen nicht. Nur bei unehelichen bzw. unter Vormundschaft stehenden Kindern wurde aus den §§ 216 und 233 ABGB geschlossen, dass es sich bei der Unterbringung um eine „wichtige" Angelegenheit handelte, die eine pflegschaftsgerichtliche Genehmigung erforderte (siehe z.B. oben genannte Entscheidung des OGH). Bei Amtsvormundschaft, also der Vormundschaft durch eine Bezirksverwaltungsbehörde, war laut § 18 Zif.6 Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG 1954) auch diese gerichtliche Genehmigung nicht erforderlich.

Abgesehen von den Meldepflichten an das für den Sprengel der Anstalt zuständige Bezirksgericht regelten die §§ 17 ff EntmO nur das Verfahren hinsichtlich der Anhaltung von Personen, die nicht oder noch nicht entmündigt waren. Dieser etwas verwirrende Umstand, dass die EntmO gerade bei Anhaltung Entmündigter nicht zur Anwendung kam, rührt daher, dass das Anhalteverfahren der EntmO als „Provisoralverfahren" (IP84b_E/J_1/7) gedacht war. Dieses Verfahren sollte nur bis zur Entmündigung zur Anwendung kommen, mit der man bei Unterbringungen offenbar regelmäßig rechnete.

Gemäß § 17 EntmO hatte das zuständige Bezirksgericht das Überprüfungsverfahren sofort einzuleiten und möglichst innerhalb von drei Wochen nach der Anhaltemeldung über die Zulässigkeit der Anhaltung zu entscheiden. Das Gericht entschied dabei nicht über die Anordnung oder Nichtanordnung der Unterbringung, sondern lediglich über die Zulässigkeit der weiteren Unterbringung aufgrund eines hoheitlichen Verwaltungsaktes. Die Zulässigkeitserklärung des Gerichtes war eine Bedingung, die erfüllt sein musste, um jemanden weiter zwangsweise anhalten zu können. Ob die Anhaltung bei Vorliegen einer gerichtlichen Zulässigkeitsfeststellung tatsächlich aufrechterhalten wurde, war wiederum eine Verwaltungsfrage, die dem KAG entsprechend von der Krankenanstalt zu beantworten war. Die Bezirksgerichte nahmen demnach eine Rechtsschutzfunktion im Verwaltungsrecht wahr, allerdings mit einem engen Zuständigkeitsrahmen. Über die Rechtmäßigkeit

---

[463] In weiterer Folge wird das ABGB in der bis 1977 geltenden Fassung als „alte Fassung" und die ab 1977 geltende Fassung als „neue Fassung" bezeichnet.

der Einweisung und auch über die Ausgestaltung der Anhaltung konnte das Anhaltegericht nicht entscheiden.

Vor der Entscheidung musste der/die PatientIn von einem/r oder zwei Sachverständigen unter der Leitung des Richters oder der Richterin untersucht werden (§ 18 EntmO). War allerdings aufgrund der bereits vorliegenden ärztlichen Zeugnisse oder „den sonst vorliegenden verlässlichen Mitteilungen offenbare Geisteskrankheit oder Geistesschwäche“ (§ 19 EntmO) anzunehmen, so genügte auch die Beiziehung eines Sachverständigen. § 20 EntmO hielt fest, dass der Richter durch Vernehmungen von Zeugen, Einblick in Akten und Urkunden, Einholung von Äußerungen anderer Behörden etc. umfassende Grundlagen zu schaffen hatte, die für die Beurteilung des Geisteszustandes des Betroffenen „notwendig oder dienlich“ waren. § 56 EntmO verwies darüber hinaus darauf, dass für das Verfahren auch die Bestimmungen des Außerstreitgesetzes (AußStrG) und für die Beweisaufnahme und -beschaffung die Zivilprozessordnung (ZPO) heranzuziehen waren. Die relative Formlosigkeit des Außerstreitverfahrens bedeutete, dass das Gericht sehr frei dabei war, wie es die „rechtserheblichen“ Tatsachen erhob. Es musste die materielle Wahrheit erkunden und von Amtswegen alle in der Sache relevanten Umstände untersuchen (vgl. Kopetzki 1988b:236), also die materiell-rechtlichen Anhaltevoraussetzungen. Schließlich mussten die RichterInnen den/die Betroffene/n persönlich vernehmen.

§ 8 EntmO sah vor, dass bei dringenden Schutzbedürfnissen von „eigenberechtigten“ Personen bei Einleitung eines Entmündigungsverfahrens oder einer Anhaltung ein vorläufiger Beistand bestellt werden sollte. Bei Kindern und Jugendlichen war dieser Schutz jedoch ausgeschlossen und wurde davon ausgegangen, dass dies Aufgabe des gesetzlichen Vertreters ist (vgl. Kopetzki 1988b:239). Grundsätzlich hätte sich ein/eine Betroffene/r auch anwaltschaftlich vertreten lassen können. Bei Kindern und Jugendlichen hätte eine entsprechende Beauftragung aber immer durch den gesetzlichen Vertreter erfolgen müssen.

Hinsichtlich der materiell-rechtlichen Voraussetzungen der Unterbringung gab die EntmO keine weitere Auskunft als die, dass der/die Betroffene zu entlassen war, wenn er/sie „geistesgesund“ war. Die materiell-rechtlichen Voraussetzungen waren dem KAG zu entnehmen (vgl. Kopetzki 1988b:232). Neben einer „Geisteskrankheit“ musste durch den/die Betroffene/n eine Gefährdung der eigenen oder der Sicherheit Anderer gegeben sein.

Die Wirksamkeit des Anhaltebeschlusses war gemäß § 23 EntmO mit maximal einem Jahr begrenzt. War in der Zwischenzeit keine Entmündigung durch das Pflegschaftsgericht beschlossen worden, so musste vor Ablauf der im Beschluss festgesetzten Frist ein neuerliches Verfahren durchgeführt und

allenfalls die Zulässigkeit der weiteren Anhaltung per Beschluss festgestellt werden. Dieses Procedere konnte unbegrenzt wiederholt werden. Eigenberechtigte Angehaltene, Eltern und andere VertreterInnen konnten diese Beschlüsse mittels Rekurs anfechten. Vor Ablauf der im Beschluss bestimmten Frist konnten sie auch eine neuerliche Überprüfung verlangen, wenn es Grund zur Annahme gab, dass die Anhaltung nicht mehr erforderlich war.

Wie bereits ausgeführt, galten für (voll und beschränkt) Entmündigte die Regelungen des Anhalteverfahrens der EntmO nicht und damit entfiel auch das Überprüfungsverfahren durch das Anhaltegericht.[464] Analog zum elterlichen Recht, den Aufenthaltsort eines Kindes zu bestimmen, und zu deren Fürsorge- und Pflegepflichten wurde dem Kurator oder (ab 1984) Sachwalter, also dem rechtlichen Stellvertreter des/der Entmündigten, die Entscheidung über deren Unterbringung zugesprochen. Gestützt wurde diese Praxis auf § 282 ABGB (alte Fassung), mit dem die Sorgerechte und -pflichten dem Kurator übertragen wurden. Als eine wichtige Angelegenheit bedurfte die Unterbringung gemäß § 216 ABGB jedoch der pflegschaftsgerichtlichen Genehmigung, auch wenn davon scheinbar in der Praxis mitunter abgesehen wurde (vgl. Kopetzki 1995:120). Eine ausdrückliche Rechtsgrundlage der Unterbringung Entmündigter, die auch als „zivilrechtliche Unterbringung" bezeichnet wurde, fehlte allerdings. Auch wenn es regelmäßige und umfassende Bemühungen gab, eine solche zu konstruieren, ist sie durch Lehre und Rechtsprechung entwickelt bzw. gestaltet worden (vgl. Kopetzki 1986:89). Die Unterbringung konnte demnach faktisch unmittelbar aus der Entmündigung abgeleitet werden, bzw. aus dem damit verbundenen Gedanken, das Wohl des/der Entmündigten zu fördern, auch wenn dies mit Zwang verbunden war (z.B.: OGH vom 18.10.1967 zu 6 Ob 282/67 oder 25.05.1972 6 Ob 103/72).

Der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass die herrschende Lehre annahm, dass auch das Pflegschaftsgericht die Unterbringung anordnen konnte. Die von der Rechtsprechung anerkannten Voraussetzungen für eine Anhaltung waren sehr vage und für eine großzügige Auslegung offen. Noch in den 1980er Jahren stellte der OGH fest, dass das Gesetz keine ausdrücklichen Bedingungen für eine Unterbringung Entmündigter definiert und daher die RichterInnen im „Rahmen pflichtgemäßen Ermessens" zu entscheiden hätten (OGH vom 01.09.1983 zu 7 Ob 681/83). Die vom KAG ge-

[464] Kopetzki widersprach der herrschenden Lehre diesbezüglich und vertrat die Auffassung, dass ein Anhalteverfahren immer durchzuführen gewesen wäre, wenn die Anhaltung nicht durch das Pflegschaftsgericht veranlasst worden war (vgl. Kopetzki, 1988:198).

forderte Selbst- oder Fremdgefährdung musste jedenfalls nicht bestehen, „was gerade als Vorzug dieses Einweisungsweges galt“ (Kopetzki 1995:118), da er damit einfacher war. Aus § 282 war abzuleiten, dass die Unterbringung eines/er Entmündigten ausschließlich im Sinne des Wohles des/der Betroffenen erfolgen durfte (vgl. Fleisch 1963:90). Daraus folgt eigentlich, dass eine Unterbringung, die mit Schutzinteressen anderer begründet worden wäre, unzulässig gewesen wäre. Die Praxis war diesbezüglich nicht streng. Als Unterbringungsgrund wurde faktisch z.B. die Notwendigkeit ständiger Pflege, die Erzwingung einer Behandlung oder auch der Schutz der Umgebung vor Belästigungen anerkannt (vgl. Kopetzki 1995:118).

Als Verfahrensbestimmungen galten hier ausschließlich die allgemeinen, wenig konkreten Bestimmungen des Außerstreitverfahrens die in § 2 Zif. 5 AußStrG Folgendes festhielten:

> „Alle Umstände und Verhältnisse, welche auf die richterliche Verfügung Einfluß haben, hat das Gericht von Amts wegen zu untersuchen, darüber die Parteien selbst oder andere von der Sache unterrichtete Personen, nötigenfalls auch Sachverständige zu vernehmen, oder auf andere schickliche Art Erkundigungen einzuziehen, und alle zur näheren Aufklärung dienlichen Urkunden abzufordern.“ (§ 2 Zif. 5 AußStrG)

Eine gerichtliche Anhörung war in diesen Fällen nicht zwingend vorgeschrieben und auch die Beiziehung eines Sachverständigen war nicht unbedingt erforderlich, bzw. konnte sich die Entscheidung auf die Auskünfte der Krankenanstalt stützen (vgl. Kopetzki 1995:118). Darüber hinaus gab es keine zeitliche Beschränkung für die Anhaltung Entmündigter und auch Rechtsmittel waren für diese Personen mangels Prozessfähigkeit nicht vorgesehen (ebd.). Der Rechtsschutz Entmündigter lag alleine in den Händen der KuratorInnen und der PflegschaftsrichterInnen.

Die Entmündigung wurde 1984 durch die Sachwalterschaft abgelöst, für die vor allem der Subsidiaritätsgrundsatz betont wurde. Das Anhalteverfahren entsprechend der EntmO als auch die zivilrechtliche Unterbringung auf der Grundlage des ABGB, ab dann auf Veranlassung bzw. mit Zustimmung des/der SachwalterIn, wurden erst mit der Einführung des Unterbringungsgesetzes 1991 abgeschafft. Dieses gilt für jede Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten. Erst mit dem KindRÄG 2001 wurde die Sachwalterschaft auf Volljährige beschränkt.

Beobachtungen und Diskussion

Die Kinder kamen vielfach bereits im Kleinkindesalter nach Steinhof. Eine gerichtliche Genehmigung war entsprechend der Rechtslage bzw. der herr-

schenden Lehre bis zum Alter von sieben Jahren nur dann erforderlich, wenn das Kind unehelich war bzw. einen Vormund hatte. Faktisch war den Gerichtsakten zu entnehmen, dass das Anhaltegericht in solchen Fällen mit der Einlieferungsmitteilung ein Ersuchen um pflegschaftsgerichtliche Genehmigung der Anhaltung an das Pflegschaftsgericht übermittelte. In keinem der eingesehenen Gerichtsakten und auch nicht in den Krankenakten gab es Hinweise darauf, dass das Pflegschaftsgericht aus Anlass der Mitteilung bzw. des Ersuchens Überprüfungen oder Erhebungen veranlasst oder durchgeführt hätte. Die zahlenmäßig eher geringe empirische Basis der vorliegenden Informationen gebietet bei Verallgemeinerungen solcher Beobachtungen Vorsicht. Es kann aber durchaus angenommen werden, dass Überprüfungen oder Erhebungen durch die Pflegschaftsgerichte zumindest nicht die Regel waren. Die pflegschaftsgerichtliche Genehmigung wurde somit zumindest oft alleine auf der Grundlage der Einlieferungsmitteilung und des angeschlossenen Aufnahmeblattes erteilt. Hinweise auf andere gerichtliche Kontrollen bei Kindern vor Vollendung des siebten Lebensjahres fehlen ebenfalls.

Ansonsten war den Gerichtsakten regelmäßig der Vermerk oder auch die Mitteilung an das Pflegschaftsgericht zu entnehmen, dass die erste gerichtliche Überprüfung der Anhaltung ab dem siebten Lebensjahr des Kindes vorgenommen wird. Diese Ankündigungen wurden durchwegs auch eingehalten. Schriftliche bzw. gezeichnete Zustimmungserklärungen von Eltern oder Vormündern zur Unterbringung finden sich in den Krankenhausakten in der Regel keine. Allerdings bestand auch kein Schriftlichkeitserfordernis. Mitunter war aber Schriftstücken in den Krankenhausakten zu entnehmen, dass die Eltern die Unterbringung initiiert hatten.

Nicht entmündigte Kinder und Jugendliche

Aus dem Blickwinkel der Kontrolle, des Rechtsschutzes und der Verfahrensgarantien stellt sich die gerichtliche Überprüfung der Unterbringung auf der Grundlage der Entmündigungsordnung, also bei nicht oder noch nicht entmündigten Kindern und Jugendlichen, zunächst vergleichsweise gut dar. Für sie galten die Überprüfungen entsprechend der EntmO. In der auszuführenden Detailbetrachtung vertieft sich aber der Eindruck, dass zwar die Formalerfordernisse weitgehend eingehalten wurden, der (Rechts-)Schutz bzw. die Berücksichtigung der Bedürfnisse und der Interessen der Betroffenen stellt sich in der Praxis letztlich aber auch bei diesen Kindern und Jugendlichen völlig unzureichend dar.

Die im Gesetz angeführten möglichen Erhebungen und Ermittlungen waren in der Praxis, wie in den Gerichtsakten dokumentiert ist, wenig umfassend und tiefgehend. Auf die Beiziehung des im Gesetz grundsätzlich vorge-

sehenen zweiten Sachverständigen wurde entsprechend der Ausnahmeregelung gemäß § 19 Abs. 2 EntmO offenbar immer verzichtet. Kernstück der Ermittlungen und des gerichtlichen Überprüfungsverfahrens waren die Gerichtskommissionen, die sich auf der Grundlage der eingesehenen Dokumente als ihre Aufgabe oberflächlich wahrnehmend darstellen. Bei diesen Kommissionen waren regelmäßig nur der/die RichterIn, der/die bestellte Sachverständige und der/die PatientIn anwesend. VertreterInnen oder Vertrauenspersonen der PatientInnen wurden in den eingesehenen Akten nie genannt, vereinzelt waren MitarbeiterInnen der Krankenanstalt anwesend.

Auf die Problematik des unbestimmten Gefährdungsbegriffes wurde bereits im Zusammenhang mit den Pareren und den Einlieferungen hingewiesen. Die dortigen Ausführungen treffen im Wesentlichen auch auf die Beurteilung der Gefährlichkeit bei den gerichtlichen Überprüfungen zu. Aus den 1960er und 1970er Jahren waren mehrfach Beschlüsse nachzulesen, die keine Aussage zur für die Anhaltung entsprechend der EntmO erforderlichen Selbst- oder Fremdgefährdung trafen. Aber auch wenn die Beschlüsse entsprechende Feststellungen enthielten, waren diese nicht näher begründet. Die Rechtsprechung gab allerdings bis in die 1980er Jahre hinein diesbezüglich keine klaren Richtlinien. Die ältere oberstgerichtliche Rechtsprechung verneinte sogar das Erfordernis, dass die Frage der Gefährdung im Rahmen der gerichtlichen Überprüfung einer Anhaltung zu überprüfen war oder es wurde ein sehr weit gefasster Gefährdungsbegriff verwendet (vgl. Kopetzki 1986:92; ders. 1988:233). Andererseits wurde gefordert, dass konkrete Gefährdungen vorliegen müssen (ebd.). Jedenfalls ist auch hier festzuhalten, dass die Selbst- oder Fremdgefährdung auf der Grundlage der Krankengeschichten bei einem Teil der PatientInnen sicher in Frage gestellt werden konnte.

Die Auslegung der Begriffe „Geisteskrankheit“ und „Geistesschwäche“ der Entmündigungsordnung war lt. OGH nicht aufgrund medizinischer bzw. psychiatrischer Definitionen vorzunehmen, sondern war eine Rechtsfrage: Es genügt ein geistiger Defekt, der den zu Entmündigenden an der gehörigen Besorgung seiner Angelegenheiten hindert“ (Lehner 1982:178).

Die auf der Grundlage der Kommissionen und der dort vorgebrachten gutachterlichen Beurteilungen erstellten Beschlüsse waren sehr kurz gefasst. Sie beschränkten sich in der Regel auf eine kurze Beschreibung des Krankheitsbildes bzw. der Diagnose und meist auf die Feststellung der offenbar von den Sachverständigen vorgebrachten Einschätzung, dass eine Verbesserung nicht zu erwarten sei. Diese Einschätzungen stellen sich, wie bei manchen PatientInnen zu beobachten war, dann als besonders befremdend dar, wenn die PatientInnen wenige Jahre nach solchen (wiederholten) gutachterlichen Äu-

ßerungen in der Krankengeschichte deutliche Entwicklungen und Fortschritte erkennen ließen (vgl. u.a. KG74a_S und GA11). Mitunter stellten sich aber auch Dokumentationen in den Krankenakten und Begründungen in den Anhaltebeschlüssen widersprüchlich dar. So war etwa in einem Fall der Krankengeschichte zu entnehmen, dass das Kind wohl einen Entwicklungsrückstand aufwies, es aber gut orientiert war und klar auf Fragen antworten konnte. Im Anhaltebeschluss wurde dann auf den Sachverständigen bezugnehmend von Geistesschwäche, vollkommener Hilflosigkeit und Selbstgefährdung gesprochen (KG24a_S und GA4). Der zitierte Fall und auch andere Fälle lassen vermuten, dass sich die Sachverständigengutachten wie auch die Beschlüsse nicht nur an den geforderten Voraussetzungen für eine Anhaltung orientierten, sondern z.B. auch daran, inwieweit alternative Unterbringungs- oder Versorgungsmöglichkeiten bestanden. Mangels Alternativen mag das einerseits nachvollziehbar erscheinen. Andererseits wurde mit einer solchen rechtlich nicht gedeckten Praxis maßgeblich zur Erhaltung und Fortsetzung eines Modells der Unterbringung junger Menschen mit Lernschwierigkeiten beigetragen, das vor allem auf deren Verwahrung, aber kaum bis nicht auf deren Förderung und Entwicklung ausgerichtet war.

Die RichterInnen folgten faktisch immer den GutachterInnen und führten im Beschluss allenfalls an, dass die persönlichen Wahrnehmungen des/der RichterIn denen des Gutachters entsprachen. Diese Beobachtung wurde z.B. auch bei Lehner (1982) bestätigt, der problematisierte, dass „eine Verlagerung der Entscheidung vom Richter zum Sachverständigen erfolgt(e)“ (ebd.:180) . In einer Untersuchung von ca. 1.000 Akten stieß Lehner auf einen einzigen Fall, indem der Richter gegen das Gutachten des Sachverständigen entschieden hatte (vgl. ebd.). Angesichts der damals von den Psychiatern insgesamt dominierten Praxis und Gestaltung der Unterbringung muss hier wohl eine nicht unwichtige Schwachstelle des Systems gesehen werden.

Die aufgrund der Akteninformationen vermutbare Oberflächlichkeit der Gerichtskommissionen findet im Schrifttum zu den gerichtlichen Überprüfungsverfahren allgemein Bestätigung:

> „Bei den Gedanken an das Anhaltungsverfahren erscheint vor dem geistigen Auge des Richters ein dünner Akt mit dem knappen Kommissionsprotokoll, in dem zumeist der begutachtende Psychiater in wenigen formelhaften Sätzen ohne Substantiierung die Feststellung trifft, der Angehaltene sei geisteskrank, selbst- und gemeingefährlich. Ein Stempel besiegelt dann das Schicksal des Kranken (…).“ (Hartl 1975:88)

Ähnlich stellen sich die Verfahrensbeschreibungen bei Schwentner dar, der selbst Anhalterichter war. Er beschrieb ein oberflächliches Verfahren mit

Massenabfertigung in kürzester Zeit auf der Grundlage oft unzureichender Informationen, in dem der Richter dem Sachverständigen weitgehend „ausgeliefert“ ist.

> „Es sollte hier nur kurz das Unbehagen artikuliert werden, das für einen Angehörigen der Institution Justiz entstehen kann, der mit der Institution Psychiatrie konfrontiert wird und dabei kaum mehr als Alibi- und Rechtfertigungsfunktionen für das bestehende psychiatrische System zu erfüllen vermeint.“ (Schwentner 1977:147)

Festzuhalten ist auch, dass die maximale Frist von einem Jahr bis zur nächsten Überprüfung bei den Kindern am Steinhof offenbar Standard war. Erst Ende der 1970er bzw. Anfang der 1980er Jahre waren in den Akten gelegentlich kürzere Fristen zu beobachten. Die Überprüfungen bzw. Kommissionen folgten, wenn man sich an den Akteninformationen bzw. den Beschlüssen orientiert, offenbar immer dem gleichen Schema. Aus dem Verhältnismäßigkeitsprinzip wäre abzuleiten, dass bei zunehmender Dauer von Freiheitsbeschränkungen Überprüfungen umfassender und strenger werden sollten. Die Beschlüsse deuten hier eher das Gegenteil an: Sie waren Jahr für Jahr weitgehend ident.

Entmündigte Kinder und Jugendliche

Für die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen am Steinhof galt das Überprüfungsverfahren entsprechend der EntmO zeitlich begrenzt, weil die meisten bei längerfristiger Anhaltung entmündigt wurden. Vielfach wurde eine Entmündigung rasch nach Beginn der Anhaltung (und nach dem siebten Geburtstag) initiiert, verschiedentlich dauerte es aber einige Jahre und in einigen Fällen kam es auch nie zu einer Entmündigung. Tatsächlich stellt sich zunächst aber die Frage, warum die Kinder und Jugendlichen regelmäßig entmündigt wurden. Die Entmündigung war vor allem als kompensatorische Unterstützung bei eingeschränkter Handlungsfähigkeit und damit verbundenen Schutzerfordernissen gedacht. Hinweise auf vermögens-, beihilfen- oder andere rechtlich bedingte Erfordernisse waren im Aktenmaterial aber äußert selten ersichtlich. Im Übrigen hätte es für solche Vertretungshandlungen für Unmündige wohl keiner Entmündigung bedurft, sondern hätten die Angelegenheiten durch Eltern oder Vormünder erledigt werden können. Die höchstgerichtliche Judikatur betonte, wie weiter oben bereits festgestellt, die richterliche Disposition bei der Entscheidung und ließ einen relativ großen Spielraum hinsichtlich der Frage, ob bzw. wann jemand unter Kuratel gestellt werden soll:

> „Der Gebrauch des Wortes ‚können' im § 1 Abs 2 EntmO bedeutet, daß es dem Richter freistehen soll, in Fällen, in denen weder die Person des Kranken noch dessen Vermögen einen besonderen Anlaß zur Bestellung einer Kuratel geben, von einer Entmündigung abzusehen. Für die Entscheidung, ob eine bestimmte Person zur gehörigen Besorgung ihrer Angelegenheiten eines Beistandes bedarf, muß auch die Beschaffenheit der Geschäfte, die an die allenfalls zu entmündigende Person herantreten, von einem gewissen Einfluß sein." (OGH vom 27.08.1975 zu 1 Ob 152/75)

Im Rahmen der Untersuchung befragte ExpertInnen und vor allem der befragte ehemalige Richter sahen die Entmündigungspraxis bei Untergebrachten vor allem dadurch begründet, dass nach der Entmündigung die regelmäßigen Überprüfungen durch die Kommissionen entfielen: „Und wenn man einmal jemand entmündigt hat, dann war die Sache erledigt" (IP 85_E/J:1/18). Demnach diente die Entmündigung vor allem der Ressourcenschonung und Vereinfachung. Diese ernüchternde Begründung findet in der Literatur Bestätigung und war tatsächlich schon im Entstehungsprozess der EntmO explizit vorgeschlagen worden. Der Entwurf der EntmO sah zunächst noch vor, dass „Geisteskranke und Geistesschwache" immer entmündigt werden sollten, wenn sie in ihrer Freiheit beschränkt wurden, auch wenn es kein unmittelbares rechtliches Interesse daran gab, sie für handlungsunfähig zu erklären (vgl. Hartl 1975:93). Diese Bestimmung wurde letztlich zwar nicht in das Gesetz übernommen, in Kommentaren wurde für solche Fälle aber dennoch eine Entmündigung empfohlen, weil auch andere Interessen wie etwa eine Entlastung der Gerichte eine Entmündigung begründen könnten (vgl. ebd.). Diese Interpretation hat sich also offenbar auch ohne gesetzliche Bestimmung langfristig durchgesetzt. Eine Salzburger Untersuchung stellte 1978 fest, dass 21 Prozent aller Entmündigungen (unabhängig vom Alter der Betroffenen) wegen Langzeitanhaltungen in einer psychiatrischen Anstalt erfolgten (vgl. Lehner 1982:170).

Unklar bleibt, warum es in der Mehrzahl der Fälle zu einer Entmündigung kam, bei einigen aber nicht. Hinweise darauf, dass dies in der gesundheitlichen bzw. geistig-psychischen Verfassung begründet gewesen wäre, waren nicht zu finden. Einzelne Krankengeschichten deuten an, dass eine Entmündigung vor allem dann unterblieb, wenn Eltern sehr aktiv in Erscheinung traten, was wiederum die grundsätzliche Präsenz von Eltern oder Elternteilen voraussetzte. Das war nur bei einem Teil der Kinder gegeben (vgl. u.a. KG74a_S oder KG14b_S). Auch wenn der empirische Beleg für eine Verallgemeinerung dieser Aussage schwach ist, erscheint diese Erklärung dennoch plausibel, weil die Entmündigung offenbar eher die Regel war und es für deren Durchbrechung jemanden geben musste, der/die sich ausdrücklich dagegen aussprach.

Das Gesetz sah grundsätzlich ein umfassendes Verfahren zur Entmündigung vor, mit persönlicher Anhörung des/der Betroffenen, umfassenden Erhebungen und Rechtsmittelmöglichkeiten. In der in den Akten zum Ausdruck kommenden Praxis zeigt sich allerdings, dass verschiedene Ausnahmebestimmungen der EntmO für Untergebrachte faktisch ein rudimentäres Verfahren zuließen. So durfte in diesen Fällen etwa auf ein Gutachten im Entmündigungsverfahren verzichtet und das Anhaltegutachten (§ 33 EntmO) herangezogen werden, was in der Regel auch so gehandhabt wurde. Ebenso konnte die persönliche Anhörung unterbleiben. Auch wenn von Gerichtsseite verschiedene Erkundungen eingezogen wurden, stellt sich das Entmündigungsverfahren beim überwiegenden Teil der untergebrachten Kinder und Jugendlichen zu weiten Teilen als Aktenverfahren dar. Dass es keinesfalls unüblich war, dass Menschen entmündigt wurden, die der/die RichterIn nie persönlich gesehen hatte, berichtete auch eine/r der befragten ExpertInnen, der/die in der Zeit des Übergangs vom Entmündigungs- zum Sachwalterrecht an einem Pflegschaftsgericht tätig war (vgl. IP82_E/J:3/16ff.).

Dadurch dass die Entmündigung Untergebrachter vor allem mit einer Aufwandsvermeidung begründet war, lässt sich bereits vermuten, dass die Kontrolle und Überprüfung der Anhaltung der entmündigten Minderjährigen keine besondere Aufmerksamkeit erfuhren. Diese lagen, wie insgesamt die Wahrung der Interessen der Betroffenen, vor allem in den Händen der KuratorInnen, denen das ABGB sehr wohl Rechte und Pflichten, nicht zuletzt auch Sorgfaltspflichten übertrug. Was Rechtsgeschäftliches, Gebarung und Rechnungslegung anbelangte, waren diese sehr detailliert geregelt, hinsichtlich der Personensorge gab das Gesetz aber kaum Anleitung (§ 233 ABGB alte Fassung). KuratorInnen konnten vom Gericht aus dieser Funktion entlassen werden, wenn sie sich pflichtwidrig verhielten oder als „unfähig erkannt" wurden (§ 282 in Verbindung mit § 254 ABGB alte Fassung). Aus ABGB und der höchstgerichtlichen Judikatur war wiederum grundsätzlich eine gerichtliche Fürsorgepflicht gegenüber den „Pflegebefohlenen" und eine Aufsichtspflicht gegenüber den KuratorInnen abzuleiten. Dem OGH zufolge hatte das Gericht aufgrund seiner fürsorglichen Tätigkeit „alles zu unternehmen, was für den Entmündigten von Nutzen ist" (Kopetzki 1995:118; vgl. auch Entscheidung des OGH vom 04.06.1935 zu 2 Ob 398/35). Das Gesetz sah aber keine regelmäßige Überprüfung der Entmündigung vor. Eine Entmündigung war aber sehr wohl auf Antrag oder von amtswegen aufzuheben, sobald die Gründe dafür nicht mehr vorlagen (§ 50 EntmO). Dass Entmündigungen vielfach nie kontrolliert wurden, wurde auch in den Expertengesprächen bestätigt (vgl. IP 82_E/J:2/11ff.). Mangels ausdrücklich gesetzlich vorgesehener Überprüfungspflicht durch das Gericht und der beschriebenen

gerichtlichen Praxis wird nachvollziehbar, dass Aufhebungen von Entmündigungen wohl nur erfolgten, wenn sich irgendjemand in diesem Sinne an das Gericht wendete. Das passierte offenbar generell sehr selten (vgl. Lehner 1982:166) und konnte bei den Kindern und Jugendlichen am Steinhof nur in einem Einzelfall beobachtet werden (vgl. KG74a_S).

War die Überprüfung der Anhaltung durch die Anhaltegerichte ausschließlich auf die Zulässigkeit derselben beschränkt, so war die Aufgabe der für die Entmündigten zuständigen PflegschaftsrichterInnen wesentlich breiter angelegt. Im Sinne der generellen Orientierung des Pflegschaftsgerichtes am Kindeswohl hätten sich die Pflegschaftsgerichte grundsätzlich auch selbst ein Bild von den Umständen und Bedingungen der Unterbringung machen können. Die Kranken- und Gerichtsakten geben tatsächlich aber kaum Hinweise auf Überprüfungen oder Erkundungen der Gerichte hinsichtlich der Versorgung und Unterbringung der entmündigten Minderjährigen. In einzelnen Akten fanden sich Nachfragen des Gerichtes an das Krankenhaus zu allfälligen Entwicklungen des gesundheitlichen Zustandsbildes, eine Kontrolle war das freilich nicht. Abgesehen von allfälligen regelmäßigen Rechnungsprüfungen entsprach es offenbar nicht der allgemeinen pflegschaftsgerichtlichen Praxis, die Tätigkeit der KuratorInnen bzw. deren Wahrnehmung von Fürsorgeaufgaben zu kontrollieren. Zu einem ähnlichen Befund waren Forster und Pelikan bereits in ihrer Studie zur Praxis der Entmündigung 1984 gekommen, die allerdings nicht auf Kinder und Jugendliche beschränkt war (vgl. Forster 1984:6ff). Ihnen zufolge gab es einerseits kaum eine gerichtliche Kontrolle der Tätigkeit der gesetzlichen Vertreter, wenn es sich dabei um Angehörige handelte, andererseits hatten die gesetzlichen Vertreter von Untergebrachten zu einem großen Teil kaum oder gar nie Kontakt zu ihren „Schützlingen“ (ebd.). Bei den von ihrer Studie erfassten, überwiegend erwachsenen Untergebrachten waren die gesetzlichen Vertreter sehr oft Anwälte und Notare, die oft noch nie tätig geworden waren (vgl. ebd.:18). Auch bei den Kindern und Jugendlichen am Steinhof gab es anwaltliche KuratorInnen.

