



Georg Theunissen

Lebensweltbezogene Behindertenarbeit und Sozialraumorientierung

Eine Einführung in die Praxis

LAMBERTUS

Georg Theunissen

Lebensweltbezogene Behindertenarbeit
und Sozialraumorientierung

Eine Einführung in die Praxis

LAMBERTUS

Georg Theunissen

Lebensweltbezogene Behindertenarbeit
und Sozialraumorientierung

Eine Einführung in die Praxis

LAMBERTUS

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://d-nb.ddb.de> abrufbar.

Alle Rechte vorbehalten

© 2011 Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau
www.lambertus.de

Umschlaggestaltung: Nathalie Kupfermann, Bollschweil

Herstellung: Franz X. Stückle, Druck und Verlag, Ettenheim

ISBN 978-3-7841-2118-5

eISBN 978-3-7841-2153-6

Inhalt

Vorwort	9
Kapitel 1: Geschichte der Institutionalisierung behinderter Menschen	13
Zu den ersten Jahrhunderten nach Christus	16
Behinderte Menschen als „Wechselbälge“	16
Zeitalter der Repression durch Foltermethoden	17
Anfänge der Psychiatrie und Ausbau des Anstaltswesens	19
Zur Differenzierung zwischen „Heilbaren“ und „Unheilbaren“ ..	21
Zu den Vorboten des Nationalsozialismus	25
Zu den Euthanasieaktionen während des Nationalsozialismus ..	31
Zur Nachkriegszeit	35
Exkurs: Zu den Symptomen des traditionellen psychiatrischen Modells	38
Enthospitalisierung und Integration	46
Zur Normalisierung und Deinstitutionalisierung	46
Zur Enthospitalisierung	48
Resümee	52
Zur Geschichte einer Enthospitalisierung – das Beispiel Herr B.	54
Kapitel 2: Von der Deinstitutionalisierung zur Lebenswelt- und Sozialraumorientierung	67
Reformen in der Kritik	69
Empowerment	73
Stärken-Perspektive und Wertebasis	74
Auswirkungen	75
UN-Behindertenrechtskonvention	79
Integration	83
Inklusion	84
Lebensweltbezogene Behindertenarbeit	92
Lebenswelt als subjektzentrierte Kategorie	94

Lebenswelt und Lebensbedingungen	96
Lebenswelt und Alltag	97
Lebenswelt im Plural	99
Leitprinzipien	102
Sozialraumorientierung	111
Schlussbemerkung	134
Kapitel 3: Lebensweltbezogene Behindertenarbeit in den USA – dargestellt am Beispiel von Kalifornien	139
Regional Centers	143
Tierra del Sol Foundation	155
Avenues Supported Living Services (ASLS)	167
Jay Nolan Community Services	170
Art Centers	172
Arts & Services for Disabled Inc. (ASD)	173
First Street Gallery Art Center der Tierra del Sol Foundation ...	181
Art Centers der Exceptional Children’s Foundation	184
Resümee in Bezug auf Lebensweltbezug und Sozialraumorientierung	186
Self-Empowerment – ein Beispiel aus der Praxis	188
Self-Advocacy und Empowerment	192
Abschließende Bemerkungen	194
Kapitel 4: Lebensweltbezogene Behindertenarbeit bei Demenz	199
Höhere Lebenserwartung und Prävalenz von Demenz	201
Demenzen	202
Zu den Ursachen	204
Demenzen bei Menschen mit Lernschwierigkeiten oder einer komplexen Behinderung	205
Besonderheiten bei Menschen mit Down-Syndrom	207
Konsequenzen für die Praxis	209
Leitperspektive Lebensqualität und Personzentrierte Planung ...	216
Lebensweltbezogene Unterstützungsleistungen durch Familienangehörige – das Beispiel Frau Rose	218

Subjektzentrierte Lebensbegleitung	224
Zur Leitperspektive Lebensqualität	230
Lebensweltbezogene Unterstützungsformen durch Wohnsysteme der Behindertenhilfe	233
Assistierende Hilfen	240
Schlussbemerkung	252
Kapitel 5: Personzentrierte Planung – eine Zusammenschau und Reflexion unterschiedlicher Instrumente	255
Zu den Anfängen und Leitkriterien	258
Persönliche Zukunftsplanung	262
Persönliche Lebensstilplanung	271
Netzwerk- und Sozialraumerschließung	294
Group Action Planning	299
My Plan	312
Individuelle Hilfeplanung nach dem IHP-3 (LVR)	324
Aktive Unterstützung und konsultative Assistenz	332
Literatur und Quellenangaben	347
Der Autor	391

Vorwort

Das vorliegende Buch will Wege einer lebensweltbezogenen Behindertenarbeit in Verbindung mit einer Sozialraumorientierung aufzeigen, die sich auf Personen mit Lernschwierigkeiten und einer komplexen Behinderung bezieht.

Unter einer lebensweltbezogenen Behindertenarbeit verstehe ich einen Ansatz, der ausgehend von der Stimme eines behinderten Menschen (Empowerment) an Konzepten und methodischen Instrumenten der Gemeinwesenarbeit, der Lebensweltorientierung sowie der Sozialraumorientierung in der Sozialen Arbeit anknüpft, um Leitprinzipien der Inklusion und Partizipation einzulösen, wie sie mit der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen kodifiziert worden sind.

Der Begriff der komplexen Behinderung bezieht sich auf Personen, die angesichts spezifischer Beeinträchtigungen auf kognitiver, motorischer, sensorischer, emotionaler und sozialer Ebene und darauf abgestimmter Bewältigungsstrategien eine entsprechende ressourcenorientierte Unterstützung zur Verwirklichung der menschlichen Lebens benötigen, die von lebenswelt- und sozialraumorientierten Maßnahmen nicht losgelöst betrachtet werden darf. Folgerichtig geht es um ein Verständnis von Behinderung, das anstelle einer bloßen individuumzentrierten Sicht die Erkenntnis zugrunde legt, „dass Behinderung aus der Interaktion zwischen Personen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren resultiert, die die volle und effektive gesellschaftliche Partizipation auf gleichberechtigter Basis mit anderen hindern“ (Behindertenrechtskonvention Präambel e; zit. n. Deutscher Bundestag 2008). Dafür steht letztlich der Begriff des „Komplexen“, der eine umfassende Perspektive, nämlich reziproke Zusammenhänge (Verknüpfungen) zwischen Formen einer individuellen Schädigung, Beeinträchtigungen, Lebensumstände, Zuschreibungen und der persönlichen Bewertung und Verarbeitung, zum Ausdruck bringen soll. Hierbei stehen vor allem Personen im Fokus, denen üblicherweise eine (schwere) geistige und mehrfache Behinderung nachgesagt wird. Angesichts des stigmatisierenden und diskriminierenden Charakters des Begriffs der „geistigen Behinde-

rung“ gibt es Bestrebungen, ihn zu ersetzen¹. In dieser Bahn bewegt sich die Bezeichnung „Menschen mit komplexer Behinderung“.

Die Selbstvertretungsbewegung „Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e.V.“² favorisiert hingegen die Bezeichnung „Menschen mit Lernschwierigkeiten“. Dieser Vorschlag stößt allerdings im Lager der Behindertenhilfe, Heil- und Sonderpädagogik auf Kritik und Unbehagen – würden doch kognitive Beeinträchtigungen (Probleme beim Denken) zu sehr auf den Lernaspekt fokussiert und seien doch viele der betroffenen Menschen mehrfach behindert. Nichtsdestotrotz sollte die positive Konnotation und Wirkung, die vom Begriff der Lernschwierigkeiten gegenüber dem der geistigen Behinderung ausgeht, im Hinblick auf Einstellungen und Haltungen gegenüber einer betroffenen Person nicht unterschätzt werden; und da nicht jede Person, die als geistig behindert definiert wird, umfassende Beeinträchtigungen aufweist, bietet es sich an, beide Begriffe zu benutzen.

Einer ähnlichen Begriffsdebatte begegnen wir übrigens im angloamerikanischen Sprachraum (z.B. USA, Kanada, Australien), wo die Bezeichnungen „*mental retardation*“ oder „*mental handicap*“ durch „*intellectual disabilities*“ oder „*developmental disabilities*“ ersetzt wurden (dazu Theunissen 2011). *Developmental disabilities* ist ein Oberbegriff, der sich neben Personen aus dem autistischen Spektrum auf Menschen mit einer organisch bedingten komplexen Behinderung oder mit Lernschwierigkeiten in Verbindung mit Hirnschädigungen erstreckt; der Begriff der *intellectual disabilities* wird damit einerseits bei nachweisbaren Hirnschädigungen dem der *developmental disabilities* untergeordnet, andererseits bei sozial (familiar) bedingten kognitiven Beeinträchtigungen (Lernschwierigkeiten aufgrund sozialer Benachteiligung) als eigenständiger Terminus benutzt.³ Grundsätzlich geht es um Personen mit einem mehr oder weniger eingeschränkten sozial adaptiven Verhalten und einem IQ < 70/75, deren Behinderung vor dem 18. Lebensjahr eingetre-

¹ Mit dieser Frage befasst sich unter anderem die deutsche Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V., die möglicherweise der österreichischen Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. folgt und zukünftig nicht mehr von „Menschen mit geistiger Behinderung“, sondern von „Menschen mit Behinderung“ spricht.

² Hierbei handelt es sich um die zentrale Selbstvertretungsorganisation von Personen, die bisher als „geistig behindert“ bezeichnet wurden.

³ Smith et al. (2008, 213) nehmen an, dass der Begriff der *developmental disabilities* „möglicherweise 40 % von jenen Menschen ausschließt, die bislang als ‚mild mentally retarded‘“ bezeichnet wurden.

ten sein muss. Das bedeutet, dass sowohl unter dem Begriff der *developmental disabilities* als auch unter dem der *intellectual disabilities*, der sich nahezu weltweit als Fachterminus für die alte Bezeichnung „*mental retardation*“ durchgesetzt hat, immer auch Personen erfasst werden, die hierzulande als lernbehindert bezeichnet werden.

Bemerkenswert ist, dass sich im deutschsprachigen Raum wohl der Verständigung halber im Rahmen der EU allmählich eine Öffnung gegenüber der internationalen Begriffsdiskussion und eine Auslegung (Ausweitung) des Begriffs der geistigen Behinderung im Sinne einer *intellectual disability* abzeichnen. In der vorliegenden Schrift wird dieser Tendenz Rechnung getragen, wobei zwischen Menschen mit Lernschwierigkeiten im Sinne einer *intellectual disability* und Menschen mit einer komplexen Behinderung im Sinne einer (umfassenden) *developmental disability* differenziert wird.