Neu- oder Umbestellungen erfolgten, wenn entsprechende Vorschläge oder Erfordernisse an das Gericht herangetragen wurden. Am Beispiel einer im Gerichtsakt im Detail nachvollziehbaren Umbestellung wurde in negativer Weise sichtbar, wie sich für einen Teil der Kinder und Jugendlichen am Steinhof die Fürsorge durch KuratorInnen bzw. auch Angehörige dargestellt haben dürfte. Im gegenständlichen Fall hatte sich eine Studentin, die als Pflegehelferin arbeitete, um den mittlerweile fünfzehnjährigen Burschen angenommen und ihre Bereitschaft erklärt, die Sachwalterschaft zu übernehmen (Davis Haas, GA 3). Zuvor war der Vater seit dem siebten Lebensjahr des Kindes Kurator gewesen. Im Protokoll zur gerichtlichen Befragung

erklärte er sich mit der Umbestellung einverstanden und wurde mit der Aussage zitiert, dass er den Jungen seit seinem sechsten Lebensjahr nicht mehr gesehen hätte, weil er den Anblick der behinderten Kinder nicht ertragen würde.

Angesichts dieser Befunde ist festzuhalten, dass die grundsätzlich durch das Gesetz beabsichtigte Schutzfunktion einer Entmündigung für die untergebrachten, entmündigten Kinder und Jugendlichen am Steinhof, aber wohl nicht nur für diese, meist nicht der Realität entsprach. Basierend auf ihren empirischen Arbeiten zur Entmündigung und zur zwangsweisen Anhaltung stellten Forster und Pelikan 1982 fest:

> „Den Interessen der traditionellen Verwahrungspsychiatrie kommt die Institution Entmündigung insofern entgegen, als sie – aufgrund des weitgehenden Fehlens konfliktfähiger bzw. interessierter Vertreter und gerichtlicher Kontrollen – eine unproblematische Einbindung der entmündigten Patienten in den bürokratisch reglementierten Anstaltsalltag ermöglicht." (Pelikan/Forster 1982:326)

Die Rolle der Jugendwohlfahrt

Die Jugendwohlfahrt war faktisch bei vielen Kindern und Jugendlichen, die am Steinhof waren, seit deren früher Kindheit in die Pflege und Unterbringung involviert (vgl. Kap. 5.2 und 5.3 in diesem Band). Vor diesem Hintergrund fällt besonders auf, dass diese dann während des Aufenthalts der Kinder und Jugendlichen am Steinhof offenbar meist keine oder kaum eine Rolle spielte – so stellte es sich zumindest aufgrund der Akten dar.

1954 bzw. 1955 traten das Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG) und das Wiener Jugendwohlfahrtsgesetz (Wr.JWG), also das diesbezügliche Grundsatzgesetz des Bundes und das Ausführungsgesetz des Landes, in Kraft. In den allgemeinen Bestimmungen in § 1 des Wr.JWG (Fassung 1955)[465] hieß es:

> „Minderjährigen österreichischen Staatsbürgern ist nach den folgenden Bestimmungen des ersten Teiles öffentliche Jugendwohlfahrtspflege zu gewähren. Sie umfasst die zur körperlichen, geistigen, seelischen und sittlichen Entwicklung der Minderjährigen notwendige Aufsicht." (§ 1 Abs. 1. Wr.JWG)

In diesem Sinne könnte man zumindest eine Pflegeaufsicht des Magistrats über untergebrachte Unmündige bzw. deren Lebensverhältnisse in der Unterbringung erwartet haben (§ 22 Wr.JWG). Tatsächlich normierte aber § 24

---

[465] In weiterer Folge wird nur mehr von Wr.JWG gesprochen und damit durchgehend auf die Erstfassung aus 1955 Bezug genommen.

Wr.JWG, dass Minderjährige unter anderem von der Pflegeaufsicht ausgenommen sind, solange sie in „einer der Aufsicht der Landesregierung, der Justizverwaltungsbehörde oder der Unterrichtsbehörde unterstellten Anstalt in Pflege sind." Das Jugendwohlfahrtsgesetz ging offenbar von der grundsätzlichen Annahme aus, dass bei Einrichtungen unter einer solchen Aufsicht für ausreichende Kontrolle bzw. Qualität der Unterbringung gesorgt wäre.

Die Jugendwohlfahrt trat dann nur mehr in Erscheinung, wenn sie, was doch des Öfteren der Fall war, die Vormundschaft über ein Kind hatte. Aber selbst in diesen Fällen wurde in den eingesehenen Unterlagen vor allem der Eindruck vermittelt, dass man das Kind versorgt wusste, man sich auf die Krankenanstalt verließ und die eigene Rolle unter diesen Umständen für entbehrlich hielt. In zugespitzter Weise kommt das in einem Fall zum Ausdruck, in dem ein Bezirksjugendamt beim Pflegschaftsgericht die Entlassung als Vormund beantragte (vgl. GA 8). Begründet wurde der Antrag damit, dass im gegenständlichen Fall nur Angelegenheiten im Sinne der Entmündigungsordnung zu erledigen wären. Die Unmündige war zu diesem Zeitpunkt noch nicht entmündigt und es erschließt sich aus dem Antrag nicht, welche Angelegenheit damit konkret gemeint waren. Das Gericht gab dem Antrag des Bezirksjugendamtes tatsächlich statt, übertrug die Vormundschaft der Mutter, die diese selbst zuvor abgelehnt hatte und der auch von mehreren Seiten die Vormundschaft nicht zugetraut worden war. Zusätzlich wurde ein/e RechtsanwältIn zum/r KuratorIn bestellt, der/die dem Pflegschaftsakt zufolge offenbar aber kaum in dieser Funktion aktiv wurde. Der einzige Hinweis auf irgendeine Aktivität als KuratorIn im Pflegschaftsakt ist eine geringe Honorarnote, die mehr als zehn Jahre nach der Bestellung beim Gericht eingebracht worden war. Nicht nur vor diesem Hintergrund wäre die Vormundschaft bzw. Fürsorge der Jugendwohlfahrt doch sinnvoll bzw. wünschenswert gewesen. Somit wurde auch diese Möglichkeit einer parteilichen Vertretung und Unterstützung der Kinder und Jugendlichen durch die Jugendwohlfahrt faktisch kaum wahrgenommen.

Vertretung, Kontrolle und Schutz – Abschließende Bemerkungen

Vorweg sei hier angemerkt, dass die hinsichtlich der gerichtlichen Überprüfungen beschriebene Rechtslage, die durchaus Verwirrungspotential hatte, gelegentlich offenbar auch unter den RichterInnen Verwirrung auslöste. So waren vereinzelt Anhaltungsüberprüfungen durch das Anhaltegericht bei PatientInnen dokumentiert, die bereits entmündigt waren, oder es deuteten sich in Gerichtsakten Unsicherheiten an, wer wann eine Überprüfung durchzuführen oder Genehmigung hierzu zu erteilen hatte (z.B. GA 12 und GA 3).

Letztlich waren die faktische Kontrolle der Unterbringung und die Wahrnehmung bzw. Vertretung von Interessen der untergebrachten Kinder und Jugendlichen generell vollkommen unzureichend. Bei nicht Entmündigten (über sieben Jahren) gab es immerhin die jährliche Überprüfung der Anhaltung. Angesichts der oben beschriebenen Praxis der Überprüfungen stellt sich dieser Vorteil gegenüber Entmündigten als ein sehr geringer dar. Entlassungen bzw. Überführungen in andere Einrichtungen waren vor allem bis Anfang der 1980er Jahre eine Seltenheit bzw. die Ausnahme. Der folgende, von Laburda 1982 wohl mehr in Bezug auf entmündigte Erwachsene formulierte Befund traf in der damaligen Perspektive weitgehend auch auf entmündigte, untergebrachte Kinder und Jugendliche zu. Die Situation stellte sich zumindest bis in die 1980er Jahre hinein aber auch für nicht Entmündigte nicht wesentlich anders dar.

> „Einmal eingewiesen in der Obhut eines Kurators, der sich in der Regel nicht um seinen ‚Schützling' kümmert, wird der betreffende Mensch verwahrt bis – ja bis er die Anstalt ‚mit den Füßen voran' verlässt." (Laburda 1982:71)

Bereits in den 1970er Jahren gab es Entwürfe zur Neuregelung des Unterbringungswesens. Bis zum Inkrafttreten des Unterbringungsgesetzes (UbG), das in diesem Kontext als Meilenstein zu betrachten ist, dauerte es noch bis 1991. Die Überwindung der nicht oder unzulänglich kontrollierten Anhaltungen in der geschlossenen Psychiatrie stellte sich langwierig und mühsam dar.

In den eingesehenen Akten gab es nur selten Hinweise auf Angehörige oder (rechtliche) VertreterInnen, die sich über Umstände der Unterbringung, die auf Pavillon 15 herrschenden Zustände, den dortigen Umgang mit den PatientInnen, die Betreuung oder Versorgung beschwerten. In den wenigen Fällen, wo dies doch geschah, war das Vorbringen in der Krankenakte zumeist als „querulatorisch" eingestuft worden. In keinem einzigen Fall konnten Hinweise darauf gefunden werden, dass das Gericht in Beschwerden einbezogen oder gar rechtliche Schritte gegen die Anhaltung unternommen worden wären. Daraus ist nicht notwendigerweise abzuleiten, dass es dies bzgl. PatientInnen des Pavillon 15 gar nicht gab, zumindest kam es aber sehr selten vor. Dieser Befund findet in der einschlägigen Literatur und auch in unseren Expertengesprächen allgemein Bestätigung (z.B. Lehner 1982:175). Der damalige Präsident des Oberlandesgerichtes Wien stellte anlässlich der 1982 veranstalteten Enquete „Schutz der Persönlichkeitsrechte am Beispiel der Behandlung von Geisteskranken, 1780 bis 1982" bezüglich der Entmündigungs- und Anhalteverfahren Folgendes fest:

> „Es gibt kein gerichtliches Verfahren mit so wenig Überprüfung des erstgerichtlichen Verfahrens." (Lehner 1982:176)

Dieser Umstand zeigte sich auch bei den oberstgerichtlichen Entscheidungen. Zwischen 1920 und 1978 wurden nur 68 Entscheidungen des Obersten Gerichtshofes zu Fragen der Entmündigung veröffentlicht, von denen sich 50 auf Verfahrensfragen bezogen, und gar nur fünf Entscheidungen auf Anhaltungen (vgl. Lehner 1982:177). Die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) war seit 1953 in Kraft und seit 1958 durch Österreich ratifiziert. An den Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) fand keine Beschwerde zum Entmündigungs- oder Anhaltungsrecht ihren Weg. Allerdings dauerte es auch international lange, bis dieser vermehrt angerufen wurde. Zum Rechtsbereich der Unterbringung wurde erst 1979 der erste Fall an den EGMR herangetragen (Fall Winterwerp, EGMR 24.10.1979). Es ist anzunehmen, dass weder das schematische Anhalteverfahren, das keine umfassende, fundierte Abklärung vornahm, noch die alleine mit der Entmündigung begründete Unterbringung vor dem EGMR standgehalten hätte.

Rechtsmittelmöglichkeiten hätte es sehr wohl gegeben, das Problem war der Zugang zu den Rechtsmitteln bzw. vielmehr die Frage, wer diese ergreifen hätte können: Es gab keine „Kläger“. Eine Vertrauensperson, wie sie in Entwürfen zum Unterbringungsgesetz angedacht worden war, gab es nicht, eine zwingende rechtliche Vertretung war nicht vorgesehen und auch die mit dem UbG später eingeführte Patientenanwaltschaft gab es noch nicht. Die Eltern bzw. gesetzlichen Vertreter waren, so sie überhaupt greifbar bzw. präsent waren, meist an der Unterbringung und der Entmündigung beteiligt und standen oft auch unter Druck, weil sie die aufwändige Betreuung, Pflege und Versorgung der Kinder nicht leisten konnten oder wollten. Zudem kam der Großteil der Kinder und Jugendlichen auf Pavillon 15 aus Familien mit eher geringen kulturellen, sozialen und ökonomischen Ressourcen (vgl. Kap. 5.2). Das meist bescheidene Engagement anderer (gesetzlicher) VertreterInnen trug das ihre dazu bei, dass keine rechtlichen Schritte gegen die Unterbringung unternommen wurden.

Wenn rechtliche Möglichkeiten nicht genutzt bzw. praktiziert werden, so trägt dies maßgeblich dazu bei, dass sich die vorherrschende Praxis verfestigen kann.

Die damals vorherrschende gerichtliche Praxis im Entmündigungs- und Anhalterecht war hinsichtlich eigener oder von ihr veranlasster Kontrollen sehr zurückhaltend und stellte fachärztliche Einschätzungen kaum in Frage. Dies trug zweifellos dazu bei, dass Unterbringungen so lange ohne effektive Kontrolle und erforderliche Schutzmaßnahmen für die Betroffenen erfolgten, wie auch im Expertengespräch mit dem früheren Richter zum Ausdruck kam:

> „Naja, es hat einmal bei dem ganzen Verfahren keinen Rechtsmitteldruck gegeben. Also es haben weder die privaten Leute, auch weder die Eltern, meiner

> Erinnerung nach, noch sonst eine Institution geschaut, ob das also zu Recht ist oder nicht zu Recht ist.“ (IP85_E/J:1/16ff.)

Vereinzelt gab es Bemühungen um Aufhebungen der Unterbringung, mitunter auch erfolgreich. Die Initiative dazu ging von Angehörigen (vgl. etwa KG14b_S oder KG15b_S), aber auch von RichterInnen (vgl. ebd. oder KG10a_S) aus. In einem solchen Fall hatte der/die zuständige PflegschaftsrichterIn die Unterbringung zunächst nur vorübergehend genehmigt und das Jugendamt aufgefordert, einen geeigneten Pflegeplatz in einer offenen Einrichtung zu organisieren. Nachdem dies mehrmals und über längere Zeit hindurch gescheitert war, blieb das Kind am Pavillon 15. Dieses Beispiel macht nochmals deutlich, dass der Mangel an alternativen Einrichtungen zur Betreuung der Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen ein zentraler Grund für deren ansonsten sehr oft weder erforderliche noch geeignete Unterbringung in der geschlossenen Psychiatrie war.

28.4. Die Gestaltung der Unterbringung in der geschlossenen Psychiatrie

Die rechtlichen Rahmenbedingungen

Vergeblich sucht man nach Bestimmungen, mit denen der Vollzug der Unterbringung im Detail geregelt gewesen wäre. Die Bestimmungen stellen sich vor allem programmatisch dar. Zum einen liest man in § 37 Zif. 2 a) KAG, dass der Zweck der Aufnahme in eine öffentliche Anstalt für Geisteskrankheiten allgemein die Behandlung zur Heilung oder Besserung der Krankheit ist.[466] Zum anderen verwiesen die §§ 37 Zif. 2 b) und c) und 51 Abs.1 und 3 KAG auf Ziele und Behandlungsmöglichkeiten, die ansonsten in allgemeinen Krankenanstalten nicht gegeben waren:

- Die erforderliche Pflege, so diese außerhalb der Krankenanstalt nicht gewährleistet ist (§ 37 Zif. 2 b).
- Beaufsichtigung und Absonderung, wenn der Kranke seine oder die Sicherheit anderer Personen gefährdet (§ 37 Zif. 2 c).
- Zwangsweise Angehaltene können Beschränkungen in der Freiheit der Bewegung oder des Verkehrs mit der Außenwelt unterworfen werden (§ 51 Abs. 1 KAG).

---

[466] Die entsprechenden landesgesetzlichen Regelungen finden sich in § 46 Wr. KAG.

- Pfleglinge, die Freiheitsbeschränkungen unterworfen sind, können auch zu einer entsprechenden Beschäftigung im Rahmen der Heilbehandlung herangezogen werden (§ 51 Abs. 3 KAG).

Details in Hinblick auf medizinische oder therapeutische Behandlungen vermisst man in den gesetzlichen Regelungen.

Beobachtungen und Diskussion

Das KAG 1957 war ein grundlegender Fortschritt hinsichtlich der gesetzlichen Regelung der psychiatrischen Versorgung. Nicht zuletzt wurden damit die psychiatrischen Anstalten als „Sonderheilanstalten für Geisteskranke" in das Krankenanstaltenwesen integriert (vgl. Forster/Pelikan 1982:311). Formal brachte das KAG eine Medikalisierung der geschlossenen Psychiatrie, allerdings beschränkten sich die Vorgaben hinsichtlich des Behandlungs- und Versorgungsangebotes weitgehend auf Ermächtigungen zu bzw. die Legitimation von Beaufsichtigung, Absonderung und Freiheitsbeschränkungen:

> „(Dadurch – Anmerkung des Verfassers) (…) wurde eine Normalisierung und Humanisierung der Lebensbedingungen in diesen Einrichtungen erschwert und ihre freiwillige Inanspruchnahme wenig einladend gemacht." (ebd.:312)

Hätte es engagierte, informierte, potentielle Beschwerdeführer in Hinblick auf die Unterbringungs-, Versorgungs- und Behandlungsbedingungen in der geschlossenen Psychiatrie gegeben, so hätten sie auf der einfachgesetzlichen Ebene des KAG kaum Anknüpfungspunkte für rechtliche Schritte gefunden. Anknüpfungspunkte hätten aber wohl die verfassungsrechtlich garantierten Grund- und Freiheitsrechte bzw. die Rechtsschutzeinrichtungen gegen Akte hoheitlicher staatlicher Gewalt geboten. In Anbetracht der Tatsache, dass 1986 noch immer eine neue gesetzliche Regelung des Unterbringungsrechts auf sich warten ließ, wies Kopetzki auf die „bemerkenswerte Resistenz" des Anhalterechts gegenüber einer weitergehenden Verrechtlichung und auf eine Schlechterstellung der davon Betroffenen gegenüber anderen Freiheitsbeschränkungen (z.B. der strafrechtlichen) hin:

> „Unbestreitbar ist freilich auch, dass die einfachgesetzliche Rechtslage und die Praxis des Anhalterechts hinter diesem verfassungsrechtlich verbürgten Standard zurückbleiben. Verglichen mit anderen Formen staatlichen Freiheitsentzuges, die sowohl hinsichtlich des Freiheitsentzuges als auch der Ausgestaltung des Anstaltsverhältnisses in gesetzlich im großen und ganzen (sic!) hinreichend determinierten und kontrollierbaren Bahnen abläuft, orientiert sich das Anhalterecht vielfach noch an vorkonstitutionellen Konzeptionen." (Kopetzki 1986:88)

Vor diesem rechtlichen Hintergrund ist es wenig verwunderlich, dass die Forschungen zu Pavillon 15 keine Hinweise auf konkrete rechtliche Schritte zur Beanstandung oder Bekämpfung von Unterbringungs-, Versorgungs- oder Behandlungsbedingungen der dort Untergebrachten ergaben. Es fehlten nicht nur die potentiellen Beschwerdeführer, solche hätten sich von aufwändigen und langwierigen Verfahren bis zu den Höchstgerichten nicht abschrecken lassen dürfen.

Erst das UbG hielt ausdrücklich fest, was in Fachkreisen längst unbestritten war, nämlich, „daß geistig behinderte Menschen in psychiatrischen Krankenanstalten fehlplaziert sind“ (Laburda, 1982:79; vgl. auch Berger/Friedrich 1977). Anzumerken ist hier jedoch, dass auch die Einführung des UbG nicht umgehend die systematische Anhaltung von Menschen mit kognitiven Behinderungen in psychiatrischen Krankenanstalten verhinderte. So wurde in einem eingesehenen gerichtlichen Anhaltebeschluss 1995 festgehalten, dass die Unterbringung geistig behinderter Menschen in psychiatrischen Krankenhäusern gesetzlich nicht vorgesehen wäre, mangels anderer, geeigneter und von der öffentlichen Hand finanzierten Einrichtungen mitunter aber Praxis wäre (vgl. KG14a_S).

Mit dem UbG wurden erstmals auch umfassende Regelungen zur ärztlichen Behandlung und fundierte Rechtsschutzvorkehrungen in Bezug auf Freiheitsbeschränkungen geschaffen.

Im Untersuchungszeitraum fehlten auch andere, dem heutigen Stand entsprechende Einrichtungen zum Schutz Betroffener, zur Kontrolle der grund- und menschenrechtlichen Bedingungen sowie zur Überprüfung der öffentlichen Verwaltung allgemein. Dazu ist etwa die Volksanwaltschaft zu zählen, wiewohl diese bereits 1981 gesetzlich verankert wurde. Eine besonders wichtige Kontrollfunktion obliegt heute den 2012 bei der Volksanwaltschaft eingerichteten OPCAT[467]-Kommissionen, die alle Einrichtungen besuchen und kontrollieren, in denen es zum Entzug oder zur Einschränkung der persönlichen Freiheit kommt oder kommen kann.

Der geltende § 15 b des Wiener Krankenanstaltengesetzes (Wr. KAG) fordert nunmehr von den Rechtsträgern von Krankenanstalten auch Qualitätssicherungsmaßnahmen, die so zu gestalten sind,

---

[467] Optional Protocol to the Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment; auf Deutsch: Fakultativprotokoll zum Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe.

> „daß sie den wissenschaftlich anerkannten Maßstäben der Qualitätssicherung entsprechen und regelmäßige vergleichende Prüfungen der Qualität mit anderen Krankenanstalten ermöglichen." (§ 15 b Wr.KAG)

Derartige Maßnahmen der Qualitätssicherung waren im KAG von 1957 noch nicht vorgesehen.

28.5. UNTERBRINGUNG IN DER „RETT-KLINIK"

In den 1960er Jahren wurde die „Rett-Klinik" eine Abteilung des Neurologischen Krankenhauses der Stadt Wien Rosenhügel (vgl. Kap. 16.1). Die rechtliche Einordung der Klinik vor dieser Zeit ist unklar. In einem Schreiben des Anstaltenamtes aus dem Jahre 1956[468] wird festgehalten, dass die Abteilung im Rahmen der geschlossenen Anstaltsfürsorge geführt wird. Weder das Bundes Jugendwohlfahrtsgesetzes noch das Wiener Jugendwohlfahrtsgesetzes sahen jedoch eine „geschlossene Anstaltsfürsorge" vor. Unabhängig davon, ob die Klinik als Heim oder Pflegeanstalt zu betrachten gewesen wäre, eine zwangsweise Anhaltung war ausschließlich in sogenannten Sonderkrankenanstalten für Geisteskrankheiten zulässig (§ 2 Abs. 1 Z 2 KAG). Eine solche Zweckwidmung der „Rett-Klinik" bestand allerdings gemäß der vorliegenden Daten nie. In der Praxis kam es offenbar vor, dass Anhaltungen auch in anderen Krankenanstalten oder in Pflegeheimen genehmigt wurden. Die bezüglich der „Rett-Klinik" zugänglichen Dokumente geben allerdings keine Hinweise darauf, dass es dort Anhalteverfahren bzw. zwangsweise Anhaltungen im Sinne der EntmO bzw. des KAG gegeben hätte.

Alle verfügbaren Daten weisen darauf hin, dass die Kinder in dieser stationären Einrichtung in der Regel auf Veranlassung bzw. mit Zustimmung ihrer Eltern oder der gesetzlichen VertreterInnen waren. Die Berechtigung der Eltern dazu ergab sich, wie bereits weiter oben ausgeführt, aus deren Fürsorge- und Pflegepflichten (§§ 139 ff ABGB) bzw. vor allem aus dem Recht zur Bestimmung des Aufenthaltsortes des Kindes (§ 145 ABGB). Entsprechende Rechte und Pflichten bestanden auch für den Vormund, der allerdings, so es keine Amtsvormundschaft war, eine pflegschaftsgerichtliche Genehmigung einholen musste. Indem die Kinder der „Rett-Klinik" anvertraut wurden, wurden dieser deren Pflege und Betreuung übertragen. Damit

---

[468] Schreiben der Magistratsabteilung 17 – Anstaltenamt (M.Abt.17-384/56/IV) vom 22. Feber 1956 betreffend die „Eröffnung der Kinderabteilung im Altersheim Lainz.

waren wohl auch Freiheitsbeschränkungen und selbst unmittelbare Beschränkungen der Bewegungsfreiheit erlaubt. Als Zulässigkeitskriterium ist das „Wohl" des Kindes zu betrachten (vgl. Klang/Gschnitzer 1962:139 bzw. die Bestimmungen in § 146 ABGB neue Fassung). Dieser unbestimmte Gesetzesbegriff lässt einigen Interpretationsspielraum offen. Als Strafe wären Beschränkungen der Bewegungsfreiheit zumindest seit Mitte der 1970er nicht mehr zulässig gewesen. Mit dem StGB 1975 wurde die Legitimation von Züchtigungsrechten aus dem materiellen Strafrecht entfernt und 1977 auch aus dem ABGB. Die Anwendung von Gewalt und die Zufügung körperlichen oder seelischen Leides zu „Erziehungszwecken" durch Eltern waren ab dann unzulässig. Hatte man früher auch anderen (z.B. ErzieherInnen oder PflegerInnen) Züchtigungsrechte zugestanden, wurde zumindest ab den späten 1960er Jahren immer öfter festgestellt, dass das Züchtigungsrecht der Eltern ein persönliches Recht ist, das nicht auf andere übertragen werden kann (z.B. Foregger/Serini 1968:286).

Das UbG und das Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) gewährleisten heute einheitliche Standards und rechtliche Schutzmaßnahmen bezüglich Freiheitsbeschränkungen gegenüber Menschen mit psychischer Erkrankung oder kognitiver Behinderung. Tatsächlich gibt es aber auch heute noch einen Kinder und Jugendliche mit psychischen und intellektuellen Beeinträchtigungen betreffenden Bereich, für den bislang nicht geregelt ist, unter welchen Voraussetzungen freiheitsbeschränkende Maßnahmen zulässig sind. Konkret betrifft dies sozialpädagogische Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, wo solche Beschränkungen offenbar vorkommen (z.B. Volksanwaltschaft 2013:71). Das hier maßgebliche Kinder- und Jugendhilfegesetz aus dem Jahr 2013 enthält keine entsprechende Regelung. Der 2016 vorgelegte Entwurf eines „Erwachsenenschutzgesetzes"[469] sieht nun vor, dass die bislang vom HeimAufG ausgenommenen Heime und andere Einrichtungen zur Pflege und Erziehung Minderjähriger, die unter der Aufsicht der Kinder- und Jugendhilfeträger stehen (sozialpädagogische Einrichtungen nach § 17 Abs. 6 B-KJHG), auch von diesem Gesetz erfasst werden sollen. Das Gesetz wurde allerdings 2016 nicht beschlossen. Eine Beschlussfassung in absehbarer Zeit bleibt zu hoffen.

[469] https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/ME/ME_00222/fname_545855.pdf [Stand: 01.12.2016].

28.6. STERILISATION MINDERJÄHRIGER PATIENTINNEN

Die rechtlichen Rahmenbedingungen

Das ins frühe 18. Jahrhundert zurückgehende Strafgesetz (StG) war auch während des Nationalsozialismus nicht außer Kraft gesetzt und galt bis Ende 1974. Mangels anderer spezifischer Regelungen in Hinblick auf Sterilisationen galt grundsätzlich der § 152 StG „Verbrechen der schweren körperlichen Beschädigung". Demnach war die „Unfruchtbarmachung" im Allgemeinen rechtswidrig, als „schwere Körperbeschädigung" strafbar und je nach Qualifikation des Täters oder der Täterin mit sechs Monaten bis zu zehn Jahren Kerker bestrafbar. Wenn sie eine „Heilbehandlung" darstellte, und als solche wurde jedenfalls auch die Vermeidung von Lebensgefahr für die Frau betrachtet, war die Sterilisation laut Lehre und Judikatur jedoch nicht strafbar (vgl. Foregger/Serini 1968:132). Ob eine Sterilisation oder auch eine Kastration zur Verhütung „erbkranken Nachwuchses" mit Zustimmung der Betroffenen zulässig war, war laut Rittler zweifelhaft (vgl. Rittler 1962:25). Strafbar blieb sie laut Rittler jedenfalls, wenn sie nur dem Zweck diente, unerwünschte Schwangerschaften zu verhüten, oder auch bei rein „sozialer Indikation" (ebd.).

Etwas mehr Klarheit brachte das 1975 in Kraft getretene Strafgesetzbuch (StGB), das im § 90 unter dem Titel „Einwilligung des Verletzten" ausdrücklich die Bedingungen für eine nicht rechtswidrige Sterilisation regelte. Abgesehen von dieser Ausnahmeregelung blieb die Sterilisation aber weiterhin als „absichtliche schwere Körperverletzung" gem. § 87 StGB strafbar und mit einer Freiheitsstrafe von einem bis zu fünf Jahren, bei schweren Dauerfolgen sogar mit bis zu zehn Jahren bedroht. Eine von einem Arzt mit Einwilligung vorgenommene Sterilisation ist gem. StGB nicht rechtswidrig, wenn eine medizinische Indikation besteht, die betroffene Person das 25. Lebensjahr vollendet hat oder wenn der Eingriff aus anderen Gründen nicht gegen die guten Sitten verstößt. Der unbestimmte Begriff der „guten Sitten" ließ aber weiterhin einen breiten Interpretationsspielraum zu. Laut Foregger/Serini wurde Letzteres jedenfalls angenommen, wenn die Weitergabe einer ernstzunehmenden Erbkrankheit (eugenische Indikation) zu befürchten war oder die Geburt weiterer Kinder erhebliche Gesundheitsschäden befürchten ließ (medizinisch-soziale Indikation) (vgl. Foregger/Serini 1991:248). Die herrschende Judikatur sah auch dann keinen Verstoß gegen die guten Sitten, wenn

> „Erbschäden von Nachkommen nicht zu erwarten waren, die Sterilisation aber an einer ‚geistesschwachen' Person vorgenommen wurde, die die Vorgänge der Menschwerdung nicht erfassen kann, selbst pflegebedürftig und außerstande war, Kinder zu pflegen und zu erziehen." (Entscheidungen des OGH vom 12.12.1977 zu 1 Ob 735/77 und vom 30.4.1991 zu 5 Ob 518/91)

Eine Kastration, also die Entfernung oder Zerstörung der Keimdrüsen (Hoden, Eierstöcke) wurde laut Foregger/Serini nur aus medizinisch indizierten Gründen als rechtmäßig betrachtet (vgl. Foregger/Serini 1991:248).

Abgesehen von einzelnen OGH-Entscheidungen gab es aber weiterhin keine ausdrückliche Regelung der Sterilisation von Menschen mit kognitiver Behinderung. In Verbindung mit der strafrechtlichen Qualifikation stellte sich vor und nach 1975 auch die Frage, welche Anforderungen an die Zustimmung zu richten waren. Bei Minderjährigen mit kognitiver Behinderung war es Praxis, dass die elterliche Zustimmung genügte und keine pflegschaftsgerichtliche Genehmigung eingeholt werden musste (vgl. Trompisch 1998:o.S.). Das Genügen der elterlichen Entscheidung wurde offenbar nicht in Frage gestellt und war durch die im § 139 des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches (Fassung vor Neuordnung des Kindschaftsrechts 1977; heute § 138 in Verbindung mit § 159 ABGB) geregelten Rechte und Pflichten der Eltern, im Sinne des Wohles des Kindes zu entscheiden und handeln, erfasst. Die Einwilligung durch gesetzliche VertreterInnen von entmündigten Kindern oder Erwachsenen bedurfte aber doch der pflegschaftsgerichtlichen Genehmigung (§ 216 ABGB), die zu erteilen war, wenn besondere Umstände im Sinne der oben angeführten Indikationen bzw. Begründungen den Eingriff rechtfertigten (Entscheidungen des OGH zu 1 Ob 735/77).

Erst mit dem Kindschaftsrechtsänderungsgesetz 2001 (KindRÄG 2001) wurden Sterilisationen insgesamt strenger und die Zustimmungserfordernisse genauer geregelt, zudem fand der Wille der Kinder bzw. der Betroffenen generell und bei medizinischen Eingriffen im Besonderen Berücksichtigung.

Beobachtungen und Diskussion

In den Krankengeschichten und Akten des Pavillons 15 „Am Steinhof" stößt man kaum auf das Thema Sexualität, bei jungen Frauen vereinzelt im Zusammenhang mit der Frage der Verschreibung der Pille, bei jungen Männern im Zusammenhang mit der Verabreichung triebdämpfender Präparate. Sterilisation war dort zumindest aktenkundig kein Thema.

Anders stellt sich dies am Rosenhügel dar, wo Sterilisationen von Mädchen und jungen Frauen mit kognitiven oder auch Mehrfachbehinderungen verschiedentlich in Akten bzw. Schriftverkehr nachzuvollziehen waren. Am Rosenhügel wurden keine Sterilisationen vorgenommen. Rett avisierte bzw.

vermittelte Patientinnen dazu z.B. an die Rudolfstiftung oder die Semmelweis-Klinik (vgl. hierzu auch Kap. 25). Nachfolgend sollen zwei Fälle aus rechtlicher Perspektive exemplarisch dargestellt werden (vgl. KO_Mappe „Sterilisationen":1973):

Die Fälle betreffen Sterilisationsempfehlungen für ein fünfzehnjähriges Mädchen und eine neunzehnjährige junge Frau vor Einführung des StGB 1975. In den Schreiben an die um Durchführung ersuchten Ärzte erläuterte Rett das Krankheitsbild und vor allem die geringe intellektuelle Reife in Verbindung mit dem Hinweis darauf, dass dies im äußeren Erscheinungsbild der Patientinnen nicht erkennbar wäre. In einem Fall wurde auf Probleme durch die zunehmende körperliche Reifung und Anzeichen einer „Triebenthemmung" hingewiesen. Allfällige Folgen oder Gefahren durch eine Schwangerschaft für die Patientinnen oder für Kinder wurden nicht erörtert. Bewertet man diese Argumentation für eine Sterilisation auf der Grundlage der erläuterten rechtlichen Situation zu dieser Zeit, so passierten diese Sterilisationen in einem rechtlichen „Graubereich", eher sogar in einem „dunkelgrauen Bereich". Bemerkenswert ist nicht zuletzt die Tatsache, dass in beiden Schreiben zunächst ausführlich die Gründe für die Sterilisation dargelegt wurden und abschließend auf ein anderes, vorgeblich zentrales Anliegen hingewiesen wurde: Es bestanden seit mehreren Monaten wiederkehrende, kolikartige Bauchschmerzen, die es empfehlen würden, den Blinddarm zu entfernen. An diese „Gelegenheit" wurde die Bitte angeschlossen, aus den eingangs erläuterten Gründen eine Unterbindung der Eileiter vorzunehmen. Im einen Fall ist die Tatsache, dass an die Semmelweis-Frauenklinik überwiesen wurde, ein Hinweis mehr darauf, dass es zentral um die Sterilisation ging. Die Semmelweis-Klinik wäre für eine einfache Blinddarmoperation wohl nicht die erste Adresse gewesen. Durch die scheinbar ohnehin erforderliche Blinddarmoperation wurde die Sterilisation als geringfügiger zusätzlicher Eingriff dargestellt.

Festzuhalten ist hier nochmals, dass Rett die Eingriffe nicht selbst durchgeführt hat, in einem Strafverfahren wäre er aber wohl als Beteiligter betrachtet worden. Bezweifelt man, dass die hier zum Ausdruck kommende Praxis von den anerkannten, die Strafbarkeit ausschließenden Rechtfertigungsgründen erfasst gewesen wäre, so führt dies zur Frage, wer den Sachverhalt zur Anzeige gebracht hätte. Nachdem aufgrund der vorliegenden Erkenntnisse wahrscheinlich erscheint, dass die Eltern einverstanden bzw. vermutlich oft auch Initiatoren waren (vgl. Kap. 25.4 in diesem Band), gab es keine „KlägerInnen". Das zeigt sich nicht zuletzt darin, dass es bis in die 1980er Jahre kaum Judikatur zu diesen Fragen gab.

Wenngleich nicht immer schriftliche Einverständniserklärungen in den Akten vorlagen, kann davon ausgegangen werden, dass die elterliche Zustimmung in der Regel gegeben war. Schriftlichkeit der Zustimmung war nicht erforderlich, ebensowenig der herrschenden Meinung nach eine gerichtliche Zustimmung, so das Kind von den Eltern vertreten wurde. Bei Kindern unter Kuratel wäre zusätzlich zur Zustimmung des/der rechtlichen VertreterIn die Zustimmung des Pflegschaftsgerichtes erforderlich gewesen. In einem der genannten Fälle ist zusätzlich bemerkenswert, dass die Sterilisation wenige Wochen vor dem 1. Juli 1973 angebahnt worden war, wurde doch zu diesem Stichtag die Volljährigkeit von 21 auf 19 Jahre gesenkt, sodass die bereits neunzehnjährige Patientin volljährig geworden wäre. Nachdem es keine Hinweise für eine Entmündigung gab, wäre eine spätere Sterilisation vermutlich wesentlich komplizierter geworden. Hätten Zweifel daran bestanden, dass die junge Frau die Zustimmung selbst erteilen kann, hätte ein Entmündigungsverfahren eingeleitet und bei entsprechender Beschlussfassung die Zustimmung des Kurators und des Pflegschaftsgerichtes eingeholt werden müssen.

Aus heutiger Sicht ist jedenfalls auch anzumerken, dass es in den Akten keine Hinweise darauf gibt, dass die Betroffenen zu diesem Eingriff befragt wurden. Es ist anzunehmen, dass es damals keine Bemühungen in diesem Sinn gegeben hat, allerdings nicht nur am Rosenhügel. In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass in der Praxis auch bei volljährigen Menschen mit Lernschwierigkeiten deren Willen gar nicht oder zu wenig berücksichtigt und die mangelnde Zustimmung sehr schnell pflegschaftsgerichtlich ersetzt wurde (vgl. Trompisch 1998:o.S.). Es kann hier nicht beurteilt werden, inwieweit die Betroffenen in den beschriebenen Fällen Erklärungen zur Sexualität, Empfängnisverhütung etc. verstanden hätten. Festzuhalten ist, dass die betroffenen Frauen sehr oft nicht einmal über die Sterilisation Bescheid wussten (vgl. Schlaffer 1998:o.S. sowie Kap. 25.4 in diesem Band).

Die Kinderrechtskonvention (ratifiziert mit BGBl. 7/1993) gab 1990 einige Anstöße hinsichtlich der Zustimmungserfordernisse zu medizinischen Eingriffen, die später im KindRÄG zu maßgeblichen Änderungen führten. In den erläuternden Bemerkungen zum KindRÄG (2000) heißt es unter anderem:

> „Wenn eine Person Grund und Bedeutung der Behandlung einsehen und ihren Willen nach dieser Einsicht bestimmen kann, kann die Einwilligung in eine medizinische Behandlung immer nur sie selbst erteilen. Ist diese Voraussetzung gegeben, so muss das verfassungsrechtlich garantierte Selbstbestim-

> mungsrecht dieser Person einer allfälligen Fremdbestimmung (auch durch die Eltern oder andere mit der Obsorge betraute Personen) vorgehen."[470]

Die hier angesprochene Einsichtsfähigkeit wird grundsätzlich von der Geschäftsfähigkeit unterschieden und ist auch eigens zu beurteilen.

Hinsichtlich der Sterilisierung von Minderjährigen wählte der Gesetzgeber des KindRÄG 2001 die strengste denkbare Lösung, indem er diese gänzlich ausschloss:

> „Weder ein minderjähriges Kind noch die Eltern können in eine medizinische Maßnahme, die eine dauernde Fortpflanzungsunfähigkeit des minderjährigen Kindes zum Ziel hat, einwilligen." (§ 163ABGB geltende Fassung).

Parallel dazu wurde im ABGB geregelt, dass die erforderliche Zustimmung eines Erwachsenen zu einer Sterilisation nicht durch die Zustimmung eines Sachwalters ersetzt werden kann, es sei denn,

> „(…) dass sonst wegen eines dauerhaften körperlichen Leidens eine ernste Gefahr für das Leben oder einer schweren Schädigung der Gesundheit der behinderten Person besteht."(§ 282 Abs. 3 ABGB alte Fassung, §284 ABGB aktuell)

Diese Zustimmung bedarf immer der pflegschaftsgerichtlichen Genehmigung. Der Oberste Gerichtshof bekräftigt mit seiner Judikatur eine sehr enge Auslegung der Ausnahmeregelung, die auch nur dann zur Anwendung kommen darf, wenn eine Schwangerschaft durch keine anderen Maßnahmen mit ausreichender Sicherheit verhindert werden kann (Entscheidung des OGH vom 12.06.2012 zu 4 Ob 59/12y).

28.7. SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH

Die rechtlichen Rahmenbedingungen

Das bis Ende 1974 geltende österreichische Strafgesetz war, wie bereits festgehalten, seit dem 19. Jahrhundert und auch während des Nationalsozialismus in Kraft. In den §§ 144 ff wurde unter der Überschrift „Von der Abtreibung der Leibesfrucht" der Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich und generell unter Strafe gestellt. Das Gesetz führte tatsächlich auch keine

---

[470] Unter Punkt II.A.2c aufgerufen unter https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXI/I/I_00296/fnameorig_000000.html am 26.04.2016.

Ausnahmen dazu an, die oberstgerichtliche Judikatur anerkannte aber eine medizinische Indikation:

> „(…) ist nur dann nicht rechtswidrig und daher straflos, wenn der Eingriff erfolgt, um von einer Schwangeren eine gegenwärtige, nicht anders abwendbare Lebensgefahr oder Gefahr dauernden schweren Schadens an der Gesundheit abzuwenden." (Foregger/Serini 1968:126)

Andere Indikationen, seien es eugenische, soziale oder ethische, wurden nicht anerkannt und wirkten dementsprechend auch nicht rechtfertigend oder strafausschließend. Bei vollendeter Abtreibung war ein Strafrahmen von einem bis zu fünf Jahren Kerker vorgesehen.

Wohl hatte es bereits seit den 1950er Jahren Bemühungen gegeben, den Schwangerschaftsabbruch neu zu regeln, erst 1971 wurde aber mit einem Entwurf zum neuen Strafrecht auch eine Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs vorgeschlagen. Der unter Justizminister Broda vorgelegte Entwurf enthielt neben der medizinischen eine sozialmedizinische[471], ethische[472] und eugenische Indikation bzw. den Vorschlag, dass die Gerichte bei Vorliegen besonders berücksichtigungswürdiger Gründe von einer Bestrafung absehen können sollen. Zudem wurde eine Reduktion des Strafrahmens auf bis zu ein Jahr Freiheitsstrafe vorgeschlagen. Der Entwurf sollte das Gesetz an die milde Strafenpraxis der Gerichte anpassen (vgl. Mesner 1994:182). Die Indikationenlösungen hätte die Entscheidungen weitgehend den Ärzten überantwortet (vgl. Griessler 2006:14). In der Folge gab es Initiativen sowohl für als auch gegen die gänzliche Streichung des § 144 StG (vgl. Mesner 1994: 184ff).

Nach heftigen parlamentarischen und außerparlamentarischen Kontroversen wurde schließlich nicht der ursprüngliche Entwurf, sondern die sogenannte Fristenlösung nur mit den Stimmen der SPÖ in das mit 1.1.1975 in Kraft getretene Strafgesetzbuch aufgenommen. Grundsätzlich ist der Schwangerschaftsabbruch gem. § 96 StGB weiterhin strafbar, in § 97 wurden aber vor allem für die damalige Zeit sehr umfassende Ausnahmebestimmungen aufgenommen, die, so sie erfüllt sind, die Strafbarkeit ausschließen. Die zentrale Bestimmung der Fristenlösung ist in § 97 Abs.1 Z 1 StGB festgehalten und besagt, dass ein Schwangerschaftsabbruch ohne Angabe von Grün-

---

[471] Medizinische Indikation erweitert um soziale Aspekte, die eine gesundheitliche Beeinträchtigung der Schwangeren nach sich ziehen könnten, wie psychische, soziale oder ökonomische Probleme (Griessler 2006:13).

[472] Z.B. nach einer Vergewaltigung oder bei einer Schwangerschaft einer unter 14Jährigen (Griessler 2006:13).

den nicht strafbar ist, wenn er innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn der Schwangerschaft nach ärztlicher Beratung von einem Arzt bzw. einer Ärztin vorgenommen wird. Darüber hinaus wurde in § 97 Abs.1 Z 2, 1. Fall StGB ein Schwangerschaftsabbruch nach dem dritten Schwangerschaftsmonat als straffrei geregelt, wenn eine ernste Gefahr oder eine schwere Schädigung der körperlichen oder seelischen Gesundheit der Schwangeren nicht anders abgewendet werden kann. „Ernste Gefahr" bedeutet, dass die Gefahr nicht nur möglich, sondern wirklich gegeben sein muss (vgl. Foregger/Serini 2010:320). Laut § 97 Abs.1 Z 2, 2. und 3. Fall ist der spätere Abbruch auch straffrei, wenn

> „eine ernste Gefahr besteht, dass das Kind geistig oder körperlich schwer geschädigt sein werde oder die Schwangere zur Zeit der Schwängerung unmündig gewesen ist und all diesen Fällen der Abbruch von einem Arzt vorgenommen wird." (§ 97 Abs.1 Z 2, 2. und 3. Fall)

Wenngleich vor 1975 ein Schwangerschaftsabbruch nur mit einer medizinischen Indikation zulässig war, hat sich grundsätzlich auch in diesen Fällen die Frage gestellt, wessen Zustimmung erforderlich war. Wie bereits ausgeführt wurde, brachte erst das KindRÄG ausdrückliche Regelungen zu höchstpersönlichen Rechten, der Einsichts- und Urteilsfähigkeit, sowie zu Zustimmungserfordernissen. Für die 1970er Jahre ist jedenfalls davon auszugehen, dass bei Minderjährigen mit intellektuellen Beeinträchtigungen aus rechtlicher Perspektive die Zustimmung der Eltern ausreichend war, bei entmündigten Personen hätte die Einwilligung der gesetzlichen VertreterInnen pflegschaftsgerichtlich genehmigt werden müssen. Anzunehmen ist, dass diese Rechtsauffassung auch in den 1980ern noch verbreitet war. Allerdings stellte Edelbacher bereits 1982 für die spätere Entwicklung wegweisend fest, dass die Einwilligung zu einem medizinischen Eingriff ein höchstpersönliches Recht sei, das sich aus dem Persönlichkeitsrecht der körperlichen Unversehrtheit ergebe (Edelbacher 1982:365). Die Schlussfolgerung daraus ist, dass solche Einwilligungen vom einsichts- und urteilsfähigen Menschen grundsätzlich selbst zu erteilen und grundsätzlich nicht bzw. nur unter sehr engen Bedingungen substituierbar sind. Jedoch findet sich erst 1997 eine dementsprechende höchstgerichtliche Entscheidung: Bezüglich der Frage einer pflegschaftsgerichtlichen Genehmigung der Zustimmung der Sachwalterin zu einem Schwangerschaftsabbruch bei einer komatösen Patientin betonte der OGH mit Verweis auf Edelbacher die Höchstpersönlichkeit solcher Entscheidungen. Die Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch kann daher durch einen rechtlichen Stellvertreter nur in Anbetracht einer höher zu bewertenden Gefahr für Leben und Gesundheit der Betroffen und

nach gerichtlicher Genehmigung gegeben werden (Entscheidung des OGH vom 11.11.1997 zu 7 Ob 355/97z).

Mit dem KindRÄG 2001 wurde die Höchstpersönlichkeit derartiger Entscheidungen auch für mündige Minderjährige klargestellt. Mündige Minderjährige gelten als einsichts- und urteilsfähig (§173 ABGB) und können daher auch selbst die Zustimmung zu einem Schwangerschaftsabbruch geben. Bei fehlender Einsichts- und Urteilsfähigkeit können die Eltern entscheiden, wenngleich sie aufgrund des höchstpersönlichen Charakters nur aus besonderen Gründen gegen den erklärten Willen der Betroffenen verfügen sollten (vgl. Foregger/Serini 2010:320).

Beobachtungen und Diskussion

In einem Schreiben an die damalige Landtagspräsidentin Hlawka bekannte sich Rett 1975 zu einer erweiterten Indikationenlösung des Schwangerschaftsabbruchs, wie sie im Entwurf von 1971 vorgeschlagen worden war, und beteuerte, dass die Fristenlösung nicht der „richtige Weg ist" (KO_R:28.01.1975). Seiner im besagten Brief ausgedrückten Auffassung nach müsse die Entscheidung und Verantwortung „zu und über einen Schwangerschaftsabbruch beim Arzt alleine gelegen sein" (ebd.). Darüber hinaus verweist er im Schreiben darauf, dass er entgegen der Rechtslage bereits seit zwei Jahrzehnten Schwangerschaftsunterbrechungen auf seine persönliche Verantwortung hin vornehmen lasse, wenn bzw. wo er sie ärztlich und menschlich für unerlässlich betrachte (vgl. ebd.).

Tatsächlich finden sich im Schriftverkehr etliche Befunde und Schreiben an andere Kliniken, in denen sich Rett vor 1975 für Schwangerschaftsabbrüche ausgesprochen hat. Die Begründungen beziehen sich auf medizinische[473], vielfach aber auch auf sozialmedizinische und/oder eugenische Indikationen.[474]

Auch angesichts des zitierten Briefes ist anzunehmen, dass sich Rett mit manchen seiner Veranlassungen von Schwangerschaftsabbrüchen vor 1975 grundsätzlich dem Risiko einer Strafverfolgung aussetzte, was ihm offenbar auch bewusst war. Allerdings wurde der Schwangerschaftsabbruch zu dieser Zeit rechtlich generell nicht offensiv verfolgt, die gesellschaftlichen Ent-

473 Vgl. KO_R:22.06.1973; KO_R:19.04.1971.

474 Vgl. KO_R:09.11.1970; KO_R:16.12.1970; KO_R:27.10.1971; KO_R:25.03.1971; KO_R:05.12.1973, KO_R:11.09.1973.

wicklungen standen bereits im Zeichen der Entkriminalisierung dieses Delikts, auch bei sozialmedizinischer oder eugenischer Indikation.

28.8. OBDUKTIONEN UND ORGANENTNAHMEN

Die §§ 25 KAG bzw. 29 Wr. KAG[475] regeln bzw. regelten die Obduktion. Demnach sind die Leichen von in öffentlichen Krankenanstalten verstorbenen Personen zu obduzieren,

> „wenn die Obduktion sanitätspolizeilich oder gerichtlich angeordnet worden oder zur Wahrung anderer öffentlicher oder wissenschaftlicher Interessen, insbesondere wegen diagnostischer Unklarheit des Falles oder wegen eines vorgenommenen operativen Eingriffes, erforderlich ist." (§ 25 Abs.1. KAG)

Die Obduktion verstorbener PatientInnen war offenbar generelle Praxis an den psychiatrischen Kliniken. In Einzelfällen war die Obduktion auch durch die Staatsanwaltschaft nach entsprechenden Anzeigen angeordnet worden. Wann bzw. in welchen Fällen solche Anzeigen an die Staatsanwaltschaft erfolgten, war aus den zur Verfügung stehenden Dokumenten nicht immer schlüssig zu entnehmen. Rechtlich geboten wäre sie jedenfalls immer gewesen, wenn die Todesursache unklar war bzw. Zweifel an einem natürlichen Tod bestanden (§ 359 StG, § 27 Ärtzegesetz). Keine der eingesehenen staatsanwaltschaftlich angeordneten Obduktionen führte den vorgelegenen Akten bzw. den darin enthaltenen Dokumenten zufolge zu weiteren Ermittlungen. In entsprechende staatsanwaltschaftliche Unterlagen konnte leider keine Einsicht mehr genommen werden.

An den untersuchten Krankenanstalten war es gängige Praxis, Verstorbenen Organe, vor allem Gehirne, für Präparate, die vermutlich Forschungszwecken dienten, zu entnehmen.[476] Eine unmittelbare bzw. ausdrückliche gesetzliche Regelung der Organentnahme bei Verstorbenen für Forschungszwecke findet sich bis heute nicht. Demnach stünde bei solchen Organentnahmen der Verdacht der Störung der Totenruhe (heute § 190 StGB) im Raum bzw. auch zivilrechtlich relevante Verletzungen des Integritätsschutzes. Die Rechtfertigung von Organentnahmen bei Verstorbenen für Forschungszwecke ist aus dem Obduktionsrecht abzuleiten. Entsprechend der

---

[475] Bis 1997, heute § 40.

[476] Hinweise auf Entnahmen für andere Zwecke, etwa Transplantationen, gibt es keine.

herrschenden Lehre umfasste der Obduktionsbegriff des KAG (1957)[477] die Entnahme von Leichenteilen, um die Obduktionszwecke zu erreichen. Diese rechtliche Beurteilung beruht auf dem Obduktionsbegriff, wie er vom Gesetzgeber des KAG definiert wurde (vgl. Kopetzki 2004:605). Als Obduktionszweck weist das KAG eben auch wissenschaftliche Zwecke aus, die dem historischen Motiv folgend auf die Entwicklung neuer Therapiemethoden ausgerichtet sein können, weiters auf

> „(…) die Qualitätssicherung ärztlichen Handelns, die Gewinnung statistischer Aussagen über Vorkommen und Häufigkeit einzelner Krankheiten sowie die Entdeckung konstitutioneller Eigenheiten von Familienmitgliedern." (Kopetzki 2004:606)

Nicht einheitlich beurteilt wird in der Rechtswissenschaft offenbar die Frage, ob eine „Materialentnahme" für Forschungszwecke auch ohne Bezug zum individuellen Todesfall, wie die Erforschung der Todesursache oder des Krankheitsverlaufs, gerechtfertigt sein kann. Kopetzki spricht sich unter anderem mit Verweis auf Füszl[478] klar dafür aus, weist aber auch auf andere Lehrmeinungen, etwa von Leukauf und Steiniger[479], hin, die solch einen Bezug als Erfordernis betrachten (vgl. ebd.:606f.)

28.9. ZÜCHTIGUNGSRECHT UND KÖRPERVERLETZUNG

§ 145 des ABGB enthielt bis 1977 ein Züchtigungsrecht der Eltern:

> *„Die Eltern sind auch befugt, unsittliche, ungehorsame oder die häusliche Ordnung störende Kinder auf eine nicht übertriebene und ihre Gesundheit unschädliche Art zu züchtigen."*

Ein ähnliches Züchtigungsrecht hatte man bis in die 1960er Jahre auch ErzieherInnen und anderen mit Kindern und Jugendlichen arbeitenden Berufsgruppen zugebilligt. Mangels konkreter Regelungen ist anzunehmen, dass ein entsprechendes Recht auch dem Pflegepersonal am Pavillon 15 und am Rosenhügel zugestanden worden wäre. Ein Schreiben des Bundeministeriums für Soziale Verwaltung bezüglich „Disziplinierungsmaßnahmen bei Kindern

---

477 Und auch der des heute geltenden Krankenanstalten und Kurgesetzes.

478 Füszl, Sylvia (2003): Krankenanstaltenrecht, in: Aigner, Gerhard et. al (Hrg), Handbuch Medizinrecht für die Praxis. Manz, Wien, IV/35.

479 Leukauf, Otto und Steininger, Herbert (1992): Kommentar zum StGB. 3. Auflage, Prugg-Verlag, Eisenstadt, §190, Rz 9.

in Krankenanstalten“ aus dem Jahr 1954 lässt keine eindeutigen Schlüsse zu, ob bzw. wie weit Züchtigungen nun grundsätzlich erlaubt waren oder nicht:

> „Die angewandten Disziplinierungsmaßnahmen dürfen nur solche sein, die keinen nachteiligen Einfluss auf das gesundheitliche und körperliche Wohl des Kindes ausüben können.“[480]

Die Annahme eines derartigen Züchtigungsrechtes von ErzieherInnen und verwandten Berufsgruppen ist aus dem Straftatbestand des § 420 StG zu schließen, dem zufolge Misshandlungen, die entsprechend der Judikatur Überschreitungen des Züchtigungsrechtes waren, unter Strafe gestellt wurden. Als Strafe wurde Arrest von drei Tagen bis zu einem Monat, im Wiederholungsfall auch Entzug der Berufsausübungsberechtigung angedroht. Die Judikatur des OGH grenzte die Züchtigung von der Misshandlung dadurch ab, dass diese

> „1. ihrer Art nach ein herkömmliches Zuchtmittel darstellt, 2. durch unsittliches, ungehorsames oder die häusliche Ordnung und Ruhe störendes Verhalten durch ein mindestens dem Säuglingsalter entwachsenen Kind hervorgerufen ist; 3. in erzieherischer Absicht, also nicht etwa bloß aus Hass oder Feindschaft gegen das Kind erfolgt und 4. ein Schaden am Körper des Gezüchtigten nicht beabsichtigt ist.“ (Entscheidung des OGH vom 17.05.1972 zu 13 Os 37/72 zitiert nach Helige et al. 2013:197)

Wie wohl zunehmend Bedenken und Ablehnung gegenüber Erziehungsmaßnahmen im Sinn einer Züchtigung generell ausgedrückt wurden, gibt es wenig Zweifel daran, dass es diese auch in öffentlichen Einrichtungen der 1970er Jahre noch gab (z.B. Helige et al. 2013:201). Das Bundesministerium für Justiz verneinte 1967 in einer Anfragebeantwortung an die Magistratsabteilung 11 der Stadt Wien ein Züchtigungsrecht von ErzieherInnen in Heimen der öffentlichen Jugendwohlfahrtspflege.[481] Begründet wurde dies damit, dass es keine ausdrückliche gesetzliche Berechtigung dazu gebe und eine Ableitung eines entsprechenden Rechtes aus dem ABGB insofern nicht vertretbar wäre, als Träger der öffentlichen Erziehung kraft öffentlichen Rechtes tätig werden und nicht aufgrund einer Ableitung aus dem ABGB. Foregger und Serini stellten in ihrem 1968 erschienen Strafgesetz zu § 420 fest, dass LehrerInnen, ErzieherInnen, etc. kein Züchtigungsrecht mehr haben und das Züchtigungsrecht der Eltern als persönliches Recht nicht auf sie übertragen

---

[480] Schreiben des Bundesministeriums für Soziale Verwaltung vom 10.05.1954 an die Ämter aller Landesregierungen, Zl. V-56.256-17/54. Quelle: Staatsarchiv; online abrufbar unter: https://m.flickr.com/#/photos/bizeps/15996862736/ (Stand: 10.01.2015).

[481] Anfrage durch den Abteilungsleiter Dr. Prohaska vom 22.2.1967.

werden kann (vgl. Foregger/Serini 1968:286). Mit dem StGB 1975 wurde die Legitimation von Züchtigungsrechten auch aus dem materiellen Strafrecht entfernt.

Sonstige nicht durch den § 420 StG erfasste Tatbestände im Sinne vorsätzlicher Misshandlungen, Quälereien oder leichter Körperverletzungen wären bis zum Strafrechtsänderungsgesetz 1971 (s.u.) als Vergehen der „körperlichen Beschädigung" im Sinne des § 411 StG zu bewerten gewesen, die andererseits von „schweren körperlichen Beschädigungen" gemäß § 152 StG abzugrenzen waren:

> „Vorsätzliche und die bei Raufhandeln vorkommenden körperlichen Beschädigungen sind dann, wenn sich darin keine schwere verpönte strafbare Handlung erkennen lässt (§§ 152 und 153), wenn sie aber wenigstens sichtbare Merkmale und Folgen nach sich gezogen haben, als Übertretung zu ahnden." (§ 411 StG)

Dabei war das Strafmaß gem. § 412 StG aufgrund der Gefährlichkeit, der Bösartigkeit der Handlung, der Verletzung und der verletzten Person zu bemessen und konnte bis zu sechs Monate Arrest umfassen.

Das Verbrechen der „schweren körperlichen Beschädigung", das mit Kerker von sechs Monaten bis zu einem Jahr, bei erschwerenden Umständen mit bis zu fünf Jahren bedroht war, wurde in § 152 StG folgendermaßen definiert:

> „Wer gegen einen Menschen, zwar nicht in der Absicht, ihn zu töten, aber doch in anderer feindseliger Absicht auf eine solche Art handelt, dass daraus (§ 134) eine Gesundheitsstörung oder Berufsunfähigkeit von mindestens zwanzigtägiger Dauer, eine Geisteszerrüttung oder eine schwere Verletzung desselben erfolgte, macht sich des Verbrechens der schweren körperlichen Beschädigung schuldig." (§ 152 StG)

Bei besonders gefährlichen Verhältnissen, massiven Folgen oder mit besonderen Qualen verbundenen Körperverletzungen lag der Strafrahmen gemäß § 155 StG bei schwerem und verschärftem Kerker zwischen einem und fünf Jahren. Falls das Verbrechen für den Beschädigten aber schwere Dauerfolgen hatte, war auf Strafe des schweren Kerkers zwischen fünf und zehn Jahren zu erkennen (§ 156 StG). Führten derartige vorsätzlich, aber ohne Tötungsabsicht begangene Verletzungen zum Tod, so wurde damit der Tatbestand des Totschlags gemäß § 140 StG erfüllt, der mit schwerem Kerker von fünf bis zehn Jahren bedroht war (§142 StG).

Das StG enthielt noch keine ausdrücklichen Tatbestände im Sinne einer fahrlässigen Körperverletzung oder einer fahrlässigen Tötung. Solche Vorwürfe wurden durch die Bestimmungen zu den „Vergehen und Übertretungen gegen die Sicherheit des Lebens" gemäß § 335 StG erfasst, die mit Ar-

rest von einem bis zu sechs Monaten, im Todesfall mit strengem Arrest von sechs Monaten bis zu einem Jahr bedroht waren.

Erst das Strafrechtsänderungsgesetz 1971 verankerte in einem neuen § 412a StG eine Vorgängerbestimmung zum heutigen § 92 StGB „Quälen oder Vernachlässigen unmündiger, jüngerer oder wehrloser Personen" in Schutz- und Betreuungsverhältnissen, die 1975 in Kraft trat. Dort hieß es:

> „Wer vorsätzlich einem anderen, der seiner Fürsorge oder Obhut untersteht und das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder wegen Gebrechlichkeit, Krankheit oder Schwachsinns wehrlos ist, körperliche oder seelische Qualen zufügt, wird wegen Vergehens mit strengem Arrest bis zu zwei Jahren bestraft." (§ 412a StG)

Die 1975 eingeführte Bestimmung des § 92 StGB ergänzte diese Bestimmung in Absatz 2 vor allem um eine entsprechende Regelung auch für fahrlässige Handlungen oder Unterlassungen, durch die die Gesundheit der Betroffenen oder deren körperliche oder geistige Entwicklung beträchtlich geschädigt wurde. Darüber hinaus wurde in Absatz 3 die Strafdrohung auf bis zu drei Jahre Freiheitsstrafe im Falle einer schweren Körperverletzung, auf bis zu fünf Jahre im Falle von schweren Dauerfolgen und auf bis zu zehn Jahre bei Todesfolge ausgeweitet.