Viele Jahrzehnte war es weltweit üblich, Menschen mit einer komplexen Behinderung ins gesellschaftliche Abseits zu verbannen. Wie sich der Umgang mit ihnen historisch dargestellt hat, welche Auswirkungen ihre Institutionalisierung in Anstalten hatte und welche Reformen hierzulande eingeleitet wurden, um ihre Lebenssituation zu verbessern, wird im ersten Kapitel der Schrift aufgegriffen. Ein Beispiel aus der Praxis, die auf die lebensweltbezogene Behindertenarbeit verweist, rundet das Kapitel ab.

Der anschließende Teil knüpft nahtlos an die zuvor skizzierte Entwicklung an, indem er ausgehend von ihren Schattenseiten die „Stimme der Betroffenen“ (Empowerment) fokussiert. Dies aufgreifend wird mit Blick auf die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen die Bedeutsamkeit der lebensweltbezogenen Behindertenarbeit herausgestellt und mit dem aktuellen Ansatz der Sozialraumorientierung verschaltet. Zugleich ergeben sich dadurch neue und anspruchsvolle Aufgaben für die Behindertenhilfe sowie zukunftsweisende Perspektiven für die Praxis.

Wie wir uns die Praxis einer lebenswelt- und sozialraumorientierten Behindertenarbeit vorstellen können, wird nachfolgend zunächst am Beispiel der Behindertenhilfe in den USA unter besonderer Berücksichtigung von Kalifornien (Großraum Los Angeles) aufgezeigt und reflektiert. Diese Auswahl hängt damit zusammen, dass wichtige Wegweiser für eine zeitgemäße Behindertenarbeit aus den USA stammen und in

Kalifornien durch ein flächendeckendes Dienstleistungssystem zum Tragen kommen, welches für die hiesigen Verhältnisse (lern-)anregend und von hohem Erfahrungswert ist.

Der anschließende Beitrag führt uns die Praxis der lebensweltbezogenen Behindertenarbeit am Beispiel des Umgangs mit Personen vor Augen, denen neben einer komplexen Behinderung eine Demenz nachgesagt wird. Dass ich dieses Thema aufgreife, ist der Tatsache geschuldet, dass Demenzen durch die steigende Lebenserwartung von Menschen mit Lernschwierigkeiten oder komplexer Behinderung zusehends an Bedeutung gewinnen und bislang eher marginal oder unzureichend in der deutschsprachigen Fachliteratur (insbesondere in Bezug auf eine zeitgemäße Behindertenarbeit) berücksichtigt wurden.

Abgerundet wird meine Schrift mit einer reflektierten Zusammenschau verschiedener Instrumente einer Personenzentrierten Planung, die nicht nur das Vehikel der lebensweltbezogenen Behindertenarbeit und Sozialraumorientierung bildet und dem Empowerment behinderter Menschen dient, sondern generell für professionelle und informelle Unterstützungsmaßnahmen, assistierende Hilfen und Konzepte der Behindertenhilfe, Teilhabeplanung, Netzwerk- oder Gemeinwesenarbeit wegweisend sein sollte.

Bedanken möchte ich mich bei allen, die das Buchprojekt unterstützt haben, Monika Päßler für die Mitarbeit an Kapitel 5, Henriette Paetz für Übersetzungsarbeiten sowie Diane Anand, Rebecca Burkhardt, Rose Chacana, Helen Dolas, Rebecca Hamm, Howard McBroom, Albert Lingg, Steve Miller, Ari Ne'eman, Edward Perez, Scott Shepard, Jeff und Cindy Strully, Allen Terrell, Ann Turnbull, Hanna Rosahl-Theunissen, Nancy Ward, Kecia Weller und Bob Williams für anregende Gespräche.

Ferner bedanke ich mich beim Lambertus-Verlag, vor allem bei Frau Winkler, für die gute Zusammenarbeit.

Der Einfachheit und Lesbarkeit halber wird häufig die männliche Schreibweise (Assistent, Pädagoge ...) bevorzugt, Personen weiblichen Geschlechts sind dabei stets mitgedacht.

Georg Theunissen

Halle (Saale), Freiburg (Breisgau) und Los Angeles 2012

Kapitel 1

Geschichte der Institutionalisierung behinderter Menschen¹

Wenn wir einen Blick in die Literatur über die Geschichte der Versorgung behinderter Menschen werfen (Josef 1967; Kirmsse 1911; 1922; Merkens 1982; Meyer 1973), ist festzustellen, dass es Personen mit Lernschwierigkeiten und einer komplexen Behinderung wohl in allen Kulturen gegeben hat. Allerdings ist die Skizzierung eines historischen Rückblicks dadurch erschwert, dass die unterschiedlichsten Bezeichnungen für diesen Personenkreis (z.B. Idioten, Besessene, Missgestalten, Blöde, Krüppel, Mondkälber, Narren, Kretins, Tollen, Wechselbälger, Fallsüchtige) verwendet und zumeist mit Phänomenen des Wahnsinns, des Irreseins, des Subnormalen sowie der Armut vermischt wurden. Daher ist es heute kaum möglich, Menschen mit Lernschwierigkeiten oder einer komplexen Behinderung „genau auszumachen“ (Speck 1979, 57).

Wie keine andere Randgruppe der Gesellschaft waren diese Personen in der Vergangenheit abhängig von dem, was in den unterschiedlichen Zeiträumen als Mensch-Sein, lebenswert oder sinnhaft definiert wurde, und wie kaum eine andere Gruppe bekamen sie gesellschaftliche Umwälzungen, religiöse Auffassungen, weltanschauliche, politische oder kulturelle Veränderungen so unmittelbar rasch zu spüren.

Im antiken Griechenland war es beispielsweise Tradition Kinder mit einer komplexen Behinderung, deren Seelenhaftigkeit in Frage gestellt wurde, in Schluchten zu werfen oder anderweitig zu töten (Kirmsse 1922, 84). Die Entscheidungsbefugnis über Leben und Tod behinderter Menschen oblag damals den Philosophen (Schadewaldt 1969, 31f.), die auf dem Hintergrund der auf äußere und innere Harmonie gerichteten Idealvorstellungen (Merkens 1982, 299) das Erziehungsrecht und die Lebensberechtigung denjenigen absprachen, die diesem Leitbild nicht entsprachen. Nur selten gab es behinderte Menschen, die gesellschaftlich anerkannt waren (so z.B. blinde Seher, die dann zumeist zur privilegierten Schicht beziehungsweise herrschenden Klasse zählten; Jantzen 1974, 39).

¹ Teile der folgenden Ausführungen stammen aus meiner Schrift „Wege aus der Hospitalisierung“ (Bonn 2000; lieferbar als ebook, 2005) und sind für die vorliegende Arbeit überarbeitet worden.

Aus dem antiken Rom wird berichtet, dass einerseits sogenannte Narren („missgebildete Idioten“) als Spielzeug zum Gespött des Publikums verkauft oder verschenkt wurden, andererseits habe es – so Kirmsse (1911, 3f.; 1922, 85) – aber auch die Ansicht des Philosophen Senecas gegeben, Personen mit Lernschwierigkeiten („Schwachsinnige“) zu Hause aufzunehmen, um ihnen eine „menschenswürdige Behandlung“ (Kirmsse) zukommen zu lassen.

Solche unterschiedlichen Einstellungen und Umgangsformen lassen sich auch in der Folgezeit beobachten: Zum einen wurden behinderte Menschen, Arme oder Irre als „unheilträchtig“ und belastend für eine Gemeinschaft wahrgenommen, als Dämonen gefürchtet und daher vorzeitig getötet oder ausgesetzt, zum anderen kam es gelegentlich zur ihrer Verehrung, Duldung und Betreuung durch Familienangehörige, indem davon ausgegangen wurde, dass sie als „Wesen unter dem besonderen Schutz Gottes“ (Disselhoff 1857, 5) stehend dazu auserwählt seien, alle Sünden einer Familie auf sich zu nehmen und abzubüßen.

Zu den ersten Jahrhunderten nach Christus

In den ersten Jahrhunderten nach Christus wurden dann allmählich institutionelle Bemühungen um die Lebenserhaltung sozial bedürftiger, armer, behinderter und psychisch gestörter Menschen sichtbar, indem als Zeichen der Barmherzigkeit oder Frömmigkeit Klöster, Hospitäler oder kirchlich geführte Zufluchtsstätten (Xenodochien) eigens für diesen Personenkreis gegründet wurden (vgl. Josef 1967, 48ff.; Bradl 1991, 129ff.). Das christliche Ideal der Nächstenliebe wurde nunmehr zu einer unangefochtenen Grundlage für die Institutionalisierung behinderter Menschen. Jedoch konnten dadurch Aussetzungen von Kindern mit einer komplexen Behinderung noch nicht beseitigt werden. Zeitgleich wurde es allerdings auch manchen Menschen mit (leichten) Lernschwierigkeiten ermöglicht, in einer bäuerlichen Großfamilie zu verbleiben (Gastager 1973, 81).

Behinderte Menschen als „Wechselbälge“

Um 1500 kam es erneut zu einer gegenläufigen Entwicklung oder, wie es Josef (1967, 52) treffend bemerkt, zu „Entgleisungen und Verirrungen“, die damit zusammenhingen, dass die Kirche in einer Zeit sozialer Kämp-

fe und politischer Spannungen (z.B. Bauernkrieg) an Einfluss verlor und als Mittel zu ihrer Machterhaltung die Inquisition oder Folter einsetzte, in deren Fängen Personen gerieten, die als Hexen, Missgebildete, Wahn- oder Blödsinnige bezeichnet wurden. Zur Begründung solcher Maßnahmen hieß es, dass Missbildungen das Werk des Teufels oder ein Racheakt von dämonischen Mächten oder Hexen seien, die ihre Kinder heimlich gegen normal geborene austauschen würden (Kirmsse 1922, 87f.) und dass aus der Vereinigung von Teufel oder Dämon mit Menschen oder Hexen „Wechselbälger“ entstünden. Berühmt geworden sind diesbezüglich Martin Luthers „Tischreden“, in denen er Wechselbälge als „Söhne des Satans“, deren Tötung als „ein Gott wohlgefälliges Werk“ (Kirmsse 1911, 9) betrachtet werde, bezeichnet (Kirmsse 1922, 86; Schröder 1983, 25f.).