Die sonstigen Strafdrohungen zu möglichen Vorwürfen, die im Rahmen dieser Studie relevant sein könnten, stellten sich im StGB bei dessen Inkrafttreten folgendermaßen dar:

- Körperverletzung gemäß § 83 StGB:
  - Absatz 1: Körperverletzung oder Schädigung der Gesundheit: Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe bis zu 360 Tagessätze.
  - Absatz 2: Köperverletzung im Sinne einer Misshandlung, wodurch eine fahrlässige Verletzung oder Gesundheitsschädigung bewirkt wird: Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe bis zu 360 Tagessätze.
- Schwere Körperverletzung gemäß § 84 StGB:
  - Absatz 1: Länger als 24 Tage dauernde Gesundheitsschädigung oder an sich schwere Verletzung oder Gesundheitsschädigung: Freiheitsstrafe bis zu drei Jahre.
  - Absatz 2: Unter besonders gefährlichen Umständen oder in verabredeter Verbindung oder mit besonderen Qualen: Freiheitsstrafe bis zu drei Jahre.
- Körperverletzung mit scheren Dauerfolgen gemäß § 85 StGB: Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu drei Jahre.

- Körperverletzung mit tödlichem Ausgang gemäß § 86 StGB: Freiheitsstrafe von einem bis zu zehn Jahren.
- Absichtliche schwere Körperverletzung gemäß § 87 StGB: Freiheitsstrafe von einem bis zu fünf Jahren, bei schweren Dauerfolgen bis zu zehn Jahre, bei Todesfolge von fünf bis zehn Jahren.
- Fahrlässige Körperverletzung gemäß § 88 StGB:
  - Absatz 1: Freiheitsstrafe bis zu drei Monate oder Geldstrafe bis zu 180 Tagessätze.
  - Gemäß Absatz 2 ist der Täter nicht zu bestrafen, wenn kein schweres Verschulden vorliegt, der Täter ein Arzt oder eine im Krankenpflegefachdienst tätige Person ist, die Gesundheitsschädigung in Ausübung des Berufes erfolgte und aus der Tat keine Gesundheitsschädigung von mehr als 14 Tagen Dauer resultierte. Die Ausübung des Berufes muss nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft erfolgt sein (vgl. Mayerhofer/Rieder 1981:354).
  - Absatz 3: Unter besonders gefährlichen Verhältnissen: Freiheitsstrafe bis zu sechs Monate oder Geldstrafe bis zu 360 Tagessätze.
  - Absatz 4: Hat die Tat eine schwere Körperverletzung zur Folge: Freiheitsstrafe bis zu sechs Monate oder Geldstrafe bis zu 360 Tagessätze. Unter besonders gefährlichen Verhältnissen Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahre.
- Vernachlässigung der Pflege, Erziehung oder Beaufsichtigung gemäß § 199 StGB: Wer die ihm auf Grund eines Gesetzes obliegende Pflege, Erziehung oder Beaufsichtigung einer minderjährigen Person gröblich vernachlässigt und dadurch, wenn auch nur fahrlässig, deren Verwahrlosung bewirkt, ist mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen.

Es ist davon auszugehen, dass für alle MitarbeiterInnen der untersuchungsgegenständlichen Krankenhäuser eine Anzeigepflicht bestand. Hätten MitarbeiterInnen Beobachtungen hinsichtlich strafbarer Handlungen anderer gemacht, so wären sie zur Anzeige verpflichtet gewesen. Für ÄrztInnen sah § 359 StG eine sehr umfassende Anzeigepflicht vor. Darüber hinaus regelte § 84 der Strafprozessordnung 1873 eine Anzeigepflicht für Ämter und Behörden. Die Magistratsdirektion Wien richtete im Jahr 1961 eine entsprechende Anordnung an alle städtischen Dienststellen, zu denen wohl auch die beiden Krankenhäuser und ihre Abteilungen zählten. Dieser zufolge musste jeder/r Bedienstete ihm/ihr dienstlich bekannt gewordene strafbare Handlungen

dem/der DienststellenleiterIn melden. Diese/r wiederum musste die erforderliche Klarstellung des jeweiligen Sachverhaltes vornehmen und die Anzeige an die Staatsanwaltschaft richten (vgl. Helige et al. 2013:164).

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass es im Rahmen dieser wissenschaftlichen Studie weder angestrebt war noch möglich ist, allfällige Verdachtslagen oder Vorwürfe hinsichtlich möglicher strafbarer Handlungen einer feststellenden strafrechtlichen Bewertung zu unterziehen. Wissenschaftliche Quellenprüfung und juristische Beweiswürdigung laufen nach verschiedenen Regeln ab und sie dienen anderen Zwecken. Sämtliche berichtete Sachverhalte liegen lange zurück und wenngleich viele Schilderungen übereinstimmende, schlüssige Bilder ergeben, so müssten für fundierte strafrechtliche Bewertungen mehr und andere Bedingungen erfüllt sein. Unter anderem fehlen erforderliche Darstellungen und Erklärungen von durch Aussagen Belasteten. Das bedeutet nicht zuletzt, dass die subjektive Tatseite und damit die Schuldform nicht beurteilt werden kann – die Feststellung rechtlicher Schuld war auch nicht Zielsetzung des Forschungsprojekts, dies kann nur ein Gericht. In diesem Sinn ist hinsichtlich strafrechtlich relevanter Vorwürfe Zurückhaltung und Vorsicht geboten.

Anzunehmen ist darüber hinaus, dass zum Zeitpunkt der Verfassung dieses Berichtes, also nach 30 und mehr Jahren, der Großteil möglicher Straftaten sowohl nach StG als auch nach StGB verjährt wären. Hinweise auf schwerste Delikte wie Mord, die von der Verjährung ausgeschlossen sind, liegen keine vor. Mögliche Verjährungsunterbrechungen konnten in der Untersuchung allerdings mangels Zugang zu Strafverfolgungsinformationen nicht geprüft werden.

Der Wiener Krankenanstaltenverbund reichte am 17.4. 2014 eine Anzeige gegen unbekannte Täter bei der Staatsanwaltschaft Wien ein. Angezeigt wurde der Verdacht des Quälens oder Vernachlässigens unmündiger, jüngerer oder wehrloser Personen gem. § 92 Abs. 1 und 2 StGB (§ 420 StG) im Pavillon 15 ab den 1960er Jahren. Laut Mitteilung der Staatsanwaltschaft Wien wurde das Verfahren im Jänner 2015 eingestellt. In der Begründung wurde darauf verwiesen, dass der Bericht der Arbeitsgruppe Steinhof/Pavillon 15 keine Verdachtsmomente ergeben habe und jedenfalls Verjährung eingetreten wäre.

28.10. Zentrale Beobachtungen und Schlussfolgerungen

Zur Unterbringung in der geschlossenen Psychiatrie

In der Studie wird insgesamt eine Psychiatrie sichtbar, die externe, rechtliche Kontrollerfordernisse ablehnt und zu weiten Teilen als Einmischung in fachliche Belange wahrnimmt. Dabei traf die Psychiatrie auf ein gerichtliches Kontrollsystem, das sich letztlich auf die Psychiatrie stützte und verließ. Das bestehende Kontrollsystem hat einerseits weitgehend versagt, andererseits war das Rechts- und Kontrollsystem unterentwickelt.

Die formalrechtlich vorgesehenen Schritte scheinen bei der Unterbringung in der Regel eingehalten worden zu sein. Das Recht bzw. die Gesetze boten aber kaum bzw. einen vollkommen unzureichenden Schutz. Einerseits waren die entsprechenden Vorkehrungen unzureichend, andererseits fehlten Akteuren, die die bestehenden Rechtsschutzmöglichkeiten im Interesse der Kinder und Jugendlichen ergriffen hätten.

Die Entmündigung, die vor allem dem Schutz der Betroffenen dienen sollte, wurde im Bereich der Unterbringung zum rechtlichen Tarnmantel für eine Vereinfachung der erforderlichen rechtlichen und administrativen Verfahren und Erfordernisse. War eine Entmündigung ausgesprochen, so erfolgte faktisch kaum mehr eine externe Überprüfung der Anhaltung oder des Vollzugs der Unterbringung. Angehörige sahen sich einer mächtigen Institution gegenüber und standen mitunter unter Druck, die Rahmenbedingungen zu akzeptieren, weil sie, aus welchem Grund auch immer, selbst nicht imstande waren, die Betreuung, Versorgung und Pflege ihrer Kinder zu übernehmen. Andere rechtliche VertreterInnen sahen sich offenbar meist kaum berufen, andere als verwaltungstechnische oder finanzielle Belange für die Betroffenen zu regeln. Da die „Pfleglinge“ in einer Einrichtung der öffentlichenVerwaltung untergebracht waren, wähnte man deren Wohlbefinden in deren Verantwortung. Die zuständigen PflegschaftsrichterInnen hätten die Möglichkeit gehabt, sich persönlich einen Eindruck von den Untergebrachten, deren Unterbringung und Entwicklung zu verschaffen, war doch ihr Auftrag, das Wohl der Kinder im Auge zu behalten. Der allgemeinen Praxis entsprach das aber nicht. Nicht zuletzt gab es ja die KuratorInnen, die allerdings grundsätzlich unter der Kontrolle des Gerichtes standen. Diese Kontrolle war bei finanziellen Angelegenheiten sichtbar, bei Fragen der Fürsorge kaum. Darüber hinaus verließ man sich auch auf dieser Seite weitgehend darauf, dass die Krankenanstalt ihren Auftrag ordentlich erfüllt, und auch darauf, dass die

dort Verantwortlichen am besten wissen, was der/die jeweilige PatientIn braucht.

Die bei nicht Entmündigten zumindest jährlich durchzuführenden gerichtlichen Überprüfungen der Anhaltung stellen sich zu weiten Teilen als Routineverfahren dar, die die erforderliche Legitimation für die Anhaltung, aber kaum wirklich Schutz boten. Im Vergleich zu den Entmündigten war bei den nicht Entmündigten eine Selbst- oder Fremdgefährdung nachzuweisen, ein Kriterium, das wohl oft eine Unterbringung ausgeschlossen hätte. In der Praxis wurde dieses Kriterium aber „großzügig" gehandhabt. Faktisch stellte sich so der Schutz und die Kontrolle der Unterbringung unwesentlich besser dar als bei den Entmündigten. Im Wesentlichen verließen sich die RichterInnen auch in diesen Verfahren auf die FachärztInnen und deren Gutachten. Was die Gestaltung der Unterbringung an sich anbelangt, hätten die hier zuständigen RichterInnen auch gar kein Mandat gehabt, sich darum zu sorgen. Ihr Auftrag war nur die Überprüfung der Rechtmäßigkeit der Anhaltung.

Auch schon in der untersuchungsgegenständlichen Zeit gab es bereits Zweifel daran, dass die geschlossene Psychiatrie die geeignete Einrichtung für die Unterbringung, Versorgung, Behandlung und Förderung der Kinder mit geistiger bzw. intellektueller Beeinträchtigung war. Nicht zuletzt angesichts weitgehend fehlender Alternativen verständigten sich die jeweils Involvierten auf die Einweisung in die Psychiatrie. Eine kritische Hinterfragung von Einweisungen bzw. eine kritische Beleuchtung des Systems unterblieben vor diesem Hintergrund weitgehend. Mitunter wurden die Unterbringungsvoraussetzungen sehr großzügig und weit ausgelegt, insbesondere hinsichtlich Selbst- oder Fremdgefährdung. Faktisch trugen alle in die Unterbringungsentscheidung bzw. Unterbringung in irgendeiner Form maßgeblich eingebundenen Berufsgruppen und Personen dazu bei, dass dieses System so lange aufrechterhalten wurde: AmtsärztInnen, FachärztInnen, Eltern, Vormünder, Kuratoren, VertreterInnen der Jugendwohlfahrt und auch RichterInnen. Sie alle haben letztlich daran mitgewirkt, dass viele Kinder in einer für ihre Bedürfnisse ungeeigneten Einrichtung untergebracht und überwiegend „verwahrt" wurden. Sie stellen dieses System nicht grundsätzlich in Frage und arrangierten sich damit und verließen sich mitunter darauf, dass andere dazu berufen wären, den Erfordernissen entsprechende Standards sicherzustellen. Eine „anwaltliche" Vertretung der Kinder und Jugendlichen fehlte weitgehend und auch ein Kontrollinstitut wie die heutige Patientenanwaltschaft gab es noch nicht. So blieb eine Praxis aufrecht, in der die Interessen, Bedürfnisse und Rechte der betroffenen Kinder kaum Berücksichtigung fanden.

Zur Unterbringung in der „Rett-Klinik“

In der Regel waren die Kinder in der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder auf Veranlassung bzw. mit Zustimmung der Eltern. Mangels der Gültigkeit des KAG für Unterbringungen in der „Rett-Klinik“ gab es keine daraus ableitbare Zulässigkeit von Freiheitsbeschränkungen. Freiheitsbeschränkungen und selbst unmittelbare Beschränkungen der Bewegungsfreiheit, die offenbar vorkamen, waren dort aufgrund des elterlichen Rechts, den Aufenthaltsort eines Kindes zu bestimmen, rechtlich gedeckt. Das Zulässigkeitskriterium dafür war das „Wohl“ des Kindes. Die Auslegung dieses Begriffes ließ einigen Interpretationsspielraum. Zumindest ab Mitte der 1970er Jahre waren aber Freiheitsbeschränkungen zu Strafzwecken unzulässig. Eine konkrete Regelung der Anwendung von Freiheitsbeschränkungen oder rechtliche Kontrollen fehlten in der Untersuchungsgegenständlichen Zeit.

Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch

Am Steinhof waren Sterilisationen und Schwangerschaftsabbrüche den verfügbaren Informationen zufolge kein Thema. Anders stellt sich das in der Rett-Klink dar. Die Studie weist darauf hin, dass hier Sterilisationen empfohlen bzw. in die Wege geleitet wurden, deren Begründung anhand der rechtlichen Zulässigkeitskriterien zumindest schwergefallen wäre. Die in manchen Überweisungen der Rett-Klinik vorgebrachten Begründungen für die Anregung einer Sterilisation stellen sich als soziale Indikation dar, die durch die Strafausschließungsgründe des StG und später des StGB nicht erfasst war. Es ist davon auszugehen, dass Veranlassungen von Sterilisationen in Absprache mit und vermutlich des Öfteren auch auf Bitte der Eltern erfolgten. Hinweise auf Einbeziehung der Betroffenen in solche Entscheidungen gab es in den verfügbaren Dokumenten keine.

Rett bekannte sich zu einer erweiterten Indikationenlösung beim Schwangerschaftsabbruch, die dem Arzt die Entscheidung überlassen sollte. Neben Schwangerschaftsabbrüchen aufgrund medizinischer Indikation veranlasste bzw. unterstütze er vor 1975 auch solche aufgrund sozialmedizinischer oder eugenischer Indikation. Dass vor 1975 nur Schwangerschaftsabbrüche aufgrund medizinischer Indikation zulässig waren, war ihm bewusst, er bekannte sich dennoch in seinen Schriften zu seiner dem widersprechenden Praxis.

Organentnahmen

An den untersuchten Krankenanstalten war es offenbar gängige Praxis, Verstorbenen Organe, vor allem Gehirne für Präparate, die vermutlich For-

schungszwecken dienten, zu entnehmen. Diese Praxis war und ist durch die österreichische Rechtslage gedeckt. Jenseits einer rein rechtlichen Beurteilung erscheint im Falle der Organentnahmen von verstorbenen Kindern des Pavillons 15 aber eine Beurteilung im Kontext der nationalsozialistischen Vergangenheit unerlässlich.

Strafrechtlich Betrachtung von Misshandlungen und Quälereien

Die vorliegende Studie erlaubt keine abschließende strafrechtliche Beurteilung von Einzelfällen. Festzuhalten ist allerdings, dass es im Rahmen der Studie vielfältige Hinweise auf Verhaltensweisen und Unterlassungen durch MitarbeiterInnen des „Kinderpavillons" Am Steinhof gibt, die auch gemäß der bis Mitte der 1970er Jahre geltenden Rechtslage als Straftaten zu betrachten waren. Die strafrechtliche Betrachtung von Taten und Unterlassungen ist allerdings im Zusammenhang mit der jeweiligen Rechtlage anzustellen. Vor dem Hintergrund, dass die Rechtlage nicht ganz klar war, könnte man bis in die späten 1960er Jahre ein Züchtigungsrecht des Pflege- bzw. Betreuungspersonals annehmen. Das Züchtigungsrecht erlaubte Disziplinierungsmaßnahmen in erzieherischer Absicht, die zumindest keine beabsichtigten körperlichen Schäden zur Folge haben durften. Überschreitungen dieses Züchtigungsrechts waren unter Strafe gestellt (§ 420 StG). In den Ausführungen in Kapitel 7 finden sich Hinweise auf solche Überschreitungen bzw. Misshandlungen, die zum Teil vermutlich als vorsätzliche „körperliche Beschädigungen" (§ 411 StG) oder gar „schwere körperliche Beschädigungen" (§ 152 StG) zu betrachten gewesen wären. Eine dort berichtete gebrochene Hand wäre vermutlich nach § 152 StG zu bewerten gewesen. Mit dem Wegfall des Züchtigungsrechts waren Schläge und Misshandlungen, die sichtbare „Merkmale und Folgen" nach sich gezogen haben, jedenfalls als „körperliche Beschädigung" im Sinne der genannten Bestimmungen zu betrachten. Ab 1975 entsprachen solche vorsätzlichen Misshandlungen oder Übergriffe den Tatbeständen der Körperverletzung gemäß der §§ 83 und 84 StGB.

Ob die berichteten Quälereien im Zusammenhang mit der Essensverabreichung oder der Körperhygiene vor 1971 als strafrechtlich relevant betrachtet worden wären, ist fraglich. Bis dahin gab es keinen entsprechenden Tatbestand. Bei sichtbaren Folgen oder Merkmalen vorsätzlicher Quälereien wäre aber wohl auch § 411 StG zutreffend gewesen. Die 1971 in das StG aufgenommene Bestimmung des § 412a „Quälen oder Vernachlässigen unmündiger, jüngerer oder wehrloser Personen" in Schutz- und Betreuungsverhältnissen schaffte hier mehr Klarheit. Mit dieser Vorgängerbestimmung zum § 92 StGB (1975) wären etliche in Kapitel 7 berichteten körperlichen und seelischen Quälereien als tatbestandsmäßig zu bewerten gewesen. § 92 Abs. 2

StGB ergänzte die bisherige Bestimmung bezüglich fahrlässiger Handlungen oder Unterlassungen, die zu beträchtlichen Schäden hinsichtlich der körperlichen und geistigen Entwicklung führten. Entsprechende Verdachtslagen deuten sich in den Berichten an, können hier aber nicht ausreichend beurteilt werden.

Abschließend ist festzuhalten, dass damalige Handlungen und Unterlassungen die Straftatbestände erfüllt haben dürften, so sie vor Gericht beweisbar gewesen wären, heute aber aufgrund der Verjährungsbestimmungen nicht mehr strafrechtlich verfolgt werden könnten.

29. Die NS-Vergangenheit des Personals am Pavillon 15 „Am Steinhof“ und an der „Rett-Klinik“

Rudolf Leo

29.1. Vorbemerkung

Ziel dieser Arbeit war die Aufarbeitung der NS-Vergangenheit des Personals am Pavillon 15 des Psychiatrischen Krankenhauses „Am Steinhof“/Otto-Wagner-Spital sowie der „Rett-Klinik“ (Altersheim Lainz/NKH Rosenhügel). Bezogen auf erstere Institution war die exakte Zuordnung des Personals zum Pavillon 15 ein besonderes Problem, da das medizinische Personal sowie die PflegerInnen an unterschiedlichen Pavillons Dienst versahen und oftmals die Stationen wechselten. Weder am PKH noch in Personalakten konnten in der Regel entsprechende Angaben erschlossen werden. Besonderes Augenmerk wurde deshalb auf den Umgang mit ehemaligen NS-FunktionärInnen, die in der NS-Zeit oder auch in der Nachkriegszeit von Belang für Pavillon 15 waren, seitens der Stadt Wien gelegt. Hierfür wurden die biographischen Laufbahnen von ehemaligen NationalsozialistInnen innerhalb der Gemeinde Wien untersucht. Aus Platzgründen können im Folgenden nur exemplarische Beispiele angeführt werden. Auf einige dieser Personen wurde in den beiden Teilstudien zu Pavillon 15 und zur „Rett-Klinik“ bereits kurz Bezug genommen (vgl. u.a. Kap. 14 sowie Kap. 16.1).

In nachstehenden Archiven bzw. Instituten wurde für diese Arbeit recherchiert: Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes, Forschungsstelle Nachkriegsjustiz, Österreichisches Staatsarchiv, Wiener Stadt- und Landesarchiv und dem Institut für Geschichte der Medizin. Darüber hinaus wurden Personalakten der Magistratsabteilung 2 der Stadt Wien analysiert und Informationen aus dem Bundesarchiv Berlin eingearbeitet.

29.2. NS-Beamtenschaft der Heil- und Pflegeanstalt „Am Steinhof“

Bereits in den 1930er Jahren war eine illegale NS-Organisation „Am Steinhof“ aktiv. Unter ihnen befand sich auch der Anstaltsarzt und spätere Direktor Dr. Erwin Jekelius, der 1933 der NSDAP beitrat. 62 „ParteigenossInnen“, bestehend aus ÄrztInnnen, PflegerInnen, HausarbeiterInnen und anderen Bediensteten, sind „Am Steinhof“ angestellt. Sechs von den insgesamt 62 illegalen Parteimitgliedern wurden wegen ihrer nationalsozialistischen Vergangenheit von der Gemeinde Wien in den Jahren 1945 bzw. 1946 „ausser Dienst“ gestellt.

Geschichte „Am Spiegelgrund“ 1940 bis 1945

Die Wiener städtische Jugendfürsorgeanstalt „Am Spiegelgrund“ wurde am 24. Juli 1940 in Betrieb genommen. Sie umfasste zu diesem Zeitpunkt Pavillons mit 640 Betten. Erster Leiter war Dr. Erwin Jekelius[482], der bis Jänner 1942 die Klinik leitete und als fanatischer Nationalsozialist bekannt war. Jekelius vertrat den Standpunkt, „man müsse unheilbare und daher für die Volksgemeinschaft nutzlose Geisteskranke erbarmungslos töten, um so den Staat von einer überflüssigen Last zu befreien“ (Butterweck 2016:160). Nach der interimistischen Führung durch Dr. Margarethe Hübsch übernahm Dr. Ernst Illing die Leitung der Klinik am 1. Juli 1942. Ende 1942 wurde die Anstalt neu gegliedert. Die Pavillons 15 und 17 mit insgesamt 220 Betten wurden als eigene Kinderanstalt „zur Aufnahme der Fälle des Reichsausschusses zur wissenschaftlichen Erfassung von erb- und anlagenbedingten schweren Leiden sowie von debilen, bildungsunfähigen Minderjährigen“ (Neugebauer/Schwarz 2005:269) geführt. Zwischen 1940 und 1945 starben mindestens 789 Kinder und Jugendliche in der „Kinderfachabteilung“ (Czech 2002b:171). Herwig Czech über die Rolle des Pavillons 15:

> „Im Pavillon XV (intern als ‚Reichsausschußabteilung‘ bezeichnet), wurden Kinder mit geistiger Behinderung oder verschiedener neurologischen Erkrankungen auf ihren zukünftigen volkswirtschaftlichen Wert beurteilt. Das entsprechende Selektionskriterium lautete ‚bildungsfähig‘ bzw. ‚bildungsunfähig‘, bei einem negativen Gutachten durch die Ärzte drohte die klinische Hinrichtung durch Schlafmittel.“ (Czech 2002b:175)

[482] Siehe dazu auch Kapitel Biografische Skizzen der ÄrztInnen.

Wissenschaftlich wurde das Kapitel der Wiener Medizingeschichte zwischen 1938 und 1945 bereits ausführlich aufgearbeitet. Vor allem die Rolle des NS-Kindereuthanasiearztes Dr. Heinrich Gross wurde in zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen beschrieben. Während der NS-Ära war nahezu jedes Mitglied des medizinischen Personals „Am Steinhof" Mitglied der NSDAP oder AnwärterIn für die NSDAP bzw. der NSDÄB[483]. Nicht jeder Aufnahmeantrag wurde von den zuständigen NS-FunktionärInnen positiv beschieden. Die Gründe der Ablehnung sind weitgehend unbekannt. Politische Intrigen innerhalb der NS-ÄrztInnen, Auseinandersetzungen mit dem zuständigen Gauamt oder „mangelndes" nationalsozialistisches Engagement darf hinter den Ablehnungen vermutet werden. Die abgelehnten Ansuchen sicherten vielen Betroffenen nach 1945 die berufliche Karriere. Die AnwärterInnen konnten vorgeben, sie hätten nie etwas mit den Nationalsozialisten zu tun gehabt. Die medizinische Karriere konnte damit ungehindert fortgesetzt werden.

Die politische Einstellung des Personals ist aus den vorhandenen Personalakten schwer zu ermitteln. Nach 1945 mussten zwar alle MitarbeiterInnen der Stadt Wien einen Fragebogen über ihre NS-Vergangenheit ausfüllen, allerdings wurde die Frage „waren Sie Mitglied der NSDAP oder einer Teilorganisation" von allen MitarbeiterInnen mit „Nein" beantwortet. Selbst jene Fragebögen über die politische Einstellung aus dem Jahr 1938 – also kurz nach dem „Anschluss" – sind quellenkritisch zu betrachten. Auch damals wurde die politische Einstellung der MitarbeiterInnen überprüft. Zahlreiche illegale NSDAP-Mitglieder führten pflichtbewusst ihre Mitgliedschaft bei der NSDAP oder deren Teilorganisationen an. Hier fehlen allerdings jene, die eine NS-Anwartschaft[484] abgegeben hatten und noch auf die Aufnahme in die Partei warteten, sowie auch jene, die später der Partei beitraten.

Vom Gefängnis zurück in den Dienst: Registrierung von MitarbeiterInnen mit nationalsozialistischer „Belastung" nach Kriegsende

Nach dem Ende des 2. Weltkrieges, im Frühjahr und Sommer 1945, wurden MitarbeiterInnen der Heil- und Pflegeanstalt mit nationalsozialistischer Vergangenheit verhaftet, in Polizeihaft genommen oder zum Arbeitsdienst verpflichtet. Andere tauchten unter oder flüchteten ins Ausland. Am 25. Mai 1945 stellte der Anstaltsverwalter Karl Bock drei weibliche Angestellte zur

[483] Nationalsozialistischer Deutscher Ärztebund.
[484] Ansuchen um Aufnahme in die NSDAP.

Registrierung ehemaliger NationalsozialistInnen für die Heil- und Pflegeanstalt „Am Steinhof“ ab.[485] Bereits im Juni 1945 nahmen einige ehemalige NationalsozialistInnen den Dienst „Am Steinhof“ wieder auf. Der damalige Direktor Leopold Pawlicki teilte der Anstaltenverwaltung am 10. Juli 1945 mit, dass einige Personen die Arbeit in der Anstalt wieder angetreten haben.[486]

Im Dezember 1945 berichtete Pawlicki der dafür zuständigen Anstaltenverwaltung abermals vom aktuellen Stand der ehemaligen NationalsozialistInnen in seiner Anstalt. In den vergangenen Monaten wurden weitere belastete MitarbeiterInnen wieder in den Dienst der Heil- und Pflegeanstalt gestellt. Drei Mitarbeiterinnen, Helene Hirsch (Laborantin), Rosina Schwaiger[487] (Pflegevorsteherin) und Berta Wetchy (Pflegerin) wurden „ausser Dienst“ gestellt.[488] Die Direktion „Am Steinhof“ hatte offensichtlich kein Problem mit der Wiederanstellung ehemaliger NationalsozialistInnen. Die „Ausserdienststellung“ erfolgte vermutlich auf Druck des Anstaltenamtes.

Laut einem Bericht der Polizeidirektion Wien wurden 1945 insgesamt 23 Pflegerinnen der Pavillons 15 bzw. 17 gekündigt oder entlassen. Als Grund für die Kündigung bzw. Entlassung wurde seitens der Stadt Wien hauptsächlich „Nichterscheinung zum Dienst“ angeführt, keine disziplinarrechtlichen Gründe oder die Mitgliedschaft zu den Nationalsozialisten waren für die Trennung ausschlaggebend. Zwei Aufseherinnen wurden „ausser Dienst“ gestellt. 19 Pflegerinnen wurden innerhalb der Stadt Wien versetzt.

---

485 WStLA, Schreiben Bock vom 25. Mai 1945 an das Büroinspektorat, Karton Direktionsregistratur, M. Abt. 209 – Otto-Wagner Spital, (Baumgartner Höhe, Steinhof) 1.3.2.209.2, 1945 1(8)-900.

486 WStLA, Schreiben Bock/Pawlicki vom 10. Juli 1945 an die Abteilung II/3, Anstaltenverwaltung, Karton Direktionsregistratur, M. Abt. 209 – Otto-Wagner Spital, (Baumgartner Höhe, Steinhof) 1.3.2.209.2, 1945 1(8)-900.

487 Rosina Schwaiger galt nach Ansicht von Direktor Pawlicki ab Mai 1946 nach einer neuerlichen Überprüfung nicht mehr als „Illegal“ und konnte am 10. Mai 1946 wieder ihren Dienst „Am Steinhof“ antreten (WStLA, M. Abt 209, A3 Sachakten Faszikel 53 (1939) G 103-13-30).

488 WStLA, Schreiben Bock/Pawlicki vom 18. Dezember 1945 an die Anstaltenverwaltung, Karton Direktionsregistratur, M. Abt. 209 – Otto-Wagner Spital, (Baumgartner Höhe, Steinhof) 1.3.2.209.2, 1945 1(8)-900.

29.3. Gesetzliche Rahmenbedingungen und Praxis der „Entnazifizierung" von Personal der öffentlichen Hand

Entnazifizierung im öffentlichen Dienst

Die provisorische Regierung beschloss bereits am 8. Mai 1945 als eines ihrer ersten Gesetze das „Verfassungsgesetz über das Verbot der NSDAP". Das so genannte Verbotsgesetz wurde am 10. Jänner vom Alliierten Rat genehmigt und trat am 5. Februar 1946 in ganz Österreich in Kraft. Zu diesem Zeitpunkt arbeitete die Bundesregierung allerdings schon an einem Entwurf für ein umfangreiches Gesetz, um bestimmte Gruppen der Registrierungspflichtigen aus den Nationalsozialisten-Listen zu streichen (vgl. Kuretsidis-Haider 2006:36 und 40).

Um die personellen Entscheidungen der zuständigen Magistratsabteilungen besser verstehen zu können, muss an dieser Stelle kurz auf die politischen Rahmenbedingungen der Nachkriegszeit eingegangen werden. In den Jahren 1945 und 1946 war es vor allem die SPÖ, die sich gegen eine radikale Säuberung ehemaliger NationalsozialistInnen im öffentlichen Dienst stellte. Da die Posten der ehemaligen NationalsozialistInnen vor allem von konservativen BeamtInnen aus dem „Ständestaat" übernommen wurden, befürchtete die SPÖ durch die Entnazifizierung eine Machtverschiebung in Richtung ÖVP. Ab dem Jahreswechsel 1947/1948 änderte sich die politische Stimmung in Österreich noch deutlicher zugunsten der ehemaligen NationalsozialistInnen. In allen Parteien begannen die politischen Verantwortlichen sich mit Überlegungen für die kommende Nationalratswahl 1949 zu befassen, womit auch verstärktes Werben um die Stimmen der ehemaligen NationalsozialistInnen verbunden war (vgl. Bailer-Galanda 2004:125 ff und 132 ff).

Im öffentlichen Dienst konnten ehemalige NationalsozialistInnen wieder Fuß fassen. Gesetzlich wurde dies im „Verbotsgesetz" in der Neufassung aus dem Jahr 1947 verankert. § 19 des Verbotsgesetzes lautet: „Sie können im öffentlichen Dienst nur bei Bedarf und nur nach besonderer Prüfung ihres politischen Verhaltens vor dem 27. April 1945 verwendet werden. (...)" Im Gesetz wurde zwischen „belasteten Personen" und „minderbelasteten Personen" unterschieden. Der Zugang zu den öffentlichen Dienstposten war für Zweitere „bei Bedarf" wieder möglich. Die politische Überprüfung der minderbelasteten ehemaligen NationalsozialistInnen erfolgte nun nicht mehr durch eine Sonderkommission, sondern wurde vom Dienstgeber selbst übernommen (vgl. Stiefel 1981:135). Seitens der Dienstgeber wurde eine Wie-

dereinstellung vor allem mit dem Mangel an geeignetem Personal argumentiert.

Politisch wurde diese beschwichtigende Grundhaltung gegenüber ehemaligen NationalsozialistInnen im öffentlichen Dienst auch auf höchster Ebene vertreten. Bundeskanzler Leopold Figl erklärte 1946 gegenüber den Alliierten:

> „Um die Rehabilitierung der neuen österreichischen Verwaltung nicht zu gefährden, war es notwendig, provisorisch bis zu einem gewissen Ausmaß und besonders bei speziellen Berufen Personen zu beschäftigen, die Mitglieder der Nationalsozialistischen Partei gewesen waren." (Stiefel 1981:142)

Auf Beamtenebene im Wiener Rathaus wurde die Frage des Umgangs mit ehemaligen „Illegalen" im März 1947 im Zuge einer Amtsbesprechung in der Magistratsdirektion diskutiert. Der spätere Magistratsdirektor Senatsrat Dr. Walter Kinzl,[489] die Leiter der Magistratsabteilungen 1 und 2 sowie die Führung des Anstaltenamtes kamen dabei zum Schluss, dass die Wiedereinstellung ehemaliger NationalsozialistInnen „vor Abschluß des Staatsvertrages nicht vorgenommen werden soll."[490]

„Säuberung" von ehemaligen NationalsozialistInnen in den städtischen Kranken- und Wohlfahrtsanstalten

Am 27. Februar 1946 berichtete die Anstaltenverwaltung dem Bürgermeister der Stadt Wien über den aktuellen Stand der „Säuberungen von ehemaligen Nationalsozialisten" im Bereich der städtischen Kranken- und Wohlfahrtsanstalten: Demgemäß befanden sich unter den insgesamt 30 ärztlichen Direktoren, 126 Primar- und Fachärzten, 156 Oberärzten und 471 Assistenz- und Hilfsärzten insgesamt 267 „Illegale" und 205 „sonstige parteimäßig belastete Ärzte". Damit waren rund 60 Prozent der ÄrztInnen im Bereich der städtischen Krankenanstalten als ehemalige NationalsozialistInnen anzusehen. Davon wurden 267 ÄrztInnen „außer Dienst" gestellt oder durch Kündigungen oder anderen Lösungen des Dienstverhältnisses ausgeschieden. Für 20 dieser NS-belasteten ÄrztInnen wurde ein kurzfristiger Antrag auf Weiterbeschäftigung beim Bürgermeister gestellt. Die Anstaltenverwaltung stellte in ihrem Bericht fest, dass „noch rund 29 Prozent der im Dienst stehenden Ärz-

---

489 Dr. Walter Kinz war von 1953 bis 1962 Magistratsdirektor.

490 WStLA, M. Abt 209, A3-Sachakten, Faszikel 50 (1939), Aktenvermerk vom 6.3.1947.

tInnen parteimäßig belastet sind."[491] Im Gegensatz zur Kündigung oder Entlassung hatte die sogenannte „Ausserdienststellung" für die betroffenen BeamtInnen einen wesentlichen Vorteil: Der „zeitliche Ruhestand", wie es in der Dienstrechtsordnung der BeamtInnen der Stadt Wien korrekt hieß, brachte den BeamtInnen gekürzte oder volle Bezüge und sozial- sowie pensionsrechtliche Absicherung während dieser Zeit. Darüber hinaus bestand für die Betroffenen die Möglichkeit, wieder in den Dienst der Stadt Wien zurückzukehren (LG Blatt 34/1951 § 68 ff).

Ein Jahr später, am 26. März 1947, meldete das Anstaltenamt an die Magistratsabteilung 2 den aktuellen Stand von belasteten Personen im Bereich der städtischen Kranken- und Wohlfahrtsanstalten. Von den insgesamt rund 12.000 Bediensteten waren 2.069 Personen Angehörige der NSDAP oder einer ihrer Teilorganisationen gewesen. 1.075 Bedienstete wurden wegen „Illegalität" „sofort ausser Dienst" gestellt. Zusammenfassend stellt das Anstaltenamt fest, „dass sich von den 2069 Registrierungspflichtigen nur mehr 640 „minderbelastete" Bedienstete in Stand und Gebühr des Anstaltenamtes befinden."[492]

Laut Aufzeichnungen der Magistratsabteilung 17 (Anstaltenamt) wurden in den Jahren 1948 und 1949 insgesamt weitere 267 NS-belastete Personen (ÄrztInnen und PflegerInnen) im Bereich der Krankenanstalten in Wien entnazifiziert.[493]

29.4. Biografische Skizzen von Pflegepersonal des „Steinhofs" mit Bezug zu Pavillon 15

Nachfolgend finden sich exemplarische Beschreibungen von PflegerInnen mit nationalsozialistischer Vergangenheit (NSDAP-Mitglieder), die direkt oder indirekt in der NS-Ära mit Pavillon 15 bzw. 17 zu tun hatten. Die Auf-

---

[491] Bericht der Anstaltenverwaltung, Magistratsabteilung II/3 an den Bürgermeister vom 27. Februar 1946, WStLA, M.Abt 209, A 3 Sachakten, Faszikel 50 (1939), G 103-13-30.

[492] Schreiben der Magistratsabteilung 17 – Anstaltenamt an die Magistratsabteilung 2 vom 26. März 1947, WStLA, M.Abt 209, A 3 Sachakten, Faszikel 50 (1939), G 103-13-30.

[493] Entnazifizierung der öffentlich Bediensteten auf Grund des Verbotsgesetzes 1947 § 19 Ab. 1 lit b. Anm.: Als Entnazifizierung wird die ab Juli 1945 umgesetzte Politik der Vier Mächte bezeichnet, die darauf abzielte, die deutsche und österreichische Gesellschaft, Kultur, Presse, Ökonomie, Justiz und Politik von allen Einflüssen des Nationalsozialismus zu befreien.

listung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Aus Platzgründen können hier nur einige der untersuchten Beispiele angeführt werden.

Bertha, Klara (im Akt auch Clara) (geb. 2. September 1894)

Von 1924 bis 1945 arbeitet Clara Bertha, Schwester von Hans Bertha, als Kinderkrankenschwester in der Reichsfürsorgeanstalt für Mutter und Kind (Glanzing), 1938 Oberschwester und von 1940 bis 1945 Oberschwester der Jugendfürsorgeanstalt „Am Spiegelgrund" bzw. Wiener Städtische Nervenklinik für Kinder (Pavillon 15 und 17). Sie ist maßgeblich an der „Kindereuthanasie" beteiligt. Bertha kündigt per 4. Juni 1945 ihr Dienstverhältnis mit der Stadt Wien.
Politische Aktivitäten: Mitglied der NSDAP (Nr. 6.119.427); Mitglied NS-Beamtenbund seit 18.6.1938.[494]

Fink, Karoline (geb. Beybl, 1. Februar 1907)

Am 16. Februar 1943 tritt Karoline Fink ihren Dienst als „Zöglingsaufseherin ohne Prüfung" im Erziehungsheim „Am Spiegelgrund" an. Wegen ihrer nationalsozialistischen Vergangenheit wird Fink am 27. Juni 1947 von der Gemeinde Wien gekündigt. Ein Ansuchen um Wiedereinstellung wird vom Erziehungsheim der Stadt Wien am 30. Juni 1948 positiv beschieden: „Die Dienstleistung der Genannten hat zu Klagen niemals Anlaß gegeben. Sie war sehr pflichtbewußt und es kann ihre Dienstleistung als gut bezeichnet werden." Die Gewerkschaft hat Bedenken, sie wieder als Erzieherin einzusetzen und schlägt vor, sie anderwärtig zu beschäftigen. Aus dem Personalakt ist nicht ersichtlich wie und wo Fink wiederverwendet wird.
Politische Aktivitäten: Mitglied der NSDAP (Nr. 8.455.915) ab 1. Oktober 1940; Mitglied Deutsches Frauenwerk ab Oktober 1938.[495]

Katschenka, Anna (geb. 1905)

1927 beginnt Anna Katschenka als Krankenschwester bei der Gemeinde Wien. Bis 1940 arbeitet sie als Stationsschwester im Versorgungsheim Lainz. Im Dezember 1940 fordert Direktor Erwin Jekelius in einem persönlichen Schreiben die Zuweisung der Schwester von Lainz an die Jugendfür-

494 WStLA, M.Abt. 202, A 5 - Personalakt Bertha Klara und Hubenstorf 2015.
495 WStLA, M.Abt. 202, A 5 – Personalakten 1. Reihe: Finka (sic!) Karoline, 206/1/25 A5/611.

sorgeanstalt „Am Steinhof“. Anna Katschenka ist von Januar 1941 bis Juli 1945 stellvertretende Oberschwester in der Kinderanstalt (Pavillon 15 und 17).[496] Auf eigenes Ansuchen wird sie am 10. November 1945 in das Krankenhaus Lainz versetzt. Im Juli 1946 ist Katschenka als Zeugin im Volksgerichtsprozess gegen den Leiter der „Heilpädagogischen Klinik“ Dr. Ernst Illing geladen. Während der Verhandlung im Zusammenhang mit der Ermordung der Kinder am Pavillon 15 verliert Katschenka plötzlich das Gedächtnis (vgl. Butterweck 2016:164), verstrickt sich in Widersprüche bzw. beantwortet die Fragen nicht und wird noch im Gerichtssaal verhaftet.[497] Da der Prozess unter besonderem medialem Interesse steht, stellt die Magistratsabteilung deshalb den Antrag an den Bürgermeister, Katschenka vorläufig vom Dienst zu entheben und die Bezüge als Beamtin auf die Hälfte zu reduzieren.[498] Katschenka wird am 9. April 1948 vom Volksgericht Wien wegen Totschlags zu acht Jahren schweren Kerkers verurteilt. Von der Anklage der Quälerei und Misshandlung wird die Oberschwester freigesprochen. Sie wird beschuldigt, auf Weisung Illings durch Verabreichung von Luminal-, Veronal- und Morphiuminjektionen 24 Kinder getötet zu haben. Katschenka beschuldigt im Prozess auch den Arzt Heinrich Gross und gibt zu Protokoll, er habe ihr befohlen, die Kinder mit Tabletten oder Injektionen zu töten.[499] Die Stadt Wien entlässt die Beamtin per 9. April 1948. Am 20. Dezember 1950 wird Katschenka - nach zweijähriger Haft in der Frauenstrafanstalt Lankowitz - von Bundespräsident Karl Renner begnadigt. Im Juni 1951 erhält die Krankenschwester wieder eine Beschäftigung im St. Anna Kinderspital.

Politische Aktivitäten: Mitglied Reichsbund der Deutschen Beamten; Mitglied NS-Volkswohlfahrt.[500]

---

496 Strafsache gegen Illing und andere, Zeugeneinvernahme Anna Katschenka, 27.11.1945, LG Wien, Vg 2 b Vr2365/45.

497 WStLA, M. Abt. 202, A5 – Personalakte 1. Reihe Katschenka Anna, A5-1314, Schreiben Anstaltenamt an die Magistratsabteilung 2 vom 17. Juli 1946.

498 WStLA, M. Abt. 202, A5 – Personalakte 1. Reihe Katschenka Anna, A5-1314, Antrag der Magistratsabteilung 2 an den Bürgermeister 18. Juli 1946.

499 Wiener Zeitung, 10. April 1948, „24 Kinder getötet, Dr. Illings Helferin vor dem Volksgericht.“

500 WStLA, M.Abt. 202, A5 – Personalakten 1. Reihe: Katschenka Anna, A 5/1314.

29.5. Biografische Skizzen von ÄrztInnen mit Bezug zu Pavillon 15

Exemplarisch sei hier medizinisches Personal mit nationalsozialistischer Vergangenheit (NSDAP-Mitglieder oder AnwärterInnen) angeführt, das direkt oder indirekt während der NS-Herrschaft mit Pavillon 15 zu tun hatten. Die Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Aus Platzgründen können hier nur einige der untersuchten Beispiele angeführt werden.[501]

Bertha, Dr. Hans (Johann) (geb. 14. April 1901)

Am 15. August 1940 wird Hans Bertha zum leitenden Primararzt der Nervenheilanstalt „Rosenhügel" in Wien bestellt. Sein Vorgänger, Franz Formanek, wird mit 1. Juli 1940 seines Amtes enthoben.[502] Neben seiner Tätigkeit als kommissarischer Leiter der Neurologischen Abteilung des Altersheimes Lainz übernimmt Bertha im August 1941 das Referat V/3-7- „Fürsorge für Nerven-, Gemütskranke und Süchtige" im nationalsozialistischen Hauptgesundheitsamt. Im Jänner 1942 wird Hans Bertha für die Dauer der Einberufung des ärztlichen Direktors der Wiener städtischen Jugendfürsorgeanstalt „Am Spiegelgrund", Erwin Jekelius, zusätzlich mit der ärztlichen Oberleitung der Fürsorgeanstalt betraut.[503] Nach Ansicht von Neugebauer/Schwarz ist Hans Bertha „als ärztlicher Direktor der Heil- und Pflegeanstalt der Stadt Wien ‚Am Steinhof' 1944/45 als einer der Hauptverantwortlichen für die NS-Euthanasie in Wien anzusehen." (vgl. Neugebauer/Schwarz 2005:243ff). Vom 7. Mai bis 9. Juni 1945 wird Bertha im Anhaltelager für Nationalsozialisten in der Anstalt (Pavillon 23) inhaftiert. Anschließend arbeitet er wieder in der Prosektur „Am Steinhof" (vgl. Gabriel 2007:162). Am 28. November 1946 ist er nach wie vor im Personalstand der Stadt Wien verzeichnet. Die Magistratsabteilung 17 ersucht die zuständige Magistratsabteilung 2 „die Kündigung Berthas ehebaldigst durchzuführen". Im Jänner 1947 übermittelt die Magistratsabteilung 2 die Kündigung an das Landesgericht für Strafsachen in Wien. Bertha wird wegen §§ 3,

---

501 Über die Person Dr. Martin Mimra konnte in den vorhandenen Archiven kein Personalakt gefunden werden. Laut Auskunft der dafür zuständigen Magistratsabteilung 2 ist die „Person nicht bekannt".

502 DÖW WN 22.766, Antrag Bertha vom 3. Oktober 1940 an das Reichserziehungsministerium in Berlin auf Verleihung einer Dozentur an der Uni Wien.

503 WStLA, M.Abt. 202, A5 Personalakten 1. Reihe Bertha, Dr. Hans, A 5/175.

4 Kriegsverbrechergesetz inhaftiert[504]. Am 10. April 1948 wird das Verfahren gegen Bertha in Wien eingestellt. Das Volksgericht beim Landesgericht für Strafsachen in Graz verhandelt am 25. September 1948 wegen § 11 Verbotsgesetz gegen ihn. Er wird freigesprochen. Ein Rechtsstreit zwischen der Stadt Wien und Hans Bertha im Zusammenhang mit der 1947 erfolgten Kündigung[505] dauert bis 1955.[506] 1953 erhält er die Lehrbefugnis an der Klinik für Neurologie und Psychiatrie in Graz. 1956 wird er dort zum Titularextraordinarius ernannt, 1960 wird er außerordentlicher und 1962 ordentlicher Professor. In den Jahren 1960-1964 ist er Klinikvorstand der Nervenklinik in Graz.[507]
Politische Aktivitäten: Mitglied der NSDAP (Nr. 1,521.286, Aufnahme 1.3.1933); SS-Untersturmführer (April 1937, Nr. 304193); Mitglied NS-Dozentenbund (1938); Leiter der SS-Studiengemeinschaft.[508]

Gross, Dr. Heinrich (geb. 14. November 1915)

Ab 1940 arbeitet Heinrich Gross in der Heil- und Pflegeanstalt in Ybbs/Donau[509] bzw. in der Jugendfürsorgeanstalt „Am Spiegelgrund". Die erste Einrückung zur Wehrmacht erfolgt 1942, dauert allerdings nur kurz. Gross kehrt nach einem Monat als „uk" (unabkömmlich) zurück. 1943 muss Gross neuerlich einrücken. Er kommt 1948 aus der russischen Kriegsgefangenschaft zurück (vgl. Gabriel 2007:174). 1950 wird ein Prozess gegen Gross vor dem Volksgericht Wien eröffnet. Ihm wird die Mitschuld an der Tötung von Kindern „Am Spiegelgrund" vorgeworfen.

Vom Verbrechen des Hochverrates wird Gross vom Volksgericht bereits im April 1950 freigesprochen.[510] Das Urteil wird wegen Formalfehler aufgehoben, die Staatsanwaltschaft tritt 1951 von der Anklage zurück. Von 1951 bis 1955 arbeitet Gross in der Nervenheilanstalt Rosenhügel, ab 1955 wieder

---

504 WStLA, M.Abt. 202, A5 Personalakten 1. Reihe Bertha, Dr. Hans, A 5/175, Vg 4 c Vr 5502/46 Ur 700 c.
505 Die Kündigung wird schließlich in eine Entlassung umgewandelt.
506 WStLA, M.Abt. 202, A5 Personalakten 1. Reihe Bertha, Dr. Hans, A 5/175, Vg 1 Vr 3152/48.
507 Vgl. http://archiv.uni-graz.at/de/geschichte/geschichte-einzelner-institute-und-kliniken/neurologie-und-psychiatrie/liste-der-vorstaende-professoren-und-dozenten/bertha/.
508 DÖW WN 22.766, Auskunft vom Berlin Document Center vom August 1984 und Fragebogen Bertha vom 18. Juli 1939 und WStLA, M.Abt. 202, A5 Personalakten 1. Reihe Bertha, Dr. Hans, A 5/175 und Schreiben der Mag. Abt. 2 vom 3. März 1947 an das BMI.
509 Psychiatrische Einrichtung der Stadt Wien.
510 Personalakt Heinrich Gross, MA 2; Vg li Vr 174/51 Hv 60/51 und 6 Os 21/51, 3.

„Am Steinhof“. 1956 ist er Oberarzt der Männer-Pflegeanstalt und von 1957 bis 1963 Vorstand der Männer-Heilanstalt, danach Vorstand der 2. Psychiatrischen Abteilung. Ab 1968 leitet Gross das „Ludwig Bolzmann-Institut zur Erforschung der Missbildungen des Nervensystems“. 1981 tritt Gross in den Ruhestand. Zwischen 1960 – 1983 bekleidet er das Amt des ständig beeideten Gerichtssachverständigen für Neurologie und Psychiatrie. 1976 wird er mit dem Ehrenkreuz für Wissenschaft und Kunst 1. Klasse ausgezeichnet.

In den 1980er Jahren wird Gross mehrmals wegen seiner Tätigkeit „Am Spiegelgrund“ und den in diesem Zusammenhang ermordeten Kindern öffentlich kritisiert. 1980 wird er aus der SPÖ ausgeschlossen. Bis 1987 bleibt Gross Mitglied im Bund Sozialdemokratischer AkademikerInnen (BSA).[511] In den 1990er Jahren kommt es zu gerichtlichen Vorerhebungen und im Jahr 2000 zur Eröffnung eines Prozesses gegen Gross. Der Prozess wird wegen Verhandlungsunfähigkeit des Angeklagten unterbrochen und bis zum Tod von Gross nicht wieder aufgenommen. (vgl. Gabriel 2007:174)
Politische Aktivitäten: Mitglied der Hitlerjugend (April 1932); Mitglied der SA[512]; Mitglied der NSDAP (Nr. 6.335.279), Beitritt Mai 1938.[513]

Hübsch, Dr. Margaret(h)e (geb. 19. Juni 1903)

Von 1941 bis 1942 ist Margarete Hübsch Fachärztin „Am Spiegelgrund“. Am 16. April 1942 wird sie zur Anstaltsoberärztin in der „Heilpädagogischen Klinik der Stadt Wien Am Spiegelgrund“ ernannt. Sie ist bis zur Übernahme durch Dr. Ernst Illing am 1. Juli 1942 die interimistische Leiterin. Hübsch wird mit 1. Juli 1942 als Fachärztin ins Hauptgesundheitsamt versetzt. Von 1. April bis 18. Juli 1946 ist Hübsch in Haft. Sie muss sich im Juli 1946 vor dem Volksgericht Wien wegen des Vorwurfs der Kinder-„Euthanasie“ verantworten. Hübsch wird vom Gericht freigesprochen. Die Stadt Wien kündigt sie schließlich mit 30. September 1946.[514]
Politische Aktivitäten: NSDAP-Anwärterin seit Juni 1938; Anwärterin des NSD-Ärztebundes seit Herbst 1938; Hübsch wird schließlich Mitglied der NSDAP (Nr. 9.017.341) und Mitglied der NS-Frauenschaft (vgl. Fürstler/Malina 2004:324).

---

511 http://www.dokumentationsarchiv.at/SPOE/Braune_Flecken_SPOE.htm.
512 Personalakt Heinrich Gross, MA 2; Vgla Vr 1601/48 Hv 128/50, vom 22. April 1950, S. 3.
513 Personalakt Heinrich Gross, Angaben im Fragebogen der Magistratsdirektion Wien vom 15.3.1940.
514 WStLA, M.Abt.202, A5 Personalakten 1. Reihe: Hübsch Margarethe, 206/1/39, A5-1156.

Illing, Dr. Ernst (geb. 6. April 1904)

Im Juli 1942 übersiedelt der ausgebildete Nervenarzt Ernst Illing als kommissarischer Direktor der Wiener Städtischen Nervenklinik für Kinder von Leipzig nach Wien. Er wird „Obergemeinschaftsleiter" im Stab des rassenpolitischen Amtes. Am 22. Mai 1945 wird Illing wegen Mordes, Quälerei und Misshandlung der Kinder „Am Spiegelgrund" verhaftet. Das Volksgericht Wien verurteilt ihn deshalb am 18. Juli 1946 zum Tode durch den Strang. Am 13. November 1946 wird er in Wien hingerichtet (vgl. Gabriel 2007:191). Illing erklärt als Beschuldigter im Prozess vor dem Volksgericht Wien am 22. Oktober 1945: „Es ist richtig, dass ungefähr ein monatlicher Zugang von 50 Kindern war. 33% bis 50% der Todesfälle sind durchschnittlich mit Nachhilfe gestorben."
Politische Aktivitäten: Mitglied der NSDAP seit 1. Mai 1933[515]

Jekelius, Dr. Erwin (geb. 5. Juni 1905)

1936 tritt Erwin Jekelius als Ordinarius seine Stelle „Am Steinhof" an. 1939 wird er zum Primarius und Vorstand der Trinkerheilanstalt ernannt und leitet parallel dazu das Referat „Geisteskranken-, Psychopathen- und Süchtigenfürsorge" im Gesundheitsamt. Als am 24. Juli 1940 die „Jugendfürsorgeanstalt Am Spiegelgrund" in Betrieb genommen wird, übernimmt er die Direktion. Am 2. Jänner 1942 wird Jekelius zur Wehrmacht[516] einberufen, die Direktion der Jugendfürsorgeanstalt übernimmt in dieser Zeit Ernst Illing. 1945 wird er als Kriegsverbrecher gesucht und am 17. Mai 1945 in Wien festgenommen. Jekelius wird beschuldigt, an der Massenvernichtung der Zivilbevölkerung in der ehemaligen UdSSR beteiligt gewesen zu sein. Neben den Kriegsverbrechen wird ihm die Vernichtung „Geisteskranker" in den Jahren 1940/41 sowie auch die Tötung von Kindern „Am Spiegelgrund" in den Jahren 1941/42 vorgeworfen. Auf Anordnung des sowjetischen Militärstaatsanwaltes wird er in die Sowjetunion gebracht und in einem Prozess 1948 zu 25 Jahren Haft verurteilt. Jekelius stirbt am 8. Juli 1952 in sowjetischer Gefangenschaft.
Politische Aktivitäten: Mitglied der NSDAP seit Juli 1933; Mitglied der SA seit März 1938 (vgl. Gabriel 2007:176).

---

[515] DÖW WN 19542/2, Strafsache gegen Ernst Illing und andere, LG Wien, Vg 2 b Vr2365/45.
[516] Erste Einberufung vom 10.11.1939 bis 5.4.1940.

Krenek, (Johann) Hans (geb. 11. März 1903)

Ab 1939 wird Hans Krenek kommissarischer Leiter des Zentralkinderheimes, 1940 wird er unter Erwin Jekelius pädagogisch-psychologischer Leiter der Jugendfürsorgeanstalt „Am Spiegelgrund". Nach der Spaltung und Verselbständigung des Erziehungsheimes im Jahr 1942 wird Krenek Direktor. Er bleibt dies bis zu seiner Außerdienststellung 1945. Krenek wird 1948 wieder in den Dienst der Gemeinde Wien gestellt (Magistratsabteilung 6, Buchungsabteilung). 1957 erfolgt die Versetzung in die Magistratsabteilung 17 als Leiter des Referates Jugendfürsorgeanstalten. 1961 übernimmt er die Leitung der Städtischen Lehrlingsheime. 1952 befördert ihn die Stadt Wien zum Amtsrat, 1961 wird er Oberamtsrat. 1966 ist er für die Verleihung des Goldenen Ehrenzeichens für Verdienste um die Republik Österreich vorgesehen. Hans Krenek stirbt vor der Verleihung des Ehrenzeichens.
Politische Aktivitäten: Ab 1936 Mitglied der nationalsozialistischen Betriebszellenorganisation im Krankenhaus Lainz, dort 1938/39 Organisations- und Propagandaleiter bzw. Zellenleiter (Gabriel 2007:192).

Podhajsky, Dr. Wilhelm (geb. 9. Oktober 1902)

1935 beginnt der Mediziner Wilhelm Podhajsky in der Heil- und Pflegeanstalt „Am Steinhof" zu arbeiten. 1940 wird er dort Direktionssekretär. Während des Krieges ist Podhajsky Leiter der Frauen-Pflegeanstalt. Nach der neurologischen Nebenfach-Ausbildung in der Nervenheilanstalt Rosenhügel wird er 1950 Facharzt für Psychiatrie und Neurologie. Am 19. Dezember 1950 wird er mit der Anstaltsleitung betraut, 1953 wird Podhajsky zum Direktor und damit organisatorisch auch für Pavillon 15 verantwortlich. Er bleibt in diesem Amt bis zu seiner Pensionierung 1967. Laut Eberhard Gabriel „Keine Registrierungspflicht als Nationalsozialist" (Gabriel 2007:163). Podhajsky ist nicht Mitglied der NSDAP, allerdings Mitglied der SA. Am 3. Jänner 1940 wird er als NSDÄB-Anwärter abgelehnt (vgl. Hubenstorf 2015). Podhajsky stirbt am 23. Juli 1994 in Wien.

Seitelberger, Dr. Franz (geb. 4. Dezember 1916)

Franz Seitelberger arbeitet zwar nicht direkt im Pavillon 15 hat allerdings über seine Forschungsarbeiten und über die Person Heinrich Gross indirekt mit dem Pavillon zu tun (vgl. auch Kap. 14 „Obduktionen").

1947 absolviert Franz Seitelberger seine Ausbildung zum Facharzt am Neurologischen Krankenhaus am Rosenhügel, ab 1949 arbeitet er am Psychiatrischen Krankenhaus „Am Steinhof". 1950 wird Seitelberger als Fach-

arzt für Neurologie und Psychiatrie zugelassen. Ab 1951 arbeitet er am Neurologischen Institut unter der Leitung von Hans Hoff. 1954 habilitiert Seitelberger für Neurologie, Neuroanatomie und Neuropathologie und erhält 1958 den Titel eines außerordentlichen Universitätsprofessors. 1959 wird er zum Vorstand des Neurologischen Institutes der Universität Wien ernannt. 1964 folgt die Berufung als ordentlicher Professor für Neurologie. In den Jahren 1974/75 fungiert er als Dekan der Medizinischen Fakultät danach als Rektor der Universität Wien. Nachdem Seitelbergers SS-Mitgliedschaft bekannt wird, fordern Studierende 1976 seinen Rücktritt als Rektor an der Universität Wien. Die zuständige Wissenschaftsministerin Hertha Firnberger gibt am 3. März 1976 bekannt, dass Seitelberger lediglich als „Minderbelasteter" eingestuft wird. Seitelberger erklärt, seine SS-Einheit sei als „Sportvereinigung" anzusehen. 1987 wird Seitelberger emeritiert. 2003 wird bekannt, dass Seitelberger für seine Forschungsarbeiten im Rahmen seiner Habilitation Gehirnpräparate von Euthanasie-Opfern als Untersuchungsobjekte herangezogen und mit dem Gerichtspsychiater Heinrich Gross zusammengearbeitet hat. Als international renommierter Neurologe wird er mehrfach ausgezeichnet: Ehrenmedaille der Stadt Wien in Gold sowie Erwin Schrödinger-Preis der Österreichischen Akademie der Wissenschaft. Seitelberger stirbt am 2. November 2007 in Wien.[517]
Politische Aktivitäten: Mitglied der SS-Einheit „Sturm 1/89" seit 1. Mai 1938; Mitglied der NSDAP seit 1. Juli 1940, Nr. 8.121.499 (DÖW R 275).

Türk, Dr. Marianne (geb. 31. Mai 1914)

Vom 15. März 1939 bis 18. Juli 1946 steht Marianne Türk nach eigenen Angaben als Anstaltsärztin in der Heil- und Pflegestation „Am Steinhof" und anschließend in der Jugendfürsorgeanstalt „Am Steinhof" bzw. in der Nervenklinik für Kinder und im Erziehungsheim am Spiegelgrund im Dienst.[518] Am 25. Juni 1945 wird Türk wegen Mordes verhaftet. Das Volksgericht Wien verurteilt sie zu zehn Jahren schweren Kerkers wegen Mordes.[519] Im Zuge des Verfahrens vor dem Volksgericht gibt Türk rund 200 Tötungen von Kindern in der Zeit zwischen Juli 1942 und April 1945 zu. Sie wird am 30. September 1946 von der Gemeinde Wien gekündigt.[520]

---

517 Vgl. Universität Wien, http://geschichte.univie.ac.at/de/personen/franz-seitelberger-prof-dr.
518 Schreiben Türk an MA 17 vom 12.9.1970.
519 WStLA, Urteil Volksgericht vom 18. Juli 1946 LG Wien Vg 1a Vr 2365/45.
520 WStLA, M. Abt. 202, A5-Personalakt Türk, Dr. Marianne und vgl. Neugebauer/Schwarz 2005:272.

Uiberrak, Dr. Barbara (geb. 30. Juli 1902)

Am 1. August 1938 wird Barbara Uiberrak mit der Führung der Prosektur in der Heil und Pflegeanstalt „Am Steinhof" betraut. Ab Mai 1941 wird Uiberrak Städtische Chefärztin. 1945 wird sie außer Dienst gestellt, entlassen aber gegen Taggeld weiter „Am Steinhof" beschäftigt. Am 1. Dezember 1947 wird sie wieder mit vollen Bezügen in den Personalstand genommen. 1957 wird die Entlassung aufgehoben und Uiberrak arbeitet bis zu ihrer Pensionierung im Jahr 1968 im Prosekturdienst. 1968 erhält sie das Goldene Ehrenzeichen für die Verdienste um die Republik Österreich. Am 13. Jänner 1979 verstirbt die Ärztin in Wien (vgl. zu Uiberrak auch Kap. 14 „Obduktionen"). *Politische Aktivitäten:* Mitglied der NSDAP seit Juli 1938 (vgl. Gabriel 2007:186).