In der Folgezeit begegnen wir wiederum einer Institutionalisierung, indem „Wahn- oder Blödsinnige“ aus der Gesellschaft verbannt und gemeinsam mit Kriminellen, Armen, Arbeitslosen, Bettlern oder Landstreichern (vgl. Schröder 1979, 9) als Objekte der städtischen Gesundheits- oder Armenfürsorge in kirchlichen Asylen, Armen-, Findel- und Waisenhäusern oder in öffentlichen Arbeitsanstalten, Gefängnissen, ausbruchssicheren Irrentürmen, Zucht-, Narren- sowie Tollhäusern untergebracht wurden – „wo sie in gemauerten und vergitterten Gewölben eingekerkert auf Schmutz und Stroh lagen, von Neugierigen gereizt und vom Tollmeister gepeitscht“ (Mönkemöller 1903, 43). Diese Praxis diente keineswegs einem „Heilzweck“ (ebd., 38), sondern ausschließlich der „Strafe“ (ebd.) und zum „Schutz der Öffentlichkeit“ (Meyer 1973, 23). Wie viele Menschen mit Behinderungen davon betroffen waren, ist schwer auszumachen. Jedenfalls hatten – wie schon in den Jahrhunderten zuvor – manche Menschen mit leichten Lernschwierigkeiten („Schwachsinnige“) wohl das Glück, von Großfamilien mitgetragen und als „Dorftrottel“ von der Bevölkerung geduldet zu werden (Schröder 1983, 27).

Zeitalter der Repression durch Foltermethoden

Erst im Zeitalter des aufgeklärten Absolutismus kam es mit der Auflösung der feudalistischen Ständegesellschaft sowie infolge eines Bevölkerungszuwachses und einer Arbeitsüberlastung vieler Familien zu einer Institutionalisierung auch dieses Personenkreises in Zucht-, Korrekions- oder Arbeitshäusern. Diesbezüglich sollten Menschen mit (leichten)

Lernschwierigkeiten zur Zwangsarbeit herangezogen werden, um der Gesellschaft „nicht mehr zur Last zu fallen“ (Heller 1925, 439). Bei (anderen) Personen mit einer komplexen Behinderung stand hingegen die Ausrottung des „Bösen“ oder „Verkehrten“ im Menschen im Vordergrund der Anstaltspraxis – galten sie doch von Natur aus als „böse“, „sündig“, „verkehrt“ oder vom „bösen Geist besessen“ (ebd., 438). Auf dem Hintergrund dieser Ansicht kam es im Absolutismus – einem Zeitalter „massiver Repression“ (Blasius 1980, 21) – zur Erfindung und Anwendung zahlreicher aversiver (Folter-)Methoden, die der Erziehung behinderter und psychisch gestörter Menschen dienten. Die Palette der Zwangsmittel und Zwangsmaßnahmen reichte von Fixiergurten, Handfesseln, Zwangsjacken, Maulkörben über Fußschellen, Fußklötzen, Beinketten bis hin zu Drehmaschinen, Drehbetten, Käfigen, Zwangsstuhl, Zwangsschaukel, Peitschenhiebe, Isolierzellen, Essens- oder Schlafentzug, Glühisen, Brechmittel oder Tauchkörbe (vgl. hierzu die bemerkenswerte Zusammenstellung in Schröder 1983, 40ff.; vgl. auch Jacobi 1834, 177ff.).

Diese Zwangsmittel wurden bis zum 19. Jahrhundert in fast sämtlichen öffentlichen Narren-, Zucht- oder Aufbewahrungshäusern fleißig genutzt, aber auch in kirchlichen Anstalten, Armen- oder Rettungshäusern kam der Zwangserziehung (vor allem bei den Pietisten) durch Strafe, körperliche Züchtigung mit Rutenschlägen, Anwendung von Zuchtbänken oder „Bärenkästen“ große Bedeutung zu (hierzu auch Röper 1976, 102, 105, 115; Theunissen 1980, 24f.). Zu Beginn der Aufklärung hatte sich nämlich ein enger „Normalitätsbegriff“ etabliert (Dörner 1969). Durch diesen sollten alle Personen, bei denen eine „ordentliche Erziehung“ (v. Rohden) versagt hatte und die aufgrund einer „Blödheit“ als „seelenlos“ galten (Kant zit. nach Gerhardt 1911, Sp. 1459), zur „Seelenheilung“, zur Hinführung zu „ewiger Glückseligkeit“ und „zur Bewahrung vor Müßiggang oder Verderben sowie zur Überwindung von Charakterfehlern“ (A.H. Francke), in (privaten) Rettungshäusern oder (öffentlichen) Zuchtbeziehungsweise Korrekationsanstalten (zwang-)eingewiesen und unter strenger Überwachung und körperlicher Züchtigung erzogen werden (dazu auch Kirmsse 1911, 20). Dieser Umgang mit allen „Unvernünftigen“ (Dörner) hing mit der Lehre von der Erbsünde zusammen, „dass das menschliche Herz von Jugend auf böse sei“ (Röper 1976, 182). Unter Berufung auf Immanuel Kant, dass das „Böse“ im Menschen als „das unentbehrliche Befördernis des Guten zu verstehen“ sei (Weinstock 1960, 305) – eine Position, die zum Beispiel von Friedrich Schiller (zit. in ebd., 300)

nicht geteilt wurde – erhofften sich viele Pädagogen und Theologen durch eine strenge Zucht letztlich die Rettung der „Seele“ beziehungsweise den „Sieg des guten Prinzips über das böse“ (314).

Anfänge der Psychiatrie und Ausbau des Anstaltswesens

Eine Wende auf dem Gebiete der Institutionalisierung trat ein, als sich zu Beginn des 19. Jahrhunderts eine von medizinisch-naturwissenschaftlichen Denkmodellen geleitete „neue“ Disziplin – die Psychiatrie – etablierte, welche eine „dem damaligen Wissensstand angepasste Wissenschaftlichkeit“ (Keupp 1974, 124) versprach und die bisher unzureichend konstituierte Heil- und Sozialpädagogik („Schwachsinnigen- und Fürsorgeerziehung“) mit einem begrifflichen und methodischen Handlungsapparat zu systematisieren versuchte (vgl. auch Meyer 1973, 9, 30ff.). Etwa zur gleichen Zeit war es nämlich durch engagierte Ärzte, Theologen und Pädagogen (z.B. Guggenbühl, Georgens und Deinhardt, Haldenwang, Itard, Kern, Milde, Rösch, Saegert, Séguin) zu ersten „heilpädagogischen“ Konzepten und Maßnahmen gekommen (dazu Bradl 1991, 217ff.; Josef 1967, 54ff.; Kaspar 1980; Lindmeier & Lindmeier 2002; Möckel 2007; Speck 1979), die mit einer begrifflichen Differenzierung behinderter Menschen in Blinde, Taubstumme, Krüppel und Schwachsinnige sowie mit einer Neubestimmung des Anstaltswesens und Gründung von neuen Behinderteneinrichtungen einhergingen. Anstelle der Toll- und Zuchthäuser alter Prägung entstanden nun neben Irrenanstalten spezielle Taubstummen-, Blinden- oder Idiotenanstalten mit Unterrichts- und Arbeitsangeboten sowie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts öffentliche Hilfsschulen für „bildbare Schwach- oder Blödsinnige“ (vgl. Mönkemöller 1903, 260ff.).

Bei der Neugründung der Behindertenanstalten waren zum einen „fundamentale christliche Impulse“ (Speck 1979, 58) bedeutsam. Besonders im philanthropisch-caritativen Bereich (dazu Heller 1925, 447f.) entstand eine neue Haltung, die stärker vom Gedanken der Nächstenliebe sowie „der Selbstlosigkeit und Aufopferung bestimmt war“ (Schröder 1983, 35). Dennoch blieben Formen der Zwangserziehung sowie der „pragmatisch-klerikale Moralismus“ (Jantzen 1982, 31) zunächst noch weitgehend unangetastet (dazu auch Röper 1976, 184ff.). Zum anderen spielten

humanitäre und soziale Gesichtspunkte in Verbindung mit pädagogischen Heilungsabsichten (im medizinischen Sinne) eine Rolle, die sich vor allem durch die zunehmende Industrialisierung und der damit verknüpften Auflösung der Großfamilien und Landflucht ergaben. Die wirtschaftliche Entwicklung hatte zur Folge, dass in noch weitaus stärkerem Maße als bisher behinderte, schwache oder hilfebedürftige Menschen nicht mehr familiär versorgt werden konnten, überdies kam es zu einer wachsenden Verelendung großer Teile der Arbeiterklasse, worunter die heranwachsende Generation in starkem Maße zu leiden hatte. Einige Reformer (z.B. Georgens und Deinhardt 1858; 1861; 1863; Séguin 1912) hatten das „ökonomische Elend“ sowie die „Not“ weiter Teile behinderter und nichtbehinderter Kinder und Jugendlicher als ein gesellschaftliches Problem erkannt, wurden jedoch an der Implementierung ihrer Vorstellungen und Konzepte gehindert, galten sie doch als zu revolutionär und „exotisch“ in einer Zeit, in der Formen einer Zwangserziehung, Ausgrenzung und Diskriminierung sozial benachteiligter und behinderter Menschen redlich gepflegt wurden.

Was die heilpädagogische Arbeit in den neu gegründeten Anstalten betraf, so liefen sämtliche Bemühungen auf den Versuch hinaus, möglichst viele behinderte Personen zu „heilen“ sowie „erwerbsfähig und brauchbar für's Leben“ (Probst zit. n. Meyer 1973, 138) zu machen. Dabei wurde die bisherige Vermutung, dass es einerseits Kinder und Jugendliche mit leichten Lernschwierigkeiten gab, die „bedeutend gebessert“ werden konnten und dass andererseits Heranwachsende mit Lernschwierigkeiten und massiven Verhaltensproblemen sowie Personen mit einer komplexen Behinderung „bildungs- und erziehungsunfähig“, „unheilbar ... seelenlos und darum auch keiner Therapie zugänglich seien“ (Meyer 1973, 239), alsbald bestätigt.