29.6. LAINZ – ROSENHÜGEL

Die Geschichte der Abteilung für Kinder-Neurologie (AH Lainz) bzw. für entwicklungsgestörte Kinder, wie sie später am NKH Rosenhügel hieß, ist eng mit der Person Andreas Rett verbunden, wie in Studienteil C ausführlich dargestellt wird. Auf seine Initiative hin wurde im Jänner 1956 auf Pavillon XVII des Altenheimes Lainz eine Sonderabteilung für „anstaltsbedürftige Jugendliche" unter der Bezeichnung „Abteilung für Kinderneurologie" eröffnet. Rett wurde auch mit der Leitung dieser Sonderabteilung betraut. Zu seiner Person soll deshalb nachfolgend eine etwas ausführlichere biographische Skizze wiedergegeben werden:

Rett, Dr. Andreas

Andreas Rett wird 1924 in Fürth (Deutschland) geboren. 1932 tritt er der Hitlerjugend bei und übernimmt in der Folge eine führende Stellung beim HJ-Bann.[521] Laut Unterlagen des Bundesarchivs Berlin (BDC-Bestand) tritt er am 1. September 1942 im Alter von 18 Jahren in Innsbruck der NSDAP bei (Mitgliedsnummer 9,260.108).[522] Im Krieg ist er als Hilfsarzt bei der Kriegsmarine tätig. Nach dem Zweiten Weltkrieg setzt Rett sein Studium der

[521] Staatspolizeiliche Abteilung, ÖStA AdR BMU HR 1-29, Gz.24.012/46, fol. 1-6.

[522] Vgl. BDC-Unterlagen zu Dr. Andreas Rett, 3200 Ortgruppenkartei der NSDAP, R0 091, BA Berlin.

Medizin an der Universität Innsbruck fort. Im Sommersemester 1946 wird seine Inskription an der Franzens-Universität in Innsbruck abgelehnt. Als Begründung wird seine nationalsozialistische Vergangenheit angeführt. Rett bestreitet in einem Schreiben seine Mitgliedschaft bei der NSDAP, die eingesetzte Kommission kommt aber zu dem Schluss:

> „Aufgrund der staatspolizeilichen Auskunft und dem Umstand, daß Rett, der Reichsdeutscher ist, in den hiesigen Studentenkreisen als eifriger Nationalsozialist bekannt ist, lehnt die österr. Hochschülerschaft ein Weiterstudium des Rett ab."[523]

Aus dem Personalakt geht nicht hervor, wann das Studienverbot aufgehoben wird, vermutlich aber bereits nach kurzer Zeit, denn im Jahr 1949 schließt Rett sein Studium in Innsbruck ab. Im selben Jahr erhält er die österreichische Staatsbürgerschaft.[524] Die Ausbildung zum Kinderarzt absolviert Rett am Preyerschen Kinderspital in Wien. Im Jänner 1956 wird – wie eingangs ausgeführt – auf Pavillon XVII des Altenheimes Lainz die „Abteilung für Kinderneurologie" eröffnet, deren Leitung Rett übernimmt.[525] Die weiteren beruflichen Schritte gestalten sich laut Personalamt der Stadt Wien wie folgt:

1962: Definitivstellung
1966: Beförderung zum Vorstand der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder am Neurologischen Krankenhaus Rosenhügel in Wien; Lehrbeauftragter an der Universität Wien
1967: Habilitation für das Fach Neuropädiatrie (vgl. Neugebauer/Schwarz 2005:230)
1974: Verleihung des Titels „Außerordentlicher Universitätsprofessor"
1976: Verleihung des Ehrenkreuzes für Wissenschaft und Kunst 1. Klasse
1984: Verleihung des „Goldenen Ehrenzeichens für Verdienste um das Land Wien"
1985: Bestellung zum ärztlichen Leiter des NKH Rosenhügel
1989: Pensionierung

Wissenschaftliche Verwertung von NS-Kindereuthanasieopfer

Im Jahr 1968 beteiligt sich Rett an der wissenschaftlichen Verwertung der NS-Kindereuthanasieopfer. Es erscheint eine Publikation mit Heinrich Gross, Kurt Jellinger, Elfriede Kaltenböck, Infantile Cerebral Disorders, in: Journal

---

523 Bundesministerium für Unterricht, GZ 24012/III 8/46, Rektorat der Uni Innsbruck am 22. Mai 1946, Kopie beim Verfasser.
524 Personalakt der Gemeinde Wien, Andreas Rett, Magistratsabteilung 2.
525 Personalakt der Gemeinde Wien, Andreas Rett, Magistratsabteilung 2.

oft the neurological Sciences 7 (1968), pp. 551-564. Grundlage für diese Arbeit sind Gehirnpräparate, die von ermordeten Spiegelgrundopfern stammen (vgl. Czech 1999:63; Neugebauer/Schwarz 2005:230 ff).
1997 verstirbt Rett in Wien (vgl. Neugebauer/Schwarz 2005:230 ff).

Rett und Birkmayer

Andreas Rett und Walt(h)er Birkmayer verband nicht nur die gemeinsame Zeit im „Bund sozialdemokratischer AkademikerInnen (BSA)“ sowie die gemeinsame berufliche Tätigkeit im Altersheim Lainz (vgl. Kap. 16.1). Ein Schreiben vom 24. Jänner 1984 von Birkmayer an Rett dokumentiert, dass beide Mediziner sowohl privat als auch beruflich verbunden waren. Auszug aus dem Brief infolge einer Ansprache Birkmayers auf einer Feier Retts anlässlich seines 60. Geburtstags:

> „Lieber Andi!
>
> (…) Was verbindet uns? Zwei Alpha, die in der Relation einer permanenten Induktion stehen, da sie glücklicherweise nicht das gleiche Fachgebiet beackert haben. Eine Eigenschaft des Alpha habe ich bei meiner Rede zu Deinem Geburtstag vergessen. Der Alpha hat das besondere Bedürfnis die Omega-Individuen seiner Gruppe unter seinen besonderen Schutz zu stellen. Diese Eigenschaft haben wir beide in großem Masse. Es gibt für mich nichts Beglückenderes als einem anderen helfen zu können. Du verfügst nicht nur über eine ausgezeichnete Beobachtungsgabe, über eine ausgezeichnete Erfassung der beobachtenden Bedeutung, und über eine vitale Programmierung der systematischen Weiterforschung. Das ist sicher ein germanischer Erbteil. (…)“[526]

Birkmayer, Dr. Walt(h)er

Walter (auch Walther) Birkmayer wird am 15. Mai 1910 in Wien geboren. 1932 tritt er der NSDAP bei (Mitgliedsnummer 6,126.574; offizielles Aufnahmedatum ist der 1. Mai 1938, Austritt 10. Februar 1943)[527]. Der SS-Untersturmführer (SS-Nr. 309 088) publiziert 1938 mehrere Vorträge in der NS-Zeitung „Wiener Klinische Wochenzeitschrift“. Birkmayer wird zum „Hauptstellenleiter im Rassenpolitischen Amt in Wien“ ernannt[528]. Im Herbst 1939 wird vom „Sittenamt“ in Wien festgestellt, dass Birkmayer „jüdische

---

[526] Schreiben Dr. Walther Birkmayer an Prof. Dr. Andreas Rett, vom 24.1.1984, Rett Korrespondenzen 1984.

[527] DÖW 21592 (Bestand DOC Berlin, Kopie); siehe auch DÖW 22759 (Personalakt des Staatsamt für Volksaufklärung, für Unterricht und Erziehung und für Kultusangelegenheiten GZ 5341/III 4a, 4b, 1945; Kopie).

[528] WStLA, LG Wien, Vg 7c Vr 913/48.

Wurzeln“ hat. Am 21. Dezember 1939 wird er deshalb aus der SS entlassen.[529] Birkmayer in seiner Stellungnahme dazu aus dem Jahr 1945 (Auszug):

> „Im Herbst 1939 wurde vom Sippenamt festgestellt, dass ich Mischling 2ten Grades bin. Ich mußte daraufhin aus der SS und Partei austreten. Ich reichte damals ein Gesuch um Gleichstellung mit Deutschblütigen ein, dessen Entscheidung auf Kriegsende vertragt wurde.“[530]

Das Rektorat der Universität Wien genehmigt am 17. Oktober 1940, dass Birkmayer an der Universitätsklinik weiter als Assistent für Neurologie und Psychiatrie beschäftigt wird. Eine Dozentur wird allerdings aus Gründen seiner „rassischen Herkunft“ abgelehnt.[531] Am 19. Februar 1943 erklärt Birkmayer auch seinen Austritt aus der NSDAP:

> „Ich, Dr. Walter Birkmayer, geb. am 15.5.1910 in Wien, wohnhaft Wien XVIII, Weimarerstr.59, lege mit Rücksicht auf meine nicht rein deutschblütige Abstammung, meine Parteimitgliedschaft freiwillig zurück und führe die Mitgliedskarte Nr. 6,126.574 ab.“[532]

Am 15. Mai 1945 stellt Birkmayer an das Dekanat der medizinischen Fakultät der Universität einen Antrag auf Aufhebung der Suspendierung. Unterstützung erhält er von der Psychiatrischen Klinik der Uni Wien. Der Vorstand (Prof. Dr. Otto Pötzl) spricht sich für die Aufhebung der Suspendierung aus[533] und stellt den Antrag auf Wiedereinstellung seines Assistenten. Das dafür zuständige „Staatsamt für Volksaufklärung, für Unterricht und Erziehung und für Kultusangelegenheiten“ führt dazu am 23. Juni 1945 an:

> „(…) Zusammenfassen ergibt sich folgendes Gesamtbild: Dr. Birkmayer war in der Zeit von 1932-1939 als ratikaler (sic!) Nationalsozialist aktiv tätig, wie auch seine wissenschaftliche Arbeit in konsequenter Ausrichtung auf Ideologie und das Programm der NSDAP abgestimmt war.
>
> Diese Haltung fand in seinen verschiedenen Parteifunktionen und sonstigen Vertrauensstellen, wie sie nur qualifizierten Anhängern verliehen wurden, klaren Ausdruck.
>
> Ungefähr seit 1939 vollzog sich mit Dr. Birkmayer ein gewisser Gesinnungswandel, nachdem vom Sippenamt seine Eigenschaft als Mischling 2. Grades

---

529 DÖW 21592 (Bestand DOC Berlin, Schreiben Reichsführer SS an SS-Untersturmführer Birkmayer vom 21.12.1939).

530 DÖW 22759 (Stellungnahme Birkmayer zu seiner Suspendierung am 15.5.1945, Kopie).

531 DÖW 22759 (Schreiben Rektorat Wien vom 17.10.1940 an Birkmayer, Kopie).

532 DÖW 22759 (undatierter Aktenvermerk Bundesministerium für Inneres, Kopie).

533 DÖW 22759 (Schreiben der Psychiatrisch-Neurologischen Klinik an das Dekanat vom 28.5.1945; Schreiben von Birkmayer an das Dekanat vom 15.5.1945, Kopien).

> festgestellt worden war, womit für ihn eine Reihe beruflicher und persönlicher Folgen verbunden war, wie z.B. die Verwehrung des Übergangs zur Dozentur und die Ablehnung einer Beförderung zum Oberassistenten.
>
> Es ist aber die Annahme begründet, dass dennoch seitens der NSDAP ein tatsächliches Vertrauensverhältnis zu Dr. Birkmayer weiterbestand, da in anderen Fällen eine Zulassung von Mischlingen zur Offizierslaufbahn bzw. in leitende Funktionen, wie sie z.B. mit der noch 1942 erfolgten Betrauung als Leiter eines Sonderlazaretts stattfand, grundsätzlich ausgeschlossen war.
>
> Es ist festzustellen, dass sich aber Dr. Birkmayer in den letzten Jahren vor 1945 für mehrere Personen und Fachkollegen die ihm als offene Gegner des Nationalsozialismus bekannt waren, hilfreich einsetzte bzw. in seiner Sonderstellung an der Klinik und später als Leiter eines Sonderlaz. (sic!) in gleicher Weise wirkte.“ [534]

Die Entlassung bleibt aufrecht. Handschriftlicher Zusatz: „Es wäre nach Ablauf einer Bewährungsfrist von 1–2 Jahren auf die Angelegenheit zurückzukommen.“ (ebd.)

Im Februar 1948 leitet die Staatsanwaltschaft Wien ein Verfahren wegen Hochverrats und Denunziation gegen Birkmayer ein. Vorwurf: §§ 8,10,11 Verbotsgesetz[535], § 197 Strafgesetzbuch in Verbindung mit § 7 D Wahlgesetz. Im Juni 1948 wird das Verfahren eingestellt. Es besteht laut Staatsanwaltschaft „kein Grund zur weiteren Verfolgung des Beschuldigten“.[536] Im Juni 1948 wird für Walter Birkmayer im Auftrag des Innenministeriums ein „Antrag auf Nachsicht der Sühnefolgen nach dem Verbotsgesetz 1947“ beim Bundespräsidenten eingebracht. Begründet wird das Gnadengesucht mit: „Dr. Birkmayer soll als Facharzt seine Praxis wieder ausüben. Die Befreiung ist im öffentlichen Interesse gelegen.“ [537] Am 22. Juni 1948 wird der Antrag von Präsident Renner bewilligt. 1949 wird ein weiteres Verfahren wegen Hochverrats eingeleitet. Auch dieses Verfahren wird rasch eingestellt.[538]

Birkmayer kandidiert 1950 bei der Ärztekammerwahl auf der Liste der VdU-nahen Vereinigung „Unabhängiger Ärzte“, zieht seine Kandidatur aber wieder zurück. Danach knüpft er Kontakte zu den BSA-Ärzten. 1953 wird er vom späteren Gesundheitsminister Kurt Steyrer angeworben und tritt dem

---

534 DÖW 22759 (Personalakt des Staatsamt für Volksaufklärung, für Unterricht und Erziehung und für Kultusangelegenheiten GZ 893/45, 1945; Antrag des Prof. Pötzl auf Wiedereinstellung seines Assistenten Birkmayer, Kopien).

535 Siehe dazu: http://www.nachkriegsjustiz.at/service/gesetze/kvg5.php.

536 WStLA, LG Wien, Vg 7c Vr 913/48.

537 ÖSTA, AdR Grundzahl 14/9.250/1948, Antrag auf Nachsicht der Sühnefolgen nach dem Verbotsgesetz 1947 für Dr. Walter Birkmayer an die Präsidentschaftskanzlei.

538 WStLA, LG Wien, Vg 5a Vr 743/49; vgl. profil 36, 31. August 2015, S 30 ff.

BSA als Mitglied bei. 1954 erhält er die Dozentur für das Fach Psychiatrie und wird zum Primarius der Neurologischen Abteilung des Altersheims Lainz ernannt. 1963 wird er als ordentlicher Professor für Neurologie an die Universität Wien berufen. Birkmayer stirbt 1996 und erhält ein Ehrengrab der Stadt Wien in Neustift am Walde.

29.7. Zusammenfassung

Bereits in den frühen 1930er Jahren gab es rund um den Anstaltsarzt und späteren Direktor der Anstalt, Dr. Erwin Jekelius, eine aktive Organisation von 62 illegalen NationalsozialistInnen „Am Steinhof". Sechs von ihnen wurden in den Jahren 1945 bzw. 1946 „ausser Dienst" gestellt. Im Gegensatz zur Kündigung oder Entlassung hatte die sogenannte „Außerdienststellung" für die betroffenen BeamtInnen einen wesentlichen Vorteil: der „zeitliche Ruhestand", wie er in der Dienstrechtsordnung der BeamtInnen der Stadt Wien korrekt hieß, garantierte den BeamtInnen gekürzte oder volle Bezüge und sozial- und pensionsrechtliche Absicherung während dieser Zeit. Darüber hinaus bestand für die Betroffenen die Möglichkeit, wieder in den Dienst der Stadt Wien zurückzukehren.

Die Rolle der Pavillons 15 und 17 während des Nationalsozialismus wurde wissenschaftlich bereits umfangreich aufgearbeitet. Im Sommer 1945 wurden die verantwortlichen ÄrztInnen des Pavillons 15, Ernst Illing, Margarethe Hübsch und Marianne Türk wegen der Ermordung der Kinder in Untersuchungshaft genommen. Illing, Hübsch und Türk wurden im Juli 1946 vom Volksgericht Wien verurteilt. Ernst Illing wurde zum Tode verurteilt und hingerichtet. Marianne Türk wurde zu zehn Jahren Haft verurteilt und Margarethe Hübsch erhielt einen Freispruch. Der erste Direktor der Jugendfürsorgeanstalt „Am Spiegelgrund", Erwin Jekelius, wurde am 17. Mai 1945 in Wien festgenommen und auf Anordnung des Militärstaatsanwaltes in sowjetische Haft überstellt. Er wurde von einem russischen Gericht zu 25 Jahren Haft verurteilt. Jekelius starb 1952 im Gefängnis.

Am 30. Juli 1945 wurde die Nervenklinik für Kinder in der ursprünglichen Form aufgelöst und erhielt wieder den Namen „Am Steinhof". Das gesamte Personal der aufgelösten Kinderklinik wurde von der Heil- und Pflegeanstalt „Am Steinhof", wie es im Amtsdeutsch hieß, „in Stand und Gebühr genommen". Laut Unterlagen der Direktion wurden im Sommer 1945 mindestens 35 MitarbeiterInnen der Heil- und Pflegeanstalt mit nationalsozialistischer Vergangenheit kurzfristig verhaftet oder in Polizeihaft genommen. Neun kehrten anschließend unverzüglich wieder in den Dienst zurück. Laut einem

Bericht der Polizeidirektion Wien wurden 1945 insgesamt 23 Pflegerinnen der Pavillons 15 bzw. 17 gekündigt oder entlassen. Als Grund für die Kündigung bzw. Entlassung wurde seitens der Stadt Wien hauptsächlich „Nichterscheinung zum Dienst“ angeführt, keine disziplinarrechtlichen Gründe oder die Mitgliedschaft zu den Nationalsozialisten waren für die Trennung ausschlaggebend. Zwei Aufseherinnen wurden „ausser Dienst“ gestellt. 19 Pflegerinnen wurden innerhalb der Stadt Wien versetzt. Laut Anstaltenamt waren im gesamten Bereich der städtischen Kranken- und Wohlfahrtsanstalten 60 Prozent der Bediensteten Angehörige der NSDAP. „Am Steinhof“ waren NS-FunktionärInnen oder AnwärterInnen auf allen hierarchischen Ebenen zu finden. In der Direktion, im Sekretariat, bei den ÄrztInnen, PflegerInnen bis zu den HausarbeiterInnen.

Nahezu jedes Mitglied des medizinischen Personals im Pavillon 15 war während des Nationalsozialismus Mitglied der NSDAP oder AnwärterIn für die NSDAP bzw. der NSDÄB. Nicht jeder Aufnahmeantrag wurde von den zuständigen NS-FunktionärInnen positiv beschieden. Die Gründe der Ablehnung sind weitgehend unbekannt. Politische Intrigen innerhalb der NS-ÄrztInnen, Auseinandersetzungen mit dem zuständigen Gauamt oder „mangelndes“ nationalsozialistisches Engagement darf hinter den Ablehnungen vermutet werden. Die Ablehnungen retteten vielen Betroffenen nach 1945 die berufliche Karriere. Nun konnten die AnwärterInnen behaupten, sie hätten nie etwas mit den Nationalsozialisten zu tun gehabt. Die medizinische Karriere konnte damit ungehindert fortgesetzt werden.

Ab 1947 konnten ehemalige NationalsozialistInnen Dank des neuen Verbotsgesetzes im öffentlichen Dienst ganz offiziell langsam wieder Fuß fassen. Der Zugang zu den öffentlichen Dienstposten war für „minderbelastete Personen“ „bei Bedarf“ wieder möglich. Politisch war nur noch auf den bevorstehenden Staatsvertrag zu warten: Die Magistratsdirektion im Wiener Rathaus entschied daher im März 1947: „Die Wiedereinstellung soll vor Abschluß des Staatsvertrages nicht vorgenommen werden.“ Namhafte nationalsozialistische FunktionärInnen, die „Am Steinhof“ bzw. Rosenhügel tätig waren, machten Karriere in Einrichtungen des Gesundheits- oder Sozialwesens der Gemeinde Wien: Heinrich Gross, Hans Krenek, Walter Birkmayer oder Andreas Rett seien hier stellvertretend angeführt.

30. THE REMEMBRANCE VOID OF SURVIVORS OF LONG-STAY INSTITUTIONS DURING SOCIALISM

Darja Zaviršek[539]

Silence is like gold!
Slovenian proverb

Introduction[540]: institutions for disabled as the project of socialist modernisation and women's liberation

The belated modernization of Eastern European societies after WWII and the socialist policy of gender equality, was aimed to solve the „women's question" through women's full-time employment which resulted in part into a profusion of closed and semi-closed institutions for people with different kinds of problems, including mental health issues (Zaviršek 2015). Boarding schools and total institutions were seen as the perfect solution of social protection from the „cradle to the grave", regardless of person's individual needs or abilities. Paternalistic relationships, control and care for basic material needs were the main priorities of welfare institutions. The residents were neither entitled to any rights nor perceived as persons with their own life trajectory. There was no life beyond staying in confinement. People with the same diagnosis were placed in the same building, and the institution became a collection place for children and adults with different impairments across Slovenia.[541] This consolidated residents' invisibility and inability to keep contacts with the outside world, especially with their local community. Encounters with relatives were rare, as the latter often didn't have the necessary funding to afford a weekly or monthly visit to the remote place. Therefore, the staff had unlimited power over the residents. Now and then some total

---

539 Professor Dr. Darja Zaviršek works at the University of Ljubljana, Faculty of Social Work. Darja.zaviršek@fsd.uni-lj.si.

540 I would like to thank Prof. Shula Ramon who made the English proofreading of the final version of the manuscript.

541 Slovenia was part of Yugoslavia from 1945 until 1991.

institutions, like the largest psychiatric hospital Polje in Ljubljana, incarcerated the homeless, „drunkards“ and other socialist „lumpenproletariat“ to implement the biopolitical „cleaning of the city's streets”. They were locked in overnight when the highest political delegations with president Josip Broz Tito visited Slovenia (personal communication with one of the directors of psychiatric clinic in 1992).

After the late 1980s social activists started to question the spatial segregation of disabled persons. New grassroots organisations of disabled persons refused the institutionalisation as well as the dominance of the old-fashion „invalid organisations“ which after 1991 kept their privileged status granted to them during Communist rule. But critical voices were marginalized and instead of deinstitutionalisation, new institutions were built.[542] More recently (2007-2013) the EU structural and social funds were spent for the renovation and enlargement of existing long stay welfare institutions across the country (Country Report on the European Semester-Slovenia 2015).[543] The 2007 signed and ratified UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities has a minimal effect in the area and today more than 20.000 adults and children with disabilities continue to live in smaller and larger institutions across the country (Zaviršek et al. 2015).

Methodological note

The article is founded on several small scale qualitative researches which I conducted in the last fifteen years. All of the narratives are from my on-going first-person lived experience research on everyday abuses and human rights violations of disabled persons in Slovenia and some of them, as indicated, were published in previous books and articles. All of the personal names are changed, except for Milan's. The original are the names of the institutions.

Social care long-stay institution: 1946 to 1953

Most long-stay institutions for children and adults with intellectual and multiple disabilities were established between 1946 and 1953. The largest asylum for adults with different impairments was opened in 1948 in two mediaeval castles (Hrastovec and Cmurek in Trate), close to the Austrian border

---

[542] Only in 2014 the National Reform Programme of the Slovenian government defined deinstitutionalisation as a governmental strategy, but so far, the strategy has not started to be implemented.

[543] Slovenia became member of the EU in 2004.

with around 1.200 persons living in them until the middle of the year 2000. First named „the asylum for mentally retarded and youth", it changed its name over the years, to be called today „Social Welfare Institution Hrastovec" with some 700 persons living in it. Many people were never told they were being sent to Hrastovec asylum, and most of them never thought it would be their last home. Milan told his story, so similar and yet so different from all other stories that I heard over the years by people living in similar places: "One day my mother told me, we're going to visit a museum, and she brought me here and since then I'm here". He committed suicide in 2006 in the same institution (Zaviršek 2015).

In 1946 in Dobrna, a manor was confiscated by the newly established communist leadership, opened first for orphan children and a few years later turned into the asylum for children and young people with intellectual disabilities (called *„the defected"*). Only in 2007 the place was closed down and the residents (about 70 persons) moved into a modern building along the same street, which accommodates today about 115 people (those attending the „day care activities", called the sheltered workplaces, are included in the number).

In 1952 children with physical and intellectual impairments, mostly with cerebral palsy, from all around the country started to be moved into a semi-medical and semi-asylum type of institution for long-term rehabilitation called Stara Gora close to Gorizia at the Italian-Slovenian border. Since 1958 the place developed a special school [544] for about 80 children in order to keep them in the institution over the years. Today it is called „Social welfare institutions for disabled youth Stara Gora", but the disabled are still officially called „invalids", a term strongly criticized by the disability activists but preserved by the „invalid organisations".

In 1953 another baroque castle in Dornava[545] became an all-Slovenia asylum for children and young people who had mostly severe intellectual disabilities and multiple impairments. Only in 2002 360 residents moved out of the castle to a modern institution across the street.

---

[544] During the interwar period WWI- WW2 the building was meant for persons with „mental illnesses", who were in 1948 moved to other institutions (e.g. Hrastovec was opened in that year); then, for a short period of time the building hosted Greek children before they were repatriated back to their country of origin.

[545] During the time when it was the children's asylum it was called the "Slovenian Schönbrunn", named after an Austrian palace. The name shows the idealisation of the architectural side of the place without paying attention to its purpose.

This short chronology shows that the newly established institutions for children and adults with intellectual and multiple impairments replaced former hospitals and collection centres for the war orphans, where the new „population" was easily managed and lived away from the public eyes, reminding us of the Foucauldian notion of biopolitics. The socialist asylums for those deemed „incapable of working" made people invisible, and in different manner socialized and re-socialized into volatile „invalids" without a voice and human rights. It was believed that it is best that "invalids" live among themselves, among „alike people". The parents of the disabled children younger than 18 years of age got legal prolonged parental rights, which equalled disabled adult to children below the age of fifteen, losing their legal adults' status. This legislation is still enacted today.

From visible to invisible institutional violence

Some residents describe asylum-based and health institutions as their only home, a refuge from violence, the place of retreat, the gathering of comrades and remembered many joint celebrations. They are more likely to be heard than those who experienced traumatic institutional violence. Their silence is symptomatic, because it shows that the idealized image of institutions is more likely to be transmitted into the public domain than experiences of institutional abuses.

From the late 1990s few small- scale studies on institutional violence in disability children's and adults' institutions appeared (Zaviršek 1999, 2000, 2002, 2006, 2015). During the research process disabled people were surprised that someone is interested in their lives. They expressed a high tolerance towards institutional violence, resignation and lethargy. Many of them have lost their relationships with relatives, and found friends among the peers and the staff in the long-stay institution. The lack of privacy made research difficult to conduct, especially among people who still lived in the institutions. Professional workers in the institutions for the disabled saw the research as a threat which might endanger the image of the place in the local community, or even endanger the status of particular professionals. In some cases when the studies pointed to institutional abuse by workers, neither the management of the institutions nor the politicians, lay public or relatives, protested, demanded an investigation or a public debate. The silence still covers the memories of the disabled as well as the written stories.

Some of the persons testified to visible physical violence. People recalled the restraining of residents by means of a strait jacket, by strapping the person onto the bed, by administering forced injections of high dosage psychiatric drugs, and the use of isolation rooms. One of the directors of a large so-

cial welfare institution for disabled stated in April 2014: "In 2007 we decided to stop using force, and we realized that it is possible to work without it. It is better and the residents are calmer. But employees are still divided on this issue. Half of them believe we should start using force again. Sometimes older psychiatrists, when we call them to report on the illness and violent behaviour of a resident, ask us: 'Where do you have that room?' [meaning isolation room, D.Z.] Then we tell them we don't have it anymore, so he would need to come and see the patient. But these are only the old doctors; the younger are different". A social worker who worked in one of the large institutions for adults for more than 30 years, reported, when asked to give details on injections: "We were four workers holding the resident and then we forcibly injected him. It was not a pleasant situation!" (Zaviršek 2015)

The Dornava largest long-stay institution for children and young people, had five isolation rooms for 360 children (fieldwork 2014). The cell was about two by three square metres, covered in thick artificial leather padding that muffled any sound, with small windows on the doors. Even the shutter of the window was covered with the same material, so the cell was completely dark and soundproof. The five isolation rooms were on the top floor, which was never visited by anybody from outside. When parents visited their children, staff arranged the visit in the basement close to the main door. In one of the cells I found an abandoned wheelchair. Were the children wheelchair users brought to the isolation room, or was the child strapped on it while locked in the room? It is hardly likely that people who worked there or the former residents would speak out about it, if this exercise would not be supported by the wider political, professional or lay structures.

An employee from another institution for adults with different disabilities recalled (April 2014): "They were kept in the bunker for 12 to 14 hours." Another form of isolation was a space framed by a wooden lattice large enough to accommodate a child's bed found in Dobrna mason. The cage-like place was located in a larger room with other children's beds. This form of institutional pedagogy functioned as a constant threat for others and helped to internalise the considerable power differential between workers and residents (Zaviršek 2015).

Violence and sexual abuse of women within institutions too is hardly researched. It is extreme difficult to access any institutional documentation of the residents, after meeting the required ethical research standards. The notorious underfunding of original social science research in Slovenia in the last

decade[546] also contributes to the lack of research. The cases of sterilisation or forced removal of the children appears in personal vignettes or even gossip (e.g. "they told me I would get my appendix removed, and then I was sterilized"; a woman with intellectual disabilities who lives in one of the long-stay institution gave birth to six children, all of whom were taken away from her). The only published narratives of abusive events within institutions, either by peers or by staff were documented by the author of this article (Zaviršek 2000, 2002) (e.g. bus drivers who take residents from the boarding school to the sheltered workplaces; teachers and carers who worked in the night shifts with blind and deaf youngsters; volunteers at the summer camps for children with intellectual disabilities).

The perpetrators, as emphasised by Lewis Herman (1997), always try their best to cover the traces of abuse and to make violence invisible and hidden. Silence is not "gold", as glorified by the Slovenian proverb, but an effective protection for the violators who expect that the victims, as well as the public, will remain silent. Moreover, some forms of abuse are extremely hidden and contribute to the invisibility of violence in institutions for disabled children and adults. Its "no-appearance" makes it extremely difficult for the victims to recognise and define it as violence, and even more for researchers to document it.

A woman with physically impairments who lived in the rehabilitation institution Stara Gora in 1960s recalled one of the invisible violent events as well as the double face of the socialist welfare institutions: „For me the hardest punishment was when they locked me in the bathroom and showered with cold water, even in winter. I never told anyone. But when a political delegation visited us, we got sweets and other goods we never got otherwise. They were so nice with us on these occasions" (the woman was 44 years of age when she testified; Zaviršek 2000:141).

A few years later, in the 1970s, a four years old girl was sent to the same institution for rehabilitation due to severe physical impairments and absence of suitable services in the neighbourhood. In a large room children's beds were mounted one beside another. Children often wanted to peep through the closed window and crawled over all beds to reach it. One day a child, who crawled over her bed to reach the window, broke her leg under the woollen blanket. The leg hung from her body, but only her mother noticed it, during the regular visit. The staff didn't take it seriously when the mother com-

[546] The National research Agency has lost one fourth of its whole budget for funding original research in the last five years, and social science are funded even less than natural sciences.

plained, as she was already seen as a „troublemaker", and anyway parents were not allowed to do any care and nursing work for the children during their visits. Under socialism the child was seen as the property of the welfare institutions, the medical and/or pedagogical object of treatment and socialisation. Later in the week when the mother returned, she found the bed empty. The unconscious transgenerational cultural trauma of the unexpected empty bed in the institution put her in panic of a possible sudden death of the child. Only by chance, one of staff told her that the daughter was taken to the hospital because of her leg. Layers of institutional maltreatment were silenced and happened without witnesses.

The nights were as dangerous as were the days. On the ward with about 40 children the night staff dwelled in the „tea room" (*čajna kuhinja*) situated in the middle of the ward. One of their duties was to turn the child on a side from time to time. Vesna, today in her forties, who was able to do it herself, remembered the invisible violence of this non-event when she recalled:

> „I will never forget those voices of the children, who very silently called, almost whispered, each night, to reach one of the workers by calling them to come to the room and turn them on the side: *'Tovarišiiiiicaaa*[547]*, tovarišiiiiiicaaaa'*… ('teacher, teacher…'). These silent screams went on and on, every night over half an hour before someone came and turned them." (personal testimony, 2015).