Mit dieser Erfahrung wurde letztlich von großen Teilen der Heilpädagogik und Idiotenanstalten eine Denkfigur legitimiert, die eine Unterscheidung in „heilbare und unheilbare Idioten“ vorsah und zu Beginn des 19. Jahrhunderts durch Reil (1803), mit dessen Arbeit „man gemeinhin die deutsche Psychiatrie beginnen lässt“ (Dörner 1969, 216), befördert wurde. Reil hatte nämlich eine Unterteilung des „Blödsinns“ in drei Grade vorgeschlagen:

„Der erste Grad ist am schwersten zu bestimmen, weil er eine Demarkationslinie zwischen gesundem Menschenverstand und anfangendem Blödsinn voraussetzt, die nicht so leicht gefunden werden kann (. . .). Der mittlere Grad ist

von beiden Endpunkten gleich weit entfernt. Der Kranke ist nicht ganz sinnlos, sondern fasst noch die einfachsten Begriffe, doch er ist zu den gemeinsten Geschäften unfähig, wenn sie nicht ganz mechanisch abzumachen sind (. . .). In dem äußersten Grade des Blödsinns, von welchem der vollkommene Kretin das lebendige Beispiel ist, fehlen alle Wahrnehmungen der Sinne, weil sie stumpf sind, oder die Seele keinen ihrer Eindrücke beachtet. Der Kranke hört ein wildes Geräusch, aber überall keinen verständlichen Ton, weil er nicht imstande ist, einen aus der Menge auszuheben, ihn nicht auf seine Ursache zurück zu führen, und dadurch seine Bedeutung einzusehen. Er sieht eine unordentliche Zusammenstellung von Farben und Gestalten, von welchen er keine besonders unterscheidet. Seine Seele ähnelt einem Spiegel, in welchem sich ein totes Bild der Welt abprägt. Er ist ohne Begriffe, Urteile, Gefühle, Leidenschaften, also auch ohne Triebe und Willen. Selbst die Gefühle des Hungers, Durstes und Schmerzes sind stumpf und werden dunkel vorgestellt. Der Kranke bewegt sich entweder äußerst träge oder gar nicht, geifert, lässt jedes Glied in der Lage liegen, in welche man es bringt, und es herunterfallen, wie die Schwere es leitet, wenn es aufgehoben wird. Kurz, er lebt zwar, weil er vegetiert, aber außer dieser ganz allgemeinen Funktion des Organismus, durch welche er vor Auflösung geschützt wird, ist weiter kein Charakter der Tierheit vorhanden“ (Reil 1803, 413ff.).

Diese Einteilung des Blödsinns, bei der „nur der erste Grad (. . .) einer radikalen Heilung fähig zu sein (. . .) scheint“ (ebd., 432f.), wurde in den nachfolgenden Jahrzehnten zu einer handlungsbestimmenden Größe auf dem gesamten Gebiet der Institutionalisierung von Menschen mit Lernschwierigkeiten oder einer komplexen Behinderung; und bis heute wirkt sie als *Oligophrenie-Konzept*² im Lager der traditionellen Psychiatrie nach.

Zur Differenzierung zwischen „Heilbaren“ und „Unheilbaren“

So kam es in der Folgezeit zu einer „Zweiteilung“ des Anstaltswesens, indem erstens zwischen Institutionen für „heilbare“ psychisch Kranke oder „erziehungs- und arbeitsfähige“ behinderte Menschen auf der einen Seite und Institutionen für „unheilbare“, „bildungsunfähige“ und pflege-

² Das Oligophrenie-Konzept der traditionellen Psychiatrie unterscheidet zwischen „Debililität“ als leichte Form einer „Intelligenzminderung“ (intellektuellen Behinderung; Lernschwierigkeit), „Imbezillität“ als mittlere Form und „Idiotie“ als schwere Form (komplexe Behinderung). Dieses Konzept wirkt bis heute nach (Theunissen 2011, 12).

bedürftige, „hoffnungslose Fälle“ auf der anderen scharf differenziert wurde. Zweitens wurden kombinierte Einrichtungen, zum Beispiel Heil- und Pflegeanstalten oder Idiotenanstalten, geschaffen, die intramural sowohl eine Abteilung für „heilbare“ und/oder arbeitsfähige Personen als auch eine Abteilung für „unheilbare Pflegefälle“ aufwiesen (ebd., 453ff.). Durch diese Kombination, die aus der Kritik an einer zu scharfen Abgrenzung zwischen „heilbar“ und „unheilbar“ im Modell von Reil hervorgegangen war, sollte der „Heilgedanke in das System der Aufbewahrung“ hineingetragen werden (Blasius 1980, 39f.). Tatsächlich aber profitierten davon nur sehr wenige Menschen mit schweren Behinderungen (Mönkemöller 1903, 255). Bis auf wenige Einrichtungen (vgl. Kaspar 1980) wurden in den meisten Idiotenanstalten fast ausschließlich „bildungsfähige Idioten“ betreut (Laquer 1906, 321). Nahezu alle „Idioten schweren Grades“ wie aber auch zum Teil andere „Schwachsinnige, Krüppel oder fallsüchtige Idioten“ – die sogenannten „sozialen und intellektuellen Nullen“ (Griesinger 1872, 285) – wurden hingegen weiterhin in Siechen- oder Bewahranstalten, Pflegeheimen und Nothospitälern notdürftig, nicht selten menschenunwürdig versorgt (vgl. Mönkemöller 1902, 157; Kastner 1977, 131ff.). Schließlich handelte es sich hierbei nach Jacobi (1834, 189), einem einflussreichen Gründer einer Irrenanstalt im Rheinland, um „die traurigsten und in Bezug auf die Wartung lästigsten Fälle (...), [um, G.T.] unreinlich Tobsüchtige oder sinnlose Kranke, [die, G.T.] durch gewisse Krankheitszustände, Schwäche, Lähmung, Wunden usw. anhaltend bettlägerig“ waren. Spätestens seit Ende des 19. Jahrhunderts wurden die Zwangsmaßnahmen in den Institutionen deutlich kritisiert (Kastner 1977, 86; Mönkemöller 1903, 113; Schroeter 1897, 23, 38), dennoch standen aversive Methoden wie körperliche Züchtigungen, Isolierzellen und die Anwendung von Drehstühlen, Zwangsfütterung, Zwangsduschen oder Maulkörben nach wie vor auf der Tagesordnung einer Anstaltspraxis (Kastner 1977, 123; Wiehl 1925, 139f.). So ist nachvollziehbar, dass sich mit Blick auf Menschen mit einer komplexen Behinderung trotz mancher heilpädagogischer Bemühungen insgesamt „ein erschütterndes Bild menschlichen Elends“ (Mönkemöller 1903, 333) bot, welches ein „trauriges Eingeständnis“ dafür war, „wie unendlich wenig damals für die Unglücklichsten der Unglücklichen getan wurde“ (ebd.).

Verschärft wurde diese Situation letztlich noch dadurch, dass sich einige Universitätskliniken im Zuge der Etablierung der Psychiatrie um die wissenschaftliche Erforschung des „Schwachsinnns“ bemühten (vgl. Sommer

1906; 1907), der jetzt „nicht mehr als Folge von Sünde oder von Erbschuld“, sondern als „Körperkrankheit“ betrachtet wurde (Jantzen 1982, 39; Kastner 1977, 94). Zugleich wurde dabei der soziale Faktor bei der Betrachtung der schweren Formen eines „Schwachsinn“ gänzlich ausgeblendet – ein Aspekt, der für die Institutionalisierung des betroffenen Personenkreises erhebliche Nachteile mit sich brachte, indem nunmehr ausgehend von organischen Defekten die Bettenpflege und ein therapeutischer Nihilismus naturwissenschaftlich-medizinisch legitimiert wurden (dazu auch Blasius 1980, 95). Deshalb konnte Scholz in einem vom Deutschen Verein für Psychiatrie preisgekrönten „Leitfaden für Irrenpfleger“ noch 1927, in der 21. Auflage, unangefochten über Menschen mit einer komplexen Behinderung schreiben:

„Zahlreich sind (. . .) die Grade der Hemmung, mannigfaltig die Abstufungen, denen wir bei diesen Stiefkindern der Natur, den Geistesschwachen, hinsichtlich des Umfangs ihres geistigen Horizonts begegnen können. In den schwersten Fällen stehen diese Unglücklichen tiefer, man möchte sagen, als das Tier, und erweisen sich schon von frühester Jugend an unfähig, auch das Allereinfachste zu begreifen. Kaum vermögen sie oftmals die Sprache zu erlernen. Ihre Äußerungen sind nur blödes Stammeln, und es fehlt jede Fähigkeit der Bildung höherer Begriffe und der Verarbeitung von Sinneseindrücken. Unreinlich, eine Qual für die ihrigen, vegetieren sie dahin bis ein früher Tod sie wohl erlöst, was aber keineswegs immer der Fall ist, denn bei guter Fürsorge können selbst diese Zerrbilder von Menschtum zu Jahren gelangen. Die geistigen Mängel dieser tiefstehenden Idioten erkennt auch der Laie sofort als Krankheitszeichen an“ (108f.).

Aufgrund des „Rückzugs“ einiger Ärzte aus den Anstalten in die Forschung (vgl. hierzu Meyer 1973, 142, 145), hatten zunächst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts vorwiegend Theologen oder Pädagogen die Leitung der Idiotenanstalten inne, allerdings wurde kurz vor 1900 „eine ärztliche Kommission für Idiotenforschung und Idiotenfürsorge“ gebildet (Heller 1925, 15), der es darum ging, deutlich zu machen, „dass für die Idiotenanstalten ausnahmslos ärztliche Leitung und staatliche Aufsicht zu verlangen sei“ (Dannemann 1911, Sp. 1465; dazu auch Laquer 1907, 463, 475; Mönkemöller 1903, 264; Strohmayer 1911, Sp. 1239f.). Dieser Auffassung stand die Ansicht vieler nicht-ärztlicher Anstaltsleiter (vor allem aus dem Lager der Kirche) entgegen, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten oder einer komplexen Behinderung in erster Linie heilpädagogisch betreut werden müssten. Da sich der preußische Staat jedoch weitgehend der Forderung der Psychiater anschloss,

trat in der Folgezeit ein Wandel in vielen Idioten- und Pflegeanstalten ein, indem immer mehr Ärzte an die Spitze dieser Einrichtungen gestellt oder als leitende Mitarbeiter mit sozialer Kontroll- und zentraler Entscheidungskompetenz ausgestattet wurden (vgl. Mönkemöller 1903, 268). Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung (dazu ausführlich Bradl 1991, 520ff.) kam es zu einer Angleichung der Idiotenanstalten an die psychiatrischen Heil- und Pflegeeinrichtungen (vgl. auch Mönkemöller 1903, 239), was dazu führte, dass ein am Oligophrenie-Konzept orientiertes, psychiatrisches Denk- und Handlungsmodell zum Paradigma der Behindertenhilfe avancierte.

Dieser von Klevinghaus (1972, 22f.) konstatierte Rückschritt, der unter anderem darin bestand, dass sich die heilpädagogische Arbeit nur noch auf bildbare und arbeitsfähige Jugendliche mit leichten Lernschwierigkeiten in „Anstaltshilfsschulen“ beschränkte (Speck 1979, 61; vgl. auch Schenk 1913), wurde von einigen der „wichtigsten Figuren der deutschen Heilpädagogik“ (Jantzen 1982, 24), so beispielsweise von Heller (1925), geradezu befördert: Nach Hellers Auffassung war nämlich „in schweren Fällen von Idiotie“ (479), „die keine Spur geistigen Lebens“ (30) zeigten, „die weder Aufmerksamkeit noch Gedächtnis“ besaßen (300), die „nicht dressurfähig“ waren (300), „bei denen die primitivsten Triebe und Instinkte kaum zur Entwicklung“ (30) gelangten, die „durch keine Bewegung irgendeine psychische Regung (23) verrieten, die in der Regel „körperlich unterentwickelt“ und daher von „kurzer Lebenszeit“ (23) waren und bei denen die einzige Regung zumeist der „Nahrungstrieb“ (23) war, „jede pädagogische Wirksamkeit vergeblich“ (479). Deswegen gehöre dieser Personenkreis der „Bildungsunfähigen“ (27, 454) gleichermaßen wie „versorgungsbedürftige Asylisten“ (481) „unter ausschließlich ärztliche Aufsicht“ (479) in Pflegeanstalten, die „bereits bestehenden Irren- oder Siechenhäusern angegliedert“ (479) werden sollten.

Gleichermaßen nihilistisch wurde auch im Rahmen des preußischen Krüppelfürsorgegesetzes argumentiert (1920, 158); das Gesetz sah vor, dass alle „Siechen und Unheilbaren“, bei denen die Anwendung teurer Apparate „nur einen sehr bescheidenen Erfolg“ versprach, aus rein ökonomischen Gründen in Pflegeeinrichtungen untergebracht werden sollten. Welche Konsequenzen dies für die Betroffenen hatte, wird von Ulbrich (1921, 132) recht plastisch herausgestellt:

„Die deutschen Krüppelheime und die Kindersiechenhäuser bieten eine traurige Heerschau der armen belasteten Wesen, die mit trüben Augen, laufenden

Ohren, verklebter Nase, verkrümmten Gliedern und eiternden Fisteln dasitzen, einer Schuld büßend, wofür sie keine Verantwortung tragen. Viele von ihnen haben Klein- oder Wasserköpfe, Turmschädel, Sattelnasen, Henkelohren, angefressene Zähne, ekelhafte Ausschläge und andere Schäden. Nicht selten paart sich mit der körperlichen Gebrechlichkeit geistige und seelische Minderwertigkeit. Viele dieser Kinder werden zu ihrem Glück nicht alt, sondern sinken für den Lebenskampf untauglich in ein frühes Grab. Andere jedoch müssen leben und sich durch Jahrzehnte hindurchquälen, in lichtlose Dunkelheit gehüllt und mit Schmerzen und Qualen behaftet, welche die Kunst der Ärzte vergeblich zu lindern sucht.“

Unter solchen Lebensbedingungen mussten sich im frühen 20. Jahrhundert Menschen mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen und einer komplexen Behinderung zurechtfinden; und ihre Situation wurde zur Zeit des Ersten Weltkrieges noch einmal besonders problematisch, als einige Behindertenanstalten, zum Beispiel in der Rheinprovinz, als Kasernen oder Lazarette benutzt wurden, so dass ein Teil der Bewohner in andere Institutionen verlegt werden musste (vgl. hierzu LVR 1962 b, 14; Kastner 1977, 150ff.). Unter diesen Umständen ließ sich in vielen (psychiatrischen) Anstalten „eine ordnungsmäßige Pflege und Trennung der Geisteskranken (und Menschen mit Behinderungen, G.T.) nicht mehr durchführen“ (Wiehl 1925, 125, 171).

Zu den Vorboten des Nationalsozialismus

Zugleich hatte sich aber auch schon eine verhängnisvolle Entwicklung angebahnt, über die ich angesichts der Euthanasiedebatte gegen Ende der 1980er Jahre (vgl. Theunissen 1989b) ausführlicher berichten möchte, um deutlich zu machen, dass Irrwege, wie die Vernichtung „lebensunwerten Lebens“, niemals wieder Realität werden dürfen.

Es ist unbestritten, dass bestimmte gesellschaftliche, wissenschaftliche und geistige Strömungen der Euthanasie behinderter Menschen im Hitlerfaschismus den Weg geebnet haben. Einige wichtige Lehren und Wegbereiter sollen kurz genannt sein:

Utilitarismus

Mit dem Zeitalter der Aufklärung, dem Kampf des Bürgertums gegen den Feudaladel und der Industrialisierung der Wirtschaft, wurde im europäischen Sprachraum eine utilitaristische Kultur entwickelt, die bis heute

wirksam ist: Was zählt ist nur noch die Nützlichkeit des Einzelnen auf der Basis eines kompromisslosen Leistungsprinzips, nicht aber die menschliche Existenz an sich, die Einmaligkeit und Einzigartigkeit menschlichen Lebens. Die Ausrichtung menschlichen Handelns nach utilitaristischen (marktwirtschaftlichen) Gesichtspunkten (kritisch dazu Gouldner 1974, 81ff.) führte, wie bereits anskizziert, seit dem 19. Jahrhundert zu einer scharfen Trennung zwischen brauchbaren und unbrauchbaren Mitgliedern der Gesellschaft, die sich ihrerseits in ein effektives Wirtschafts- und ineffektives (kostenintensives) Sozialsystem spaltete (Dörner 1988, 65ff.). Menschen mit Lernschwierigkeiten und einer komplexen Behinderung galten weitgehend als unbrauchbar. Folglich hing ihr „Schicksal“ von dem ab, was der Staat bereit war, an sozialer Hilfe (Fürsorge) zu investieren. An dieser sozialen Abhängigkeit hat sich bis heute nichts geändert. Besonders bedrohlich wird sie für alle Betroffenen, wenn in Zeiten wirtschaftlicher Krisen soziale Hilfen oder Leistungen gestrichen oder wenn ökonomische Motive und egoistisch-utilitaristische Interessen soziale und humane Aufgaben verkommen lassen. Für den Nationalsozialismus bot die utilitaristische Philosophie wertvolle Anknüpfungspunkte. Durch Kosten-Nutzen-Analysen sollte die Sinnlosigkeit der Fürsorge für alle unbrauchbaren Menschen, die als „Ballastexistenzen“ galten, unterstrichen werden (Binding & Hoche 1920, 55).

Nietzsches Theorie des „Herrenmenschen“

Schon der antike griechische Philosoph Platon ging davon aus, dass nur der „schöne Mensch“, das harmonisch gestaltete Individuum auch klug, begabt, stark, vollkommen und mächtig sei. Folgerichtig waren Menschen einer komplexen Behinderung wertlos und durften getötet werden. Dieser Geringschätzung behinderter oder auch schwer kranker, pflegebedürftiger alter Menschen begegnen wir später gleichfalls bei Friedrich Wilhelm Nietzsche (1844 bis 1900), der mit seinem Werk „Also sprach Zarathustra“ (1883) eine Lehre vom „Übermenschen“ vertrat, die wegbereitend für das nationalsozialistische Menschenbild und die rassistisch-naturalistische, heroistische Kultur war.³ Der Über- oder Herrenmensch ist für Nietzsche ein höheres, geläutertes Wesen, dessen „Herrenmoral“ sich zum Recht des Stärkeren bekennt. Dies bedeutet zugleich eine rigorose

³ Inwieweit sich dabei Nietzsche durch Rassentheorien (z.B. durch Gobineau's Ansichten; dazu später) beeinflussen ließ, wird bis heute diskutiert.

Abwertung alles Schwachen: „Der Übermensch liegt mir am Herzen, der ist mein Erstes und Einziges, – und nicht der Mensch: nicht der Nächste, nicht der Ärmste, nicht der Leidendste, nicht der Beste. (...) Werdet hart gegen alle Kraftlosen, Kranken und Knechte, gegen alle heillos Mittelmäßigen und Minderwertigen“ (251) lässt Nietzsche Zarathustra sagen. Ähnlichen Ansichten begegnen wir auch in Hitlers „Mein Kampf“.

Malthusianismus und Sozialdarwinismus

Der Malthusianismus geht auf den Sozialforscher Thomas Robert Malthus (1766–1834) zurück, der die These vertrat, dass menschliches Elend (Armut, Hunger, Slums) auf das Anwachsen der Bevölkerung zurückzuführen sei, für die es auf Dauer nicht genügend Nahrung gebe. Um der drohenden Überbevölkerung entgegenzutreten, sah Malthus in kriegerischen Auseinandersetzungen, Seuchen und Krankheit einen „natürlichen“ (naturgesetzlichen) Ausgleich. Darüber hinaus wurde die Forderung nach Enthaltbarkeit, Spätheirat, Kinderlosigkeit und Freigabe der Abtreibung beziehungsweise einer Geburtenverhütung erhoben.