In the middle of the 1980ies, when she went to the secondary school, she had to move to another long stay boarding school for young disabled (Boarding school for disabled youth Kamnik). The institution was considered one of the modern places for education and long-term stay of severely disabled youth. There, too, the night staff didn't care much about turning children during the night, so the older children helped each other. But helping each other too was neither encouraged nor allowed. In order to hide this behaviour from the staff who would otherwise get angry, they turned the peer first on one side and after a while to another side, that the staff didn't notice the mutual help and solidarity among the children.

It seems that the invisible institutional violence of this kind was widespread, because Leni, today in her forties too, who lived in the same boarding school recalled a similar story: "Sometimes I felt asleep very deeply, but as it

---

[547] „Teacher" was a common name for the staff in long stay institutions for children during socialism. The socialist word teacher is based on the word *tovariš* meaning the male comrade and *tovarišica*, the female comrade. The word has been changed after 1991 into *učitelj/učiteljica.*

was the time for them to turn me on the side, so they came, turned me and woke me up. We were fully dependent on their will. A girlfriend helped me a lot, also during the night. They accused me that I exploited her, as she was poorer and I shared with her what I got and she also went home with me. They told her not to let herself to be at my disposal."

These stories reveal that the semi-medical and semi-asylum like institutions did not only relieve pain, but instead produced it. The employed staff, terrified by the disabled body and the everyday pain, or being taught that disabled are just bodies without emotions, supressed their own trauma as well as toxic knowledge with showing no empathy towards the children. They objectivized the disabled body and did not even recognized the importance of friendship.

One of the historically constructed images of the disabled was that people with intellectual disabilities have no memory, and as memory makes the person a human being, they saw them as the human being of a lower nature. Even today some staff in long-stay institutions sees the residents as people who „feel less", don't feel the pain or notice it only partially. Not having memory means also that the person is unable to recognize, witness, testify and narrate the stories of invisible violence in the first place: „When I complained to my parents and my mother talked with the staff, it was even worse. They threatened me. One nurse deliberately tightened the restraining-belt over my body every night so that my body was in pain all over. Another big problem was at night when I had to be turned on the side. If I called them to be turned on the side, they yelled at me. I never understood why they were so angry when they had to turn me on the side." The story of Leni, exemplifying the pedagogical aspect of institutional violence, was discussed in one of the author's earliest research on violence against women with disabilities (Zaviršek 2000, 2002). The staff, who controlled the place (possessing the keys to the rooms and bathrooms, surveillance of privacy of the residents etc.), also subjugated the residents' bodies to the administrative power of the institution, created volatile bodies, low self-esteem, and emotional lethargy.

Remembering as a political act

Public silence and censorship, which allows some memory to become part of public knowledge, turns some invisible and unspoken personal stories of people who survived long-stay institutions inevitably into a political act. The memory of the persons with disabilities is mostly not part of the public memory, as professional power-knowledge, parental voices and public-common sense dominate and influences the socially constructed forms of

remembering and forgetting. Social welfare institutions are the places where the processes of forgetting take place all the time.

The right of the person for remembering needs someone who listens and witnesses the memory of the narrated event. People whose stories were described remembered that they had nobody to tell. In all of the total institutions people didn't have witnesses who would witness for them.

Dori Laub (1992), who studied the stories of Jews who survived Nazi exterminations, emphasised that Nazism was a system which prevented the victims having witnesses either „from outside" or from „inside" and to bear witness for oneself. Therefore the history happened without witnesses. The totalitarian nature of the Jewish extermination precluded the image of the other to whom the person could turn to and would be seen as a subject. Leni, who was denied the ability to have friendship or to complain, was actually denied having subjectivity.

Remembering and testifying about the institutional violence are rare because the places from where the people speak are already stigmatizing places, preventing public narration. Their narratives are not perceived as heroic and a valued part of public remembrance, but as whispered stories of the outcasts. Not having public permission makes people incapable to talk and to narrate their personal histories.

Therefore silence becomes an inevitable part of the lives of disabled persons and often their relatives as well. The inability to bear witness for oneself is part of their trauma and part of their life which is seen as valueless. Nevertheless, some people do remember, for themselves as well as for others, and wish to talk in order the events would not fall in oblivion and to motivate change of the oppressive structures in the future. Narrating the events of violence for oneself and for others implies also the wish to develop a meaning and a sense of the events which are truly senseless. Disabled people living in long-stay institutions remembered these times as "lost time". The time when people didn't live, but "died through", to recall Langer's metaphor (1994).

Conclusion: remembering as a form of recognition of disabled people

Research work on the personal stories of disabled people who lived in different long stay institutions are still a political and a subversive work in many European countries and beyond. The researchers therefore experience many obstacles, primarily those practised by the management of the long stay institutions (e.g. forbidding researchers to carry out the research; controlling who will be interviewed and talked to; trying to control the research process with different hierocratic procedure). In comparison with Austria, where the local authorities committed themselves to investigate the condi-

tions of the disabled in long stay institutions in Vienna[548], in Slovenia there is a lack of political will and professional courage for such an endeavour.

Nevertheless, the right for memorizing the experiences of visible and invisible violence happening in welfare institutions for children and adults with disabilities, are very fundamental for the processes of the democratization of everyday life. The need for public story-telling and memorizing has to be recognised as a valuable characteristic of democratic societies. Memory work is important not only for professionals in public and private welfare services to increase their own reflexivity and the quality of services for disabled people, but also for critical researchers (Zaviršek 2014). Listening to the personal traumatic stories often empowers the narrator and can be used to empower the collective processes of revealing the truth. Memory work is the work against the de-historisation of the personal and collective past. It encourages the re-membering of traumatic events which did not have the right to become part of the official collective history, and were therefore not narrated at all. Not having the right to personal memory is a form of civic disability which transmits the invisible forms of discriminations and causes a hierarchy of the pain. Silence is stored as a trans-generational trauma which continuously influences people's everyday life, their interpersonal relationships, interactions and life decisions.

In post-Communist countries the public and personal silence of people who survived long-stay total institutions during Communism, need to be transformed into public knowledge and remembrance. Many stories of survivors demand regret and apology by politicians and professionals who were responsible for lost lives and the institutional violence of people in the past. The public testimonies are followed by reconciliation, which is a promise and a commitment that the politicians and professionals will create and develop social welfare services where the dignity of individuals will be respected regardless of their diagnosis or any personal circumstances. Memory work is therefore part of the democratization of everyday life and part of the implementation of the UN Convention of the Rights of Persons with Disabilities.

---

[548] See: Mayrhofer et al. (2016). Menschen mit Behinderung in der Wr. Psychiatrie von der Nachkriegszeit bis in die 1980er Jahre. Statusbericht. Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie, Wien (unveröffentlicht).

31. *Anstatt eines Schlusswortes:*

Fünf Thesen zum Umgang mit Gewalt, Zwang und Macht in der Psychiatrie

Gert Lyon

Psychiatrisches Handeln braucht historische und soziologische Forschung und Reflexion, weil wir in der Psychiatrie nur dann mit Freude, Engagement und Ausdauer arbeiten können, wenn wir unsere Praxis „aus der Vergangenheit und aus der Zukunftsperspektive bestimmen“ (Dörner/Plog 1984:460). Deshalb war es mir Anliegen und Freude zugleich, den Forschungsprozess zur vorliegenden Studie als Mitglied des wissenschaftlichen Beirats zu begleiten. In diesem kurzen Gastbeitrag möchte ich in Anlehnung an Wienberg (1997) fünf Thesen zum Umgang mit Gewalt und Zwang in der Psychiatrie aufstellen, die ich als Psychiater für einen reflektierten und verantwortungsvollen Umgang mit Gewaltphänomenen in der psychiatrischen Praxis für essenziell halte:

1. Gewalt gegen psychisch kranke Menschen ist ein ubiquitäres Phänomen.

Psychisch kranke und behinderte Menschen sind sowohl in öffentlichen Institutionen wie der Psychiatrie Zwang und Gewalttätigkeit ausgesetzt als auch außerhalb. Das Spektrum reicht von eher subtilen Formen wie Stigmatisierung, sozialer Isolierung und Ausgrenzung über das Vorenthalten von Lebenschancen, die für andere BürgerInnen selbstverständlich sind, bis hin zur Verfolgung und körperlichen Vernichtung. Es gibt kaum eine Art von Gewalt gegen Menschen mit Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen, der sich Gesellschaften nicht schuldig gemacht hätten - auch unabhängig von der Institution Psychiatrie.

2. Eine „gewaltfreie“ Psychiatrie ist eine Illusion.

Die Gewaltanteile psychiatrischen Handelns sind unauflösbar verknüpft mit dem gesellschaftlichen Auftrag und der sozialen Funktion. Gewalt, auch in

ihrer legitimierten Form, ist ein ubiquitäres gesellschaftliches Phänomen. Sie ist nicht auf die Psychiatrie beschränkt.

Nicht nur, aber insbesondere „totale Institutionen“ (vgl. Goffman 1973) sind dadurch gekennzeichnet, dass die Ausübung von Gewalt in bestimmten Grenzen zugelassen oder gar gefordert ist. Das besondere Dilemma der Psychiatrie besteht in der Doppeldeutigkeit und Widersprüchlichkeit ihres Auftrages: Sie hat zugleich therapeutische und Ordnungs-Funktion. Was in der Psychiatrie mit betroffenen Personen geschieht, ist deshalb nie nur Angelegenheit der dort Tätigen, sondern immer auch Ausdruck und Folge des gesellschaftlichen Auftrages an diese Institution.

3. Gewalt gegen psychisch kranke Menschen steht im Spannungsfeld von Tun und Nichtstun.

Schaden zufügen kann ich jemandem auch, indem ich etwas unterlasse, ihm etwas verweigere, mich abwende, die Hände in den Schoß lege. Man kann dem Problem der Gewalt in der Psychiatrie nicht entgehen, indem man nicht handelt. Auch das Nicht-Handeln kann schädliche Konsequenzen haben. Zum Beispiel jemanden verwahrlosen, von einer Brücke springen, sich selbst verletzen oder sich tottrinken lassen. Die Frage der Gewaltanwendung ist also eine Frage der Abwägung zwischen verschiedenen möglichen Handlungsfolgen. Wenn es um schwerwiegende Folgen geht und die Abwägung zu einem eindeutigen Ergebnis kommt, kann es eine Notwendigkeit und ein „Recht auf Zwang“ (Finzen 1986) geben. So sind wir z.B. verpflichtet, einen psychisch kranken Menschen daran zu hindern, sich selbst zu töten, unter Umständen auch mit Gewalt.[549]

4. Der beste Schutz vor unangemessener Gewalt gegen psychisch kranke Menschen ist, Gewalt möglichst unverstellt wahrzunehmen und schonungslos zu thematisieren.

Erforderlich ist das offene und öffentliche Gespräch darüber, die konsequente Enttabuisierung des Themas. Wenn es richtig ist, dass der Gewaltanteil aus psychiatrischer Arbeit nicht herauszuhalten ist und diese Gewalt unter einem hohen Tabuisierungsdruck steht, dann ist Hinschauen und das Sprechen darüber eine grundlegende Handwerksregel psychiatrischer Arbeit. Nur sie kann

---

[549] Siehe hierzu auch die Unterscheidung von Gesinnungsethik und Verantwortungsethik bei Max Weber (vgl. Rohls 1991).

davor schützen, entweder in bewusstlose Gewaltroutine zu verfallen oder das Problem zu individualisieren, indem jede und jeder für sich allein Gefühle von Scham und Schuld, Wut und Angst zu bewältigen versucht. Eine psychiatrische Einrichtung, die sich nicht immer wieder mit Fragen von Zwang und Gewalt auseinandersetzt, handelt fahrlässig und fachlich wie ethisch bedenklich. Insofern ist die permanente Reflexion von Zwang und Gewalt ein notwendiger Bestandteil der internen Qualitätssicherung psychiatrischer Einrichtungen. Gerade im Hinblick auf den prekären Bereich Zwang und Gewalt bedarf es vereinbarter Standards sowie einer darauf bezogenen Dokumentation und Evaluation.

5. Psychiatrisches Handeln braucht in Hinblick auf seine gewaltsamen Anteile kritische Solidarität und öffentliche Kontrolle.

In der Welt der Psychiatrie sind es vor allem die MitarbeiterInnen von Krankenhäusern und dort insbesondere die auf geschlossenen Stationen und hier wiederum vor allem die im Pflegedienst, auf die gewaltsames Handeln übertragen, an die es delegiert wird. Diese MitarbeiterInnen haben einen Anspruch auf kritische, aufmerksame Solidarität – sowohl von Seiten der anderen Berufsgruppen und Institutionen als auch von Seiten einer informierten Öffentlichkeit. Es ist unredlich, mit dem Finger auf diejenigen zu zeigen, die für und im Auftrag anderer Fachleute sowie der Gesellschaft insgesamt die vermeintlich „schmutzigen" Anteile psychiatrischer Arbeit übernehmen. Kritische Solidarität und öffentliche Kontrolle gehören zusammen.

In der Erforschung der historischen Vergangenheit psychiatrischer Einrichtungen geht es um Wahrscheinlichkeiten, um Rekonstruktionen und um die Frage, wie nachvollziehbar diese Rekonstruktionen begründet werden, aber auch um Interpretationsspielräume, um das Ertragen offener Fragen und vor allem auch um Fragen, die in erster Person gestellt werden:

- „Was macht die Geschichte mit *mir*?",
- „Wie begegne *ich* ihr und was kann *ich* aus ihr lernen?"
- „Wie hätte *ich* mich verhalten?"

Das sind keine leichten Fragen, vor allem weil die Antworten ernüchternd, auch schmerzhaft ausfallen können. Die historische Aufarbeitung ist kein Gerichtsprozess, die ein gefälltes Urteil oder eine Verurteilung verlangt (Reemtsma 2001). In dieser Haltung ist die Forschung meiner Wahrnehmung nach auch durchgeführt worden. Die oft erschütternden Ergebnisse sollen dennoch oder gerade deshalb Reflexionen darüber anregen, wie Verantwor-

tung für die historischen Geschehnisse übernommen werden kann und was daraus für die psychiatrische Praxis der Gegenwart und Zukunft zu lernen ist.

LITERATURVERZEICHNIS

Asperger, Hans (1958): Die medizinische, heilpädagogische und soziale Problematik zerebraler Störungen im Kindesalter. In: *Wiener medizinische Wochenschrift* 49, S. 1081–1086.

Asperger, Hans (1961): Heilpädagogik. Einführung in die Psychopathologie des Kindes für Ärzte, Lehrer, Psychologen, Richter und Fürsorgerinnen. Dritte, neubearbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer. Online verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1007/978-3-662-28618-0, zuletzt geprüft am 12.01.2017.

Asperger, Hans (1970): 4. Internationaler Kongress für Heilpädagogik. Wien, 24. bis 27. September 1969. Wien.

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

Bange, Dirk (2002): Soziale Schicht. In: Dirk Bange und Wilhelm Körner (Hg.): Handwörterbuch sexueller Missbrauch. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie, S. 566–567.

Barnard, Chester (1968): The Functions of the Executive. 18. Auflage. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Bednarz, Hans Werner (1969): Warum Heim-Sonderschulen? In: *Das behinderte Kind* 6 (1 und 2), S. 31–36.

Benesch, Friedrich (1974): Sozialpädagogik und Sonderschulwesen. Studientexte zur Lehrerbildung und Lehrerfortbildung. Wien, München: Jugend & Volk.

Benischek, Isabella (2006): Schulpädagogik und Pädagogische Psychologie. Leistungsbeurteilung im österreichischen Schulsystem. Berlin: LIT.

Berger, Ernst (1990): Planungskonzept der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder am Neurologischen Krankenhaus Rosenhügel. In: *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft* 13 (1), S. 20–24.

Berger, Ernst (1991): Arbeitsbericht. III/90 - III/91. Neurologisches Krankenhaus der Stadt Wien - Rosenhügel; Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder. Wien: unveröffentl. Manuskript.

Berger, Ernst (1992): Die neurologische Abteilung für Kinder und Jugendliche mit Behindertenzentrum am Neurologischen Krankenhaus Rosenhügel. Aufgaben und Ziele. Wien: unveröffentlichter Bericht.

Berger, Ernst (1995): Rehabilitation geistig behinderter Menschen im Grenzbereich zur Psychiatrie. Sonderdruck aus *Neuropsychiatrie* 9 (4), S. 182-185.

Berger, Ernst (2016): Die Kinderpsychiatrie in Österreich 1945-1975. Eine Entwicklung zwischen historischer Hypothetik und sozialpsychiatrischem Anspruch. In: Eberhard Gabriel, Elisabeth Dietrich-Daum und Elisabeth Lobenwein (Hg.): Gesellschaft und Psychiatrie in Österreich 1945 bis ca. 1970. Virus – Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin. Band 14. Leipzig: Leipziger Universitätsverlag, S. 239–248.

Berger, Ernst; Friedrich, Max H. (1977): Bedarfsschätzung für den stationären Bereich der Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters. Ergebnisse einer Exper-

tenbefragung in Österreich. In: *Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung*. 78 (11) Sonderdruck, S. 2–12.

Berger, Ernst; Hochgatterer, Paulus; Leithner, Katharina; Maryschka, Christian; Grassl, Roland (2006): Die Reintegration behinderter Menschen durch Ausgliederung aus Psychiatrischen Einrichtungen - Das Wiener Deinstitutionalisierungsprojekt. In: *Medizin für Menschen mit Behinderung* 3, S. 17–27. Online verfügbar unter http://bidok.uibk.ac.at/library/berger-deinstitutionalisierung.html, zuletzt geprüft am 12.01.2017.

Berger, Ernst; Michel, Barbara (1997): Zwangssterilisation bei geistiger Behinderung. In: *Wiener Klinische Wochenschrift* 109 (23), S. 925–931. Online verfügbar unter https://www.univie.ac.at/jugend-ns/html/berger02.htm, zuletzt geprüft am 21.01.2015.

Berlach-Pobitzer, Irene; Kreissl, Reinhard; Pelikan, Christa; Pilgram, Arno (2005): Grundlagen für die Implementierung des Heimaufenthaltsgesetzes. Hg. v. Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie. Wien.

Bernasconi, Tobias; Böing, Ursula (2015): Pädagogik bei schwerer und mehrfacher Behinderung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag (Kompendium Behindertenpädagogik). Online verfügbar unter http://gbv.eblib.com/patron/FullRecord.aspx?p=4341111, zuletzt geprüft am 12.01.2017.

Berner, Peter; Spiel, Walter; Strotzka, Hans; Wyklicky, Helmut (Hg.) (1983): Zur Geschichte der Psychiatrie in Wien. Eine Bilddokumentation. Wien: Brandstätter.

Blaschnek, Marianne; Fidal, Elfriede (1981): Sonderkindergarten für Schwerbehinderte. In: *Kindergarten Journal der MA 11* 5.

Bolognese-Leuchtenmüller, Birgit (1997): Imagination „Schwester". Zur Entwicklung des Berufsbildes der Krankenschwester in Österreich seit dem 19. Jahrhundert. In: *L'Homme - Europäische Zeitschrift für Feministische Geschichtswissenschaft* 8 (1), S. 155–177.

Brownridge, Douglas A. (2006): Partner violence against women with disabilities: prevalence, risk, and explanations. In: *Violence against women* 12 (9), S. 805–822.

Burt, Ronald S. (2007): Brokerage and closure. An introduction to social capital. Oxford: Oxford University Press.

Busemann, A. (1969): Idiotie. In: Gerhard Heese und Hermann Wegener (Hg.): Enzyklopädisches Handbuch der Sonderpädagogik und ihrer Grenzgebiete. 3. Auflage. Berlin, Charlottenburg: Carl Marhold (2), 1497-1498.

Butterweck, Hellmut (2016): Nationalsozialisten vor dem Volksgericht Wien. Österreichs Ringen um Gerechtigkeit 1945-1955 in der zeitgenössischen öffentlichen Wahrnehmung. s.l.: Studienverlag.

Country Report on the European Semester – Slovenia (2015): Report prepared by: Darja Zaviršek and compiled by the Academic network of European disability experts (ANED). http://www.disability-europe.net/country/slovenia (9. 12. 2016).

Cremer-Schäfer, Helga; Steinert, Heinz (1998): Straflust und Repression. Zur Kritik der populistischen Kriminologie. Münster: Westfälisches Dampfboot.

Czech, Herwig (1999): Dr. Heinrich Gross – Die wissenschaftliche Verwertung der NS-Euthanasie in Österreich. In: *DÖW Jahrbuch 1999*, S. 53–71.

Czech, Herwig (2002a): Forschen ohne Skrupel. Die wissenschaftliche Verwertung von Opfern der NS-Psychiatriemorde in Wien. In: Eberhard Gabriel, Wolfgang Neugebauer, Siegwald Ganglmair und Wolfgang Lamsa (Hg.): Von der Zwangs-

sterilisierung zur Ermordung. Teil II. Wien: Böhlau (Zur Geschichte der NS-Euthanasie in Wien), S. 143–163.

Czech, Herwig (2002b): Selektion und Kontrolle. Der „Spiegelgrund“ als zentrale Institution der Wiener Jugendfürsorge zwischen 1940 und 1945. In: Eberhard Gabriel, Wolfgang Neugebauer, Siegwald Ganglmair und Wolfgang Lamsa (Hg.): Von der Zwangssterilisierung zur Ermordung. Teil II. Wien: Böhlau (Zur Geschichte der NS-Euthanasie in Wien), S. 165–188.

Czech, Herwig (2003): Erfassung, Selektion und "Ausmerze". Das Wiener Gesundheitsamt und die Umsetzung der nationalsozialistischen "Erbgesundheitspolitik" 1938 bis 1945. Forschungen und Beiträge zur Wiener Stadtgeschichte. Wien: Deuticke.

Czech, Herwig (2014): Der Spiegelgrund-Komplex. Kinderheilkunde, Heilpädagogik, Psychiatrie und Jugendfürsorge im Nationalsozialismus. In: Michaela Ralser und Reinhard Sieder (Hg.): Die Kinder des Staates. Children of the state, S. 194–219.

Datler, Wilfried (2009): Frühförderung als Beziehungsförderung. Zur Bedeutung mentaler Prozesse für heilpädagogisches Handeln. In: Andrea Strachota, Gottfried Biewer und Wilfried Datler (Hg.): Heilpädagogik: Pädagogik bei Vielfalt: Prävention - Interaktion - Rehabilitation. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, S. 23–27.

Dörner, Klaus (1994): Wir verstehen die Geschichte der Moderne nur mit den Behinderten vollständig. In: Leviathan 22 (3), S. 367–390.

Dörner, Klaus/ Plog, Ursula (1984): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. 6. Aufl., Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Dörries, A.; Vollmann, J. (1997): Medizinische und ethische Probleme der Klassifikation psychischer Störungen. Dargestellt am Beispiel des "Würzburger Schlüssels" von 1933. In: *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 65 (12), S. 550–554.

Edelbacher, Oskar (1982): Körperliche, besonders ärztliche Eingriffe an Minderjährigen aus zivilrechtlicher Sicht. In: *Österreichische Juristenzeitung* 37 (10), S. 365–377.

Eisenbach-Stangl, Irmgard (1977): Die soziale Konstruktion von Krankengeschichten. In: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 3 (4), S. 54–63.

Ettrich, Hans Udo (2000): Entwicklungsdiagnostik im Vorschulalter. Grundlagen, Verfahren und Neuentwicklungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Fabrizy, Ernst Eugen; Foregger, Egmont (2010): Strafgesetzbuch. und ausgewählte Nebengesetzen. Kurzkommentar. 10., neu bearb. Auflage. Wien: Manz (Manzsche Kurzkommentare).

Faulstich, Heinz (1998): Hungersterben in der Psychiatrie 1914 – 1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie. Freiburg im Breisgau: Lambertus. Online verfügbar unter http://www.gbv.de/dms/faz-rez/F1998121438555.pdf, zuletzt geprüft am 12.01.2017.

Fengler, Christa; Fengler, Thomas (2014): Alltag in der Anstalt. Wenn Sozialpsychiatrie praktisch wird. 3. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag (Edition Das Narrenschiff).

Feuser, Georg (1980): Bedeutet die zunehmende Forderung nach Therapie eine Bankrotterklärung der Behindertenpädagogik? – oder die Steigerung ihrer Qualität? In: Karl-Ludwig Holtz (Hg.): Sonderpädagogik und Therapie. Bericht der 16. Arbeitstagung für Dozenten an Sonderpädagogischen Studienstätten in deutsch-

sprachigen Ländern in der Pädagogischen Hochschule Heidelberg im Oktober 1979. Rheinstetten: Schindele Verlag, S. 58–69.
Feuser, Georg (2009): Bildungsunfähigkeit. In: Markus Dederich und Wolfgang Jantzen (Hg.): Behinderung und Anerkennung. Stuttgart: W. Kohlhammer (Heil- und Sonderpädagogik), S. 233–239.
Finzen, Asmus (Hg.) (1974): Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern. Ursachen, Behandlung, Prävention. München: Piper (Serie Piper, 82).
Finzen, Asmus (1986): Gewalt in der Psychiatrie – zur Legitimität der Zwangseinweisung. In: *Spektrum* 4, S. 147-155.
Fleisch, Hermann (1963): Zur Reformbedürftigkeit des Anhaltungsverfahrens. In: *Österreichische Juristenzeitung* 18 (4), S. 90–93.
Flick, Uwe (2011): Das Episodische Interview. In: Gertrud Oelerich und Hans-Uwe Otto (Hg.): Empirische Forschung und Soziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 273–280.
Flick, Uwe (2016): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 7. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlts Enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.
Flieger, Petra; Schönwiese, Volker (2015): Behindertenheime. Die Stiefkinder der Aufarbeitung von Missbrauch und Gewalt. In: Monika Jarosch, Elisabeth Gensluckner, Martin Haselwanter, Elisabeth Hussl und Horst Schreiber (Hg.): Gegenstimmen. Gaismair-Jahrbuch 2015. Innsbruck: Studien Verlag (Jahrbuch der Michael-Gaismair-Gesellschaft), S. 144–151.
Foregger, Egmont; Serini, Eugen (1968): Das österreichische Strafgesetz. Samt den wichtigsten Novellen und Nebengesetzen. 3. Auflage. Wien: Manz.
Foregger, Egmont; Serini, Eugen (1991): Strafgesetzbuch. 5. Auflage. Wien: Manz.
Forster, Rudolf (1984): Entmündigt. Ein Rückblick auf Anwendungen und Auswirkungen eines Rechtsinstituts anhand von Falldarstellungen. Ludwig-Boltzmann-Institut für Medizinsoziologie beim Institut für Höhere Studien. Wien.
Forster, Rudolf; Pelikan, Jürgen (1978a): Gewalt im Alltag der Psychiatrie. In: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 3 (2), S. 58–72.
Forster, Rudolf; Pelikan, Jürgen (1978b): Organisationsanalytische Untersuchung der Patientenversorgung und der Arbeitssituation des Personals im Psychiatrischen Krankenhaus der Gemeinde Wien. Institut für Höhere Studien.
Forster, Rudolf; Pelikan, Jürgen (1978c): Patientenversorgung und Personalhandeln im Kontext einer Psychiatrischen Sonderanstalt. Eine organisationssoziologische Untersuchung im Psychiatrischen Krankenhaus der Gemeinde Wien "Baumgartner Höhe". Band 1 und Band 2. Hg. v. Institut für Höhere Studien. Wien.
Forster, Rudolf; Pelikan, Jürgen (1982): Psychiatriereform, Persönlichkeitsschutz und Rechtsfürsorge. Vom Krankenanstaltsgesetz 1956 zum Modellprojekt Sachwalterschaft. In: Erika Weinzierl und Karl R. Stadler (Hg.): Justiz und Zeitgeschichte. Symposium: Schutz der Persönlichkeitsrechte am Beispiel der Behandlung von Geisteskranken, 1780-1982. Wien: Ludwig-Boltzmann-Institut für Geschichte der Gesellschaftswissenschaften, S. 305–344.
Foucault, Michel (2008[1988]): The Birth of Biopolitics. Lectures at the Collège de France 1978-79. Edited by: Michel Senellart. General editors: Francois Ewald, Alessandro Fontana. Palgrave, Macmillan, New York.
Friedrich, Max (1979): Möglichkeiten und Strukturen der stationären Versorgung. In: *Wiener Kommunale Schriften* (1), S. 47–52.

Froschauer, Ulrike; Lueger, Manfred (2003): Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Wien: WUV (UTB Soziologie, 2418).

Fuchs, Peter (2009): Hierarchien unter Druck. ein Blick auf ihre Funktion und ihren Wandel. In: Ralf Wetzel, Jens Aderhold und Jana Rückert-John (Hg.): Die Organisation in unruhigen Zeiten. Über die Folgen von Strukturwandel, Veränderungsdruck und Funktionsverschiebung. Heidelberg: Auer (Systemische Forschung im Carl-Auer Verlag), S. 53–72.

Gabriel, Eberhard (2007): 100 Jahre Gesundheitsstandort Baumgartner Höhe. Von den Heil- und Pflegeanstalten am Steinhof zum Otto-Wagner-Spital. Wien: Facultas.

Geiger, Katja (2015): Kinderstation. In: Heiss, Gernot: Die Malariatherapie und diagnosekorrelierte Therapien. Ihre Anwendung an der Wiener Universitätsklinik für Psychiatrie und Neurologie in den 1950er und 1960er Jahren und ihre Diskussion in der zeitgenössischen Forschung. Wien. Unveröffentlichter Endbericht.

Glaser, Barney G.; Strauss, Anselm (2008): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. 2. korrigierte Auflage. Bern: Huber.

Goffman, Erving (1973): Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Goleman, Daniel; Boyatzis, Richard; McKee Annie (2002): Emotionale Führung. München: Ullstein.

Goodley, Dan Adam (2011): Disability studies. An interdisciplinary introduction. Los Angeles, California: Sage.

Goodley, Dan Adam (2014): Dis/ability studies. Theorising disablism and ableism. London: Routledge.

Grießler, Erich (2006): „Policy Learning“ im österreichischen Abtreibungskonflikt. Die SPÖ auf dem Weg zur Fristenlösung. Institut für Höhere Studien. Wien. Online verfügbar unter https://www.ihs.ac.at/publications/soc/rs76.pdf, zuletzt geprüft am 28.04.2016.

Grimmlinger, Renate (1997): Auf dem Wege zum Licht. Erinnerungen an Univ. Prof. Dr. Andreas Rett, 1924-1997. Gablitz.

Gross, Heinrich; Jellinger, Kurt; Kaltenbäck, Elfriede; Rett, Andreas (1968): Infantile Cerebral Disorders. In: *Journal of the Neurological Sciences* 7 (3), S. 551–564.

Grunwald, Arnold (1983): Sprachtherapie. Praktische Anleitungen zur Diagnose und Therapie sprachgestörter und entwicklungsbehinderter Kinder. Hamburg: Persen (Bergedorfer Förderprogramme).

Hartl, Friedrich (1975): Der Geisteskranke und sein Recht auf persönliche Freiheit. In: *Österreichische Juristenzeitung* 30 (4), S. 92–95.

Heiss, Gernot (2015): Die Malariatherapie und diagnosekorrelierte Therapien: ihre Anwendung an der Wiener Universitätsklinik für Psychiatrie und Neurologie in den 1950er und 1960er Jahren und ihre Diskussion in der zeitgenössischen Forschung. Wien. Unveröffentlichter Endbericht.

Helige et al. (2013): Endbericht der Kommission Wilhelminenberg. Kommission Wilhelminenberg. Wien. Online verfügbar unter http://www.kommission-wilhelminenberg.at/presse/jun2013/Bericht-Wilhelminenberg-web_code.pdf, zuletzt geprüft am 02.11.2016.

Honneth, Axel (2015): Verdinglichung. Eine anerkennungstheoretische Studie. Berlin: Suhrkamp (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, 2127).