Malthus war mit seinen Thesen und Vorstellungen, die die Ideologie der Nationalsozialisten direkt beeinflussten, weltweit bekannt geworden. Das gilt ebenso für Charles Darwin (1809–1882), dessen Evolutionstheorie auf menschliche Gesellschaften übertragen wurde. Dafür steht der Begriff des Sozialdarwinismus, unter dem verschiedene Theorien subsumiert werden, die gesellschaftliche Entwicklung als Folge „natürlicher Selektion“ auffassen und dabei den Schluss ziehen, dass „gesunde“ Erbanlagen zu fördern und schwache, geschädigte oder „schlechte“ zu eliminieren seien. Bis heute wird die Rolle Darwins im Hinblick auf den Sozialdarwinismus diskutiert. Seine Position war dem Anschein nach uneindeutig:

„Unter den Wilden werden die an Körper und Geist Schwachen bald eliminiert; die Überlebenden sind gewöhnlich von kräftigster Gesundheit. Wir zivilisierten Menschen dagegen tun alles mögliche, um diese Ausscheidung zu verhindern. Wir erbauen Heime für Idioten, Krüppel und Kranke. Wir erlassen Armengesetze, und unsere Ärzte bieten alle Geschicklichkeit auf, um das Leben der Kranken so lange als möglich zu erhalten. Wir können wohl annehmen, dass durch die Impfung Tausende geschützt werden, die sonst wegen ihrer schwachen Widerstandskraft den Blättern zum Opfer fallen würden. Infolgedessen können auch die schwachen Individuen der zivilisierten Völker ihre Art fortpflanzen. Niemand, der etwas von der Zucht von Haustieren

kennt, wird daran zweifeln, dass dies äußerst nachteilig für die Rasse ist. Es ist überraschend, wie bald Mangel an Sorgfalt, oder auch übel angebrachte Sorgfalt, zur Degeneration einer domestizierten Rasse führt; ausgenommen im Falle des Menschen selbst wird auch niemand so töricht sein, seinen schlechtesten Tieren die Fortpflanzung zu gestatten. Die Hilfe, die wir dem Hilflosen schuldig zu sein glauben, entspringt hauptsächlich dem Instinkt der Sympathie, die ursprünglich als Nebenform des sozialen Instinkts auftrat, aber in der schon früher angedeuteten Weise allmählich feiner und weitherziger wurde. Jetzt können wir diese Sympathie nicht mehr unterdrücken, selbst wenn unsere Überlegung es verlangte, ohne dass dadurch unsere edelste Natur an Wert verlöre. Der Chirurg mag sich hart machen, wenn er eine Operation ausführt; denn er weiß, dass sie zum Besten des Kranken dient. Wenn wir aber absichtlich die Schwachen und Hilflosen vernachlässigen wollten, so wäre das nur zu rechtfertigen, wenn das Gegenteil ein größeres Übel, die Unterlassung aber eine Wohltat herbeiführen würde. Wir müssen uns daher mit den ohne Zweifel nachteiligen Folgen der Erhaltung und Vermehrung der Schwachen abfinden. Doch scheint wenigstens ein ständiges Hindernis dieses Vorgangs zu existieren, nämlich die bei den schwachen und inferioren Mitgliedern geringere Neigung zum Heiraten als bei den Gesunden. Dies Hindernis könnte noch viel wirksamer werden, wenn die körperlich und geistig Schwachen sich der Ehe enthielten. Allerdings kann dies mehr erhofft als erwartet werden“ (Darwin 1982 [1871], 96).

Demgegenüber war das „sozialdarwinistische Denken“ (*survival of the fittest*) des britischen Sozialphilosophen Herbert Spencer (1820–1903) eindeutig, an dem sich in Verbindung mit Rassentheorien die Nationalsozialisten ideologisch orientieren konnten (Fest 2006, 106f.).

Rassentheoretisches Denken und Rassenhygiene

Besonders willkommen für Adolf Hitlers Rassenideologie und Schlussfolgerungen waren Rassentheorien, wie sie insbesondere vom französischen Diplomaten und Schriftsteller Joseph Arthur Graf von Gobineau (1816–1882) vertreten wurden (dazu Fest 1992, 81f.). Gobineau versuchte in einem vierbändigen Essay aufzuzeigen, dass es mit der „arischen“, „nordischen“ und „germanischen Rasse“ eine „weiße Urrasse“ gebe, der eine „gelbe“ und „schwarze Rasse“ nachgeordnet sei. Diese „weiße Urrasse“ repräsentiere in ihrer Vollkommenheit die höchste gesellschaftliche Schicht wie die Aristokratie; und um ihre Reinheit und Überlegenheit zu sichern, sei es wichtig, jegliche Vermischungen zu vermeiden. Dabei ging es sowohl um die Reinhaltung der verschiedenen Menschenrassen, als auch um eine scharfe Grenzziehung zwischen den sozialen Klassen

(Aristokratie und Proletariat), die später vonseiten der Mittelschicht vereinnahmt wurde, um sich von unteren Klassen (*working class*) abzugrenzen. In dieser Bahn bewegte sich unter anderem auch der Schriftsteller und Philosoph Houston Stewart Chamberlain (1855–1927), dessen Arbeiten wegbereitend für die Heroisierung der arischen Rasse und für einen rassistischen Antisemitismus waren.

Ausgehend von Rassentheorien, vom Malthusianismus und vom Sozialdarwinismus war der Schritt zu einem erbbiologischen und rassenhygienischen Denken nicht weit. So fand in Deutschland der Sozialdarwinismus insbesondere durch den Biologen Ernst Haeckel (1906) seine Verbreitung, der die darwinistische Lehre mit rassistischem Gedankengut bereicherte und die Vorherrschaft des deutschen Volkes abzuleiten versuchte. Damit war der Weg zur Eugenik und Rassenhygiene geebnet. Sterilisation, Heiratsverbot und Impfzwang wurden nunmehr als probate Mittel zur Reinhaltung der Rasse und Vermeidung von „Schwachsinn“ beziehungsweise zur Verhütung von behinderten Menschen erkoren, wobei der wichtigste Adressat der erbbiologischen Auslesemaßnahmen die armen und niedrigen Schichten der Gesellschaft waren. Gefordert wurde dieser Gedanke der Eugenik insbesondere durch Alfred Ploetz (1895) und Wilhelm Schallmayer, der in seiner Arbeit „Vererbung und Auslese“ (1918), zu der Alfred Krupp einen Preis gestiftet hatte, schreibt:

„Allmählich müssen die Grundlehren (der Vererbungsbiologie, G.T.) populär werden, und dann wird sich auch die Einsicht siegreich durchsetzen, dass nicht Milieueinflüsse, sondern Auslesebedingungen den belangreichsten Einfluss auf die (...) Entwicklung der Erbqualität einer Bevölkerung ausüben, und dass wir diese Auslesebedingungen (...) erheblich in eugenischer Richtung modifizieren können. Als untüchtig haben nicht etwa nur pathologische Anlagen zu gelten, sondern auch schwache Begabungen, die ebenfalls als ungenügende Anpassungen an die (...) bestehenden Anforderungen der Daseinskonkurrenz anzusehen sind“ (360).

Ferner sei auf Adolf Jost (1895) und Ernst Mann (1920; 1922) verwiesen, die eine antireligiöse Haltung einnahmen sowie die Auffassung vertraten, dass die „Erlösung“ der Menschen von unheilbar Kranken oder „wertlosen“ Individuen eine Tat der „Barmherzigkeit“ (tödliches Mitleid) sei.

Karl Binding und Alfred Hoche

Der nachhaltigste Einfluss auf die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ im Hitlerfaschismus ging zweifellos vom Leipziger Strafrechtler Karl Binding und vom Freiburger Psychiater Alfred Hoche aus, die zu den profiliertesten Gelehrten ihrer Zeit gehörten. In ihrer Schrift „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ (1920) urteilen sie über Menschen mit einer komplexen Behinderung:

„Sie haben weder den Willen zu leben, noch zu sterben. So gibt es ihrerseits keine beachtliche Einwilligung in die Tötung, andererseits stößt diese auf keinen Lebenswillen, der gebrochen werden müsste. Ihr Leben ist absolut zwecklos, aber sie empfinden es nicht als unerträglich. Für ihre Angehörigen wie für die Gesellschaft bilden sie eine furchtbar schwere Belastung. Ihr Tod reißt nicht die geringste Lücke“ (ebd., 32f.).

An anderer Stelle beklagen sie, dass der durchschnittliche Jahresaufwand von 1.300 Reichsmark für einen „Idioten“ viel zu hoch sei; die Kostenersparnis durch eine Vernichtung dieser Menschen veranschlagen sie mit zehn Millionen Mark. Unverhüllt wird von den Autoren die Tötung dieser „Ballastexistenzen“ propagiert, und es wird im Unterschied zu Jost das „Prinzip der Erhaltung fremden Lebens“ nicht nur bei „unheilbar Kranken“, sondern auch bei Kindern mit einer komplexen oder Körperbehinderung aufgegeben und außer Kraft gesetzt. Im Gegensatz zu Jost lässt Hoche das Mitleidmotiv nicht mehr gelten. Mitgefühl sei ein „unausrottbarer Denkfehler“, denn: „Wo kein Leiden ist, ist auch kein Mit-Leiden“ (49).

Psychiatisierung der Behindertenfürsorge und präfaschistoides Denken in der Heilpädagogik

Dem historischen Rückblick ist zu entnehmen, dass schon Ende des 19. Jahrhunderts die Heilpädagogik und Behindertenhilfe zusehends „psychiatisiert“ wurden, was zur Folge hatte, dass christlich-religiöse (caritative und diakonische) sowie humanistisch-pädagogische Ansätze zurückgedrängt wurden (Bradl 1991, 571ff.). Statt dessen kam es zu einer verhängnisvollen Ehe zwischen der schon existierenden utilitaristischen Theorie der Heilpädagogik (Erziehung Behinderter zur ökonomischen Brauchbarkeit) und dem medizinisch-psychiatrischen Modell, welches auf der Basis der utilitaristisch präformierten Differenzierung zwischen brauchbaren und unbrauchbaren behinderten Menschen ein ausgesprochen negatives, nihilistisches Bild von Personen mit einer komplexen Be-

hinderung verbreitete. Dieses Modell nahm für sich in Anspruch, durch eugenisch-präventive Maßnahmen und therapeutisch-disziplinierende Praktiken das Problem der bildungsunfähigen und minderwertigen „Elemente“ (v. Rohden) kostensparend für die Gesellschaft zu lösen (Brill 2011, 52f., 355). Damit fand eine enge Anlehnung an rassistheoretisches und sozialdarwinistisches Denken statt.

Diese Medizinisierung der Heilpädagogik wurde sogar von wichtigen Repräsentanten der deutschen Heilpädagogik voll unterstützt und gefordert. Unschwer lassen sich eugenische Ansichten in den einschlägigen Fachzeitschriften der Behindertenfürsorge von 1910–1933 nachweisen, was ein Beleg dafür ist, dass viele Heilpädagogen oder Hilfsschullehrer an der Eugenikdebatte beteiligt waren (vgl. Berner 1984 a, b; Brill 2011; Hänsel 2006; 2008; Rudnik 1985). Dies gilt auch später für die Zeit des Nationalsozialismus und für die Euthanasiediskussion (Rudnick 1985, 73ff., 147; 1990; dazu auch Brill 2011, 303ff.). So wird zum Beispiel 1935 in der Zeitschrift für Krüppelfürsorge von Meinhof die Ansicht vertreten, dass „alle Schwächlinge“, die „Ballast für die anderen“ seien und nicht ihre Fähigkeiten „im Dienst der Allgemeinheit stellen“ könnten, „nach Möglichkeit abzuschütteln“ seien (75).

Es gab es nur wenige Stimmen innerhalb des heilpädagogischen Lagers, die sich öffentlich gegen dieses verhängnisvolle Denken wandten (Brill 2011, 131f.; Klewinghaus 1972, 74ff., 82f.). Ein Kritiker war Heinrich Hanselmann (1976, 127f.), der ein „unwertes“ Leben als ein „krankes“ und damit als ein auf Pflege und „besondere Schutzmaßnahmen“ angewiesenes Leben auszulegen versuchte; ferner hatte Brunger bereits 1921 auf einer Konferenz der Vorsteher evangelischer Idiotenanstalten eindringlich empfohlen, sich für Aktionen „gegen Verbreitung des Gedankens über die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ einzusetzen (zit. n. Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger 1921, 105).

Zu den Euthanasieaktionen während des Nationalsozialismus

Ausführliche Darstellungen über die Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens im Nationalsozialismus leisten insbesondere die Arbeiten von Ernst Klee (1985; 1986; 2004) und Martin Rudnick (1990). Wir können hier nur einen knappen Überblick geben:

Nur wenige Monate nach der Machtergreifung durch das Hitlerregime wurde am 14. Juni 1933 vom deutschen Reichstag das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ verabschiedet, mit dem die Zwangssterilisation bei „angeborenem Schwachsinn“, Epilepsie, „manisch-depressivem Irresein“, Schizophrenie, erblicher Blindheit und Taubheit, körperlicher Behinderung und Alkoholismus legalisiert wurde. Schätzungen zufolge sind zwischen 1933 und 1945 weit über 300.000 Menschen Opfer dieser Maßnahmen geworden, wobei sich die Aktionen nicht nur auf Personen mit einer komplexen Behinderung, sondern später auch auf viele Fürsorgezöglinge, Hilfsschüler oder Menschen mit leichten Lernschwierigkeiten erstreckten (Brill 2011, 226ff., Rudnick 1990). Für die Zwangssterilisierung wurde mit mehreren Propagandafilmen, in denen behinderte Menschen als „Monster“ und „unnütze Esser“ vorgeführt wurden, öffentlich geworben. Maßgeblich beteiligt an der Ausarbeitung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ war der Psychiater, Eugeniker und Rassenhygieniker Ernst Rüdin, der das Sterilisierungsgesetz als „die humanste Tat der Menschheit“ (Weber zit. in Klee 2011, 513) bezeichnet hatte. Ohne die enge Verflechtung von staatlichen Behörden, Parteiapparat und Psychiatrie (in Lehre und Forschung)⁴, die sich von Anfang an stark in den Dienst der Obrigkeit gestellt hatte und vorzüglich benutzen ließ, wäre der Umfang dieser Maßnahmen kaum möglich gewesen.

Während der 1930er Jahre wurde der Ruf nach Euthanasiemaßnahmen immer lauter. Neben dem Sozialdarwinisten Alfred Ploetz und dem Philosophen Ernst Bergmann, der schon 1933 den „Menschenkehricht der Großstädte (...) beiseite geschaufelt“ wissen wollte (zit. n. Stroothénke 1940, 113), stellte Fritz Lenz, ein bedeutsamer Exponent der Rassenhygiene, die These auf: Je mehr Euthanasie bei Kindern, desto weniger Sterilisierung (ebd., 112; vgl. auch Rudnick 1985, 16f.). Ferner wurde im Lager der Medizin (Psychiatrie) die Grenzziehung zwischen staatlichen und individuell-menschlichen Interessen weithin aufgegeben. Das bedeutete, dass es immer weniger um die Gesundheit des Einzelnen als vielmehr um das Wohl des deutschen Volkes ging. Daher gab es vonseiten der Ärzteschaft kaum Protest, als viele Anstalten mit sogenannten „Ballastexistenzen“ oder „geistig Toten“ (Binding & Hoche), die dem Staat nur

⁴ Nachweislich hatte die große Mehrheit der Psychiater den Nazis fleißig zugearbeitet (vgl. Klee 1985; 1986; 2004). Nur wenige Psychiater wie zum Beispiel Jürg Zutt (1893–1980) oder Rudolf Degkwitz (1920–1990) leisteten dem Naziregime Widerstand.

„unnötige“ Kosten verursachten, seit 1933 weniger (Verpflegungs-)Gelder bekamen.

Ebenso verhalten waren die kritischen Stimmen, als dann am 18. August 1939 die Meldepflicht für „missgestaltete und idiotische Kinder“ eingeführt wurde. Dieser Erlass führte dazu, dass in der Folgezeit in 21 „Kinderfachabteilungen“ an verschiedenen Heilanstalten ca. 5.000 Kinder getötet wurden (Ehrhardt 1965, 32). Bemerkenswert ist, dass diese als „Heilbehandlung“ getarnte Maßnahme bis Ende des Krieges durchgeführt und in der Schlussphase auch auf Erwachsene mit einer komplexen Behinderung ausgedehnt wurde.

Zur Aktion T 4

Das verhängnisvollste Euthanasieprogramm war freilich die „Aktion T4“. Vorbereitet wurde sie im Juli 1939 mit der Einrichtung der Dienststelle Tiergartenstraße 4 in Berlin und dem Aufbau von drei Tarnorganisationen: (1) der „Allgemeinen Stiftung für Anstaltswesen“, diese war für die Mitarbeiter der Tötungsanstalten zuständig (hierzu wurden sechs Heilanstalten angepachtet und mit Gaskammern ausgestattet); (2) der „Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten“, sie war zuständig für das Verschicken von Meldebögen und für die Begutachtungen; und (3) der „Gemeinnützigen Krankentransportgesellschaft“, die für sämtliche Transporte zuständig war.

Im Oktober 1939 wurden die ersten Meldebögen zur Erfassung verschiedener „Krankheiten“ wie Schizophrenie, Epilepsie, „Schwachsinn jeder Ursache“, senile Erkrankungen, Encephalitis, Lues, Huntington oder andere „neurologische Endzustände“ sowie „krimineller Geisteskranker“ (Klee 1985, 93) verschickt. Die Bögen waren so gut getarnt, dass anscheinend zunächst kaum ein Anstaltsleiter Verdacht schöpfte. Viele gaben ihre tüchtigsten Bewohner/innen, also auch Personen mit leichten Lernschwierigkeiten als „Schwächlinge“ an, um sie für ihre Anstalt zu erhalten. Dies aber stellte sich alsbald als ein Trugschluss heraus. Sämtliche „Schwächlinge“ sollten unter dem Vorwand einer „besseren Heilbehandlung“ verlegt werden. Der Ort der Verlegung wurde geheim gehalten. Die Unterbringung fand zunächst in einer sogenannten Durchgangs- oder Beobachtungsanstalt (dies betraf mehrere psychiatrische Landeskrankenhäuser) statt, von wo aus der Abtransport in eine der sechs äußerst streng bewachten Tötungsanstalten (Grafeneck; Brandenburg; Bernburg; Hartheim; Sonnenstein; Hadamar) erfolgte. Insgesamt kamen im Rahmen der

eineinhalb Jahre dauernden Aktion T 4 ca. 71.000 Menschen, vor allem Behinderte, Anfallsranke, „kriminelle Psychopathen“, Sittlichkeitsverbrecher, Homosexuelle wie aber auch psychisch auffällige Juden durch Vergasung mit Kohlenmonoxyd ums Leben.

Am 24. August 1941 war die Aktion T 4 eingestellt worden. Ausschlaggebend dafür waren vor allem Beschwerden und Strafanzeigen aus der Bevölkerung sowie Proteste der beiden Kirchen, zum Beispiel durch Pastor Braune für die Innere Mission und durch den katholischen Bischof von Münster, Graf von Galen, der am 3. August 1941 von seiner Kanzel aus die Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens öffentlich anprangerte und damit Aufsehen erregte.

Insgesamt betrachtet kam der Widerstand der Kirchen jedoch zu spät; hatten sie doch lange Zeit die nationalsozialistische Bewegung – insbesondere ihren Kampf gegen die Gottlosen und den Bolschewismus – bejaht (Klee & Petrich 1990) und die Zwangssterilisierung von Menschen mit Lernschwierigkeiten oder einer komplexen Behinderung als ein Gott wohlgefälliges Werk befürwortet (z.B. F. Bodelschwing und J. Mayer). Im Unterschied zur evangelischen Kirche wurde aber noch im Jahre der Machtergreifung durch Hitler von katholischer Seite her die Zwangssterilisation infrage gestellt und als Eingriff in den Prozess der Entstehung menschlichen Lebens abgelehnt (Caritas 1933, 347).

Allerdings passten sich nicht nur die meisten evangelischen, sondern auch viele katholische Anstalten dem Zeitgeist sowie den Anordnungen des Staates an. Einige Einrichtungen der Inneren Mission und der Diakonie hatten sogar den Vernichtungsaktionen wissentlich zugearbeitet (z.B. Scheuern an der Lahn; dazu Klee & Petrich 1990; Klee 1985, 268ff.).

Zur „wilden Euthanasie“

Trotz Stopp der Aktion T 4 ging die Ermordung in den Tötungsanstalten noch weiter, so zum Beispiel in Bernburg, Hartheim und Sonnenstein, wo bis 1943/44 KZ-Häftlinge vergast wurden. Die übrigen Tötungsanstalten wurden wieder in Landesheilanstalten umgewandelt und ein Großteil der Vergasungsanlagen mit dem dazugehörigen Personal wurde nach Osteuropa verlagert. Insofern kann die T4-Aktion als „Vorläufer“ der ab 1941 durchgeführten Vergasung von Juden mit Zyklon B in Auschwitz verstanden werden. Allerdings fand nun in den ehemaligen Gasmordanstalten eine von der T 4-Zentrale aus gesteuerte „wilde Euthanasie“ statt,

indem behinderte, psychisch kranke Menschen und (an Tuberkulose) erkrankte KZ-Häftlinge mit Überdosen von Medikamenten (z.B. durch Morphium, Barbiturate oder Luminal-Cocktails) getötet wurden oder durch einen allmählichen Nahrungsentzug zu Tode hungern mussten (Schnierer 1998). In diesem Zusammenhang ist die „Sonderbehandlung 14 f 13“ zu nennen, die von März 1941 bis April 1943 in den Konzentrationslagern durchgeführt wurde. Es handelte sich hier offiziell um eine Ausmusterung leistungsschwacher, kranker und behinderter Häftlinge wie auch um rassistisch Verfolgte, die in die ehemaligen Vergasungsanstalten überführt wurden. In Wirklichkeit wurden unter diesen Personen auch politische Gegner, insbesondere Kommunisten, erfasst (Dörner 1967, 145). Die zweite Phase der Euthanasieaktionen (z.B. Tötung durch systematische Unterernährung) wurde auch auf andere größere Anstalten ausgedehnt (z.B. Irsee/Kaufbeuren; MeseritzObrawalde; EglfingHaar; dazu Klee 1985, 429ff.).