Hubenstorf, Michael (2015): Biographisches Lexikon österreichischer Nazi-Ärzte. Wien: Institut für Geschichte der Medizin (unveröffentlicht).

Iseringhausen, Olaf; Staender, Johannes (2012): Das Krankenhaus als Organisation. In: Maja Apelt und Veronika Tacke (Hg.): Handbuch Organisationstypen. Wiesbaden: Springer VS, S. 185–203.

Jäger, Markus (2015): Aktuelle psychiatrische Diagnostik. Ein Leitfaden für das tägliche Arbeiten mit ICD und DSM. Stuttgart: Thieme.

Jantzen, Wolfgang (1980): Allgemeine Therapie und spezielle Therapie. In: Karl-Ludwig Holtz (Hg.): Sonderpädagogik und Therapie. Bericht der 16. Arbeitstagung für Dozenten an Sonderpädagogischen Studienstätten in deutschsprachigen Ländern in der Pädagogischen Hochschule Heidelberg im Oktober 1979. Rheinstetten: Schindele Verlag, S. 19–27.

Jugend am Werk (Hg.) (2015): 70 Jahre Jugend am Werk. 1945-2015. Festschrift. Wien.

Kastner-Koller, Ursula; Deichmann, Pia (2011): Entwicklungstests. In: Homke, Lutz F. et al. (Hg.): Leistungs-, Intelligenz- und Verhaltensdiagnostik. Göttingen: Hogrefe, S. 279–298.

Katenkamp, Olaf (2011): Implizites Wissen in Organisationen. Konzepte, Methoden und Ansätze im Wissensmanagement. Wiesbaden: VS Verlag.

Klang, Heinrich; Gschnitzer, Franz (1962): Kommentar zum Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuch. Erster Band, zweiter Halbband. 2. Auflage. Wien: Österreichische Staatsdruckerei.

Kontrollamt der Stadt Wien (2005): KA - K-19/04 (Kontrollamtsbericht aus Anlass eines Prüfersuchens das Belegs- und Betreuungsmanagement in den Krankenanstalten und Geriatriezentren der Unternehmung „Wiener Krankenanstaltenverbund“ (WKAV) betreffend). Online verfügbar unter http://www.stadtrechnungshof.wien.at/berichte/2005/lang/3-05-KA-II-K-19-4.pdf, zuletzt geprüft am 14.10.2016.

Kopetzki, Christian (1986): Die zwangsweise Anhaltung in Österreich aus verfassungsrechtlicher Sicht. In: *Recht und Psychiatrie* (3), S. 88–95.

Kopetzki, Christian (1988a): Rechtsfragen des Anhalteverfahrens. Teil 1. In: *Österreichische Juristenzeitung* 43 (7), S. 193–200.

Kopetzki, Christian (1988b): Rechtsfragen des Anhalteverfahrens. Teil 2. In: *Österreichische Juristenzeitung* 43 (8), S. 232–242.

Kopetzki, Christian (1995): Unterbringungsrecht. Historische Entwicklung und verfassungsrechtliche Grundlagen (Forschungen aus Staat und Recht). Wien, New York: Springer.

Kopetzki, Christian (2004): Die Verwendung menschlicher Körpersubstanzen zu Forschungszwecken. In: Christian Grafl und Grafl-Medigovic (Hg.): Festschrift für Manfred Burgstaller zum 65. Geburtstag. Wien: Neuer Wissenschaftlicher Verlag, S. 601–617.

Kraepelin, Emil (1916): Einführung in die Psychiatrische Klinik. 3. völlig umgearbeitete Auflage. Leipzig: Johann Ambrosius Barth.

Kremsner, Gertraud (2016a): Vom Einschluss der Ausgeschlossenen zum Ausschluss der Eingeschlossenen. Biographische Erzählungen von so genannten Menschen mit Lernschwierigkeiten. Wien: Hochschulschrift Universität Wien (Dissertation).

Kremsner, Gertraud (2016b): "Weil sie mir immer eingeredet haben, es geht nicht". Biographische Erzählungen von Menschen mit Lernschwierigkeiten in (totalen) In-

stitutionen. In: Tobias Buchner, Oliver Koenig und Saskia Schuppener (Hg.): Inklusive Forschung. Gemeinsamkeit mit Menschen mit Lernschwierigkeiten forschen. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, Julius, S. 100–111.

Kühl, Jürgen (2002): Was bewirkt Frühförderung? Über die Schwierigkeit, Wirkungszusammenhänge zu objektivieren. In: *Frühförderung interdisziplinär* 21 (2), S. 1–10.

Kühl, Stefan (2011): Organisationen. Eine sehr kurze Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Online verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-93185-2, zuletzt geprüft am 13.01.2017.

Kuretsidis-Haider, Claudia (2006): „Das Volks sitzt zu Gericht". Österreichische Justiz und NS-Verbrechen am Beispiel der Engerau-Porzesse 1945-1954. Wien: Studien Verlag.

Laburda, Angelika (1981): Materialien zur Reform der psychiatrischen Versorgung. Geistig Behinderte im psychiatrischen Krankenhaus der Stadt Wien Baumgartner Höhe. Dissertation. Universität Wien, Grund- und Integrativwissenschaftliche Fakultät.

Laburda, Angelika (1982): Vom geistig Behinderten zum "Psychiatrischen Pflegefall". Lebensgeschichte und Lebensbedingungen hospitalisierter Behinderter. In: Rudolf Forster und Volker Schönwiese (Hg.): Behindertenalltag. Wie man behindert wird. Wien: Jugend und Volk, S. 69–82.

Langer, Lawrence L. (1994): Remembering Survival. In: Geoffrey Hartman ed., Holocaust Remembrance, Basil Blackwell, Oxford.

Laub, Dori (1992). An Event Without a Witness: Truth, Testimony and Survival. In: Shoshana Felman and Dori Laub (eds.): Testimony. Routledge, New York.

Ledebur, Sophie (2015): Das Wissen der Anstaltspsychiatrie in der Moderne. Zur Geschichte der Heil- und Pflegeanstalten Am Steinhof in Wien. Wien: Böhlau (Wissenschaft, Macht und Kultur in der modernen Geschichte, Bd. 5).

Lehner, Oskar (1982): Entstehung, Absicht und Wirkung der Entmündigungsordnung 1916. In: Erika Weinzierl und Karl R. Stadler (Hg.): Justiz und Zeitgeschichte. Symposion „Schutz der Persönlichkeitsrechte am Beispiel der Behandlung von Geisteskranken 1780-1982" am 22. und 23. Oktober 1982. Wien, S. 149–196.

Leiter, Josef (Hg.) (1971): Die Wiener Hilfsschule 1020 – 1970. Eine erlebte Chronik mit Beiträgen von Hans Radl und Alois Lustig. Wien, München: Jugend & Volk.

Lewis Herman, Judith (1997): Trauma and Recovery. Basic Books, New York.

Lueger, Manfred (2010): Interpretative Sozialforschung: Die Methoden. Wien: Facultas (UTB Soziologie, 3307).

Lueger-Schuster, Brigitte; Weindl, Dina; Kantor, Viktoria; Knefel, Matthias; Jagsch, Reinhold; Butollo, Asisa (2013): Psychotraumatologische Fragestellungen zu sexuellem Missbrauch und Gewalt in Einrichtungen des Landes Niederösterreich. Opferschutzeinrichtung des Landes NÖ. Online verfügbar unter http://ppcms.univie.ac.at/fileadmin/usermounts/luegerb8/Abschlussbericht_NOE_20130513_final.pdf, zuletzt geprüft am 19.01.2015.

Luhmann, Niklas (1988): Organisation. In: Willi Küpper, Günther Ortmann (Hg.): Mikropolitik. Rationalität, Macht und Spiele in Organisationen. Opladen: Westdt. Verlag, S. 165–185.

Luhmann, Niklas, 2000: Organisation und Entscheidung. Opladen: Westdt. Verlag.

Lustig, Alois (1971): Gegenwart und Ausblick. Ein Nachwort. In: Josef Leiter (Hg.): Die Wiener Hilfsschule 1020 – 1970. Eine erlebte Chronik mit Beiträgen von Hans Radl und Alois Lustig. Wien, München: Jugend & Volk, S. 112–118.

Lutz Hochreutener, Sandra (2009): Spiel - Musik - Therapie. Methoden der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen. Göttingen, Bern, Wien: Hogrefe (Praxis der Musiktherapie, 1). Online verfügbar unter http://haw-hamburg.ciando.com/shop/book/index.cfm/fuseaction/show_book/bok_id/32386, zuletzt geprüft am 13.01.2017.

Magistrat der Stadt Wien (1987): 70 Jahre Wiener Jugendamt. Wien.

Mahrenholz, Ernst Gottfried (2012): Randnotiz. Das Patientengut. Hg. v. Deutsches Ärzteblatt. Online verfügbar unter www.aerzteblatt.de/archiv/132967, zuletzt geprüft am 13.01.2017.

Malina, Peter (2007): Zur Geschichte des "Spiegelgrunds". In: Ernst Berger und Else Rieger (Hg.): Verfolgte Kindheit. Kinder und Jugendliche als Opfer der NS-Sozialverwaltung. Wien: Böhlau, S. 159–192.

Mandl, Sabine; Schachner Anna; et al (2014): Zugang von Frauen mit Behinderungen zu Opferschutz und Unterstützungseinrichtungen bei Gewalterfahrungen. Abschließender Projektbericht. Wien.

Mayer, Thomas (2009): Eugenische Forschung als „eine politische nationalsozialistische Tätigkeit“. Die akademische Verbindung von Eugenik, Anthropologie, Kriminalbiologie und Psychiatrie am Beispiel des Karriereverlaufs von Friedrich Stumpfl (1902-1997). In: Holdorff B. und Kumbier E. (Hg.): Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde. Würzburg: Königshausen und Neumann (15), S. 239–265.

Mayerhofer, Christoph; Rieder, Sepp (1981): Das österreichische Strafrecht. Erster Teil. Strafgesetzbuch. 2. Auflage. Wien: Österreichische Staatsdruckerei.

Mayrhofer, Hemma (2013): Zwischen rigidem Kontrollregime und Kontrollversagen. Das Kinderheim Wilhelminenberg. Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie. Wien. Online verfügbar unter http://www.irks.at/institut/mitarbeiterinnen/hemma-mayrhofer/zwischen-rigidem-kontrollregime-und-kontrollversagen-das-kinderheim-wilhelminenberg.html, zuletzt geprüft am 13.01.2017.

Mayring, Philipp (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10., neu ausgestattete Auflage, Weinheim: Beltz.

Mesner, Maria (1994): Frauensache? Zur Auseinandersetzung um den Schwangerschaftsabbruch in Österreich nach 1945. Wien: Dachsverlag.

Milani-Comparetti, Adriano; Roser Ludwig-Otto (2007): Förderung der Normalität und der Gesundheit in der Rehabilitation - Voraussetzung für die reale Anpassung behinderter Menschen. In: Michael Wunder und Udo Sierck (Hg.): Sie nennen es Fürsorge. Behinderte zwischen Vernichtung und Widerstand. Frankfurt am Main: Dr. med. Mabuse. Online verfügbar unter: http://bidok.uibk.ac.at/library/mabuse-fuersorge_index.html, zuletzt geprüft am 13.01.2017.

Mössler, Karin (2008): Wiener Schule der Musiktherapie. Von den Pionieren zur Dritten Generation (1957 bis heute). Wien: Präsens Verlag.

Neugebauer, Wolfgang; Schwarz, Peter (Hg.) (2005): Der Wille zum aufrechten Gang. Offenlegung der Rolle des BSA bei der gesellschaftlichen Reintegration ehemaliger Nationalsozialisten. Wien: Czernin.

Nissen, Gerhardt (2005): Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Nosek, M. A.; Howland, C. A.; Hughes, R. B. (2001): The Investigation of Abuse and Women With Disabilities. Going Beyond Assumptions. In: *Violence against women* 7 (4), S. 477–499.

Oy, Clara Maria von; Sagi, Alexander (1975): Lehrbuch der heilpädagogischen Übungsbehandlung. Hilfe für das geistig behinderte Kind. Ravensburg: Otto Maier.

Pinterits, Monika (2009): Kinderrechte – Kinderschutz. In: *Pädiatrie & Pädologie* 1/2009, S. 20-23.

Pohl-Zucker, Susanne (2010): Diagnostisch-therapeutische Grenzziehungen. Die Zelltherapie bei Kindern mit Down-Syndrom im medizinischen Diskurs der Bundesrepublik Deutschland in den 1960/70er Jahren. In: Elisabeth Bösl, Anne Klein und Anne Waldschmidt (Hg.): Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung. Bielefeld: Transcript Verlag, S. 85–104.

Ralser, Michaela (2013): Maria Nowak-Vogl und ihre akademische Stellung zwischen Medizin und Heilpädagogik. In: Medizin-Historische ExpertInnenkommission (Hg.): Die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation von Maria Nowak-Vogl. Innsbruck, S. 41–49.

Ralser, Michaela (2014): Psychiatrisierte Kindheit – Expansive Kulturen der Krankheit. Machtvolle Allianzen zwischen Psychiatrie und Fürsorgeerziehung. In: *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften* 25 (1 u. 2), S. 128-155.

Ramsthaler, F.; Verhoff, M. A.; Kettner, M.; Schmidt, P.; Padosch, S. A. (2013): Pneumonie. In: *Rechtsmedizin* 23 (4), S. 243–254.

Reemtsma, Jan Philipp (2001): Wie hätte ich mich verhalten? München: C. H. Beck.

Rett, Andreas (1971): Das hirngeschädigte Kind. Ärztliche, erzieherische und soziale Probleme. Wien, München: Jugend und Volk.

Rett, Andreas; Seidler, Horst (1981): Das hirngeschädigte Kind. Ärztliche, erzieherische und soziale Probleme. 5. Auflage. Wien: Jugend und Volk.

Rittler, Theodor (1962): Lehrbuch des österreichischen Strafrechts. Zweiter Band: Besonderer Teil. 2. Auflage. Wien: Springer.

Rohls, Jan (1991): Geschichte der Ethik. Tübingen: J.C.B. Mohr.

Rohrmann, Albrecht; Schädler, Johannes (2011): Von der Anstaltsfürsorge zur Assistenz. Soziale Dienste im Feld der Unterstützung von Menschen mit Behinderungen. In: Albert Elvers et al. (Hg.): Handbuch Soziale Dienste. Wiesbaden: VS-Verlag, S. 425-441.

Schaden, Grete; Schaden, Alfred (1960): Das psychologische Gutachten. In: Knut Baumgärtel (Hg.): Aspekte der Arbeit mit schwierigen Kindern. 10 Jahre Institut für Erziehungshilfe, S. 17–21.

Schlack, Hans (1994): Interventionen bei Entwicklungsstörungen. Bewertende Übersicht. In: *Monatsschrift für Kinderheilkunde* (142), S. 1–10. Online verfügbar unter http://bidok.uibk.ac.at/library/schlack-entwicklungsstoerungen.html, zuletzt geprüft am 13.01.2017.

Schlaffer, Peter (1998): Aus der Sicht der Sachwalterschaft. Zwangssterilisation. Online verfügbar unter http://bidok.uibk.ac.at/library/trompisch-sterilisation.html, zuletzt geprüft am 27.04.2016.

Schmidt, Christiane (2015): Analyse von Leitfadeninterviews. In: Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 11. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 447–456.

Schnaberth, Gernot; Koblizek, Ruth (2012): 100 Jahre Neurologisches Zentrum Rosenhügel. Wien: MEMO - Verein für Geschichtsforschung.

Schönwiese, Volker (1984): Medizin als Sexualmonster. In: *LOS* 1 (3), S. 46–47.

Schönwiese, Volker (2009): Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe: Von der Rehabilitation zu Selbstbestimmung und Chancengleichheit. Auf dem Weg zu einem Tiroler Chancengleichheitsgesetz für Menschen mit Behinderung. Landhaus Innsbruck, 28.01.2009. Online verfügbar unter http://bidok.uibk.ac.at/library/plangger-behindertenhilfe.html, zuletzt geprüft am 12.01.2017.

Schönwiese, Volker (2012): Individualisierende Eugenik. Zur Praxis von Dr. Andreas Rett. In: BIZEPS - Zentrum für Selbstbestimmtes Leben (Hg.): Wertes Unwertes Leben. Wien, S. 69–82.

Schröder, Paul (1931): Kindliche Charaktere und ihre Abartigkeiten. Breslau: Hirt.

Schröttle, Monika; Hornberg, Claudia (2014): Gewalterfahrungen von in Einrichtung lebenden Frauen mit Behinderungen. Ausmaß, Risikofaktoren, Prävention. Endbericht. Hg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin.

Schröttle, Monika; Hornberg, Claudia; Glammeier, Sandra; Sellach Brigitte; Kavemann, Barbara; Puhe, Henry; Zinsmeister, Julia (2012): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). In: *Journal Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung* (30), S. 60–64.

Schwediauer, Karl (1984): Alltag in Steinhof. Leben in einer psychiatrischen Großanstalt. Wien: Böhlau.

Schwentner, Erwin (1977): Zur Praxis der Gerichtskommission in der Psychiatrie. Eindrücke eines 'Anhalterichters'. In: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 3 (4), S. 145–147.

Sieder, Reinhard (2014): Das Dispositiv der Fürsorgeerziehung in Wien. In: *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften* 25 (1 u. 2), S. 156–193.

Sieder, Reinhard; Smioski, Andrea (2012): Der Kindheit beraubt. Gewalt in den Erziehungsheimen der Stadt Wien. Innsbruck: Studien Verlag. Online verfügbar unter http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-7065-5232-5, zuletzt geprüft am 13.01.2017.

Smith, Diane L. (2008): Disability, Gender and Intimate Partner Violence. Relationships from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. In: *Sexuality and Disability* 26 (1), S. 15–28.

Spann, Josef (1985): Materialien und Erinnerungen zur Geschichte des Krankenhauses. In: A. Marksteiner und R. Danzinger (Hg.): Gugging, Versuch einer Psychiatriereform. 100 Jahre Niederösterreichisches Landeskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Klosterneuburg. Salzburg: AVM-Verl., S. 240–264.

Sperk, Günther (2013): Pharmakologische Beurteilung des Präparats Epiphysan. In: Medizin-Historische ExpertInnenkommission (Hg.): Bericht der Medizin-Historischen ExpertInnenkommission. Die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation von Maria Nowak-Vogl. Innsbruck, S. 64–69.

Sperk, Günther; Dietrich-Daum, Elisabeth; Ralser, Michaela; Schreiber, Horst; Gerstgrasser, Patricia; Purtscher-Penz, Anna Katharina; Berger, Ernst (2013): Die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation von Maria Nowak-Vogl. Bericht der Medizin-Historischen ExpertInnenkommission. Hg. v. Medizin-Historische ExpertIn-

nenkommission. Medizinische Universität Innsbruck. Innsbruck. Online verfügbar unter https://www.i-med.ac.at/pr/presse/2013/Bericht-Medizin-Historische-ExpertInnenkommission_2013.pdf, zuletzt geprüft am 19.01.2015.

Spiel, Walter (1967): Die Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Stuttgart: Thieme.

Spitz, René A. (1985): Hospitalismus I und II. In: Günther Bittner und Edda Harms (Hg.): Erziehung in früher Kindheit. Pädagogische, psychologische und psychoanalytische Texte. 7. Auflage. München: Piper (Serie Piper, 426), S. 89–122.

Stiefel, Dieter (1981): Entnazifizierung in Österreich. Wien: Europaverl.

Studener, Regina (1998): Über die Bedeutung von Trauerprozessen für die Eltern behinderter Kinder und damit verbundene Konsequenzen für heilpädagogisches Arbeiten. In: Wilfried Datler (Hg.): Zur Analyse heilpädagogischer Beziehungsprozesse. Luzern: Edition SZH/SPC, S. 156–160.

Student, Dietmar (2005): Vorzimmer der Macht. In: *Manager Magazin* (12), S. 80–85.

Tiroler Monitoringausschuss (2016): Empfehlungen zum Reha-Gesetz-NEU. Eine Stellungnahme des Tiroler Monitoringausschusses zur Förderung und Überwachung der Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Innsbruck. Online verfügbar unter https://www.tirol.gv.at/fileadmin/themen/gesellschaft-soziales/UN-Konventionen/downloads/Stellungnahme_Reha-Gesetz-NEU-Empfehlungen_Endfassung.pdf, zuletzt geprüft am 12.01.2017.

Trompisch, Heinz (1998): Rechtliche Situation der (Zwangs-)Sterilisation. Online verfügbar unter http://bidok.uibk.ac.at/library/trompisch-sterilisation.html, zuletzt geprüft am 19.01.2016.

Naue, Ursula (2005): Biopolitik der Behinderung. Die Macht der Norm und des „Normalen“. In: *Politix* 19, S. 7–12.

Weber, Max (1922): Wirtschaft und Gesellschaft. Tübingen: J.C.B. Mohr (zitiert aus Nachdruck ohne Erscheinungsdatum, Paderborn: Voltmedia).

Wienberg, Günther (1997): Gewaltfreie Psychiatrie – eine Fiktion. Begriffliches und Grundsätzliches zum Problem der Gewalt in der Psychiatrie. In: Eink, M. (Hg.): Gewalttätige Psychiatrie. Ein Streitbuch. Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 14-28.

Wolfgruber, Gudrun (2013): Von der Fürsorge zur Sozialarbeit. Wiener Jugendwohlfahrt im 20. Jahrhundert. Wien: Löcker.

Zaviršek, Darja (2015): Anthropology, Social Work and Disability Studies: Researching Diversity in Eastern Europe. In: Magnus Treiber, Nicolas Grießmeier und Christian Heider (Hg.): Ethnologie und Soziale Arbeit. Fremde Disziplinen, gemeinsame Fragen? Opladen, Berlin & Toronto: Budrich UniPress, S. 107-130.

Zaviršek, Darja (1999): Die stummen Wunden sozialer Verletzungen - Behinderung und symbolische Ordnung in unterschiedlichen Kulturen. In: Birgit Rommelspacher (ed.), Behindertenfeindlichkeit. Ausgrenzungen und Vereinnahmungen. Lamuv, Goettingen, S. 37-67.

Zaviršek, Darja (2000): Hendikep kot kulturna travma [Disability as a Cultural Trauma]. Cf*/. Ljubljana.

Zaviršek, Darja (2002): Pictures and Silences. Memories of sexual abuse of disabled people. *International Journal of Social Welfare* 11 (4), S. 270-285.

Zaviršek, Darja (2006): Disabled Women Everyday Citizenship Rights in East Europe. Examples from Slovenia. In: Lukić, Jasmina, Regulska, Joanna, Zaviršek, Dar-

ja (eds.): Women and citizenship in Central and Eastern Europe. Ashgate, Aldershot, S. 62-87.

Zaviršek, Darja (2014): Time for Recognition: People with Disabilities Today. Guest editor. Sozial Dialogue Magazine. IASSW Foundation, Hong Kong. No. 9, S. 4-11.

Zaviršek, Darja, Krstulović, Gašper, Leskošek, Vesna, Videmšek, Petra, Bohinec, Monika, Pečarič, Elena, Jeseničnik, Natalija, Poropat, Klaudija (2015). Analiza sistema institucionalnega varstva in možnosti nevladnih organizacij zagotavljati storitve v skupnosti za uresničevanje deinstitucionalizacije v Sloveniji [The Analysis of the institutional social welfare system and the impact of the not-for-profit organisations to provide community services in order to support the process of deinstitutionalisation]. YHD, Ljubljana http://www.mju.gov.si/fileadmin/mju.gov.si/pageuploads/JAVNA_UPRAVA/NVO/FP_2007-

Zemp, Aiha (2002): Sexualisierte Gewalt gegen Menschen mit Behinderung in Institutionen. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 51 (8), S. 610–625.

Zentrum für Schulentwicklung, Abteilung I, Klagenfurt (2001): Die Heilstättenschule in Österreich. Unterricht in Krankenhäusern und Heil-/Sonderpädagogischen Einrichtungen. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abkürzungen empirischer Quellenangaben

A	Angehörige/r
B	Betroffene/r
E	ExpertIn
GA	Gerichtsakte
IP	InterviewpartnerIn
JA	Jugendamtsakt
KG	Krankengeschichte (=Krankenakte)
KO_R	Korrespondenzakten/-mappen von Andreas Rett/Archiv Pavillon C/Rosenhügel
KO_S	Direktionsakten bzw. Korrespondenzen Otto Wagner-Spital/Am Steinhof
P	Personal
PA	Personalakte
S	Sonstiges

Sonstige Abkürzungen im Text:

ABGB	Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch
Abs.	Absatz
Abt.	Abteilung
AH	Altersheim
AKH	Allgemeines Krankenhaus
Anm. d. Verf.	Anmerkung des Verfassers/der Verfasserin
APA	Austria Presse Agentur
AUßStrG	Außerstreitgesetz
AZ	Arbeiterzeitung
BDC	Berlin Document Center
BGBl.	Bundesgesetzblatt
BHZ	Behindertenzentrum
BM	Bundesministerium
BMI	Bundesministerium für Inneres
BSA	Bund Sozialdemokratischer AkademikerInnen
DÖW	Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes
EDV	Elektronische Datenverarbeitung

EEG	Elektroenzephalografie
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
EntmO	Entmündigungsordnung
HAWIE	Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene
HAWIK-Test	Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder
HeimAufG	Heimaufenthaltsgesetz
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IQ	Intelligenzquotient
JaW	Jugend am Werk
JWG	Jugendwohlfahrtsgesetz
k.A.	keine Angabe
KAG	Krankenanstaltengesetz
KAV	Wiener Krankenanstaltenverbund
Kg	Kilogramm
KindRÄG	Kindschaftsrechtsänderungsgesetz
B-KJHG	Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz
Km./KM	Kindesmutter
KÜST	Kinderübernahmestelle
KZ	Konzentrationslager
LBI	Ludwig Boltzmann-Institut
LG	Landesgericht
LG Blatt	Landesgesetzblatt für Wien
lt.	laut
M.Abt.	Magistratsabteilung der Stadt Wien
MA	Magistratsabteilung der Stadt Wien
Mg	Milligramm
Mj	minderjährig, der/die Minderjährige
n	Umfang der Stichprobe
NKH	Neurologischen Krankenhaus der Stadt Wien-Rosenhügel
NS	Nationalsozialismus
NSB	Nationalsozialistischer Beamtenbund
NSDÄB	Nationalsozialistischer Deutscher Ärztebund (auch NSD-Ärztebund)
NSDAP	Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei
NSV	Nationalsozialistische Volkswohlfahrt
ö.ä.	oder ähnliche(s)
o.D.	ohne Datum

o.J.	ohne Jahr
OA	Oberarzt/-ärztin
OGH	Oberster Gerichtshof
OP	Operation
OPCAT	Optional Protocol oft he Convention against Torture and other Cruel
Orig.	Original
ÖS	Österreichische Schillinge
ÖStA	Österreichisches Staatsarchiv
ÖVP	Österreichische Volkspartei
OWS	Otto-Wagner-Spital
Pat.	Patient
Pav.	Pavillon
Pg.	Parteigenosse
PKH	Psychiatrisches Krankenhaus
s.o.	siehe oben
s.u.	siehe unten
SA (S.A.)	Sturmabteilung
sic!	sīc erat scriptum (Hinweis auf korrekte Zitation)
Spast.	spastisch
StG	Strafgesetz
StGB	Strafgesetzbuch
tw.	teilweise
u.U.	unter Umständen
UbG	Unterbringungsgesetz
v.a.	vor allem
Vgl.	vergleiche
VSMC	Vineland Social Maturity Scale
WAIS	Hamburg-Wechsler-Test
WG	Wohngemeinschaft
WHO	World Health Organisation
WISC	Wechsler Intelligenztest
WStLA	Wiener Stadt- und Landesarchiv
Zif.	Ziffer
Zit. n.	zitiert nach
ZKH	Zentralkinderheim
ZPO	Zivilprozessordnung

Schriften zur Rechts- und Kriminalsoziologie

hrsg. von Dr. Walter Fuchs, Dr. Walter Hammerschick, Dr. Veronika Hofinger, Dr. Hemma Mayrhofer (Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie (IRKS) Wien)

Hemma Mayrhofer; Walter Hammerschick; Barbara Bühler; Veronika Reidinger
Vom vertretenen zum unterstützten Rechtssubjekt
Begleitforschung zum Modellprojekt „Unterstützung zur Selbstbestimmung" in Österreich
Das in Österreich 2014/15 durchgeführte Modellprojekt „Unterstützung zur Selbstbestimmung" erprobte im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention Möglichkeiten, eine gesetzliche Vertretung in Form von Sachwalterschaft zu vermeiden und durch ein erweitertes Clearing vorab alternative Unterstützungen zu erschließen. Die begleitende Evaluationsstudie des Instituts für Rechts- und Kriminalsoziologie bietet wertvolle Erkenntnisse zum komplexen Zusammenwirken von persönlicher Lebenssituation und privatem Umfeld, der eingebundenen öffentlichen und sozialen Institutionen sowie der jeweiligen regionalen Infrastruktur an Unterstützungsangeboten.
Bd. 7, 2016, 250 S., 29,90 €, br., ISBN 978-3-643-50752-5

Florian Fritz
Resilienz als sicherheitspolitisches Gestaltungsleitbild
Faktoren und Metaphern in Fallbeispielen
Das verführhrerische Versprechen des Resilienz-Ansatzes wird auf seine Tragfähigkeit überprüft. Ziel dieses Ansatzes ist eine planbare Aktivierung von Selbstheilungspotenzial und Krisenbewältigung durch neu organisiertes *framing* einer Situation. Als Paradigma entspricht der Resilienz-Ansatz in seiner Betonung von Werten (als Messpunkte des Einfederns resilienter Systeme) Traditionen des Idealismus. Klassisches Risikomanagement weicht hier dem Konzept der Resilienz als umfassender Strategie, immer auch eng bezogen auf Vulnerabilitätsdiskurse.
Bd. 6, 2014, 208 S., 59,90 €, br., ISBN 978-3-643-50608-5

Josef Estermann (Hg.)
Der Kampf ums Recht
Akteure und Interessen im Blick der interdisziplinären Rechtsforschung
Welche Bedeutung hat die Vorstellung von Kampf, Dissens und Gewalt in der heutigen Rechtswissenschaft? Einerseits lebt sie vom Streit zwischen Prozessparteien, Lehrmeinungen und Gerichten. In den vergangenen Jahren treten aber wieder verstärkt Fragen (außergerichtlicher) Konfliktbeilegung, der Aussöhnung zwischen Tätern und Opfern in den Vordergrund. Welche Erkenntnisse halten die empirischen Wissenschaften wie etwa die Soziologie, Politikwissenschaft oder Anthropologie bereit, die den „Konflikt" zum Thema haben? Diese Fragen werden im vorliegenden Band behandelt.
Bd. 5, 2013, 360 S., 39,90 €, br., ISBN 978-3-643-50461-6

Arno Pilgram; Lorenz Böllinger; Michael Jasch; Susanne Krasmann; Cornelius Prittwitz; Herbert Reinke; Dorothea Rzepka (Hg.)
Einheitliches Recht für die Vielfalt der Kulturen?
Strafrecht und Kriminologie in Zeiten transkultureller Gesellschaften und transnationalen Rechts
Recht in nationalstaatlichem Rahmen und homogenen Gesellschaften ist Geschichte. Thema der in diesem Band wiedergegebenen Tagung sind die Konsequenzen veränderter Rechtsräume und zunehmend transnationalen Rechts für das Strafrecht, seinen Gegenstandsbereich und die kriminologische Wissenschaft.
Wie tangieren diese Veränderungen den gewöhnlichen Alltag der Strafverfolgung, den Blick auf kulturelle Diversität und den Schutz von Minderheiten und Fremden? Rechtswissenschafter und Sozialwissenschafter verschiedener Disziplinen bringen ihre Perspektiven ein.
Bd. 4, 2012, 400 S., 34,90 €, br., ISBN 978-3-643-50216-2

LIT Verlag Berlin – Münster – Wien – Zürich – London
Auslieferung Deutschland / Österreich / Schweiz: siehe Impressumsseite