Wie viele behinderte Menschen noch nach dem offiziell verkündeten Euthanasie-Stopp ermordet wurden, lässt sich nicht genau angeben. Die Schätzungen reichen bis zu 100.000 Menschen (Rudnick 1990).

Diese knappen Ausführungen über die Vernichtungsaktionen „lebensunwerten Lebens“ – der „Problemlösung“ durch die Nazis – können das Leid der Betroffenen wie die gesamte Brutalität, Unmenschlichkeit und den Schrecken nur erahnen lassen. Die bislang anskizzierte Geschichte der Institutionalisierung findet zweifelsohne im Nationalsozialismus durch die systematische Tötung behinderter Menschen den erschreckenden Höhepunkt. Treffend sind Schröders (1983, 59) Worte hierzu: „Die Geschichte unserer Behindertenarbeit ist gekennzeichnet durch Brutalitäten und Unmenschlichkeiten, für die wir ein Stück Verantwortung und Kollektivschuld mitzutragen haben.“

Zur Nachkriegszeit

Nach 1945 bot sich zunächst in den meisten Anstalten für psychisch Kranke oder behinderte Menschen ein katastrophaler Zustand: Zum einen hatte sich mit Ende des Krieges die Versorgungslage in den Einrichtungen immer mehr verschlechtert, das Gros der Patienten oder behinderten Menschen war abgemagert, klagte über Hunger und sammelte oftmals Essensreste aus den Mülltonnen (Graf 1983, 13). Zum anderen

waren viele Anstalten oder Anstaltsgebäude vernachlässigt, zerstört und mit Flüchtlingen fremdbelegt worden (Kastner 1977, 170), so dass eine menschenwürdige Versorgung und geordnete Unterbringung psychisch Kranker und behinderter Menschen, welche die Barbarei des Krieges überlebt hatten, nicht möglich war. Zunächst fehlten Gelder zur Wiederherstellung der verkommenen oder zerstörten Gebäude, so dass nur „improvisiert“ werden konnte (Kleine 1962, 99), um „den rasch ansteigenden Bettenbedarf zu decken“ (Müller & Scheuerle 1962, 7). Dieser war dadurch entstanden, dass sich ein Teil der privaten und öffentlichen Einrichtungen „nicht mehr vom Schlag durch den Krieg und die Nachkriegsjahre erholen“ konnte (Kastner 1977, 167).

In den 1950er Jahren wurde dann allmählich sowohl in Westdeutschland als auch in der DDR an der Zweiteilung des Anstaltswesens und an der Anstaltspraxis vor 1933 wieder angeknüpft und das traditionelle psychiatrische Modell (dazu später) als Wegweiser zugrunde gelegt.⁵

Dies führte einerseits zur Wiederbelebung der traditionsreichen Behindertenanstalten unter zumeist diakonischer oder caritativer Trägerschaft, die sich mit Abteilungen für (schulbildungsunfähige) förderungs- und arbeitsfähige Personen mit (leichten) Lernschwierigkeiten und Pflegeabteilungen für Menschen mit einer komplexen Behinderung zu profilieren versuchten.

Andererseits waren die Anzahl dieser Einrichtungen sowie die Aufnahmekapazitäten in den Behindertenanstalten begrenzt; und da dank fortschreitender Erkenntnisse auf dem Gebiete der ärztlichen Therapie eine zunehmende Zahl an Kindern mit einer komplexen Behinderung zu verzeichnen war (Müller & Scheuerle 1962, 22, 40), kam es vermehrt zu einer Unterbringung dieses Personenkreises in staatlichen psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalten (den späteren Landeskrankenhäusern). Zudem spielten aber auch soziale Gründe (z.B. beengte familiäre Wohn-

⁵ Dass die psychiatrische Denkfigur in Bezug auf „Oligophrenie“ und „Verwahrlosung“ aus der Vorkriegszeit „überlebt“ hatte, war zum einen der Tatsache geschuldet, dass einige einflussreiche Psychiater aus der Zeit des Nationalsozialismus nach 1945 weithin „ungestraft“ davongekommen waren beziehungsweise unterstützt durch ihre Standesvertretung weiter forschen, praktizieren und ihre Vorstellungen verbreiten konnten (dazu Klee 2004, 139ff, 171f.; 2011, 240, 317, 366f., 614, 641). Zum anderen war weltweit das Interesse für Menschen mit Lernschwierigkeiten und komplexer Behinderung ausgesprochen gering gewesen. Daher war das seit den Anfängen der Psychiatrie verbreitete biologistisch-nihilistische Bild von „geistig behinderten“ Menschen bis vor etwa 40 Jahren eine unhinterfragte Prämisse.

verhältnisse, Überforderung der Eltern, *broken homes*, familiäre Armut und Benachteiligung) eine wesentliche Rolle, dass in der Folgezeit häufig auf Drängen der Ärzteschaft nicht nur Kinder mit einer komplexen Behinderung, sondern ebenso andere Jugendliche oder junge Erwachsene mit Lernschwierigkeiten (nicht selten vor dem Hintergrund von [drohender] Verwahrlosung) in psychiatrische Heil- und Pflegeanstalten eingewiesen wurden. Dies führte in vielen psychiatrischen Krankenhäusern zu einer drastischen Überbelegung (ebd., 19, 29, 40f.), bei der ein Großteil der behinderten Kinder und Jugendlichen „notdürftig (. . .) auf zu eng belegten Abteilungen für Erwachsene“ (47) untergebracht war und sich unter „erheblichen Personalschwierigkeiten“ (50) zurechtfinden musste (auch Kleine 1962, 102). Befördert wurde die Überbelegung (dazu Psychiatrie-Enquete 1975, 62; Finzen & Schädle-Deininger 1979, 10) aber auch durch die Tendenz einiger Einrichtungen unter privater oder freier Trägerschaft (z.B. aus dem Bereich der anthroposophisch-heilpädagogischen Camphill-Bewegung), sich besonders schwierigen, sogenannten „erethischen“ oder „torpiden“ Jugendlichen mit einer komplexen Behinderung durch ein Abschieben in psychiatrische Krankenhäuser zu entledigen (dies lässt sich anhand von Akten belegen; vgl. auch Kleine 1962, 102; Gaertner 1983, 15). Dort mussten sich die Betroffenen unter menschenunwürdigen Verhältnissen zurechtfinden und einer Anstaltspraxis unterwerfen, bei der mit der Einführung des Chlorpromazins (vgl. Psychiatrie-Enquete 1975, 62) eine Behandlung mit Neuroleptika gleichermaßen wie der Rückgriff auf (traditionelle) aversive Methoden (Schockbehandlung, Fixierung, Zwangsduschen, Isolierzellen) oftmals leichtfertig und unkontrolliert angewandt wurde.

An dieser Situation, unter der vor allem Menschen einer komplexen Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten zu leiden hatten, änderte sich zunächst wenig, auch wenn sie durch die damals gegründete Elternvereinigung „Lebenshilfe“ (1958) in die Kritik geraten war. Die Lebenshilfe vermochte es nämlich in den 1960er und 1970er Jahren noch nicht, Menschen mit einer komplexen Behinderung oder Verhaltensauffälligkeiten in ihre Konzepte einzubeziehen, hatte doch zuerst einmal die Überwindung eklatanter Versäumnisse und Rückstände im Bereich der Hilfen für Menschen mit (leichten) Lernschwierigkeiten Priorität. Quasi kontrapunktisch zum bisherigen Anstaltswesen ging es der Lebenshilfe um den Aufbau dezentraler Angebotsstrukturen durch Frühförderung, familienentlastende Dienste, Behindertenwerkstätten und Wohnheime. Ferner setzte sie sich im Schulterschluss mit anderen Elternorganisationen aus

führenden westlichen Industrienationen für die Einführung der Schulpflicht für alle behinderten Kinder ein. Diese Errungenschaft, der wir in den 1970er Jahren nicht nur in Westdeutschland, sondern ebenso in anderen hoch entwickelten westlichen Staaten begegnen, sollte aber nicht darüber hinweg täuschen, dass die unter dem Dach der Lebenshilfe organisierten Eltern im Unterschied zu Elternbewegungen in anderen Ländern, zum Beispiel in den USA, die Institutionalisierung behinderter Menschen nicht grundsätzlich infrage stellten. Während hierzulande vonseiten der Lebenshilfe Wohnheime (mit > 40 Plätzen) als Alternative zur Unterbringung in einer Anstalt favorisiert und geschaffen wurden, ging es einflussreichen Eltern behinderter Kinder in den USA oder skandinavischen Ländern bereits um ein „normales“ häusliches Wohnen ihrer Söhne und Töchter in der Gemeinde.

An dieser Stelle bietet es sich an, den historischen Rückblick für einen Moment zu unterbrechen, um das psychiatrische Modell zusammenzufassen, welches im Laufe der vergangenen Jahrzehnte den fühlbaren Hintergrund der Institutionalisierung bildete.

Exkurs: Zu den Symptomen des traditionellen psychiatrischen Modells

Über alle Differenzierungen hinweg lassen sich fünf zentrale Symptome nennen, die das psychiatrische Modell im Hinblick auf Theorie und Praxis bei Menschen mit Lernschwierigkeiten oder einer komplexen Behinderung charakterisieren:

1. Das biologistisch-nihilistische Menschenbild

Meinen Ausführungen ist unschwer zu entnehmen, dass die bisherige Institutionalisierung von Menschen mit Lernschwierigkeiten oder einer komplexen Behinderung von einem biologistischen Nihilismus nachhaltig durchdrungen wird. Gutachterliche Aussagen, denen wir insbesondere in älteren Krankengeschichten begegnen (vgl. Theunissen 1989a; 2000), sind ein deutlicher Beleg dafür: Menschen mit einer komplexen Behinderung gelten als „bildungsunfähig“, „kommunikationsunfähig“, „lernunfähig“ oder „total pflegebedürftig“. Daher sei jeder Versuch einer heilpädagogischen Förderung vergeblich und nicht lohnenswert.